



Capaciteitsplan 2011

Advies voor de (vervolg)opleidingen tot

Gezondheidszorgpsycholoog

Klinisch neuropsycholoog

Klinisch psycholoog

Psychotherapeut

Verpleegkundig specialist ggz

Capaciteitsplan 2011

***Een eerste richtinggevend advies
voor de (vervolg)opleidingen tot***

Gezondheidszorgpsycholoog

Klinisch neuropsycholoog

Klinisch psycholoog

Psychotherapeut

Verpleegkundig specialist ggz

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen 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.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	8
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	8
1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan	8
1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten	9
1.4 Indeling	10
2. Positionering beroepsgroepen	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Overzicht van de disciplines	11
2.2.1 Gezondheidszorgpsycholoog	11
2.2.2 Klinisch neuropsycholoog	12
2.2.3 Klinisch psycholoog	12
2.2.4 Psychotherapeut	12
2.2.5 Verpleegkundig specialist ggz	13
2.3 Overzicht aanverwante disciplines	14
2.4 Verhoudingen tussen disciplines	17
3. Opleiding	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Bezette opleidingsplaatsen	18
3.2.1 Gz-psycholoog / psychotherapeut	19
3.2.2 Psychologische specialismen	19
3.2.3 Verpleegkundig specialisme GGZ	21
3.3 Het Opleidingsfonds	22
3.4 Intern rendement	23
3.5 Conclusies	23
4. Zorgvraag	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Demografie	25
4.3 Epidemiologie	26
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	28
4.5 Onvervulde vraag	30
4.6 Conclusie zorgvraag	33

5. Zorgaanbod	34
5.1 Inleiding	34
5.2 Omvang beroepsgroep	34
5.2.1 Méér geregistreerd dan werkzaam	35
5.2.2 Dubbele registraties	36
5.2.3 Aandeel vrouwen	39
5.2.4 Leeftijdsverdeling	39
5.3 Omvang dienstverband	40
5.4 Uitstroom van beroepsbeoefenaren	41
5.5 Conclusie zorgaanbod	42
6. Werkproces	43
6.1 Inleiding	43
6.2 Efficiency	43
6.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	44
6.4 Taakherschikking of taakverschuiving	44
6.5 Conclusie werkproces	45
7. Varianten	46
7.1 Inleiding	46
7.1.1 Rekenmodel Capaciteitsorgaan	46
7.1.2 De huidige situatie	47
7.2 Basisvariant	47
7.3 Combinatievariant	47
7.3.1 Combinatiescenario 1	48
7.3.2 Combinatiescenario 2	48
7.4 Uitkomsten varianten en scenario's	48
8. Overwegingen en advies	51
8.1 Inleiding	51
8.2 Beleidsontwikkelingen	51
8.2.1 Het belang van een BIG-registratie	51
8.2.2 Omgaan met overlap	52
8.2.3 Eigen bijdrage GGZ	52
8.2.4 Inzet van FACT-teams	53
8.3 Onzekerheden	53
8.4 Belangrijkste varianten	53
8.5 Advies instroom	54
Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan	58
Bijlage 2: Opleidingsinrichtingen	59
Bijlage 3: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2010	60
Bijlage 4: Procedure en betrokken experts	61
Literatuurlijst	63

Samenvatting

Dit eerste richtinggevende Capaciteitsplan voor de erkende opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz bevat een capaciteitsraming en instroomadvies voor deze beroepen. Met name het 'eerste richtinggevende' karakter er van wordt benadrukt. Tot op heden was er op deze vakgebieden bij het Capaciteitsorgaan namelijk weinig tot geen ervaring en bemoeienis, met uitzondering van het aanpalende medische specialisme psychiatrie. Bovendien was er zeer weinig structurele informatie beschikbaar voor beroepsspecifieke ramingen. Desondanks is mede dankzij de hulp en inzet van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO), allerlei veldpartijen, en experts deze handschoen opgepakt en is het toch mogelijk gebleken de aanwezige informatie zo goed en volledig mogelijk te achterhalen en op een rijtje te zetten. Op basis hiervan is dit eerste Capaciteitsplan tot stand gekomen, niet meer en niet minder. De weg hierna moge echter ook duidelijk zijn, namelijk dat er hard gewerkt moet gaan worden om de gaten in de informatie te vullen. Alleen op deze wijze kan er de volgende keer namelijk nauwkeuriger geraamd worden en sprake zijn van een advies, dat meer is dan richtinggevend.

Opleiding

De instroom in de opleidingen is de afgelopen jaren niet stabiel geweest maar eerder onderheven aan onregelmatige stijgingen en dalingen van het aantal opleidingsplaatsen. De afgelopen jaren is de instroom in de opleiding tot gz-psycholoog gestegen, fluctueerde de totale instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog en de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz per jaar en daalde de instroom in de opleiding tot psychotherapeut. De gemiddelde instroom over de jaren 2010 en 2011 in de opleiding tot gz-psycholoog bedraagt bijna 895, in de opleiding tot klinisch psycholoog ongeveer 80, in de opleiding tot psychotherapeut 115 en in de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz totaal 85. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog start eens in de twee jaar en de afgelopen jaren is de instroom hiervan gestegen naar 16 per twee jaar.

De opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz vallen voor financiering onder het Opleidingsfonds van VWS, maar de totale in- en doorstroom is jaarlijks consequent groter dan de toegekende subsidie.

Zorgvraag

Verwacht wordt dat de zorgvraag naar deze disciplines in ieder geval tot 2028 zal blijven toenemen. Dit is met name het geval omdat de bevolking groeit. Een epidemiologische groei van de zorgvraag wordt echter niet verwacht. Een aantal sociaal culturele factoren dragen daarentegen waarschijnlijk wel bij aan de stijging van de zorgvraag. Zo is het taboe rondom alles wat met psychische aandoeningen te maken heeft in Nederland (gelukkig) langzamerhand aan het verdwijnen. Het grootste gedeelte van de Nederlanders geeft inmiddels aan, als dit nodig is,

professionele hulp te zoeken. Bovendien verwacht ook de samenleving steeds meer dat psychisch zieken hulp zoeken. Op dit moment kunnen echter niet alle mensen die hulp zoeken (direct) geholpen worden en lijkt er dus sprake van een onvervulde vraagbehoefte. Signalen hiervoor zijn afkomstig uit de behoorlijke wachtlijsten in de GGZ, maar ook zijn er vrij veel vacatures voor deze beroepsgroepen die gewoonweg moeilijk ingevuld kunnen worden. Dit laatste geldt overigens ook buiten de GGZ, waar men moeite heeft met de invulling van vacatures voor gz-psychologen. Op basis van deze signalen gaan we op dit moment voorlopig voor alle beroepsgroepen uit van een onvervulde vraag van 5%.

Zorgaanbod

In dit eerste advies is getracht het zorgaanbod zo goed mogelijk in kaart te brengen. We hebben daarbij te maken met een aantal relatief jonge beroepsgroepen die ook nog eens gekenmerkt worden door een zekere mate van vakinhoudelijke overlap. Beide kenmerken bepalen dat veel beroepsbeoefenaars een dubbele inschrijving in de beroepsregisters hebben en het in de meeste gevallen vooralsnog onduidelijk is in welke functie ze daadwerkelijk werkzaam zijn. Om deze reden is dit in afstemming met de beroepsgroepen en op basis van statistieken zo goed mogelijk bepaald (zie par. 5.2.2). Uit deze exercitie is per beroepsgroep op 1 jan. 2010 het volgende aantal uniek werkzame personen tevoorschijn gekomen: 6035 gz-psychologen, 75 klinisch neuropsychologen, 1965 klinisch psychologen, 1560 psychotherapeuten en 150 verpleegkundig specialisten ggz.

Opvallend bij de beroepsgroepen van de klinisch psychologen en psychotherapeuten is dat bijna 65% ouder is dan 50 jaar. Deze beroepen kennen de komende tien tot vijftien jaar dus een hoge vervangingsvraag. Bij de andere beroepsgroepen is het merendeel van de beroepsbeoefenaars jonger dan 50 jaar, waarbij de klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz de jongste beroeps populatie kennen. Verder is een groot deel van de beroepsbeoefenaars vrouw (tussen de 50 en 70%). Bij de gz-psychologen ligt dit percentage met ongeveer 70% het hoogst. Tenslotte laat het gemiddeld aantal fte dat gewerkt wordt slechts marginale verschillen zien tussen de onderscheiden beroepsgroepen. Bij de klinisch psychologen scoort dit met 0,80 fte het hoogst, echter kort daarop volgen de psychotherapeuten met gemiddeld 0,79 fte en de overige beroepsgroepen met 0,77 fte.

Werkproces

In het werkproces wordt voorzien dat de komende jaren in ieder geval de kwaliteit en doelmatigheid nog verder verbeterd kan worden. Een deel van de zorgvraag kan hierdoor worden opvangen. Van oudsher speelt hierbij ook nog het vraagstuk van de mogelijke taakherschikking tussen deze en aanverwante beroepsgroepen. In het kader van dit eerste richtinggevende advies is dit onderwerp echter vooralsnog niet verder uitgediept. Er is op dit moment gewoonweg nog onvoldoende informatie beschikbaar om daaromtrent verwachtingen uit te spreken. Duidelijk mag zijn, dat het van belang is hier de volgende keer meer duidelijkheid over te verkrijgen.

Raming en instroomadvies

Pakken we alle ingrediënten uit dit eerste rapport bij elkaar dan komt het Capaciteitsorgaan uiteindelijk op het volgende **advies** met betrekking tot de instroom. Per beroepsgroep wordt daarbij onderscheid gemaakt in een minimum- en maximumadvies. Mede op basis hiervan wordt aanvullend een voorkeursadvies aangegeven (zie par. 8.5). Binnen deze marges is daarbij ook zo goed mogelijk aansluiting gezocht bij de ervaringen tot nu toe en de praktijk van alledag. In die zin is er dus oog geweest voor de realiteit.

	Minimale instroom	Maximale instroom	Voorkeur
Gz –psycholoog	740	1035	960
Klinisch neuropsycholoog	8	16	geen
Klinisch psycholoog	230	300	230
Psychotherapeut	150	170	160
VS-GGZ	85	185	135

1. Inleiding

Voor u ligt het eerste richtinggevende Capaciteitsplan voor de erkende opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen 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 het begin van deze eeuw brengt het Capaciteitsorgaan adviezen uit met betrekking tot de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens wordt een advies uitgebracht over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële geneeskundige opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op termijn zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van informatie op basis waarvan door partijen beleid kan worden gemaakt rond bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, substitutie, en nieuwe opleidingen. Tenslotte heeft het Capaciteitsplan de taak tot monitoring en werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, invited expert meetings, en klankbord sessies.

Het Plenair Orgaan (bestuur) van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan 8 ingevuld worden door de zorgverzekeraars, 8 door de opleidingsinstellingen, en 8 door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan doorgevoerd. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan in 1999 is veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in soortgelijke “nieuwe” beroepsgroepen. Zo is het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS in 2008 gestart met het monitoren van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. De commissie Innovatie Mondzorg gaf in 2006 al het advies om vanaf 2008 de beroepsgroep van de mondhygiënisten door het Capaciteitsorgaan te laten monitoren. Een logische stap

omdat het Capaciteitsorgaan de ontwikkelingen binnen de kaakchirurgie en orthodontie reeds sinds 2000 volgt en instroomadviezen over deze opleidingen geeft.

Dit Capaciteitsplan is het eerste richtinggevende advies van het Capaciteitsorgaan voor de erkende opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz. Voorheen informeerde alleen het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) het ministerie van VWS over het aantal toe te wijzen opleidingsplaatsen. Er is voor deze beroepsgroepen niet eerder gebruik gemaakt van een capaciteitsraming. Voor de aanpalende beroepsgroep psychiaters worden overigens sinds 10 jaar door het Capaciteitsorgaan ramingen opgesteld.

Het CONO is in 1990 opgericht en heeft als statutaire doelstellingen het bevorderen van:

- de afstemming tussen de diverse beroepsopleidingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- de optimale verhouding tussen financiële en organisatorische mogelijkheden in relatie tot de kwalitatieve en de kwantitatieve aspecten inzake opleidingen en nascholing;
- de noodzakelijke terugkoppeling van nascholingsbehoeften naar opleidingen.

Zij wil zich hiermee profileren als het expertisecentrum binnen de GGZ. Het CONO heeft als één van haar taken het inventariseren van de jaarlijkse toewijzing van de beschikbare opleidingsplaatsen voor de beroepen in de GGZ. Dit doet zij al vanaf 1997. De opleidingsplaatsen werden tot 2007 door de NZa middels beleidsregels vergoed en vanaf 2008 vanuit het door het ministerie van VWS beheerde Opleidingsfonds. Sinds 2008 beheert het CONO ook het landelijke opleidingsregister voor de 'CONO-beroepen' in het Opleidingsfonds.

1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Het CONO heeft veel kennis in huis over de ontwikkeling van (de opleidingsplaatsen voor) de onderscheiden beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan heeft daarom niet zelf een kamer voor de CONO-beroepen ingericht, maar kiest ervoor het advies inhoudelijk te laten toetsen binnen de bestuurlijke structuur van het CONO. Vervolgens wordt het advies ter goedkeuring beoordeeld binnen de bestuurlijke structuur van het Capaciteitsorgaan.

Dankzij de hulp van het CONO, veldpartijen en experts is het mogelijk geweest veel al aanwezige informatie boven tafel te krijgen en te gebruiken als input in dit eerst richtinggevende advies. Er zijn echter ook gaten in de informatie, aangezien er nog niet eerder aan capaciteitsplanning is gedaan. De komende jaren zal er aan gewerkt moeten worden de gaten in de informatie te vullen zodat er (nog) nauwkeuriger geraamd kan gaan worden en een volgend advies meer kan zijn dan richtinggevend.

Omdat dit het eerste advies over deze vijf beroepsgroepen betreft zijn er geen disciplinespecifieke aandachtspunten in het advies opgenomen.

Alle inspanningen waren erop gericht om een eerste globaal beeld van de beroepsgroepen te krijgen, waarbij de aandacht voor een zo compleet mogelijk beeld voorrang heeft gekregen boven aandacht voor verschillen tussen de diverse beroepsgroepen.

1.4 Indeling

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de beroepsgroepen innemen in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen, en hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd. Hierna worden de verschillende onderdelen van het model van het Capaciteitsorgaan (bijlage 1) per hoofdstuk doorlopen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door het geven van advies over de benodigde instroom in de opleidingen. In hoofdstuk 3 zal dan ook als eerste een historisch overzicht worden gegeven van de instroom in erkende opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz. Ook wordt de parameter 'intern rendement' van de opleidingen vastgesteld, op basis van resultaten uit het verleden.

Uitgangspunt voor elke raming van het Capaciteitsorgaan is de verwachte vraag naar zorg. In hoofdstuk 4 wordt gekeken naar factoren die van invloed zijn op de toekomstige zorgvraag. Als vertrekpunt wordt 1 januari 2010 gehanteerd, waarna er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met verwachte demografische, epidemiologische, en sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook de eventuele onvervulde vraag die door gebrek aan capaciteit nu niet kan worden beantwoord is in de raming van de zorgvraag betrokken.

Het aanbod aan beroepsbeoefenaren wordt in hoofdstuk 5 beschreven. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2022 en 2028 (nog) werkzaam zullen zijn nu al opgeleid. Gekeken wordt naar gegevens over de ontwikkeling van de beroepsgroepen, zowel getalsmatig als qua fte 's gedurende de afgelopen jaren.

Zorgvraag en zorgaanbod ontmoeten elkaar in hoofdstuk 6, het werkproces. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod gemodificeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in patiëntgebonden tijd/ werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakherschikking en/of taakverschuiving.

Het Capaciteitsorgaan stelt op basis van zorgvraag, zorgaanbod en werkproces een aantal ramingen op waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen worden meegenomen. Deze varianten worden in hoofdstuk 7 beschreven.

Tenslotte worden in hoofdstuk 8 de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de daarmee gepaard gaande onzekerheden geïnventariseerd. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de belangrijkste varianten. De hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden worden als finaal advies aan de minister van VWS aangeboden.

2. Positionering beroepsgroepen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de posities van de gezondheidszorgpsychologen (verder kortweg als gz-psychologen aangeduid), de klinisch neuropsychologen, de klinisch psychologen, de psychotherapeuten en de verpleegkundig specialisten ggz in beeld gebracht. Deze beroepen worden door ingewijden ook wel als de ‘CONO-beroepen’ aangeduid, zeker ook in het kader van het Opleidingsfonds (zie par.3.3).

2.2 Overzicht van de disciplines

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. Op het gebied van psychologische zorg onderkent de wet BIG onder artikel 3 twee zogenaamde basisberoepen: gz-psycholoog en psychotherapeut. De gz-psycholoog kan zich daarna door middel van een vervolgopleiding in een tweetal specialismen specialiseren namelijk tot klinische neuropsycholoog of klinisch psycholoog. Bij de BIG vallen deze onder artikel 14. Hieronder zullen de psychologische beroepen wat uitvoeriger besproken worden. Een overzicht van de verschillende opleidingstrajecten is te vinden in paragraaf 3.1

2.2.1 Gezondheidszorgpsycholoog

Tot het gebied van de deskundigheid van de gz-psycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van resultaten daarvan alsmede het toepassen van (bij algemene maatregel van het bestuur aan te wijzen) psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheid¹.

Het beroep bestaat officieel sinds 1998 toen het is opgenomen in de wet BIG. Het grootste gedeelte van de gz-psychologen is werkzaam binnen de (geestelijke) gezondheidszorg maar ongeveer een kwart werkt bij de jeugdzorg, justitie, of onderwijs². De opleiding tot gz-psycholoog is een generalistische vervolgopleiding, die in principe voorbereidt op functies binnen diverse werkvelden van de gezondheidszorg. Daarnaast bestaat voor de afzonderlijke werkvelden vaak behoefte aan specifieke kennis of vaardigheden. Om aan deze behoefte tegemoet te komen bestaan er al aanvullende opleidingen, de zogenaamde profielopleidingen. Deze opleidingen gaan specifiek in op de toepassing van gz-psychologische kennis en vaardigheden op het betreffende werkveld. Profielopleidingen zijn onlangs gestart op het gebied van ouderenzorg, verslavingszorg en eerstelijnszorg³. Op enkele andere terreinen zijn opleidingen in voorbereiding.

¹ Art. 25 BIG

² CONO kamer gezondheidszorgpsycholoog (2006). *Beroeps- en opleidingenoverzicht Gezondheidszorgpsycholoog*. Geraadpleegd op 22-02-2010.
http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_gzp.htm

³ Door CONO erkende GGZ profielen bij gezondheidszorgpsychologen.

2.2.2 Klinisch neuropsycholoog

Het deskundigheidsgebied van de klinisch neuropsycholoog omvat de diagnostiek, voorlichting, begeleiding en behandeling van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsels en hersendisfuncties, alsmede wetenschappelijk onderzoek, zorginnovatie en zorgmanagement op dit terrein⁴. Het specialisme is in 2009 erkend als tweede specialisme van de gz-psycholoog. Hier gold een overgangsregeling voor gz-psychologen met aantoonbare ervaring op specialistisch niveau op het gebied van de klinische neuropsychologie en gz-psychologen met een prominente positie op het gebied van neuropsychologie.

2.2.3 Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is deskundig op het gebied van diagnostiek en behandeling – waaronder psychotherapie – van complexe vormen van psychopathologie en op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing⁵. Het specialisme is sinds 2006 wettelijk erkend, maar al in 1966 voerde het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) een register van klinisch psychologen in en zette zij hiermee de aanzet tot het specialisme⁶. In 2006 gaf een overgangsregeling alle gz-psychologen de mogelijkheid zich in te schrijven in het register voor klinisch psychologen; dit ongeacht het al dan niet tevens hebben van een registratie als psychotherapeut. Zij moesten dan wel kunnen aantonen dat zij beschikten over een substantiële specialistische vakbekwaamheid op het gebied van de klinische psychologie⁷. Daarnaast geeft de opleiding tot klinisch psycholoog óók recht op een registratie als psychotherapeut. In die zin is het dan ook niet opmerkelijk dat iets meer dan viervijfde van de klinisch psychologen óók een registratie als psychotherapeut heeft.⁸

2.2.4 Psychotherapeut

De psychotherapeut is een deskundige op het gebied van onderzoek en indicatiestelling voor psychotherapie en van de toepassing van psychotherapeutische behandelmethoden⁹. Onder het deskundigheidsgebied van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het (volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden) beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht teneinde deze te doen

⁴ In artikel 2 van het besluit specialisme klinische neuropsychologie, *Stcrt.* . 2008, 96.

