

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 7

Beroepen

Geestelijke Gezondheid

- gezondheidszorgpsycholoog
- psychotherapeut
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- verpleegkundig specialist GGZ

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 7

Beroepen Geestelijke Gezondheid

- gezondheidszorgpsycholoog
- psychotherapeut
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- verpleegkundig specialist GGZ

**Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2013
voor de medische, tandheelkundige,
klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen**

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgo-pleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgo-pleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	9
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	9
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	10
1.3 Discipline specifieke aandachtspunten	10
1.4 Indeling van dit deelrapport	11
2. Overzicht beroepen	13
2.1 Inleiding	13
2.1.1 Gezondheidszorgpsycholoog	13
2.1.2 Psychotherapeut	13
2.1.3 Klinisch psycholoog	14
2.1.4 Klinisch neuropsycholoog	14
2.1.5 Verpleegkundig specialist GGZ	14
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	15
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	17
3. Opleiding	19
3.1 Adviezen, besluiten en realisatie van opleidingsplaatsen per beroep	19
3.1.1 GZ-psycholoog	20
3.1.2 Psychotherapeut	21
3.1.3 Klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog	22
3.1.4 Verpleegkundig specialist GGZ	24
3.2 Parameters percentage vrouwen, intern rendement, verwachte instroom en opleidingsduur	26
3.2.1 Percentage vrouwen	26
3.2.2 Intern rendement opleidingen	27
3.2.3 Verwachte instroom opleidingen	27
3.2.4 Opleidingsduur	27
3.3 Conclusies	28
4. Zorgvraag	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Demografie	29
4.3 Epidemiologie	30
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	31
4.5 Onvervulde zorgvraag	33
4.6 Conclusie zorgvraag	34
5. Zorgaanbod	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Omvang beroepsgroep en waar werkzaam	35
5.2.1 Aantal registraties	35
5.2.2 Aantal geregistreerde personen (exclusief dubbeltellingen)	36
5.2.3 Aantal werkzame personen	36

5.2.4	Percentage werkzame vrouwen	38
5.2.5	Branche waarin men werkzaam is	39
5.3	Omvang in fte's	40
5.4	Instroom in het vak	41
5.5	Uitstroom uit het vak	42
5.6	Extern rendement	43
5.7	Conclusie zorgaanbod	44
6.	Werkproces	47
6.1	Inleiding	47
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	47
6.3	Efficiency	48
6.4	Taakverschuiving	48
6.4.1	Horizontale taakverschuiving	49
6.4.2	Verticale taakverschuiving	49
6.5	Conclusie werkproces	50
7.	Varianten	51
7.1	Vier varianten	51
7.1.1	Vervangingsvariant	52
7.1.2	Werkprocesvariant	52
7.1.3	Substitutievariant zonder doorgaande trend	53
7.1.4	Substitutievariant met doorgaande trend	54
7.2	Conclusie varianten	54
8.	Overwegingen en advies	57
8.1	Inleiding	57
8.2	Beleidsontwikkelingen en onzekerheden	57
8.2.1	Zorgvrager	57
8.2.2	Zorgaanbod	58
8.2.3	Werkproces	58
8.2.4	Relatie met andere adviezen	59
8.3	Varianten	60
8.4	Advies instroom	61
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	63
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts	64

Samenvatting

Na het eerste Capaciteitsplan 2011 over de beroepen Geestelijke Gezondheid verschijnt nu, in de vorm van een deelrapport, het ramingsadvies 2013¹. Voor de totstandkoming van dit deelrapport is aandacht besteed aan een groot aantal aspecten.

Allereerst is een overlegplatform gecreëerd in de vorm van een begeleidingscommissie (zie bijlage 2), waarin vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars, de opleidingsinstituten en de praktijkinstellingen (de branches) participeren. Dit platform geeft richting aan de onderzoeken en vertaalt de onderzoeksuitkomsten in een ramingsadvies.

Ten tweede zijn er vijf majeure onderzoeken² geïnitieerd die de begeleidingscommissie heeft besproken. Deze uitkomsten zijn daarna als input voor het ramingsadvies gebruikt. In de onderzoeksvoorstellen en in de onderzoeksrapportages is steeds rekening gehouden met de branches waarin de beroepsgroepen werkzaam zijn. Zo is een gedifferentieerd beeld ontstaan in de ontwikkelingsrichtingen en – tempi, en daarmee in de inzet van de beroepsgroepen bij de verschillende branches. Tenslotte hebben commissieleden de aan hun branche of beroepsgroep gekoppelde expertbijeenkomsten georganiseerd voor aanlevering van input op de parameter werkproces³.

Toekomstig onderzoek

Voor toekomstige ramingen heeft de begeleidingscommissie ingestemd met onderzoek naar de inzet van masterpsychologen en –pedagogen. Ook heeft de commissie ingestemd met onderzoek naar verschuivingen in de zorgvraag van de tweedelijns geïntegreerde GGZ-instellingen⁴ naar de praktijken voor eerstelijns psychologische zorg en verschuivingen vanuit deze tweede en eerstelijns zorg naar de huisartsenzorg-/POH-GGZ. Deze onderzoeken zijn recent gestart. De uitkomsten zullen voor het Capaciteitsplan dat in 2015 verschijnt beschikbaar zijn. Ook zal de commissie zich buigen over de wijze waarop een scherper en kwantitatief onderbouwd inzicht verkregen kan worden in de parameters van het werkproces.

Opleiding

De opleidingsinstellingen hebben cijfermatig onderbouwd dat de interne rendementen aanzienlijk hoger liggen dan in het Capaciteitsplan 2011 werd verondersteld. Dit geldt met name voor de opleidingen tot GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog en psychotherapeut.

1 Het – eerste – ramingsadvies voor de beroepen geestelijke gezondheid is verschenen als een eigenstandig Capaciteitsplan 2011. Dit – tweede – ramingsadvies maakt, in de vorm van deelrapport 7, deel uit van het integrale Capaciteitsplan 2013 waarmee het Capaciteitsorgaan voor een groot aantal beroepen het ramingsadvies opstelt.

2 Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht, 2012.

Regioplan (2012). De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor de (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012.

Kiwa Prismant (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012.

IPSE Studies, Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013.

Kiwa Prismant (2013) Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein.

3 De methode van de expertbijeenkomst wordt door het Capaciteitsorgaan ook ingezet bij de andere beroepsgroepen waarvoor een ramingsadvies wordt opgesteld.

4 In het Bestuurlijk Akkoord GGZ zijn drie echelons benoemd: de huisarts met de POH-GGZ, de generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ. De onderzoeksopzet is opgesteld voordat het bestuurlijk akkoord GGZ is afgesloten. De uitvoering van het onderzoek en de rapportage over de onderzoeksuitkomsten houden wel rekening met de indeling in deze drie echelons.

Er is een verschil tussen het aantal inschrijvingen en het aantal beschikbare opleidingsplaatsen dat uit de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd wordt. De inschrijvingen voor de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ overtreffen het aantal beschikbare, uit de beschikbaarheidsbijdrage gesubsidieerde plaatsen. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog wordt overigens niet uit deze bijdrage bekostigd.

De instroom van SPV-ers, die gebruik maken van de mogelijkheid van de verkorte opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ, heeft tot een tijdelijke ophoging van het aantal inschrijvingen geleid.

Zorgvraag

Het gezamenlijke beleid van overheid⁵ en zorgaanbieders⁶ richt zich op een reductie (door zelfmanagement) en een ombuiging (naar de basis GGZ) van de zorgvraag. De invloed van de demografische ontwikkelingen is gering. De bevolkingssamenstelling verandert en op basis van de cijfers wordt geen groei van de zorgvraag verwacht. De ontgroening en vergrijzing werkt verschillend door op de beroepsgroepen. De ontgroening van de bevolking laat zich gelden voor de beroepsgroep GZ-psychologen, die relatief veel diensten aan de jongere leeftijdsgroepen leveren. De vergrijzing werkt met name door bij de verpleegkundig specialist GGZ, die aan de oudere bevolkingsgroepen de meeste diensten verleent. Epidemiologische ontwikkelingen zijn niet aangetoond.

Zorgaanbod

De enquête onder 3.000 beroepsbeoefenaren, met een respons van bijna 50%, heeft veel arbeidsmarkt gerelateerde informatie opgeleverd. Zo is onder meer cijfermatig inzicht verkregen in het percentage vrouwen dat werkzaam is en de deeltijdfactor van zowel mannen als vrouwen.

Er is eveneens inzicht verkregen in het aantal werkzame professionals ten opzichte van het aantal registraties. De beroepsgroepen in de geestelijke gezondheid, behalve de beroepsgroep verpleegkundig specialist GGZ, kenmerken zich door de vele dubbelregistraties. Figuur 1 (Venndiagram) geeft hierin inzicht. Het onderzoek brengt ook de spreiding in beeld van de beroepsgroepen over de diverse branches. In de branche GGZ (de geïntegreerde tweedelijns GGZ-instellingen) zijn de meeste beroepsbeoefenaren werkzaam. Het aandeel dat zij vertegenwoordigen, stijgt echter nooit boven de 50% uit, behalve voor de verpleegkundig specialist GGZ. Behalve in de branche GGZ, inclusief de tweedelijns forensische GGZ, zijn de beroepsgroepen ook werkzaam in praktijken voor eerstelijnspsychologie en praktijken voor psychotherapie, in de verzorgings- en verpleeghuissector, in de gehandicaptenzorg, in de algemene- en academische ziekenhuizen, in de jeugdzorg en in de revalidatiezorg (zie tabel 16). De beroepsgroepen psychotherapeut en klinisch psycholoog zijn in de oudste leeftijdsgroepen oververtegenwoordigd, waardoor de uitstroom uit deze beroepen de komende jaren (aanzienlijk) hoger is dan waar in de vorige raming vanuit werd gegaan. Een andere belangrijke constatering is dat, in vergelijking met de vorige raming, er een lagere geraamde uitstroom is van GZ-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten GGZ.

⁵ Bestuurlijke Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

⁶ NIP, LVE, NVP, GGZ NL, NVvP, LVG, Meer GGZ

Werkproces

In het vorige Capaciteitsplan waren de parameterwaarden voor het werkproces niet ingevuld, behalve de waarde voor efficiency. In het huidige advies is een mix van onderzoeksuitkomsten en expertopinions gebruikt om de betreffende parameters te kwantificeren.

Noemenswaardige veranderingen als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn vooral voor de relatief nieuwe vakgebieden van klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ te verwachten.

Effecten van efficiencymaatregelen worden soms tussen branche en beroepsgroep tegenstrijdig ingeschat, maar deze zijn hoe dan ook voor elke beroepsgroep minimaal.

Voor alle beroepen zijn minimale horizontale taakverschuivingen te verwachten, met name tussen de branches en beroepsgroepen onderling. Voor deze raming wordt vooral taakverschuiving naar de klinisch neuropsycholoog verwacht, met name doordat het een relatief nieuw vak is. Zowel de experts uit de beroepsgroepen als de branches verwachten verticale taakverschuiving van de niet-BIG geregistreerde psycholoog of pedagoog naar met name de GZ-psycholoog en in mindere mate naar de psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Verticale taakverschuiving van taken van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ is eveneens aan de orde.

Raming en advies

Het ramingsadvies in dit deelrapport 7 van het Capaciteitsplan 2013 is in tegenstelling tot het Capaciteitsplan 2011 niet richtinggevend, maar juist adviserend. Het advies in dit deelrapport is, met gebruikmaking van betrouwbare en complete bronnen⁷, gebaseerd op vijf majeure onderzoeken. Deze kwaliteitsslag draagt er aan bij dat de bandbreedten van het advies kleiner zijn geworden.

Inherent aan het veranderingsproces waarin de zorg(vraag) zich bevindt, zijn er onzekerheden over reductie en ombuiging van de zorgvraag. Vanwege deze onzekerheden en gezien de relatief korte opleidingsduur kiest het Capaciteitsorgaan voor een ramingsvariant die uitgaat van het dichtstbijzijnde evenwichtsjaar: 2025.

De tweede keuze van het Capaciteitsorgaan betreft de vraag of de raming zonder of met inachtneming van doorgaande trends wordt opgesteld. Onderzoek toont aan en experts bevestigen dat de ontwikkelingen in de zorgvraag van de beroepen GZ-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut te ongewis zijn om te kiezen voor een ontwikkeling met doorgaande trend. Die onzekerheid geldt zowel voor beroepen waarvoor meer inzet wordt verwacht (klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog) als beroepen waarvoor minder inzet wordt verwacht (GZ-psycholoog en psychotherapeut).

Voor de verpleegkundig specialist GGZ kan wel worden uitgegaan van een blijvende en dus doorgaande trend. Deze trend wordt gevoed door taakherschikking van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ. Deels is dit een ontwikkeling waarvan het spiegelbeeld terug te vinden is in het ramingsadvies medisch specialisten/psychiater. De effectuering van deze ontwikkeling hangt af van de snelheid waarmee barrières zoals inhoudelijke voorbehouden en financiering van zorg geleverd door verpleegkundig specialist GGZ) geslecht zullen worden. De verdere toename van de inzet

⁷ De parameters onvervulde vraag, efficiency, horizontale en verticale substitutie vormen hierop nog een uitzondering. De bepaling van deze parameterwaarden zijn uit expertbijeenkomsten voortgekomen. (zie par. 1.3)

van verpleegkundig specialisten GGZ is ook toe te schrijven aan een toenemende vergrijzing van de bevolking. Deze beroepsgroep wordt namelijk vooral bij ouderen ingezet.

Het advies

Het ramingsadvies van het Capaciteitsorgaan voor de beroepen Geestelijke Gezondheid ziet er als volgt uit. Het betreft de jaarlijkse instroom vanaf 2015 met evenwicht in 2025, inclusief de voorkeur.

	Bandbreedten		Voorkeur
GZ-psycholoog	585	655	585
Psychotherapeut	271	295	271
Klinisch psycholoog	245	266	245
Klinisch neuropsycholoog	20	25	20
Verpleegkundig Specialist GGZ, 3 jarige opleiding*	57	87	87

* Uitsluitend de categorale 3-jarige opleiding, dus exclusief 32 instroomplaatsen voor de 2-jarige opleiding aan de hogescholen

1. Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2013 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende (vervolg)opleidingen voor de beroepen geestelijke gezondheid: gezondheidszorg (GZ-)psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Het deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2013 omvat naast het instroomadvies in de beroepen geestelijke gezondheid ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de specialisten ouderengeneeskunde, de sociale geneeskunde en de artsen voor verstandelijk gehandicapten. Over elk van deze onderwerpen is eveneens een apart deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsplan zijn:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het orgaan een advies uit over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op den duur zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, acht door de opleidingsinstellingen en acht door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroepen van de tandartsen en de mondhygiënist te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Dit was een logisch advies omdat het Capaciteitsorgaan reeds sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in de betreffende opleidingen.
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht.

1.3 Discipline specifieke aandachtspunten

In de loop van 2012 werd duidelijk dat er een verzoek van VWS zou gaan komen om de raming van de benodigde instroom voor de opleidingen van de vijf beroepen geestelijke gezondheid een structureel karakter te geven. In verband hiermee is overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen, de opleidingsinstellingen, de brancheverenigingen en de zorgverzekeraars. Het doel was om de gebruikelijke begeleidingsstructuur - voor het realiseren van het capaciteitsplan - ook voor de beroepen geestelijke gezondheid, te organiseren. Uitgangspunt daarbij was om de kennis te behouden van de leden van de werkgroep, die het (eerste) Capaciteitsplan 2011 hadden voorbereid. Deze werkgroep is aangevuld met een groot aantal nieuwe leden waarbij de paritaire samenstelling, die kenmerkend is voor de structuur van het Capaciteitsorgaan, in acht werd genomen. Op 28 september 2011 heeft de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid (bijlage 1) voor het eerst vergaderd. Nadien heeft de commissie met enige regelmaat vergaderd over het opstellen van onderzoeksvoorstellen, het bespreken van de onderzoeksuitkomsten en het verwerken daarvan in di deelrapport.

In tegenstelling tot de medische beroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan raamt en waarvoor de begeleidingsstructuur in de vorm van een Kamer plaatsvindt, wordt bij deze beroepen over een begeleidingscommissie gesproken. De reden hiervoor is dat de statuten van het Capaciteitsorgaan nog geen formele mogelijkheid bieden om een Kamer voor deze beroepen in te richten. Voor de dagelijkse praktijk maakt dit formele onderscheid echter geen verschil.

Aandachtspunten voor de beroepen in de geestelijke gezondheid zijn de volgende:

1. Een adequate registratie van de opleidingen. De betrokken beroepsverenigingen hebben het initiatief genomen voor een hernieuwde registratie.
2. Onzekerheid bestaat over het aantal masterpsychologen en –pedagogen en de wijze waarop zij door zorgaanbieders worden ingezet. Dat laatste werpt de vraag op of aan deze niet BIG-geregistreerde zorgverleners een aanbod voor een (verkort traject voor de) oplei-

- ding tot GZ-psycholoog moet worden voorgelegd om de (on)gewenste inzet van masterpsychologen en – pedagogen te beëindigen. De vraag over de gewenste of ongewenste inzet is echter een beleidskeuze van veldpartijen die buiten het bestek van de raming valt. Er is een onderzoeksvoorstel uitgewerkt om zicht te krijgen op de verhouding van en eventuele veranderingen in het aantal de masterpsychologen en -pedagogen, de GZ-psychologen en eventueel de klinisch (neuro)psychologen en verdeling van hun werkzaamheden. Dit onderzoeksvoorstel is inmiddels in uitvoering genomen. De onderzoeksuitkomsten zullen beschikbaar zijn voor het volgend ramingsadvies.
3. De gevolgen van de verschuivingen van het zorgvraagvolume tussen de nieuw afgesproken echelons in de GGZ (huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ). Ook dit onderwerp is uitgewerkt in een onderzoeksvoorstel en is inmiddels in uitvoering genomen. De onderzoeksuitkomsten zullen beschikbaar zijn voor een volgend ramingsadvies.
 4. Er is een onderzoeksvoorstel in voorbereiding dat meer inzicht biedt in de parameters “werkproces”.
 5. Meer onderzoek is nodig naar de ontwikkelingen van de onvervulde vraag, zodat deze inzichtelijker kan worden gemaakt. Het is onvoldoende duidelijk of en in welke mate veranderingen in de wachtlijsten en de vacatures in de pas lopen met de parameterwaarde. Veranderingen in wachtlijsten en vacatures geven wellicht een grotere onvervulde vraag weer dan nu door de parameterwaarde onvervulde vraag wordt uitgedrukt. Beoogd wordt een verdieping van het inzicht in de volumeontwikkeling van de onvervulde vraag, gedifferentieerd naar branche aan te brengen. Een onderzoeksvoorstel zal op korte termijn opgesteld worden en beschikbaar zijn voor het volgend ramingsadvies.
 6. Ook zijn de gevolgen van een nog tot stand te komen (overheids)besluit over hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ nog niet helder. Onzekerheid bestaat ook over de gevolgen voor het aantal opleidingsplaatsen in verband met het nog tot stand te komen (overheids)besluit over de definitie van het begrip hoofdbehandelaar. Die ontwikkelingen zullen nauwgezet gevolgd worden, zodat de consequenties, zoals verschuivingen van het zorgvraagvolume, adequaat ingevoegd kunnen worden in het volgende ramingsadvies.

De effecten van hierboven genoemde aandachtspunten op het aantal benodigde beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheid zal de komende jaren grondig en longitudinaal onderzocht worden.

1.4 Indeling van dit deelrapport

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de vijf beroepen in de geestelijke gezondheid innemen in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de benodigde instroom in de erkende (vervolg)opleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de opleiding met een overzicht van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de gerealiseerde instroom in de erkende (vervolg)opleidingen in de beroepen geestelijke gezondheid tot nu toe. De adviezen van het

Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding vanaf 2009 komen ook aan de orde. Verder vindt hier de vaststelling van vier parameters plaats: gemiddelde instroom, instroom opleiding laatste jaar, percentage vrouwen in opleiding en intern rendement van de opleiding.

In de volgende hoofdstukken worden de ontwikkelingen in drie verschillende onderdelen van het model (zie bijlage 2) van het Capaciteitsorgaan uiteengezet.