⁵ In artikel 2 van het besluit specialisme klinische psychologie, *Stcrt.* . 2004,251.

⁶ *Klinische psychologie.* (z.d.). Geraadpleegd op 05-03-2010. <http://www.fgzp.nl/>
NB De Registratiecommissie Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog (RSG) van de FGZP beheert de beide specialismenregisters.

⁷ In hoofdstuk IV van het besluit specialisme klinische psychologie, *Stcrt.* . 2004,251.

⁸ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Niendoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen.* Utrecht: Kiwa Prismant

⁹ CONO kamer psychotherapeut (2006). *Beroeps- en opleidingsoverzicht psychotherapeut.* Geraadpleegd op 22-02-2010. http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_psychotherapeuten.htm

verdwijnen of te verminderen¹⁰. Hierbij richt de psychotherapeut zich heel specifiek op de psychotherapeutische behandeling van psychische problematiek die de ontwikkeling en/of het functioneren van de patiënt belemmert en het verduidelijken van de relatie tussen de persoonlijkheid van de patiënt en diens relationele context¹¹. De psychotherapie kent een lange geschiedenis maar de titel psychotherapeut kwam pas rond de jaren zestig van de vorige eeuw in zwang. Op voorstel van de Commissie Verhagen, en vooruitlopend op de wet BIG werd in 1986 een overheidsregister voor psychotherapeuten ingesteld met een bijbehorende overgangsregeling. Sinds 1998 is het beroep binnen de wet BIG (art. 3) erkend en is de titel psychotherapeut beschermd.

2.2.5 Verpleegkundig specialist ggz

Naast de in de wet BIG vastgelegde psychologische beroepsgroepen is er nog een verpleegkundig specialistische beroepsgroep waarbij de toewijzing door het CONO geschiedt, namelijk de verpleegkundig specialist ggz. Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundig specialist ggz wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische handelingen betrekking hebbend op de preventie, behandeling, spoedeisende behandeling, begeleiding en ondersteuning van (patiënten met) psychische stoornissen binnen één of meer van de volgende aandachtsgebieden: kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensische psychiatrie en/of verslavingszorg¹². De verpleegkundig specialist ggz (VS-GGZ) gaat zelfstandig een behandelrelatie aan met patiënten en bepaalt binnen haar deskundigheidsgebied welke interventies worden toegepast¹³. Ze geeft daarnaast leiding aan het verpleegkundig team. Tot haar/zijn takenpakket behoren verder kwaliteitsverbetering, innovatie en onderzoek¹⁴.

Vanaf juni 2009 is de ‘verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg’ erkend als specialist in de wet BIG (art. 14) binnen de beroepsgroep verpleegkundige (BIG, art. 3)¹⁵. Het beroep verpleegkundig specialist ggz bestond echter al voor 2009. Vanaf 1998 werden er namelijk al GGZ-VS'en opgeleid via een door het CONO geïnitieerde opleiding. In 2009 verwierf deze opleiding, met een licht gewijzigd curriculum, ook

¹⁰ Art. 27 BIG

¹¹ NVP (2006). *De psychotherapeut*. Geraadpleegd op 16 december 2010.
<http://www.psychotherapie.nl/NVPIInternet/ShowSite?cmsMenuId=32>

¹² In artikel 2 van Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg van 9 maart 2009

¹³ In die zin lijkt er sprake van enige overlap met de rol en functie van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (zie par. 2.3).

¹⁴ CONO kamer verpleegkunde GGZ (2006). *Beroeps- en opleidingsoverzicht GGZ Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 22-02-2010,
http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_verpleegkundigen.htm

¹⁵ 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 dus niet van toepassing.

een erkenning als postinitiële driejarige masteropleiding MANP inclusief een GGZ verpleegkundig expertjaar¹⁶. Voor 2009 werkten er naast de GGZ-VS'en ook nurse practitioners (NP's) in de GGZ, regulier opgeleid door de hoge scholen. Deze NP's stroomden vanaf 1998 de arbeidsmarkt op en richtten zich primair op de somatische zorg maar een klein deel van deze NP's kwam ook bij de geestelijke gezondheidszorg terecht. Ook deze opleiding tot NP heeft met een licht gewijzigd curriculum, mede in verband met de 'overgang' naar verpleegkundig specialist, een erkenning gekregen. In tegenstelling tot de eerder genoemde 'CONO' geïnitieerde opleiding gaat het hier echter om een initiële tweejarige masteropleiding MANP¹⁷.

De eerste studenten uit beide vernieuwde opleidingen zullen naar verwachting in 2011 uitstromen. Deze studenten kunnen zich dan direct registreren als verpleegkundig specialist ggz. Daarnaast kunnen de NP's-GGZ en GGZ-VS'en 'oude stijl' zich via een overgangsregel alsnog in het register inschrijven. Concreet betekent dit dus, dat alle verpleegkundigen die één van deze opleidingen afronden (of eerder afgerond hebben) zich uiteindelijk inschrijven in hetzelfde specialistenregister en dezelfde titel verpleegkundig specialist ggz mogen hanteren.

De beroepsgroep is dus nog volop in ontwikkeling. Een belangrijke mijlpaal was 8 december 2009 toen, in de lijn van de toekomstvisie voor het verpleegkundig beroep¹⁸, de eerste drie verpleegkundig specialisten GGZ in het register werden ingeschreven en het bestaan van het beroep een feit was. Het zal echter nog wel even duren voordat iedereen, die conform de 'overgangsregeling' aanspraak maakt op deze titel, is ingeschreven. Vanaf 2011 zullen de eerste verpleegkundig specialisten direct vanuit de (aangepaste) opleiding MANP het register in kunnen stromen.

2.3 Overzicht aanverwante disciplines

Weliswaar staan de zogenaamde 'CONO-beroepen' in deze raming centraal, maar daarnaast is het ook goed kort stil te staan bij enkele belangrijke aanverwante beroepen en disciplines, waarmee wellicht gedeeltelijk taakuitwisseling kan plaatsvinden, nu of in de toekomst.

Allereerst de **huisarts**, die vaak het eerste aanspreekpunt is voor mensen met psychische klachten. Zo meldt 7% van de patiënten die bij de huisarts komt zich met een psychisch of sociaal probleem¹⁹. De huisarts zet in eerste instantie zelf een behandeling in waarbij het voorkómen van medicalisering, preventie van psychische stoornissen en het bevorderen van zelfredzaamheid een grote rol speelt²⁰.

¹⁶ NVAO (2009). *Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP GGZ*.

¹⁷ Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde V&VN (Persoonlijke communicatie, februari 2010).

¹⁸ VBOC (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC-AVVV.

¹⁹ Hilderink, I., Van 't Land, H. (2008). *GGZ in tabellen 2008*. Utrecht: Trimbos Instituut.

²⁰ NHG (2008). *NHG-standpunten toekomstvisie, GGZ in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 31-08-2010. http://nhg.artsenet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm

De huisarts werkt hierbij steeds vaker met een PraktijkOndersteuner Huisarts (POH) ggz die zich richt op informatieverstrekking, preventie en/of kortdurende behandeling van simpele klachten²¹. Bij aanhoudende psychische problemen verwijst de huisarts of POH ggz de patiënt door, soms ook binnen de eerste lijn naar een eerstelijnspsycholoog²². Ongeveer 60% van de patiënten die bij de eerstelijnspsycholoog komen en 57% van de patiënten die in de tweedelijns GGZ komen is doorverwezen door een huisarts²³.

Een tweede 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 psychiatrie²⁴. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater zowel de therapeutische relatie als technieken die de verstoring opheffen, of de gevolgen daarvan verzachten²⁵. 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. De laatste jaren is de stage psychotherapie binnen de specialistenopleiding tot psychiater daarbij echter een primaire randvoorwaarde. In de tweede lijn vinden we nog meer behandelend artsen die relatief vaak te maken hebben met patiënten met psychische klachten. In de verstandelijke gehandicaptenzorg zijn dit de artsen verstandelijk gehandicapten, in de 'ouderenzorg' de specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) en in de ziekenhuissector ondermeer revalidatieartsen, kinderartsen en klinisch geriater. Deze artsen werken, bij psychische klachten, vaak samen met de gz-psycholoog, waarbij managers in bijvoorbeeld de ouderenzorg mogelijkheden zien om in de toekomst ook vaker gz-psychologen als hoofdbehandelaar aan te stellen bij psychogeriatrische patiënten²⁶.

²¹ Zwaansdijk, M., Verhaak, P.F.M. (2009) *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL.

N.B. In juli 2010 werken ongeveer 220 POH GGZ in de huisartsenzorg. Een half jaar eerder, oktober 2009, waren dit nog 150 POH GGZ. Ongeveer 63% van de POH GGZ heeft een achtergrond als SPV.

²² De eerstelijnspsycholoog is een door CONO erkend gedifferentieerd profiel van de gz-psycholoog.

²³ GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.

²⁴ Psychiatrie is één van de 27 zevenentwintig erkende medische specialismen in ons land. Meer informatie daaromtrent is te vinden deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2010 over de medisch – en klinisch technologische specialisten.

²⁵ CONO Kamer psychiater (2005). *Herziene profielschets Psychiater*. Geraadpleegd op 22-02-2010, http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_psychiater.htm

²⁶ Bloemendaal, I., Bisseling, T., Van Eck, L.J. (2010). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen. Deel 2: Over noodzaak, wenselijkheid en haalbaarheid, verslag van drie expertbijeenkomsten*. Kiwa Prismant.

Een derde zeker niet te vergeten groep is die van de **Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen** (SPV-er). Dit is een verpleegkundige die zich richt op complexe patiëntenzorg en systemen met ernstige psychiatrische en/of psychische problematiek. De SPV-er heeft ten opzichte van andere verpleegkundigen in de GGZ veelal een coachende functie en onderscheidt zich door de uitvoering van zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeemtherapie, consultatie en een grote mate van zelfstandigheid.²⁷ Hiermee is de SPV-er min of meer een gespecialiseerde verpleegkundige maar dus geen verpleegkundig specialist ggz (zie par.2.2.5). In principe wordt dit tussenniveau voor gespecialiseerde verpleegkundigen niet nodig geacht en is het mogelijk dat in de toekomst de SPV-er vervangen wordt door 'gewone' verpleegkundigen ggz of verpleegkundig specialisten ggz²⁸. Desondanks betreft het eind 2010 nog een behoorlijke groep van ongeveer 1030 verpleegkundigen, althans volgens het kwaliteitsregister van V&VN. Daarvan voldoen er bijna 770 daadwerkelijk aan de registratie-eisen voor dit deskundigheidsgebied, of te wel bijna drie op de vier²⁹.

In dit rijtje mogen ook de ggz-agogen (sociaal pedagogisch dienstverleners en maatschappelijk werkers) en de **gz-vaktherapeuten** (creatief therapeuten en psychisch motorisch therapeuten) niet onvermeld blijven. Ook zij nemen immers een belangrijk deel van de hulpverlening aan patiënten met psychische problematiek voor hun rekening. De ggz-agoog biedt contextuele hulpverlening waarbij hij/zij de cliënt en cliëntsystemen ondersteunt en begeleidt in de dynamiek tussen individu en samenleving bij het herstellen van een psychiatrische stoornis en het (weer) integreren in de samenleving³⁰. De vaktherapeut biedt met de experiëntiële middelen beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapie een uniek aanbod van behandeling van psychische problemen³¹. Met hun zorgaanbod werken de gzz-agogen en de gz-vaktherapeuten dus in de praktijk veelal met vergelijkbare patiëntengroepen als de CONO-beroepen uit dit advies.

Tenslotte is er nog een vrij groot stuwmeer van **psychologen en pedagogen zonder BIG-registratie** van Wo-master niveau die graag een opleiding tot gz-psycholoog willen volgen en waarvan een substantieel deel op dit moment ook al in de gezondheidszorg werkzaam is. Een aanzienlijk aantal van deze groep heeft inmiddels al aanvullende opleidingen³² gevolgd en is hiervoor ook al als zodanig in het NIP

²⁷ V&VN Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (z.d.) Kenmerken, Geraadpleegd op 26-05-2010 <http://www.nvspv.nl/>, NVSPV (2004). Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Utrecht: AVVV.

²⁸ VBOC (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC-AVVV.

²⁹ Kwaliteitsregister V&V d.d. 31 december 2010.

³⁰ COOAB. (2003). *GGZAGOOG. Positionering. Scholing. Situering in de Wet BIG*.

³¹ CONO kamer vaktherapeuten. (2003). *Notitie toekomstige situering en positionering vaktherapeuten in de GGZ*.

(beroepen)register gekwalificeerd. Het is vrij onwaarschijnlijk dat iedereen uit deze groep nog een (reguliere) opleiding tot gz-psycholoog gaat volgen. De sector gezondheidszorg van het NIP voert sinds 2008 echter wel het beleid om het aantal psychologen dat zonder BIG-registratie zelfstandig werkt in de individuele gezondheidszorg terug te dringen en exploreert nu de mogelijkheid om tot een aangepaste opleiding voor deze groep ‘master-psychologen’ met veel werkervaring te komen³³.

Naast de ‘master’-psychologen en pedagogen zijn er ook **psychologen en pedagogen van Hbo-niveau** werkzaam in de gezondheidszorg. Deze groep verricht veelal duidelijk afgebakende geprotocolleerde werkzaamheden passend bij een functie op dit niveau. Het praktisch toepassen van bestaande behandelmethoden vormt dan ook de basis van de Hbo-opleiding tot psycholoog of pedagoog.

2.4 Verhoudingen tussen disciplines

Tussen psychotherapeuten, gz-psychologen en klinisch psychologen lijken nog wel wat overeenkomsten te bestaan. Zo kan uit personeelsadvertenties worden afgeleid, dat dikwijls gezocht wordt naar een psychochotherapeut/gz-psycholoog of een combinatie van andere beroepen. Het lijkt erop als het veld hiermee zegt dat het niet veel uitmaakt wie er vanuit welke discipline precies solliciteert. Overigens hebben veel zorgverleners ook een dubbele inschrijving in het BIG-register, dus zijn hiervoor ook formeel weinig tot geen obstakels aanwezig. De beroepen zijn zeer verwant en vertonen overlap, waarbij de specifieke meerwaarde per discipline voor de werkgever niet altijd even duidelijk lijkt te zijn.

³² In dit kader kan worden verwezen naar de zgn. NIP registraties/kwalificaties van bijvoorbeeld kinder- en jeugdpsycholoog, psycholoog trainer, psycholoog voor Arbeid en Gezondheid en keurmerk “Psycholoog NIP”, Voor een compleet overzicht wordt gemakshalve verwezen naar de Jaarverslagen NIP van de afgelopen jaren (www.psynip.nl). Ook in de psychotherapie kunnen deelkwalificaties behaald worden zie de websites van de vakverenigingen (www.vgct.nl, www.nvrg.nl, www.nvpa.nl, www.nvpp.nl, www.npg-utrecht.nl).

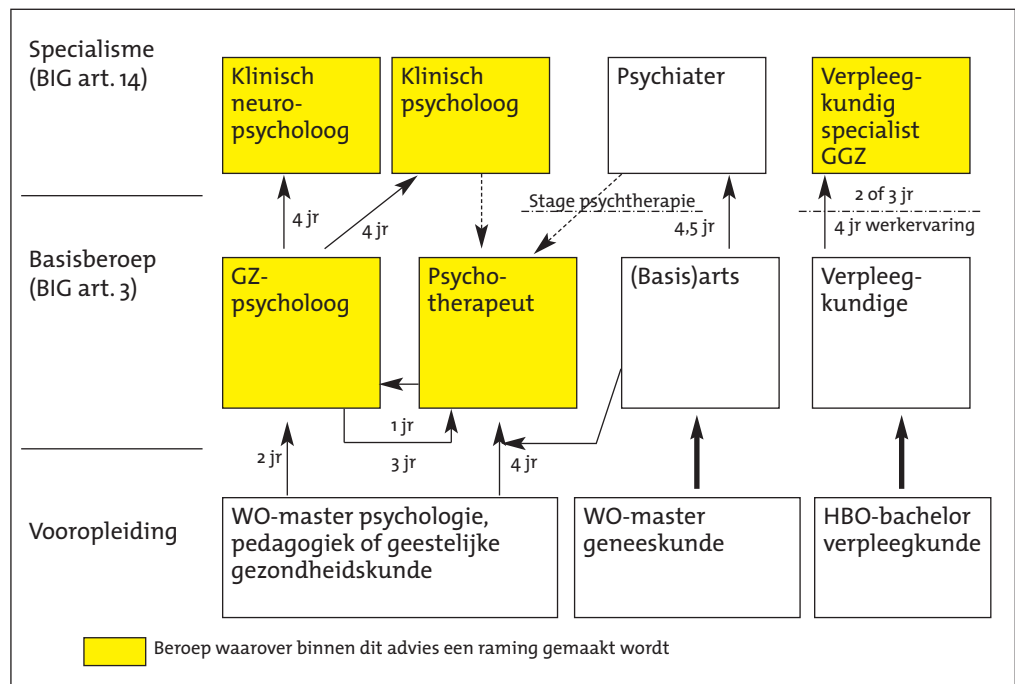
³³ Van Drunen, P., Krul, S. (2010). *Rapport onderzoek niet-BIG-geregistreeerden*. Amersfoort: Van Drunen Bestuursondersteuning.

3. Opleiding

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de opleiding centraal met in het bijzonder aandacht voor de ontwikkeling ervan tot op heden. In onderstaand figuur worden allereerst de opleidingstrajecten nog eens overzichtelijk weergegeven.

Figuur 1: De looptijd van de opleidingstrajecten, in- en doorstroommogelijkheden.



Verder is het van belang alvast aan te geven, dat de praktijk tot nu toe uitwijst, dat financiering van deze opleidingen niet altijd geheel voor rekening komt van het door de overheid ontwikkelde Opleidingsfonds. Twee onderdelen vallen er zelfs geheel buiten, namelijk de opleiding tot klinisch neuropsycholoog en de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz³⁴. Overigens wordt laatstgenoemde opleiding wel (gedeeltelijk) gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). In paragraaf 3.3 wordt daar wat dieper op ingegaan maar allereerst aandacht voor de feitelijke stand van zaken met betrekking tot de opleiding oftewel wat er allemaal in de 'pijplijn' zit.

3.2 Bezette opleidingsplaatsen

Het CONO-register houdt voor de meeste onderdelen bij hoeveel mensen op peildatum 31 mei van ieder jaar daadwerkelijk in opleiding zijn. Vanuit de historie is dit is echter alleen mogelijk voor deze peildatum met als gevolg, dat de uitkomsten op jaarbasis dus de periode 1 juni tot 31 mei van het volgende jaar betreffen en niet zoals gewoonlijk de periode 1 januari tot 31 december.

³⁴ Om eventuele misverstanden te voorkomen wordt aangetekend, dat dit dus niet geldt voor de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ (zie par. 2.2.5)

3.2.1 Gz-psycholoog / psychotherapeut

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van enkele belangrijke recente kerngegevens omtrent de opleidingen in de twee BIG art.3 beroepen. Daaruit komt ondermeer tevoorschijn, dat de gemiddelde leeftijd van de gz-psychologen in opleiding (piogs) ongeveer 5 jaar lager ligt dan die van de psychotherapeuten in opleiding (piops). Verder blijkt het **percentage vrouwen** bij de piogs met circa **90%** iets hoger dan de **80%** bij de piops.

Tabel 1: Kerngegevens opleiding gz-psycholoog en psychotherapeut, 2009 en 2010 (per 31 mei)

	Gz-psycholoog		Psychotherapeut	
	2009	2010	2009	2010
Instroom in opleiding	790	894	132	121
Totaal in opleiding	1.524	1.693	353	367
Percentage vrouwen	90,0	89,1	79,8	80,0
Gemiddelde leeftijd	32,3	31,7	37,8	37,8

Bronnen: CONO en Kiwa Prismant

Op basis van deze gegevens en alvast rekening houdend met een ingeschatte instroom in 2011 van minimaal 894 piogs en ongeveer 110 piops kunnen de parameters voor de instroom bepaald worden ³⁵. De **instroom tot 2010** wordt geschat op **790** voor de gz-psychologen en **132** voor de psychotherapeuten. De parameter **gemiddelde instroom laatste 2 jaar** (2010 en 2011) wordt **894** voor de gz-psychologen en **115** voor psychotherapeuten. Ditzelfde geldt voor de parameter **instroom vanaf 2012**, waarbij wordt uitgegaan dat deze bij ongewijzigd beleid ongeveer gelijk is aan de gemiddelde instroom van de afgelopen 2 jaar.

3.2.2 Psychologische specialismen

In tegenstelling tot de gz-psychologen en de psychotherapeuten kan voor de beide psychologische specialismen geput worden uit de gegevens van de Registratiecommissie Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog (RSG). Zoals bij de meeste registraties geldt ook hier 1 januari als peildatum. In tabel 2 wordt een beeld gegeven van de feitelijke ontwikkeling van beide opleidingen sinds 2003 respectievelijk 2004. Naast de stand van zaken op 1 januari betreft dit de in- en uitstroom, oftewel de groep die in het betreffende jaar met de opleiding is begonnen of is gestopt. Meestal gebeurt dit laatste na afronding van de opleiding, maar soms ook door vroegtijdige beëindiging (uitval). Het saldo betreft het verschil tussen in- en uitstroom.

³⁵ Deze ingeschatte instroom voor 2011 is afgeleid uit het overzicht 'Register CONO 25-8-2010', zoals dit te vinden is op de website van CONO (www.conoggz.nl). Uit de praktijk blijkt dat uiteindelijk altijd meer mensen in opleiding gaan dan aan het eind van het voorgaande jaar ingeschat kan worden. Men verwacht dan ook dat er uiteindelijk minimaal evenveel piogs instromen als in 2010 en minimaal 110 piops.

Tabel 2: Kerngegevens opleiding tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog, 2003 t/m heden

Klinisch neuropsycholoog	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totaal 1 januari			12	12	25	25	32	32
Instroom		12		13		16		16
Uitstroom						9		12
Saldo (in-uit)		12		13		7		4
Klinisch psycholoog								
Totaal 1 januari		77	106	175	178	174	166	224
Instroom	77	29	70	27	67	32	100	33
Uitstroom			1	24	71	40	42	11
Saldo (in-uit)	77	29	69	3	-4	-8	58	22

NB. 2010 betreft voor wat betreft de in-uitstroom voorlopige gegevens per 10 november, die om deze reden cursief zijn weergegeven.

Bron: RSG (FGzP).

Het overzicht laat zien dat de totale bezetting, die de laatste jaren stevast op een niveau van 170 á 180 KP- en 25 á 30 KNP gz-psychologen in opleiding tot specialist (gios) ligt. De instroom bij de klinische psychologie verschilt wel van jaar tot jaar, wat komt doordat vier van de zes opleidingsinstellingen slechts eens in de twee jaar met een opleidingsgroep beginnen. Dit speelt overigens ook bij de opleiding klinische neuropsychologie. Daar inmiddels alle opleidingsinstellingen, ook die van de klinisch neuropsycholoog, de intentie hebben uitgesproken om elk jaar een zelfde aantal op te (gaan) leiden, zal er de komende tijd waarschijnlijk tot een meer stabiele bezetting worden gekomen³⁶.

Op basis van deze gegevens en rekening houdend met een verwachte instroom in 2011 van 112 KPgios en vooralsnog geen KNPgios kunnen de parameters voor de instroom bepaald worden³⁷. De gemiddelde **instroom tot 2010** wordt voor de klinisch psychologen **57** en voor de klinisch neuropsychologen **8** (16 per twee jaar). De parameter **gemiddelde instroom laatste 2 jaar** (2010 en 2011) wordt voor de klinisch psychologen **79,5** en voor klinisch neuropsychologen **8**. Ditzelfde geldt voor de parameter **instroom vanaf 2012** voor de klinisch neuropsycholoog. De instroom 2012 stellen we voor de klinisch psychologen echter wat lager bij, op **64**, aangezien 2009 als een uitschieter gezien wordt en men een instroom van 64 meer waarschijnlijk acht.

Ook bij deze opleidingen zijn de vrouwen in de meerderheid. Van alle K(N)Pgios is ongeveer 80% vrouw. In de jongste instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog is een nog iets groter aandeel vrouw en is er alle aanleiding de parameter **percentage**

³⁶ Landelijk Overleg GGZ-Opleidingen. (Persoonlijke communicatie, Januari 2011).

³⁷ Deze verwachte instroom is afgeleid uit het overzicht 'Register CONO 25-8-2010', zoals dit te vinden is op de website van CONO (www.conoggz.nl).

vrouwen iets hoger, namelijk op **85%**, vast te stellen. De gemiddelde leeftijd van de KPgios en KNPgios verschilt nauwelijks; in beide groepen is deze ruim 35 jaar³⁸.

3.2.3 Verpleegkundig specialist ggz

Zoals eerder aangegeven zijn er voor verpleegkundig specialisten ggz twee opleidingspaden mogelijk; een tweejarige en een driejarige opleiding (zie par. 2.2.5). In tabel 3 is er allereerst cijfermatig aandacht voor laatstgenoemde opleiding met voor de ggz de grootste aantallen. Daarnaast is er de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz als een afstudeerrichting van de algemene opleiding tot verpleegkundig specialist. In tabel 4 zijn de kerngegevens voor deze masteropleiding Advanced Nurse Practice (ANP) weergegeven.

Tabel 3: Kerngegevens driejarige postinitiële opleiding MANP, 2009 en 2010 (per 31 mei)

	2009	2010
Instroom in opleiding	60	85
Totaal in opleiding	140	168
Percentage vrouwen	67,1	66,7
Gemiddelde leeftijd	37,5	38,8

Bronnen: CONO en Kiwa Prismant

Tabel 4: Kerngegevens tweejarige initiële opleiding MANP, 2005 t/m 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Instroom in opleiding	217	224	249	281	264
5% van instroom opleiding (GGZ)	11	11	12	14	13
Totaal in opleiding	373	453	486	549	541
5% van totaal in opleiding (GGZ)	19	23	24	27	27
Gemiddelde leeftijd	41,5	41,1	41,6	41,1	41,3

Bron: Kiwa Prismant

Tabel 4 betreft in eerste instantie de aantallen over alle vijf specialismen heen, dus nog zonder onderscheid per specialisme. Helaas zijn daaromtrent ook geen exacte cijfers bekend, om welke reden dit aandeel via een andere weg is benaderd. De Vereniging voor Nurse Practitioners (V&VN NP) geeft in 2010 aan dat ongeveer 5% van de tot dan toe afgestudeerde NP-ers binnen de ggz werkzaam is. Als we voorlopig uitgaan van 5% van de totale instroom en omvang van de opleiding zien we dat het gaat om een instroom van tussen de 11 en 14 studenten per jaar. Naar verwachting zal dit aandeel door o.a. de officiële erkenning van de uitstroomrichting GGZ bij de HBO-scholen gehandhaafd worden op zeker 15 studenten per jaar.

Op basis van de gegevens van zowel de driejarige als de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz worden alle **instroomparameters** gesteld op **85**. Daarbij is uitgegaan van een gemiddelde instroom (in 2009 en 2010) van 72 in de driejarige opleiding plus een ingeschatte instroom van 13 (in 2009) voor de tweejarige opleiding.

³⁸ Op basis van gegevens van het CONO en de RSG.

Voor de instroom vanaf 2012 is er rekening gehouden met een verwachte instroom van 70 in 2011³⁹ in de driejarige opleiding plus de verwachte instroom van 15 studenten in de tweejarige opleiding. Het **percentage vrouwen** in de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is afgerond **65%**.

3.3 Het Opleidingsfonds

Allereerst wordt hier verwezen naar bijlage 2, waar voor de vijf beroepen een overzicht is opgenomen van het aantal opleidings- en praktijkinstellingen met subsidie uit het Opleidingsfonds. Indien van toepassing zijn deze ook nog naar sector (bv. GGZ, ziekenhuizen) onderverdeeld.

Ondanks dat bekend is dat het Opleidingsfonds een onvolledig beeld van de opleidingscapaciteit geeft wordt hiervan in tabel 5 toch kort een overzicht gegeven.

Tabel 5: Ontwikkeling instroom en doorstroom in het Opleidingsfonds, 2008 t/m 2010

	gz-psycholoog			Klinisch psycholoog			Psychotherapeut			VS-GGZ (3jr)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Instroom (pers)		485	466		102	47		63	59		67	68
% van het totaal		60	50		90	100		50	55		100	80
Instroom (fte)	215	327	304	53	73	33	8	22	22	60	66	66
Doorstroom (fte)	373	301	619	128	97	145	70	59	96	75	88	100
Totaal (fte)	588	628	923	181	170	188	78	81	118	135	154	166

NB. Voor 2008 zijn geen cijfers voor de instroom in personen aanwezig. Het aandeel van de toegewezen (gesubsidieerde) instroom (in personen) op de totale feitelijke instroom (volgens CONO) is in 2009 en 2010 onder ' % van het totaal ' zo goed mogelijk benaderd. In 2010 is er voor het eerst voor gekozen alle doorstroom die ook instroomsubsidie heeft gehad te financieren wat met name bij de gz-psychologen een behoorlijke groei van het totaal aantal gefinancierde fte tot gevolg heeft gehad.

Bronnen: VWS en CONO

Sinds 2008 zien we een groei van de totale fte in opleiding voor de zogenaamde CONO-beroepen. In 2008 werden er namelijk ongeveer 980 fte gesubsidieerd, in 2009 steeg dit naar 1033 fte en in 2010 steeg dit nog verder naar 1384 fte.

Uit tabel 5 wordt duidelijk dat deze groei vooral aan de opleiding tot gz-psycholoog is toe te schrijven. Tussen 2008 en 2009 nam bij deze groep de instroom namelijk met meer dan 100 fte toe en tussen 2009 en 2010 zien we een verdubbeling van het aantal fte in de doorstroom. Het aantal klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten dat feitelijk aan de opleiding begint komt overigens aardig overeen met het aantal toegewezen opleidingsplaatsen door het Opleidingsfonds. De instroom in de opleidingen tot gz-psycholoog en psychotherapeut blijkt echter bijna twee keer zo groot als het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen in dat betreffende jaar.

³⁹ Deze verwachte instroom is afgeleid uit het overzicht 'Register CONO 25-8-2010', zoals dit te vinden is op de website van CONO (www.conoggz.nl).

3.4 Intern rendement

Er bestaat een verschil tussen het aantal mensen dat aan de opleiding begint en het aantal dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt. Het percentage dat per opleidingscohort uiteindelijk de opleiding succesvol heeft afgerond wordt aangeduid als het **interne rendement** van de opleiding. Een precies beeld hiervan voor de opleidingen tot gz-psycholoog en psychotherapeut is op dit moment niet te geven om welke reden vooralsnog wordt uitgegaan van een schatting van het CONO op dit onderdeel van ongeveer **85%**. Daarbij moet nog wel worden aangetekend, dat het Landelijk Overleg GGZ-opleidingen (LOGO) vanuit hun opleidingsgegevens tot een iets hoger intern rendement komen. Zo ligt bij de opleidingscohorten vanaf 2006 het uitvalpercentage voor de opleiding tot gz-psycholoog op slechts 1 procent en voor de opleiding tot psychotherapeut tussen de 1 en 6 procent. Een aanzienlijk deel van dit cohort is echter nog in opleiding, hetgeen op dit moment vragen oproept met betrekking tot de volledigheid. Het is van belang dit in ieder geval te blijven monitoren om zo in een volgend rapport tot een exactere berekening van het intern rendement voor beide opleidingen te komen.

Voor de klinisch (neuro)psychologen zijn al wel exacte cijfers beschikbaar via het opleidingsregister van de FGzP. Voor de klinisch neuropsycholoog is dit ook **85%**. Voor de klinisch psychologen ligt het intern rendement met **90%** iets hoger.

Het opleidingsinstituut van de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz geeft aan dat het interne rendement bij hun opleiding op **70%** ligt, hetgeen dus belangrijk lager is dan de vier andere opleidingen. Van de tweejarige opleiding zijn geen rendementcijfers beschikbaar, maar we gaan er vanuit dat deze niet significant van de driejarige opleiding zullen verschillen.

3.5 Conclusies

In dit hoofdstuk is aan bod gekomen hoe de reguliere opleidingstrajecten zich tot nu toe naar een aantal aspecten feitelijk hebben ontwikkeld. Daaruit zijn een aantal parameterwaarden afgeleid, welke in tabel 6 samenvattend zijn opgenomen. Ten aanzien van de opleidingsduur is daarbij voor de verpleegkundig specialisten ggz uitgegaan van 2,8 jaar. Het merendeel van de studenten volgt namelijk de driejarige opleiding (iets meer dan 8 op de 10) maar ook een deel volgt de tweejarige opleiding. Alle parameterwaarden voor de verpleegkundig specialist ggz zijn op basis van gegevens van zowel de twee- als driejarige opleiding. Bij de instroom klinische neuropsychologie past de kanttekening, dat deze tot op heden om het jaar geschiedt en daarom slechts de helft is van de complete instroom eens in de twee jaar (zie par.3.2.2).

Tabel 6: Parameterwaarden opleiding 2010

	Gz-psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	Klinisch psycholoog	Psycho- therapeut	VS-GGZ
Instroom tot 2010	790	8	57	132	85
Instroom laatste 2 jaar	894	8	79,5	115	85
Verwachte instroom vanaf 2012	894	8	64	115	85
Percentage vrouwen	85	80	90	80	65
Opleidingsduur	2 jaar	4 jaar	4 jaar	4 jaar	2,8 jaar
Intern rendement (%)	85	85	90	85	70

4. Zorgvraag

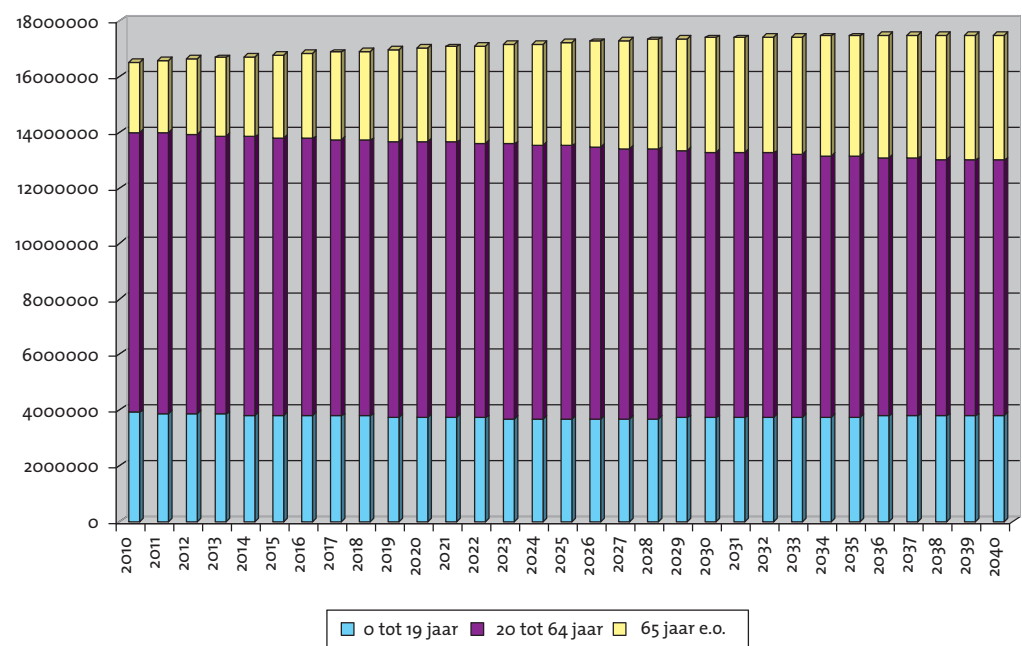
4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat de verwachte zorgvraag voorop, hetgeen goed aansluit bij de tendens om tot een meer vraaggerichte zorgverlening te komen. In dit hoofdstuk zullen de verschillende aspecten van de toekomstige zorgvraag de revue passeren. Uitgaande van het model (zie bijlage 1) gaat het hierbij specifiek om demografie, epidemiologie, sociaal culturele ontwikkelingen en de zogenaamde onvervulde vraag. Met betrekking tot de uitwerking hiervan wordt nu reeds aangetekend, dat dit zeker niet op alle onderdelen op basis van ‘harde’ informatie geschiedt. In die gevallen zal deze toekomstverwachting zo goed en realistisch mogelijk worden ingeschat.

4.2 Demografie

In het eerste decennium van deze eeuw is de Nederlandse bevolking gegroeid van iets minder dan 15,9 miljoen inwoner op 1 januari 2000 naar 16,5 miljoen inwoners op 1 januari 2010⁴⁰. Tot aan 2038 verwacht het CBS⁴¹ een verdere continue groei van de bevolking naar een maximum van 17,5 miljoen inwoners, daarna zal het aantal inwoners zeer langzaam afnemen tot naar verwachting 17,3 miljoen in 2060. Opvallend hierbij is natuurlijk ook nog de als bekend veronderstelde elementen van ontgroening in combinatie met vergrijzing. Zo zal het aandeel 65+ers toenemen van op dit moment 15% naar in 2030 bijna 25% van het totaal aantal inwoners.

Figuur 2: Bevolkingsprognose 2010-2040 per leeftijdscategorie



Bronnen: CBS Statline en Poelman & Van Duin (2010).

⁴⁰ CBS Statline (2010)

⁴¹ Poelman, B., Van Duin, C. (2010). *Bevolkingsprognose 2009-2060*. Den Haag/Heerlen: CBS.

De vraag is nu natuurlijk hoe we deze bevolkingsontwikkeling ten opzichte van de psychische gezondheid kunnen interpreteren. Zo blijkt bijvoorbeeld één op de tien inwoners tussen de 18 en 65 in een kalenderjaar daadwerkelijk gebruik te maken van de zorg voor psychische klachten. Met ongeveer 90% komt het overgrote deel hiervan terecht in de gezondheidszorg. Dit is dan voor een groot deel de eerstelijnszorg met de huisarts als belangrijke spil, maar dit kan natuurlijk ook al een andere hulpverlener zijn, zoals een gz-psycholoog in de functie van eerstelijnspsycholoog. Met enige overlap komt uiteindelijk ongeveer 60% van deze groep in de tweedelijnszorg, waaronder de GGZ, terecht.⁴²

Afgaande op de huidige situatie zien we dat met name volwassenen tussen de 35 en 50 jaar de grootste gebruikers van zorgvoorzieningen voor psychische problemen zijn⁴³. Juist deze groep zal de komende jaren kleiner worden. Zoals eerder aangegeven zullen de oudere leeftijdsgroepen daarentegen een steeds groter deel van de bevolking gaan uitmaken. De mogelijke impact hiervan in de zin van een stijgende vraag naar de onderscheiden beroepsgroepen zal dan deels voortkomen uit ziektebeelden als depressie en dementie, waarbij psychologische begeleiding van oudsher een belangrijke rol speelt⁴⁴. Mede op grond hiervan wordt voor de parameter **demografie** generiek uitgegaan van een lichte groei van **1,4%** per jaar in de komende planperiode van tien jaar. Daarmee is voorlopig aangesloten bij die voor het medisch specialisme psychiatrie, zoals vermeld in Deelrapport 1 van het onlangs verschenen Capaciteitsplan 2010 over de medisch- en klinisch technologische specialisten.

4.3 Epidemiologie

Uit bevolkingsonderzoek komt naar voren dat vier op de tien inwoners naar verwachting ooit in hun leven een psychische stoornis zullen ontwikkelen; in een kalenderjaar zullen twee op de tien inwoners een psychische aandoening hebben. Vergeleken met een decennium geleden is deze prevalentie niet toegenomen en bij een onveranderde samenstelling van de bevolking van 18 tot 65 jaar verwacht men ook niet dat dit in de toekomst zal gebeuren⁴⁵. Deze conclusie lijkt op het eerste gezicht wellicht moeilijk te rijmen met de feitelijke productieontwikkeling in de GGZ, welke in de periode 2000-2008 met 71% juist (flink) is gestegen⁴⁶. Naast mogelijk een

⁴² De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2:Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

⁴³ GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland

⁴⁴ Van Drunen, P. (2010). De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning. Kamer gezondheidszorgpsycholoog.