Hoofdstuk 4 raamt de verwachte omvang van de **zorgvraag** in fte's. Zoveel mogelijk wordt rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen (vanaf 2010). Ook de eventuele onervulde vraag waaraan niet kan worden voldaan door gebrek aan capaciteit aan beroepsbeoefenaren, wordt in de raming betrokken.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in de evenwichts jaren van deze raming, 2025 en 2031, (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe de beroepsgroepen zich hebben ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's. De benodigde gegevens zijn inmiddels, in tegenstelling tot de vorige raming, grotendeels beschikbaar.

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk 6, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft fte's beroepsbeoefenaar gecorrigeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in cliëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakher-schikking en/of taakverschuiving.

Hoofdstuk 7 beschrijft een aantal varianten op grond waarvan een **advieskeuze** wordt geformuleerd. Op basis van de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal varianten opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen.

Hoofdstuk 8 inventariseert tenslotte de belangrijkste macro-ontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de **belangrijkste varianten**. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS. Hierover is consensus bereikt in de Begeleidingscom-missie. Het deelrapport is vervolgens vastgesteld in het Plenair Orgaan van het Capaciteitsorgaan.

2. Overzicht beroepen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de posities van de gezondheidszorg (GZ-)psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de klinisch psycholoog, de psychotherapeut en de verpleegkundig specialist GGZ in beeld gebracht. Deze beroepen worden door het Capaciteitsorgaan aangeduid als ‘beroepen geestelijke gezondheid’. De raming voor de beroepsgroep van psychiater valt onder de Kamer Medisch Specialisten en is terug te vinden in deelrapport 1.

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) vormt het wettelijke kader voor de regeling van beroepen in de gezondheidszorg met als doelstelling de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De wet BIG onderscheidt in artikel 3 twee zogenaamde basisberoepen: GZ-psycholoog en psychotherapeut. De GZ-psycholoog kan zich daarna door middel van een vervolgopleiding specialiseren tot klinisch neuropsycholoog of klinisch psycholoog. In de wet BIG vallen deze beroepen onder artikel 14. Daarnaast is er in de wet BIG nog één voor dit deelrapport relevant specialisme in het verpleegkundig beroep: de verpleegkundig specialist GGZ.

In het navolgende zullen deze vijf beroepen geestelijke gezondheid uitvoeriger besproken worden. Een overzicht van de verschillende opleidingstrajecten is te vinden in hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.

2.1.1 Gezondheidszorgpsycholoog

Het beroep bestaat officieel sinds 1998 toen het is opgenomen in artikel 3 van de wet BIG.

Tot het deskundigheidsgebied van de GZ-psycholoog wordt gerekend het zelfstandig verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van resultaten daarvan alsmede het toepassen van psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheid⁸. De GZ-psycholoog verricht generalistische psychodiagnostiek en indicatiestelling. Het bijbehorende repertoire van behandelmethoden is breed en divers, gebaseerd op de wetenschapsgebieden van de orthopedagogiek en psychologie.

Tweederde deel van de GZ-psychologen is werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Het overige deel is werkzaam in de gehandicaptenzorg, ziekenhuiszorg, jeugdzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen of de revalidatiezorg⁹.

2.1.2 Psychotherapeut

Vooruitlopend op de wet BIG werd in 1986 een overheidsregister voor psychotherapeuten ingesteld met een bijbehorende overgangsregeling voor inschrijving in de wet BIG. Sinds 1998 is het beroep binnen de wet BIG (art. 3) erkend en is de titel psychotherapeut beschermd.

De psychotherapeut richt zich specifiek op de psychotherapeutische behandeling voor de complexere en meer in de persoonlijkheid van de patiënt gewortelde problematiek. Onder het deskundigheidsgebied van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het (volgens bij algemene maatre-

⁸ Art. 25 Wet BIG

⁹ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht.

gel van bestuur aan te wijzen methoden) beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen¹⁰. Hierbij kan de psychotherapeut persoons- maar ook klachtgericht werken en heeft daarbij oog voor zowel het individu als het betrokken systeem van gezin, groep of bedrijf. De psychotherapie kent een lange geschiedenis, maar de titel psychotherapeut kwam pas rond de jaren zestig van de vorige eeuw in gebruik.

De psychotherapeuten zijn vooral (80%) werkzaam in GGZ-instellingen en (vrijgevestigde) praktijken voor psychotherapie. Het overige deel is onder meer werkzaam in de jeugdzorg, eerstelijnspsychologiepraktijken en de forensische zorg¹¹.

2.1.3 Klinisch psycholoog

De beroepstitel is sinds 2006 wettelijk beschermd en erkend als specialisme. In 1966 voerde het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) een register van klinisch psychologen in en gaf zij hiermee de aanzet voor het specialisme¹².

De klinisch psycholoog is deskundig op het gebied van diagnostiek en behandeling – waaronder psychotherapie – van complexe vormen van psychopathologie, die meerdere domeinen van functioneren betreffen¹³. Daarnaast heeft de klinisch psycholoog vaardigheden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing¹⁴. Klinisch psychologen zijn vooral werkzaam binnen GGZ-instellingen (45%), gevolgd door praktijken voor psychotherapie en algemene en academische ziekenhuizen¹⁵.

2.1.4 Klinisch neuropsycholoog

Het specialisme is in 2008 erkend als tweede specialisme van het BIG beroep GZ-psycholoog. Het deskundigheidsgebied van de klinisch neuropsycholoog omvat de diagnostiek, voorlichting, begeleiding en behandeling van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersendysfuncties, alsmede wetenschappelijk onderzoek, zorginnovatie en zorgmanagement op dit terrein¹⁶. De klinisch neuropsycholoog is vooral werkzaam binnen de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg¹⁷.

2.1.5 Verpleegkundig specialist GGZ

Vanaf juni 2009 is de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundig specialist GGZ) erkend als specialisme in de wet BIG (art. 14) en daarmee beschermd als beroepstitel¹⁸. Tot het gebied van deskundigheid wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en

¹⁰ Art. 27 Wet BIG

¹¹ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht.

¹² Klinische psychologie <http://www.fgzp.nl/> geraadpleegd op 18-10-2012.

¹³ In functiebenamingen en vacatureteksten wordt dit specialisme vaak verwisseld met of ingezet in de plaats van GZ-psychologen of psychotherapeuten.

¹⁴ In artikel 2 van het besluit specialisme klinische psychologie, Stcrt. 2004, 251.

¹⁵ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht.

¹⁶ In artikel 2 van het besluit specialisme klinische neuropsychologie, Stcrt. 2008, 96.

¹⁷ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht.

¹⁸ Daarnaast zijn er nog vier andere verpleegkundige specialismen voor specifiek somatische aandoeningen, t.w. acute-, chronische -, intensieve - en preventieve zorg. Voor de geestelijke gezondheidszorg is deze onderverdeling niet van toepassing.

medische handelingen betrekking hebbend op de preventie, (spoedeisende) behandeling, begeleiding en ondersteuning van patiënten met psychische stoornissen¹⁹. De verpleegkundig specialist GGZ gaat zelfstandig een behandelrelatie aan met patiënten en bepaalt binnen haar/zijn deskundigheidsgebied welke interventies worden toegepast. Tot haar/zijn takenpakket behoren verder kwaliteitsverbetering, innovatie en onderzoek.

Sinds 1 januari 2012 is er een (tijdelijke) wetswijziging van kracht die bepaalt dat verpleegkundig specialisten GGZ zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen²⁰ mogen indiceren en uitvoeren. Dit houdt praktisch gezien in dat bepaalde taken structureel van bijvoorbeeld een psychiater naar een verpleegkundig specialist GGZ kunnen worden overgedragen.

De functie verpleegkundig specialist GGZ bestond al voor 2009. Vanaf 1998 werden er al verpleegkundig specialisten voor de GGZ opgeleid via een driejarige opleiding. In 2009 verwierf deze opleiding de onderwijsgraad Masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP)²¹. Dit was één van de eisen om te worden erkend als opleiding tot het beroep van verpleegkundig specialist GGZ. Vóór 2009 werkten er ook Nurse Practitioners (NP's) in de GGZ, opgeleid door de hogescholen. Een klein deel van de NP's was ook in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam. Deze NP's konden zich tot 1 juli 2012 via een overgangsregeling inschrijven in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). Iedereen die na 2006 een van deze twee opleidingen heeft gevolgd, mag zich direct inschrijven in het VSR en dus ook deze beschermde beroepstitel dragen.

De verpleegkundig specialist GGZ is met name werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg, daarnaast ook in de algemene of academische ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg²².

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

Weliswaar staan de zogenaamde beroepen Geestelijke Gezondheid in deze raming centraal, maar daarnaast wordt ook kort stil gestaan bij enkele belangrijke aanverwante functies, beroepen en zorgverleners, waarmee wellicht gedeeltelijke taakherschikking kan plaatsvinden, nu of in de toekomst.

Allereerst de huisarts²³ die vaak het eerste aanspreekpunt is voor mensen met psychische klachten. In de periode 2002-2008 wordt op jaarbasis circa bij 12% van de patiënten een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd²⁴. De huisarts zet in eerste instantie zelf de behandeling in waarbij het voorkómen van medicalisering, preventie van psychische stoornissen en het bevorderen van zelfredzaamheid een grote rol spelen²⁵. Van de patiënten in de GGZ wordt 53% doorverwezen door een huisarts²⁶.

19 Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg, artikel 2. Staatscourant, 05-06-2009.

20 Defibrilleren, injecties en puncties geven en het voorschrijven van UR (uitsluitend recept) geneesmiddelen. Zie: Staatsblad 2011, 659.

21 NVAO (2009). Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP GGZ.

22 Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht.

23 De huisarts is een geneeskundig specialist, ingeschreven in het specialistenregister voor Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVR). Meer informatie over dit beroep is te vinden in deelrapport 2 van het Capaciteitsplan 2013.

24 Trimbos (2010). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik. Utrecht. Pagina 17.

25 NHG (2008). NHG-standpunten toekomstvisie, GGZ in de huisartsenzorg. Geraadpleegd op 19-10-2012. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm

26 GGZ Nederland (2010). Zorg op waarde geschat- update. Sectorrapport ggz 2010. Amersfoort: GGZ Nederland. Pagina 21.

De huisarts werkt hierbij steeds vaker met een Praktijkondersteuner Huisarts (POH) GGZ die zich richt op informatieverstrekking, preventie en/of kortdurende behandeling van simpele klachten²⁷. In 2010 zijn ongeveer 150 POH-GGZ werkzaam. Per (peildatum) 1 april 2013 is dat aantal gestegen naar 961²⁸. De POH-GGZ werkt gemiddeld 18 uur per week en heeft meestal een opleidingsachtergrond als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (65%). Van de POH-GGZ functionarissen heeft 12,4% een universitaire opleiding psychologie afgerond. Bij aanhoudende psychische problemen verwijst de huisarts de patiënt door, soms binnen de eerste lijn naar een eerstelijnspsycholoog²⁹.

Een andere aanverwante beroepsgroep, en dan in het bijzonder in de tweede lijn, is de psychiater. Dit is een arts die zich na de studie geneeskunde verder heeft gespecialiseerd in het medische specialisme psychiatrie³⁰. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater zowel de therapeutische relatie als technieken die de verstoring opheffen, of de gevolgen daarvan verzachten. Een deel van de psychiaters heeft ook een registratie als psychotherapeut, mede omdat ten tijde van de overgangsregeling alle psychiaters zich óók konden registreren als psychotherapeut. Tegenwoordig kunnen psychiaters zich na hun opleiding alleen als psychotherapeut laten registreren als zij zich tijdens hun opleiding specifiek laten scholen in dit kennisgebied.

In de tweede lijn vinden we nog verschillende groepen behandelende artsen die relatief vaak te maken hebben met patiënten met psychische klachten³¹. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dit de artsen verstandelijk gehandicapten, in de ouderenzorg de specialisten ouderengeneeskunde, verslavingsartsen in de verslavingszorg en in de ziekenhuissector onder meer revalidatieartsen, kinderartsen en klinisch geriateren. Deze artsen werken, bij psychische klachten, vaak samen met de GGZ-psycholoog en de klinisch psycholoog.

Eveneens een aanverwante functie is die van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV). Dit is een verpleegkundige die zich richt op complexe patiëntenzorg en op gezinssystemen met ernstige psychiatrische en/of psychische problematiek. De SPV heeft ten opzichte van andere verpleegkundigen in de GGZ veelal een coachende functie en richt zich op de uitvoering van zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeemtherapie en consultatie met daarbij een grote mate van zelfstandigheid³². Hiermee is de SPV-er een gespecialiseerde verpleegkundige binnen de verpleegkunde conform artikel 3 van de wet BIG, maar geen verpleegkundig specialist GGZ (zie par. 2.2.5). Eind 2012 zijn ongeveer 830 verpleegkundigen ingeschreven binnen dit deskundigheidsgebied in het Kwaliteitsregister Verpleging & Verzorging. De 18 maanden durende post-HBO opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan aan vijf hogescholen gevolgd worden³³.

27 Verhaak, P., Van Beljouw I., Ten Have J. (2010) De opmars van de POH-GGZ. Tijdschrift voor praktijkondersteuning 2010, nummer 5: 130-134.

28 ROS Netwerk/LVG. Telefonisch verstrekte informatie d.d. 18 juni 2013.

29 De eerstelijnspsycholoog is een door CONO erkend gedifferentieerd profiel van de GGZ-psycholoog, daarnaast is het bij het NIP mogelijk apart te registreren als Eerstelijnspsycholoog NIP.

30 Meer informatie over de psychiater is te vinden deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2013 over de medisch – en klinisch technologische specialisten.

31 Dit kunnen ook 'basisartsen' zijn zonder verdere specialisatie. Via het CBS is te achterhalen dat in 2010 1.080 basisartsen werkzaam waren in de GGZ. In totaal waren er in 2010 720 psychiaters in opleiding. Omdat ongeveer driekwart van de psychiaters in de GGZ wordt opgeleid, weten we dat, 540 van deze basisartsen, in opleiding tot psychiater waren. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81551NED&D1=4&D2=0&D3=0&D4=5&D5=10-11&HD=121120-1611&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4>.

32 V&VN Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (z.d.) Kenmerken, geraadpleegd op 23-10-2012. <http://www.nvspv.nl/be-roep/kenmerkbe.html>

33 V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, Scholing, geraadpleegd op 23-10-2012. <http://www.nvspv.nl/scholing/post-hbo-spv.html>

Andere aanverwante, maar niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen, zijn de GGZ-agogen (sociaal pedagogisch dienstverleners en maatschappelijk werkers) en de gz-vaktherapeuten (creatief therapeuten en psychisch motorisch therapeuten). Ook zij nemen een 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 samenleving³⁴. De vaktherapeut biedt een ervaringsgerichte werkwijze en gebruikt daarbij beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapie voor de behandeling van psychische problemen³⁵. Met hun zorgaanbod werken de GGZ-agogen en de gz-vaktherapeuten dus in de praktijk veelal met vergelijkbare patiëntengroepen als de beroepen uit dit advies.

Tenslotte is er een groot aantal (WO-opgeleide) psychologen, pedagogen en geestelijk gezondheidsdeskundigen zonder BIG-registratie werkzaam in de gezondheidszorg. Volgens een steekproef onder NIP- en NVO-leden heeft 31% van de psychologen en 54% van de pedagogen zonder BIG-registratie de ambitie de opleiding tot GZ-psycholoog te volgen³⁶. Deze groep is waarschijnlijk substantieel van omvang en voert taken uit op het gebied van geestelijke gezondheid. Zij vormt een reservoir van op te leiden GZ-psychologen.

Naast de psychologen en pedagogen zijn er ook afgestudeerde hbo'ers met een oriëntatie op psychologische en pedagogische behandelmethodes werkzaam in de gezondheidszorg. Deze groep verricht veelal duidelijk afgebakende geprotocolleerde werkzaamheden. Het praktisch toepassen van bestaande behandelmethoden vormt dan ook de basis van de hbo-opleiding 'Toegepaste psychologie'.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Zowel in de aard van de werkzaamheden als in de registraties tussen psychotherapeuten, GZ-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen bestaat overlap.

Zo heeft 83% van de klinisch psychologen tevens een registratie als psychotherapeut. Dit percentage zal komende jaren verder toenemen, omdat nieuw ingeschreven klinisch psychologen ook als psychotherapeut kunnen worden ingeschreven. Vanzelfsprekend is er overlap in registraties tussen de klinisch psychologen en GZ-psychologen, omdat een registratie in dat laatste beroep een vereiste is voor het eerste. Van de psychotherapeuten heeft 78% tevens een andere registratie (daarvan 54% als GZ-psycholoog, 27% als klinisch psycholoog en 24% als psychiater). Deze overlappen worden zichtbaar in onderstaande figuur, een Venndiagram uit onderzoek in 2012 in opdracht van het Capaciteitsorgaan.³⁷

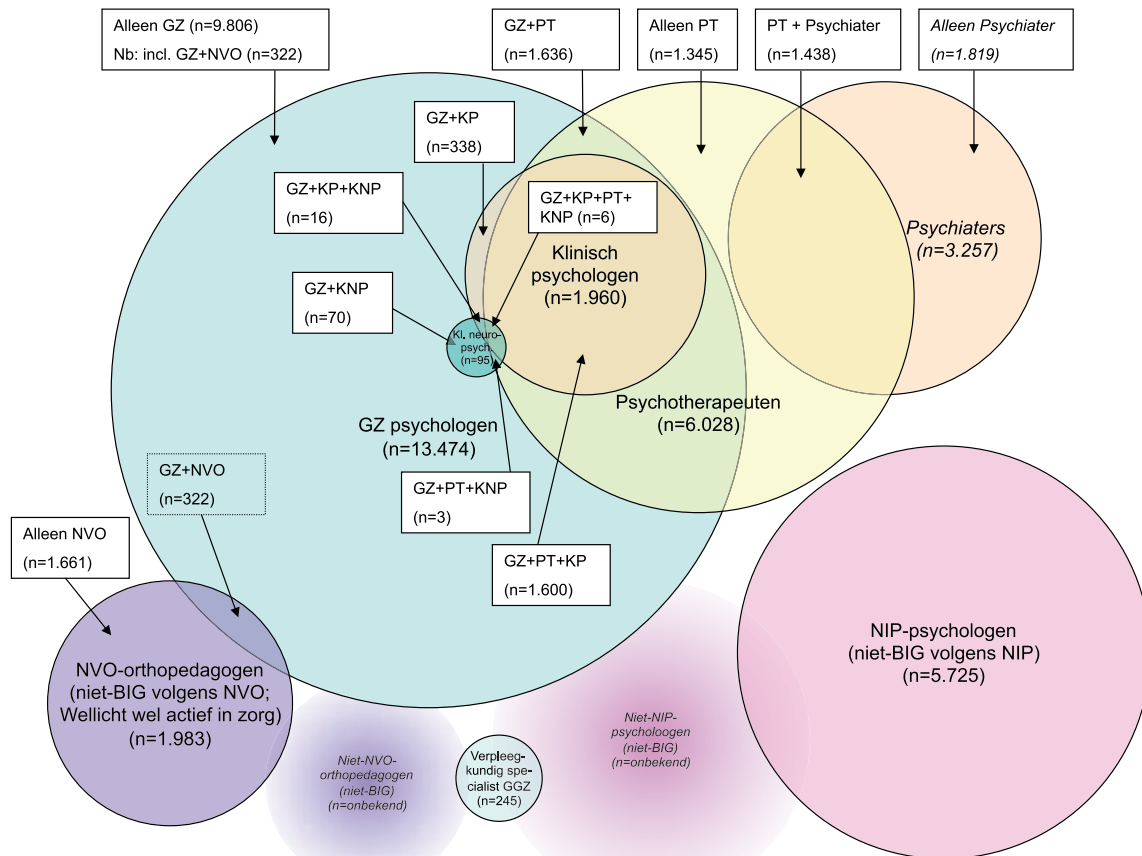
³⁴ Movisie (2012). GGZ Agoog beroepscompetentieprofiel HBO. Movisie, Utrecht.

³⁵ GGZ Nederland en Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2012). GZ-vaktherapeut beroepscompetentieprofiel. GGZ Nederland, Amersfoort.

³⁶ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. Pagina 43.

³⁷ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. Pagina's 30-31.