⁴⁵ De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2:Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

⁴⁶ Voor het zichtbaar maken hiervan hanteert GGZ Nederland een zogenaamde productiewaarde, uitgedrukt in het product van aantal verrichtingen en arbeidsintensiviteit. Bron: GGZ Nederland (2009). *Ontwikkeling Zorgverlening 2000-2008; notitie voor het Capaciteitsorgaan*.

verschil in definiëring van de gehanteerde begrippen, kan dit hoge percentage echter voor een belangrijk deel verklaard worden aan de hand van een aanscherping van het registratiegedrag. Binnen de GGZ is de laatste jaren namelijk een administratieve slag gemaakt om alle gemaakte handelingen beter te registreren om zo ook al het werk beter te kunnen monitoren en te verantwoorden. Ook het Trimbos Instituut geeft in een secundaire analyse op een aantal van deze registratiegegevens aan, dat deze niet zonder meer vergeleken kunnen worden met dat wat uit een bevolkingsonderzoek naar voren komt. Uit deze analyse bleek overigens ook dat het percentage mensen dat in één kalenderjaar contact had met de GGZ, in belangrijke mate overeen komt met het percentage uit NEMESIS-2 (6,2%)⁴⁷. Van dit laatste percentage is bekend, dat dit de afgelopen 10 jaar niet significant is toe- of afgenomen.

Een kanttekening die hierbij nadrukkelijk wel geplaatst moet worden is dat het Trimbos Instituut in hun NEMESIS onderzoeken een steekproef hebben getrokken uit de bevolking tussen de 18 en 65 jaar. De epidemiologische ontwikkelingen met betrekking tot de groep jongeren en ouderen zijn dus vooralsnog niet tot marginaal meegenomen. Zeker ook in de wetenschap dat met name bij de kinder-jeugd GGZ de laatste jaren sprake is van een flinke groei van de productiecijfers⁴⁸ is het van belang de komende tijd over de mogelijke impact daarvan meer duidelijkheid te verkrijgen.

Op hand zijnde nieuwe vakontwikkelingen of inzichten kunnen naast een verandering in prevalentie van invloed zijn op de ontwikkeling van de epidemiologische zorgvraag. Een mogelijke ontwikkeling in de behandeling is een afnemende nadruk op medicatie enerzijds en meer gebruik van therapie anderzijds. Het is bekend dat een groot deel van de patiënten met psychische klachten op dit moment psychofarmaca krijgt voorgeschreven en daarnaast ook al dan niet therapeutisch behandeld wordt. Steeds duidelijker wordt echter, dat dit medicijngebruik bij langdurige toepassing tot ernstige lichamelijke problemen kan leiden en bovendien is niet iedereen overtuigd van de meerwaarde van medicatie boven een psychologische behandeling⁴⁹. Illustratief in dit verband is de uitkomst van een (promotie)onderzoek waaruit blijkt, dat het uitbreiden van het medische behandelarsenaal met technieken uit de psychotherapie effectief is bij de behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met cognitieve problemen of dementie⁵⁰.

⁴⁷ De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2:Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut, p.77

⁴⁸ Voor het zichtbaar maken hiervan hanteert GGZ Nederland een zogenaamde productiewaarde, uitgedrukt in het product van aantal verrichtingen en arbeidsintensiviteit. Bron: GGZ Nederland (2009). *Ontwikkeling Zorgverlening 2000-2008; notitie voor het Capaciteitsorgaan*.

⁴⁹ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁵⁰ Bakker, T.J.E.M. (2010). *Integrative Reactivation and Rehabilitation to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Psychogeriatric Patients and Caregiver Burden*

Nieuwe inzichten ontstaan ook in de hoek van de neuropsychologie doordat de afgelopen jaren sprake is geweest van een sterke groei in het neurowetenschappelijk onderzoek. Op de langere termijn zullen wetenschappelijke doorbraken op dit gebied ongetwijfeld leiden tot meer inzicht in de ziektemechanismen van psychische stoornissen met alle gevolgen voor meer toepassingen in de patiëntenzorg⁵¹. De groeiende aandacht hiervoor uit zich momenteel al in de introductie van de klinisch neuropsychologie als specialisme in steeds meer (GGZ-)instellingen.

Recapitulerend blijkt de prevalentie van psychische ziekten bij mensen tussen de 18 en 65 jaar het afgelopen decennium niet te zijn toegenomen. Vraag is nog wel of deze conclusie ook voor de gehele bevolking getrokken kan worden. Verder laat de discussie over psychofarmaca tot op heden geen duidelijke 'eigen' effecten op de richting van de zorgvraag zien. Blijft dus over een groeiende en vergrijzende bevolking, waarmee echter onder de factor 'demografie' (par.4.2) al specifiek rekening is gehouden. In het verlengde hiervan en de bevindingen van het vraagonderzoek van Kiwa Prismant is er vooralsnog geen tot onvoldoende reden om aan de parameter **epidemiologie** invulling te geven, hetgeen concreet resulteert in een inschatting van 0% per jaar.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In Nederland hangt over het gebruik van GGZ voorzieningen nog altijd (in beperkte mate) een taboe. Zo zegt een derde van de Nederlanders zich helemaal niet, of niet erg, op zijn gemak te voelen om over persoonlijke problemen te praten met een hulpverlener. Één op de vijf Nederlanders zou zich zelfs enigszins schamen als vrienden zouden weten, dat zij psychische hulp hebben ingeroepen⁵². Toch wordt het taboe op het gebruik van professionele hulpverlening wel steeds kleiner. Dit lijkt deels verklaard te worden doordat steeds meer mensen vertrouwd raken met deze hulp. Een betere bereikbaarheid en een uitgebreider aanbod dragen mogelijk bij aan deze positievere attitude. Dit wordt ook bevestigd in de stedelijke gebieden, waar de GGZ over het algemeen, mede door het grotere aanbod, beter bereikbaar is en het zorggebruik vanwege psychische problemen ook feitelijk groter is dan in de perifere gebieden⁵³.

Ook internet zorgt ervoor dat mensen steeds meer bekend raken met de achtergronden en mogelijkheden van de behandeling van (neuro)psychologische problemen. Een ieder kan aan de hand van verschillende websites alle mogelijke informatie vinden over hun klachten en kan zelfs een begin maken met, al dan niet via een online test, het zelf stellen van een diagnose. Zorgaanbieders kunnen ook van

⁵¹ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁵² Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁵³ De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2:Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

hun kant via internet duidelijk maken wat zij aan hulp te bieden hebben en voor wie welke hulp geschikt zou kunnen zijn. Tot slot kan via verschillende internetfora contact gezocht worden met lotgenoten om ervaringen en informatie uit te wisselen en kan men zich bijvoorbeeld inschrijven voor internettherapie: e-mental health⁵⁴. Een positief effect van e-mental health is de mogelijke anonimiteit en de lage drempel om hulp te zoeken voor mensen die zich schamen voor hun klachten en daarom niet of minder snel naar een therapeut zouden stappen⁵⁵.

Men mag dan wel meer en meer vertrouwd raken met deze zorgverleners, het vertrouwen in de hulpverlening is er nog niet altijd. Bijna de helft van de bevolking is zelfs van mening dat psychische hulp slechter of gelijk is aan geen hulp⁵⁶. Dit verklaart wellicht voor een belangrijk deel waarom niet alle mensen met een psychische aandoening ook daadwerkelijk een zorgvraag uiten en professionele hulp zoeken. Zo maakt slechts een derde van de mensen tussen de 18 en 65 jaar gebruik van een zorgvoorziening voor hun psychische aandoening⁵⁷. Ondanks dat een deel van de mensen deze noodzaak dus niet ziet, kan hun omgeving (familie, vrienden, kennissen) dit wel noodzakelijk vinden. De tolerantie tegenover afwijkend en/of overlastgevend gedrag lijkt namelijk af te nemen. Dit komt mede doordat psychologische zorg steeds meer verweven raakt met andere maatschappelijke sectoren zoals wonen, werken, justitie en welzijn. Zo ontstaan er steeds meer initiatieven om de zorgmijders op te zoeken in de vorm van bijvoorbeeld bemoeizorg en FACT (Functie Assertive Community Treatment) teams voor intensieve zorg.⁵⁸

Er kan worden geconcludeerd, dat het taboe rondom alles wat met psychische aandoeningen te maken heeft, (gelukkig) langzamerhand aan het verdwijnen is. Het grootste gedeelte van de Nederlanders geeft inmiddels aan, als dit nodig is, professionele hulp te zoeken. Bovendien verwacht ook de maatschappij steeds meer dat dit gebeurt. Al deze trends wijzen dus op een stijging van de zorgvraag die ook terug te vinden is in de statistieken. Zo blijkt uit het bevolkingsonderzoek van het Trimbos dat in 1996 nog 6,2% van de inwoners van Nederland tussen de 18 en 65 jaar geen hulp zocht voor hun psychische problemen.

⁵⁴ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁵⁵ NZA (2010). *Monitor 'De curatieve GGZ in 2009'. Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Utrecht: NZA

⁵⁶ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁵⁷ De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

⁵⁸ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

Dit percentage daalde in de periode 2001-2003 naar 3,5% van de bevolking en is op dit moment gezakt naar 1,8%⁵⁹. Mede in het verlengde van deze ontwikkeling wordt de parameter **sociaal cultureel** op **1,3%** per jaar ingeschat. Daarmee is wederom aansluiting gezocht bij die van het medisch specialisme psychiatrie uit Deelrapport 1 van het Capaciteitplan 2010.

4.5 Onvervulde vraag

Gemiddeld lijdt één op de vijf mensen in een kalenderjaar aan een psychisch aandoening terwijl maar een derde van deze mensen gebruik maakt van de zorgvoorzieningen. Veel van de mensen, die dit niet doen, ontvangen op de een of andere manier vanuit hun directe omgeving (gezin, familie e.d.) hulp voor hun klachten. Daarnaast zoekt een kleine groep hulp in het alternatieve circuit. Een ander deel van de niet-gebruikers, zou graag gebruik maken van de zorgvoorzieningen, maar lukt dit gewoonweg niet. Met betrekking tot deze vorm van onvervulde vraag geeft GGZ Nederland in hun laatste sectorrapport aan dat een zesde van de mensen met psychische klachten op dit moment geen hulp ontvangt terwijl zij dit wel willen hebben⁶⁰. Benadrukt wordt 'op dit moment', daar een deel van deze mensen aan het 'wachten' is, waarvan ook nog eens een deel langer dan de afgesproken 'treeknormen'⁶¹.

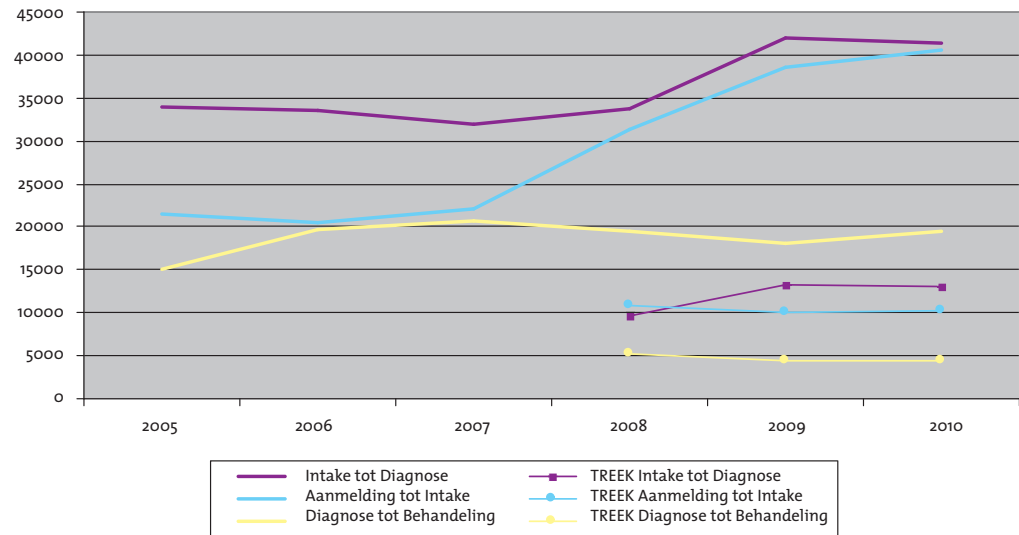
⁵⁹ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁶⁰ GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.

⁶¹ De treeknorm geeft aan hoeveel weken wachttijd 'acceptabel' is. De treeknorm van aanmelding tot intake is 4 weken, van intake tot diagnose ook 4 weken en van diagnose tot behandeling 6 (ambulant), 7 (klinisch) of 13 (beschermd wonen) weken.

Figuur 3 laat de ontwikkeling van dit stijgende aantal wachtenden in de afgelopen jaren zien. Lichtpuntje is wel, dat in het laatste jaar (2010) voor het eerst een eind aan deze trend lijkt te zijn gekomen.

Figuur 3: Aantal wachtenden op peildatum 1 januari in de GGZ naar fase van het zorgtraject met vanaf 2008 het aantal wachtenden dat langer wacht dan de treetnorm voorschrijft



Bron: GGZ Nederland en Kiwa Prismant

Een ander signaal voor onvervulde vraag is ook wel het aantal openstaande vacatures, immers een tekort aan personeel kan er eventueel ook voor zorgen dat patiënten minder snel en/of beperkt hulp kunnen ontvangen. In tabel 7 zijn de openstaande vacatures bij de lidinstellingen van GGZ Nederland weergegeven. Helaas ontbreken vergelijkbare gegevens voor de andere sectoren en voor de klinisch neuropsychologen. Vooral het percentage moeilijk vervulbare vacatures geeft een indicatie voor een mogelijk tekort aan desbetreffende beroepsbeoefenaren. Met meer dan de helft blijkt het grootste gedeelte van de openstaande vacatures voor gz-psychologen en psychotherapeuten moeilijk in te vullen. Opvallend is daarnaast dat in verhouding met de omvang van de beroepsgroep, de vraag naar gz-psychologen relatief (veel) groter is dan naar psychotherapeuten⁶². Dit sluit aan bij de observatie van het veld dat gz-psychologen steeds vaker de plek van een uittredende psychotherapeut invullen⁶³. Hierbij wordt nog wel eens aangetekend, dat dit mogelijk ook een gevolg is van de lage instroom in de opleiding tot psychotherapeut in de afgelopen jaren, waardoor deze vacatures gewoonweg moeilijk vervulbaar zijn. Bovendien kan/mag een gz-psycholoog weliswaar een deel van het werk van een psychotherapeut overnemen maar is deze vaak niet bekwaam en opgeleid tot het geven van alle vormen van

⁶² GGZ Nederland (2010). *Medewerkers@GGZ 2009. Een inventarisatie van personeel in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

⁶³ Van Drunen, P., Krul, S. (2010). *Rapport onderzoek niet-BIG-geregistreerden*. Amersfoort: Van Drunen Bestuursondersteuning.

psychotherapeutische behandelingen⁶⁴. In dit eerste richtinggevende advies wordt vooralsnog geen rekening gehouden met (eventuele) taakverschuivingen tussen deze, maar ook andere beroepsgroepen.

Tabel 7: Openstaande vacatures bij lidinstellingen van GGZ Nederland, eind 2009

	Openstaande vacatures (pers.)	Openstaande vacatures (fte)	Percentage moeilijk vervulbaar
Gz-psychologen	99	85	62%
Klinisch psychologen	19	17	46%
Psychotherapeuten	10	10	86%
VS-GGZ	26	24	33%

Bron: GGZ Nederland

Zoals bekend betreft het werkerrein van de onderscheiden beroepsgroepen niet alleen de GGZ, maar ook andere (zorg)sectoren, zoals de eerstelijnsgezondheidszorg en de ziekenhuizen. Zo werken de meeste gz-psychologen na de GGZ in de eerstelijnsgezondheidszorg waar overigens duidelijk problemen aanwezig zijn met het invullen van openstaande vacatures. Dit geldt ook voor de ziekenhuissector, waar met name sprake is van een tekort aan klinisch psychologen. In de meeste gevallen wordt dit dan 'opgevangen' door het aannemen van 'master-'psychologen. Ook in de forensische sector gaan geluiden op dat het de afgelopen jaren alleen maar moeilijker is geworden vacatures te vullen. Over de gehele linie lijkt dit beeld dus hetzelfde in de zin dat het gewoonweg niet gemakkelijk is om gz-psychologen of klinisch (neuro)psychologen te vinden voor openstaande vacatures.⁶⁵

Hoewel er aanwijzingen zijn dat het aantal mensen met een onvervulde zorgbehoefte lijkt af te nemen, is er op dit moment nog wel degelijk sprake van een onvervulde zorgvraag. Zoals hiervoor aangegeven uit zich dit ondermeer in de vele zorgvragers die op de wachtlijst staan en een groot aantal moeilijk invulbare en/of langdurig openstaande vacatures. Mede rekeninghoudend met de omvang hiervan wordt de parameter **onvervulde vraag** daarbij voorlopig generiek vastgesteld op **5%**. Daarbij wordt vooralsnog geen onderscheid gemaakt tussen de vijf beroepsgroepen⁶⁶.

⁶⁴ Thie, H. (2010). *De positie van de psychotherapeut in de GGZ-instelling*.

⁶⁵ Van Drunen, P. (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Kamer Gezondheidszorgpsycholoog.

⁶⁶ Dit ook in de wetenschap van de genoemde 'overlap' tussen de afzonderlijke disciplines en mede in het verlengde daarvan de geringe betrouwbaarheid van de beschikbare informatie daaromtrent.

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 8 zijn de parameterwaarden voor de zorgvraag op een rijtje gezet. Zoals eerder aangegeven is daarbij vooralsnog geen onderscheid gemaakt tussen de vijf beroepsgroepen. Dit vanwege zowel de geringe betrouwbaarheid van de beschikbare informatie, als de beperkte beschikbaarheid van beroepsspecifieke informatie. Naar een betere onderbouwing toewerken is hierbij dus het devies.

Tabel 8: Parameterwaarden zorgvraag in een percentage op jaarbasis

	Gz-psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	Klinisch psycholoog	Psycho- therapeut	VS-GGZ
Demografie (%)	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Epidemiologie (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sociaal cultureel (%)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Onvervulde vraag in 2010 (%)	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Hoeveel gz-psychologen, klinisch (neuro)psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten ggz hebben we op dit moment? Hoe is de ontwikkeling in de afgelopen jaren geweest en welke ontwikkelingen spelen een rol als we kijken naar het zorgaanbod nu en straks? Op ondermeer deze vragen zal in dit hoofdstuk een antwoord gegeven worden.

Vooraf wordt hier alvast gewezen op de casuïstiek van de 'dubbele registraties' of te wel het hebben van meer dan één registratie per persoon (zie par. 5.2.2). In de uitwerking gaat dit met name over beroepsbeoefenaren met zowel een inschrijving als gz-psycholoog als psychotherapeut. Gz-psychologen met tevens een registratie in een van de twee specialismen (klinische psychologie en klinische neuropsychologie) zijn vanaf het begin al van de totale groep gz-psychologen afgetrokken tenzij dit anders is aangegeven. Dit in de veronderstelling, dat deze groep hoogstwaarschijnlijk toch primair als psychologisch specialist werkzaam is.

5.2 Omvang beroepsgroep

Capaciteitsontwikkelingen uit het verleden kunnen een belangrijke indicatie zijn voor ontwikkelingen in de toekomst. Voor het aantal geregistreerde zorgverleners is de capaciteitsontwikkeling af te leiden uit het eerder genoemde BIG-register en specialistenregisters. Tabel 9 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 9: Aantal geregistreerde personen per beroepsgroep, 2000 t/m heden.

	Gz-psycholoog (excl. specialisten)		Klinisch neuro- psycholoog		Klinisch psycholoog		Psycho- therapeut		VS-GGZ	
	Aantal	Index	Aantal	Index	Aantal	Index	Aantal	Index	Aantal	Index
2000	7043	100					5139	100		
2001	8226	117					5373	105		
2002	8635	123					5622	109		
2003	9059	129					5835	114		
2004	9671	137					6012	117		
2005	10313	146					6112	119		
2006	9384	133			1638	100	6136	119		
2007	9385	133			2025	124	6126	119		
2008	9563	136			2222	136	6127	119		
2009	9969	142			2288	140	6184	120		
2010	10345	147	75	100	2348	143	6225	121	10	100

N.B. Voor de gz-psychologen is na 2005 een 'terugval' waarneembaar doordat een deel toentertijd is doorgestroomd naar het specialistenregister.

Bronnen: BIG-register (CIBG/VWS), RVS (V&VN) en RSG (FGzP)

De klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz vormen nog twee kleine groepjes in ontwikkeling. De laatstgenoemde groep is halverwege 2011 met inmiddels meer dan 100 geregistreerden al flink gegroeid.

5.2.1 Méér geregistreerd dan werkzaam

Het aantal werkzame zorgverleners ligt vrijwel altijd lager dan het totaal aantal geregistreerde zorgverleners⁶⁷. Herregistratie helpt wel het aantal niet-werkenden in het register te beperken. Bij de specialistenregisters voor klinisch (neuro)psychologen en verpleegkundig specialisten ggz is herregistratie eens in de vijf jaar verplicht en zal voor klinisch psychologen de eerste herregistratieronde in 2011 plaatsvinden. Bij het BIG-register voor o.a. psychotherapeuten en gz-psychologen is herregistratie (nog) niet verplicht en moeten zorgverleners zelf doorgeven dat ze stoppen met werken. Door een koppeling van de gegevens uit de registers aan het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) is het uiteindelijk mogelijk geweest om de werkzame zorgverleners in de sector Zorg en Welzijn te onderscheiden van de niet-werkzamen⁶⁸. Een overzicht hiervan vindt u terug in de volgende tabel 10.

Tabel 10: Aantal werkzame personen per beroepsgroep 2000 t/m 2010

	Gz-psycholoog (excl. Specialisten)		Klinisch neuro- psycholoog		Klinisch psycholoog		Psycho- therapeut		VS-GGZ	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
2000	6085	76,7					4213	82,5		
2001	6387	76,5					4435	82,8		
2002	6621	75,6					4515	81,5		
2003	6952	75,1					4638	80,8		
2004	7205	73,4					4615	79,2		
2005	7750	73,0					4596	78,1		
2006	6479	70,4			1525	86,1	4519	77,0		
2007	6312	68,5			1759	84,0	4382	75,0		
2008	6960	68,5			1870	84,0	4620	75,0		
2009	7020	68,5			1920	84,0	4640	75,0		
2010	7240	68,5	75	100	1970	84,0	4700	75,0	150	n.v.t.

N.B. Het percentage geeft het aandeel werkzamen weer ten opzichte van het aantal geregistreerden in september van dat jaar. De laatste drie jaren betreffen een inschatting, waarbij de uitkomsten cursief zijn weergegeven en zijn afgerond op veelvouden van tien. De inschattingen zijn gemaakt door de percentages werkenden in 2007 te handhaven, dit ondanks een dalende trend. De dalende trend is niet voortgezet omdat we verwachten dat de gestegen instroom in de opleidingen de afgelopen jaren de beroepsgroepen zal verjongen en verdere daling van het percentage door vergrijzing niet zal plaatsvinden.

Bron: Kiwa Prismant op basis van de bewerking van gegevens CBS/SSB

⁶⁷ Illustratief in dit kader is het aandeel werkzame medisch specialisten, dat ruim 90% van het totaal aantal geregistreerde medisch specialisten betreft. Overigens is dit percentage ook van toepassing in het medische specialisme psychiatrie (zie Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2010).

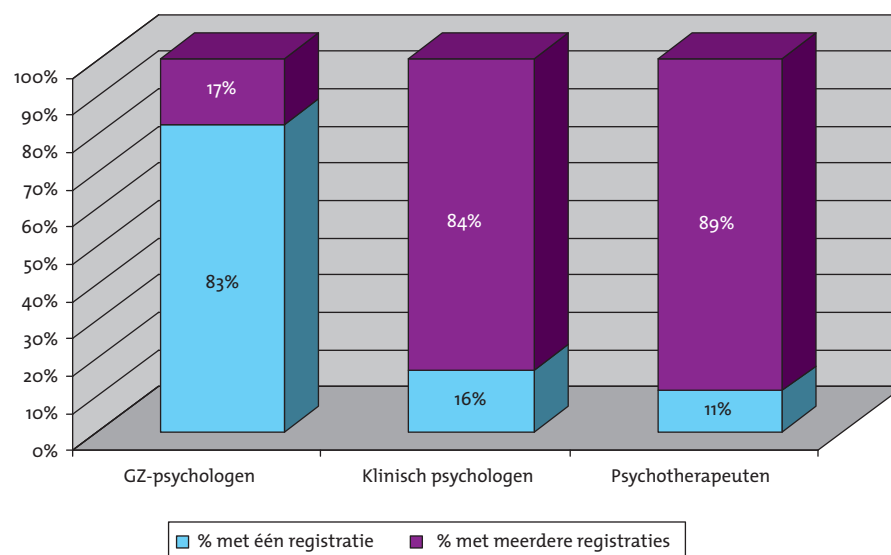
⁶⁸ Omdat deze koppeling met terugwerkende kracht uitgevoerd wordt is tot nu toe koppeling tot 2008 mogelijk. Belangrijk om in het hoofd te houden is dat de dubbele registraties bij deze berekeningen er **niet** uitgefilterd zijn.

In de tabel wordt het aantal werkzame verpleegkundig specialisten ggz op 1 januari 2010 op basis van de snelle stijging van het aantal geregistreerden en het feit dat sprake is van een duidelijk opstart- en overgangsfase voorlopig ingeschat op 150. Op 31 december 2010 staan er 143 verpleegkundig specialisten ggz in het register. Hiervan hebben er 117 de 2-jarige MANP als vooropleiding en 26 de 3-jarige opleiding GGZ-VS als vooropleiding⁶⁹. Bij de klinisch neuropsycholoog is er vooralsnog van uitgegaan dat iedereen nog werkzaam is.

5.2.2 Dubbele registraties

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk kort is aangestipt, geven de hiervoor vermelde cijfers op een aantal onderdelen een feitelijk te hoog aantal unieke zorgverleners. Het startpunt van het aantal werkzamen is namelijk per beroepsgroep het aantal geregistreerden terwijl het bij de 'CONO'-beroepen niet ongewoon is een dubbele registratie te hebben. Vanzelfsprekend hebben alle klinisch (neuro)psychologen ook een basisregistratie in het register van gz-psycholoog maar worden zij in alle overzichten wel apart onderscheiden omdat er wordt verondersteld dat deze groep toch primair als 'specialist' werkzaam is. In deze wetenschap concentreert de problematiek van 'dubbele registraties' zich nog met name op de gz-psychologen/psychotherapeuten en de psychotherapeuten/klinisch psychologen die in deze overzichten meer dan één keer zijn meegeteld. Dit wordt geïllustreerd in figuur 4 waar voor de drie grootste beroepsgroepen het aandeel werkzamen met meerdere registraties is weergegeven.

Figuur 4: Werkzamen met meerdere registraties in het BIG-register, 2007



Bron: Kiwa Prismant op basis van de bewerking van gegevens CBS/SSB

⁶⁹ RSV / BIG-register, d.d. 31 maart 2010.

Te zien is dat 17% van de gz-psychologen meerdere registraties heeft, waarbij het in de meeste gevallen inderdaad gaat om een tweede registratie als psychotherapeut⁷⁰. Ongeveer 84% van de klinisch psychologen heeft een dubbele registratie en is veelal ook als psychotherapeut geregistreerd⁷¹. Bij de psychotherapeuten is er eveneens sprake van een grote overlap. Ongeveer de helft heeft ook een registratie als gz-psycholoog waarvan 25% ook een registratie als klinisch psycholoog. Tot slot heeft nog eens bijna 30% een registratie als psychiater en de rest een registratie als basisarts of verpleegkundige.⁷²

Duidelijk is dat voor de weergave van huidige en toekomstige capaciteit het aantal 'unieke' personen het primaire uitgangspunt dient te zijn. In die zin is het van essentieel belang dat dubbeltellingen worden vermeden en bijvoorbeeld een gz-psycholoog die ook geregistreerd staat als psychotherapeut niet in beide beroepsgroepen wordt meegeteld.

De concrete uitwerking hiervan heeft stapsgewijs plaatsgevonden, waarbij er vanuit is gegaan dat de hoogst genoten opleiding altijd voorop staat. Voor alle klinisch (neuro)psychologen met meerdere registraties betekent dit dus dat wordt aangenomen, dat zij in principe ook als zodanig werkzaam zijn. Dit geldt tevens voor de psychotherapeuten die een registratie hebben als psychiater en waarvan dus wordt aangenomen dat zij primair als psychiater werkzaam zijn. Moeilijker ligt dit voor de groep dubbel geregistreerde gz-psychologen/psychotherapeuten, waarvan gewoonweg (nog) onduidelijk is in welk vak men voornamelijk werkzaam is. Om deze reden is er in overleg met het 'veld' voorlopig voor gekozen de helft van de groep mee te tellen bij de psychotherapeuten en de andere helft bij de gz-psychologen⁷³. Deze uitsplitsing resulteert uiteindelijk in de volgende aantallen werkzame unieke personen per beroepsgroep (tabel 11).

⁷⁰ Wellicht overbodig wordt aangetekend, dat gz-psychologen met daarnaast een registratie als klinisch (neuro)psycholoog hierbij dus **buiten** beschouwing zijn gebleven. Inclusief deze groep stijgt het aandeel gz-psychologen met meer dan één registratie naar ongeveer 30%.

⁷¹ Dit natuurlijk naast de oorspronkelijke registratie als gz-psycholoog, die hier als zodanig niet apart wordt onderscheiden.

⁷² Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁷³ In het verlengde hiervan wordt de wenselijkheid uitgesproken om meer duidelijkheid te verkrijgen.

Tabel 11: Aantal werkzame *unieke* personen op 1 januari 2010

Beroepsgroep	abs.
Gz-psychologen (excl. specialisten)	6.035
Klinisch neuropsychologen	75
Klinisch psychologen	1.965
Psychotherapeuten	1.560
VS-GGZ	150

N.B. Afronding heeft plaatsgevonden op een veelvoud van 5

Bron: Kiwa Prismant

Deze aantallen zullen als uitgangspunt gelden bij de berekening van het, op basis van de toekomstige behoefte wenselijk geachte, aantal (werkzame) beroepsbeoefenaren. Daarbij zijn nog wel enkele opmerkingen op z'n plaats.

Allereerst een opmerking over ongeveer 500 klinisch psychologen die in 2005 gebruik hebben gemaakt van de overgangsregeling die psychotherapeuten/gz-psychologen in staat stelde zich (ook) te registreren als klinisch psycholoog. Waarschijnlijk veel van hen zijn nog in hun oude functie werkzaam en zouden er bij de eerste herregistratieronde in 2011 voor kunnen kiezen zich niet te laten herregistreren maar weer terug te vallen op hun 'oudere' titel als gz-psycholoog en/of psychotherapeut. Binnenkort zal dat duidelijk worden.

Bij de gz-psychologen speelt verder de aanwezigheid én inzet van de eerder genoemde groep van masterpsychologen en -pedagogen. Uit een recent personeelsonderzoek van GGZ Nederland bleek ondermeer dat een derde van de in deze lidinstellingen werkzame psychologen de studie 'basispsychologie' als hoogst genoten opleiding had afgerond⁷⁴. Wat de omvang betreft, schat het 'veld' in, dat er totaal rond de 3000 masterpsychologen en -pedagogen werkzaam zijn in de zorg. Onderzoek in de praktijk wijst verder uit dat hiervan ongeveer 2000 masterpsychologen en -pedagogen min of meer 'zelfstandig' werkzaam zijn op vergelijkbare posities als de gz-psycholoog.⁷⁵

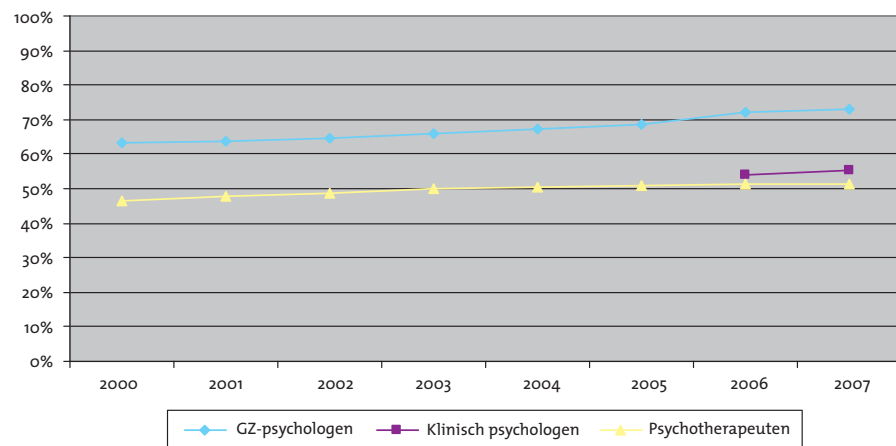
⁷⁴ GGZ Nederland (2010) *Medewerkers@GGZ. Een inventarisatie van personeel in de geestelijke gezondheidszorg*. Publicatienummer 2010-363.

⁷⁵ Van Drunen, P. (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Kamer gezondheidszorgpsycholoog

5.2.3 Aandeel vrouwen

In figuur 5 zien we de ontwikkeling van het aandeel vrouwelijke zorgverleners tussen 2000 en 2007 terug.

Figuur 5: Ontwikkeling van het aandeel (%) werkende vrouwen 2000-2007



N.B. De gegevens zijn gebaseerd op een koppeling van het BIG-register met de gegevens van het SSB van het CBS t/m 2007 en bevatten hierdoor dus ook de dubbel geregistreerden.

Bron: Kiwa Prismant

Het aandeel vrouwen is vooral bij de gz-psychologen erg hoog: in 2007 is meer dan 70% vrouw. De jaren daarna is dit aandeel echter niet meer verder toegenomen. In 2010 was met een aandeel van iets onder de 70% zelfs sprake van een lichte teruggang. Dit is echter nog steeds aanzienlijk hoger dan bij de andere beroepsgroepen. Zo ligt het aandeel vrouwen de laatste jaren bij de klinisch (neuro)psychologen rond de 50% tot 55%, waaruit we kunnen afleiden dat mannelijke gz-psychologen zich naar verhouding vaker specialiseren dan hun vrouwelijke collegae. Bij de psychotherapeuten werken er ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Daarbinnen blijkt het aandeel vrouwen de laatste jaren echter wel langzaam toe te nemen. Om het beeld compleet te maken wordt met betrekking tot de verpleegkundig specialisten ggz nog aangetekend, dat deze groep medio 2010 voor ongeveer 60% uit vrouwen bestond⁷⁶.

5.2.4 Leeftijdsverdeling

Een belangrijke indicatie voor de toekomstige uitstroom van het aantal beroepsbeoefenaren op de arbeidsmarkt is natuurlijk de leeftijd van de beroepsgroep. Vooral de groep ouder dan 50 jaar is daarbij interessant, omdat deze naar alle waarschijnlijkheid in de komende 10 tot 15 jaar zal gaan stoppen met werken. Hierop inhakend geeft tabel 12 per beroepsgroep enkele kerngegevens, te weten de gemiddelde leeftijd en het percentage dat ouder is dan 50 jaar.

⁷⁶ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

Tabel 12: Kerngegevens leeftijd per beroepsgroep

Beroepsgroep	Gemiddelde leeftijd	% ouder dan 50 jaar
Gz-psychologen	47	42,1
klinisch neuropsychologen	49	33,7
klinisch psychologen	55	64,7
Psychotherapeuten	55	65,8
VS-GGZ	43	30,0

N.B. Voor de gz-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten is uitgegaan van het aantal werkzamen op 1 januari 2007, gebaseerd op de bewerking van gegevens van CBS/SSB. Deze rijen bevatten hierdoor ook dubbel geregistreerden. Voor de twee andere beroepsgroepen is uitgegaan van het aantal geregistreerden in 2010.

Bronnen: Kiwa Prismant, RSG (FGzP) en RVS (V&VN).

Het aandeel 50-plussers is het laatste decennium bij de gz-psychologen niet sterk toegenomen aangezien zowel het aantal 'ouderen' als het aantal 'jongeren' is gegroeid. Bij de klinisch psychologen en de psychotherapeuten is het aandeel 50-plussers met bijna tweederde wel omvangrijk. Dit in tegenstelling tot de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialisten ggz, die met slechts een derde 50-plussers twee vrij jonge groepen vormen. Concluderend bestaat er met name een grotere vervangingsbehoefte voor klinisch psychologen en psychotherapeuten, met een voorbehoud voor de aanwezige dubbeltellingen.

5.3 Omvang dienstverband

Tabel 13 geeft een beeld van de deeltijdfactor van vrouwen en mannen per beroepsgroep.

Tabel 13: Deeltijdfactor werkende mannen en vrouwen in 2010

Beroepsgroep	Man	Vrouw	Totaal
Gz-psychologen	0,80	0,75	0,77
Klinisch neuropsychologen	0,80	0,75	0,77
Klinisch psychologen	0,84	0,78	0,80
Psychotherapeuten	0,85	0,73	0,79
VS-GGZ	0,80	0,75	0,77

N.B. De deeltijdfactor van de gz-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten is aan de hand van cijfers uit 2007 en de feitelijke ontwikkeling in de opvolgende jaren 'doorgetrokken' naar 2010. Informatie voor de twee andere beroepsgroepen is helaas nog niet voorhanden. In het verlengde van een vergelijkbare leeftijdsverdeling (zie par. 5.2.4) wordt er vanuit gegaan dat de deeltijdfactor waarschijnlijk overeen komt met die van de gz-psychologen.

Bron: Kiwa Prismant

Zoals verwacht mag worden bestaan er per leeftijdscategorie en geslacht vrij grote verschillen. Zo werken mannen over het algemeen tot 60-jarige leeftijd ongeveer 0,9 fte waarna ze langzamerhand minder gaan werken. Vrouwen beginnen hun arbeidscarrière vaak ook op ditzelfde niveau, maar werken vanaf hun 30e gemiddeld 0,1 tot 0,2 fte minder.

Ongetwijfeld zal de combinatie werk en gezin hierbij een rol spelen. De nog wel eens geopperde veronderstelling, dat de nieuwe generatie mannen minder zou werken dan de oude generatie gaat nog niet op. Met ongeveer 0,9 fte werkt zowel de oude als de jonge generaties mannen even 'hard'. De enige uitzondering hierop lijkt de groep psychotherapeuten, waarbij de mannen tot 40 jaar iets minder dan 0,9 fte werken en de mannen tussen de 40 en 60 jaar gemiddeld 0,95 fte⁷⁷.

In de gezondheidszorg, in het bijzonder bij de groep van de zogenaamde vrijgevestigden, is het veelvoorkomend dat 1 fte meer dan een 40-urige werkweek beslaat⁷⁸. Bij de CONO-beroepen is het aandeel vrijgevestigden relatief klein en werkt men veel in dienstverband. De invloed van een nieuwe generatie zorgverleners die over het algemeen minder geneigd zijn om veel 'overuren' te draaien is dan naar alle waarschijnlijkheid gering. De mogelijke impact op de arbeidstijdverandering lijkt nauwelijks aan de orde, om welke reden deze vooralsnog wordt geneutraliseerd. Concreet betekent dit, dat modelmatig wordt uitgegaan van 0% per jaar.

5.4 Uitstroom van beroepsbeoefenaren

Door de uitstroomgegevens per leeftijdscategorie te definiëren en af te zetten tegenover de leeftijdsverdeling van de beroepsgroep kunnen we verwachtingen definiëren over de uitstroom van beroepsbeoefenaren in de komende jaren⁷⁹. In tabel 14 is het uitstroompatroon per leeftijdscategorie weergegeven. Er is duidelijk te zien dat veel gz-psychologen al op jonge leeftijd uitstromen, veelal naar banen buiten de zorg. De klinisch psychologen en psychotherapeuten stromen met name op latere leeftijd uit maar worden ook gekenmerkt door een oudere leeftijdverdeling (par. 5.2.4). Ondanks het verschil in leeftijd waarin de beroepsbeoefenaars uitstromen zullen de uitstroompercentages dan ook veel overeenkomsten vertonen. Deze uitstroompercentages zijn terug te vinden in tabel 15 van de conclusie.

⁷⁷ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁷⁸ Dit betreft dan met name in ziekenhuizen werkzame vrij gevestigde medisch specialisten. Meer informatie daaromtrent is te vinden in Deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2010 over de medisch- en klinisch technologische specialisten.

⁷⁹ Onduidelijk is nog in hoeverre de komende herregistratierondes deze uitstroom nog zal beïnvloeden. Om deze reden wordt hiermee ook niet specifiek rekening gehouden.