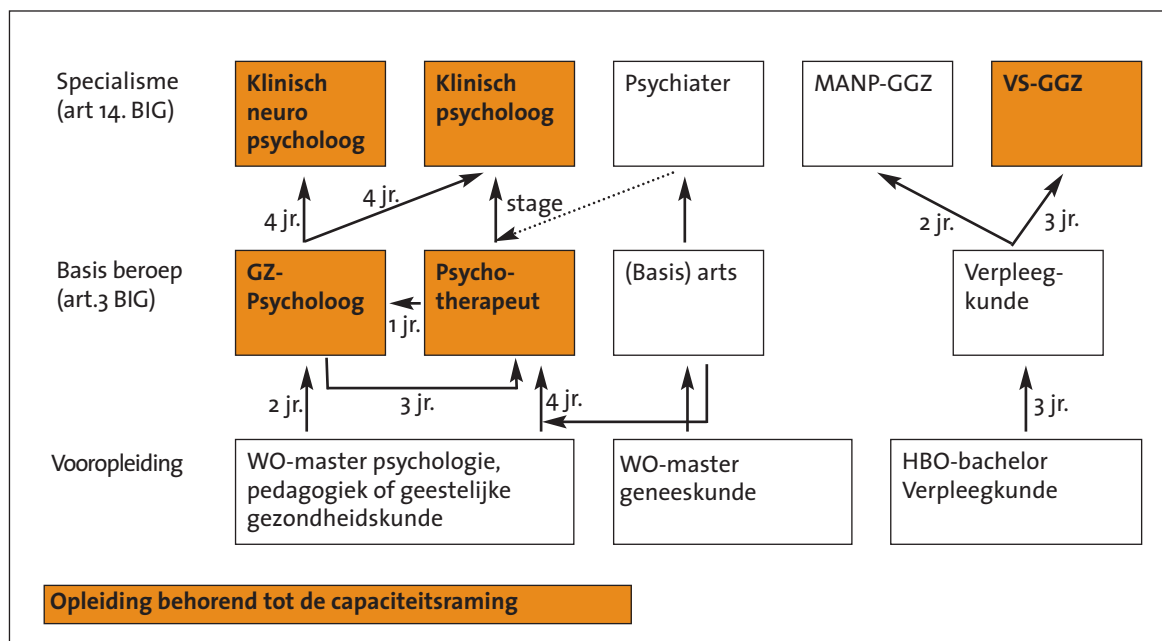
Figuur 1: Overlap tussen registraties van beroepsgroepen



3. Opleiding

In figuur 2 zijn de opleidingstrajecten voor de vijf beroepsgroepen weergegeven.

Figuur 2: De opleidingstrajecten, in- en doorstroommogelijkheden.



Voor elk van deze vijf beroepsgroepen wordt in dit deelrapport een raming(sadvis) opgesteld. Daarbij moet worden opgemerkt dat de bekostiging van de opleidingstrajecten van deze beroepen door middel van een subsidie uit het Opleidingsfonds (vanaf 2013: beschikbaarheidsbijdrage)³⁸ niet uniform geregeld is. Daarnaast geldt dat bepaalde opleidingsplekken, bijvoorbeeld tot GZ-psycholoog, anders bekostigd worden. Waar het de eerstelijnspraktijken betreft gebeurt dit door zorgverzekeraars. Twee opleidingen vallen er geheel buiten, namelijk de opleiding tot klinisch neuropsycholoog en de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ³⁹. Deze laatstgenoemde opleiding wordt (deels) bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In paragraaf 3.1.4 wordt daar dieper op ingegaan.

In de volgende paragrafen wordt per beroepsgroep een overzicht gegeven van het eerste richtinggevend advies 2011, van het VWS-besluit (het instroombesluit) op dit ramingsadvies en van de realisatie van het aantal opleidingsplaatsen (het aantal inschrijvingen). De gegevens over het aantal inschrijvingen zijn verkregen via het CONO (2011 en eerder) en voor 2012 via het Landelijk Overleg GGZ-opleidingen (LOGO), tenzij anders is aangegeven bij de betreffende tabel.

³⁸ Voor meer informatie zie: www.opleidingsfondszorg.nl

³⁹ De driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ wordt wél uit de beschikbaarheidsbijdrage gefinancierd (zie par. 2.1.5)

3.1 Adviezen, besluiten en realisatie van opleidingsplaatsen per beroep

Het eerste richtinggevend advies in het Capaciteitsplan 2011⁴⁰ omvatte een voorstel voor een minimale, een maximale en een voorkeursinstroom: het instroomadvies.

Het instroombesluit betreft het aantal opleidingsplaatsen per opleiding dat uit de beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd. Het aantal inschrijvingen overtreft het aantal instroomplaatsen overigens ruimschoots. De instroombesluiten en inschrijvingsaantallen zijn sinds 2009 beschikbaar. Per beroepsgroep zal telkens een aantal opleidingsaspecten belicht worden voorafgaand aan de presentatie van instroombesluiten en inschrijvingsaantallen.

3.1.1 GZ-psycholoog

De opleiding tot GZ-psycholoog is een tweejarige duale postdoctorale opleiding die bij zes verschillende opleidingsinstellingen kan worden gevolgd⁴¹. Men moet voor de voltijdvariant een contract van minimaal 32 uur hebben bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Voor de deeltijdvariant, die vier jaar duurt, is een minimale contractduur van 16 uur vereist bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Het cursorisch deel beslaat twee dagdelen per week.

De opleiding tot GZ-psycholoog is een generalistische opleiding, die in principe voorbereidt op functies binnen diverse werkvelden van de gezondheidszorg. De opleiding GZ-psycholoog kent de drie differentiaties: volwassenen & ouderen, kinderen & jeugd en ouderen.

Voor de afzonderlijke werkvelden is er behoefte aan specifieke kennis of vaardigheden. Om aan deze behoefte tegemoet te komen, bestaan er aanvullende opleidingen, de zogenaamde profielopleidingen. Deze profielopleidingen gaan specifiek in op de toepassing van gezondheidszorgpsychologische kennis en vaardigheden voor het betreffende werkveld. Profielopleidingen zijn er op het gebied van ouderenzorg, verslavingszorg, eerstelijnszorg en forensische zorg⁴².

In tabel 1 en figuur 3 zijn de relevante gegevens voor advies, besluit en inschrijvingsaantallen bij elkaar gezet.

Tabel 1: Instroomaantallen (in personen): advies, besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot GZ-psycholoog.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voorkeursadvies Capaciteitsplan 2011	.	.	.	.	960	960
Besluit VWS	485	466	457	432	476	-
Aantal inschrijvingen	790*	894**	737	792	-	-

* Capaciteitsorgaan (2011). *Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorg-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ*. Utrecht, 2011. P. 19

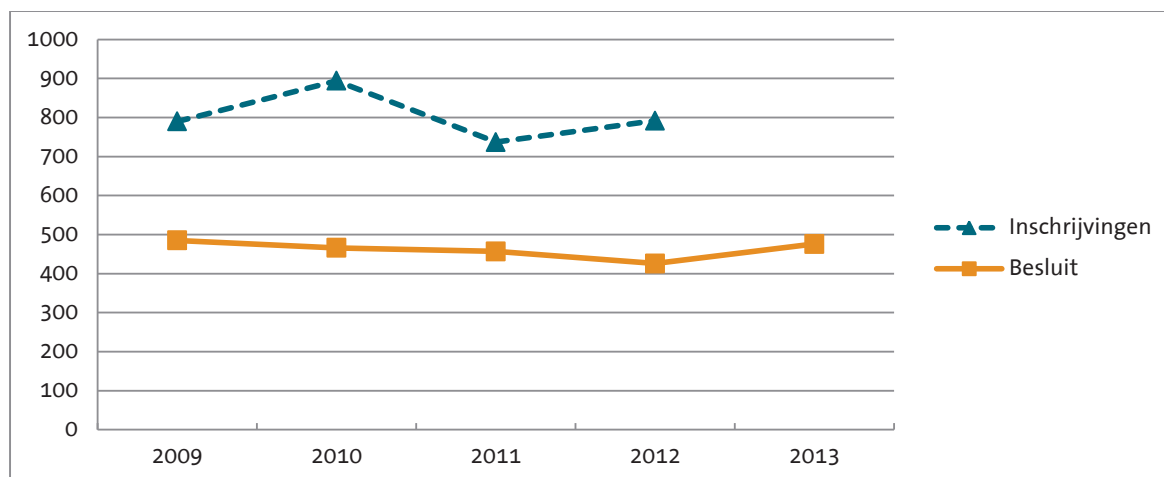
** Dit cijfer is in het Capaciteitsplan 2011 ingeschat als zijnde instroom voor 2010.

⁴⁰ Het nu in voorbereiding zijnde ramingsadvies 2013 kan, gegeven de VWS-begrotingssystematiek, voor het eerst tot uitdrukking komen in de begroting 2015. Deze fasering verklaart dan tevens waarom het eerstvolgende evenwichtsjaar, dat steeds tien jaar later ligt, 2025 is.

⁴¹ RINO Groep, GZ-psycholoog, <http://big.rinogroep.nl/> Geraadpleegd op 24-10-2012

⁴² Beroepenschema CONO. http://www.conoggz.nl/?page_id=25 Geraadpleegd op 18-10-2012

Figuur 3: Instroomaantallen besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot GZ-psycholoog



Bron: Capaciteitsplan 2011, CONO en LOGO.

Over de jaren 2009-2012 zijn gemiddeld 74% meer GZ-psychologen opgeleid dan door VWS bekostigd werd.

3.1.2 Psychotherapeut

De opleiding tot psychotherapeut is een vierjarige duale postdoctorale opleiding die bij zes verschillende opleidingsinstellingen kan worden gevolgd⁴³. Men moet een minimale contractduur van 20 uur hebben bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. GZ-psychologen kunnen de opleiding, met vrijstellingen, in drie jaar volgen bij een minimale contractduur van 16 uur per week. Het cursusdeel bestaat minimaal één dag per twee weken.

In tabel 2 en figuur 4 zijn de relevante gegevens omtrent advies, besluit en inschrijvingsaantallen bij elkaar gezet.

Tabel 2: Instroomaantallen (in personen): advies, besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot psychotherapeut.

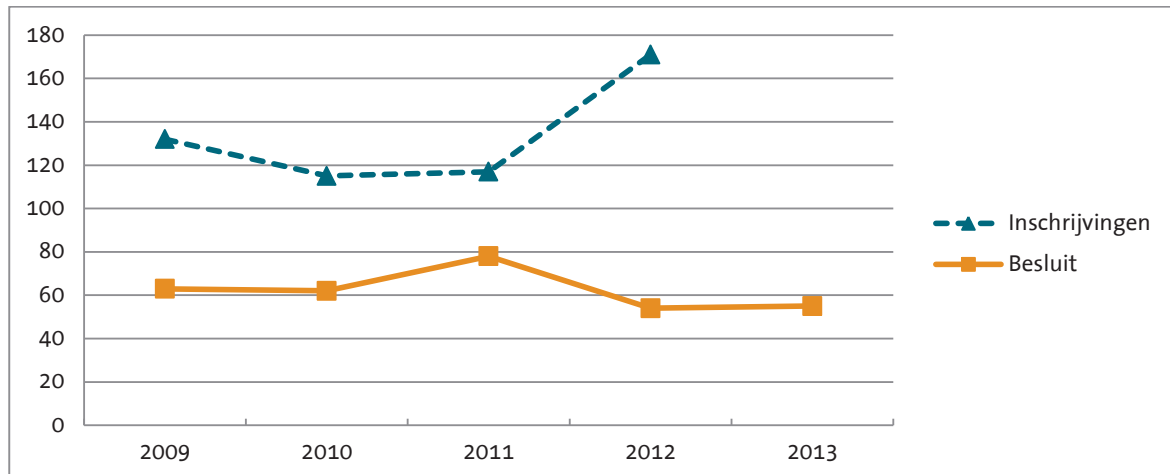
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voorkeursadvies Capaciteitsplan 2011	.	.	.	.	160	160
Besluit VWS	63	62	78	54	55	-
Aantal inschrijvingen	132*	115**	117	171	-	-

* Capaciteitsorgaan (2011). *Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorg-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ*. Utrecht, 2011. P. 19

** Dit cijfer is in het Capaciteitsplan 2011 ingeschat als zijnde instroom voor 2010.

43 Psychotherapie, Opleiding, www.psychotherapie.nl Geraadpleegd op 24-10-2012

Figuur 4: Instroomaantallen besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot psychotherapeut



Bron: Capaciteitsplan 2011, CONO en LOGO.

Over de jaren 2009-2012 zijn gemiddeld 127% meer psychotherapeuten opgeleid dan door VWS bestoigd werd.

3.1.3 Klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog

De opleiding tot klinisch psycholoog en de opleiding tot klinisch neuropsycholoog zijn beide vierjarige duale postdoctorale opleidingen die bij resp. zes en één opleidingsinstelling(en) kunnen worden gevolgd⁴⁴. Het cursorisch deel wisselt per opleiding en differentiatie, maar komt neer op één of twee dagen per twee respectievelijk vier weken. De opleiding tot klinisch psycholoog kent twee differentiaties: volwassenen & ouderen en kinderen & jeugd.

De opleiding tot klinisch psycholoog biedt de mogelijkheid tot vrijstelling op alle onderdelen van de opleiding tot psychotherapeut en daarmee dus ook tot de registratie als psychotherapeut⁴⁵. De meeste opleidingsinstituten starten de opleiding eens in de twee jaar (bijv. in 2009 en 2011), behalve de opleiding in de regio Utrecht. Deze start elk jaar.

Er zijn aanwijzingen dat het aantal inschrijvingen voor de opleiding tot klinisch psycholoog met tientallen zal toenemen. Ten eerste omdat ook vanaf 2014, in tegenstelling tot andere even jaren, de meeste opleidingsinstituten een opleidingsgroep zullen starten. Daarnaast is er ook toenemende belangstelling voor het verkorte opleidingstraject tot klinisch psycholoog (met vrijstellingen voor psychotherapeuten)⁴⁶.

44 Big RINO Groep, Klinisch Psycholoog en Klinisch Neuropsycholoog, <http://big.rinogroep.nl/> Geraadpleegd op 24-10-2012

45 Psychotherapeut <http://www.spon-opleidingen.nl/ContentFront/Pt/Pt.aspx> Geraadpleegd op 13-12-2012.

46 Mondelinge informatie uit overleg met SPON en RINO Groep. Aantal inschrijvingen voor 2013: 100. Aantal inschrijvingen voor 2014: 85. Peildatum 16 mei 2013.

Voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog gold tot 1 juli 2009 een overgangsregeling voor GZ-psychologen met aantoonbare ervaring op specialistisch niveau op het gebied van de klinische neuropsychologie⁴⁷. In onderstaande tabellen zijn, uitgesplitst naar opleiding tot klinisch psycholoog en tot klinisch neuropsycholoog, de relevante gegevens omtrent advies, besluit en inschrijvingsaantallen bij elkaar gezet.

Tabel 3: Instroomaantallen (in personen): advies, besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot klinisch psycholoog.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voorkeursadvies Capaciteitsplan 2011	.	.	.	.	230	230
Besluit VWS	102	47	65	76	96	-
Aantal inschrijvingen	100*	32**	82	46	-	-

* Capaciteitsorgaan (2011). *Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorg-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ*. Utrecht, 2011. P. 20

** In het Capaciteitsplan 2011 waren – incorrect – 80 inschrijvingen geschat. Dat jaar (2010) is enkel op de locatie Utrecht een nieuwe opleidingsgroep gestart.

De opleiding tot klinisch neuropsycholoog start eens in de twee jaar⁴⁸. Vandaar dat gegevens over bepaalde jaren ontbreken. Deze opleiding wordt niet door de overheid, via de Beschikbaarheidsbijdrage, gefinancierd. Om die reden zijn er dus ook geen besluiten over de instroom weer te geven. Het Capaciteitsorgaan heeft in 2011 geen voorkeur gegeven voor de instroom in deze opleiding. Wel is een minimum en maximum instroom aangegeven.

Tabel 4: Instroomaantallen (in personen): minimum en maximum adviezen en daadwerkelijke inschrijvingen voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Adviezen Capaciteitsplan 2011	.	.	.	.	8-16	8-16
Aantal inschrijvingen	–*	17	-	13	-	-

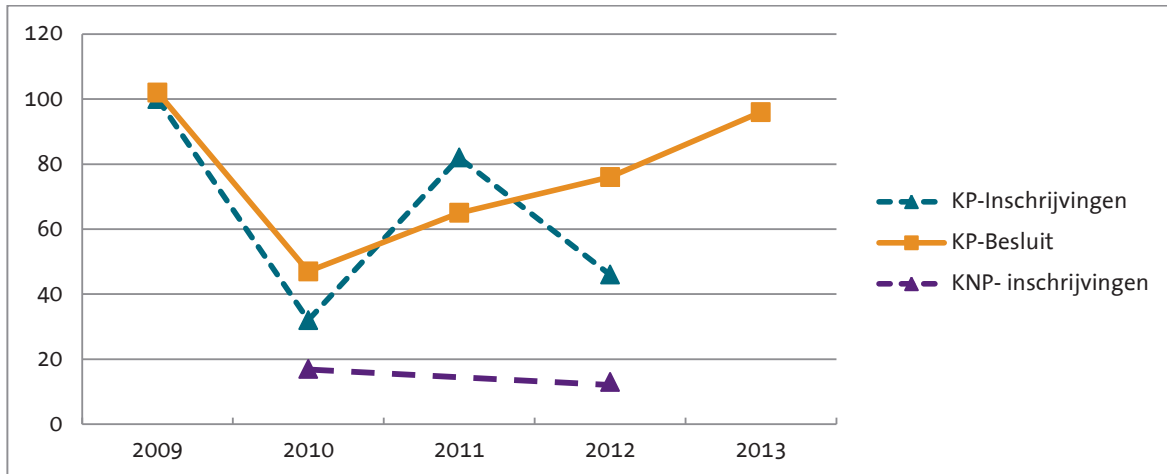
* Capaciteitsorgaan (2011). *Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorg-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ*. Utrecht, 2011. P. 20. Om het jaar start een opleidingscohort.

In figuur 5 zijn het besluit en het aantal inschrijvingen voor beide opleidingen gezamenlijk weergegeven.

47 Overgangsregeling Klinisch neuropsycholoog <http://www.fgzp.nl/> Geraadpleegd op 23-01-2013.

48 Big RINO Groep, Klinisch neuropsycholoog, <http://big.rinogroep.nl/> Geraadpleegd op 24-10-2012

Figuur 5: Instroomaantallen besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog



Bron: Capaciteitsplan 2011, CONO en LOGO

Over de jaren 2009-2012 zijn gemiddeld 12% minder opleidingsplaatsen gebruikt dan door VWS beschikbaar werd gesteld. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog wordt niet bekostigd via de Beschikbaarheidsbijdrage.

3.1.4 Verpleegkundig specialist GGZ

Zoals aangegeven in paragraaf 2.1.5 zijn er twee verschillende opleidingsroutes om uiteindelijk als verpleegkundig specialist GGZ opgeleid te worden. Namelijk een driejarige opleiding aan de opleidingsinstelling VS-GGZ te Utrecht en een uitstroomdifferentiatie GGZ binnen de tweejarige Master Advanced Nursing Practice (MANP) aan negen hogescholen. Beide opleidingen zijn door de NVAO geaccrediteerde professionele masteropleidingen en zijn dual van opzet. Voor beide opleidingen is een werkplek bij een erkende opleidingsinstelling een vereiste. Het cursorisch deel beslaat voor beide opleidingen één dag per week.

De tweejarige opleiding die aan de hogescholen kan worden gevolgd (MANP, specialisatie GGZ), wordt op andere wijze bekostigd⁴⁹. Toch leiden deze opleiding en de driejarige categorale opleiding op tot hetzelfde beroep: verpleegkundig specialist GGZ. Alle, voor deze beroepsgroep relevante, ontwikkelingen, worden in dit advies integraal meegenomen, ongeacht de opleidingsroute. Via de hogescholen studeerden de afgelopen jaren gemiddeld 28 mensen per jaar af in de specialisatie GGZ⁵⁰.

⁴⁹ De werkgever ontvangt per jaar per student van het ministerie van VWS een vergoeding en de opleidingsinstelling ontvangt van OC&W een vergoeding ter compensatie van de opleidingskosten.

⁵⁰ Schattingen verkregen in januari 2013 van het landelijk opleidingsoverleg MANP en in juni 2012 en april 2013 van de Hogeschool van Utrecht en Hogeschool Zuyd.