Tabel 14: Het gemiddelde uitstroompatroon per beroepsgroep 2000-2007

Leeftijdscategorie	Gz-psycholoog		Klinisch psycholoog ⁸⁰		Psychotherapeut	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
30 t/m 34	3,0%	0,4%	33,3%	0,0%	2,6%	2,1%
35 t/m 39	2,8%	3,8%	0,0%	1,9%	2,3%	2,3%
40 t/m 44	2,5%	4,0%	2,2%	1,4%	1,5%	1,9%
45 t/m 49	2,4%	3,2%	0,0%	0,5%	1,5%	2,1%
50 t/m 54	2,9%	3,8%	2,2%	1,1%	1,7%	2,6%
55 t/m 59	5,4%	7,2%	6,4%	3,1%	4,2%	5,6%
60 t/m 64	17,5%	11,2%	9,5%	9,3%	11,3%	11,0%
65+	21,9%	10,3%	14,3%	0,0%	14,5%	14,7%

N.B. Er bestaat een bepaalde mate van overlap tussen de beroepsgroepen door dubbele inschrijvingen in het BIG-register.

Bron: Kiwa Prismant

5.5 Conclusie zorgaanbod

In tabel 5.7 worden de parameterwaarden die in dit hoofdstuk aan bod zijn geweest samengevat, daarnaast is ook het extern rendement terug te vinden in de tabel. Het extern rendement kan op basis van de in- en uitstroomgegevens bepaald worden en is het percentage afgestudeerden van een afstudeercohort dat na het behalen van het eindexamen een bepaalde periode (achtereenvolgens 1, 5, 10 of 15 jaar) werkzaam is in Nederland in de betreffende beroepsgroep.

Tabel 15: Parameterwaarden zorgaanbod 2010

	Gz-psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Klinisch psycholoog	Psychotherapeut	VS-GGZ
Werkzamen	6035	75	1965	1560	150
Gem. fte man	0,80	0,84	0,80	0,85	0,80
Gem. fte vrouw	0,75	0,78	0,75	0,73	0,75
Werkzame vrouwen (%)	70	51	58	52	60
Arbeidstijdverandering (%)	0	0	0	0	0
Uitstroom (%)					
➤ tot 2015	22,6	22,6	22,6	21,8	22,2
➤ tot 2020	44,1	44,2	44,2	42,2	43,1
➤ tot 2025	61,0	61,5	61,5	59,8	60,0
➤ tot 2030	72,4	72,8	72,8	71,5	71,6
Extern rendement (%)					
➤ Na 1 jaar	98	98	98	98	98
➤ Na 5 jaar	85	95	95	90	95
➤ Na 10 jaar	80	90	90	85	90
➤ Na 15 jaar	75	85	85	80	85

⁸⁰ Dit is slechts een indicatie aangezien er maar over 1 jaar gegevens beschikbaar waren.

6. Werkproces

6.1 Inleiding

Allerlei mogelijke ontwikkelingen met betrekking tot de organisatie van het werkproces spelen nu en de komende jaren een rol bij de 'match' tussen zorgvraag en -aanbod. De toenemende aandacht voor een steeds betere kwaliteit en doelmatigheid, al dan niet door de inzet van aanverwante disciplines, speelt daarbij zeker een rol.

6.2 Efficiency

De omslag naar meer (gereguleerde) marktwerking in de zorg is de afgelopen jaren onmiskenbaar ingezet. Het meer op de voorgrond treden van de begrippen kwaliteit en doelmatigheid in beleid is daarvan een belangrijk gevolg⁸¹. Een ieder doet zijn of haar best om bijvoorbeeld via een betere logistiek en automatisering een eigen invulling aan de begrippen te geven met als uiteindelijke doel de zorg rondom de cliënt zo goed mogelijk te organiseren en de efficiency te vergroten⁸².

In dit kader kan het opkomen van de zogenaamde e-mental health niet onvermeld blijven. Door middel van internetbehandelingen kan namelijk het aantal contacturen dat een patiënt nodig heeft verminderd worden en komt bovendien de regie meer bij de patiënt te liggen⁸³. Op dit moment is de invloed nog gering, therapietrouw is een obstakel en ook weet nog maar 5% van de mensen met een psychische stoornis het internet te vinden⁸⁴. Dit neem niet weg dat zorgverleners nu en de komende jaren patiënten steeds meer de weg naar deze behandelwijze kunnen wijzen. Een andere efficiency-slag wordt beoogd bij de fusies van veel (GGZ-)instellingen de laatste jaren. Casestudie onderzoek heeft uitgewezen dat bij de gefuseerde instellingen meer geld gaat naar de directe zorg, er sprake is van meer product vernieuwing en de juiste zorg vaker op de juiste plaats terecht komt⁸⁵. Verder wordt er over het algemeen bij zowel de opstart als de voortgang van het fusieproces dikwijls wat kritischer gekeken naar de aard en omvang van het personeelsbestand.

⁸¹ NZA (2010). *Monitor 'De curatieve GGZ in 2009'. Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Utrecht: NZA.

⁸² Zorgverzekeraars Nederland (z.d.) *Inkoopgids GGZ; 1.2 Trends in de GGZ voor 2011 en verder*. Geraadpleegd op 4 oktober 2010. <http://www.zn.nl/beleidsthemas/inkoopgids-ggz/>

⁸³ De internetbehandelingen verschillen in intensiviteit. Mensen met weinig klachten kunnen vaak via zelfhulp al een eind komen, voor de zwaardere klachten kan er gekozen worden voor begeleide zelfhulp met een (lager opgeleide) persoonlijke coach, eventueel in combinatie met 'ouderwetse' therapie.

Het aantal internetbehandelingen groeit in gestaag tempo. Per maand komen er ongeveer tien e-mental health toepassingen bij. Om patiënten en hulpverleners handvaten te geven wordt er gewerkt aan een keurmerk voor e-mental health waarbij onder meer de effectiviteit van behandelresultaat en kosten worden beoordeeld.

⁸⁴ Dit percentage lag overigens het hoogst bij mensen met een verslavingsprobleem.

⁸⁵ Korevaar et al. (2008) in Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W. (2010). *BIG-geregistreerde GZ-beroepen. Aspecten van de vraagzijde*.

Inhakend op deze ontwikkelingen wordt voor de komende planperiode per saldo nog enige efficiencywinst in het werkproces voorzien. Voor de omvang hiervan wordt (wederom) aangesloten bij de op jaarbasis **-0,5%** voor het medische specialisme psychiatrie uit Deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2010. Vooralsnog is er weinig tot geen reden om bij de in dit advies onderscheiden beroepsgroepen tot een afwijkende inschatting te komen.

6.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor zover deze parameter in dit advies al invulling behoeft, wordt dit niet gedaan en geneutraliseerd op **0%** per jaar.

6.4 Taakherschikking of taakverschuiving

Ook deze parameter wordt in dit advies nog niet gevuld omdat betrouwbare gegevens voor de onderscheiden beroepsgroepen ontbreken. De komende tijd zal meer duidelijkheid gezocht moeten gaan worden en dit noopt in ieder geval de genoemde ontwikkelingen goed te monitoren. In aansluiting hierop is er vooralsnog geen andere mogelijkheid deze parameter te neutraliseren op **0%** per jaar.

Dit laat onverlet, dat er zich op dit terrein wel degelijk ontwikkelingen op de werkvloer manifesteren en dat er ook al wel onderzoek is gedaan naar algemene trends die hiermee samenhangen. Daar wordt hieronder een kort overzicht van gegeven.

In het kielzorg van de hiervoor genoemde ontwikkelingen bij efficiency ontstaat er een tendens tot (nog) meer protocollering van de zorg met de nodige mogelijkheden voor (een verdere) taakherschikking en/of -verschuiving⁸⁶. Zo hebben de afgelopen jaren nieuwe GGZ-aanbieders zich geprofileerd op 'eenvoudige' niches in de markt, zoals depressiviteits- en angstklachten⁸⁷. Wellicht in reactie hierop, organiseren ook de van oudsher 'grotere' instellingen hun activiteiten steeds meer rondom geprotocolleerde reguliere zorg en (super)gespecialiseerde zorg. Dit betekent voor de beroepsbeoefenaren dat bepaalde werkzaamheden eerder kunnen worden 'overgenomen' door disciplines met een lager opleidingsniveau. Deze vorm van taakherschikking wordt ook wel als verticale substitutie aangeduid. Illustratief hierbij is bijvoorbeeld de gz-psycholoog die behandeltaken kan (gaan) overnemen van de klinisch psycholoog⁸⁸ of werk van de specialist ouderengeneeskunde⁸⁹ maar er kan

⁸⁶ Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W., Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant

⁸⁷ PsyQ is hiervan een goed voorbeeld. Zij bieden behandelmodules voor de meest voorkomende psychische problemen. Zie: www.psyq.nl

⁸⁸ Van Drunen, P. (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Kamer gezondheidszorgpsycholoog

⁸⁹ Bloemendaal, I., Bisseling, T., Van Eck, L.J. (2010). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen. Deel 2: Over noodzaak, wenselijkheid en haalbaarheid, verslag van drie expertbijeenkomsten*. Kiwa Prismant.

ook gedacht worden aan de inzet van Hbo- en masterpsychologen. De nieuwe wetgeving die het voorschrijven van medicijnen door verpleegkundig specialisten nu ook formeel mogelijk maakt kan de verticale substitutie naar deze groep nog wel eens extra stimuleren⁹⁰.

Maar ook tussen beroepen van hetzelfde niveau kan taakherschikking plaatsvinden, dit wordt ook wel aangeduid met horizontale substitutie. De laatste jaren is het werk van psychotherapeuten bijvoorbeeld gedeeltelijk overgenomen door gz-psychologen⁹¹. Zoals eerder aangegeven is de beweging mogelijk deels een gevolg geweest van de lage instroom in de opleiding tot psychotherapeut in de afgelopen jaren en de stop van de instroom in de opleiding tussen 2001 en 2005 naar aanleiding van het toenmalig ingezette overheidsbeleid⁹². Er zijn zelfs geluiden dat de plaatsen die nu door gz-psychologen gevuld zijn bij vrijkomen weer ingevuld worden door psychotherapeuten⁹³.

6.5 Conclusie werkproces

In onderstaande tabel worden de hiervoor aangegeven uitkomsten op het onderdeel van het werkproces per beroepsgroep samengevat weergegeven. Generiek zijn er echter vooralsnog geen verschillen.

Tabel 16: Parameterwaarden werkproces

	Gz-psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Klinisch psycholoog	Psychotherapeut	VS-GGZ
Efficiency	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0%	0%	0%	0%	0%
Taakherschikking	0%	0%	0%	0%	0%

⁹⁰ Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (11.02-2011). *Meer bevoegdheden voor verpleegkundig specialist en physician assistant*. Geraadpleegd op 23-02-2011. <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2011/02/11/meer-bevoegdheden-voor-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant.html>

⁹¹ Van Drunen, P. (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Kamer Gezondheidszorgpsycholoog.

⁹² Zie paragraaf 8.2.2. betreft het overheidsbeleid van toenmalig minister Borst.

⁹³ Thie, H. (2010). *De positie van de psychotherapeut in de GGZ-instelling*.

7. Varianten

7.1 Inleiding

In de drie voorgaande hoofdstukken is aangegeven wat de huidige stand van zaken is rond respectievelijk zorgaanbod, zorgvraag en werkproces en is een voor dit moment zo betrouwbaar en realistisch mogelijk toekomstbeeld geschetst. Benadrukt wordt wel ‘voor dit moment’ aangezien de gebruikte informatie helaas nog niet altijd even volledig was. Niet voor niets wordt daarom ook gesproken over een ‘eerste richtinggevend advies voor de CONO-beroepen’

7.1.1 Rekenmodel Capaciteitsorgaan

Voor de kwantitatieve raming hanteert het Capaciteitsorgaan al sinds jaar en dag een (eigen) rekenmodel, waarin de diverse vraag- en aanbodparameters uit de vorige hoofdstukken kunnen worden ingevuld. Aan de hand hiervan worden in de regel een viertal varianten uitgerekend namelijk de basisvariant, de combinatievariant⁹⁴, de arbeidstijdvariant (ATV) en de taakherschikingsvariant (TH) met inzet van aanverwante disciplines⁹⁵. In dit eerste richtinggevende advies voor de CONO-beroepen zullen echter alleen de basis- en de combinatievariant worden uitgerekend. In dit stadium zijn de twee laatstgenoemde varianten namelijk vooralsnog niet van toepassing⁹⁶. Bij de berekening nemen we de jaren 2022 en 2028 als tijdshorizon in ogenschouw. Uitgaande van de hiervoor genoemde combinatievariant en hetgeen in de par.5.2 aan de orde is gekomen, wordt additioneel een uitwerking gegeven aan een tweetal scenario's, namelijk:

1. Wat zou de impact op het instroomadvies voor de klinisch psychologen, gz-psychologen en psychotherapeuten zijn als blijkt dat een groep van 500 klinisch psychologen, die zich ten tijde van de overgangsregel hebben laten inschrijven als klinisch psycholoog, straks bij herregistratie blijkens toch als psychotherapeuten/gz-psychologen werkzaam blijken te zijn en geen aanspraak meer maken op de titel klinisch psycholoog⁹⁷?
2. Wat zou de impact op het instroomadvies voor de gz-psychologen zijn als de bij benadering 2000 masterpsychologen en -pedagogen werkzaam in de individuele gezondheidszorg op vergelijkbare functies als de gz-psycholoog zouden worden vervangen door gz-psychologen?

Bij de relatief jonge en nog volop in ontwikkeling zijnde groepen van klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz is het in dit prille stadium modelmatig gezien niet goed mogelijk om tot een raming te komen. Ook de nu nog

⁹⁴ Zo nodig wordt daarbinnen ook nog onderscheid gemaakt in een zgn. lage- en hoge combinatievariant.

⁹⁵ Een nadere uitleg en onderbouwing van de diverse varianten volgt later.

⁹⁶ Dit betekent niet automatisch dat dit de volgende keer wederom het geval is. Zie voor een nadere onderbouwing van deze parameters ook paragraaf 5.3 en 6.3.

⁹⁷ In de lijn van het sorteren van de dubbele registraties (par. 5.2.2), gaan we er vanuit dat 250 van deze klinisch psychologen (weer) als gz-psycholoog aan het werk gaan en 250 (weer) als psychotherapeut.

vrij minimale omvang van beide beroepsgroepen speelt daarbij een belangrijke rol. Als zodanig zullen deze beroepen in dit hoofdstuk verder buiten beschouwing blijven. Dit betekent echter niet dat er geen advies op deze twee onderdelen wordt gegeven. Dit advies, inclusief de overwegingen, komt in paragraaf 8.5 aan de orde.

7.1.2 De huidige situatie

Voordat de hiervoor geschetste varianten en scenario's aan de orde zullen komen, wordt eerst in tabel 17 een beeld gegeven hoe de vijf beroepsgroepen zich de komende jaren zullen gaan ontwikkelen bij handhaving van de huidige in- en uitstroom.

Tabel 17: Verwacht aantal werkzamen bij huidige in- en uitstroom opleidingen

Beroepsgroep	2010	2015	2020	2025	2030
Gz-psychologen (excl. Specialisten)	6034	7702	9255	10932	12751
Klinisch neuropsychologen	75	90	103	118	136
Klinisch psychologen	1965	1777	1601	1485	1470
Psychotherapeuten	1558	1731	1833	1959	2150
VS-GGZ	150	405	648	881	1108

Bron: Kiwa Prismant

Wat direct opvalt is dat bij handhaving van de huidige in-uitstroom vrijwel alle beroepsgroepen de komende 20 jaar zullen gaan groeien. Met een verdubbeling zal de grootste absolute groei voor rekening komen van de gz-psychologen, maar ook het aantal verpleegkundig specialisten ggz zal vanuit het 'bijna niets' flink gaan toenemen. Langzamer en bescheidener zal de groei van het aantal psychotherapeuten en klinisch neuropsychologen zijn. Opvallende uitzondering is natuurlijk de verwachte ontwikkeling van het aantal werkzame klinisch psychologen, dat bij handhaving van de huidige in- en uitstroom zal gaan afnemen.

7.2 Basisvariant

Bij de basisvariant wordt rekening gehouden met de parameters 'demografie' en 'onvervulde vraag' uit de zorgvraag en met alle parameters uit de aanbodontwikkeling. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze op strategisch niveau vrij 'hard' zijn en vrijwel altijd gedragen en bevestigd worden door gedocumenteerd (wetenschappelijk) onderzoek. De basisvariant kan beschouwd worden als het vertrekpunt van de ramingen. In de eerste rij van tabel 18 wordt de berekende jaarlijkse instroom voor de beroepsgroepen gz-psycholoog, klinisch psycholoog, en psychotherapeut weergegeven. Daarbij zijn zowel het evenwichtsjaar 2022 als het evenwichtsjaar 2028 getoond.

7.3 Combinatievariant

In de combinatievariant wordt de basisvariant aangevuld met bijna alle andere parameters die in de vraagontwikkeling en het werkproces zijn benoemd. Het betreft de in hoofdstukken 3 en 5 genoemde parameters 'epidemiologie' en 'sociaal-cultureel' in de zorgvraagontwikkeling en 'vakontwikkeling' en 'efficiency' in het werkproces. Mogelijke ontwikkelingen met betrekking tot taakherschikking (verticale substitutie)

en arbeidstijdverandering zijn hier dus als enigen buiten beschouwing gelaten. Al deze parameters hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze in prognoses minder eenvoudig te voorspellen zijn dan die in de basisvariant. In die zin worden deze ook dikwijls als ‘zacht’ gekenschetst. Er bestaat voor deze parameters ook geen zekerheid of ze in de nabije toekomst geactiveerd zullen worden (of blijven). Voor de uitkomsten van deze variant wordt wederom verwezen naar tabel 18, waarin ze op de tweede rij staan weergegeven.

7.3.1 Combinatiescenario 1

Zoals eerder aangegeven wordt in dit scenario, bovenop de combinatievariant, vooruitgelopen op een mogelijke verschuiving van de zorgvraag tussen de klinisch psychologen en psychotherapeuten/gz-psychologen. Concreet wordt er daarbij vanuit gegaan, dat er op dit moment 500 klinisch psychologen minder en 250 psychotherapeuten en 250 gz-psychologen meer werkzaam zijn. De cijfermatige consequenties hiervan staan in de derde rij van tabel 18.

7.3.2 Combinatiescenario 2

In dit scenario wordt, bovenop de combinatievariant, uitgegaan van een op dit moment aanwezige *extra* onvervulde vraag van 2000 gz-psychologen. We gaan er vanuit dat deze onvervulde vraag momenteel opgevangen wordt door masterpsychologen en -pedagogen die, zonder BIG-registratie, op vergelijkbare functies als de gz-psycholoog werkzaam zijn. In dit scenario wordt deze historisch gegroeide situatie als minder wenselijk gezien en daarom langzaam afgebouwd. Dit neemt niet weg dat masterpsychologen en -pedagogen op andere functies juist wel wenselijk kunnen zijn. Tabel 18 geeft in de vierde rij de uitkomsten van dit scenario.

7.4 Uitkomsten varianten en scenario's

In onderstaande tabel en de daarop volgende figuren is een weergave gegeven van de berekende varianten en scenario's. Bij de interpretatie van de figuren wordt er hier alvast gewezen op de schalen op de y-assen die onderling verschillen.

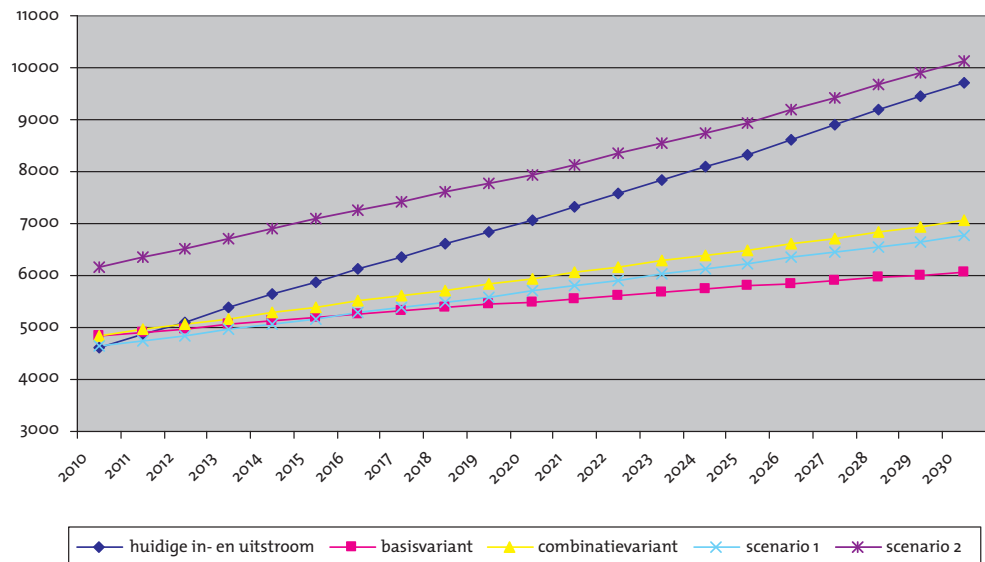
Tabel 18: Benodigde jaarlijkse instroom in personen per variant en scenario.

Variant Evenwichtsjaar	Gz-psycholoog		Klinisch psycholoog		Psychotherapeut	
	2022	2028	2022	2028	2022	2028
1. Basisvariant	616	588	248	186	131	117
2. Combinatievariant	776	740	298	228	171	151
3a. Combinatiescenario 1	770	711	206	162	217	184
3b. Combinatiescenario 2	1.219	1.034	298	228	172	151

Afhankelijk van welk van de onderscheiden varianten en scenario's van toepassing is, verschilt de benodigde jaarlijkse instroom per beroepsgroep. De basisvariant kent de laagste instroom maar niet de meest realistische, aangezien hierbij niet met alle ontwikkelingen is rekening gehouden. In de combinatievariant is hiermee wel rekening gehouden en komt de instroom daardoor hoger uit. De twee combinatievarianten vormen mogelijke varianten op de combinatievariant. Bij combinatievariant 1 is de instroom bij de klinisch psychologen minder hoog en bij

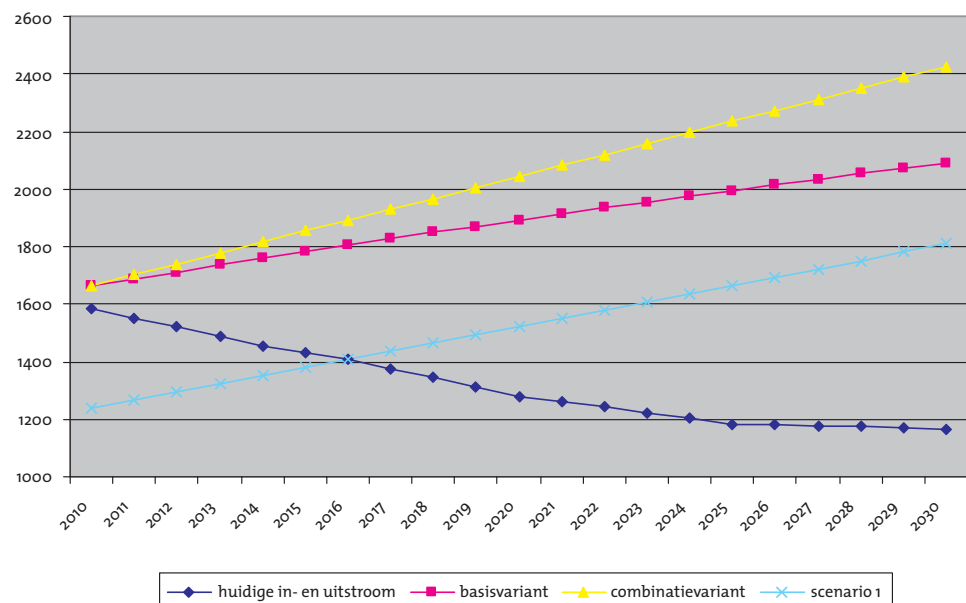
de gz-psychologen en psychotherapeuten duidelijk hoger, net als de instroom van gz-psychologen in combinatiescenario 2. Deze instroomaantallen worden wel minder hoog, als deze 'inhaalslag' over een langere periode (tot 2028) wordt uitgesmeerd.

Figuur 6: Beschikbare en benodigde fte gz-psychologen per variant/scenario, 2010 t/m 2030

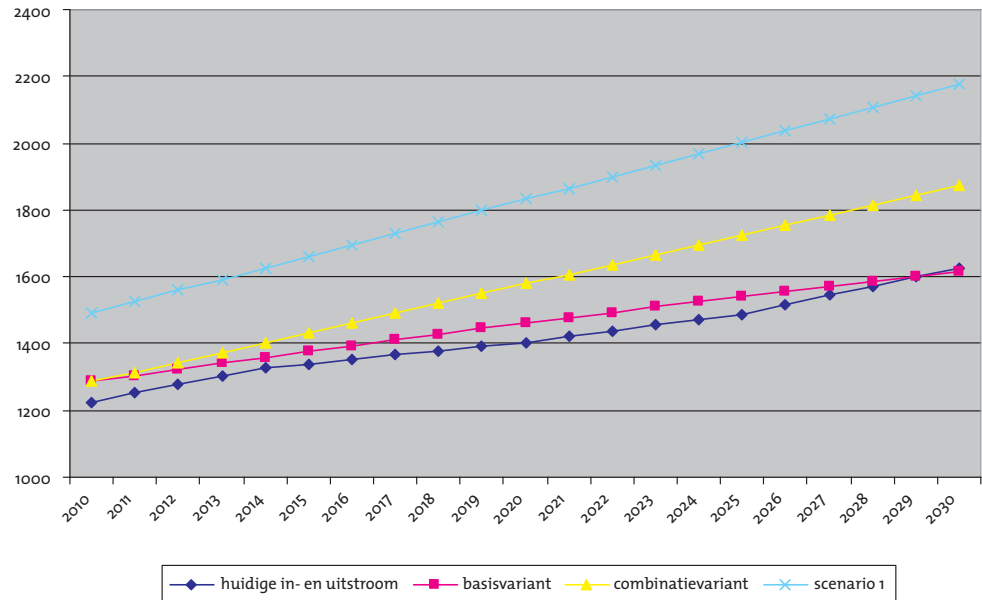


Zoals te zien is in de figuur 6 kennen zowel de basis-, combinatie- als combinatiescenario 2 een verschillende (start)waarde in 2010. Dit kan verklaard worden doordat bij deze varianten de onvervulde vraag in de startwaarde wordt weergegeven.

Figuur 7: Beschikbare en benodigde fte klinisch psychologen per variant/scenario, 2010 t/m 2030



Figuur 8: Beschikbare en benodigde fte psychotherapeuten per variant/scenario, 2010 t/m 2030



Duidelijk waarneembaar is ook hier de lagere startwaarde bij combinatiescenario 1 in figuur 7, die samenhangt met de mogelijk verschuiving van ongeveer 250 klinisch psychologen naar de groep psychotherapeuten. Het tegenovergestelde beeld is waarneembaar in figuur 8.

8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Primair uitgaande van de voorgaande uitkomsten komt in dit hoofdstuk het eerste richtinggevend advies voor de verschillende CONO-beroepsgroepen aan de orde. Eerst wordt echter kort stilgestaan bij enkele (beleidsmatige) overwegingen, alsmede allerlei onzekerheden die nog zeker spelen.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Zonder volledigheid na te streven wordt hier een aantal actuele beleidsontwikkelingen die invloed zouden kunnen hebben op de ontwikkeling van de toekomstige behoefte naar voren gehaald. Bij beoordeling hiervan past vooraf de kanttekening, dat de ramingen van het Capaciteitsorgaan zich met name richten op de wat langere termijn, terwijl beleidskeuzen zich vaak op de kortere termijn manifesteren. Dit noopt ook de mogelijke impact van deze beleidsontwikkelingen nu en de komende jaren continue te blijven monitoren.

8.2.1 Het belang van een BIG-registratie

Zoals bekend mag worden verondersteld, is het doel van de wet BIG patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig en ondeskundig (be)handelen. Door de inzet van zorgverleners zonder BIG-registratie op vergelijkbare posities als BIG-geregistreerde zorgverleners komt deze bescherming van de patiënt formeel in het geding⁹⁸. Een dergelijke situatie lijkt voor te komen bij een deel van de in de gezondheidszorg werkzame masterpsychologen en –pedagogen. Of, en zo ja, in welke mate deze situatie ook de komende jaren zal blijven voortduren, is onzeker. Tot op heden lijkt sprake van een ‘gedoogsituatie’, ook van de kant van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In het licht van meer aandacht voor kwaliteitscriteria, niet in de laatste plaats door de patiënt zelf, is het echter niet ondenkbaar dat deze situatie de komende jaren steeds meer als ‘ongewenst’ wordt gezien. Concreet zou dit dan een aanscherping van het handhavingsbeleid IGZ (moeten) gaan betekenen. Overigens zou dit ook prima passen bij de eerste stappen, die de IGZ nog vrij recent in mei 2010 heeft genomen, om niet-BIG-geregistreerde zorgverleners in de GGZ die zich ten onrechte psychotherapeut noemen aan te pakken. De IGZ heeft met deze actie ervoor willen zorgen dat patiënten/cliënten het onderscheid tussen BIG-geregistreerde en niet-BIG-geregistreerde zorgverleners kunnen maken⁹⁹.

⁹⁸ Hiermee stellen wij overigens niet dat alleen BIG-geregistreerden werkzaam mogen zijn in de gezondheidszorg. Er zijn tal van zorgverleners zonder BIG-registratie die op een verantwoorde wijze taken uitvoeren waarvoor zij zijn opgeleid (bv. gz-vaktherapeuten, ggz-agogen).

⁹⁹ IGZ (18 mei 2010) *Landelijk optreden tegen therapeuten die zich ten onrechte afficheren als psychotherapeut*. Geraadpleegd op 19-05-2010.
<http://www.igz.nl/actueel/nieuws/landelijkoptredentegenththerapeutendiezichtenonrechteafficherenalpsychotherapeut.aspx>

8.2.2 Omgaan met overlap

In de voorgaande hoofdstukken is al verschillende keren naar voren gekomen dat de beroepen zich soms zeer nauw tot elkaar verhouden. Niet voor niets gaf minister Borst van VWS al weer enige tijd geleden aan dat dit beroepenveld gekarakteriseerd kan worden als “complex, onoverzichtelijk en ontoegankelijk”¹⁰⁰. Dit zou dan voornamelijk gelden voor de beroepen van gz-psycholoog, psychotherapeut en psychiater¹⁰¹. Ook toen al gaf de minister aan zich zorgen te maken over of het voor de patiënt/cliënt wel duidelijk is bij wie hij met zijn hulpvraag of klachten terecht kan. In het verlengde hiervan is ook toen het beleid gevoerd om het beroep tot psychotherapeut uiteindelijk te laten ‘doodbloeden’ en de psychotherapie te laten ‘integreren’ in het domein van de klinisch psychologen. Met de latere introductie van de ‘gereguleerde’ marktwerking in de zorg is dit beleid overigens door toenmalig minister Hoogervorst weer stopgezet. Voor een ieder noopt dit om tot een (nog) meer heldere afbakening van de verschillende beroepen te komen.

8.2.3 Eigen bijdrage GGZ

Plannen om te komen tot eigen bijdragen in de GGZ steken regelmatig de kop op en houden de gemoederen soms flink bezig. Zeker om financiële redenen zal dit nu en de komende jaren waarschijnlijk niet anders worden. Zo zijn in 2010 voorstellen ingebracht om binnen de tweedelijns GGZ tot een eigen bijdrage te komen. Tevens geldt dit al bij de eerstelijns psychische zorg, waarbij na acht sessies een eigen bijdrage wordt gevraagd¹⁰².

In de tweedelijns zou het echter gaan om een instaptarief. Dit instaptarief bestond eerder wel bij de eerstelijns psychologische zorg. Men verwacht dat juist de opname van de vergoeding voor de eerste acht sessies in het basispakket van de ziektekostenverzekering een rol heeft gespeeld bij de groei van de vraag naar eerstelijnspsychologen¹⁰³. Dit illustreert wat de invloed van een dergelijke wetswijziging voor de vraag naar zorgverleners kan zijn. Met name de kwetsbare zwaardere patiënten met weinig financiële middelen zouden een eigen bijdrage niet kunnen opbrengen, wat kan leiden tot zorgmijdend gedrag¹⁰⁴. Mede door de vele protesten zijn de plannen voor een instaptarief in de tweedelijns voor 2011 inmiddels van de baan, maar voor 2012 en daarna staan ze nog steeds op de agenda¹⁰⁵.

¹⁰⁰ Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 25 454, nr. 35, pag. 4-5.

¹⁰¹ Zij kwam tot deze mening na het raadplegen van: Hutschemaekers, G., Neijmeijers, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut

¹⁰² Wegwijzerloket (z.d.) *Eigen bijdrage – geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 09-11-2010. http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag_view.asp?pag_id=23676

¹⁰³ Van Drunen, P. (2010). De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning. Kamer gezondheidszorgpsycholoog.

¹⁰⁴ Zorgverzekeraars Nederland (2010) *Inkoopgids GGZ*. Geraadpleegd op 04-10-2010. <http://www.zn.nl/beleidsthemas/inkoopgids-ggz/>

¹⁰⁵ Zorgvisie (2010) *Definitief einde eigen bijdrage ggz*. Geraadpleegd op 08-10-2010. <http://www.zorgvisie.nl/financien/definitief-einde-eigen-bijdrage-ggz.htm>

8.2.4 Inzet van FACT-teams

De laatste jaren is er veel energie geïnvesteerd in een 'kleinschaligere' intramurale GGZ om patiënten beter te kunnen laten integreren of 'meedoen' in de maatschappij¹⁰⁶. Min of meer in het verlengde hiervan past de inzet van zogenaamde FACT-teams, waarmee, volgens experts, 20 tot 30 procent van de klinische capaciteit in de komende jaren zou kunnen verdwijnen¹⁰⁷. Dit zijn namelijk teams die dagelijks de patiënt thuis bezoeken, de zelfstandigheid van de patiënt zoveel mogelijk proberen te bevorderen, een vinger aan de pols houden, en proberen te waarborgen dat situaties niet escaleren¹⁰⁸. Deze teams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan ondermeer uit een gz-psycholoog of klinisch psycholoog en steeds vaker ook een verpleegkundig specialist ggz.

8.3 Onzekerheden

Het voorliggende advies is richtinggevend. Het afgelopen jaar is er veel informatie boven tafel gekomen maar ook is duidelijk geworden dat er nog flinke lacunes in de beschikbare informatie zitten. Dit eerste advies is gebaseerd op al aanwezige primaire informatie die door verschillende partijen aan het Capaciteitsorgaan, al dan niet via 'derden', verstrekt is. Dit garandeerde dat het advies relatief snel tot stand kon komen, maar gaf het advies ook een aantal beperkingen mee. Zo sloten de bronnen niet altijd even goed op elkaar aan waardoor over bepaalde onderwerpen of beroepsgroepen meer informatie beschikbaar is dan over de anderen. Een belangrijke bron, het NEMESIS onderzoek van het Trimbos beslaat een steekproef uit de bevolking tussen de 18 en 65 jaar. Hierdoor hebben we niet nauwkeurig in kaart kunnen brengen wat de zorgvraag is van de jeugd en de oudste laag van de bevolking. Andere bronnen bieden informatie voor de GGZ, maar geven weinig zicht op andere zorgsectoren waar de gz-psychologen en de verpleegkundig specialisten ggz ook werkzaam zijn (o.a. ziekenhuizen, revalidatiecentra, verstandelijke gehandicaptenzorg). Bij verschillende onderwerpen hebben we ons ook mede gebaseerd op casestudies en rapporten van experts. Het is van belang deze verworven kennis in een volgend Capaciteitsplan te toetsen en zo nodig nader te onderbouwen met onderzoek. Daarnaast zullen de resterende 'gaten' via aanvullend onderzoek meer gevuld moeten worden. Aspecten van de onvervulde vraag, ontwikkeling zorgvraag, dubbele registraties en 'overlap' staan daarbij voorop met daarnaast extra aandacht voor uitsplitsing naar beroepsspecifieke gegevens, óók voor de relatief 'jonge' beroepen van klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz waarover nog vrij weinig bekend is.

8.4 Belangrijkste varianten

In het voorgaande hoofdstuk zijn aan de hand van het (reken)model van het Capaciteitsorgaan totaal vier varianten en scenario's berekend voor de drie grotere beroepsgroepen, namelijk de gz-psychologen, klinisch psychologen en

¹⁰⁶ Van Hoof, F., Knipsel, A., Wijgaarden, B., Kok, I. (2009) *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut. N.B. Percentages op basis van de fluctuatie tussen 1993 en 2007.

¹⁰⁷ FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment

¹⁰⁸ LexusNexus (22 september 2010). Verzorg Geesteszieke patiënt thuis. *De Volkskrant*.

psychotherapeuten. Zoals gewoonlijk vormde de basisvariant daarbij het startpunt om een beeld te krijgen van de verwachte capaciteitsverandering bij het ontbreken van beleid. In de uiteindelijke advisering blijkt deze echter niet of minder hanteerbaar aangezien hierin niet alle relevante ontwikkelingen zijn meegenomen. Dat geldt wel voor de combinatievariant, die daarom voor dit advies als primair uitgangspunt wordt beschouwd. De twee evenwichtsjaren vormen hierbij een bandbreedte in de zin van een wenselijk minimum en maximum. Daarbovenop bieden de beide scenario's een aanvulling op de bandbreedte. Als blijkt dat er een naar aanleiding van de herregistratie een verschuiving plaatsvindt (scenario 1) of als er beleid wordt ingezet om het aantal masterpsychologen en -pedagogen werkzaam in de zorgsector op vergelijkbare posities als de gz-psycholoog te verminderen (scenario 2) geven de scenario's een indicatie voor de instroom. De adviezen zijn afgerond op veelvouden van vijf.

De basis voor het advies met betrekking tot de twee prille beroepsgroepen van klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz is de gerealiseerde instroom tot nu toe en het VBOC rapport uit 2006¹⁰⁹ dat uitgaat van een wenselijk situatie waarbij 5% van de verpleegkundigen een verpleegkundig specialist betreft.

8.5 Advies instroom

Op basis van de uitkomsten uit het rekenmodel adviseert het Capaciteitsorgaan (afgerond op een veelvoud van vijf) voor drie van de vijf onderscheiden onderdelen de volgende instroom:

- Voor de opleiding tot gz-psycholoog een jaarlijkse instroom van minimaal 740 en maximaal 1035 piogs¹¹⁰;
- Voor de opleiding tot klinisch psycholoog een jaarlijkse instroom van minimaal 230 en maximaal 300 gios;
- Voor de opleiding tot psychotherapeut een jaarlijkse instroom van minimaal 150 en maximaal 170 piops.

Bij het advies voor de **gz-psychologie** is uitgegaan van de eerder aangegeven raminguitkomsten voor de langere termijn conform enerzijds de combinatievariant en anderzijds combinatiescenario 2 (zie tabel 18 par.7.4). De belangrijkste overweging om daarbij ook oog te hebben voor laatstgenoemde combinatiescenario 2 is gelegen in het feit, dat deze tevens specifiek rekening houdt met de aldaar geschetste inhaalvraag in alle betrokken sectoren (zie par.7.3.2)¹¹¹. De realiteit gebiedt echter wel uit te gaan van een ietwat geleidelijke 'overgang' in een orde van grootte van voorlopig tweederde. Uitgaande hiervan bestaat er binnen het Capaciteitsorgaan op

¹⁰⁹ VBOC (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC-AVVV.

¹¹⁰ Bij deze instroom is er rekening mee gehouden dat een deel van de gz-psychologen zal 'uitstromen' naar een specialisatie als klinisch (neuro)psycholoog.

¹¹¹ Naast de GGZ betreft dit dus ook de ziekenhuis-, ouderen-, verstandelijk gehandicapten- en revalidatie(geneeskundige) zorg.

dit moment uiteindelijk een sterke voorkeur voor een jaarlijkse instroom op een daar tussen gelegen niveau van **960** piogs.

Ten opzichte van de huidige instroom van bijna 900 piogs (zie par.3.2.1) betekent dit een verhoging met meer dan 60 piogs of 6,5%. Daarna en mede op basis van aanvullende informatie kan in een volgend advies nog tot een eventuele bijstelling van dit aantal worden gekomen. Dan zal er bijvoorbeeld ook wellicht meer duidelijkheid zijn of en zo ja, in welke mate, de huidige groep werkzame masterpsychologen en –pedagogen in aanmerking zouden kunnen komen voor een verkorte opleiding tot gz-psycholoog¹¹².