In dit hoofdstuk zijn de parameterwaarden vastgesteld op basis van gegevens afkomstig van zowel de twee- als de driejarige opleiding. In het advies over de benodigde instroom worden ook de gediplomeerden verdisconteerd die via de hogescholen worden opgeleid. Dat is gemiddeld 28 over de laatste vijf jaren, verdisconteerd voor het interne rendement wordt dit 32⁵¹. Wat resteert is de instroom die nodig is bij de driejarige categorale opleiding.

In tabel 5 en figuur 6 zijn de relevante gegevens over het besluit en de inschrijvingsaantallen, toegepast op de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist, bij elkaar gezet.

In 2011 en 2012 valt een stijging van het aantal inschrijvingen op. Dit is een (tijdelijk) verhoogde instroom door de instroom van SPV-ers die, vanwege vrijstellingen, een verkort opleidingstraject tot verpleegkundig specialist GGZ kunnen volgen. De verwachting is dat deze piek van tijdelijke aard is, omdat het aantal SPV-ers met voldoende werkervaring én mogelijkheden om de opleiding te volgen beperkt is⁵².

Tabel 5: Instroomaantallen (in personen): advies, besluit VWS en inschrijvingen voor de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ (driejarige opleiding).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011	.	.	.	.	160	160
Besluit VWS	67	68	69	54	66	
Aantal inschrijvingen	60*	85**	114	102		

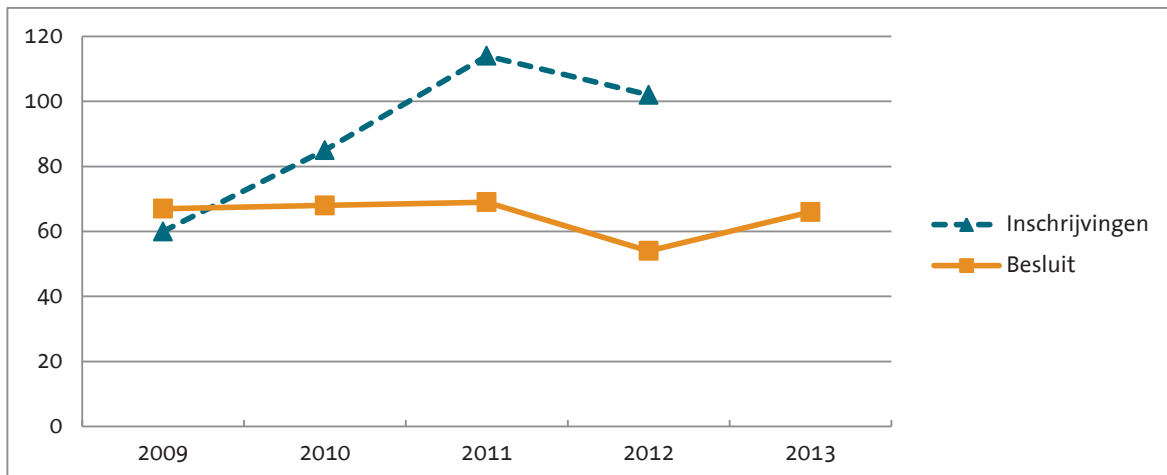
* Capaciteitsorgaan (2011). *Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorg-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ*. Utrecht, 2011. P. 21.

** Dit cijfer is in het Capaciteitsplan 2011 opgevat als instroom voor 2010.

⁵¹ Zie voorgaande voetnoot.

⁵² Gesprek met opleiding VS-GGZ, augustus 2012

Figuur 6: Instroomaantallen besluit VWS en inschrijvingen voor de 3-jarige VS-GGZ opleiding



Bron: Capaciteitsplan 2011, CONO en opleiding VS-GGZ.

Gemiddeld over de jaren 2009-2012 zijn, via de categorale driejarige opleiding, 42% meer mensen opgeleid dan door VWS bekostigd werd.

3.2 Parameters percentage vrouwen, intern rendement, verwachte instroom en opleidingsduur

3.2.1 Percentage vrouwen

Het hoogste percentage vrouwen is te vinden in de opleiding tot GZ-psycholoog, namelijk **89%**. In de opleiding tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog liggen deze percentage respectievelijk op **83%** en **81%**⁵³. Deze percentages liggen op hetzelfde niveau als in het vorige advies⁵⁴.

In de opleiding tot klinisch neuropsycholoog is **72%** vrouw⁵⁵. Dit percentage is iets lager dan in het vorige advies (80%)⁵⁶.

In de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ is 64% vrouw⁵⁷, in de tweejarige opleiding is 80% vrouw. In de periode 2009-2013 wordt 30% van de verpleegkundig specialisten GGZ opgeleid via de tweejarige hogeschoolroute en 70% via de driejarige categorale opleiding. Deze verhouding (30/70) zal worden gebruikt om de waarden percentage vrouw in opleiding, intern rendement en opleidingsduur gewogen in het rekenmodel mee te nemen. Het gewogen percentage vrouwen voor deze opleidingen komt uit op **69%**.

⁵³ Opgave volgens het CONO per 01-01-2012.

⁵⁴ Capaciteitsorgaan (2011). Capaciteitsplan 2011. Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. Utrecht, 2011. P.19.

⁵⁵ Opgave volgens de Rino Groep (enige opleidingsinstelling voor deze opleiding) per 01-01-2012.

⁵⁶ Capaciteitsorgaan (2011). Capaciteitsplan 2011 Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. Utrecht, 2011. P.20.

⁵⁷ Opgave volgens het CONO per 01-01-2012. Volgens de HBO-raad, die een opgave geeft voor de totale instroom in de 2-jarige opleiding, ongeacht specialisme, is 80% vrouw.

3.2.2 Intern rendement opleidingen

Er bestaat een verschil tussen het aantal mensen dat aan de opleiding begint en het aantal dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt. Het percentage van een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol heeft afgerond, wordt aangeduid als het interne rendement van de opleiding.

In het Capaciteitsplan 2011 werd uitgegaan van een geschat intern rendement van 85%. Het Landelijk Overleg GGZ-opleidingen (LOGO) komt voor de huidige raming uit op een hoger intern rendement:

95% voor de opleidingen tot GZ-psycholoog, tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog. Deze inschatting is op basis van afgeronde opleidingscohorten

Voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog zijn exacte cijfers beschikbaar. Het interne rendement voor deze opleiding is voor twee volledig afgeronde opleidingscohorten 100%. Voor het cohort dat bijna is afgerond is dit minstens 81%. Het intern rendement voor deze beroepsgroep is voor deze raming bepaald op **94%**.

Het opleidingsinstituut van de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ geeft aan dat het interne rendement 70% is voor de opleidingscohorten die per 1-1-2007 tot en met 1-1-2010 zijn begonnen. Het rendement van de tweejarige opleiding is 87%⁵⁸. Gewogen voor beide opleidingen is het rendement **75%**.

3.2.3 Verwachte instroom opleidingen

De parameter verwachte instroom vanaf 2015 wordt gebaseerd op de gemiddelde instroom van de achterliggende jaren. Dat betekent dat voor de instroom in de opleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog uitgegaan kan worden van het gemiddelde dat is berekend over de opleidingsduur. Overigens geldt dat voor de opleiding tot klinisch psycholoog een iets hoger gemiddelde wordt gehanteerd, omdat vanaf 2014 niet alleen in de oneven, maar ook in de even jaren opleidingsgroepen zullen starten.

Voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog geldt dat er in 2012 een groep van 13 mensen is gestart en dat de volgende groep pas in 2014 start. De instroom voor 2013 wordt dan ook op 0 gezet en voor 2014 op 16.

Voor de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ geldt dat er de afgelopen jaren een groot aantal SPV'ers, via een verkort opleidingstraject, opgeleid is. Dit is een tijdelijk verschijnsel en wordt om die reden niet meegeteld bij de bepaling van de verwachte structurele instroom. De verwachte instroom wordt op 66 gesteld. De verwachte instroom voor de tweejarige opleiding wordt gesteld op het meerjarig gemiddelde, namelijk 32. Bij elkaar opgeteld komt de verwachte instroom op **98**.

3.2.4 Opleidingsduur

De nominale opleidingsduur van de opleiding tot GZ-psycholoog duurt 2 jaar, de opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog duren 4 jaar.

De gewogen, gemiddelde opleidingsduur voor de driejarige opleiding en de tweejarige opleiding is dan **2,7** jaar. Zie paragraaf 3.1.4 voor verdere toelichting over de verhouding tussen de driejarige en tweejarige opleiding.

⁵⁸ Voor deze opleiding is het rendement gemiddeld over de cohorten opleiding MANP aan de hogescholen die gestart zijn in 2010 en eerder. Het is niet uitgesplitst naar het specialisme GGZ, omdat volgens het opleidingsoverleg MANP het rendement niet zal verschillen per specialisme.

3.3 Conclusies

Uit de tabellen in voorgaande paragrafen kunnen de parameterwaarden voor de instroom in de opleidingen worden afgeleid. Tabel 6 geeft hiervan een samenvatting.

Tabel 6: Alle parameterwaarden opleiding 2013 per beroepsgroep

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Instroom tot 2013	792	171	46	13	134
Gemiddelde instroom	765	134	77	8	132
Verwachte instroom vanaf 2015	765	134	77	16	98
Percentage vrouwen	89	83	81	72	69
Opleidingsduur	2 jaar	4 jaar	4 jaar	4 jaar	2,7 jaar
Intern rendement (percentage)	95%	95%	95%	94%	75%

4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

In het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan bepaalt de verwachte zorgvraag voor een groot deel het benodigde aantal beroepsbeoefenaren. In het model zijn hierover de volgende parameters opgenomen: demografische ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en de onvervulde vraag. Als het gaat om de eerste twee genoemde parameters is cijfermateriaal uit onderzoek aan te leveren. Voor de twee andere parameters geldt dat het Capaciteitsorgaan cijfermateriaal en door experts aangeleverde informatie gebruikt.

4.2 Demografie

In 2012 had Nederland iets meer dan 16,7 miljoen inwoners. De verwachting is dat dit aantal in 2025 gestegen zal zijn naar 17,5 miljoen inwoners. Ten opzichte van 2012 is dit een groei van 5%. Vooral het aandeel ouderen stijgt de komende 20 jaar. In onderstaande tabel is een overzicht van de percentuele verdeling per leeftijdscategorie te zien.

Tabel 7: Percentuele verdeling Nederlandse bevolking per leeftijdscategorie voor de jaren 2012 en 2025.

	2012	2025
0 tot 20 jaar	23,3%	21,3%
20 tot 65 jaar	60,5%	56,9%
65 jaar en ouder	16,2%	21,8%

Bron: Statline, CBS⁵⁹.

Niet iedere leeftijdscategorie doet in dezelfde mate een beroep op de vijf beroepen geestelijke gezondheid. Om dit in kaart te brengen zijn twee onderzoeken uitgevoerd⁶⁰. Beide onderzoeksrapporten leverden een raming op van te verwachten demografische veranderingen van de patiëntengroepen van elke beroepsgroep. De onderzoeksbureaus hebben verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Het ene bureau heeft haar onderzoek gebaseerd op geaggregeerde gegevens van DBC-Onderhoud. Hierbij is gekeken naar de leeftijdsverdelingen van de patiëntengroepen die door de beroepsgroepen worden bediend.

Deze gegevens zijn, op basis van demografische verwachtingen, geëxtrapoleerd. In die gegevens komt de klinisch neuropsycholoog niet voor. Ook levert dit onderzoek een gewogen differentiatie naar (sub)branche⁶¹ op.

⁵⁹ Bron: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81411ned&D1=0-3&D2=1,4,14&HDR=T&STB=G1&VW=T>
Geraadpleegd op 7 maart 2013.

⁶¹ Kiwa Prismant (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012. P. 42-43.

⁶⁰ Regioplan (2012). De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor de (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012.
Kiwa Prismant (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012.

Het andere onderzoeksbureau heeft haar gegevens ontleend aan de enquête die eind 2011 is uitgezet onder een representatieve steekproef van de vijf beroepsgroepen, waaronder klinisch neuropsychologen. Hierbij is aan de beroepsbeoefenaren gevraagd van de laatste drie patiënten geslacht en leeftijdscategorie aan te geven. Dit geeft een globaal beeld van de patiëntenpopulatie die deze beroepsgroepen ultimo 2011 bedienden. Deze gegevens zijn, op basis van demografische verwachtingen van het CBS, eveneens geëxtrapoleerd⁶².

De verschillen tussen de uitkomsten van beide onderzoeken zijn niet substantieel, ondanks het verschil in aanpak. De uitkomsten van beide onderzoeken zijn gemiddeld en door de Begeleidingscommissie vastgesteld. Deze gemiddelde uitkomsten sluiten grotendeels aan op de waarden die in het richtinggevend Capaciteitsplan 2011 zijn gebruikt en ontleend aan het medisch specialisme psychiatrie. Voor het evenwichtsjaar 2025 dat in het rekenmodel wordt gebruikt, wordt de parameterwaarde demografische ontwikkelingen gehanteerd zoals in tabel 8 is weergegeven.

Tabel 8: Parameterwaarden demografie verandering (percentage) per beroepsgroep voor het evenwichtsjaar 2025 (groei t.o.v. basisjaar 2012).

GZ-psycholoog	-0.2%
Psychotherapeut	-1,5%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	2%
VS-GGZ	5%

4.3 Epidemiologie

De parameterwaarde epidemiologie ondergaat in vergelijking met het Capaciteitsplan 2011 geen wijziging. Deze constatering is gebaseerd op de rapporten Nemesis 1 en Nemesis 2, aangevuld met onderzoek naar de prevalentiecijfers voor de leeftijdsgroepen jonger dan 18 jaar en ouder dan 65 jaar. Uit dit laatste onderzoek blijkt dat de prevalentiecijfers voor deze beide leeftijdsgroepen het prevalentiecijfer voor de leeftijdsgroep 18 – 65 jarigen niet beïnvloedt. De omvang in absolute zin van het aantal ziektegevallen (per 1.000 inwoners) bij de leeftijdsgroepen jonger dan 18 jaar en ouder dan 65 jaar is te gering om het prevalentiepercentage dat voor de Nederlandse bevolking als totaal geldt, significant te beïnvloeden⁶³.

De parameterwaarde epidemiologie wordt voor alle beroepsgroepen (wederom) op 0% per jaar bepaald.

⁶² Regioplan. De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor de (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012.

⁶³ Kiwa Prismant (2013). Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht 2013.

Tabel 9: Parameterwaarden epidemiologie: jaarlijkse verandering per beroepsgroep.

GZ-psycholoog	0%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
VS-GGZ	0%

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Of een zorgvrager daadwerkelijk zorg zoekt is - in termen van sociaal-culturele ontwikkelingen - een samenspel van culturele, sociale en persoonlijke omstandigheden⁶⁴. Vooral voor personen zonder partner, maar ook voor mensen met een lager inkomen en mensen in een gebied met een hogere urbanisatiegraad⁶⁵ is de kans hoger op enigerlei zorggebruik vanwege psychische problemen⁶⁶.

Het overheidsbeleid om een eigen bijdrage in te voeren of te verhogen in de zorgverlening door tweedelijns geïntegreerde GGZ-instellingen en praktijken voor eerstelijns psychologische zorg, beïnvloedt de individuele keuze nadrukkelijk.

Volgens zorginstellingen en brancheorganisaties leidde dat in 2012 tot een verminderende vraag naar zorgverlening. Een deel van de voorgenomen invoering van de eigen bijdrage is al medio 2012 teruggedraaid. Uit het regeerakkoord⁶⁷, valt op te maken dat de eigen bijdrage voor de eerste lijn 'budgettair neutraal' wordt omgezet 'in een procentuele eigen bijdrage voor alle GGZ-kosten in de eerste- en tweede lijn gezamenlijk'. Het resultaat van een motie van Tweede Kamerlid Bouwmeester, aangenomen in december 2012, is een lagere eigen bijdrage in de eerste lijn (g 20,- per consult) en de afschaffing van de eigen bijdrage in de tweede lijn⁶⁸. Ook in de eerstelijns zal de eigen bijdrage worden afgeschaft vanaf 1 januari 2014⁶⁹.

Gesteld zou kunnen worden dat de zorgvraag in termen van sociale en/of culturele factoren de laatste jaren geen substantiële veranderingen heeft ondergaan. Rond 1996 maakte 6% van de totale populatie gebruik van de GGZ. In de periode 2007-2009 bleef dat volume goeddeels gelijk op 6,2%. Tegelijkertijd steeg het percentage personen met een psychische aandoening dat gebruik maakte van de GGZ van 15,3% in 1996 naar 20,8% in 2007-2009. Het is mogelijk dat de voortschrijdende inzet van internetinterventies drempelverlagend en destigmatiserend werkt op psychische aandoeningen. Dit kan het zorggebruik stimuleren⁷⁰.

64 Andersen R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36:1-10

65 Vektis (2013). Zorgthermometer 2013, Een sterke eerste lijn. p.22-23: Populatieverschillen en bekostiging

66 De Graaf, R., Ten Have, M. en Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht, 2010. P. 61, p.62, p.72 en 73.

67 Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD en PvdA (p. 21)

68 Actueel, GGZ Nederland <http://www.ggznederland.nl/actueel/perslijsten/publiek-pers/eigen-bijdrage-alsnog-van-tafel.html>

69 Brief aan de Tweede Kamer, 24 april 2013, Eigen bijdrage curatieve GGZ. 112808-102702-CZ

70 De Graaf, R., Ten Have, M. en Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht, 2010. P.72.

Uit een recent onderzoek⁷¹ blijkt dat het aantal DBC's over de periode 2009 – 2011 min of meer gelijk gebleven is⁷². Daarmee lijkt er een ontwikkeling op gang te komen die er op zou kunnen duiden dat er een einde komt aan de substantiële groei van de zorgvraag in de tweedelijns GGZ. Binnen dat volume is er wel sprake van een vraagverschuiving. Dat betreft met name de diagnosegroepen stoornissen bij jeugdigen en persoonlijkheidsstoornissen. Deze zorgvraag neemt nog toe.

Een verschuiving van de zorgvraag zal zich ook voordoen als gevolg van de uitvoering van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014⁷³. Het gezamenlijke beleid van de overheid en zorgaanbieders uit zich als “een dubbele trendbreuk: zorg dichtbij de patiënt, aanzienlijke vermindering uitgavengroei.” “Uitgangspunt is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend. Er vindt een omslag plaats van klinisch naar ambulant, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement”⁷⁴. Deze ontwikkeling wordt de komende jaren door het Capaciteitsorgaan gemonitord (zie ook punt 3 in paragraaf 1.3).

Waar het de andere branches betreft, zijn bij deze patiëntenpopulaties, als het gaat om de sociaal-culturele factoren die het zorggebruik “sturen”, geen significante ontwikkelingen gesignaleerd die tot een substantiële toename van het zorggebruik zullen leiden.

Rekening houdend met de vraagemancipatie bij bepaalde groepen en een verlaagde drempel voor het zorggebruik door onder andere internetinterventies is de parameterwaarde sociaal-culturele ontwikkelingen op 1,3% per jaar vastgesteld.

Tabel 10: Parameterwaarden sociaal-cultureel per beroepsgroep.

GZ-psycholoog	1,3%
Psychotherapeut	1,3%
Klinisch psycholoog	1,3%
Klinisch neuropsycholoog	1,3%
VS-GGZ	1,3%

4.5 Onvervulde zorgvraag

Om de parameterwaarde voor de onvervulde vraag te bepalen gebruikt het Capaciteitsorgaan kwantitatieve wijzigingen in onder meer het veranderend volume van wachtlijsten en het veranderend aantal (langdurend) openstaande vacatures. In het geval van de beroepsgroepen waar dit deelrapport zich op richt is deze informatie aangevuld met gekwantificeerde expert inschattingen.

⁷¹ IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013.

⁷² Verder laat dit onderzoek zien dat de gemiddelde behandelduur (in minuten) in die jaren jaarlijks met gemiddeld meer dan 8% stijgt. Omdat vermoed wordt dat hier omstandigheden aan ten grondslag liggen die inhoudelijk gezien de werkprocesparameters betreffen, zal deze ontwikkeling in hoofdstuk 7 aan de orde komen.