Uitgangspunt voor de adviezen voor **klinische psychologie** en **psychotherapie** zijn de raminguitkomsten voor de korte en lange termijn conform de combinatievariant (zie par. 7.4). Daarmee wordt dus vooralsnog geen rekening gehouden met de mogelijke verschuivingen tussen beide beroepsgroepen (zie par.7.3.1). Onduidelijk en onzeker is namelijk nog in hoeverre scenario 1 werkelijk zal gaan optreden en/of een rol van betekenis zal gaan spelen. Zeker ook in het verlengde hiervan bestaat er binnen het Capaciteitsorgaan voor de opleiding tot klinisch psycholoog wel een duidelijke voorkeur voor het minimumadvies van 230 gios. Nog veel sterker dan bij de gz-psychologen is dit al een flinke verhoging ten opzichte van de huidige instroom van 100 in 2009 (zie par. 3.2.2). Dit is te verklaren doordat de klinisch psychologen gekenmerkt worden door een vrij oude beroepsgroep en een toenemende feminisering van de beroepsgroep wat een hoge vervangingsvraag tot gevolg heeft (zie hoofdstuk 5). Overigens zijn wij er ons van bewust dat het voor het ‘veld’ een hele uitdaging zal zijn om deze forse uitbreiding in de opleiding tot klinisch psycholoog te bewerkstelligen.

Wat de opleiding tot psychotherapeut betreft zijn de verschillen, ook qua bandbreedte, veel kleiner om welke reden hier de voorkeur uitgaat naar een instroomadvies van jaarlijks **160** piops. Dit betreft het midden van het aangegeven minimum- en maximumadvies. Ook dit aantal ligt hoger dan de feitelijke instroom van 120 tot 130 in de jaren 2009 en 2010 (zie par. 3.2.1).

Zoals al genoemd in par. 7.4 , kunnen de klinisch neuropsychologen en de verpleegkundig specialisten ggz in hun prille aanloopfase niet tot minder goed geraamd worden aan de hand van het door het Capaciteitsorgaan gehanteerde rekenmodel. Zoals gewoonlijk wordt er om deze reden voor gekozen de ontwikkeling van de beroepsgroepen in ieder geval niet in de weg te zitten en minimaal de huidige instroom te handhaven. Op deze manier wordt er ruimte gegeven aan de verdere uitbouw van deze beroepen en tegelijkertijd wordt zo goed mogelijk ingespeeld op de tot nu toe ervaren vraag naar desbetreffende opleidingsplaatsen vanuit het veld. Voor de jaarlijkse instroom tot **klinisch neuropsycholoog** betekent dit tenminste handhaving van de huidige instroom van 16 in twee jaar, of te wel 8 gios op jaarbasis

¹¹² Van Drunen, P., Krul, S. (2010). *Rapport onderzoek niet-BIG-geregistreerden. Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening.*

(zie par.3.2.2). In de wetenschap van een op handen zijnde uitbreiding van deze opleiding ligt het voor de hand ook een maximumadvies te formuleren. In verband met een grotere door het veld voorziene vraag wordt voor de omvang hiervan voorlopig aangesloten bij een verdubbeling tot 16 gios. Benadrukt wordt 'voorlopig', daar nader onderzoek eerdaags zal moeten uitwijzen in hoeverre dit als realistisch kan worden gekenschetst. In het verlengde hiervan heeft het Capaciteitsorgaan geen duidelijke voorkeur voor het minimum of maximum.

Met betrekking tot de **verpleegkundig specialist ggz** gaf het VBOC-rapport uit 2006 een toekomstvisie voor het verpleegkundig beroep. Daarin wordt een tweedeling nagestreefd waarbij sprake is van een eigen beroepsniveau voor zowel verpleegkundigen als verpleegkundig specialisten. Voor dit laatste beroepsniveau wordt in navolging van de situatie in de Verenigde Staten een aandeel van 5% van de totale verpleegkundige populatie nagestreefd¹¹³. Als we de ontwikkeling van de verpleegkundig specialist ggz in Nederland meer in deze richting willen sturen, dan is vanaf 2012 een jaarlijkse instroom van 185 verpleegkundigen in opleiding tot verpleegkundig specialisten ggz nodig. Dit aantal ligt flink hoger dan de huidige instroom in een gemiddelde orde van grootte van jaarlijks 85. Om de eerder genoemde ontwikkeling van deze beroepsgroep in ieder geval niet in de weg te zitten, zal deze instroom tenminste gehandhaafd moeten worden. In die zin resulteert dus een jaarlijks instroomadvies van minimaal 85 en maximaal 185 verpleegkundigen i.o. tot VS-GGZ, waarbij het Capaciteitsorgaan de voorkeur uitspreekt voor het midden daarvan of-te-wel **135**. Naast handhaving biedt dit ook de nodige mogelijkheden om tot de door iedereen gewenste stimulering van deze ontwikkeling te komen. Overigens maakt dit advies geen onderscheid tussen de twee- of driejarige opleiding (zie par.3.2.3).

Recapitulerend adviseert het Capaciteitsorgaan voor deze twee disciplines de volgende instroom:

- Voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog een jaarlijkse instroom van minimaal 8 en maximaal 16 gios;
- Voor de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz een jaarlijkse instroom van minimaal 85 en maximaal 185 (ongeacht of dit de twee- of driejarige opleiding betreft).

Tenslotte worden in tabel 19 alle adviezen nog eens kort samengevat en ter vergelijking naast de feitelijke instroom in 2010/2011 (hoofdstuk 3) en op veelvouden van vijf afgerond.

¹¹³ VBOC (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC-AVVV.

Tabel 19: Huidige gemiddelde instroom (2010/2011) en het nieuwe instroomadvies in personen.

	minimale advies	maximale advies	voorkeur	feitelijk heden
Gz –psycholoog	740	1035	960	900
Klinisch neuropsycholoog	8	16	geen	8
Klinisch psycholoog	230	300	230	100
Psychotherapeut	150	170	160	120
VS-GGZ	85	185	135	85

Bijlage 2: Opleidingsinrichtingen

De opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut worden georganiseerd vanuit 6 regionale opleidingsinstituten (RINO's), de opleiding tot klinisch neuropsycholoog alleen vanuit RINO West-Midden Nederland. De driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ wordt georganiseerd vanuit de opleidingsinstelling GGZ-VS in Utrecht en de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ vanuit 9 hogescholen verspreid door Nederland. De opleidingsinstituten verzorgen het cursorische deel van de opleiding. Voor het praktijkgedeelte van de opleiding hebben de studenten een aanstelling bij een praktijkinstelling. Veel praktijkinstellingen bieden plaatsen voor studenten van meerdere opleidingen maar leiden wel op in één sector. In 2008 en in 2009 was er echter één en in 2010 waren er drie praktijkinstelling die gz-psychologen opleidde voor twee sectoren.

Tabel 20: Overzicht aantal praktijkinstellingen en sector 2008-2010

	Opleidings- instellingen	Praktijkinstellingen met subsidie ¹¹⁴ uit Opleidingsfonds		
		2008	2009	2010
Gz-psycholoog	6	134	156	270
• GGZ		71	83	109
• Verpleeghuiszorg		n.v.t.	n.v.t.	61
• Ziekenhuiszorg		32	40	47
• Gehandicaptenzorg		27	27	43
• Revalidatiezorg		5	7	12
• Epilepsiezorg		0	0	1
Klinisch psycholoog	6	71	73	74
• GGZ		48	51	47
• Ziekenhuiszorg		22	22	26
• Gehandicaptenzorg		1	0	1
Klinisch neuropsycholoog	1	0	n.v.t.	0
Psychotherapeut	6	50	58	61
• GGZ		49	57	60
• Gehandicaptenzorg		1	1	1
VS-GGZ 3-jarig	1	14	17	18
VS GGZ 2-jarig	9	0	0	0

Bronnen: Ministerie VWS, CONO, V&VN

¹¹⁴ Niet alle praktijkinstellingen krijgen subsidie vanuit het Opleidingsfonds voor (al) hun studenten.

Bijlage 3: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2010

	Gz-psycho- loog	Klinisch neuro- psycholoog	Klinisch psycholoog	Psycho- therapeut	VS-GGZ
• Opleiding					
Instroom tot 2010	790	8	57	132	85
Instroom gemiddeld	894	8	79,5	115	85
Instroom vanaf 2012	894	8	64	115	85
percentage vrouwen	85	80	90	80	65
Opleidingsduur	2 jaar	4 jaar	4 jaar	4 jaar	2,8 jaar
Opleidingsrendement (%)	85	80	85	85	70
• Zorgvraag					
Onvervulde vraag	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Factor demografie	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Factor sociaal cultureel	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
Factor epidemiologie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Zorgaanbod					
Werkzame zorgverleners	6035	75	1965	1560	150
Aantal fte	4617	58	1582	1229	116
Gemiddeld fte man	0,80	0,80	0,84	0,85	0,80
Gemiddeld fte vrouw	0,75	0,75	0,78	0,73	0,75
% werkzame vrouwen	70%	51%	58%	52%	60%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%	0%	0%
Uitstroom					
➤ tot 2012/14	22,6%	22,6%	22,6%	21,8%	22,2%
➤ tot 2017/19	44,1%	44,2%	44,2%	42,4%	43,1%
➤ tot 2022/24	61,0%	61,5%	61,5%	59,8%	60,0%
➤ tot 2027/29	72,4%	72,8%	72,8%	71,5%	71,6%
Extern rendement					
➤ Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	98%
➤ Na 5 jaar	85%	95%	95%	90%	95%
➤ Na 10 jaar	80%	90%	90%	85%	90%
➤ Na 15 jaar	75%	85%	85%	80%	85%
• Werkproces					
Efficiency	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%
Substitutie horizontaal	0%	0%	0%	0%	0%
Substitutie verticaal	0%	0%	0%	0%	0%

Bijlage 4: Procedure en betrokken experts

In een aantal vergaderingen van de werkgroep van het CONO is dit advies stap voor stap aan de orde geweest. Tenslotte zijn deze besprekingen op 15 december 2010 afgerond. Daarna is het aan het algemeen bestuur (AB) van CONO aangeboden, die het in de bestuursvergadering d.d. 11 februari 2011 heeft besproken. In aansluiting daarop is dit definitieve advies opgesteld met ondermeer inachtneming van de schriftelijke reactie van het CONO d.d. 24 februari 2011. Deze eindversie is uiteindelijk op 18 maart 2011 door het AB van CONO inhoudelijk geaccordeerd en daarna aangeboden aan het Plenair Orgaan (PO) van het Capaciteitsorgaan. Het Plenair Orgaan heeft het advies tenslotte op 30 maart 2011 formeel vastgesteld.

Werkgroep CONO:

Dhr. drs. R. Bakker (directeur CONO, tot 1 januari 2011)
Dhr. drs. P. Van Drunen (vertegenwoordiger gezondheidszorgpsychologen)
Mw. mr. J. Siemons (vertegenwoordiger klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen)
Mw. drs. Y. Slee (vertegenwoordiger verpleegkundig specialisten ggz)
Dhr. drs. H. Thie (vertegenwoordiger psychotherapeuten)

Algemeen Bestuur CONO:

Dhr. P.J.M. Koopman (voorzitter bestuur CONO)
Drs. H.H.W. de Veen (secretaris bestuur CONO)

Kamers van beroepsbeoefenaars

Mw. M. Scholte
Dhr. Th. H. Roes
Prof. dr. M.J.M. van Son
Drs. P.G.M. Teeuwen
Mw. A. van Reekum
Dr. M.H.M. de Wolf
Mw. drs. W.J. Scheffers
Drs. R.H.M. Benneker
Mw. drs. Y. Slee
Prof. dr. G.F. Koerselman
Dhr. P. Niesink

GGZ Nederland

Drs. R.N. van der Plank
Drs. M.A. Anbeek
Drs. R.W.M. Smeets (vice-voorzitter bestuur CONO)
Drs. R. Hermanides
Dhr. J.W.M. Verbugt (penningmeester bestuur CONO)
Drs. J. J. Kamoschinski

Zorgverzekeraars Nederland

Dhr. R. Laane
Mw. N.H.C.B. Smeets
Mw. drs. J.M. Onnink

Plenair Orgaan Capaciteitsorgaan:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Mw. dr. J. Bont
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn
Mw. dr. M.J. Kaljouw
Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. dr. L. Wigersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Bey
Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld
Dhr. drs. P.J.L. van Heugten
Dhr. drs. P. de Jonge
Dhr. dr. S.J. Noorda
Dhr. H.J. Pijlman
Dhr. prof. dr. H.A.P. Pols
Dhr. drs. P.M.L. Smits (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (vz Dagelijks Bestuur)
Dhr. A.J. Lamping

Literatuurlijst

- Besluit specialisme klinische neuropsychologie, Stcrt . 2008, 96.
- Besluit specialisme klinische psychologie, Stcrt . 2004,251
- Besluit Psychiatrie van het Centraal College Medisch Specialismen van 14 juni 2004
- Besluit Verpleegkundig Specialisme Geestelijke Gezondheidszorg van 9 maart 2009
- Bloemendaal, I., Bisseling, T., Van Eck, L.J. (2010). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen. Deel 2: Over noodzaak, wenselijkheid en haalbaarheid, verslag van drie expertbijeenkomsten*. Kiwa Prismant.
- Capaciteitsorgaan (2010). *Deelrapport 5, Specialist ouderengeneeskunde 2010. Een bijlage bij het integrale Capcriteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg) opleidingen*.
- CBS (2008). *Enquête beroepsbevolking 2008*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- CBS Statline (2010). *Bevolking leeftijd, regio*. Geraadpleegd 15-07-2010, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/?DM=SLNL&PA=03759NED&VW=T>
- CONO kamer gezondheidszorgpsycholoog (2006). *Beroeps- en opleidingenoverzicht Gezondheidszorgpsycholoog*. Geraadpleegd op 22-02-2010, http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_gzp.htm
- CONO Kamer psychiater (2005). *Herziene profielschets Psychiater*. Geraadpleegd op 22-02-2010, http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_psychiater.htm
- CONO kamer psychotherapeut (2006). *Beroeps- en opleidingsoverzicht psychotherapeut*. Geraadpleegd op 22-02-2010, http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_psychotherapeuten.htm
- CONO kamer verpleegkunde GGZ (2006). *Beroeps- en opleidingsoverzicht GGZ Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 22-02-2010, http://www.conoggz.nl/html/beroepsgroepen_verpleegkundigen.htm
- De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De Psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2:Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Psycholoog (2010, oktober). Annonces. De psycholoog. 45,10, p. 58-60.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2010). *Vernieuwing Forensische Zorg*. Geraadpleegd op 07-10-2010, <http://www.dji.nl/Organisatie/Organisatiestructuur/Vernieuwing-Forensische-Zorg/index.aspx>
- LVE (2009). *Jaarcijfers 2008*. Amsterdam: LVE
- GFzP (z.d.). *Klinische psychologie*. Geraadpleegd op 05-03-2010. <http://www.fgzp.nl/>
- GGZ Nederland (2009). *Ontwikkeling Zorgverlening 2000-2008; notitie voor het Capaciteitsorgaan*.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010). *Medewerkers@GGZ 2009. Een inventarisatie van personeel in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010). *Beleid in de GGZ, Beleidsthema's*. Geraadpleegd op 01-09-2010, <http://www.ggznederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleidsthemas.html>

- Hanzehogeschool Groningen (2010). *Kopstukken 12, Advanced Nurse Practice, De twaalfde groep Masters*. 87-108.
- Hilderink, I. & Van 't Land, H. (2008). *GGZ in tabellen 2008*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hutschemaekers, G. & Neijmeijers, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut
- IGZ (18 mei 2010). *Landelijk optreden tegen therapeuten die zich ten onrechte afficheren als psychotherapeut*. Geraadpleegd op 19-05-2010, <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/landelijkoptredentegentherapeutendieziechtenonrechteafficherenalpsychotherapeut.aspx>
- LexusNexus (29 juni 2010) Ggz-leden omarmen deal met zorgverzekeraars, *Zorgvisie*.
- Lexus Nexus (18 september 2010). 'Wij zijn not amused dat de Nza de dbc-tarieven heeft afgekeurd.', *Zorgvisie*.
- LexusNexus (22 september 2010). Verzorg Geesteszieke patiënt thuis. *De Volkskrant*.
- LVE (2010). *Brief aan de fracties van de partijen in de tweede kamer der Staten Generaal, Reactie op ambtelijk rapport heroverwegingen Cure GGZ*. Geraadpleegd op 25-11-2010. http://www.lve.nl/docs/heroverw_email.doc
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (11.02-2011). *Meer bevoegdheden voor verpleegkundig specialist en physician assistant*. Geraadpleegd op 23-02-2011. <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2011/02/11/meer-bevoegdheden-voor-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant.html>
- NHG (2008). *NHG-standpunten toekomstvisie, GGZ in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 31-08-2010. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm
- NIP (2010). *Wat gebeurt er met uw contributie? NIP Jaarverslag 2009*. Nederlands Instituut van Psychologen.
- NVAO (2009). *Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP GGZ*.
- NVP (2010). *Zoek een psychotherapeut*. Geraadpleegd op 27 oktober 2010. <http://www.psychotherapie.nl/NVP/ManageMembersForInternet>
- NVP (2006). *De psychotherapeut*. Geraadpleegd op 16 december 2010. <http://www.psychotherapie.nl/NVP/Internet/ShowSite?cmsMenuId=32>
- NVSPV (2004). *Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige*. Utrecht: AVVV.
- NZA (2010). *Monitor 'De curatieve GGZ in 2009'. Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Utrecht: NZA.
- Poelman, B. & Van Duin, C. (2010). *Bevolkingsprognose 2009-2060*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Raad van de Kinderbescherming (2009). *Functieprofiel gedragsdeskundige*. Den Haag: Ministerie van Justitie
- Van Agtmaal-Wobma, E. & Van Duin, C. (2007). *Bevolkingstrends, 2e kwartaal 2007. Huishoudensprognose 2006-2050: Belangrijkste uitkomsten*. Den Haag.Heerlen: CBS.

- Van der Kwartel, A.J.J., Van der Windt, W. & Nienoord-Buré, C.D. (2010). *De opleidingsbehoefte voor een vijftal gz-beroepen. Een onderzoek naar de vraag en naar het aanbod van vijf BIG-geregistreeerde gz-beroepen*. Utrecht: Kiwa Prismant
- Van Drunen, P. (2009). De Gezondheidszorgpsycholoog en de wet BIG. *De Psycholoog*, p. 333-339.
- Van Drunen, P. (2010). *De toekomstige behoefte aan gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten. Een eerste verkenning*. Kamer gezondheidszorgpsycholoog.
- Van Drunen, P. & Van der Staak, C., (2009). *Van psycholoog in de gezondheidszorg naar gezondheidspsycholoog; een beknopte geschiedenis*.
- Van Drunen, P. & Krul, S. (2010). *Rapport onderzoek niet-BIG-geregistreeerden*. Amersfoort: Van Drunen Bestuursondersteuning.
- Van Hoof, F., Knipsel, A., Wijgaarden, B. & Kok, I. (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos Insitituut
- VBOC (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC-AVVV.
- V&VN Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (z.d.). Kenmerken, Geraadpleegd op 26-05-2010, <http://www.nvspv.nl/>
- Wegwijzerloket (z.d.) *Eigen bijdrage – geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 09-11-2010. http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag_view.asp?pag_id=23676
- Werkgroep Positie Klinisch Psycholoog (2008). *Een specialistisch vak. De positie van de klinisch psycholoog*. Amsterdam: FGzP.
- Zorgverzekeraars Nederland (z.d.). *Inkoopgids GGZ; 1.2 Trends in de GGZ voor 2011 en verder*. Geraadpleegd op 4 oktober 2010. <http://www.zn.nl/beleidsthemas/inkoopgids-ggz/>
- Zorgvisie (2010). *NZa onderzoekt dbc's in de ggz*. Geraadpleegd op 25-08-2010. <http://www.zorgvisie.nl/financiën/nza-onderzoekt-dbc's-in-de-ggz.htm>
- Zwaansdijk, M. & Verhaak, P.F.M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening*. Utrecht: NIVEL.

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