⁷³ Bestuurlijke Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

⁷⁴ <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2012/06/18/breed-akkoord-over-toekomst-geestelijke-gezondheidszorg.html>

Het aantal in 2011 afgesloten DBC's wijkt niet substantieel af van het aantal afgesloten DBC's in 2009 en laat ten opzichte van 2010 een terugloop zien⁷⁵. Per saldo is er ten opzichte van 2010 sprake van een min of meer stationaire zorgvraag/behandeltijd-volume⁷⁶. Hoewel er in de branche GGZ nog steeds wachtlijsten bestaan, zijn er geen aanwijzingen te vinden dat de omvang daarvan, ondanks de stationaire of – eventueel - verminderde inzet van beroepsbeoefenaren, toeneemt. Een afname kan overigens evenmin worden vastgesteld. Uit een korte rondgang langs de websites van verschillende GGZ-instellingen blijkt dat de gemiddelde wachttijd grote verschillen vertoont, zowel per ziektebeeld als per regio. Dat wisselende beeld en het ontbreken van inzicht in het historisch verloop onderstreept het belang (zie ook par.1.3, punt 6) van een longitudinaal onderzoekstraject. Een forse daling van wachtlijsten is nadrukkelijk zichtbaar bij de eerstelijnspsychologiepraktijken. Deze praktijken hebben te maken gekregen met een daling van het aantal cliënten met 11%⁷⁷.

Anders dan in het Capaciteitsplan 2011, waar de onvervulde vraag generiek op 5% was bepaald, kan nu een gedifferentieerd beeld worden getoond. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2011 is nu een lagere, onvervulde zorgvraag aan de orde per beroepsgroep (zie tabel 11). Dat blijkt uit bovenstaande ontwikkelingen en de bevindingen van een groot aantal geraadpleegde experts uit de beroepsgroepen en uit de branches. Drie van de vijf waarden liggen bij elkaar in de buurt. De waarden voor de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog wijken hiervan nadrukkelijk af, omdat er een groeiende en niet in te vullen vraag naar de diensten van deze specialisten is. Voor deze raming worden deze twee hoge waarden aanvaardbaar geacht. Vervolgonderzoek zal uitwijzen of deze (hoge) waarden bij de volgende raming substantieel moeten worden bijgesteld.

Tabel 11: Parameterwaarde onvervulde zorgvraag per beroepsgroep per jaar (in een percentage op jaarbasis)

GZ-psycholoog	1,5%
Psychotherapeut	1,2%
Klinisch psycholoog	2,9%
Klinisch neuropsycholoog	3%
VS-GGZ	1,6%

4.6 Conclusie zorgvraag

In de tabellen 12 en 13 zijn de in de vorige paragrafen besproken parameters met de daarbij behorende waarden samengebracht. De parameter demografie is nu gedifferentieerd en onder invloed van de demografische ontwikkelingen tevens lager vastgesteld. Hetzelfde geldt voor de parameter onvervulde vraag. Deze geeft een gedifferentieerd beeld en valt eveneens lager uit in vergelijking met het vorige capaciteitsplan. De waarden van de beide andere parameters zijn ongewijzigd gebleven.

⁷⁵ IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013. p. 32

⁷⁶ Hoewel er wel een toename te zien was in de totale behandeltime, wordt verondersteld dat dit het gevolg is van verbeterde registratie, zie pagina 25 van IPSE Studies.

⁷⁷ Kiwa Prismant (2012) Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein.p.11

Tabel 12: Parameterwaarden demografie per beroepsgroep voor het evenwichtsjaar 2025 (groei t.o.v. basisjaar 2012).

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Demografie	-0,2%	-1,5%	0	2%	5%

Tabel 13: Parameters zorgvraag per beroepsgroep (per jaar)

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Epidemiologie	0%	0%	0%	0%	0%
Sociaal cultureel	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
Onvervulde vraag	1,5%	1,2%	2,9%	3,0%	1,6%

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In het Capaciteitsplan 2011 is, om het aantal werkzame beroepsbeoefenaren te schatten, gebruik gemaakt van een koppeling tussen geregistreerden in het BIG-register en het Sociaal Statistisch Bestand (SSB). Een nadeel van deze koppeling is dat de meest recente jaren in het SSB ontbreken. Zo zijn in het Capaciteitsplan 2011 de gegevens over 2007 gebruikt en is voor de jaren daarna een inschatting gemaakt⁷⁸. Om voor deze raming een actueler beeld over het arbeidsaanbod te krijgen, is eind 2011 een steekproef van 3.000 geregistreerden getrokken uit het BIG-register. Deze mensen hebben een enquête over het arbeidsaanbod ontvangen. De respons op deze enquête bedroeg circa 50%. De resultaten van deze enquête zijn de primaire bron voor de parameterwaarden betreffende het aanbod voor deze raming.

Overigens geldt dat voor de GZ-psychologen en psychotherapeuten dit de primaire bron voor de totale aantallen is. Voor de klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten GGZ wordt, indien beschikbaar, ook gebruik gemaakt van de gegevens van de registratiecommissies⁷⁹. Deze gegevens zijn betrouwbaarder, omdat de gespecialiseerde beroepsbeoefenaren zichzelf daar dienen te registreren. De gegevens per 31 december van een jaar worden weergegeven als 1 januari van het daarop volgende jaar.

5.2 Omvang beroepsgroep en waar werkzaam

Het arbeidsaanbodonderzoek uit 2012 geeft inzicht in het aantal registraties (al dan niet enkel, dubbel of driedubbel), en in het aantal werkzame mensen met een bepaalde registratie. In deze paragraaf zal toegewerkt worden naar het aantal werkzame mensen per beroepsgroep. Daar wordt eerst kort inzicht gegeven in de registraties.

5.2.1 Aantal registraties

Zoals ook in figuur 1 in hoofdstuk 2 is te zien, is de overlap groot tussen verschillende registraties van beroepsbeoefenaren. Overigens is de overlap in bepaalde registraties vanzelfsprekend. Een geregistreerd klinisch (neuro)psycholoog dient tevens geregistreerd te zijn als GZ-psycholoog. Andere overlap in registraties zijn nu nog zichtbaar onder (vooral) oudere beroepsbeoefenaren, maar niet langer vanzelfsprekend. Bijvoorbeeld: de registratie tot psychiater hield, tot voor kort, ook in dat men automatisch als psychotherapeut geregistreerd werd. Dit automatisme geldt niet meer. Er is nu een specifieke aantekening voor nodig die onder de werking van de 5-jaarlijkse herregistratieplicht valt. Het aantal psychiaters met een (dubbel)registratie psychotherapeut zal vermoedelijk wel gaan afnemen, maar niet geheel verdwijnen. Voor de andere beroepen geldt dat pas recent een herregistratieplicht is ingevoerd. Daarmee zijn de huidige registraties in deze beroepen tevens de registraties die ooit verkregen zijn⁸⁰.

⁷⁸ Capaciteitsplan 2011. Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. Utrecht, 2011. Tabel 10, p. 35.

⁷⁹ RSG (klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen) en VSR (verpleegkundig specialisten)

⁸⁰ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 18.

Het totaal aantal registraties bedraagt meer dan het aantal personen. Zo is bijvoorbeeld het aantal geregistreerde personen in een psychologisch of psychotherapeutisch beroep 16.257, maar het totaal aantal registraties is 21.577, ruim 5.000 meer registraties dan personen⁸¹. Inschrijvingen in het BIG-register in één van de twee basisberoepen en in één van de psychologische specialismen worden door het BIG-register bij elkaar opgeteld. Dit levert dubbeltellingen op die in het onderzoek zijn uitgesplitst.

5.2.2 Aantal geregistreerde personen (exclusief dubbeltellingen)

In het onderzoek naar het aanbod van deze beroepsbeoefenaren werd het aantal geregistreerde personen (excl. dubbeltellingen in registraties dus) per 1 januari 2012 benaderd via de steekproef en de bijbehorende weging. Het aantal geregistreerde personen voor de basisberoepen (GZ-psycholoog en psychotherapeut) is voor 2013 benaderd, mede op basis van de uitstroom in de opleiding in 2012⁸². Het aantal geregistreerde specialisten is verzameld via de registratiecommissies van de betreffende beroepsgroepen⁸³. De afname bij de klinisch psychologen in 2012 valt te verklaren door de herregistratie die gedurende 2011 plaatsvond. Stijgingen in de aantallen ten opzichte van 1 januari 2010, zoals gepubliceerd in het Capaciteitsplan 2011, zijn vooral te verklaren door inschrijvingen van pas afgestudeerden en door betrouwbaardere metingen. De stijging van het aantal verpleegkundig specialisten GGZ in 2012 is mede dankzij de inschrijving in het register. Dit was tot 1 juli 2012 mogelijk onder andere via assessments. Deze inschrijving gold voor verpleegkundig specialisten die voor 2006 de opleiding hebben afgerond. Iedereen die de opleiding na die tijd heeft afgerond, kan zich direct na diplomering in het Verpleegkundig Specialisten Register inschrijven. In het Capaciteitsplan 2011 waren er 6.225 geregistreerde psychotherapeuten. Dit waren inschrijvingen waar ook veel (soms drie)dubbel geregistreerde personen toe behoorden, zoals klinisch psychologen en psychiaters. In dit advies zijn alleen de registraties weergegeven van psychotherapeuten zonder de overlap met psychiaters en klinisch psychologen (zie ook figuur 1).

Tabel 14: Aantal geregistreerde personen per 1 januari

	2010	2012	2013
GZ-psycholoog	10.345	9.806	10.571
Psychotherapeut	6.225	2.981	3.093
Klinisch psycholoog	2.348	1.964	2.008
Klinisch neuropsycholoog	75	100	113
VS-GGZ	10	287	438

Bron: 2010: Capaciteitsplan 2011, 2012 en 2013: Nivel onderzoek, voor de specialismen: RSG en VSR.

81 Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 30-31.

82 Voor de opleiding tot GZ-psycholoog is uitgegaan van 765 diploma's en voor de opleiding tot psychotherapeut van 112 diploma's.

83 zie voetnoot 79

5.2.3 Aantal werkzame personen

Het rekenmodel gaat uit van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Dit is een verfijning van het aantal personen dat geregistreerd is. Immers, een deel van de geregistreerden werkt niet (meer) in het beroep. Ook in het aantal werkzame personen per beroep geeft het arbeidsaanbodonderzoek goed inzicht. Om het aantal werkzame GZ-psychologen en psychotherapeuten goed te benaderen, is een uitstroombestand gehanteerd en vervolgens is het aantal gediplomeerden in 2012 hierbij opgeteld⁸⁴.

De registers voor de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialist GGZ zijn relatief nieuw (2008 resp. 2009). Het is daarom aannemelijk dat het aantal werkzamen vrijwel op hetzelfde niveau ligt als het aantal geregistreerden.

Tabel 15: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren per 1 januari

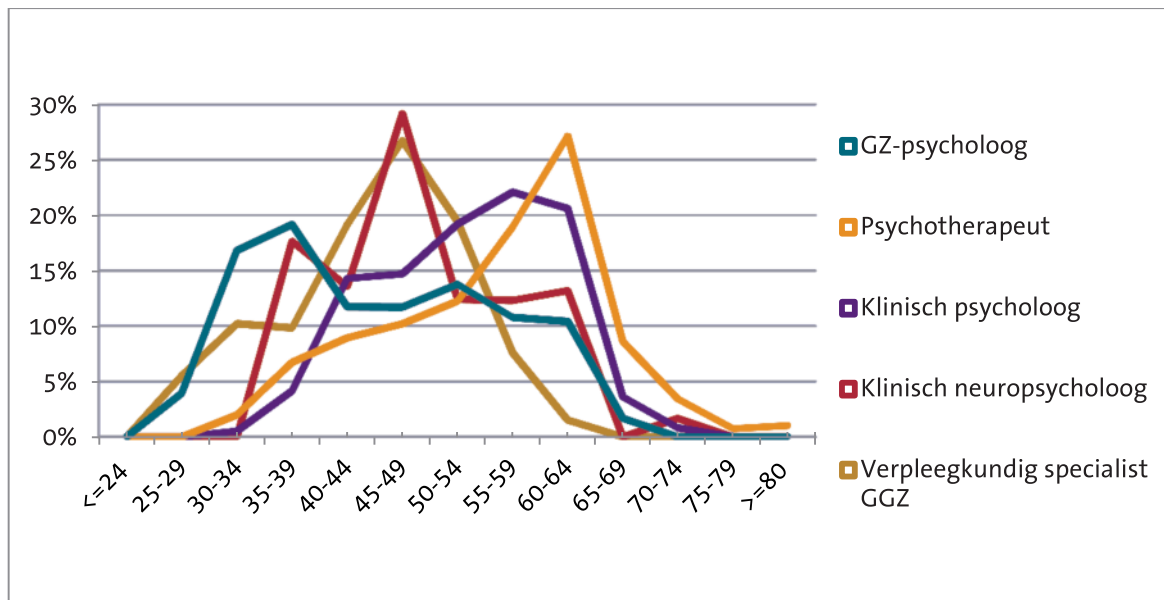
	2010	2012	2013
GZ-psycholoog	6.035	7.500	8.100
Psychotherapeut	1.560	1.950	2.020
Klinisch psycholoog	1.965	1.964	2.008
Klinisch neuropsycholoog	75	100	113
VS-GGZ	150	287	438

Bron: 2010: Capaciteitsplan 2011, 2012 en 2013: Nivel onderzoek, voor de specialismen: FGzP en RSV.

Wat betreft de klinisch psychologen geldt bovendien dat in 2011 een herregistratie heeft plaatsgevonden. Als gevolg daarvan kan eveneens geconcludeerd worden dat alle (nu) geregistreerde klinisch psychologen ook werkzaam zijn.

⁸⁴ Door het Nivel wordt een generiek uitstroombestand uit het vak per jaar van 2% gehanteerd. Hiermee resteerden 7.350 GZ-psychologen en 1.910 psychotherapeuten in 2013. Vervolgens zijn 765 gediplomeerde GZ-psychologen en 112 gediplomeerde psychotherapeuten toegevoegd, gecorrigeerd voor het externe rendement. Met een extern rendement van 98% in het eerste jaar (aantal pas afgestudeerden die zich niet in het BIG-register inschrijft) zijn de aantallen resp. 750 en 110. Voor de GZ-psychologen komt het aantal uit op 8.100 (7.350 + 750) en de psychotherapeuten op 2.020 (1.910 + 110).

Figuur 7: Werkzame beroepsbeoefenaren naar leeftijdscohort (percentage) per 01-01-2012



Bron: Nivel onderzoek (2012).

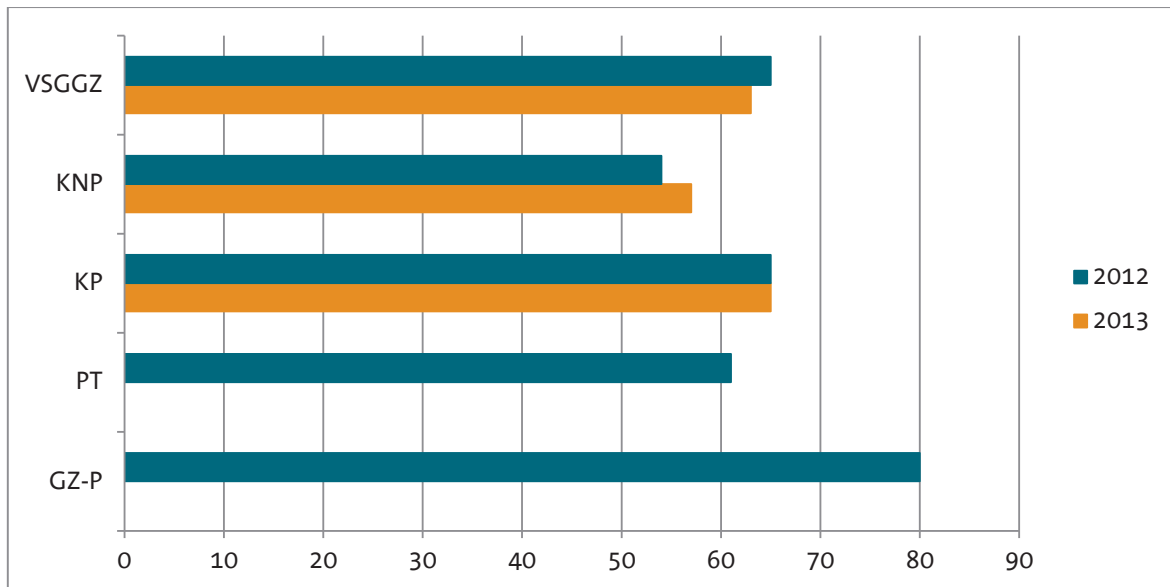
In figuur 7 is de leeftijdsopbouw van de werkzame geregistreerden te zien. Er zijn geen personen van 24 jaar of jonger werkzaam. De verpleegkundig specialisten GGZ en de GZ-psychologen zijn relatief jonge beroepsgroepen, terwijl vooral de psychotherapeuten en in mindere mate de klinisch psychologen vergrijzende beroepsgroepen zijn. In 2011 hebben de klinisch psychologen zich moeten herregistreren. In dat jaar zijn vooral klinisch psychologen van 50 jaar of ouder uit het register verwijderd. Toch is 5% van de klinisch psychologen van 65 jaar of ouder nog werkzaam. Van de werkzame psychotherapeuten is 14% 65 jaar of ouder.

5.2.4 Percentage werkzame vrouwen

Het percentage vrouwen werkzaam als klinisch neuropsycholoog is licht gestegen. Dit percentage is bij de VS-GGZ licht gedaald. Voor de GZ-psychologen en psychotherapeuten is het percentage vrouwen niet te achterhalen per 1 januari 2013. Echter, gezien de grootte van de groepen en de ontwikkelingen bij de specialismen kan er van uit worden gegaan dat deze percentages tussen 1 januari 2012 en 1 januari 2013 niet substantieel veranderd zijn⁸⁵.

⁸⁵ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P.

Figuur 8: Percentage vrouwen per 01-01-2012 en 01-01-2013



Bron: Nivel onderzoek (2012).

5.2.5 Branche waarin men werkzaam is

In (geïntegreerde) GGZ-instellingen zijn de meeste GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ werkzaam. Klinisch neuropsychologen zijn vooral in de algemene en academische ziekenhuizen werkzaam. In de overige organisaties en branches zijn eveneens beroepsbeoefenaren uit de geestelijke gezondheid werkzaam, zij het met een andere mate van spreiding. Tabel 16 geeft inzicht in waar men werkzaam is⁸⁶.

⁸⁶ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 74-75

Tabel 16: Percentage werkzaam per beroepsgroep, naar branche

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
GGZ-instelling	40%	44%	45%	25%	82%
Praktijk voor eerstelijnspsychologie	22%	4%	1%	0%	0%
Praktijk voor psychotherapie	2%	36%	27%	7%	0%
Vrijgevestigde combinatieprakt.	3%	5%	6%	4%	0%
Gehandicaptenzorg	8%	0%	1%	3%	1%
Alg. of acad. ziekenhuizen	4%	1%	13%	40%	11%
Jeugdzorg	4%	1%	1%	0%	0%
Forensische zorg	5%	5%	2%	0%	0%
Verpleeg- of verzorgingshuis	2%	0%	0%	3%	0%
Revalidatie	3%	0%	0%	3%	0%
Andere organisaties ⁸⁷	7%	4%	4%	15%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

5.3 Omvang in fte's

De omvang van het dienstverband, oftewel het aantal fulltime equivalents (fte's) is eveneens onderzocht⁸⁸. Het aantal fte's komt voor elke beroepsgroep hoger uit dan in het Capaciteitsplan 2011 is aangenomen. Bij de vorige raming is uitgegaan van het aantal uren dat men volgens contract werkte. In het arbeidsaanbodonderzoek is aan de mensen zelf gevraagd hoeveel uur zij werkten, of dat nu in loondienst of als zelfstandige is. Het merendeel van de GZ-psychologen (70%), klinisch neuropsychologen (48%) en verpleegkundig specialisten GGZ (94%) is in loondienst. Bij psychotherapeuten en klinisch psychologen is respectievelijk 37% en 48% in loondienst⁸⁹. Verder kunnen mensen nog als vrijgevestigde aan het werk zijn in combinatie met een betrekking in loondienst. Dit verklaart ook het feit dat het gemiddelde aantal fte's van de mannelijke klinisch psychologen in het onderzoek iets boven 1 fte uitkomt: men werkt, naast een baan in loondienst, ook als zelfstandige. Vrouwen werken over het algemeen iets minder dan mannen. In het rekenmodel zal ervan worden uitgegaan dat per 1 januari 2013 de omvang van het aantal fte's gelijk is gebleven aan de onderzochte fte's per 1 januari 2012.

⁸⁷ Zoals onderwijs, onderzoek, ministeries van justitie resp. defensie

⁸⁸ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 26-27, 58-59.

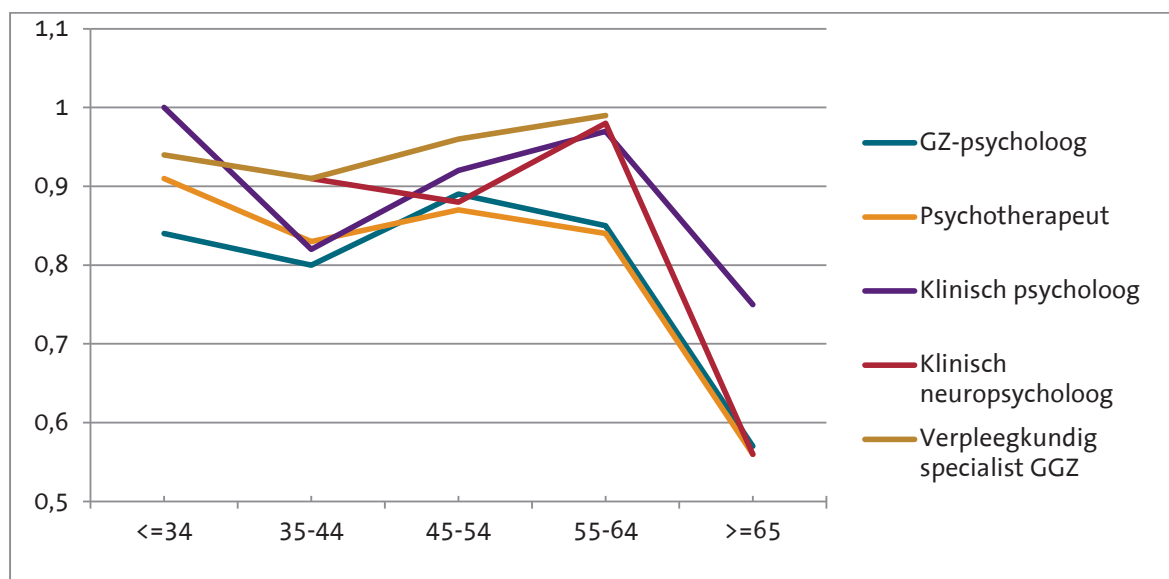
⁸⁹ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 58-59.

Tabel 17: Omvang fte per 1 januari 2012

	Man	Vrouw
GZ-psycholoog	0.89	0.82
Psychotherapeut	0.85	0.78
Klinisch psycholoog	1.01	0.87
Klinisch neuropsycholoog	0.94	0.89
Verpleegkundig specialist GGZ	1.00	0.91

In figuur 9 is het aantal fte's per leeftijdscategorie uitgesplitst. Bij elke beroepsgroep is een vermindering in het aantal fte's te zien in de leeftijdscategorie tussen 35-44 jaar. Daarna neemt het aantal fte's toe tot 64-jarige leeftijd. Vanaf 65-jarige leeftijd neemt het aantal fte's af. Dat wil zeggen dat áls men na de pensioengerechtigde leeftijd werkt, men veelal tussen de 0.55 en 0.6fte werkt. Voor de werkzame klinisch psychologen is dit gemiddeld 0.75fte.

Figuur 9: Omvang aantal fte's naar leeftijd



Bron: Nivel onderzoek (2012).

5.4 Instroom in het vak

De instroom in het vak voor de beroepen geestelijke gezondheid geschiedt uitsluitend via diplomering in de betreffende (vervolg)opleidingen. Meer informatie over de opleidingen is terug te vinden in hoofdstuk 3. Voor het beroep van verpleegkundig specialist GGZ moet daarbij opgemerkt worden dat de instroom in dat vak geschiedt door uitstroom uit de tweejarige (hogeschool) opleiding en de driejarige categoriale opleiding. Het aantal gediplomeerden van de driejarige opleiding ligt hoger dan het aantal gediplomeerden van de tweejarige opleiding. Voor 2011 studeerden ruim 90 mensen af van de driejarige opleiding en de laatste jaren gemiddeld 28 van de tweejarige opleiding. De instroom in het vak be-

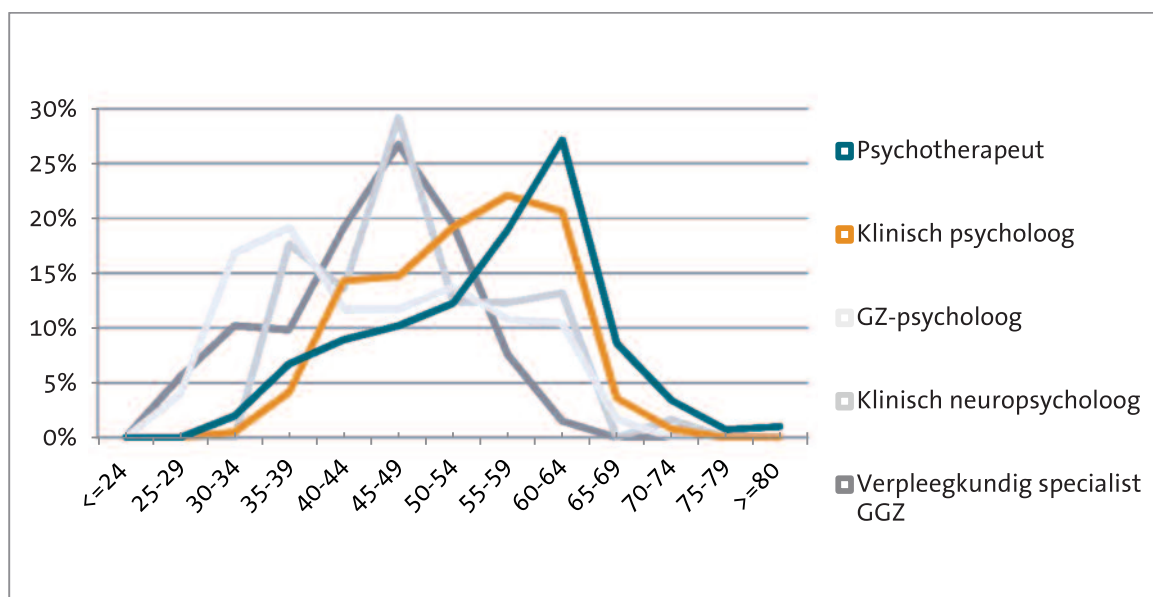
staat voor ongeveer 70% uit gediplomeerden van de driejarige opleiding versus 30% van de tweejarige opleiding.

5.5 Uitstroom uit het vak

Uitstroom van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren uit het vak kan om verschillende redenen gebeuren. Bijvoorbeeld vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, wegens verminderde interesse in het vak, ontslag of vanwege overlijden. Overigens houdt uitstroom uit het vak van GZ-psycholoog ook in dat men de registratie tot klinisch (neuro)psycholoog kan hebben verkregen en men dus in dat specialisme is ingestroomd. De uitstroom uit het vak is uiteraard sterk afhankelijk van de leeftijd van beroepsbeoefenaren. Zo zal een vergrijste beroepsgroep een hoger uitstroompercentage kennen. Van een gedeeltelijke uitstroom⁹⁰ is sprake als een GZ-psycholoog succesvol de opleiding voor psychotherapeut afrondt. Anders dan bij de doorstroom naar de specialistische opleidingen, blijft de gediplomeerde behoren tot de groep van art. 3 wet BIG-professionals.

In figuur 10 zijn de leeftijdsverdelingen van de beroepsgroepen per 1 januari 2012 te zien. Opvallend is de oververtegenwoordiging van het aantal werkzame psychotherapeuten (46%) en klinisch psychologen (43%) in de leeftijdscategorieën 55-59 en 60-64 jaar. Deze leeftijdsgroepen zullen over 10 jaar vrijwel geheel van de arbeidsmarkt verdwenen zijn. De leeftijd is overigens niet de enige factor voor de uitstroom. Zoals eerder genoemd spelen ook andere factoren bij uitstroom een rol.

Figuur 10: Werkzame beroepsbeoefenaren naar leeftijdscohort (percentage) per 1 januari 2012 met bijzondere aandacht voor de leeftijdsgroepen 55-64 jaar bij de psychotherapeuten en de klinisch psychologen



Bron: Nivel onderzoek (2012).

⁹⁰ Beroepsbeoefenaren (Nivel, 2012, p. 44, 60-65) die beide registraties bezitten geven per beroepsgroep wisselende verdelingen aan over de werkzaamheden die zij per registratietitel uitvoeren.

In het enquête-onderzoek is aan de beroepsbeoefenaren zelf gevraagd wanneer zij verwachten uit het vak te stromen (na 5, 10, 15 en 20 jaar)⁹¹. Deze percentages zijn een onderschatting, omdat ze alleen geplande uitstroom uitdrukken en niet ongeplande uitstroom, zoals ontslag. Daarnaast zijn de historische uitstroomkansen van 2005 tot 2010 geanalyseerd. Hiervoor zijn data gebruikt van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) die gekoppeld zijn aan het Sociaal Statistisch Bestand (SSB). De uitkomsten van beide methoden zijn gemiddeld.

In de volgende tabel zijn de uitstroomverwachtingen uit het vak weergegeven.

Tabel 18: Uitstroomverwachtingen na 5, 10, 15 en 20 jaar.

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Uitstroom (%)					
tot 2018	14%	36%	17%	9%	7%
tot 2023	30%	61%	44%	25%	19%
tot 2028	44%	73%	63%	42%	39%
tot 2033	55%	85%	77%	60%	57%

Bron: gemiddelde van uitkomsten Nivel onderzoek (2012) en benadering op basis van CBS/SSB-gegevens over de periode 1999/2005-2010, door Nivel, februari 2013.

De uitstroomverwachtingen voor de GZ-psychologen zijn in deze raming aanzienlijk lager dan in het vorige advies en laten een dalende trend zien. Ook voor de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialisten GGZ zijn de uitstroomverwachtingen lager. Voor de psychotherapeuten liggen de uitstroomverwachtingen veel hoger dan in het vorige advies en deze laten een stijgende trend zien. Voor de klinisch psychologen zijn de uitstroomverwachtingen nagenoeg gelijk⁹².

In paragraaf 7.3 worden de effecten van de gevolgen van de veranderde uitstroomverwachtingen op de instroom in de opleiding zichtbaar. Deze verschillen voor een aantal beroepen sterk verschillen van de vorige raming.

5.6 Extern rendement

Het percentage afgestudeerden van een bepaald opleidingscohort dat na diplomering werkzaam is in het beroep wordt het externe rendement genoemd. Een klein deel van de gediplomeerden zal zich direct na diplomering niet registreren in het BIG-register en derhalve ook niet werkzaam zijn in het vak (na 1 jaar zichtbaar). Na 5, 10 en 15 jaar zal het aantal gediplomeerden dat nog ingeschreven staat in het BIG-register afnemen. Deze afname wordt veroorzaakt door dezelfde redenen als de uitstroomkansen van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren. In het externe rendement van de GZ-

⁹¹ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 27-29.

⁹² In het advies 2011 zijn CBS-gegevens gekoppeld aan het Sociaal Statistisch Bestand. Daarmee werd iedereen met een registratie onderzocht in de periode 1999-2005/2007. Inmiddels is echter uit onderzoek gebleken dat een deel van de mensen met een registratie (met name GZ-psychologen en psychotherapeuten) niet werkzaam is in het vakgebied. Zie hiervoor: Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 53. Omdat deze personen niet werkzaam zijn in de zorg, is een vervangingsvraag voor die groepen ook niet aan de orde.

psychologen is ook de uitstroom verwerkt van GZ-psychologen (artikel 3 wet BIG) die een - verkorte - opleiding gaan volgen tot psychotherapeut (eveneens een artikel 3 wet BIG beroep). Dit uit zich in 5% extra uitstroom in de eerste 5 jaar. In paragraaf 7.1 wordt de doorstroom toegelicht van GZ-psychologen naar de specialistische opleiding voor klinisch (neuro)psycholoog. Voor alle beroepen wordt de uitstroom de eerste 5 jaar na registratie op 2% per jaar ingeschat. Voor de psychotherapeut geldt dat er in de eerste 5 jaar na inschrijving nog eens 10% extra uitstroom wordt geraamd vanwege doorstroom naar andere opleidingen of een andere beroepskeuze. Voor alle beroepsbeoefenaren geldt dat na 10 jaar (men is inmiddels 'gevestigd' in het beroep) een uitstroom van 1% per jaar wordt gehanteerd⁹³.

Om het externe rendement exact te duiden is longitudinaal onderzoek nodig. Dat kan voor deze beroepen nog niet gedaan kan worden, omdat de registraties nog te recent zijn.

De percentages zijn, net als in het vorige advies, benaderd op basis van CBS/SSB-gegevens. De nieuwe doorrekening, gebaseerd op recente CBS/SBB-gegevens, levert een lager extern rendement op. In tabel 19 zijn de externe rendementen van de beroepen Geestelijke Gezondheid weergegeven.

Tabel 19: Extern rendement na 1, 5, 10 en 15 jaar

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Extern rendement (%)					
na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	98%
na 5 jaar	85%	80%	90%	90%	90%
na 10 jaar	80%	75%	85%	85%	85%
na 15 jaar	75%	70%	80%	80%	80%

5.7 Conclusie zorgaanbod

Sinds het vorige advies zijn de parameters voor de aanbodzijde grondig onderzocht en daardoor verder aangescherpt.

De totale omvang van het aantal werkzaam is voor alle beroepsgroepen, ten opzichte van Capaciteitsplan 2011, gestegen, met name door het succesvol afronden van de opleiding. In het geval van de verpleegkundig specialist GGZ gaat het niet alleen om diplomering, maar ook om registratie in het beroep na een assessment. Tevens is, ten opzichte van het Capaciteitsplan 2011, beter zicht verkregen op het aantal (drie)dubbele registraties en de verhoudingen daarvan. Dit inzicht verschaft ook een nauwkeuriger beeld van het aantal unieke personen werkzaam in een bepaald vak dan wanneer men uitsluitend het aantal registraties bekijkt.

De omvang van de dienstverbanden en het percentage werkzame vrouwen zijn hoger dan in het vorige advies werd aangenomen. De uitstroomverwachtingen voor de GZ-psychologen zijn aanzienlijk

⁹³ Benadering op basis van CBS/SSB-gegevens periode 1999/2005-2010, door Nivel, februari 2013.

lager dan waar in het vorige advies van uit is gegaan. Voor de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialist GGZ zijn de uitstroomverwachtingen eveneens lager. Voor de psychotherapeuten geldt dat de uitstroomverwachtingen veel hoger liggen dan waar in het vorige advies van uit is gegaan. Voor de klinisch psychologen zijn de uitstroomverwachtingen nagenoeg gelijk.

In tabel 20 zijn de parameters voor het aanbod samengevat.

Tabel 20: Parameterwaarden zorgaanbod Capaciteitsplan 2013

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Werkzamen	8.100	2.020	2.008	113	438
Werkzame vrouwen (%)	80	61	65	54	65
Gem. fte man	0.89	0.85	1.01	0.94	1.00
Gem. fte vrouw	0.82	0.78	0.87	0.89	0.91
Arbeidstijdverandering (%)	0	0	0	0	0
Uitstroom (%)					
tot 2018	14%	36%	17%	9%	7%
tot 2023	30%	61%	44%	25%	19%
tot 2028	44%	73%	63%	42%	39%
tot 2033	55%	85%	77%	60%	57%
Extern rendement (%)					
na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	98%
na 5 jaar	85%	80%	90%	90%	90%
na 10 jaar	80%	75%	85%	85%	85%
na 15 jaar	75%	70%	80%	80%	80%

6. Werkproces

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijkt het Capaciteitsorgaan naar de recent geobserveerde en in de nabije toekomst te verwachten ontwikkelingen in het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol in de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid tijd die voor de zorgvraag beschikbaar is kan toe- of afnemen door verbeteringen van de efficiency in het werkproces of door vakinhoudelijke ontwikkelingen. Deze parameters zijn meteen van kracht voor alle op dat moment en in de toekomst werkzame beroepsbeoefenaren geestelijke gezondheid.

De volgende paragrafen behandelen de ontwikkelingen van alle parameters van het werkproces. De enige kwantitatieve gegevens waarmee onderzoek gedaan kan worden naar de werkprocesparameters, zijn afkomstig van de DBC-registraties door GGZ-instellingen. Motieven, aanleidingen en redenen van verschuivingen in de inzet van personeel kunnen hiermee niet geduid worden. Om die reden is er besloten aanvullend te werken met expertopinions. Dit gebeurt al voor de andere branches waar in het geheel geen kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn. In de expertbijeenkomsten⁹⁴ is voor elk van de vier werkprocesparameters een ontwikkelrichting en een bijbehorende waarde ingeschat. Experts nemen in hun inschatting eventuele onzekerheden voor de toekomst mee.

Het onderzoek⁹⁵ uitgevoerd met DBC-data, geeft aan dat er voor drie beroepsgroepen geen significante ontwikkelingen in de werkprocesparameters te duiden zijn. Behalve voor de beroepsgroep verpleegkundig specialist GGZ. Deze kent een significante verandering bij vakinhoudelijke ontwikkelingen. Naar de beroepsgroep klinisch neuropsychologen kon geen data-onderzoek gedaan worden, omdat deze beroepsgroep in de DBC-data niet voorkomt.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor de beroepsgroepen GZ-psycholoog en psychotherapeut, die al langere tijd werkzaam zijn in de meeste branches, verwachten experts weinig nieuwe vakinhoudelijke ontwikkelingen. Echter voor de GZ-psycholoog in de gehandicaptenzorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen worden wel vakinhoudelijke ontwikkelingen verwacht, bijvoorbeeld meer behandelen in plaats van begeleiden en uitgebreider testen. Dit zijn branches waarin de GZ-psycholoog recent zijn intrede heeft gedaan.

De klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ verwachten veel vakinhoudelijke ontwikkelingen in alle branches. Dit ligt ook voor de hand, omdat het relatief nieuwe vakgebieden zijn waarin veel veranderingen zich snel voordoen, zoals nieuwe diagnostische mogelijkheden voor de klinisch neuropsycholoog. De beroepsgroep van klinisch psychologen verwacht in de branches revalidatie, forensische zorg en in de GGZ nog nieuwe behandelmethoden te kunnen aanwenden.

94 De GZ-psychologen die lid zijn van de NVO zijn niet vertegenwoordigd in deze expertbijeenkomsten.

95 IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013. p.12

Tabel 21: Waarden parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,4%	0%	1%	3,6%	5%

6.3 Efficiency

Uit de literatuur over ICT-toepassingen (e-mental health) komen wisselende resultaten naar voren als het gaat om efficiencywinst. Internettherapie, veelal gebaseerd op zelfhulp, is een eerste stap in gefaseerde hulpverlening (stepped care). In recent onderzoek is een inschatting gemaakt van de afname van het zorggebruik van patiënten met een milde depressie door de inzet van internettherapie. Dit zou kunnen leiden tot een afname in het zorggebruik van 25% (vooral bij de huisarts, eerstelijns GGZ en medisch-specialistische zorg). Als de therapie wordt ingezet bij 5% van de mensen met een depressie komt dat neer op een besparing van 24 arbeidsjaren huisartsen en 49 arbeidsjaren eerstelijnspsychologen⁹⁶. Echter, dit zijn hele specifieke toepassingen van e-mental health waarvan de mogelijke effecten op theoretische basis doorgerekend zijn.

Experts van beroepsgroepen ervaren de afgelopen jaren weinig tijdswinst door efficiëntiemaatregelen. Volgens de experts leveren de inzet van bijvoorbeeld elektronische patiëntendossiers of e-consults gemengde resultaten op. Een besparing door de inzet van een vorm van technologie wordt, volgens hen teniet gedaan door verhoogde administratieve lasten.

Volgens de branches is juist minder formatie nodig door efficiëntiemaatregelen. Zij schatten dat er uiteindelijk minder fte's nodig zijn voor de GZ-psycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ. Voor de psychotherapeut, vooral in de vrijgevestigde praktijken, wordt een minimale extra inspanning verwacht door de toegenomen administratieve last die niet op een andere manier gecompenseerd kan worden.

Tabel 22: Parameterwaarden efficiency: jaarlijkse verandering

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Efficiency	-0,3%	0,5%	0%	0%	-0,6%

6.4 Taakverschuiving

Gekwantificeerd onderzoek naar taakverschuiving in de Nederlandse gezondheidszorg is schaars en is nog niet beschikbaar voor de beroepen geestelijke gezondheid. Wel kunnen verschuivingen door de jaren heen in DBC-registraties voor bepaalde patiëntengroepen in de GGZ een globale indicatie geven van taakverschuiving tussen verschillende beroepen. In de grote datasets zijn de motieven van de verschuivingen echter niet te duiden.

⁹⁶ APE (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Den

Uit onderzoeken komen al wel richtingen van taakverschuiving naar voren⁹⁷. Aanvullend onderzoek door middel van expertopinion is gedaan om deze richting te duiden en te kwantificeren.

6.4.1 Horizontale taakverschuiving

Horizontale taakverschuiving duidt bij de beroepen geestelijke gezondheid op de verschuiving van taken naar een op gelijk niveau opgeleide zorgprofessional. Daarbij worden (post-) academisch opgeleide BIG-geregistreerde, zorgprofessionals van gelijkwaardig niveau geacht. Dit zijn bijvoorbeeld de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, maar ook de psychiater, huisarts en basisarts, Horizontale taakverschuiving bij de verpleegkundig specialist GGZ geschiedt naar de verpleegkundig specialist in de somatische zorg.

De experts namens de beroepsgroepen en de branches zien de afgelopen jaren verschillende vormen van horizontale taakherschikking. Zo worden in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg steeds meer taken vanuit de branche GGZ overgenomen. Het gaat hierbij om de behandeling van geriatrische of (licht) verstandelijk beperkte cliënten met psychiatrische problematiek. Ook was merkbaar dat er uit de geïntegreerde tweedelijns GGZ-instellingen meer naar praktijken voor eerstelijnspsychologie, de generalistische basis-GGZ, werd herschikt. Dit geldt met name voor de GZ-psycholoog en in mindere mate voor de klinisch psycholoog. In de ziekenhuizen in het bijzonder geldt dat klinisch psychologen taken afstoten richting de klinisch neuropsycholoog. Er waren verschillen in de verwachte horizontale taakverschuiving tussen de verschillende branches. Voor de verpleegkundig specialist GGZ is een trend waargenomen van zorg en taken in de verslavingszorg die naar andere verpleegkundig specialisten (somatiek) verschuiven.

Het percentage van horizontale taakherschikking naar de klinisch neuropsycholoog is met 2,9% per jaar hoog: dit is dus 29% in 10 jaar tijd. Omdat het een nieuw vak is waarnaar veel verwezen wordt, achten de experts deze waarde voor de komende raming reëel. In toekomstige ramingen zal deze waarde, maar ook de andere waarden voor horizontale taakverschuiving, bijgesteld worden naar de situatie van dat moment.

Tabel 23: Parameterwaarden horizontale taakverschuiving: jaarlijkse verandering

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Horizontale taakherschikking	-1,2%	0,3%	-0,4%	2,9%	-0,4%

6.4.2 Verticale taakverschuiving

Verticale taakverschuiving duidt in het geval van de beroepen geestelijke gezondheid op verschuiving van taken naar een op een ander niveau opgeleide zorgprofessional. Daarbij moet met name gedacht worden aan taakverschuiving van BIG-geregistreerde professionals naar niet-BIG-geregistreerde psychologen en pedagogen of omgekeerd. Verticale taakverschuiving van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ is eveneens aan de orde.

⁹⁷ IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013. P.12.
Kiwa Prismant (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012. P. 34 & 35.

Zowel de experts uit de beroepsgroepen als de branches verwachten verticale taakverschuiving van de niet-BIG-geregistreerde psycholoog of pedagoog naar met name de GZ-psycholoog en in mindere mate naar de psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. De orde van grootte van deze taakverschuiving is nog niet door onderzoek gekwantificeerd.

Bij de raming van de psychiaters is een percentage van 0,4% taakverschuiving per jaar naar verpleegkundig specialisten GGZ gehanteerd. De groep van psychiaters is groot: per 1 januari 2013 waren er 3.300.. Een percentage van 0,4% per jaar is daardoor substantieel voor een relatief kleine groep van verpleegkundig specialisten GGZ. Daarom is in deze raming voor de verpleegkundig specialist GGZ het percentage op 5% per jaar gezet. Ook hiervoor geldt dat het een “inhaalslag” kan zijn. Deze en andere waarden zullen in een volgende raming opnieuw worden bepaald.

Tabel 24: Parameterwaarden verticale taakverschuiving: jaarlijkse verandering

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Verticale taakherschikking	1,5%	0,5%	0,5%	0,5%	5%

6.5 Conclusie werkproces

In het vorige Capaciteitsplan waren de parameterwaarden voor het werkproces, behalve de waarde voor efficiency, nog niet ingevuld. Voor het huidige advies is een mix van onderzoek en expertopinion gebruikt om de waarden te kwantificeren. Gewogen naar hun aandeel in het totaal, zijn de expertopinion van de beroepsgroepen en de branches, bediscussieerd en vastgesteld door de begeleidingscommissie beroepen geestelijke gezondheid.

Tabel 25 geeft de te hanteren waarden weer.

Tabel 25: Waarden parameters werkproces

	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	VS- GGZ
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,4%	0%	1%	3,6%	5%
Efficiency	-0,3%	0,5%	0%	0%	-0,6%
Horizontale taakverschuiving	-1,2%	0,3%	-0,4%	2,9%	-0,4%
Verticale taakverschuiving	1,5%	0,5%	0,5%	0,5%	5%

7. Varianten

In de onderstaande paragrafen worden de verschillen tussen vier ramingsvarianten toegelicht. Hieronder wordt toegelicht waarom in dit advies (in tegenstelling tot het advies 2011) niet met een extra ophoging van het instroomaantal GZ-psychologen in de opleiding wordt gerekend om zo master psychologen of -pedagogen die door zorgaanbieders worden ingezet een opleidingsplaats aan te bieden. Daarna gaat het rapport in op de vier ramingsvarianten.

In het Capaciteitsplan 2011 is de inzet van master psychologen en –pedagogen geduid als extra onvervulde vraag bij de GZ-psychologen. In een apart scenario, in aanvulling op de combinatievariant, is een berekening uitgevoerd om de omvang van het extra aantal instroomplaatsen te bepalen. Daarmee kon men op termijn de inzet van master psychologen en –pedagogen laten verdwijnen. Dat zou waarschijnlijk realiseerbaar zijn bij een tijdelijke extra jaarlijkse instroom van circa 295 plaatsen. In het voorkeursadvies (960 plaatsen) is uiteindelijk een tijdelijke extra instroom opgenomen ter grootte van 220 plaatsen.

Volgens het Capaciteitsplan 2011 zouden er echter om per 2028 van een evenwichtssituatie te kunnen spreken maar 740 instroomplaatsen GZ-psycholoog nodig zijn.

In deze raming wordt de inzet van master psychologen en pedagogen niet meer als een expressie van onvervulde vraag gehanteerd. Het begrip onvervulde vraag betreft namelijk het volume aan zorgvragers die in afwachting van zorg zijn. Daarvan is immers geen sprake bij de inzet van master psychologen of –pedagogen voor de verlening van psychologische zorg. Die zorg wordt dan verleend.

Een verhoging van het aantal opleidingsplaatsen om de inzet van master psychologen en –pedagogen te beëindigen, vindt geen grond in één van de parameters in het ramingsmodel. Een eventuele verhoging is een beleidskeuze die buiten het bestek van deze raming valt.

7.1 Vier varianten

In de volgende paragrafen zullen vier ramingsvarianten toegelicht worden. Iedere ramingsvariant geeft per beroepsgroep een opgave van het aantal instroomplaatsen.

Het instroomvolume wordt voor een eerste en een tweede ‘evenwichtsjaar’ (2025 resp. 2031) berekend. Een ramingsperiode van 10 jaar lijkt voor deze beroepen reëel. De periode loopt van het advies in 2015, tot aan het eerste evenwichtsjaar 2025. Opleidingen voor de beroepen geestelijke gezondheid duren immers maximaal 4 jaar. Voor alle varianten wordt het evenwicht berekend voor de korte (10 jaar, 2025) en voor de lange duur (16 jaar, 2031)

Daarnaast worden varianten zonder en met doorgaande trend gepresenteerd. In de variant zonder doorgaande trend wordt er van uitgegaan dat trends in het werkproces bij alle beroepen een effect van tijdelijke aard hebben. In de variant met doorgaande trend wordt ervan uitgegaan dat deze trends blijvend van aard zijn en tot 15 jaar na het basisjaar nog in dezelfde mate van toepassing zijn. Deze laatste variant krijgt een extra acceleratie in de vorm van instroomaantallen. Immers om voldoende omvang in 2031 te hebben is het nodig om reeds vanaf het eerste bijsturingsjaar, 2015, voldoende mensen in de opleiding te laten instromen.

Het aantal GZ-psychologen dat doorstroomt naar de vervolgoopleidingen klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog wordt opgeteld bij het aantal opleidingsplaatsen voor GZ-psycholoog (zonder specialisme) dat nodig is om het evenwicht te behouden voor de (evenwichts)jaren 2025 resp. 2031. De optelsom is inclusief een correctie voor het interne rendement.

7.1.1 Vervangingsvariant

Deze variant berekent een instroomvolume dat uitsluitend gebaseerd is op het handhaven van het huidige aanbodvolume. Dit volume wordt, gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen en veranderingen in het aanbod.

Naast de parameter demografie wordt in deze variant gerekend met de parameters die de arbeidsmarkt representeren en met de parameters voor de opleiding. De parameterwaarde onervulde vraag wordt ook in de vervangingsvariant verwerkt, omdat de onervulde vraag een uitdrukking is van een zorgvraag die door omstandigheden in het basisjaar (2013) niet is gerealiseerd.

Tabel 26: Instroomvolume vervangingsvariant (in 2025 en 2031)

Evenwicht in	Vervangingsvariant	
	2025	2031
GZ-psycholoog	246	311
Psychotherapeut	159	115
Klinisch psycholoog	146	118
Klinisch neuropsycholoog	1	3
Verpleegkundig Specialist GGZ*	0	0

Bron: Kiwa Prismant.

* Zowel de 2- als 3-jarige opleiding

In deze variant is er voor de categorale opleiding verpleegkundig specialist GGZ geen instroom benodigd.

7.1.2 Werkprocesvariant

De werkprocesvariant bouwt voort op de vervangingsvariant. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de andere parameters van de zorgvraag: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden de parameters uit het werkproces meegenomen. Dit zijn: efficiency, vakinhoudelijke ontwikkelingen en horizontale taakverschuiving. De parameter verticale substitutie wordt in de volgende variant aan de berekening toegevoegd.

De parameterwaarden in deze variant zijn gebaseerd op de analyse-uitkomsten van DBC-data⁹⁸ en op de uitkomsten uit de expertbijeenkomsten. Ook deze variant berekent het instroomvolume voor de twee evenwichtsjaren 2025 en 2031. Deze variant is uitgebreider dan de basisvariant, maar bevat daarmee ook meer onzekerheden.

98 IPSE Studies (2013). Werkprocestrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013.

Tabel 27: Instroomvolume werkprocesvariant (in 2025 en 2031)

Evenwicht in	Werkprocesvariant	
	2025	2031
GZ-psycholoog	368	378
Psychotherapeut	245	158
Klinisch psycholoog	222	158
Klinisch neuropsycholoog	18	13
Verpleegkundig Specialist GGZ*	19	26

Bron: Kiwa Prismant.

* Zowel de 2- als 3-jarige opleiding

In deze variant is er voor de categorale opleiding verpleegkundig specialist GGZ geen instroom benodigd.

7.1.3 Substitutievariant zonder doorgaande trend

De substitutievariant is een uitbreiding van de werkprocesvariant met de parameter verticale taakverschuiving. In deze variant wordt verticale taakverschuiving toegevoegd als vermenigvuldiging van alle andere ontwikkelingen. Het heeft dus grote impact op het aantal benodigde beroepsbeoefenaren.

In deze variant zijn de veranderingen verwerkt die ontstaan zijn door taakverschuivingen van master psychologen en pedagogen naar GZ-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychotherapeuten. Bij de verpleegkundig specialist GGZ betreft het taakherschikking van de psychiater.

Bij deze variant wordt er van uitgegaan dat de trends in bijvoorbeeld vakinhoudelijke ontwikkelingen en verticale taakverschuiving niet van blijvende aard zijn of deze trends laten over 10 jaar andere vormen en waarden zien. Daarom wordt er gesproken over een variant zonder doorgaande trend.

Tabel 28: Instroomvolume substitutie variant zonder doorgaande trend (in 2025 en 2031)

Evenwicht in	Substitutievariant zonder doorgaande trend	
	2025	2031
GZ-psycholoog	585	505
Psychotherapeut	271	170
Klinisch psycholoog	245	170
Klinisch neuropsycholoog	20	14
Verpleegkundig Specialist GGZ*	89	67

Bron: Kiwa Prismant.

* Zowel de 2- als 3-jarige opleiding

Het instroomaantal voor de categorale opleiding verpleegkundig specialist GGZ bedraagt in deze variant derhalve 57 (2025) en 35 (2031).

7.1.4 Substitutievariant met doorgaande trend

Deze variant is identiek aan de vorige, met dien verstande dat de ontwikkeling die voor de periode tot het eerste evenwichtsjaar (2025) is berekend, doorzet tot aan het tweede evenwichtsjaar (2031). Deze doorgaande trend geldt voor alle werkprocesparameters. Dit is al zichtbaar in de instroomaantallen voor het bijsturingsjaar 2015. Immers, om over voldoende werkzamen in 2031 te beschikken, is het nodig om reeds vanaf 2015 voldoende mensen in de opleiding te laten instromen. Dit is mede het gevolg van verticale taakverschuiving.

Tabel 29: Instroomvolume Substitutievariant met doorgaande trend (in 2025 en 2031)

Evenwicht in	Substitutievariant met doorgaande trend	
	2025	2031
GZ-psycholoog	653	666
Psychotherapeut	295	223
Klinisch psycholoog	266	214
Klinisch neuropsycholoog	25	23
Verpleegkundig Specialist GGZ*	119	142

Bron: Kiwa Prismant.

* Zowel de 2- als 3-jarige opleiding

Het instroomaantal voor de categorale opleiding verpleegkundig specialist GGZ bedraagt in deze variant derhalve 87 (2025) en 110 (2031).

7.2 Conclusie varianten

In deze paragraaf zullen de besproken varianten naast elkaar worden gepresenteerd en worden vergeleken met het vorige advies. Tabel 30 geeft het overzicht van de instroomaantallen zoals hierboven uiteengezet. De laatste twee rijen van tabel 30, die de opleidingen tot verpleegkundig specialist GGZ betreffen, kunnen als volgt toegelicht worden.

De voorlaatste rij duidt de instroomaantallen voor beide opleidingen tot verpleegkundig specialist. De laatste rij van de tabel geeft uitsluitend de instroomaantallen voor de driejarige opleiding. Het verschil wordt veroorzaakt door verdiscontering van de structurele instroom van 32 plaatsen bij de tweejarige opleiding van de hogescholen.

Het ramingsadvies voor de driejarige opleiding betreft de laatste rij van tabel 30.

Tabel 30: Benodigde jaarlijkse instroom vanaf 2015 (in 2025 en 2031) en instroom advies 2011

Evenwicht in	Vervangings-variant		Werkproces-variant		Substitutie variant zonder doorgaande trend		Substitutie variant met doorgaande trend		Advies 2011
	2025	2031	2025	2031	2025	2031	2025	2031	2028
GZ-psycholoog	246	311	368	378	585	505	653	666	740*
Psychotherapeut	159	115	246	158	271	170	295	223	160
Klinisch psycholoog	146	118	222	158	245	170	266	214	230
Klinisch neuropsycholoog	1	3	18	13	20	14	25	23	8-16
Verpleegkundig Specialist GGZ 2 & 3 jarige opl.	0	0	19	26	89	67	119	142	.
Verpleegkundig specialist GGZ 3 jarige opleiding	-	-	-	-	57	35	87	110	135

Bronnen: Kiwa Prismant en Capaciteitsplan 2011.

* Zie paragraaf 7.1.2 voor de toelichting

Bij beschouwing van elk van de hierboven besproken varianten valt al direct op dat het instroomvolume substantieel verschilt van de instroomvarianten van het Capaciteitsplan 2011 (zie tabel 30). De verklaring hiervoor ligt vooral bij lagere waarden voor demografische ontwikkelingen, hogere aantallen werkzamen, andere uitstroomverwachtingen en een hoger intern rendement van de opleidingen.

In het richtinggevend Capaciteitsplan 2011 zijn de waarden voor demografie die van toepassing waren op de psychiater in de ziekenhuizen overgenomen. Inmiddels is door twee verschillende onderzoeken gebleken dat deze gehanteerde waarden aanzienlijk lager zijn dan destijds werd aangenomen. De totale omvang van het aantal werkzamen is voor alle beroepsgroepen gestegen ten opzichte van het richtinggevend Capaciteitsplan 2011. Dit komt met name door het aantal mensen dat de opleiding succesvol afrondde. Ook de parameter intern rendement kent, voor alle opleidingen hogere waarden. Daarnaast zijn er significant andere (hogere of lagere) parameterwaarden voor de uitstroom uit het vak. Ook zijn alle zes parameterwaarden van het werkproces in dit advies ingevuld. Dit in tegenstelling tot het vorige advies, waar alleen de parameter efficiency was ingevuld.

Er zal kort worden ingegaan op de parameterwaarden uitstroom per beroepsgroep. De uitstroomverwachtingen voor de GZ-psychologen zijn aanzienlijk lager dan verondersteld in het vorige advies. Voor de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialist GGZ zijn de uitstroomverwachtingen ook lager, zij het minder opvallend. Het effect van deze lagere uitstroomverwachtingen is een lagere vervangingsvraag en dus een lagere opleidingsbehoefte, indien alle andere parameters stabiel worden gehouden.

Voor de psychotherapeuten geldt dat de uitstroomverwachtingen veel hoger liggen dan aangenomen in het vorige advies. Dit betekent dat de vervangingsvraag eveneens hoger wordt. Immers, de groep moet sneller 'vervangen' worden. Als gevolg hiervan stijgt de opleidingsbehoefte voor de groep psychotherapeuten, indien alle andere parameters stabiel worden gehouden. In tabel 30 is te zien dat deze vervangingsvraag in 2031 (15 jaar na het basisjaar) al afneemt. Dat betekent dat de grootste groep psychotherapeuten tot 2025 uitstroomt en dus voor die tijd vervangen is.

Voor de klinisch psychologen zijn de uitstroomverwachtingen nagenoeg gelijk aan het vorige advies. Wel is het een verouderende groep. In tabel 30 is te zien dat de vervangingsvraag in 2031 (15 jaar na het basisjaar) al afneemt. Dat betekent dat de grootste groep klinisch psychologen tot 2025 uitstroomt en dus voor die tijd vervangen moet zijn. Deze groep heeft ook hogere waarden op andere werkprocesparameters (onvervulde vraag en vakinhoudelijke ontwikkelingen) dan de GZ-psychologen en psychotherapeuten. Dit is vooral zichtbaar in de laatste drie varianten.

8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de overwegingen benoemd en de keuzen beargumenteerd voor de varianten/instroomaantallen die tot het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan leiden. De parameters voor dit instroomadvies zijn in de vorige hoofdstukken onderbouwd en worden samen met het (instroom)advies van het Capaciteitsorgaan in het integrale Capaciteitsplan 2013 gepresenteerd.

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2013 is in tegenstelling tot het advies voor de instroom in deze beroepen uit 2011 niet meer richtinggevend, maar juist adviserend. Vijf onderzoeken hebben uitkomsten opgeleverd die de parameterwaarden in de verschillende varianten op een valide wijze cijfermatig onderbouwen. Dankzij deze vijf onderzoeken is een substantiële kwaliteitsverbetering van het advies gerealiseerd.

In dit hoofdstuk worden vier varianten gepresenteerd. Daarvan worden de twee meest waarschijnlijke gepresenteerd als advies. De uiteindelijke voorkeur van het Capaciteitsorgaan voor één van deze varianten en de daarbij behorende instroomaantallen, is een keuze die mede ingegeven is door de – in het verscheid liggende – beleidsontwikkelingen en/of (on)zekerheden die op de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces inwerken.

8.2 Beleidsontwikkelingen en onzekerheden

8.2.1 Zorgvrager

Waar het de zorgvraag betreft gaat het om de ontwikkelingen die de overheid voor ogen heeft en het effect hiervan op het zorggebruik. De voornemens van de overheid zijn wel duidelijk: een begrensde groei van de zorgkosten. Dit betekent overigens niet dat de overheid een kleinere groei van de zorgvraag⁹⁹ beoogt. De vraag zou eventueel sterker kunnen stijgen als de productiviteit toeneemt.

Taakverschuivingen tussen de huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ spelen in deze ontwikkelingen een significante rol. Onderzoek zal moeten uitwijzen of en in welke mate deze ontwikkeling doorzet en welke effecten dat heeft op de beroepen geestelijke gezondheid.

Vraagreductie wordt ook verwacht door het toenemend aanbod aan internetbehandelingen. Hiermee zou substitutie van psychologische face-to-face interventies door e-health interventies bewerkstelligd kunnen worden¹⁰⁰.

Economisch onzekere tijden en mogelijke invoering van eigen bijdragen of een verhoging ervan en/of een verhoging van het eigen risico zouden kunnen leiden tot extra vraagreductie. Dit betekent overigens niet dat er geen (latente) zorgvraag meer zou kunnen zijn.

Kortom, het overheidsbeleid is gericht op een remming van de kosten door een ombuiging (naar de generalistische basiszorg en de huisartsenzorg POH-GGZ) en beperking van de vraag (meer zelfmanagement).

⁹⁹ In het Bestuurlijke Akkoord Toekomst ggz 2013-2014 is de volumegroei gemaximeerd op 2,5 %, exclusief loon- en prijscompensatie (ca. 2,75%).

¹⁰⁰ Warmerdam L., Smit F., Van Straten A., Riper H., Cuijpers P. (2010). Cost-utility and cost effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical internet research*, 2010; 12(5): e53.

8.2.2 Zorgaanbod

Deze afnemende vraag zal ook doorwerken op het aantal benodigde beroepsbeoefenaren. Het is voorspelbaar dat er per beroepsgroep verschillende ontwikkelingslijnen ontstaan. Uiteenlopende oorzaken spelen daarbij een rol. Oververtegenwoordiging in de oudste leeftijdscohorten is er daar één van. Maar tegelijkertijd ook één die voorspelbaar en daarmee calculeerbaar is. Ongewis is het effect van een (definitief) overheidsbesluit over de vraag wie hoofdbehandelaar is. Inperking of verruiming van het begrip hoofdbehandelaar kan een rem op, of een vergroting van het aantal benodigde beroepsbeoefenaren, zijn.

Ontwikkelingen zijn er ook op het gebied van opleidingen. De belangstelling voor de opleiding tot GZ-psycholoog is tot heden fors hoger dan het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Tot op heden was niet duidelijk of het aantal gesubsidieerde plaatsen voldoende zou zijn om aan de vraag naar verzekerde zorg te voldoen. Uit de ramingsvarianten in Hoofdstuk 7 blijkt dat moment nu bereikt te zijn. De belangstelling voor een opleidingsplaats tot GZ-psycholoog lijkt gezien het grote aantal inschrijvingen hieronder niet te lijden.

Bij de beroepsgroep klinisch psychologen verwachten de opleidingsinstituten in 2013 en in 2014 substantieel meer inschrijvingen. Het blijft echter een aandachtspunt, omdat de vervangingsvraag vanwege een verouderende beroepsgroep daar juist groot is.

Ten aanzien van de psychotherapeut geldt zowel een grote vervangingsvraag als een groeiende belangstelling voor de opleiding.

Een vermindering van het aantal instroomplaatsen voor de opleiding GZ-psycholoog (van 740 naar 585) is verdedigbaar vanwege de voortschrijdende ontgroening van de patiëntenpopulatie¹⁰¹ en vanwege de relatief jonge beroepsgroep¹⁰².

Bij de klinisch psycholoog zijn de oudere leeftijdsgroepen sterk vertegenwoordigd. Er zijn aanwijzingen dat de belangstelling voor de opleiding substantieel toeneemt¹⁰³. Mocht de discussie over het hoofdbehandelaarschap uitmonden in een beperking daarvan tot de psychiater en de klinisch psycholoog dan sluit deze groeiende belangstelling daar goed op aan.

Een andere onzekerheid is de ontwikkeling van het interne rendement. Op dit moment is dit voor de psychologische beroepen hoog (93%-95%). Veranderingen op het gebied van het onderwijs, zoals competentiegericht onderwijs, kunnen de rendementscijfers beïnvloeden. Dit zal worden gemonitord en worden meegenomen in een volgende raming.

8.2.3 Werkproces

Ontwikkelingen op het gebied van efficiency en horizontale taakverschuiving zijn sterk onderhevig aan beleidsimpulsen van zorgaanbieders en de overheid. Dit brengt een bepaalde mate van onzekerheid met zich mee. Het Capaciteitsorgaan zal tot aan de volgende raming dergelijke ontwikkelingen

101 Kiwa Prismant. Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012, p.30/38, fig.4.2/tabel 5.2

102 Nivel. Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en Verpleegkundig Specialisten in 2012. Utrecht, 2012. P.25, p.38-39

103 Zie voetnoot 45.

monitoren, door middel van onderzoek en expertopinionen, om deze ontwikkelingen voor volgende ramingen nog duidelijker in kaart te brengen.

Ook kunnen veel beleidskeuzes worden gemaakt op het gebied van verticale taakverschuiving: van master-psychologen en pedagogen naar de GGZ-psychologen en/of klinisch (neuro)psychologen en vice versa en van psychiaters naar verpleegkundig specialisten GGZ. Ook hier zijn beleidskeuzes van de overheid en van individuele zorgaanbieders bepalend voor de toekomstige richting en de omvang van deze trends.

Voor de verpleegkundig specialist schetst het VBOC-rapport uit 2006 een toekomstvisie voor het verpleegkundig beroep. Een aspect van de toekomstvisie betreft het aantal benodigde verpleegkundig specialisten. Het rapport geeft aan dat het wenselijk is om de 'body of knowledge' van verpleegkundig specialisten uit te breiden en dat hiervoor een bepaalde massa nodig is. Om deze kritische massa te bepalen is gekeken naar de situatie in de Verenigde Staten. Daar was in 2004 5% van alle verpleegkundigen verpleegkundig specialist¹⁰⁴. Deze verhouding is nog steeds zo in de Verenigde Staten. In 2010 waren in Nederland ruim 18.800 verpleegkundigen werkzaam in de geïntegreerde tweedelijns- GGZ instellingen¹⁰⁵. Volgens de 5% (streef)norm betekent dit dat 940 verpleegkundig specialisten GGZ in deze branche werkzaam zouden moeten zijn. Uit onderzoek is gebleken dat van het huidige aantal verpleegkundig specialisten GGZ (438) ruim 80% werkzaam is in de geïntegreerde tweedelijns GGZ instellingen¹⁰⁶. Wanneer deze verhouding wordt gebruikt om het totaal voor alle branches te berekenen, betekent dit dat ongeveer 1.175 verpleegkundig specialisten GGZ werkzaam zouden moeten zijn in Nederland.

De ramingsvarianten zijn echter gebaseerd op de instandhouding van het huidige volume aan werkzamen (438). Een ophoging van het instroomvolume, in aanvulling op het vervangingsvolume, om deze (streef)norm te realiseren, is een beleidskeuze om bijvoorbeeld om de verticale substitutie te stimuleren. Dit valt buiten het bestek van deze raming.

8.2.4 Relatie met andere adviezen

De psychologische beroepen kennen in de uitvoering van hun werkzaamheden onderling veel afstemming, overlap en uitwisseling. Afstemming of overlap van en naar medische beroepen, zoals psychiaters (deelrapport 1), huisartsen (deelrapport 2) of artsen verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6) is nog niet voldoende gekwantificeerd en komt daarom niet terug in de andere deelrapporten.

Als het gaat om de verpleegkundig specialist GGZ is afstemming met ontwikkelingen bij het beroep van de psychiater (deelrapport 1) noodzakelijk. Daarin wordt gesteld dat ondanks de onzekere ontwikkelingen op het gebied van het (hoofd)behandelaarschap en op het gebied van de bekostiging, nog steeds rekening wordt gehouden met taakherschikking van de psychiaters (3.300) naar verpleegkundig specialisten (GGZ).

¹⁰⁴ VBOC (2006). Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. AVVV, Utrecht, 2006. P. 54.

¹⁰⁵ CBS-Statline, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81551NED&D1=4,9,27&D2=0&D3=0&D4=66&D5=10-11&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T> Geraadpleegd op 06-03-2013.

¹⁰⁶ Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht. P. 72-73.

8.3 Varianten

In de **vervangingsvariant** ligt de nadruk op de aanbodparameters. Deze raming geeft het aantal instroomplaatsen aan dat nodig is om het evenwicht tussen de arbeidsmarkt en de zorgvraag in stand te houden. Te meer omdat de parameterwaarde demografische ontwikkelingen nihil is, bepalen de parameters aanbod en opleiding het instroomvolume. Dit is een beperkte benadering van de werkelijkheid. Om deze reden blijft deze raming verder buiten beschouwing. Deze raming fungeert wel als vertrekpunt voor de volgende raming.

In de **werkprocesvariant** zijn alle parameters voor vraag, aanbod en werkproces verwerkt, behalve de parameter verticale substitutie.

De parameters in het werkproces zijn voornamelijk gebaseerd op expertopinions. Daarbij geldt ook dat het trends zijn die recent zijn gesignaleerd en voor de nabije toekomst worden voorzien. Echter, op de langere termijn zijn trends met minder zekerheid vast te stellen. Vooral vakinhoudelijke ontwikkelingen bij relatief nieuwe beroepen (klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ) of bestaande beroepen in andere branches (klinisch psycholoog) dragen bij aan een uitbreidingsvraag van de beroepsgroepen. Verdere uitbreiding wordt voornamelijk veroorzaakt door horizontale taakverschuiving, waarbij er voor de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ taken naar gelijk opgeleiden worden af gestoten. De klinisch neuropsycholoog krijgt er juist taken bij. Deze variant vertegenwoordigt een tussenfase, tussen de vervangingsvariant en de substitutievarianten. Ook deze variant geeft geen volledig beeld van de werkelijkheid en blijft om die reden buiten beschouwing.

In de **substitutievarianten** zijn alle parameters verwerkt. In de substitutievarianten zijn de effecten van de parameterwaarde verticale taakverschuiving weergegeven. Het betreft de (verticale) taakverschuiving tussen master psychologen en - pedagogen en GZ-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychotherapeuten. Bij de verpleegkundig specialist GGZ betreft het taakherschikking van de psychiater.

De substitutievariant is er in twee vormen: de substitutievariant zonder doorgaande trend en de substitutievariant met doorgaande trend.

In de variant zonder doorgaande trend wordt er van uitgegaan dat verticale taakverschuiving en andere werkprocesparameters bij alle beroepen effecten teweeg brengen die tijdelijk van aard zijn, of over 10 jaar andere vormen aannemen of andere waarden laten zien.

In de variant met doorgaande trend wordt ervan uitgegaan dat verticale taakverschuiving en de andere werkprocesparameters bij alle beroepen effecten teweeg brengen die blijvend van aard zijn en tot 15 jaar na het basisjaar in dezelfde mate nog van toepassing zijn. In deze variant krijgt de parameterwaarde verticale substitutie extra acceleratie. Immers, om voldoende aantallen in 2031 te hebben met dergelijke, substantiële trends zoals verticale taakverschuiving, is het nodig om al vanaf 2015 voldoende mensen in de opleiding te laten instromen.

8.4 Advies instroom

De vervangingsvariant en de werkprocesvariant worden buiten beschouwing gelaten. De advisering spitst zich toe op de substitutievariant zonder en met doorgaande trend.

Voor de twee verschillende evenwichtsjaren wordt gesteld dat het vooralsnog niet aan de orde is om de zorgvraag langer dan 12 jaar vooruit te ramen. Dit omdat de opleidingen voor de beroepen geestelijke gezondheid maximaal 4 jaar duren en de ontwikkelingen op het gebied van het werkproces te dynamisch zijn. Om die reden worden de ramingsuitkomsten voor het evenwichtsjaar 2031 niet betrokken bij het opstellen van het voorkeursadvies.

Rekening houdend met de eerder geschetste zorgvraag- en aanbodontwikkelingen, wordt dus gekeken naar de substitutievarianten. De beide substitutievarianten geven een gevarieerd beeld van de werkelijkheid met allerlei dynamische ontwikkelingen die spelen bij de beroepen geestelijke gezondheid.

In tabel 31 zijn de ramingsuitkomsten weergegeven die ontleend zijn aan de substitutievariant zonder doorgaande trend en aan de substitutievariant met doorgaande trend (zie ook tabel 30). In tabel 31 is ook de voorkeur te zien van het Capaciteitsorgaan.

Tabel 31: Jaarlijkse instroom vanaf 2015 (evenwicht in 2025) inclusief voorkeur

	Bandbreedten		Voorkeur
GZ-psycholoog	585	655	585
Psychotherapeut	271	295	271
Klinisch psycholoog	245	266	245
Klinisch neuropsycholoog	20	25	20
Verpleegkundig specialist GGZ, 3 jarige opleiding*	57	87	87

Bron: Kiwa Prismant. De instroomaantallen voor de GZ-psycholoog zijn afgerond op vijftallen.

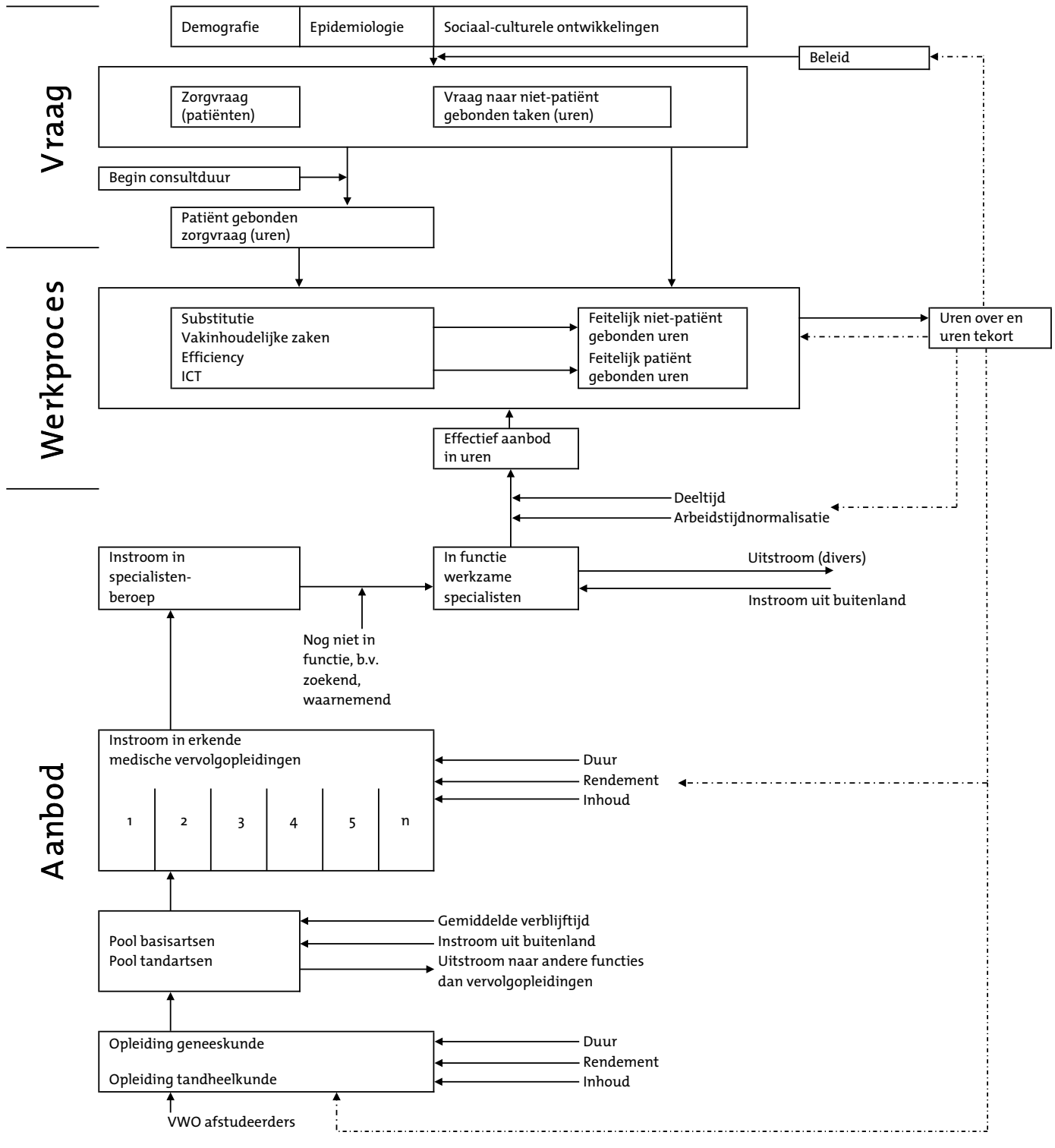
* Uitsluitend de categorale 3-jarige opleiding, dus exclusief 32 instroomplaatsen voor de 2-jarige opleiding aan de hogescholen

Deze voorkeur is als volgt onderbouwd. Voor alle psychologische beroepen geldt dat de varianten zonder doorgaande trend passend lijken, omdat vooral het effect van verticale taakverschuiving van master psychologen en pedagogen naar deze BIG-beroepen onzeker is. Hetzelfde geldt voor de ontwikkelingen op het gebied van de vakinhoudelijke ontwikkelingen voor de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog. Voor de klinisch neuropsycholoog is het effect van de horizontale taakverschuiving onzeker. Daarnaast geldt dat de beroepsgroepen van de psychotherapeut en klinisch psycholoog wel aan het vergrijzen zijn, maar dat de uitstroom, en dus vervanging vanwege de leeftijd, al voor 2025 plaatsvindt. Dit is te zien aan de daling in de benodigde instroom tussen de jaren 2025 en 2031 (tabel 29).

Voor de verpleegkundig specialist GGZ wordt daarentegen wel uitgegaan van een blijvende (en dus met doorgaande) trend. Deze trend wordt gevoed door taakherschikking van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ.

Daarmee komt het voorkeursadvies, en dus de instroomaantallen vanaf 2015, voor de GZ-psycholoog op **585** plaatsen, voor de psychotherapeut op **271** plaatsen, voor de klinisch psycholoog op **245** plaatsen, voor de klinisch neuropsycholoog op **20** plaatsen en voor de 3-jarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ op **87** plaatsen.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Het Plenair Orgaan heeft dit advies van de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid in haar vergadering op 26 juni 2013 besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de Begeleidingscommissie Beroepen Geestelijke Gezondheid was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. A. Haringsma
Dhr. D. Koets
Mw. A. van der Meer
Dhr. D. Nieuwpoort
Mw. Y. Slee
Dhr. H. Thie

Organisaties van opleidingsinstituten/- praktijkopleidingsinstellingen

Dhr. R. Bakker
Mw. S.D.A. Bruijns
Mw. M.C. van Dam
Mw. M.J.J. Gerts
Dhr. M.G.M. Heck
Dhr. J. Smale
Dhr. W.S. Wierenga

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. R. Laane
Dhr. J. van Schijndel

De samenstelling van het Plenair Orgaan was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.W.J.M. van Bolderen
Mw. M.M.E. Schneider
Dhr. R. Ph. Smitshuijzen
Dhr. B. Stegeman
Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. B. Vogel
Dhr. L. Wigersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/- opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp
Dhr. F.C. Breedveld
Dhr. P. de Jonge
Dhr. S.J. Noorda
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. H.A.P. Pols
Dhr. J. Schaart
Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers (voorzitter)
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Dhr. A.J. Lamping

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl