Capaciteits orgaan

Capaciteitsplan 2020-2024

Beroepen Geestelijke Gezondheid

Deelrapport 7

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

Utrecht, november 2018

Capaciteits orgaan

Capaciteitsplan 2020-2024

Beroepen Geestelijke Gezondheid

Deelrapport 7

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

Capaciteits orgaan

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Afkortingen en begrippen 1

Samenvatting 3

1 Inleiding 7
- 1.1 Doel- en taakstelling Capaciteitsorgaan 7
- 1.2 Discipline specifieke aandachtspunten 8
  - 1.2.1 Stand van zaken aandachtspunten raming 2015 8
  - 1.2.2 Aandachtspunten volgende raming 14
- 1.3 Indeling van dit rapport 16

2 Beroepen GG en aangrenzende beroepen en functies 17
- 2.1 Inleiding 17
  - 2.1.1 Gz-psycholoog 17
  - 2.1.2 Psychotherapeut 17
  - 2.1.3 Klinisch psycholoog 18
  - 2.1.4 Klinisch neuropsycholoog 18
  - 2.1.5 Verpleegkundig specialist ggz 19
- 2.2 Overzicht aangrenzende beroepen en functies 19
- 2.3 Verhoudingen tussen disciplines 22

3 Opleidingen 25
- 3.1 Inleiding 25
  - 3.1.1 Bronnen 25
- 3.2 Opleidingstrajecten 25
  - 3.2.1 Opleidingsduur 26
  - 3.2.2 Verkort 26
  - 3.2.3 Daadwerkelijke opleidingsduur 26
  - 3.2.4 Bekostiging 27
- 3.3 Het aantal opleidingsplaatsen: advies, subsidie en instroom 28
  - 3.3.1 Gz-psycholoog 28
  - 3.3.2 Psychotherapeut 30
  - 3.3.3 Klinisch psycholoog 32
  - 3.3.4 Klinisch neuropsycholoog 34
  - 3.3.5 Verpleegkundig specialist ggz 35
- 3.4 Kenmerken opleidelingen en opleidingen 38
  - 3.4.1 Intern rendement opleidingen 38
  - 3.4.2 Rendement personen in opleiding 39
  - 3.4.3 Instroom 40
  - 3.4.4 Man-vrouwverhouding 40
  - 3.4.5 Leeftijdsverdeling opleidelingen 41
- 3.5 Parameterwaarden ‘Opleidingen’ 42

Capaciteitsorgaan

4 Zorgvraag **43**

4.1 Inleiding 43
4.2 Demografie patiëntenpopulatie 43
4.3 Epidemiologie 46
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen 47
4.5 Onvervulde vraag 55
4.5.1 Vacaturegraad 55
4.5.2 Verborgen vacatures 56
4.5.3 Wachttijden 57
4.5.4 Bandbreedte en definitieve parameterwaarden onvervulde vraag 57
4.6 Arbeidstijdverandering 58
4.7 Parameterwaarden 'Zorgvraag' 58

5 Zorgaanbod **59**

5.1 Inleiding 59
5.2 Omvang huidige beroepsgroepen 59
5.2.1 Aantal BIG-registraties per beroep 60
5.2.2 Aantal BIG-geregistreerden 60
5.2.3 Aantal werkzame beroepsbeoefenaren 62
5.2.4 Aantal fte's beroepsbeoefenaren 63
5.3 Instroom in de beroepen GG 66
5.4 Uitstroom uit de beroepen en extern rendement 66
5.4.1 Uitstroom uit het beroep 66
5.4.2 Extern rendement 69
5.5 Kenmerken beroepsgroepen 70
5.5.1 Leeftijdsopbouw beroepsbeoefenaren 70
5.5.2 Aantal fte's naar leeftijd en beroepsgroep 72
5.5.3 Percentage werkzame vrouwen 72
5.5.4 Branche waarin men werkzaam is 73
5.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod' 77

6 Werkproces **79**

6.1 Inleiding 79
6.2 Bronnen 79
6.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen 79
6.4 Efficiency 80
6.5 Substitutie 81
6.5.1 Horizontale substitutie 81
6.5.2 Verticale substitutie 82
6.6 Parameterwaarden Werkproces 83

7 Toekomstscenario's **85**
7.1 Inleiding 85
7.2 Toekomstscenario's 85
7.3 Adviesvarianten per toekomstscenario 87
7.3.1 Adviesvarianten 87
7.3.2 Evenwichtsjaren 88
7.3.3 Tijdelijke of doorgaande trend 89
7.4 Adviesvarianten per beroep 89
7.4.1 Gz-psycholoog 89
7.4.2 Psychotherapeut 90
7.4.3 Klinisch psycholoog 91
7.4.4 Klinisch neuropsycholoog 91
7.4.5 Verpleegkundig specialist ggz 92

8 Overwegingen en advies **93**
8.1 Inleiding 93
8.2 Keuze voor adviesvarianten 93
8.3 Het instroomadvies 93
8.4 Voorkeursadvies 94

Literatuur **95**

Bijlage 1: Conceptuele weergave ramingsmodel **98**

Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden raming **99**

Bijlage 3: Procedure en betrokkenen **101**

Capaciteits
orgaan

Afkortingen en begrippen

De hiernavolgende lijst bevat veel voorkomende afkortingen en begrippen die gebruikt worden in dit Capaciteitsplan.

Beroepen GG	Beroepen Geestelijke Gezondheid
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CRT	Commissie Registratie en Toezicht
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
Disciplinemix	De tijdsverdeling van verschillende beroepen voor de behandeling van één of meerdere patiënten.
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
FGzPt	Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten
Fte	Fulltime-equivalent
gb-ggz	Generalistische basis ggz
g-ggz	Gespecialiseerde ggz
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg, Branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
gz-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
Hbo	Hoger beroepsonderwijs
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
KNP	Klinisch Neuropsycholoog
KP	Klinisch Psycholoog
MANP	Master Advanced Nursing Practice
NVGzP	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
NVO	Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Praktijkopleidings-instellingen	Zorgaanbieders die het praktijkgedeelte van de postacademische BIG-opleiding(en) verzorgen
Opleidingsinstituten	Onderwijsinstellingen die de postacademische BIG- opleidingen verzorgen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
POH	Praktijkondersteuner huisarts
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
RSV	Registratiecommissie specialismen verpleegkunde
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
VGCt	Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
Vs-ggz	Verpleegkundig specialist ggz
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport

Samenvatting

Dit rapport bevat een instroomadvies van het Capaciteitsorgaan aan het ministerie van VWS en het zorgveld over het aantal instromers in de opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz, dat jaarlijks nodig is om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Dit instroomadvies betreft de instroomjaren 2020 tot 2024.

Het vorige instroomadvies van het Capaciteitsorgaan voor deze beroepen geestelijke gezondheid dateert van 2015. Sindsdien hebben zich tal van ontwikkelingen voorgedaan op het vlak van het zorgaanbod, de zorgvraag en het werkproces. Deze ontwikkelingen leiden tot een stijging van het instroomadvies voor de gz-psychologen, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten ggz en een daling voor het benodigde aantal instromers in de opleidingen tot psychotherapeut. Het instroomadvies voor de klinisch neuropsycholoog blijft stabiel. Het Capaciteitsorgaan beschrijft de ontwikkelingen die aan dit advies ten grondslag liggen uitgebreid in dit Capaciteitsplan.

Oplopende tekorten op de arbeidsmarkt

Sinds het verschijnen van het vorige ramingsadvies in 2015 heeft zich een omslag voorgedaan op de arbeidsmarkt voor onder andere de beroepen GG. In 2015 waren zorgaanbieders nog voorzichtig met het uitzetten van vacatures vanwege de onzekerheden over de effecten van de stelselwijziging en de toenmalige discussie over het hoofd-/regiebehandelaarschap. Nu is er sprake van oplopende tekorten op de arbeidsmarkt. Met name de vraag naar klinisch neuropsychologen, klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten-ggz en gz-psychologen is groter dan het huidige aanbod. Bij de psychotherapeuten is de discrepantie tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt minder groot. Een aandachtspunt hierbij is dat de vraag naar psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen de komende jaren sneller zal toenemen dan het aanbod. De belangrijkste reden hiervoor is de achterblijvende instroom in deze opleidingen ten opzichte van het aantal door het Capaciteitsorgaan geadviseerde en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen. De situatie is vooral urgent voor de klinisch psychologen, waar 33% van de werkzamen ouder is dan 60 jaar en er op dit moment al sprake is van een aanzienlijke krapte op de arbeidsmarkt. Sinds het toekennen van beschikbaarheidbijdrage aan de opleiding tot klinisch neuropsycholoog in 2016 is de instroom in deze opleiding aangetrokken. De effecten daarvan zijn over enkele jaren zichtbaar op de arbeidsmarkt.

Zorgbrede toename zorgvraag

De zorgvraag stijgt door toenemende welvaart, technologische ontwikkelingen en demografische ontwikkelingen. Sommige prognoses gaan uit van een verdubbeling van de zorguitgaven in 2040. Tweederde van deze toename is toe te schrijven aan ontwikkelingen in de medische technologie en welvaartsstijging: een derde aan vergrijzing en bevolkingsgroei. Door de vergrijzing en het toenemende aantal ouderen met dementie neemt vooral de vraag naar klinisch neuropsychologen toe. Voor de psychotherapeuten krimpt het aantal patiënten, omdat het aantal 20-65-jarigen terugloopt. Psychotherapeuten behandelen namelijk relatief veel patiënten in deze leeftijdsgroep. Internationaal gezien stijgen de zorguitgaven in Nederland sneller dan gemiddeld. Ook geeft Nederland meer

dan gemiddeld uit aan zorg en relatief veel aan psychische zorg. Uit het Bestuurlijk Akkoord GGZ blijkt dat het landelijk beschikbare budgettair kader de komende jaren in absolute zin stijgt. De relatieve toename van het budget vlakt af. Al met al zal de toename van de zorgvraag bijdragen aan een stijging van de vraag naar de beroepen GG.

Demedicalisering en kwaliteitsslagen

Demedicalisering krijgt vooral bij de ggz meer aandacht. Gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg en leven worden medicijnen, zoals psychofarmaca als antidepressiva en antipsychotica, (deels) vervangen door psychologische of psychotherapeutische interventies. De zorg voor de steeds complexere problematiek wordt ook verbeterd door het inzetten van hoger gekwalificeerde zorgprofessionals. Dit speelt vooral in de ouderenzorg, de gehandicaptensector en in de GGZ. In de GGZ nam de inzet van medisch academisch, paramedisch en medisch assisterend personeel over 2010-2017 sterk af met respectievelijk 59%, 44% en 20%. In diezelfde periode steeg de inzet van gedragswetenschappers (WO en WO+) met 47%.

Hogere vervangingsvraag door groei beroepsgroepen

In lijn met de hiervoor genoemde ontwikkelingen neemt het aantal zorgprofessionals binnen de beroepen GG sterk toe. Gz-psychologen nemen met 10.649 werkzame personen een steeds groter deel van de zorgvraag op zich. Het aantal werkzame gz-psychologen is sinds 2010 vrijwel verdubbeld, met een grote toename vanaf 2015. De grootste stijging laten de vs-ggz zien met een ruime vervijfvoudiging naar 954 werkzamen. Het aantal werkzame klinisch neuropsychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen stijgt sinds 2010 met respectievelijk 85%, 23% en 5% naar 139, 1.913 en 2.069 werkzamen. Deze toenames zorgen voor een hogere vervangingsvraag en verhogen daarmee het ramingsadvies.

Verschuivingen in de disciplinemix

In de nasleep van de stelselwijziging van 2014 zijn er nog steeds verschuivingen van patiëntengroepen en zorgprofessionals zichtbaar in de GGZ. In de gb-ggz is er minder inzet van psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. Taken verschuiven naar gz-psychologen, verpleegkundig specialisten en masterpsychologen. De gb-ggz blijft chronische patiënten en patiënten met enkelvoudige depressies overnemen van de g-ggz met inzet van vs-ggz. In de g-ggz verschuiven taken van psychotherapeuten naar gz-psychologen en klinisch psychologen. De klinisch neuropsycholoog wordt meer ingezet voor complexe diagnostiek. Er is sprake van verdere substitutie van taken van psychiaters naar verpleegkundig specialisten ggz. In de komende 10 jaar is een verdubbeling van de inzet aan verpleegkundig specialisten ggz te voorzien. In meerdere branches blijft de inzet van gz-psychologen, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten achter op de gewenste inzet vanwege de huidige krapte op de arbeidsmarkt of vanwege kostenoverwegingen. In plaats daarvan worden ingezet: masterpsychologen, hbo-verpleegkundigen, hbo-agogen en, in de jeugdhulp, orthopedagogen-generalist of kinder- en jeugdpsychologen NIP.

Zorgprofessionals verlaten ggz-instellingen

Meer klinisch psychologen, psychotherapeuten en gz-psychologen gaan minder in de ggz-instellingen werken en meer als vrijgevestigde. Dit doen zij, omdat zij ontevreden zijn over de werkomstandigheden en werkdruk in ggz-instellingen. Voor psychotherapeuten geldt daarnaast dat ze minder ruimte ervaren voor het uitvoeren van langer durende behandelingen. Gz-psychologen richten zich als vrijgevestigde vaker specifiek op de gb-ggz, waar ze in instellingen steeds vaker in zowel de gb-ggz als de g-ggz ingezet worden. Met name het vertrek van de klinisch psychologen uit de ggz-instellingen zal daar een tekort veroorzaken. Zeker omdat er al een tekort is, een leeftijdsgebonden uitstroom te verwachten is en de instroom in de opleidingen bij ggz-instellingen sterk achterblijft.

Geen efficiencywinst te verwachten

Zorgbreed neemt de efficiency af door toenemende administratieve lasten en (kwaliteits)registratieverplichtingen. Dit gebeurt ondanks horizontaal toezicht in de ggz, schrapsessies en initiatieven om de digitale basis van zorgaanbieders te verbeteren. Hieraan zijn vooral debet: stelselwijzigingen, zorginkoopprocessen en een toenemende vraag om meer informatie over wachttijden, behandelindicatoren en –uitkomsten. In de g-ggz instellingen stijgt de complexiteit van patiënten en daardoor ook het aantal uren per patiënt. In de gb-ggz is de productstructuur gericht op een daling van het aantal uren per patiënt. In de jeugdhulp en gehandicaptenzorg is extra inzet van vooral gz-psychologen nodig, omdat deze branches recent zijn geconfronteerd met ingrijpende wetswijzigingen (Wmo, Jeugdwet, Participatiewet). Dat vergt voorlopig extra administratieve druk en afstemming met vele andere partijen.

Uitstroom jeugdhulp

In 2015 is de Jeugdwet ingegaan waardoor de jeugdhulp, waaronder ggz voor de kinderen en jeugdigen, onder de hoede van de gemeenten is gekomen. De transformatie gaat minder snel en verloopt problematischer dan bij de invoering werd aangenomen. Er zijn legio berichten over professionals in het algemeen en beroepen GG in het bijzonder die de jeugdhulp achter zich laten. Het aantal gz-psychologen dat werkzaam is in de jeugdsector is sinds 2015 met 40% afgenomen. Concreet inzicht in het aantal patiënten in behandeling ontbreekt echter, waardoor een onderbouwde inschatting van de gevolgen voor de vraag naar professionals niet mogelijk is. Mogelijk veroorzaakt de moeizame transformatie en daardoor suboptimale ggz voor jeugdigen op de langere termijn ernstigere ggz-problematiek bij adolescenten en volwassenen. Daardoor zou de zorgvraag in de toekomst groter kunnen worden. Het wederopbouwen van (opleidings)capaciteit en expertise binnen de Jeugdhulp zal hoe dan ook de nodige tijd en middelen vragen.

Aanbevelingen en advies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om het jaarlijks aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen de bandbreedte die wordt weergegeven in Tabel 1. Een jaarlijks aantal instromers binnen de bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Een keuze bovenin de bandbreedte van het advies zorgt ervoor dat de huidige tekorten aan zorgprofessionals sneller worden ingelopen. Daarna is bij gelijkblijvende trends, bijstelling van de instroom

naar beneden nodig om overschotten te voorkomen. Met name voor het beroep van gz-psycholoog zijn momenteel veel personen in opleiding en zal bij continuering van huidige trends en instroom rond 2024 een evenwicht bereikt worden op de arbeidsmarkt. Daarna moet de opleidingscapaciteit naar beneden worden bijgesteld.

Per beroep is een voorkeursadvies geformuleerd met het aantal instroomplaatsen dat het best passend is om in de toekomst (2030) een evenwicht te bereiken tussen zorgvraag en -aanbod op de arbeidsmarkt. Het voorkeursadvies is inhoudelijk gemotiveerd en is voor het merendeel van de beroepen de onderkant van de bandbreedte, omdat onduidelijk is hoe lang de huidige trends aanhouden. Een uitzondering is het voorkeursadvies voor de klinisch psychologen. Gezien de huidige krapte op de arbeidsmarkt en de hoge voorziene leeftijdsgebonden uitstroom (33% van de werkzamen is 60+), is voor dit beroep gekozen voor de bovenkant van de bandbreedte. Het streven is het huidige tekort de komende jaren minder sterk op te laten lopen en later om te buigen naar een balans op de arbeidsmarkt.

Een aandachtspunt bij dit advies is de al jaren achterblijvende instroom in de opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog ten opzichte van het aantal door het Capaciteitsorgaan geadviseerde en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen. De tekorten voor deze beroepen lopen op. Met name de vraag naar klinisch psychologen overstijgt momenteel ruim het aanbod. Het subsidiëren van opleidingsplaatsen volgens het huidige kader, blijkt onvoldoende stimulans om de benodigde instroom te realiseren. Aanvullende maatregelen op het verhogen van de instroom in deze opleiding lijken noodzakelijk om grote tekorten te voorkomen.

Tabel 1: Instroomadvies: het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid

	Bandbreedte instroom-advies 2018	Voorkeurs-advies 2018	Voorkeurs-advies 2015	Voorkeurs-advies 2013
Gz-psycholoog	723 – 787	**723**	524	585
Psychotherapeut	130 – 139	**130**	198	271
Klinisch psycholoog	239 – 270	**270**	226	245
Klinisch neuropsycholoog	21 – 26	**21**	22	20
Verpleegkundig specialist ggz (2- en 3-jarige opleidingen)	160 – 199	**160**	86*	87*

*** voorgaande adviezen hadden alleen betrekking op de 3-jarige opleiding GGZ-VS**

In de vorige raming van 2015 lag het instroomadvies voor de verpleegkundig specialist ggz aanzienlijk lager met 86 plaatsen per jaar. Het vorige advies was echter alleen gericht op de driejarige categorale opleiding GGZ-VS te Utrecht. Dit advies van 2018 omvat voor het eerst ook de benodigde instroom in de tweejarige MANP-opleidingen aan de negen hogescholen voor het ggz-domein. Ten opzichte van het gezamenlijke aantal instromers in de afgelopen jaren in de drie- en tweejarige opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz, liggen de uitkomsten van deze raming hoger. De afgelopen drie jaar lag het aantal instromers in de opleidingen namelijk steeds iets boven de 150 personen.

1 Inleiding

Dit Capaciteitsplan beroepen Geestelijke Gezondheid (GG) 2018 bevat het instroomadvies voor de (vervolg)opleidingen voor de beroepen geestelijke gezondheid: gezondheidszorg (gz-)psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz.[1] Het instroomadvies betreft de jaarlijks benodigde instroom in de opleidingen om in de toekomst een evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken en/of te behouden. Dit Capaciteitsplan voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid geldt voor de periode 2020 tot 2024. Dit instroomadvies wordt uitgebracht op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Dit Capaciteitsplan bevat een instroomadvies voor zowel de twee- als driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Voorgaande Capaciteitsplannen bevatten alleen een advies voor de driejarige categorale GGZ-VS opleiding. Reden hiervoor is dat de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz vanuit de beschikbaarheidbijdrage wordt gefinancierd. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS bekostigen gezamenlijk de tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist. Eerdere instroomadviezen voor de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz kwamen tot stand na raming voor de gehele beroepsgroep van verpleegkundig specialisten. Deze werd vervolgens gecorrigeerd voor de te verwachten instroom in de tweejarige opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz. Het valt niet binnen de taakstelling van het Capaciteitsorgaan om onderscheid te maken naar opleidingstype. Daarom is er in deze raming voor gekozen om één instroomadvies uit te brengen dat zowel de benodigde instroom in de twee- als driejarige opleidingen omvat.

In 2019 brengt het Capaciteitsorgaan een integraal Capaciteitsplan uit, dat behalve het instroomadvies voor de beroepen geestelijke gezondheid ook instroomadviezen bevat voor andere zorgberoepen, zoals klinische (technologische) specialismen en de huisartsgeneeskunde. De vorige raming voor de beroepen geestelijke gezondheid is op verzoek van de minister van VWS een jaar eerder dan gebruikelijk, in 2015, opgesteld. Dit kwam door de ontwikkelingen vanwege het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014-2017 en de afbakening van het hoofdbehandelaarschap.[2] De minister van VWS wil de raming voor de beroepen GG wederom drie jaar na het vorige instroomadvies ontvangen. Er zijn de laatste jaren namelijk diverse ontwikkelingen binnen de GGZ, zoals de inwerkingtreding van het Kwaliteitsstatuut, verschuivende patiëntenstromen door de stelselwijziging en de aanpak van wachttijden.

1.1 Doel- en taakstelling Capaciteitsorgaan

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

a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;

[1] In dit rapport worden de afkortingen ggz en GGZ veelvuldig door elkaar heen gebruikt. De betekenis is echter anders. De afkorting 'ggz' heeft betrekking op de geestelijke gezondheidszorg als vorm van zorg. De afkorting 'GGZ' slaat op de sector/branche Geestelijke GezondheidsZorg.

[2] Zie paragraaf 1.2.1. punt 2.

b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in diverse erkende (vervolg)opleidingen voor zorgprofessionals. Beroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan instroomadviezen uitbrengt zijn: de klinische (technologische) specialismen, huisartsgeneeskunde, mondzorg (kaakchirurgen en orthodontisten), specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geneeskundigen en artsen verstandelijk gehandicapten. In 2014 verscheen de eerste raming van de opleidingen die vallen onder het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO). Daaropvolgend heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht om ook deze opleidingen structureel te ramen.

Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Medio 2012 heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht deze beroepen structureel te gaan ramen. Het jaar daarop is, als onderdeel van het Capaciteitsplan 2013, deelrapport 7 verschenen met een instroomadvies voor de betreffende beroepen. In 2015 verscheen het voorgaande Capaciteitsplan beroepen Geestelijke Gezondheid.

Ook adviseert het Capaciteitsorgaan over de instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en te voorkomen. Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt maximaal 27 zetels, welke gelijk verdeeld zijn onder de zorgverzekeraars, de opleidingsinstellingen en de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Discipline specifieke aandachtspunten

1.2.1 Stand van zaken aandachtspunten raming 2015

In het Capaciteitsplan BGG van 2015 staan zeven aandachtspunten die relevant zijn voor de totstandkoming van dit Capaciteitsplan. Deze aandachtspunten staan hieronder vermeld en zijn voorzien van een toelichting op de stand van zaken en de invloed op dit Capaciteitsplan beroepen Geestelijke Gezondheid 2020-2024.

1. Per 1 januari 2014 is de GGZ omgevormd naar een stelsel met een generalistische basis ggz (gb-ggz), een gespecialiseerde ggz (g-ggz) en een versterkte positie van de huisarts. De eerste gevolgen van deze hervorming op de zorgvraag werden in de loop van 2014 en begin 2015 zichtbaar. Van een stabilisatie van de situatie is echter nog geen sprake. De gevolgen van de stelselwijziging worden gemonitord.

   Stand van zaken:
   Het voornaamste doel van de stelselwijziging was om patiënten tijdig passende zorg te bieden en te voorkomen dat zij onnodig in de g-ggz terechtkomen of blijven. Patiënten met lichte klachten worden geholpen in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de gb-ggz. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de g-ggz. Uitgangspunt is dat patiënten dichtbij huis en minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld.

   Trends in patiëntenstromen duiden inderdaad op een ombuiging van deze stromen na de stelselwijziging in 2014. Relatief gezien is over de periode 2012-2016 een afname van 22% zichtbaar van het aantal patiënten in de g-ggz/2e lijn. Het aantal patiënten in de gb-ggz/1e lijn nam met 9% toe en het aantal patiënten bij de POH-ggz groeide met 332%. Het totaal aantal patiënten dat zorg ontvangt bij de POH-ggz, in de gb-ggz en in de g-ggz nam met 11% toe.[3] De behandeling in de specialistische ggz is intensiever geworden. De zorgzwaarte is toegenomen en het aantal kort(er)durende behandelingen is verminderd.[4]

   De toenemende inzet van de praktijkondersteuner, POH-ggz, binnen huisartsenpraktijken lijkt de geestelijke gezondheidszorg bereikbaarder te hebben gemaakt.[5] Medio 2017 werkt 97% van de huisartsen in de praktijk samen met een POH-ggz. Voor het tweede jaar op rij geeft ruim 80% van de huisartsen aan meer patiënten over te nemen uit de g-ggz dan in voorgaande jaren.[6]

   Voorgaande geschetste verschuiving van patiëntenstromen is terug te zien in een verschuiving van inzet van zorgprofessionals over de verschillende echelons[7] en een verandering van de disciplinemix. In de gb-ggz is er minder inzet van psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. Taken verschuiven naar gz-psychologen, verpleegkundig specialisten en masterpsychologen. De gb-ggz blijft chronische patiënten en patiënten met enkelvoudige depressies overnemen van de g-ggz met inzet van vs-ggz. In de g-ggz verschuiven taken van psychotherapeuten naar gz-psychologen en klinisch psychologen. De klinisch neuropsycholoog wordt meer ingezet voor complexe diagnostiek. Er is sprake van verdere substitutie van taken van psychiaters

[3] KPMG (juni 2018), Monitor generalistische basis GGZ, verslagperiode: 2011-2016.
[4] NZa (2016). Marktscan ggz, zie https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/31/marktscan-ggz-2016
[5] Ministerie van VWS (20-01-2017). Commissiebrief Tweede Kamer inzake het bericht 'Zorg bereikt veel psychiatrische patiënten niet' (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/01/20/kamerbrief-over-het-bericht-zorg-bereikt-veel-psychiatrische-patienten-niet).
[6] LHV (2017). Peiling ggz: Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar. https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit
[7] De echelons binnen de ggz zijn de generalistische basis-ggz (gb-ggz) en de gespecialiseerde ggz (g-ggz)

naar verpleegkundig specialisten ggz. Deze verschuivingen zijn niet los te zien van andere ontwikkelingen zoals de voortschrijdende ambulantisering en het regiebehandelaarschap. (Zie punt 2.)

2. Vanaf 2017 zijn zorgaanbieders in de GGZ verplicht om over een kwaliteitsstatuut te beschikken.[8] De gevolgen van het advies van de Commissie Meurs voor het regiebehandelaarschap worden zichtbaar in de zorgvraag van de gespecialiseerde ggz. Het Capaciteitsorgaan zal de consequenties van de invoering van het concept regiebehandelaar nauwgezet volgen, zodat deze onderdeel kunnen uitmaken van een volgend instroomadvies.

   Stand van zaken:
   Zorginstituut Nederland heeft in maart 2016 het model Kwaliteitsstatuut GGZ opgenomen in haar openbare register voor kwaliteits- en informatiestandaarden en meetinstrumenten.[9] In het model Kwaliteitsstatuut hebben organisaties van zorgaanbieders, belangenbehartigers van patienten, beroepsgroepen en zorgverzekeraars onder andere afspraken gemaakt over het regiebehandelaarschap. Vastgelegd is dat de regiebehandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen het centrale aanspreekpunt.

   In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er sprake is van: een academische opleiding of een daarmee vergelijkbaar niveau, BIG-registratie, relevante werkervaring en periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.[10] Daarnaast worden in het model Kwaliteitsstatuut per echelon (gb-ggz en g-ggz) en type zorgaanbieder (vrijgevestigde of ggz-instelling) specifieke beroepsgroepen genoemd die in aanmerking komen voor het regiebehandelaarschap. Hierbij is de zorgbehoefte van de patiënt bepalend voor de inzet van de juiste expertises. Deze beroepsgroepen zijn opgenomen in de regelgeving van de NZa. Het verschil met de eerdere limitatieve lijst met hoofdbehandelaars is gering. Er is experimenteerruimte gecreeerd voor nieuw toetredende beroepsgroepen om ervaring op te doen. Hiervan is nog zeer beperkt gebruik gemaakt.

   Zorginstituut Nederland evalueert het model Kwaliteitsstatuut GGZ periodiek en stelt het eventueel bij. Naast een toets op doelmatigheid worden bij de evaluatie de volgende elementen betrokken: ervaringen opgedaan binnen de gecontroleerde experimenteerruimte, arbeidsmarkteffecten en effecten voor de (instroom van) opleidingsplaatsen in de ggz voor verschillende beroepen, de wijze waarop de samenhang en mogelijk overlap ontstaat tussen het kwaliteitsstatuut en de nu nog in ontwikkeling zijnde zorgstandaarden.[11] Er is in 2018 een update geweest

[8] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (18-05-2015). Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz.
[9] Zorginstituut Nederland (04-04-2016). Kwaliteitsstatuut GGZ opgenomen in Register. https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx
[10] Model Kwaliteitsstatuut ggz
[11] Toelichting bij model Kwaliteitsstatuut ggz versie 1.0 – 31 maart 2016

met relatief weinig inhoudelijke gevolgen.[12] Het is nog niet bekend wanneer een volgende evaluatie komt.

Het regiebehandelaarschap heeft de inzet van de verschillende beroepsgroepen in de ggz in beperkte mate beïnvloed. De inzet van de beroepen GG in verhouding tot andere beroepsgroepen is verwerkt in deze raming. Het Capaciteitsorgaan zal de evaluatie van het model Kwaliteitsstatuut GGZ en eventuele daaruit voortkomende aanpassingen volgen.

3. Per 1 januari 2015 is de Jeugdwet ingevoerd. Hiermee verschuift de zorginkoop van jeugdhulp naar de gemeenten. De komende drie jaar vindt registratie van zorgverbruik nog vooral plaats binnen dbc-dis. Zodra dat voor gemeenten mogelijk is, kunnen zij overstappen op een ander registratiesysteem. Het is nog onduidelijk welk effect de invoering van de Jeugdwet precies zal hebben op de zorgvraag en hoe de registratie van zorgverbruik er in de toekomst uit zal zien.

   Stand van zaken:
   Na invoering van de Jeugdwet is een aanzienlijk deel van de aanbieders van jeugdhulp gestopt met het registreren van verleende zorg in de DBC-systematiek. Per 31-12-2017 stapten aanbieders en gemeenten over naar een bekostigingssystematiek met drie uitvoeringsvarianten met standaardartikelen en –berichten, waarmee de als hoog ervaren administratieve last teruggebracht moet worden. Hiermee werd het voor het Capaciteitsorgaan al kort na invoering van de Jeugdwet niet langer mogelijk om op basis van een landelijke registratie de omvang van de zorgverlening aan jeugdigen, en daarmee de zorgvraag, op beroepsniveau te monitoren.

   Exploratief onderzoek wijst erop dat de gemiddelde aanmeldwachttijd bij adolescenten en jeugdigen het hoogst is, vergeleken met de wachttijden van andere patiëntengroepen zoals forensische patiënten, ouderen, volwassenen en verslaafden.[13] De gemiddelde aanmeldwachttijd is ongeveer 7 weken, ofwel 3 weken boven de Treeknormen. Mogelijke reden hiervoor is onder andere een te krappe inkoop van zorg door gemeenten.[14] Mogelijk neemt de vraag naar jeugdhulp toe door de laagdrempelige inzet van wijkteams, FACT-teams Jeugd en Gezin[15] en POH-jeugd. In het regeerakkoord van Rutte-III (2017) is vastgelegd dat er extra middelen beschikbaar komen voor de jeugd-ggz.

   Het aantal gz-psychologen dat werkzaam is in de jeugdsector is volgens onderzoek voor dit Capaciteitsplan sinds 2015 met 40% afgenomen.[16] De toekomstige vraag naar en inzet van de beroepen GG binnen de sector jeugd zal door het Capaciteitsorgaan zo veel mogelijk gevolgd worden door: monitoring van wachtlijsten, vacature-onderzoek en onderzoek naar de branches waarin de beroepen GG werkzaam zijn.

[12] https://www.psynip.nl/actueel/nieuws/2018/veldpartijen-ggz-bieden-update-kwaliteitsstatuut-aan/
[13] Significant (29-06-2018), Uitkomsten analyse ggz-wachttijdgegevens op basis van data van Mediquest en Vektis, 5. Zoals aangegeven gaat het om exploratief onderzoek en is verder onderzoek nodig om deze conclusie te valideren.
[14] NRC (17-05-2017). Wachttijden jeugdzorg zijn te lang.
[15] V&VN Magazine (augustus 2017). Problemen in de jeugd-ggz.
[16] Vergelijking 'Nivel (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018' en 'Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz'. Mogelijk is de afname van het aantal fte's aan in de jeugdsector werkzame gz-psychologen groter dan 40%, doordat in de enquête van 201 gevraagd is naar werkzamen in 'jeugdzorg' en in 2018 naar 'jeugdhulp'.

4. In juni 2012 verscheen het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. In vervolg op dit Akkoord hebben de samenwerkende partijen nieuwe afspraken gemaakt over de geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2014-2017. Halverwege 2015 kent het Akkoord een onzekere status. Het Capaciteitsorgaan volgt in hoeverre het Akkoord de komende jaren invloed heeft op de raming van beroepen voor de geestelijke gezondheidszorg.

   Stand van zaken:
   In het najaar van 2015 is het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ opgevolgd door de agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie. De agenda bevat afspraken en streefpunten voor de ggz in 2016 en 2017 en is opgesteld door veldpartijen. Partijen committeren zich in de agenda onder andere aan: het (door)ontwikkelen van het model Kwaliteitsstatuut GGZ, een productstructuur curatieve ggz, een keuze-vormende website voor cliënten, meting van behandeluitkomsten en zorgstandaarden. Andere hoofdpunten zijn het investeren in preventie en vroege interventie, het verbeteren van samenwerking tussen zorgtypen, het instellen van een structureel wetenschappelijk onderzoeksprogramma en samenhangend kennisbeleid en het terugdringen van administratieve lasten. De agenda zet daarmee de in het Bestuurlijk Akkoord uitgezette lijnen voort. Een aantal streefpunten is inmiddels in praktijk gebracht, waaronder de implementatie van het model Kwaliteitsstatuut GGZ. (Zie 'Stand van zaken' punt 2.) Op andere punten is men nog bezig met (door)ontwikkeling. Om deze reden is het moeilijk om exact aan te wijzen op welke wijze het Bestuurlijk Akkoord de behoefte aan de beroepen GG heeft beïnvloed.
   In 2018 is een nieuw Bestuurlijk Akkoord gesloten.[17] Voor dit advies relevante zaken zijn onder meer dat er geld is vrijgemaakt voor meer opleidingsplaatsen gz-psycholoog en voor opleidingen voor beroepen die bijdragen aan wachtlijstreductie. Het is goed mogelijk dat effectuering van het Bestuurlijk Akkoord leidt tot gevolgen voor de raming, bijvoorbeeld meer verticale substitutie. Het is echter te vroeg om de mogelijke gevolgen van dit Bestuurlijk Akkoord te kwantificeren.

5. Er is een onzekere factor in het verdisconteren van het aantal instromers in de tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist ggz aan de hogescholen in het instroomadvies voor de driejarige categorale GGZ-VS opleiding. Voor studenten aan de tweejarige opleiding is het namelijk mogelijk om gedurende de opleiding te wisselen van specialisme. Door het generalistische karakter van de tweejarige opleidingen aan de hogescholen kan ook na de opleiding, na het volgen van een aanvullend scholingsprogramma, gewisseld worden van specialisme. Door deze uitval kan het uiteindelijk aantal gediplomeerden sterk afwijken van verwachtingen op basis van de instroom.

   Stand van zaken:
   Het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR) heeft nog geen informatie beschikbaar over het percentage instromers per specialisme dat daadwerkelijk een diploma behaalt binnen dat specialisme: het interne rendement. Via de opleidingen zijn hierover wel gegevens verkregen. (Zie

[17] Zie https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/07/11/hoofdlijnenakkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ondertekend.

hoofdstuk 3.) De Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) verwacht voor een volgende raming gegevens te kunnen leveren over het interne rendement en de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur van de opleidingen tot verpleegkundig specialist naar specialisme. Wat betreft de al in het beroep geregistreerde personen leert navraag bij de RSV dat zich jaarlijks gemiddeld genomen enkele verpleegkundig specialisten ggz registreren in een tweede specialisme binnen de somatische zorg. Hierbij blijft de registratie in het eerste specialisme behouden, tenzij dit actief wordt opgezegd of men niet langer voldoet aan de eisen voor herregistratie. Mogelijk worden de vier specialismen somatiek in 2020 samengevoegd tot één specialisme algemene gezondheidszorg (AGZ). Hiernaast blijft het specialisme ggz bestaan.[18]

6. Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken start in 2015 een verkorte opleiding tot klinisch psycholoog. De opleiding duurt 2,5 jaar in plaats van de gebruikelijke 4 jaar. Vanaf 2015 is het voor psychotherapeuten die uiteindelijk de opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog willen gaan volgen, ook mogelijk om een verkorte opleiding van één jaar tot gz-psycholoog te volgen.

   Stand van zaken:
   In 2015, 2016 en 2017 stroomden respectievelijk 21, 7 en 10 psychotherapeuten in in het verkorte traject van de opleiding tot klinisch psycholoog. In de reguliere opleiding tot klinisch psycholoog stroomden er in deze jaren respectievelijk 157, 119 en 122 personen in. Het aantal psychotherapeuten in het verkorte traject tot gz-psycholoog bleef in deze jaren beperkt tot 15, 2 en 3. De instroom in de verkorte opleidingstrajecten is beperkt en de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur van de verkorte trajecten is niet aanzienlijk lager dan de daadwerkelijke duur van de reguliere opleidingstrajecten. (Zie hoofdstuk 3.) De impact van deze verkorte opleidingen op de ramingsadviezen is daardoor erg klein.

7. Het merendeel van de parameterwaarden is gebaseerd op onderzoeken en vakliteratuur. Voor het vaststellen van de werkprocesparameters heeft het Capaciteitsorgaan gebruik gemaakt van expertinschattingen. Het volgende ramingstraject scherpt het Capaciteitsorgaan deze onderzoeksmethodiek aan op basis van opgedane ervaringen en vindt verdere verkenning plaats van andere methoden voor het in kaart brengen van de werkprocesparameters. Ook in de kwantitatieve onderzoeken blijft continue aandacht voor betrouwbaarheid en validiteit.

   Stand van zaken:
   Bij de totstandkoming van de raming voor de beroepen GG van 2018 heeft het Capaciteitsorgaan voor het inventariseren van de werkprocesontwikkelingen gebruik gemaakt van een cluster van onderzoeksmethoden. Naast de gebruikelijke gesprekken met veldexperts, zijn groepsinterviews gehouden met vertegenwoordigers van en beroepsbeoefenaars uit diverse branches en hebben twee praktijksimulaties plaatsgevonden, waarbij het besluitvormingsproces binnen een ggz-aan-

[18] https://vsregister.venvn.nl/Het-register/Nieuws/Berichten/ID/2044958/Advies-twee-specialismen-voor-verpleegkundig-specialisten-in-plaats-van-vijf (geraadpleegd op 31-08-2018).

bieder in een gesimuleerde setting is nagebootst. Ook zijn declaratiedata op beroepsniveau geanalyseerd. (Zie hoofdstuk 6.) Door de combinatie van onderzoeksmethoden en –bronnen kon het Capaciteitsorgaan informatie uit meerdere invalshoeken verwerken in deze raming.

1.2.2 Aandachtspunten volgende raming

Het Capaciteitsorgaan volgt nauwgezet de ontwikkelingen voor de totstandkoming van het volgende Capaciteitsplan. Waar relevant worden deze aandachtspunten verwerkt in het volgende instroomadvies.

1. Een aandachtspunt bij dit advies is de al jaren achterblijvende instroom in de opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog ten opzichte van het aantal door het Capaciteitsorgaan geadviseerde en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Voor deze beroepen is sprake van oplopende tekorten. Het subsidiëren van opleidingsplaatsen volgens het huidige kader, blijkt onvoldoende om de benodigde instroom te realiseren. Het komende ramingstraject monitort het Capaciteitsorgaan de instroom in de opleidingen en worden oorzaken van de achterblijvende instroom in kaart gebracht. Mogelijk stromen er meer personen in de opleiding, na aanpassing van de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage naar aanleiding van kostenonderzoek door de NZa.19 Ook de instroom in de opleiding tot klinisch neuropsycholoog bleef tot 2016 achter en is na de verhoging van de beschikbaarheidbijdrage aangetrokken.[20] Het effect hiervan, een hogere instroom, is binnen enkele jaren pas zichtbaar op de arbeidsmarkt.
2. Op 11 juli 2018 hebben partijen in de GGZ een Bestuurlijk Akkoord21 gesloten voor de periode 2019 tot en met 2022. In dit Akkoord zijn afspraken gemaakt over onder meer: het declarabel maken van bepaalde beroepen (4.1.a. in het Akkoord), het beschikbaar stellen van 150 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen, het eenmalig maximaal € 20 miljoen beschikbaar stellen voor opleidingen die het meest bijdragen aan het oplossen van wachttijden en het realiseren van ‘state of the art’ opleidingsplaatsen met een kostendekkende beschikbaarheidbijdrage (4.1.b. in het Akkoord). Deze afspraken kunnen invloed hebben op het aanbod aan opleidelingen. Het Capaciteitsorgaan zal deze invloed monitoren en waar nodig verwerken in een volgende raming.
3. In het komende ramingstraject wordt verder onderzoek gedaan naar de substitutie van de inzet van psychotherapeuten naar andere beroepen bij ggz-instellingen. De huidige verschuivingen die inzichtelijk zijn gemaakt met onderzoek naar het werkproces[22] zijn zeer omvangrijk en het is niet zeker of deze verschuivingen door te trekken zijn naar de toekomst. Verder onderzoek is nodig om in kaart te brengen hoe de inzet van de psychotherapeuten zich ontwikkelt.
4. Meer klinisch psychologen, psychotherapeuten en gz-psychologen verlaten de instellingen en gaan (al dan niet in deeltijd) als vrijgevestigde werken door de lange wachttijden, werkomstandigheden en werkdruk in instellingen. Dit doet zich ook voor bij psychiaters. In hoeverre deze verschuivingen in capaciteit effect hebben op de invulling van de zorgvraag is nog onge-

[19] NZa (2018). Beschikbaarheid van (medische) vervolgopleidingen ggz. Kostenonderzoek 2016-2018. Tussenrapportage. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_237759_22/1/
[20] De opleiding tot klinisch neuropsycholoog komt vanaf 2016 in aanmerking voor een beschikbaarheidbijdrage.
[21] https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/paul-blokhuis/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022
[22] CAOP (2018). Werkprocesonderzoek vijf beroepen GG.

wis. Het aantal fte's dat deze zorgprofessionals werken is vrijwel gelijk voor degenen werkzaam in ggz-instellingen en degenen die actief zijn als vrijgevestigde. Wel is er binnen de gedeclareerde uren een verschil zichtbaar in de verhouding directe/indirecte tijd: het aandeel directe tijd ligt voor de gz-psychologen en psychotherapeuten hoger binnen de vrijgevestigde praktijken. Voor de klinisch psychologen is dit aandeel vrijwel gelijk.
De verschuivingen gaan in sommige gevallen ook gepaard met de formele beëindiging van het dienstverband, waarna wordt overgegaan tot een vorm van inhuur, bijvoorbeeld als zzper. In de volgende raming besteedt het Capaciteitsorgaan zo nodig aandacht aan de impact van deze verschuivingen op de capaciteit en spreiding van de inzet aan zorgprofessionals. In combinatie met het huidige tekort, de voorziene uitstroom en de beperkte instroom aan klinisch psychologen zijn met name bij de ggz-instellingen tekorten te voorzien.

5. In 2015 is de Jeugdwet ingegaan waardoor de jeugdhulp, waaronder ggz voor de kinderen en jeugdigen, onder de hoede van de gemeenten is gekomen. De transformatie gaat minder snel en verloopt problematischer dan bij de invoering werd aangenomen. Er zijn legio berichten over professionals in het algemeen en beroepen GG in het bijzonder die de jeugdhulp verlaten. Concreet inzicht in het aantal patiënten in behandeling ontbreekt, waardoor een onderbouwde inschatting van de gevolgen voor de vraag naar professionals niet mogelijk is. Het aantal gz-psychologen dat werkzaam is in de jeugdsector is sinds 2015 met 40% afgenomen.[23] Ook van de omvang en het type zorg dat verleend wordt door GG-professionals in de forensische zorg en gehandicaptensector ontbreekt een volledig landelijk beeld.[24] Een volledig beeld bestaat er in dit opzicht van de revalidatiesector.[25] Het komende ramingstraject volgt het Capaciteitsorgaan de ontwikkeling van de inzet van de beroepen GG in de jeugdhulp, maar ook in de forensische zorg en gehandicaptensector.
6. Parallel aan deze raming loopt een pilot van de NZa om de productstructuur in de GGZ aan te passen. In hoeverre deze wijziging van invloed zal zijn op de inzet van zorgprofessionals is nog ongewis. Het Capaciteitsorgaan volgt de ontwikkelingen op dit vlak op de voet. De NZa werkt ook aan nieuwe DBC-tarieven per 2020, tenzij de nieuwe productstructuur er dan al is. In dat geval zijn het tarieven voor de nieuwe prestaties. Ook dat zou kunnen leiden tot verschuivingen in de zorginkoop 2020 en daarmee van vraag en aanbod.
7. Er zijn signalen dat steeds vaker budgetplafonds leiden tot het niet geheel voldoen aan de zorgvraag. Onduidelijk is hoe groot dit effect is. Op dit moment ziet het Capaciteitsorgaan daarom geen reden hier een correctie door te voeren op de parameter onvervulde vraag.[26] Het Capaciteitsorgaan zal deze parameter blijven monitoren en deze zo nodig inpassen in een volgende raming.

[23] Vergelijking 'Nivel (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018' en 'Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz'. Mogelijk is de afname van het aantal fte's aan in de jeugdsector werkzame gz-psychologen groter dan 40%, doordat in de enquête van 2015 gevraagd is naar werkzamen in 'jeugdzorg' en in 2018 naar 'jeugdhulp' (hoewel in het rapport over 'jeugdzorg' wordt gesproken).
[24] In het rapport "Forensische zorgen. Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg" wordt geconcludeerd dat er een "numeriek arbeidsmarkttekort" is .
[25] Zie daarvoor het rapport "Uitkomsten enquête psychologen in de revalidatie" van Revalidatie Nederland.
[26] Zo blijkt uit de marktscan ggz van de NZa (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3600_22/1/, geraadpleegd 3 september 2018) dat dit effect niet groot is: 'De inschatting van de NZa is dat er maandelijks ongeveer 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijgevestigden indien deze capaciteit vrijgemaakt wordt'). Zie ook de Kamerbrief van 17 juli 2018 betreffende 'wachtlijsten in de ggz'.

8. In het najaar van 2018 doet P3NL vanuit beroepsverenigingen een projectvoorstel aan VWS voor een nieuwe beroepenstructuur voor de ggz. Het Capaciteitsorgaan monitort deze ontwikkeling en de mogelijke invloed ervan op de benodigde opleidingscapaciteit.
9. In het verlengde van Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022 zijn afspraken gemaakt over verkorte opleidingstrajecten voor de opleidingen tot gz-psycholoog. Per 1 januari 2019 komen VGCt- en NVO-geregistreerden in aanmerking voor een vrijstelling van maximaal 6 maanden. Het Capaciteitsorgaan monitort de instroom in deze verkorte trajecten en de impact daarvan op het eerder beschikbaar komen van gediplomeerde gz-psychologen op de arbeidsmarkt.
10. In 2018 is het eerste, richtinggevend advies voor de verslavingsartsen verschenen. In het volgende Capaciteitsplan voor de Beroepen GG zullen ook de verslavingsartsen geraamd worden. Het Capaciteitsorgaan monitort dan ook de ontwikkelingen rondom dit beroep.

1.3 Indeling van dit rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de positie die de vijf **beroepen** geestelijke gezondheid innemen in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar raakvlakken zijn met aangrenzende beroepen en functies.
Hoofdstuk 3 beschrijft de **opleidingen** tot de beroepen GG en hun kenmerken. Ook bevat dit hoofdstuk een overzicht van eerdere instroomadviezen en de gerealiseerde instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren. De parameters voor de opleidingen zijn: instroom tot 2018, gemiddelde jaarlijkse instroom, verwachte instroom vanaf 2019, het percentage vrouwen in opleiding, de opleidingsduur en het intern rendement van de opleidingen.
Hoofdstuk 4 bespreekt de verwachte omvang van de **zorgvraag**. Het Capaciteitsorgaan houdt zoveel mogelijk rekening met voorziene demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook de eventuele onvervulde vraag, oftewel de actuele discrepantie tussen vraag en aanbod, wordt in de raming betrokken.
Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan zorgprofessionals. Voor een deel zijn de zorgprofessionals die in de toekomst (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe beroepsgroepen zich hebben ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's en hoeveel uitstroom verwacht kan worden in de toekomst.
De afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod: het **werkproces**, wordt beschreven in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft fte's beroepsbeoefenaar gecorrigeerd voor vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en taakverschuivingen.
Aan het eind van elk van de voorgaande hoofdstukken staat een overzicht van de gegevens die dienen als invoerwaarden, de parameterwaarden, voor het ramingsmodel. Hoofdstuk 7 beschrijft de uitkomsten van het ramingsmodel in vijf **toekomstscenario's** met bijbehorende adviesvarianten. De verschillen tussen de varianten bestaan onder andere uit het aantal parameters dat meegenomen is in de berekeningen.
Hoofdstuk 8 bevat de definitieve keuze voor een adviesvariant met bijbehorende **overwegingen en advies**. Het instroomadvies en dit Capaciteitsplan Beroepen GG 2020-2024 zijn aangeboden aan de minister van VWS en veldpartijen.

2 Beroepen GG en aangrenzende beroepen en functies

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het ontstaan en de werkzaamheden van de beroepen GG: de gezondheidszorg (gz-)psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist ggz. De raming voor de beroepsgroep van psychiater is onderdeel van het instroomadvies Medisch Specialisten.

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) onderscheidt in artikel 3 twee zogenoemde basisberoepen: gz-psycholoog en psychotherapeut. De gz-psycholoog kan zich door een vervolgopleiding specialiseren tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog. In de wet BIG vallen deze specialistenberoepen onder artikel 14. Ook de verpleegkundig specialist valt onder artikel 14 van de wet BIG. Momenteel is er een wetsvoorstel om de orthopedagoog-generalist op te nemen onder artikel 3 in de wet BIG. In het najaar van 2018 ontwikkelen beroepsverenigingen een projectvoorstel voor de doorontwikkeling van de beroepenstructuur en bijbehorende opleidingsroutes in de ggz.

Een overzicht van de verschillende opleidingstrajecten is te vinden in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 5 is te lezen in welke (sub)branches de verschillende beroepsbeoefenaren werkzaam zijn.

2.1.1 Gz-psycholoog

Het beroep bestaat officieel sinds 1998 toen het is opgenomen in artikel 3 van de wet BIG. Tot het gebied van deskundigheid van de gz-psycholoog wordt gerekend: het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand.[27]De gz-psycholoog is de psycholoog-generalist in de gezondheidszorg. Tot het takenpakket van de gz-psycholoog behoren diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van uiteenlopende psychische aandoeningen, variërend van enkelvoudig tot matig complex. De behandelingen die hij uitvoert zijn doorgaans relatief kortdurend en klachtgericht, maar kunnen ook 1.800 of meer minuten, oftewel 30 zittingen, beslaan. Een deel van de behandelingen is in protocollen en richtlijnen beschreven.[28] Het bijbehorende repertoire van behandelmethoden is gebaseerd op de wetenschapsgebieden van de orthopedagogiek en psychologie.

2.1.2 Psychotherapeut

Vooruitlopend op de wet BIG werd in 1986 een overheidsregister voor psychotherapeuten ingesteld met een bijbehorende overgangsregeling voor inschrijving in de wet BIG. Sinds 1998 is het beroep binnen de wet BIG, art. 3, erkend en is de titel psychotherapeut beschermd. Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend: het onderzoeken en het, volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden, beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en hou-

[27] Art. 25 Wet BIG. Bepalingen inzake de beroepen. Geraadpleegd op 20-10-2017, van http://maxius.nl/wet-op-de-beroepen-in-de-individuele-gezondheidszorg/hoofdstuk3/afdeling1/paragraaf4.
[28] NVGzP (2017). De gz-psycholoog. Beroepsprofiel: https://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2018/01/Brochure-GZ-psycholoog-160x230mm-definitief-met-aanpassing-jan.-2018-blz.-12.pdf

dingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen.[29] De problematiek kan in de persoonlijkheid van de patiënt geworteld zijn en/of sterk verweven zijn met diens relationele context. De problematiek die een psychotherapeut behandelt, onderscheidt zich van enkelvoudige, recent ontstane psychische en psychosociale problemen die in de eerste lijn met begeleiding of behandeling door bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog in een beperkt aantal sessies zijn op te lossen. Naast de psychotherapeut zijn ook de psychiater en de klinisch psycholoog wettelijk bevoegd tot het behandelen van patiënten door middel van psychotherapie. Psychiaters en klinisch psychologen beheersen de psychotherapie als 'facetdeskundigheid', als onderdeel van een breder beroepsprofiel.[30] De psychotherapie kent een lange geschiedenis, maar de titel psychotherapeut kwam pas rond de jaren zestig van de vorige eeuw in gebruik.

2.1.3 Klinisch psycholoog

De klinische psychologie is in 2005 erkend als specialisme van de gezondheidszorgpsychologie.[31] De klinisch psycholoog is een specialist binnen de gezondheidszorgpsychologie. De primaire expertise van de klinisch psycholoog is de diagnostiek en behandeling van complexe of minder vaak voorkomende psychische problematiek. De klinisch psycholoog is een scientist-practitioner, die in staat is wetenschappelijke kennis te vertalen naar de praktijk en op wetenschappelijke wijze kan reflecteren op zijn werk. De opleiding tot klinisch psycholoog omvat onder meer de opleiding tot psychotherapeut. Op basis hiervan hebben klinisch psychologen de mogelijkheid om zich tevens te laten registreren als psychotherapeut.[32]

2.1.4 Klinisch neuropsycholoog

Het specialisme is in 2008 erkend als tweede specialisme binnen de gezondheidszorgpsychologie. De titel 'klinisch neuropsycholoog' is sinds 2009 wettelijk beschermd. Het deskundigheidsgebied van de klinisch neuropsycholoog omvat: de diagnostiek, voorlichting, begeleiding en behandeling van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersendisfuncties, alsmede wetenschappelijk onderzoek, zorginnovatie en zorgmanagement op dit terrein.[33] De klinisch neuropsycholoog maakt bij het verrichten van specialistische diagnostiek en behandeling een vertaalslag naar het dagelijks functioneren, waarbij ook nadrukkelijk de omgeving wordt betrokken. Een belangrijke taak voor de klinisch neuropsycholoog is te bepalen in hoeverre de klachten en stoornissen toegeschreven kunnen worden aan neurologische, organisch-cerebrale pathologie dan wel (geheel of gedeeltelijk) aan andere factoren. Dit zijn bijvoorbeeld pijn, angst, vermoeidheid, persoonlijkheidsproblematiek, somberheid of onderpresteren. Net als de klinisch psycholoog is de klinisch neuropsycholoog een scientist-practitioner die zijn rol als gespecialiseerd behandelaar combineert met onderzoek en de ontwikkeling en verspreiding van nieuwe kennis en beleid.[34]

[29] Art. 27 Wet BIG. Bepalingen inzake de beroepen. Geraadpleegd op 20-10-2017, van http://maxius.nl/wet-op-de-beroepen-in-de-individuele-gezondheidszorg/hoofdstuk3/afdeling1/paragraaf5.
[30] NVP (2007). Beroepsprofiel psychotherapeut: https://assets.psychotherapie.nl/p/229378/files/Beroepsprofiel.pdf .
[31] https://www.fgzpt.nl/de-fgzpt/over-de-beroepen/klinisch-psycholoog (geraadpleegd op 31-08-2018).
[32] NVGzP en NIP (2015). De klinisch psycholoog. Beroepsprofiel. *Herziene versie*. https://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2017/10/Beroepsprofiel-Klinisch-Psycholoog-herdruk.pdf
[33] In artikel 2 van het besluit specialisme klinische neuropsychologie, Stcrt . 2008, 96.
[34] NVGzP en NIP (2015). De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel. *Herziene versie*. https://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2017/10/Beroepsprofiel-Klinisch-Neuropsycholoog-herdruk.pdf

2.1.5 Verpleegkundig specialist ggz

Vanaf juni 2009 is de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg, oftewel de verpleegkundig specialist ggz, erkend als specialisme in de wet BIG (art. 14) en daarmee beschermd als beroepstitel.[35] Tot het gebied van deskundigheid wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische handelingen betrekking hebbend op de preventie, spoedeisende behandeling, begeleiding en ondersteuning van (patiënten met) psychische stoornissen.[36] De verpleegkundig specialist ggz biedt, als hoofd- of medebehandelaar, medische en verpleegkundige zorg bij patiënten met psychiatrische stoornissen en hun omgeving. De verpleegkundig specialist ggz behandelt, begeleidt en ondersteunt patiënten met hoogcomplexe problemen op meerdere levensgebieden en verricht triage en screening bij aanmelding en spoedeisende zorgvragen. De verpleegkundig specialist ggz is bevoegd tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen: het geven van injecties, het verrichten van puncties, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.[37][38]

Van 1 januari 2012 tot 31 december 2017 was er een tijdelijke wetswijziging van kracht die bepaalt dat onder andere verpleegkundig specialisten ggz zelfstandig een aantal voorbehouden handelingen, waaronder het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, mogen indiceren en uitvoeren.[39] Dit houdt praktisch gezien in dat bepaalde taken structureel van bijvoorbeeld een psychiater naar een verpleegkundig specialist ggz kunnen worden overgedragen. Vanaf 1 januari 2018 heeft deze zelfstandige bevoegdheid een definitieve status.[40]

De functie verpleegkundig specialist ggz bestond al voor de erkenning van het specialisme in de wet BIG in 2009. Vanaf 1998 werden er verpleegkundig specialisten voor de ggz opgeleid via een driejarige opleiding. In 2009 verwierf deze opleiding de onderwijsgraad Masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP).[41] Dit was één van de eisen om te worden erkend als opleiding tot het beroep van verpleegkundig specialist ggz. Voor 2009 werkten er Nurse Practitioners (NP's) in de ggz, opgeleid door de hogescholen. Deze NP's konden zich tot 1 juli 2012 via een overgangsregeling inschrijven in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). Iedereen die na 2006 een van deze twee opleidingen heeft gevolgd, mag zich direct inschrijven in het VSR en de beschermde beroepstitel dragen.

2.2 Overzicht aangrenzende beroepen en functies

De vijf beroepen geestelijke gezondheid staan in deze raming centraal. In de praktijk werken deze beroepsgroepen samen met zorgprofessionals in aangrenzende beroepen en functies. Deze paragraaf bevat een beknopte beschrijving van deze aangrenzende beroepen en functies, waarmee wellicht gedeeltelijke taakherschikking kan plaatsvinden, nu of in de toekomst. Het betreft geen volledige opsomming.

[35] Daarnaast zijn er nog vier andere verpleegkundige specialismen voor specifiek somatische aandoeningen, t.w. acute-, chronische -, intensieve - en preventieve zorg. Voor de geestelijke gezondheidszorg is deze onderverdeling niet van toepassing.
[36] Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg, artikel 2. Staatscourant, 05-06-2009.
[37] Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Deel 4. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.
[38] Uitsluitend op Recept verkrijgbare middelen
[39] Staatsblad 2011, 659.
[40] Staatsblad (13-10-2017). Dossier 34630.
[41] NVAO (2009). Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP ggz.

Allereerst de huisarts[42] die het eerste aanspreekpunt is voor mensen met psychische klachten. In de huisartspraktijk kunnen patiënten met psychische problematiek, al dan niet DSM geclassificeerd, met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren en met een relatief korte ziekteduur begeleid worden.[43] De huisarts werkt steeds vaker met een Praktijkondersteuner Huisarts (POH) ggz die zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg biedt aan alle patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard[44]. 97% van de huisartsen geeft eind 2017 aan in de praktijk samen te werken met een POH-ggz.[45] In 2014 was dat nog 70%.[46] De functie van POH-ggz wordt ingevuld door diverse beroepsgroepen, waaronder SPV'ers (51%), psychologen (38%), maatschappelijk werkers (14%), verpleegkundigen (10%) en orthopedagogen (4%).[47]

Een andere aangrenzende beroepsgroep is de psychiater. Dit is een arts die zich na de studie geneeskunde verder heeft gespecialiseerd in het geneeskundige specialisme psychiatrie.[48] Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater zowel de therapeutische relatie als technieken die de verstoring opheffen, of de gevolgen daarvan verzachten. Daarnaast maakt de psychiater ook gebruik van psychofarmacologische behandelingen. Een deel van de psychiaters heeft ook een registratie als psychotherapeut, mede omdat ten tijde van de overgangsregeling alle psychiaters zich óók konden registreren als psychotherapeut. Tegenwoordig kunnen psychiaters zich na hun opleiding alleen als psychotherapeut laten registreren als zij zich tijdens hun opleiding specifiek laten scholen in dit kennisgebied.

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

[42] De huisarts is een geneeskundig specialist, ingeschreven in het specialistenregister voor Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC). Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroep, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Meer informatie over dit beroep is te vinden in deelrapport 2 van het meest recente Capaciteitsplan, te vinden onder publicaties op www.capaciteitsorgaan.nl
[43] Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz (februari 2016). Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.
[44] LHV, NHG. Functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014.
[45] LHV (2017). Peiling: Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar. Zie ook Marktscan 2016 van de NZa, https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/06/01/meer-patienten-naar-poh-ggz-zorgvraag-gespecialiseerde-ggz-complexer (geraadpleegd op 03-09-2018).
[46] KPMG Plexus (2014). Monitor Generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2014.
[47] LHV (2017). Peiling: Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar.
[48] Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroep, maar deze beroepsgroep valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Meer informatie over de psychiater is te vinden in deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2016 over de medisch – en klinisch technologische specialisten.

Ook zijn er nog verschillende groepen behandelend artsen die relatief vaak te maken hebben met patiënten met psychische klachten.[49] In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dit de artsen verstandelijk gehandicapten, in de ouderenzorg de specialisten ouderengeneeskunde, in de verslavingszorg de verslavingsartsen en in de ziekenhuissector onder meer revalidatieartsen, kinderartsen en klinisch geriaters. Deze artsen werken, bij psychische klachten, vaak samen met de gz-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog en orthopedagoog.

Verder werkt een groot aantal WO-opgeleide psychologen, masterpsychologen genoemd, geestelijk gezondheidskundigen (nu masters Mental Health) en (ortho)pedagogen naast de BIG-geregistreerden in de gezondheidszorg. Zij werken in de jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz), de jeugdgezondheidszorg, (jong)volwassenen ggz, volwassenen ggz, gehandicaptenzorg (lichamelijk, zintuigelijk en verstandelijk), onderwijs, forensische zorg, ouderenzorg en in de functie van POH-ggz in de huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn masterpsychologen werkzaam in de revalidatie, verslavingszorg, of op het gebied van arbeid en gezondheid. Masterpsychologen en (ortho)pedagogen verrichten in deze werkvelden soortgelijke taken. Zij zijn doorgaans behandelaren als het gaat om zorg, diagnostiek en behandeling in de hierboven genoemde werkvelden.

In het Kwaliteitsregister Jeugd[50] zijn de registraties kinder- en jeugdpsycholoog en orthopedagoog-generalist als gelijkwaardig aan het niveau van dat van de gz-psycholoog opgenomen. Zij zijn net als de gz-psycholoog bekwaam om als zelfstandig behandelaar te werken in de zorg, diagnostiek en behandeling. In 2018 beraadt de Raad van State zich over een wetsvoorstel om de orthopedagoog-generalist op te nemen in artikel 3 van de wet BIG.

Naast de (post)academisch geschoolde psychologen en (ortho)pedagogen zijn er ook afgestudeerde hbo'ers met een oriëntatie op psychologische en pedagogische behandelmethodes werkzaam in de gezondheidszorg. Deze groep verricht veelal duidelijk afgebakende geprotocolleerde werkzaamheden. Het praktisch toepassen van bestaande behandelmethoden vormt dan ook de basis van de hbo-opleiding 'Toegepaste psychologie'. Beroepen waarin zij werkzaam zijn, zijn bijvoorbeeld: groepsopvoeder jeugd- en kinderpsychiatrie, pedagogisch gezinsbegeleider[51], jeugdzorgwerker en praktijkondersteuner ggz.[52]

Ten slotte zijn er enkele aangrenzende functies in de ggz, namelijk die van de ggz-agogen en de gz-vaktherapeuten. Over het algemeen worden deze functies ingevuld door niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen, zoals sociaal pedagogisch dienstverleners en maatschappelijk werkers (ggz-agogen) en creatief therapeuten en psychomotorisch therapeuten (gz-vaktherapeuten). Ook zij nemen een

[49] Dit kunnen ook 'basisartsen' zijn zonder verdere specialisatie. Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroepen, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid.
[50] Voor jeugdhulp is de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd ingericht. Volgens de Jeugdwet moeten aanbieders van jeugdhulp verantwoorde hulp bieden door het inzetten van professionals die geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Jeugd of het BIG-register, tenzij zij aannemelijk kunnen maken dat het inzetten van een niet-geregistreerde niet ten koste gaat van de kwaliteit. In dit register worden alle werkenden in de jeugdhulp (met hbo-niveau of hoger) geregistreerd. Dit zijn bijvoorbeeld jeugdzorgwerkers, (master)psychologen, master-(ortho)pedagogen, kinder- en jeugdpsychologen en postmaster-orthopedagogen.
[51] Fontys. Pedagogiek (voltijd). Wat kun je met deze opleiding? Geraadpleegd op 03-09-2018, van https://fontys.nl/Studeren/Opleidingen/Pedagogiek-voltijd/Na-de-opleiding.htm.
[52] Toegepaste psychologie. Beroepen. Geraadpleegd op 05-11-2014, van http://www.toegepastpsycholoog.nl/index.php/vacatures-toegepaste-psychologie

deel van de hulpverlening aan patiënten met psychische problematiek voor hun rekening. De ggz-agoog biedt contextuele hulpverlening, wat betekent dat de ggz-agoog cliënten behandelt, ondersteunt en begeleidt in de dynamiek tussen individu en samenleving bij het herstellen van een psychische aandoening en het (weer) integreren in de samenleving.[53] De vaktherapeut biedt een ervaringsgerichte werkwijze en gebruikt daarbij beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapie voor de behandeling van psychische problemen.[54] Met hun zorgaanbod werken de ggz-agogen en de gz-vaktherapeuten dus in de praktijk veelal met vergelijkbare patiëntengroepen als de beroepen uit dit advies.

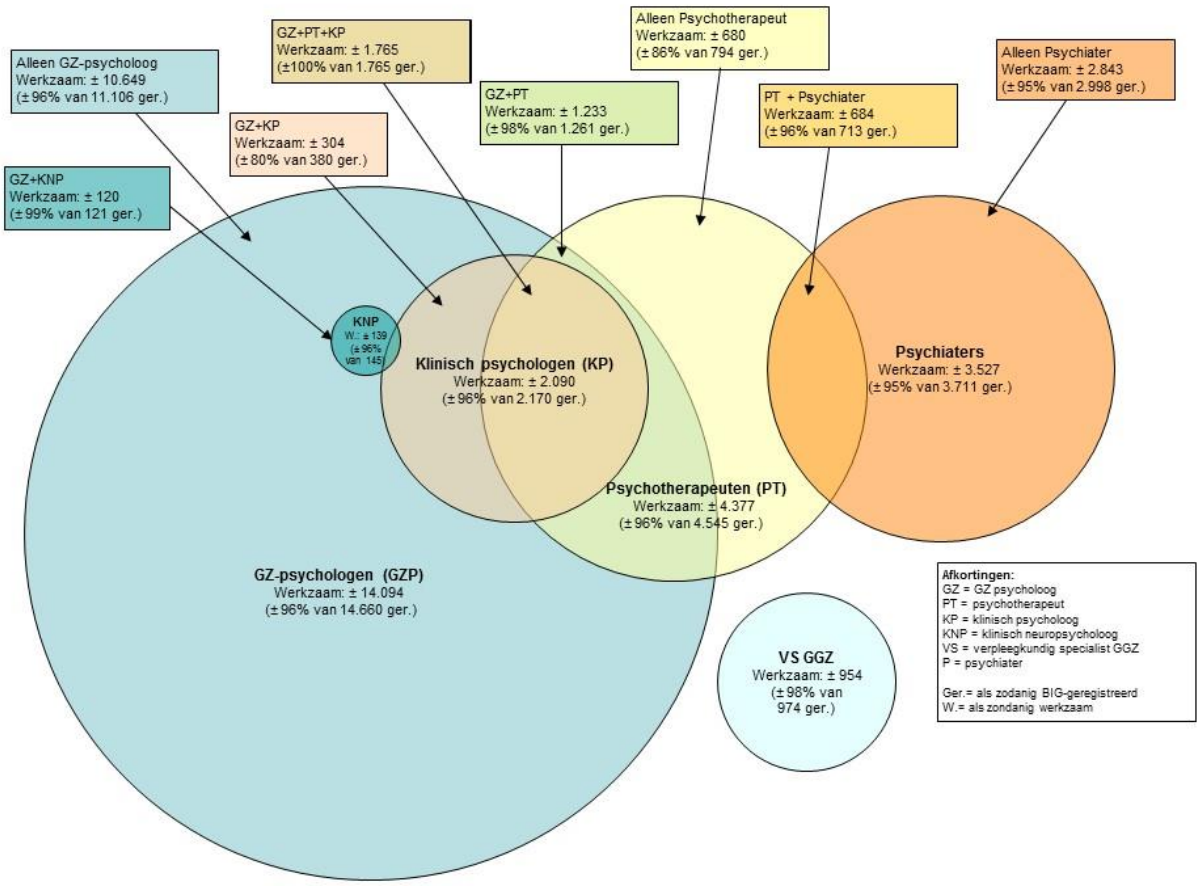
2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Zowel in de aard van de werkzaamheden als in de registraties tussen psychotherapeuten, gz-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen bestaat overlap. Deze overlap wordt zichtbaar in Figuur 1 op de volgende pagina. Zo heeft 82% van de geregistreerde klinisch psychologen tevens een registratie als psychotherapeut. Van de psychotherapeuten zonder specialisatie beschikt 67% over een registratie als gz-psycholoog.
Vanzelfsprekend is er ook overlap in registraties tussen de klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en gz-psychologen, omdat een registratie in dat laatste beroep een vereiste is voor de eerste twee. Het aandeel geregistreerde psychotherapeuten dat geen andere registratie heeft, neemt af naar 17% ten opzichte van 25% in 2015. Waarschijnlijk hangt dit samen met de verplichte herregistratie voor het BIG-register per 1-1-2017. Het aantal geregistreerde psychotherapeuten liep toen sterk terug met 37%.

Naast BIG-geregistreerden zijn er ook 16.400 niet BIG-geregistreerde personen werkzaam in het beroepenveld geestelijke gezondheid. Het gaat dan vooral om WO(plus)-opgeleide masterpsychologen, geestelijk gezondheidskundigen (masters Mental Health) en (ortho)pedagogen(generalist). [55]

[53] Movisie (2012). ggz Agoog beroepscompetentieprofiel HBO. Movisie, Utrecht.
[54] GGZ Nederland en Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2012). gz-vaktherapeut beroepscompetentieprofiel. ggz Nederland. Amersfoort.
[55] Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz in 2015. Utrecht. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-GG-beroepen.pdf

Figuur 1: Aantal werkzamen naar soort registratie en overlap tussen de registraties voor de beroepen GG[56]



[56] Bron figuur: Nivel (2018). Hierdoor zijn de afkortingen soms anders dan in de rest van het rapport.

3 Opleidingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de opleidingstrajecten voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid (GG). Er wordt aandacht besteed aan variabelen die van invloed zijn op de instroom van gediplomeerden op de arbeidsmarkt. Deze variabelen wegen als parameterwaarden mee in het ramingsmodel.

3.1.1 Bronnen

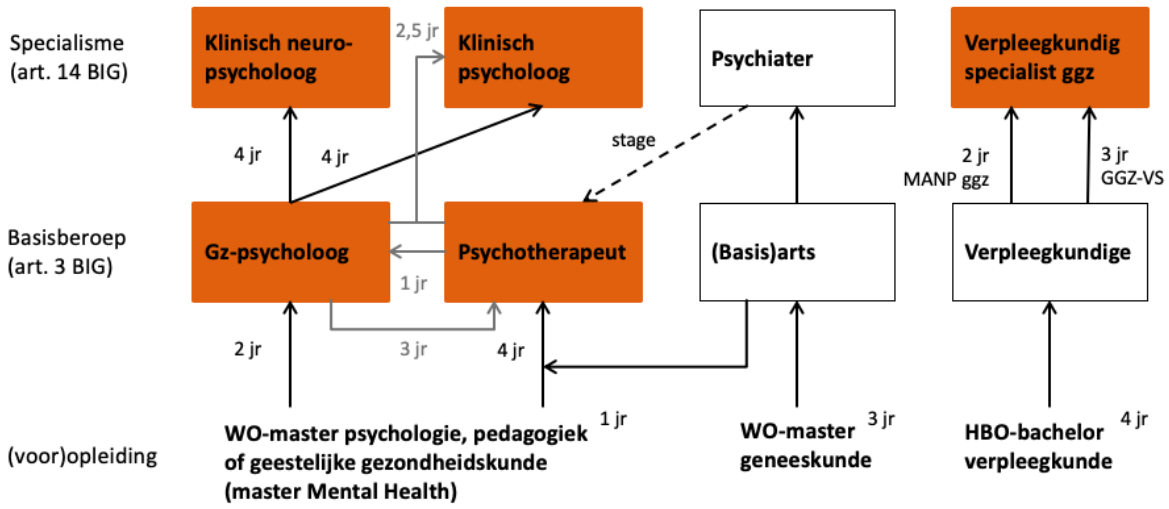
Voor dit hoofdstuk zijn diverse bronnen geraadpleegd. Waar mogelijk is informatie opgevraagd bij registratieorganen. Zo is gebruik gemaakt van informatie van het opleidingsregister voor de opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut en klinisch(neuro)psycholoog dat is ondergebracht bij de Federatie van gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten (de Commissie Registratie en Toezicht (CRT) beheert het opleidingsregister). Voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz zijn gegevens opgevraagd bij het opleidingsregister dat in beheer is van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) en dat wordt ondersteund door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wanneer informatie (nog) niet beschikbaar was bij de registratieorganen heeft het Capaciteitsorgaan deze opgevraagd bij de opleidingsinstituten. Zo is voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz voor de berekening van het intern rendement gebruik gemaakt van gegevens van de opleidingsinstituten.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn steeds weergegeven per kalenderjaar.

3.2 Opleidingstrajecten

In Figuur 2 staan de opleidingstrajecten voor de vijf beroepsgroepen.

Figuur 2: Opleidingstrajecten, in- en doorstroommogelijkheden



Grijze tekst en lijnen duiden een verkorte opleidingsroute.

3.2.1 Opleidingsduur

De nominale opleidingsduur van de opleidingen varieert van twee jaar (gz-psycholoog en verpleegkundig specialist MANP-opleiding[57]) tot vier jaar (klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut). De opleidingsduur van de categorale GGZ-VS opleiding tot verpleegkundig specialist ggz bedraagt drie jaar.

3.2.2 Verkort

Voor gz-psychologen en orthopedagogen-generalist is het mogelijk om een verkort opleidingstraject tot psychotherapeut van drie jaar[58] te volgen. Daarnaast is het voor psychotherapeuten mogelijk om een verkort opleidingstraject van minimaal één jaar tot gz-psycholoog te volgen.[59] Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken, bestaat een verkort opleidingstraject van 2,5 jaar tot klinisch psycholoog. De opleiding tot klinisch psycholoog biedt de mogelijkheid tot vrijstelling op alle onderdelen van de opleiding tot psychotherapeut en daarmee dus ook tot de registratie als psychotherapeut.

3.2.3 Daadwerkelijke opleidingsduur

De nominale opleidingsduur van de opleidingen tot de beroepen GG varieert van twee tot vier jaar. In de praktijk is het niet ongebruikelijk dat opleidelingen enige studievertraging oplopen of het opleidingstraject wat sneller doorlopen. De daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur verschilt daarom van de nominale duur. De daadwerkelijke opleidingsduur is van belang om een voorspelling te doen voor het moment waarop personen gediplomeerd beschikbaar komen op de arbeidsmarkt.

Wanneer gekeken wordt naar de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur, valt op dat deze voor de voltijdtrajecten niet veel afwijkt van de nominale opleidingsduur. De verkorte opleidingstrajecten tot gz-psycholoog en klinisch psycholoog duren in de praktijk langer dan de nominale duur. De daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur van het verkorte opleidingstraject tot gz-psycholoog ontloopt zelfs de nominale duur van het reguliere traject niet veel (2 vs. 1,9 jaar). Hiervoor zijn diverse redenen. Opleidelingen vullen praktijkuren over een langere periode in, het cursorisch onderwijs wordt over een meer gespreide periode aangeboden en opleidelingen verkrijgen in de praktijk niet het maximale aantal vrijstellingen. Aangezien het slechts enkele studenten betreft is de invloed hiervan op de raming zeer gering.

De Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde beschikt nog niet over gegevens over de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur van de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz. Deze informatie is ook niet beschikbaar bij de opleidingsinstellingen. De gemiddelde nominale opleidingsduur voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz bedraagt 2,6 jaar.[60]

[57] Dit Capaciteitsplan bevat één instroomadvies voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz (zowel twee- als driejarig). Zie paragraaf 3.3.5.
[58] 3 jaar bij maximale vrijstellingen.
[59] https://www.rino.nl/big-opleidingen/gz-psycholoog-psychotherapeuten, geraadpleegd op 26-07-2018.
[60] Op basis van het aantal personen in opleiding per opleidingstype en de nominale opleidingsduur. 44% volgt de 2-jarige opleiding en 56% de 3-jarige opleiding.

Tabel 2: Opleidingsduur in jaren

	Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuropsycholoog	VS- ggz (3-jarige GGZ-VS opleiding)	VS- ggz (2-jarige MANP-opleiding)	VS-ggz gemiddelde
Nominale opleidingsduur	2	4	4	4	3	2	2,6
Daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur - regulier en verkort traject (gewogen)	2,2	3,5	4,1	.	.	.	.
Daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur - regulier traject	2,2	3,9	4,2	4,1	.	.	.
Daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur – verkort traject	1,9	3,1	3,4	.	.	.	.

3.2.4 Bekostiging

De opleidingen tot gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en de driejarige categorale opleiding tot verpleegkundig specialist ggz worden hoofdzakelijk bekostigd vanuit de beschikbaarheidbijdrage.[61] Een deel van de opleidingsplaatsen wordt gefinancierd uit andere middelen. Zo komt het voor dat werkgevers en opleidelingen opleidingsplaatsen (deels) zelf bekostigen. Ook kunnen verzekeraars besluiten om in hun productieafspraken extra middelen voor opleidingsplaatsen ter beschikking te stellen.

De tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist ggz wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS. In paragraaf 3.3.5 wordt hier dieper op ingegaan.

Instellingen die zich uitsluitend op kinder- en jeugdpsychiatrie (jeugd tot 18 jaar) richten, komen als gevolg van de inwerkingtreding van de Jeugdwet per 1 januari 2015, niet langer in aanmerking voor de beschikbaarheidbijdrage medische vervolgopleidingen. Voor deze instellingen geldt vanaf 2015 de subsidieregeling Opleidingen in een jeugd ggz-instelling 2015-2019.[62] Deze regeling omvat de financiering van opleidingsplaatsen tot gz-psycholoog, psychiater, psychotherapeut en klinisch psycholoog in een (ggz-)instelling die uitsluitend zorg biedt aan jeugdigen tot 18 jaar.[63] [64]

[61] Zie voor meer informatie http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog komt vanaf 2016 in aanmerking voor bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage.
[62] Voorheen subsidieregeling Opleidingen in een Jeugd ggz-instelling 2015-2017.
[63] http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/
[64] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Staatscourant 30 juni 2017. Subsidieregeling Opleidingen in een jeugd ggz-instelling 2015-2017.

3.3 Het aantal opleidingsplaatsen: advies, subsidie en instroom

In de volgende subparagrafen wordt per beroepsgroep een overzicht gegeven van het aantal instromers in de opleidingen, besluiten van VWS over het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen en eerdere instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan. De adviezen van het Capaciteitsorgaan bestaan uit een voorstel voor een minimale, een maximale en een voorkeursinstroom. In dit hoofdstuk staat in de tabellen steeds alleen de voorkeursinstroom.

3.3.1 Gz-psycholoog

De opleiding tot gz-psycholoog is een tweejarige duale postacademische opleiding die bij zes verschillende opleidingsinstituten kan worden gevolgd. Het is een generalistische opleiding, die in principe voorbereidt op functies binnen diverse werkvelden van de gezondheidszorg. De opleiding kent drie differentiaties: volwassenen & ouderen, kinderen & jeugd en ouderen.

Academisch geschoolde psychologen, orthopedagogen en geestelijk gezondheidskundigen (Master Mental Health) kunnen deelnemen aan de opleiding indien zij tijdens hun studie specifieke onderdelen hebben gevolgd. Voor het voltijdopleidingstraject is een contract van minimaal 32 uur benodigd bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Voor het deeltijd opleidingstraject, dat vier jaar duurt, is een minimale contractduur van 16 uur vereist bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Het cursorisch deel beslaat twee dagdelen per week. BIG-geregistreerde psychotherapeuten kunnen een verkort opleidingstraject van minimaal één jaar volgen. Per 1 januari 2019 komen VGCt- en NVO-geregistreerden in aanmerking voor een vrijstelling van maximaal 6 maanden.[65]

Sinds 2013 zijn er 2% meer personen in de opleiding ingestroomd dan het aantal opleidingsplaatsen waarvoor in deze periode geraamd werd. In totaal zijn er in deze periode 3.537 personen ingestroomd in de opleiding tot gz-psycholoog. 70% van deze instroomplaatsen wordt bekostigd met een beschikbaarheidbijdrage. Het verschil tussen het aantal instromers en het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen is vanaf 2014 kleiner geworden. Dit komt door een lichte afname van het aantal instromers en een toename van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen.

Voor het jaar 2019 hoogde VWS eenmalig het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen aanzienlijk op waardoor dit op 945 komt. Reden hiervoor is dat het aantal aangevraagde opleidingsplaatsen voor de gz-psycholoog met 1.234 hoger lag dan het aanvankelijke aantal gesubsidieerde plaatsen (610). Voor de opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog waren er daarentegen meer plaatsen beschikbaar dan dat er aangevraagd zijn. De extra plaatsen voor de gz-psychologen zijn deels vanuit dit onbenutte budget bekostigd en deels vanuit eenmalig beschikbaar gestelde extra middelen voor opleidingscapaciteit. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022.

De instroom in de opleiding overschrijdt al enkele jaren de voorkeursadviezen van het Capaciteitsorgaan. Op 1 januari 2018 waren er 1.763 personen in opleiding. Hierdoor wordt er binnen enkele jaren een evenwicht tussen vraag en aanbod bereikt op de arbeidsmarkt. Daarna daalt de benodigde

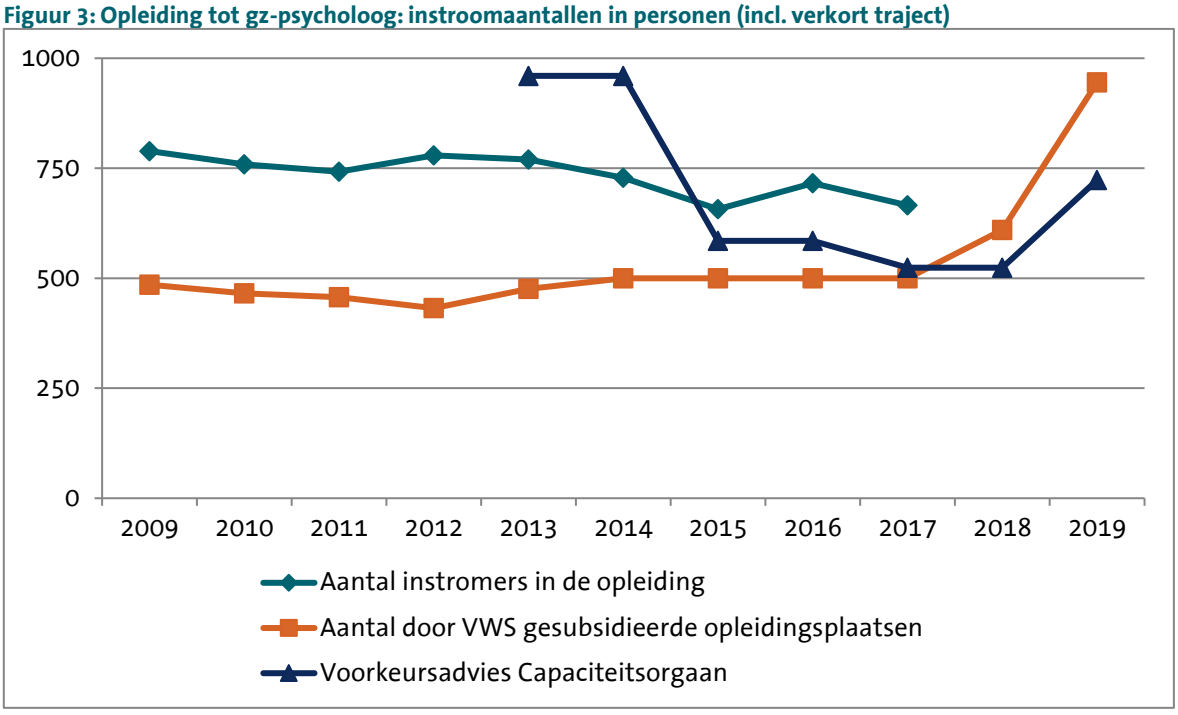
[65] 'GGZ: opleiden voor de toekomst'. Nieuwsbrief juli 2018.

instroom in de opleiding om een overschot aan gz-psychologen te voorkomen. Meer hierover in paragraaf 4.5 en hoofdstuk 8.

Tabel 3: Opleiding tot gz-psycholoog: instroomaantallen in personen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011, 2013, 2015 en 2018[66]	.	.	.	.	960	960	585	585	524	524	723
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[67]	485	466	457	432	476	500	500	500	500	610	945
Totaal aantal instromers[68]	789	759	742	779	770	728	657	716	666	.	.
Aantal instromers verkort	18	7	4	2	1	1	15	2	3	.	.

Figuur 3: Opleiding tot gz-psycholoog: instroomaantallen in personen (incl. verkort traject)



[66] Adviezen van het Capaciteitsorgaan kunnen pas twee jaar na aanbieding aan het ministerie van VWS doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS voor het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.
[67] TOP Opleidingsplaatsen nieuwsbrief 20 juli 2018.
[68] Bron: opleidingsregister (CRT / FGzPt). Idem verkort. In 2017 stroomden er volgens vLOGO (de Vereniging Landelijk Overleg Gezondheidszorg Opleidingsinstellingen) 6% meer personen in de opleidingen tot gz-psycholoog dan ingeschreven bij het opleidingsregister. Voor de overige jaren en opleidingen bestaan er slechts kleine discrepanties (<5%). De instroomcijfers wijken voor sommige jaren af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013, doordat met terugwerkende kracht correcties zijn doorgevoerd.

3.3.2 Psychotherapeut

De opleiding tot psychotherapeut is een vierjarige duale postacademische opleiding. De opleiding leidt net zoals die van de gz-psycholoog op tot een basisberoep (art. 3 BIG-register), maar het werkterrein en de deskundigheid zijn specifieker. De opleiding richt zich op het behandelen van complexe problematiek binnen de gespecialiseerde ggz.

De opleiding is toegankelijk voor personen met een academische opleiding geneeskunde, psychologie, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidswetenschappen. Daarbij moeten bepaalde opleidingsonderdelen doorlopen zijn, waaronder een stage in een ggz-instelling. Daarnaast moet men een minimale contractduur van 20 uur hebben bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. Gz-psychologen en orthopedagogen generalist kunnen de opleiding, met vrijstellingen, in een verkort opleidingstraject van ongeveer drie jaar volgen bij een minimale contractduur van 16 uur per week. Na het succesvol afronden van de opleiding tot klinisch psycholoog kan men zich ook in het BIG-register laten registreren als psychotherapeut.[69] Het cursorisch deel beslaat over het algemeen minimaal één dag per twee weken.[70]

In de periode 2013 t/m 2017 is minder dan de helft van het aantal personen dat volgens de ramingen nodig is om een evenwicht te behouden op de arbeidsmarkt ingestroomd in de opleiding. In totaal zijn er in deze periode 518 personen ingestroomd in de opleiding tot psychotherapeut. Vanaf 2015 zijn alle instroomplaatsen via de beschikbaarheidbijdrage gesubsidieerd door VWS, tussen 2013 en 2014 waren er 84 niet-gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Doordat de instroom in de opleiding alle jaren achterblijft op de voorkeursadviezen van het Capaciteitsorgaan kan er, onder andere vanwege voorziene uitstroom, een (oplopend) tekort aan psychotherapeuten ontstaan op de arbeidsmarkt. In hoeverre hiervan sprake is, is sterk afhankelijk van de mate waarin verschuivingen binnen de disciplinemix doorzetten. (Zie hoofdstuk 6.)

In 2012 is een piek in het aantal instromers. Deze toename in 2012 komt doordat de zorgverzekeraars op dat moment geen omzetplafond hanteerden. Veel vrijgevestigde praktijken zijn toen psychotherapeuten gaan opleiden. Vanaf 2013 voerden de zorgverzekeraars omzetplafonds in en liep het aantal instromers in de opleiding terug.

In de periode 2013 t/m 2017 volgde 59% van de opleidelingen het verkorte opleidingstraject. Omdat een aanzienlijk deel van de opleidelingen het verkorte opleidingstraject volgt, is de parameterwaarde ´opleidingsduur´ vastgesteld op basis van (gewogen) gegevens van zowel de reguliere als de verkorte opleiding.[71]

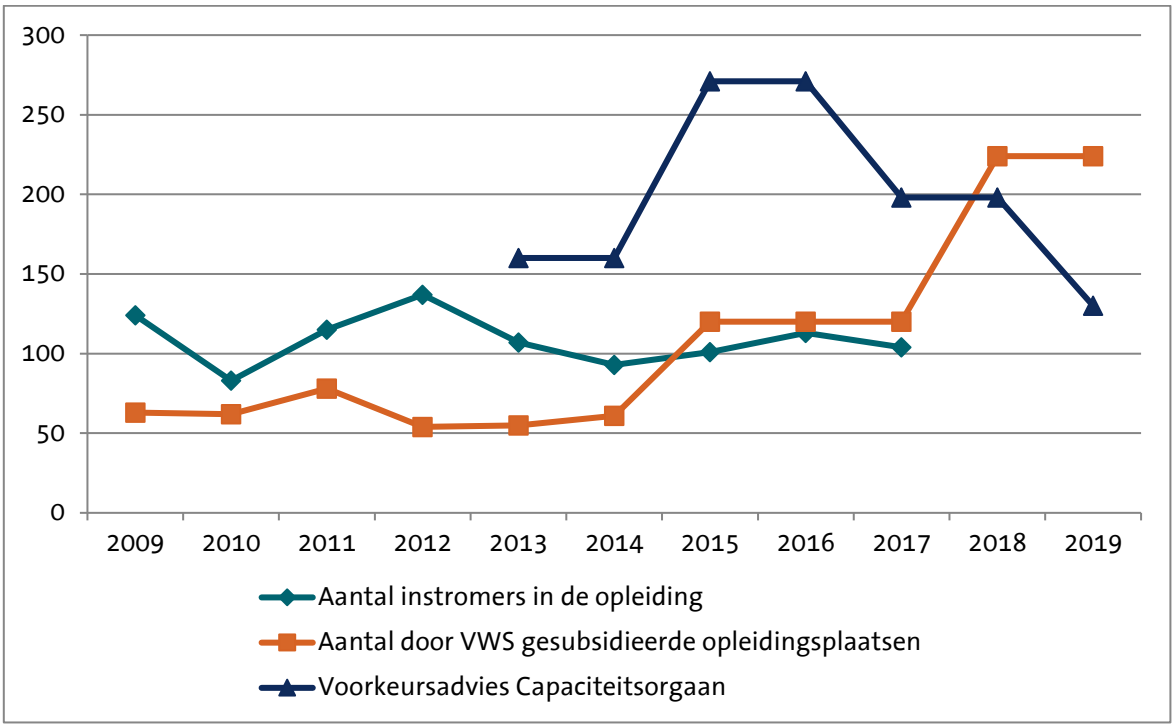
[69] NVP. Kamer psychotherapeut (8-9-2015). Regelingen van de Kamer Psychotherapeut betreffende toetsing toelating, vrijstellingen en vereisten betreffende opleiding tot psychotherapeut.
[70] RINO Groep. Postmaster opleiding tot psychotherapeut, https://www.rinogroep.nl/opleiden-tot-psychotherapeutGeraadpleegd op 9-1-2018
[71] Per 1-1-2018 wordt 46% van de opleidelingen opgeleid via het reguliere opleidingstraject en 54% via het driejarige verkorte traject. Deze verhouding wordt gebruikt om de waarde van de opleidingsduur in het rekenmodel gewogen mee te nemen.

Hieronder staan in Tabel 4 alle aantallen.

Tabel 4: Opleiding tot psychotherapeut: instroomaantallen in personen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011, 2013, 2015 en 2018[72]	.	.	.	.	160	160	271	271	198	198	130
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[73]	63	62	78	54	55	61	120	120	120	224	224
Totaal aantal instromers[74]	124	83	115	137	107	93	101	113	104	.	.
Aantal instromers verkort	36	33	58	78	67	40	79	57	65	.	.

Figuur 4: Opleiding tot psychotherapeut: instroomaantallen in personen (incl. verkort traject)



[72] Adviezen van het Capaciteitsorgaan kunnen pas twee jaar na aanbieding aan het ministerie van VWS doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS voor het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.
[73] TOP Opleidingsplaatsen nieuwsbrief 20 juli 2018.
[74] Bron: opleidingsregister (CRT / FGzPt). Idem verkort.

3.3.3 Klinisch psycholoog

De opleiding tot klinisch psycholoog is een vierjarige duale post-BIG opleiding die bij zes opleidingsinstituten kan worden gevolgd. De opleiding bouwt voort op de generalistische postacademische opleiding tot gz-psycholoog. Voor psychotherapeuten die over een gz-registratie beschikken, bestaat een verkort opleidingstraject van 2,5 jaar tot klinisch psycholoog.[75] De opleiding tot klinisch psycholoog biedt de mogelijkheid tot vrijstelling op alle onderdelen van de opleiding tot psychotherapeut en daarmee dus ook tot registratie in het BIG-register als psychotherapeut. De opleiding kent twee differentiaties: volwassenen & ouderen en kinderen & jeugd.

In de periode 2013 t/m 2017 zijn 657 personen ingestroomd in de opleiding tot klinisch psycholoog. In 2016 en 2017 waren al deze opleidingsplaatsen gesubsidieerd door het ministerie van VWS, daarvoor 67 niet. Hoewel het aantal instromers in de opleiding tot klinisch psycholoog niet ver uiteenloopt van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen, is het verschil met de benodigde instroom volgens de voorkeursadviezen van het Capaciteitsorgaan groot. Slechts 56% van het benodigde aantal instroomplaatsen is ingevuld. Dit betekent dat er, bij gelijkblijvende trends, een oplopend tekort komt aan klinisch psychologen op de arbeidsmarkt.

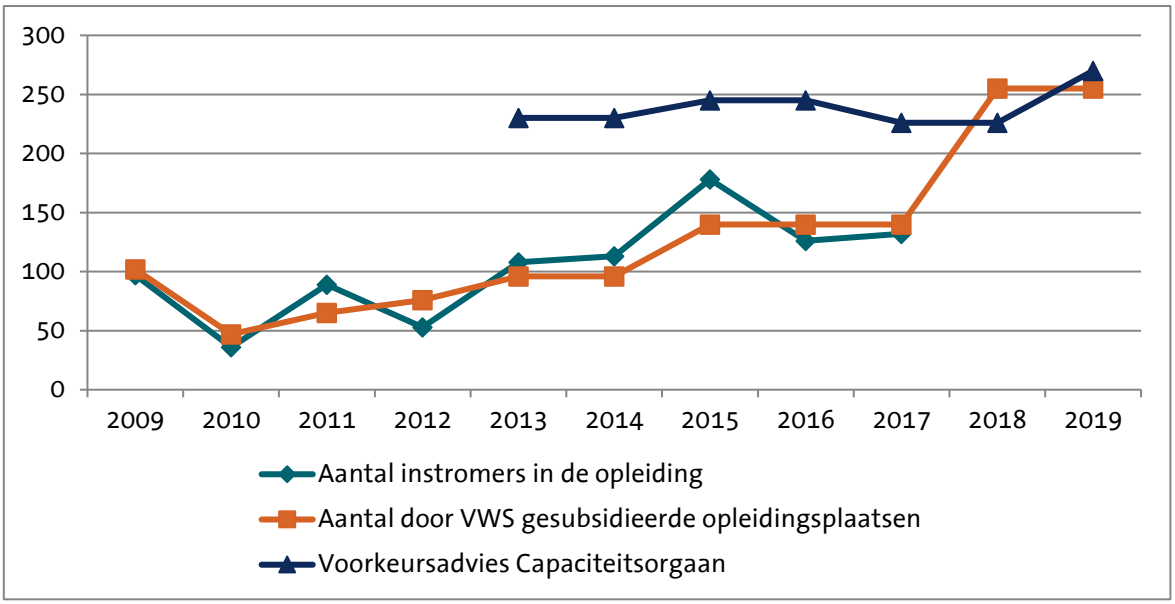
Doordat enkele opleidingsinstellingen om de twee jaar startten met de opleiding tot klinisch psycholoog, vertoont het aantal instromers per jaar pieken en dalen. Vanwege toenemende belangstelling, startten de meeste opleidingsinstituten vanaf 2014 een of meerdere opleidingsgroepen. Er is enige belangstelling voor het verkorte opleidingstraject tot klinisch psycholoog (met vrijstellingen voor psychotherapeuten met een registratie als gz-psycholoog). In 2015 was er waarschijnlijk sprake van extra instroom in de opleiding vanwege de toenmalige discussie over het hoofdbehandelaarschap in de ggz, waarbij de klinisch psycholoog de breedst inzetbare psycholoog zou worden. In de vervolgdiscussie over het regiebehandelaarschap vanaf 2016 zijn de mogelijkheden van andere behandelaren, vooral gz-psychologen en psychotherapeuten, weer verruimd en is de instroom van klinisch psychologen navenant gedaald.

[75] RINO Groep, Klinisch Psycholoog en Klinisch Neuropsycholoog. Geraadpleegd op 29-12-2014, van http://big.rino-groep.nl/opleiding

Tabel 5: Opleiding tot klinisch psycholoog: instroomaantallen in personen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011, 2013, 2015 en 2018[76]	.	.	.	.	230	230	245	245	226	226	270
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen[77]	102	47	65	76	96	96	140	140	140	255	255
Totaal aantal instromers[78]	97	36	89	53	108	113	178	126	132	.	.
Aantal instromers verkort	3	.	3	3	.	9	21	7	10	.	.

Figuur 5: Opleiding tot klinisch psycholoog: instroomaantallen in personen (incl. verkort traject)



[76] Adviezen van het Capaciteitsorgaan kunnen pas twee jaar na aanbieding aan het ministerie van VWS doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS over het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.
[77] Bron aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor 2016: e-mail MEVA VWS (19-05-2015). Zie ook TOP Opleidingsplaatsen nieuwsbrief 20 juli 2018.
[78] Het aantal instromers over alle jaren is gebaseerd op cijfers van FGzPt. De instroomcijfers van voorgaande jaren wijken voor sommige jaren af van de cijfers die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2013, doordat FGzPt met terugwerkende kracht correcties heeft uitgevoerd. In het Capaciteitsplan 2013 is het aantal inschrijvingen in 2009 en 2010 gebaseerd op het Capaciteitsplan 2011. Het aantal inschrijvingen voor 2010 betrof een inschatting. De aantallen voor 2011 t/m 2012 waren afkomstig van CONO en LOGO (voorganger vLOGO). De afwijkingen zijn minimaal: 100 vs 97 (2009), 32 vs 36 (2010), 82 vs 91 (2011), 46 vs 51 (2012). In het Capaciteitsplan 2011 waren voor 2010 – incorrect - 80 inschrijvingen geschat. In 2010 is enkel door de opleidingsinstelling in Utrecht een nieuwe opleidingsgroep gestart.

3.3.4 Klinisch neuropsycholoog

De opleiding tot klinisch neuropsycholoog is een vierjarige duale post-BIG opleiding die bij één opleidingsinstituut kan worden gevolgd. Het betreft een specialistische beroepsopleiding die voortbouwt op de generalistische postmasteropleiding tot gz-psycholoog. Het uitgangspunt is dat de klinisch neuropsycholoog wordt opgeleid tot een specialist op het gebied van diagnostiek, en van behandeling van complexe problematiek met name van de gevolgen van hersenaandoeningen en hersendisfuncties. Onder de behandeling vallen ook onderdelen uit de psychotherapie. De klinisch neuropsycholoog moet verder zelfstandig wetenschappelijk onderzoek kunnen uitvoeren en leiding geven aan zorgprocessen.[79] De opleiding kent geen verkort opleidingstraject.

Wat opvalt in Tabel 6 is dat de instroom in de opleiding het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan lijkt te benaderen. Aangezien het advies de jaarlijkse instroom betreft en er voor 2016 slechts tweejaarlijks een groep startte, blijft de daadwerkelijke instroom achter op de adviezen. Dit betekent dat er in de toekomst bij gelijkblijvende ontwikkelingen een oplopend tekort is aan klinisch neuropsychologen op de arbeidsmarkt.

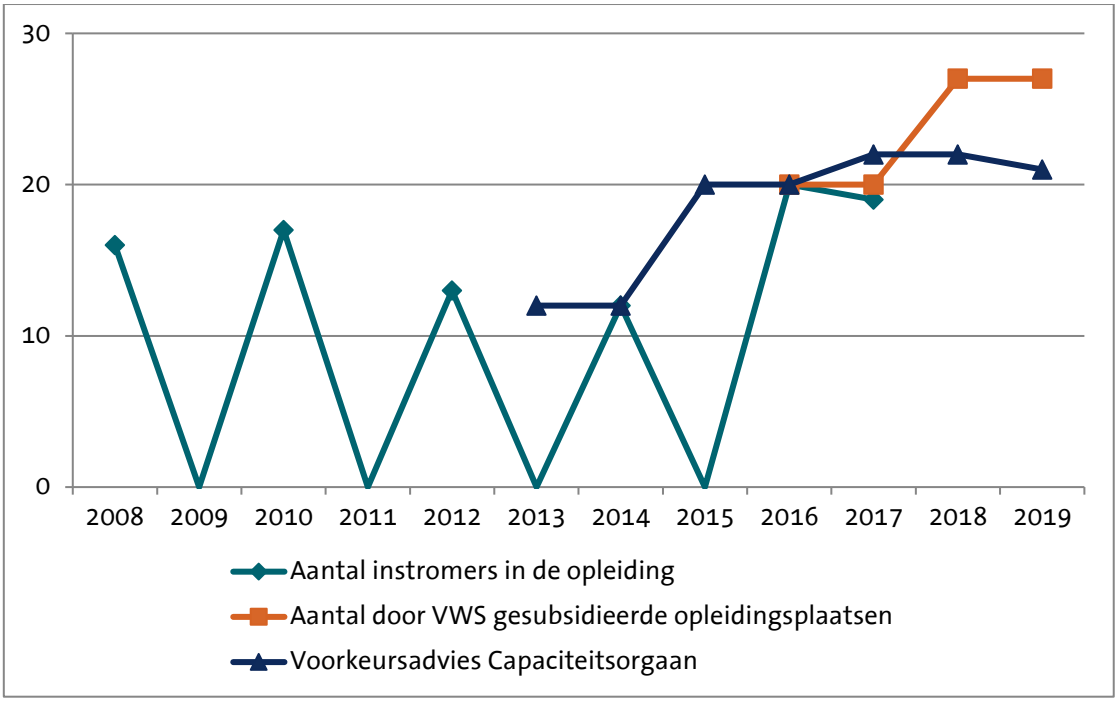
De opleiding tot klinisch neuropsycholoog wordt vanaf 2016 door de overheid, via de beschikbaarheidbijdrage, gesubsidieerd. Om die reden zijn er geen eerdere besluiten over de instroom weer te geven.

Tabel 6: Opleiding tot klinisch neuropsycholoog: instroomaantallen in personen

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011, 2013, 2015 en 2018[80]	.	.	.	.	.	8-16	8-16	20	20	22	22	21
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen	.	.	.	.	.	.	.	.	20	20	27	27
Aantal instromers[81]	16	.	17	.	13	.	12	.	20	19	.	.

[79] Opleidingsplan Klinisch neuropsycholoog. Versie maart 2014.
[80] Adviezen van het Capaciteitsorgaan kunnen pas twee jaar na aanbieding aan het ministerie van VWS doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS over het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit. Het Capaciteitsorgaan heeft in het Capaciteitsplan 2011 geen voorkeursadvies gegeven voor de instroom in deze opleiding. Wel is een minimum en maximum instroom aangegeven.
[81] Bronnen: opleidingsregister (CRT/FGzPt en RINO Groep).

Figuur 6: Opleiding tot klinisch neuropsycholoog: instroomaantallen in personen



De neerwaartse pieken in de instroom in de opleiding in de jaren 2009, 2011, 2013 en 2015 geven aan dat er geen opleidingsgroepen zijn gestart in die jaren.

3.3.5 Verpleegkundig specialist ggz

Er bestaan twee routes om als verpleegkundig specialist ggz opgeleid te worden. Namelijk een driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz aan de opleidingsinstelling GGZ-VS[82] te Utrecht, met uitstroomdifferentiaties in ggz-domeinen[83] en de tweejarige gezondheidszorg brede Master Advanced Nursing Practice (MANP) met een uitstroomdifferentiatie ggz. Negen hogescholen bieden deze laatste opleidingsroute aan. Beide opleidingen zijn door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde professionele masteropleidingen en zijn duaal van opzet. Om te worden toegelaten tot de opleidingen dient een instromer onder andere te beschikken over: een BIG-registratie als verpleegkundige, minimaal een bachelor diploma, zoals hbo-verpleegkunde en twee tot vier jaar relevante werkervaring. Voor beide opleidingen is een werkplek voor een verpleegkundig specialist in opleiding bij een erkende opleidingsinstelling een vereiste.[84] De opleiding GGZ-VS stelt, anders dan de hogescholen, aanvullende eisen aan de opleidingsinstelling voor onder andere zorgdiversiteit, zorgzwaarte en multidisciplinariteit. Het cursorisch deel beslaat voor beide opleidingen één dag per week.

[82] Deze opleiding includeert de opleiding Master Advanced Nursing Practice GGZ.
[83] Domeinen verpleegkundig specialist ggz: kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensische psychiatrie en verslavingszorg.
[84] Andere instroomeisen zijn te vinden op de websites van de opleidingsinstellingen.

Capaciteits orgaan

Dit Capaciteitsplan bevat een instroomadvies voor zowel de twee- als driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. Voorgaande Capaciteitsplannen bevatten, op verzoek van VWS, alleen een advies voor de driejarige categorale GGZ-VS opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.[85] De tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van OCW en het ministerie van VWS. Vanwege de gebruikelijke werkwijze om één instroomadvies uit te brengen omvat dit ramingsadvies zowel de benodigde instroom in de twee- als driejarige opleidingen. Hierbij worden alle, voor deze beroepsgroep relevante ontwikkelingen, integraal meegenomen ongeacht de opleidingsroute.

In de volgende tabel en figuur zijn de relevante gegevens over het besluit en de inschrijvingsaantallen voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz bij elkaar gezet. De stijging van het instroomadvies in 2019 wordt deels verklaard doordat het advies vanaf dit jaar voor het eerst zowel de twee- en driejarige opleiding tot vs-ggz omvat. Het weergegeven aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen betreft alleen de driejarige opleiding.

Gemiddeld stromen er jaarlijks 73 personen in de tweejarige MANP-opleidingen met de uitstroomdifferentiatie ggz aan de negen hogescholen en 82 in de driejarige GGZ-VS opleiding.[86] In de periode 2013 t/m 2017 zijn 370 personen ingestroomd in de driejarige GGZ-VS opleiding. 100% van deze instroomplaatsen zijn via de beschikbaarheidbijdrage gesubsidieerd door het ministerie van VWS. In de periode 2009 t/m 2012 zijn met name incidentele groepen ongesubsidieerd opgeleid. Dit verklaart ook de hogere instroom in deze jaren.[87] Na 2012 was de instroom in de opleiding steeds iets lager dan het aantal beschikbare plaatsen. Sinds 2013 stroomden er 353 personen in de tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist ggz. In totaal zijn er vanaf 2013 723 personen ingestroomd in opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz.

Er is vanuit VWS één subsidieregeling van kracht voor zowel de tweejarige MANP-opleiding als de opleiding tot physician assistant. Vanuit de subsidieregeling voor de tweejarige MANP-opleiding worden de salariskosten vergoed voor vervanging van degene die de opleiding volgt. Dit betreft het buitenschoolse deel.[88] Het ministerie van OCW neemt het binnenschoolse deel voor haar rekening. Vanaf 2004 is het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen stapsgewijs uitgebreid van 250 naar 700

[85] Reden hiervoor was het verschil in bekostiging. De driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz wordt geheel vanuit de beschikbaarheidbijdrage gefinancierd. De tweejarige MANP-opleiding tot verpleegkundig specialist wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van Onderwijs, cultuur en wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS. De werkgever ontvangt per jaar per student van het ministerie van VWS een vergoeding voor buitenschoolse kosten (de salariskosten voor de vervanging van de student) en de opleidingsinstelling ontvangt van OCW een vergoeding voor binnenschoolse kosten. De ramingssystematiek blijft in 2018 gelijk aan die van voorgaande ramingen. Eerdere instroomadviezen voor de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz kwamen tot stand na raming voor de gehele beroepsgroep van verpleegkundig specialisten, waarna vervolgens gecorrigeerd werd voor de te verwachten instroom in de tweejarige opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz.
[86] Gemiddelde over opleidingsduur.
[87] Het aantal instromers in de driejarige GGZ-VS opleiding ligt in de jaren 2009 t/m 2012 substantieel hoger dan het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Dit komt onder andere doordat in deze periode naast reguliere groepen ook incidentele groepen werden opgeleid. De incidentele groepen bestonden uit praktijkopleiders die werden opgeleid tot erkenning in het RSV-beroepenregister (24 in 2009) en instromers in het kader van een alumni-traject naar MANP-erkenning (141 over de jaren 2010 t/m 2012). Daarnaast is er in 2011 en 2012 sprake van een (tijdelijk) verhoogde instroom door de instroom van SPV'ers die, vanwege vrijstellingen, een verkort opleidingstraject tot verpleegkundig specialist ggz volgden. Deze piek was van tijdelijke aard, omdat het aantal SPV'ers met voldoende werkervaring én mogelijkheden om de opleiding te volgen beperkt was: 87 personen. Vanaf 2013 is een stabilisatie van het aantal opleidelingen in de driejarige opleiding zichtbaar.
[88] Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Er is vanuit VWS één subsidieregeling van kracht voor zowel de tweejarige MANP-opleiding als de opleiding tot physician assistant

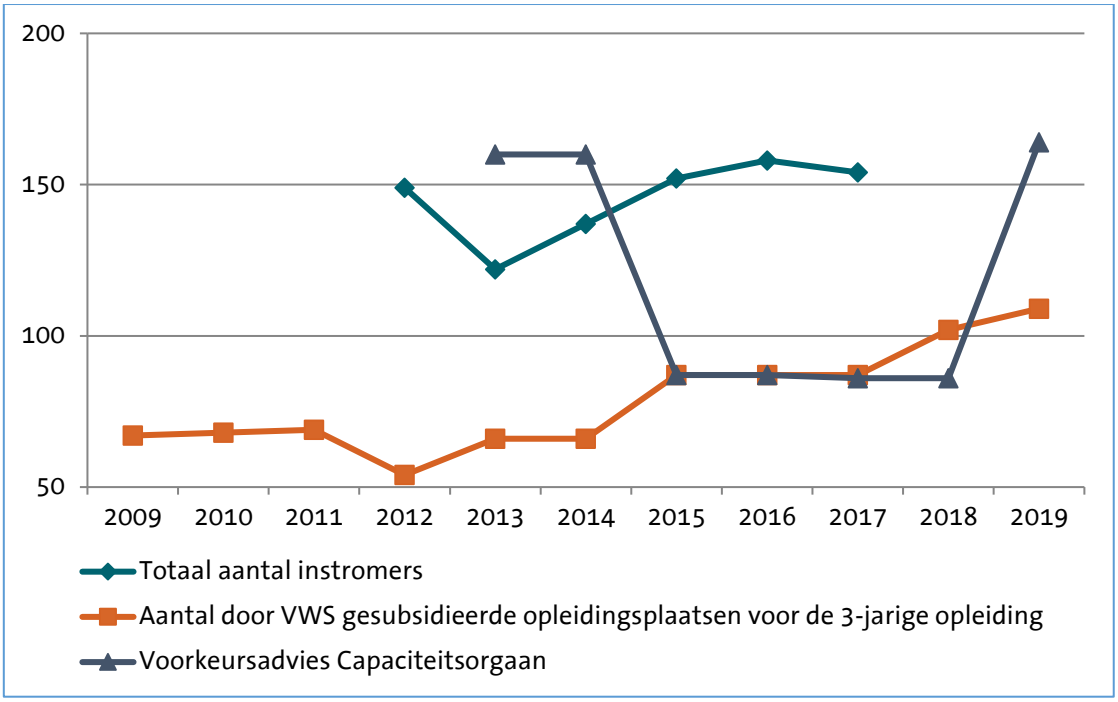
plaatsen vanaf 2013. Voor vrijwel alle jaren geldt dat de instroom lager was dan het aantal beschikbare plaatsen.[89] Aangezien het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen niet bepaald wordt voor het tweejarige opleidingstraject naar verpleegkundig specialist ggz, zijn hierover geen aantallen opgenomen in Tabel 7 en Figuur 7.

Tabel 7: Opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz: instroomaantallen in personen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan 2011, 2013, 2015 en 2018[90]	.	.	.	.	160	160	87	87	86	86	164
Aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen driejarige categorale opleiding GGZ-VS	67	68	69	54	66	66	87	87	87	102	109
Aantal instromers driejarige categorale opleiding GGZ-VS[91]	83	119	123	101	62	61	81	84	82	99	.
Aantal instromers tweejarige MANP-opleiding ggz hogescholen[92]	.	.	.	72	60	76	71	74	72	.[93]	.
Totaal aantal instromers in de opleidingen	.	.	.	173	122	137	152	158	154	.	.

[89] KBA Nijmegen (2016). Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'.
[90] Adviezen van het Capaciteitsorgaan kunnen pas twee jaar na aanbieding aan het ministerie van VWS doorgevoerd worden, in verband met de doorlooptijd van het besluit van VWS voor het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen, aanpassing van de begroting en doorvoering van het besluit.
[91] Inclusief incidentele groepen. Het aantal instromers is gebaseerd op cijfers van de opleidingsinstelling GGZ-VS van de driejarige opleiding. Het aantal instromers door de overgangsregeling van een alumni-traject naar MANP-erkenning betrof: 58 (2010), 59 (2011) en 24 (2012). In 2009 werden daarnaast eenmalig 24 praktijkopleiders opgeleid tot RSV-registratie.
[92] Het aantal instromers is gebaseerd op cijfers van de negen hogescholen die de tweejarige opleiding tot VS-ggz aanbieden. Deze wijken af van de cijfers in het Capaciteitsplan 2015. De cijfers die destijds gebruikt zijn, waren afkomstig van het RSV en bleken onvolledig.
[93] Eind 2018 is dit cijfer beschikbaar. Er zijn wel signalen dat het aantal instromers in de tweejarige MANP-opleiding sterk stijgt.

Figuur 7: Opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz: instroomaantallen in personen



Excl. instroom incidentele groepen door de overgangsregeling van een alumni-traject naar MANP-erkenning

3.4 Kenmerken opleidelingen en opleidingen

3.4.1 Intern rendement opleidingen

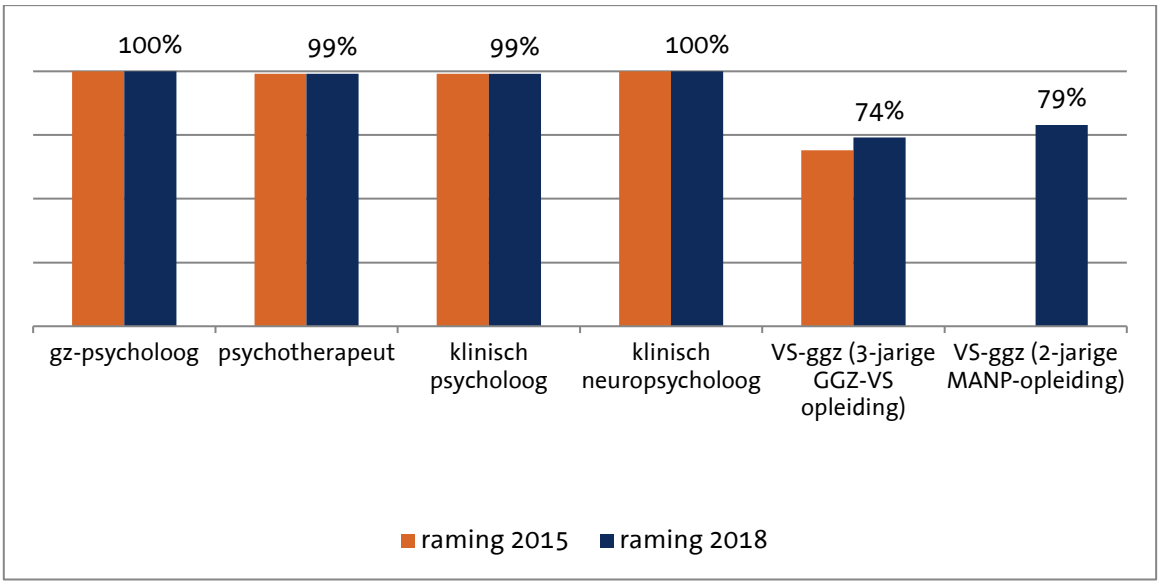
Er bestaat een verschil tussen het aantal mensen dat aan de opleiding begint en het aantal dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt. Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt, wordt aangeduid als het intern rendement van de opleiding. Het intern rendement kan pas berekend worden, zodra alle instromers uit enig jaar gediplomeerd zijn uitgestroomd of ongediplomeerd zijn gestopt. Het rendementscijfer dat gebruikt wordt voor de raming betreft een gemiddelde over alle jaren waarvan het intern rendement beschikbaar is.

De interne rendementen zijn stabiel ten opzichte van de vorige raming in 2015. Het gemiddeld intern rendement van de opleidingen tot gz-psycholoog en klinisch neuropsycholoog is met 100% het hoogst. Het komt een enkele maal voor dat personen uit de gz-opleiding stromen zonder diploma, maar gezien het grote aantal personen in de opleiding, komt het rendement na afronding toch uit op 100%. Wel zijn er veel opleidelingen die aanzienlijk langer over de gz-opleiding doen dan de nominale opleidingsduur. Zo zijn er van het instroomjaar 2011 nog 56 personen in opleiding. Hierdoor kan voor meerdere instroomjaren nog geen intern rendement berekend worden. Ook voor de "jongere" opleiding tot klinisch neuropsycholoog geldt dat er voor veel instroomjaren nog personen in

opleiding zijn en er dus nog geen intern rendement te berekenen is. De opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog laten een gemiddeld intern rendement zien van 99%.[94] Deze rendementen zijn zeer hoog ten opzichte van opleidingen tot geneeskundig specialist.

Het gemiddelde intern rendement van de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz bedraagt 74%. Het gemiddelde rendement van de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is 79%.[95] Gewogen voor beide opleidingen is het gemiddelde rendement 76%.

Figuur 8: Het gemiddelde intern rendement per opleiding[96]



3.4.2 Rendement personen in opleiding

Van de personen die de afgelopen jaren gestart zijn met een opleiding is inmiddels een deel uitgestroomd en een deel nog in opleiding. Ook voor deze groep is een verwacht intern rendement berekend om een indicatie te krijgen van wanneer degenen die nog in opleiding zijn, zullen instromen op de arbeidsmarkt. Het rendement voor personen die nog in opleiding zijn, ligt altijd hoger dan dat van personen die nog moeten instromen, omdat een deel van de ongediplomeerde uitstroom al heeft plaatsgevonden. Per leerjaar wordt daarom aangenomen dat het intern rendement hoger ligt dan in het jaar daarvoor.

[94] CRT (2018). Registratiegegevens opleidelingen.
[95] Het rendement is gebaseerd op cijfers zoals gerapporteerd door de opleidingsinstellingen en betreft alleen reguliere instroom.
[96] Voor de raming van 2015 waren voor het eerst exacte cijfers beschikbaar. Hieruit bleek dat het intern rendement voor het merendeel van de opleidingen hoger lag dan bij voorgaande ramingen aangenomen. In het Capaciteitsplan 2011 werd uitgegaan van een generiek geschat intern rendement van 85%. Het Landelijk Overleg van Ggz-Opleidingsinstellingen (LOGO) kwam voor de raming van 2013 uit op een hoger intern rendement: 95% voor de opleidingen tot gz-psycholoog, tot psychotherapeut en tot klinisch psycholoog.

Tabel 8: Rendement personen in opleiding

	Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuropsycholoog	VS- ggz (3-jarige GGZ-VS opleiding)	VS- ggz (2-jarige MANP-opleiding)	VS-ggz totaal
Aantal personen nog in opleiding per leerjaar per 1-1-2018	882	90	129	13	63	74	137
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2018	100%	100%	100%	100%	82%	84%	84%

3.4.3 Instroom

De parameter jaarlijkse instroom betreft het aantal personen dat naar verwachting jaarlijks instroomt in de opleidingen. Deze verwachte instroom is gebaseerd op de gemiddelde instroom in de voorgaande jaren berekend over de opleidingsduur. Het jaarlijks verwachte aantal instromers per opleiding is te zien in Tabel 9. Aangezien er voor de opleiding tot klinisch neuropsycholoog voorheen alleen om het jaar een cohort startte, valt het jaarlijks gemiddelde aantal instromers relatief laag uit.

In verband met de ophoging van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleiding tot gz-psycholoog en de driejarige opleiding tot VS-ggz en de verschuivingen van inzet van psychotherapeuten zijn fluctuaties voor deze opleidingen te voorzien (Zie ook hoofdstuk 6).

Tabel 9: Instroomaantallen (in personen) per opleiding[97]

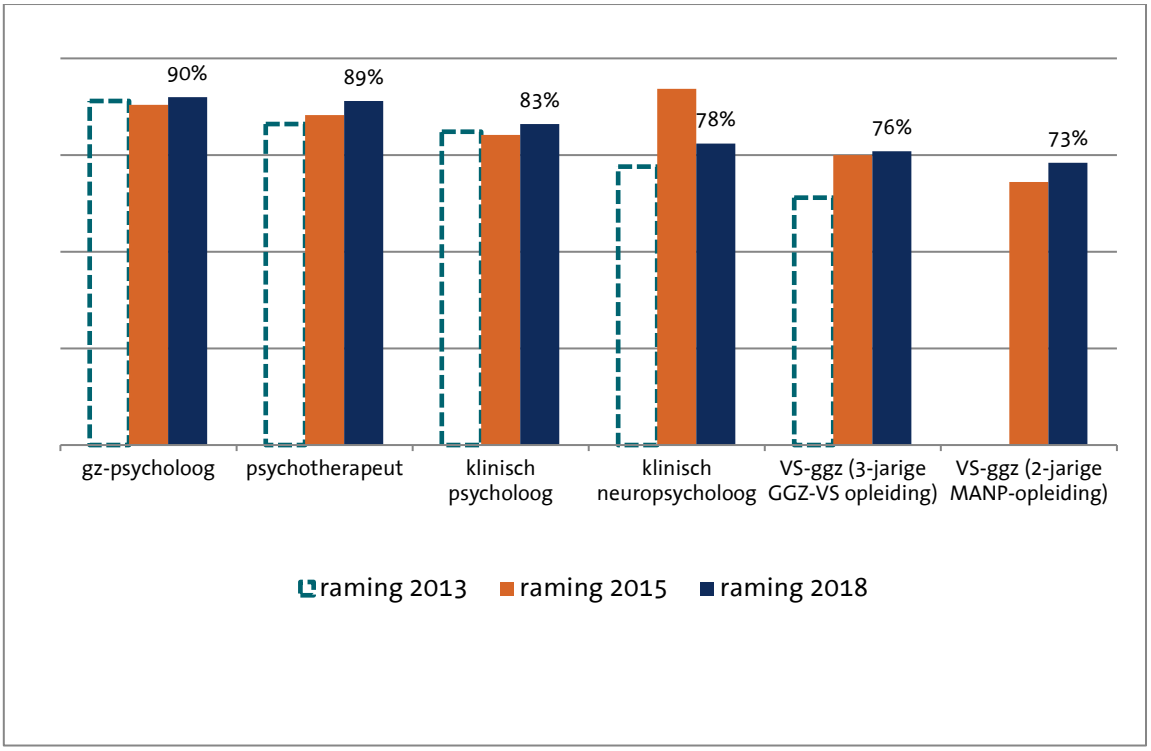
	Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuropsycholoog	VS-ggz 2- en 3-jarige opleiding
Aantal personen dat instroomt per opleiding	691	103	137	13	155

3.4.4 Man-vrouwverhouding

Het merendeel van de personen dat instroomt in de opleiding tot een GG-beroep is vrouw. Het hoogste percentage vrouwen is te vinden in de opleiding tot gz-psycholoog, namelijk 90%. (Zie Figuur 9) In de opleiding tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog liggen deze percentages respectievelijk op 89%, 83% en 78%.[98] In de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is gemiddeld 76% van de instromers vrouw, in de tweejarige opleiding is dat 73%.[99] Het gewogen percentage vrouwen voor deze opleidingen komt uit op 74%. De percentages liggen vrijwel op hetzelfde niveau als in het vorige advies.

[97] Bron: Opleidingsregisters
[98] FGzPt (2015) per peildatum 31-12-2014.
[99] Bron: opleidingsregister Verpleegkundig Specialisten Register.

Figuur 9: Gemiddeld percentage vrouwen dat instroomt per opleiding



3.4.5 Leeftijdsverdeling opleidelingen

De leeftijd van de opleidelingen is geen parameter in het ramingsmodel, maar geeft wel achtergrondinformatie voor het instroomadvies, aangezien opleidelingen met een hoge leeftijd eenmaal werkzaam over het algemeen korter beschikbaar zullen zijn op de arbeidsmarkt. **Tabel 10** laat zien dat in de meeste opleidingen het grootste aandeel opleidelingen 30 t/m 34 jaar oud is. In de opleidingen tot klinisch psycholoog en de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz ligt dit met 35 t/m 39 jaar wat hoger.

De opleiding tot gz-psycholoog kent veruit de jongste populatie. 73% van de opleidelingen is jonger dan 35 jaar. In de opleiding tot psychotherapeut zit het grootste aandeel 55+'ers. Een klein aantal opleidelingen in de leeftijd 60+ neemt deel aan het onderwijs in de opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog. De leeftijd van de opleidelingen tot verpleegkundig specialist ggz is heel divers.

Capaciteitsorgaan

Tabel 10: Gemiddelde procentuele leeftijdsverdeling opleidelingen per 1-1-2018 per opleiding

	Gz-psycholoog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	VS- ggz (3-jarige GGZ-VS opleiding)	VS- ggz (2-jarige MANP-opleiding)
<24	0%	0%	0%	0%	1%	1%
25-29	33%	8%	3%	2%	20%	11%
30-34	39%	24%	21%	38%	23%	16%
35-39	14%	23%	33%	26%	14%	21%
40-44	7%	21%	22%	18%	14%	16%
45-49	3%	13%	12%	8%	13%	16%
50-54	2%	7%	6%	8%	13%	15%
55-59	1%	4%	2%	0%	2%	4%
60-64	0%	1%	1%	0%	0%	0%
>65	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Donker gearceerde cellen bevat de leeftijdscategorie met het grootste aandeel opleidelingen per opleiding (modus). Licht gearceerde cellen geven aan dat ≥10% van de opleidelingen van een opleiding in deze leeftijds-categorie valt.

3.5 Parameterwaarden 'Opleidingen'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn de parameterwaarden voor het onder-deel 'Opleidingen' bepaald. (Zie Tabel 11) Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

Tabel 11: Parameterwaarden 'Opleidingen' raming 2018 per beroepsgroep

	Gz-psycho-loog	Psycho-therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleeg-kundig specialist ggz (2- en 3-jarige op-leiding)
Intern rendement voor instroom vanaf 1-1-2018	100%	99%	99%	100%	76%
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2018	100%	100%	100%	100%	84%
Gemiddelde aantal personen nog in opleiding per leerjaar per 1-1-2018	882	90	129	13	137
Jaarlijkse instroom	691	103	137	13	155
Percentage vrouwen (instroom)	90%	89%	83%	78%	74%
Opleidingsduur	2,2	3,5	4,1	4,1	2,6

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid. De zorgvraag betreft het aantal fte's aan zorgverleners dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het zorgaanbod (het aantal fte's aan werkzame zorgprofessionals) aangevuld met de onvervulde vraag (het tekort of overschot aan zorgprofessionals). De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen onvervulde vraag en arbeidstijdverandering. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.

4.2 Demografie patiëntenpopulatie

De demografische ontwikkeling van de bevolking en daarmee van de patiëntenpopulatie, is van invloed op de vraag naar zorgverleners. Wanneer de bevolking toeneemt, zijn er vanuit demografisch perspectief ook meer zorgverleners nodig. Daarnaast heeft de verdeling van de leeftijdscategorieën, in combinatie met de ziektebeelden die voor deze leeftijdscategorieën kenmerkend zijn, invloed op het benodigde type zorgverleners. Sommige beroepsgroepen behandelen vooral jongeren, andere beroepsgroepen rekenen vaker ouderen tot hun patiëntenpopulatie.

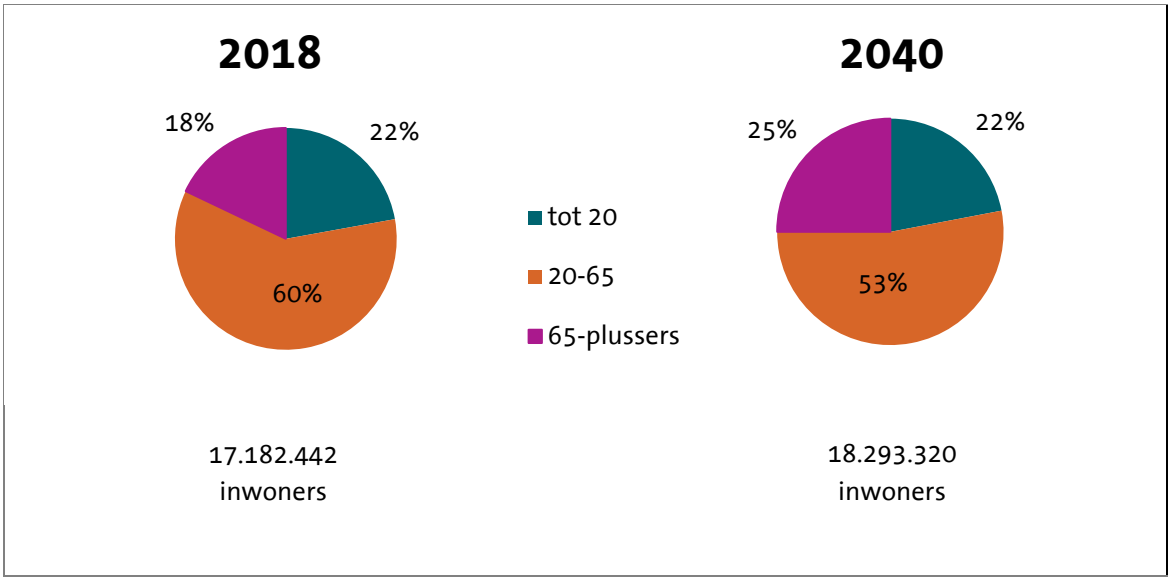
Meer zorgprofessionals nodig door bevolkingsgroei

Het aantal inwoners van Nederland neemt naar verwachting verder toe van 17,2 miljoen in 2018 naar 18,3 miljoen in 2040. De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. De levensverwachting in als goed ervaren gezondheid neemt tot die tijd ongeveer evenveel toe als de totale levensverwachting.[100] Door de groei van de bevolking neemt de zorgvraag toe en zijn er vanuit demografisch oogpunt meer zorgprofessionals nodig.

In Figuur 10 is de geprognosticeerde demografische ontwikkeling per leeftijdscategorie te zien. Vooral het aantal en aandeel 65-plussers stijgt de komende jaren. In 2018 bedraagt het aantal 65-plussers bijna een vijfde van de bevolking. De komende jaren neemt dit aandeel tot 2040 verder toe tot een kwart van de bevolking terwijl de middencategorie (20-65 jaar) zowel absoluut als relatief krimpt. Het aandeel jongeren blijft stabiel.

[100] RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Trendscenario. https://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_VTV

Figuur 10: Prognose demografische ontwikkeling bevolking naar leeftijdscategorie en aantal inwoners[101]



Vergrijzing stuwt vraag naar met name klinisch neuropsychologen

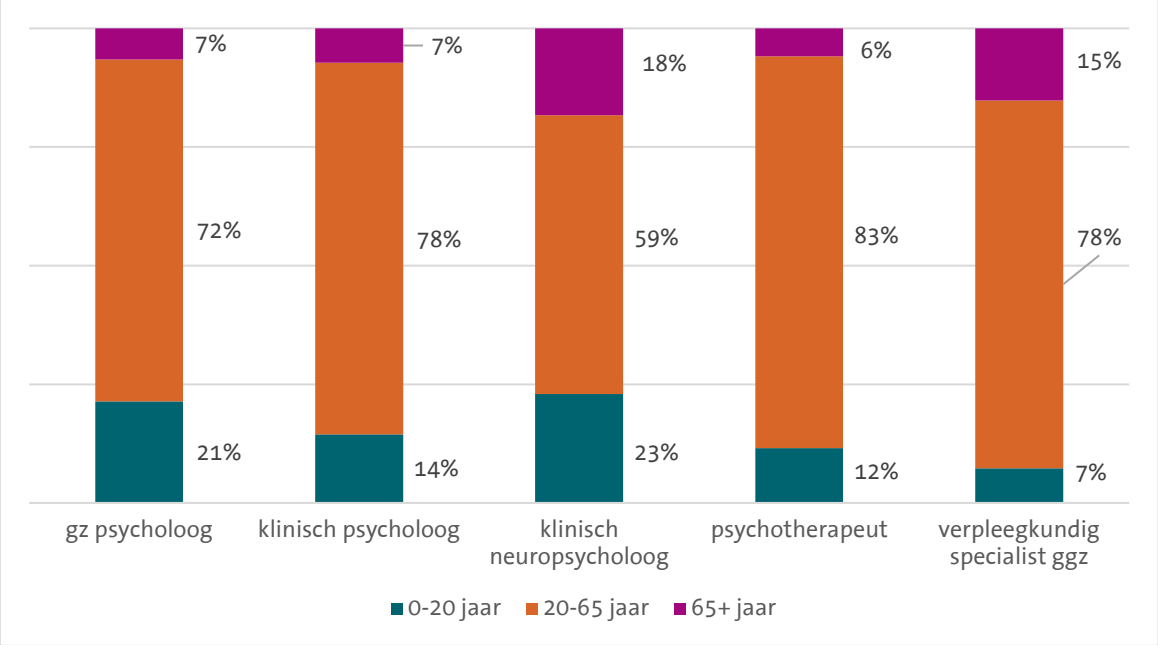
Door de toename van het aantal 65-plussers neemt vooral de vraag toe naar beroepsgroepen die relatief veel oudere patiënten behandelen. In de toekomst komt een groter deel van de bevolking te overlijden als gevolg van verschillende vormen van dementie. In 2040 wordt het aantal sterfgevallen door dementie geraamd op bijna 40.000 per jaar. In 2015 waren dit nog geen 14.000 sterfgevallen.[102] Door het toenemende aantal 65-plussers en personen met dementie stijgt de vraag naar klinisch neuropsychologen sterk. Ook de vraag naar verpleegkundig specialisten ggz stijgt hierdoor. Deze beroepsgroepen behandelen relatief veel ouderen, zowel in de ggz als in andere branches. (Zie Figuur 11).

Afname aantal 20-65-jarigen drukt behoefte aan psychotherapeuten

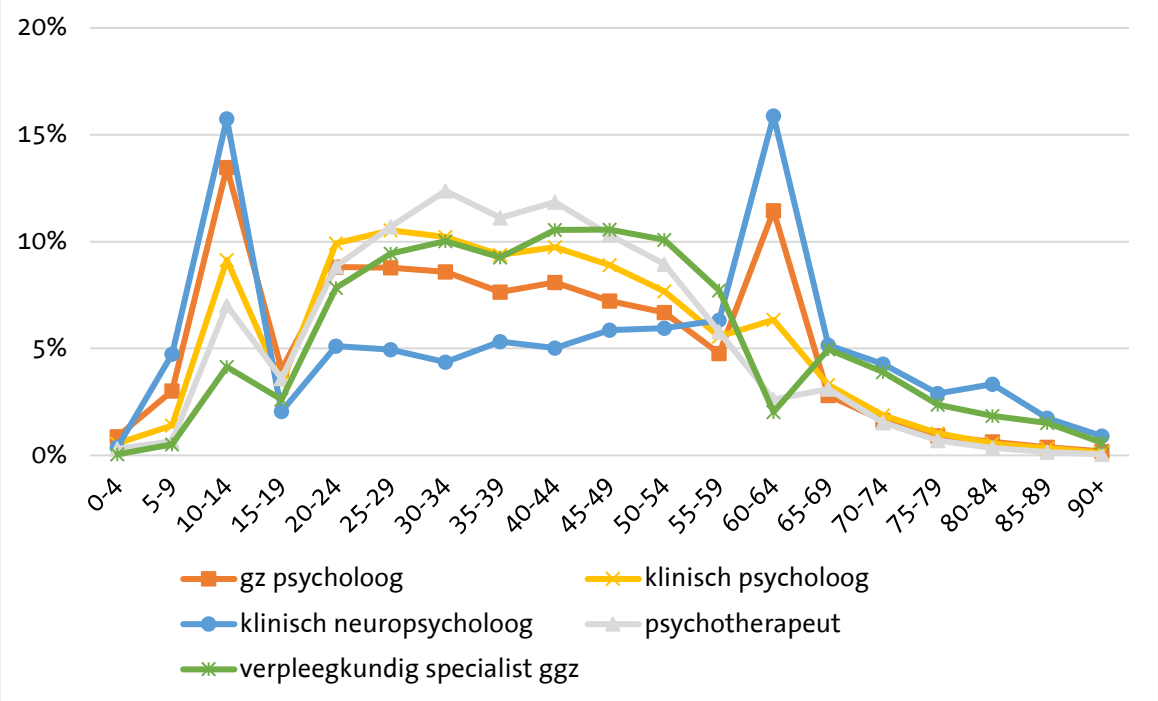
De middencategorie van 20 t/m 65-jarigen krimpt. In 2040 zijn er zo'n 6% minder 20 t/m 65-jarigen dan er nu zijn. Doordat een groot deel van de patiëntenpopulatie van de psychotherapeuten binnen deze leeftijdscategorie valt, neemt de vraag naar psychotherapeuten af (zie Figuur 12).

[101] CBS Statline. Prognose bevolking kerncijfers 2018-2060. Geraadpleegd op 13-02-2018, van https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/52/bevolkingsprognose-2017-2060
[102] RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Trendscenario.

Figuur 11: Verdeling ggz-patiënten naar leeftijd op basis van gedeclareerde uren in percentages (2014)[103]



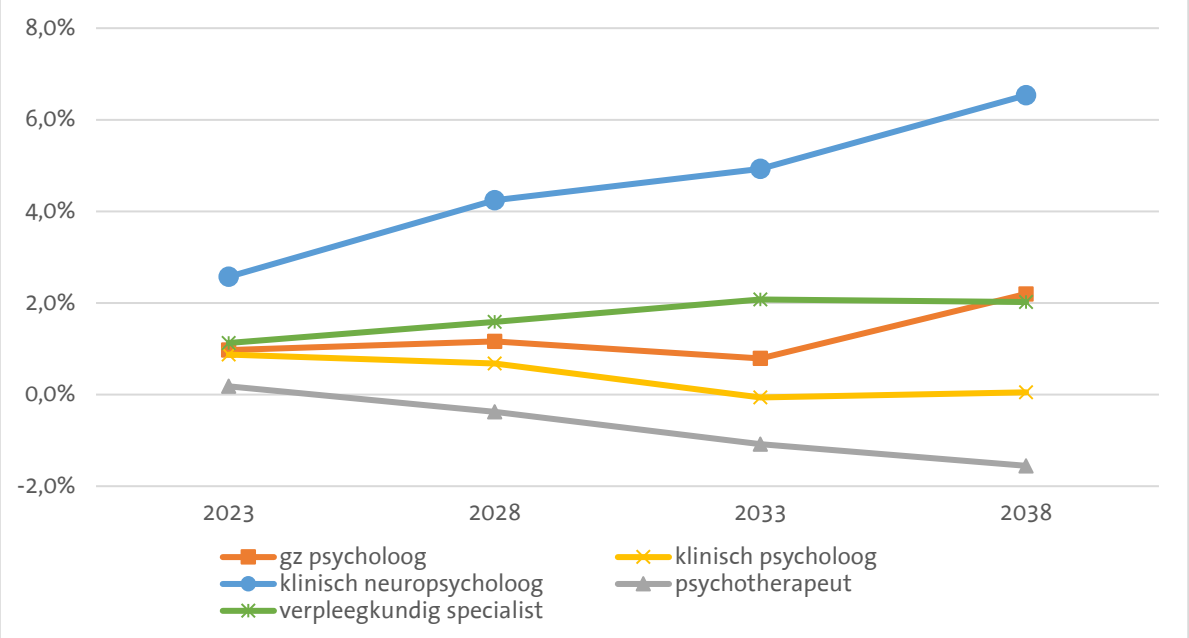
Figuur 12: Verdeling ggz-patiënten naar leeftijd op basis van gedeclareerde uren in percentages (2014)[104]



[103] Bewerking op basis van Kiwa (2017). De vraag naar de beroepen Geestelijke Gezondheid als gevolg van demografie en epidemiologie. http://studylibnl.com/doc/907779/epidemiologie-en-de-vraag-naar-een-vijftal-big
[104] Kiwa (2017). De vraag naar de beroepen Geestelijke Gezondheid als gevolg van demografie en epidemiologie.

De hiervoor geschetste ontwikkelingen zijn in deze raming verwerkt. De parameterwaarden demografische ontwikkelingen zijn voor het instroomadvies 2018 gesteld op de waarden zoals weergegeven in Figuur 13 en Tabel 12.

Figuur 13: Ontwikkeling zorgvraag vanuit demografie per beroepsgroep 2018 t/m 2038[105]



Tabel 12: Parameterwaarden demografie per beroepsgroep

	2023	2028	2033	2038
Gz-psycholoog	1,0%	1,2%	0,8%	2,2%
Psychotherapeut	0,2%	-0,4%	-1,1%	-1,6%
Klinisch psycholoog	0,9%	0,7%	-0,1%	0,1%
Klinisch neuropsycholoog	2,6%	4,2%	4,9%	6,5%
Verpleegkundig specialist ggz	1,1%	1,6%	2,1%	2,0%

4.3 Epidemiologie

De parameterwaarde epidemiologie is hetzelfde als in het Capaciteitsplan 2015 en 2013. Er zijn geen onderzoeksrapportages gepubliceerd, noch is er (vak)literatuur verschenen, die eenduidig wijzen op veranderingen in de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen.

Alleen op het vlak van dementie zijn er diverse studies verschenen die wijzen op een afname van de incidentie van dementie. De incidentie zou voornamelijk afnemen doordat er meer aandacht is voor

[105] Prismant (22-02-2018). Herberekening demografische ontwikkeling beroepen GG op basis van CBS Bevolkingsprognose 2017-2060.

hart- en vaatziekten: de bloeddruk is gemiddeld lager, minder mensen roken en ook cholesterol is meer onder controle. Een andere 'beschermende' factor die de afgelopen decennia toenam, is dat een groter deel van de bevolking een middelbareschooldiploma behaalde.[106] Niet in alle studies zijn de resultaten echter significant[107] en er zijn ook onderzoeksresultaten bekend die juist wijzen op een lichte toename van de incidentie van dementie.[108] Daarnaast wordt de kanttekening geplaatst dat een incidentiedaling door cardiovasculaire preventie wellicht teniet wordt gedaan door het groeiende aantal jonge mensen met obesitas, hypertensie en diabetes.[109] Ook noemt het RIVM dat de opkomst van dementie voornamelijk te maken heeft met de voortgaande vergrijzing.[110]

Voor deze raming wordt de parameterwaarde epidemiologie daarom voor alle beroepsgroepen (wederom) op 0% per jaar gesteld.

Tabel 13: Parameterwaarden epidemiologie per beroepsgroep

Beroep	Epidemiologie
Gz-psycholoog	0%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist ggz	0%

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In deze paragraaf worden sociaal-culturele ontwikkelingen besproken die het vraaggedrag beïnvloeden. Veranderingen in het vraaggedrag kunnen leiden tot groei of krimp van de patiëntenpopulatie voor de beroepen GG. Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Hieronder worden relevante sociaal-culturele ontwikkelingen genoemd. Deze paragraaf wordt afgesloten met een beschrijving van de forensische sector en de jeugdhulp.

Budgettair kader en bekostiging

Met hoofdlijnakkoorden beïnvloedt de centrale overheid de kosten van onder andere de geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de zorginhoudelijke richting.[111] Ook het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022 bevat een budgettair kader dat uiteindelijk voor een belangrijk deel de daadwerkelijke impact van de hieronder geschetste sociaal-culturele ontwikkelingen bepaalt.[112] Uit het Bestuurlijk Akkoord GGZ blijkt dat het budgettair kader de komende jaren in absolute zin stijgt van

[106] Satizabal C.L. et al. (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study.
[107] Moll van Charante, Richard et al. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): A cluster-randomised controlled trial.
[108] Medisch Contact (15-03-2017). Incidentie dementie toegenomen.
[109] Vermunt, Visser, Muller (23-07-2016). Nemen de prevalentie en incidentie van dementie af?
[110] RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Trendscenario.
[111] SiRM - Celsus Academie - Talma Institute, Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden (maart 2017).
[112] Onderhandelaarsakkoord geestelijke gezondheidszorg (03-07-2018): https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/publicaties/2018/07/03/onderhandelaarsakkoord-geestelijke-gezondheidszorg

3.814 nu naar 3.940 miljoen euro in 2022. De relatieve toename van het budget vlakt echter af; de toename van het budget in 2022 is maar 0,72% van het budget in 2021. Hiermee wordt de sterke groei van de ggz in de periode tussen 2012 en 2015 steeds meer afgevlakt. Daarbij dient wel aangetekend te worden dat de jeugd-ggz sinds 2015 is overgeheveld naar de gemeenten en dus geen onderdeel meer is van het budgettaire kader ggz.
Daarnaast was er de afgelopen jaren sprake van een structurele onderschrijding van het macrokader. Deze bedroeg volgens de gegevens van het ministerie over de periode 2013-2016 respectievelijk 277, 417, 261 en 288 miljoen euro.[113] De onderschrijding hangt samen met onder meer een verschuiving van zorg naar de gb-ggz, achterblijvende intensivering van de ambulante zorg en scherpere inkoop van zorgverzekeraars.
Het hoofdlijnenakkoord voor de huisartsen en de daarin opgenomen afspraak voor meer inzet van onder andere de POH-ggz dient hier genoemd te worden vanwege de mogelijke invloed op de vraag naar de beroepen GG.[114] Verder zal voor de forensische sector in najaar 2018 een plan van aanpak verschijnen dat qua impact vergelijkbaar is met een hoofdlijnenakkoord. Hierin wordt onder meer geld vrijgemaakt voor de werving van extra personeel.[115] Gelet op de geringe omvang van de forensische sector zal dit maar in zeer beperkte mate de behoefte aan de beroepen geestelijke gezondheid vergroten. (Zie hoofdstuk 5.)
Financiële managers in de zorg verwachten dat de DBC-tarieven voor ggz omlaag gaan, terwijl de zwaarte van de te leveren zorg toeneemt.[116] Dit draagt enigszins bij aan een toenemende vraag naar de beroepen geestelijke gezondheid, die immers voor een aanzienlijk deel in deze 'zwaardere' geestelijke gezondheidszorg voorzien.
Conform het Bestuurlijk Akkoord GGZ wordt in 2019 een experiment uitgevoerd naar de declarabiliteit van ervaringsdeskundig medewerkers, hbo-psychologen en psychodiagnostisch medewerkers. Declarabiliteit van deze beroepen kan leiden tot een verminderde inzet van de beroepen GG. De precieze gevolgen hiervan zijn gelet op de experimentele status op dit moment te ongewis en worden hier buiten beschouwing gelaten.
Bekeken vanuit het hierboven geschetste financiële perspectief, kan de behoefte aan alle beroepen geestelijke gezondheid in de GGZ de komende jaren licht stijgen.

Zorgbrede toename zorgvraag door toenemende welvaart en technologische ontwikkelingen

De zorgvraag neemt toe in alle zorgsectoren en sommige prognoses gaan uit van een verdubbeling van de zorguitgaven in 2040: van 5.100 nu naar 9.600 euro per jaar per persoon. Tweederde van deze toename is toe te schrijven aan ontwikkelingen in de medische technologie en welvaartstijging; een derde aan vergrijzing en bevolkingsgroei.[117] Internationaal bezien geeft Nederland meer dan gemiddeld uit aan zorg net als dat we aan geestelijke gezondheidszorg ook relatief veel geld uitgeven.[118]

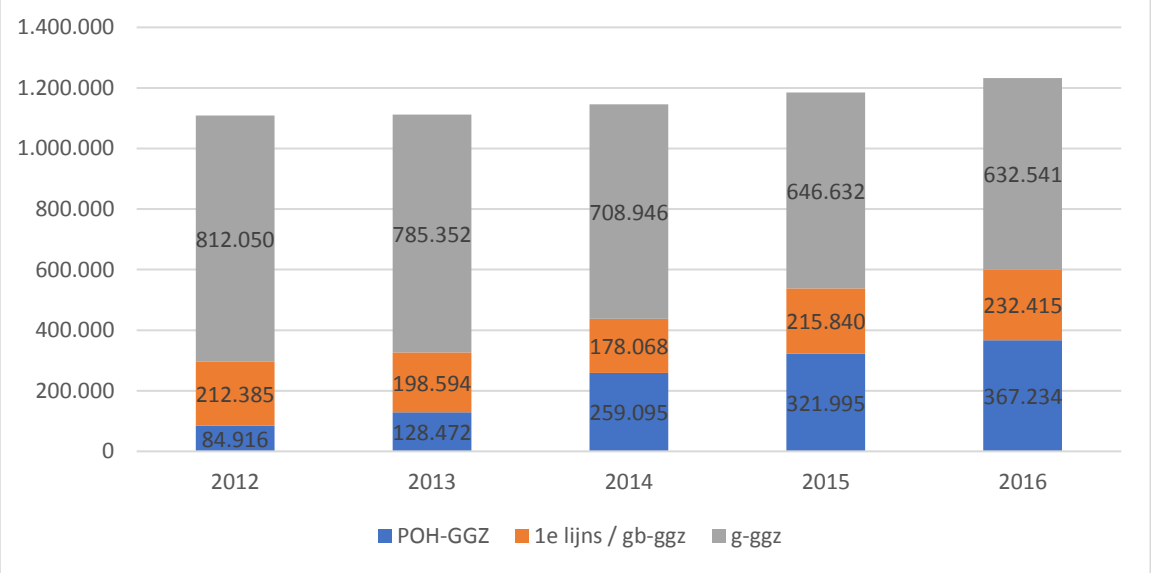
[113] Trimbos Instituut (2017). Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017, 56-57. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/12/22/landelijke-monitor-ambulantisering-en-hervorming-langdurige-ggz-2017
[114] Bestuurlijk akkoord Huisartsenzorg 2019 t/m 2022 (11-07-2018), 3. Hoe deze invloedsrelatie precies is, is op voorhand lastig te zeggen. Deze kan stuwend uitwerken op de beroepen GG in het geval de vraag naar ggz stijgt doordat POH-ggz meer ggz-problematiek identificeert maar kan ook dempend werken doordat meer POH-ggz zorg kunnen overnemen die nu nog door beroepen GG wordt verzorgd. De eerste mogelijkheid, een stuwende uitwerking lijkt waarschijnlijker.
[115] Dit naar aanleiding van onder andere het rapport "Forensische zorgen" dat in juni 2018 is aangeboden aan de Tweede Kamer. Zie ook de Kamerbrief van de minister voor Rechtsbescherming van 19-06-2018 (Kamerstuk 33628 nr.32).
[116] Financiële Zorgthermometer (2017)
[117] Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018. *(prognoses op basis van ongewijzigd beleid)*
[118] OECD Health Statistics (2015).

Vooral vanwege de verwachte welvaartstijging wordt een groeiende behoefte aan alle beroepen GG verondersteld.

POH-ggz, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

Het totaal aantal volwassen patiënten dat ggz krijgt (POH-ggz, gb-ggz en g-ggz) is tussen 2012 en 2016 met ongeveer 11% gestegen.[119] Dat komt voor een flink deel door een stijging van 332% van het aantal patiënten dat bij de POH-ggz komt. Ook het aantal patiënten in de gb-ggz is gestegen met 9,4%. Het aantal patiënten in de g-ggz is daarentegen met 22,1% gedaald.[120]

Figuur 14: aantal patiënten POH-ggz, gb-ggz, g-ggz (2012-2016)



Bron: Monitor generalistische basis GGZ, verslagperiode: 2011-2016, bewerking: Capaciteitsorgaan

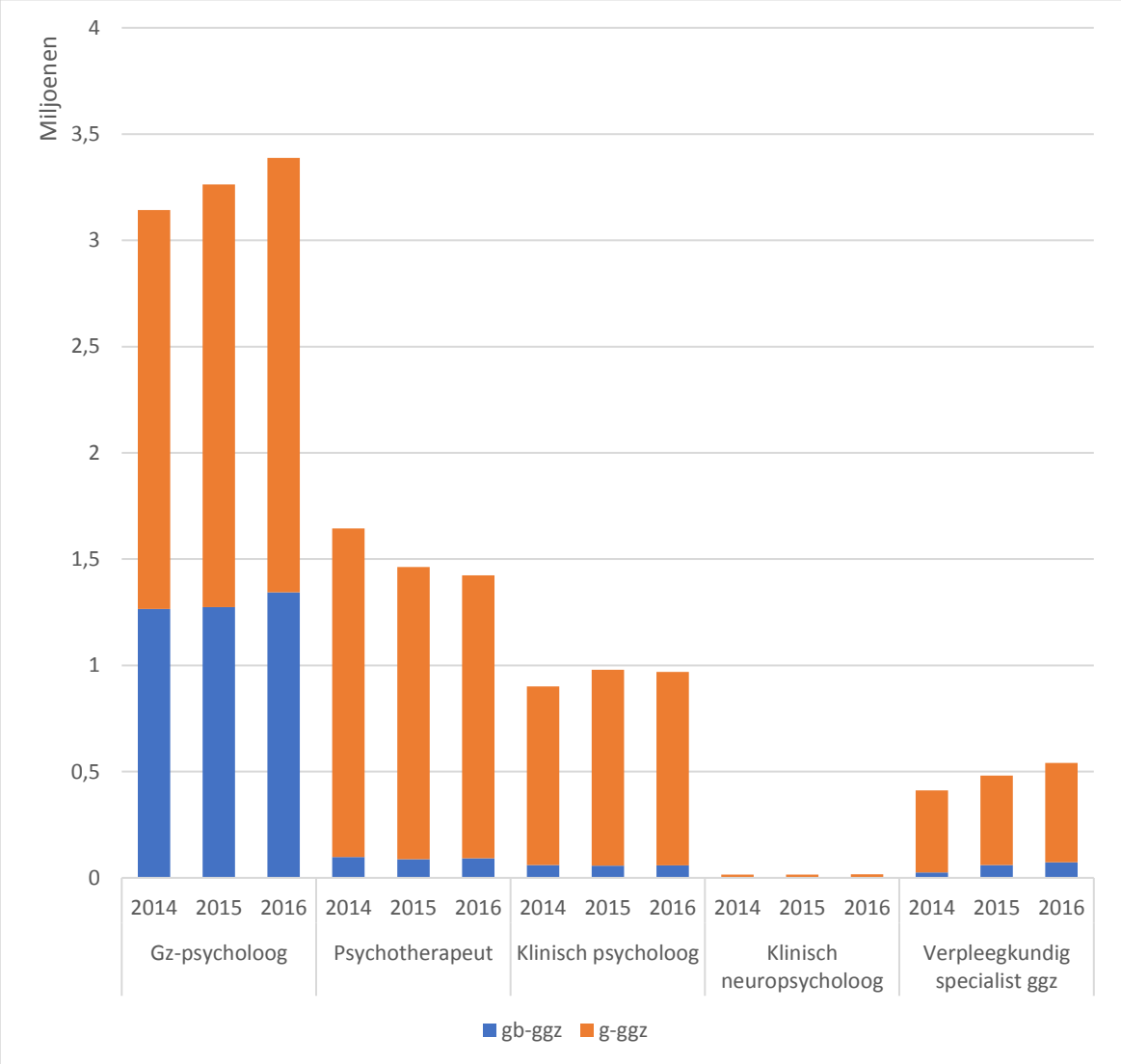
Inmiddels werkt 97% van de huisartsen samen met een POH-ggz.[121] Er lijkt daarmee een zekere verzadiging bereikt als het gaat om het aantal POH-ggz.[122] Uit recentere NIVEL-cijfers van 2017 blijkt echter dat 32% van de patiënten twee of meer weken moet wachten.[123] Mogelijk gaat dit leiden tot een verdere groei van het aantal POH-ggz.

Het is overigens de vraag of deze verzadiging ook tot een stabiele situatie leidt. De aanwezigheid van de POH-ggz kan namelijk op twee verschillende manieren doorwerken in de behoefte aan beroepen GG. Enerzijds kan de POH-ggz patiënten overnemen van de beroepen GG. Dat gaat dan om patiënten met lichte psychische klachten en sociale problemen. Aan de andere kant heeft de POH-ggz een signaalfunctie en is het dus mogelijk dat meer (inzet van) POH-ggz leidt tot aanloop van meer patiënten wat kan leiden tot meer patiënten voor de POH-ggz en/of meer doorverwijzingen naar de gb-ggz en g-ggz.

[119] KPMG (juni 2018), Monitor generalistische basis GGZ, verslagperiode: 2011-2016, p.6, 21.
[120] KPMG (juni 2018), Monitor generalistische basis GGZ, verslagperiode: 2011-2016, p.6.
[121] Uitkomsten LHV-peiling 2017, zie https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit (geraadpleegd op 17-09-2018).
[122] NIVEL (Verhaak, Nielen, De Beurs), Factsheet 2: De inzet van de POH-GGZ in de huisartspraktijk over de periode 2011-2016, p.3.
[123] NIVEL (Magnée, T., Beurs, D. de, Verhaak, P.) Wachttijden voor de POH-GGZ. Huisarts en Wetenschap: 2017, 60(5), 205

Het totaal aantal patiënten in de g-ggz neemt af. (Zie Figuur 14.) Dit leidt overigens niet tot een terugloop in het totaal aantal gedeclareerde uren voor de beroepen die ggz leveren zoals in Figuur 15 te zien is.

Figuur 15: Aantallen uren (in miljoenen) tijdsbesteding beroepen GG in gb-ggz en g-ggz (2014-2016)



Bron: Vektis DBC-data (26-03-2018), bewerking door Capaciteitsorgaan.

De aantallen uren tijdbesteding van de KNP zijn te klein in vergelijking met de waarden voor de andere beroepen en vallen daarmee weg in Figuur 16. Deze zijn wel zichtbaar in Tabel 14.

Tabel 14: Aantallen uren tijdsbesteding beroepen GG en overige beroepen in gb-ggz en g-ggz (2014-2016)

		gb-ggz	g-ggz
Gz-psycholoog	2014	1.264.626	1.878.200
	2015	1.274.531	1.988.734
	2016	1.343.552	2.044.034
Psychotherapeut	2014	98.014	1.546.562
	2015	88.313	1.374.559
	2016	92.062	1.331.052
Klinisch psycholoog	2014	60.262	841.367
	2015	56.946	922.428
	2016	59.496	909.535
Klinisch neuropsycholoog	2014	2.195	13.652
	2015	1.261	14.762
	2016	609	16.235
Verpleegkundig specialist ggz	2014	25.987	385.055
	2015	60.632	420.119
	2016	73.766	467.618
Overige beroepen	2014	294.512	14.524.800
	2015	404.057	14.646.574
	2016	465.931	14.451.466
Totaal	**2014**	**1.745.595**	**19.189.637**
	2015	**1.885.741**	**19.367.174**
	2016	**2.035.416**	**19.219.940**

Zoals te zien is in Figuur 15 en Tabel 14 is de totale inzet van de gz-psychoog, klinisch neuropsycholoog en vs-ggz aanzienlijk gegroeid, ondanks dat er minder patiënten zijn. De inzet van de klinisch psycholoog is licht gegroeid. De inzet van de psychotherapeut is in totaliteit gedaald. Daarnaast lijkt het dat de grootste verschuivingen van patiënten en de inzet van de beroepen GG tussen de echelons gb-ggz en g-ggz inmiddels hebben plaatsgevonden.
De instelling van de echelons, zoals hierboven besproken, is gepaard gegaan met een verandering in de bekostiging van de echelons. Dit betreft met name de invoering van de zogeheten (goedkopere) producten in de gb-ggz. Dit lijkt ertoe te hebben geleid dat de inzet van klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en vaak ook de duurdere psychotherapeuten budgettair gezien steeds minder past. De inzet van psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen in de gb-ggz is daardoor gedaald en zal blijven dalen. Taken in de gb-ggz blijven verschuiven naar gz-psychologen, verpleegkundig specialisten en masterpsychologen. De overname van chronische patiënten en patiënten met enkelvoudige depressies vanuit de g-ggz naar de gb-ggz zal doorzetten. Dit komt met name door de inzet van de vs-ggz. In de g-ggz verschuiven taken van psychotherapeuten naar gz-psychologen en klinisch psychologen: inzet van psychotherapeuten zal dus ook in de g-ggz dalen. De klinisch neuropsycholoog wordt meer ingezet voor complexe diagnostiek.

In algemene zin neemt dan de behoefte aan de gz-psycholoog de komende jaren aanzienlijk toe, net als de behoefte aan de vs-ggz en de klinisch neuropsycholoog. De behoefte aan de klinisch psycholoog zal daarentegen licht toenemen, terwijl de behoefte aan de psychotherapeut verder afneemt.

Ambulantisering

De opbouw van de ambulante behandelcapaciteit blijft achterlopen bij de ingezette afbouw van de klinische ggz. Zo is over 2012-2016 het aantal klinische plaatsen met bijna 20% gedaald, terwijl het totaal aantal patiënten in de ambulante ggz ongeveer gelijk blijft. Tegelijkertijd is binnen de ambulante ggz het aantal patiënten in de gespecialiseerde ggz fors afgenomen, terwijl het totaal aantal ggz-patiënten (inclusief POH-ggz) gelijk blijft.[124]
Er is een scheve verhouding tussen afbouw van de klinische ggz en de opbouw van ambulante zorg. Naar aanleiding daarvan stellen ggz-bestuurders en gemeenten dat ambulante zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening tekort schiet. Zij vinden her-allocatie nodig van ggz-middelen die zullen resulteren in ver(drie)dubbeling van ambulante capaciteit.[125] Hier wordt, terecht of niet, ook de vermeende toename van het aantal verwarde personen aan gekoppeld. In dit kader dient ook de Wet Verplichte GGZ genoemd te worden die in 2020 ingaat en die de mogelijkheid biedt om bijvoorbeeld ambulante dwangmaatregelen toe te passen.
De roep om meer ambulante ggz vertaalt zich in een licht verhoogde behoefte aan de beroepen GG; een deel van de klinisch behandelaren 'verhuist' mee.

Demedicalisering en kwaliteitsslagen

Demedicalisering krijgt vooral bij de ggz meer aandacht. Gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg en leven worden medicijnen, zoals psychofarmaca als antidepressiva en antipsychotica, (deels) vervangen door psychologische of psychotherapeutische interventies. Dit speelt vooral in de ouderenzorg, de gehandicaptensector en uiteraard in de GGZ. Afhankelijk van verdere demedicalisering en realisatie van kwaliteitsimpulsen kan de vraag naar de beroepen geestelijke gezondheid aanzienlijk toenemen. Dit is voor de vs-ggz met haar zelfstandige voorschrijfbevoegdheid voor psychofarmaca een minder stuwende factor. Naast demedicalisering krijgt ook de personeelssamenstelling, en verankering van onder andere psychische expertise, steeds meer aandacht in de ouderenzorg en de verstandelijk-gehandicaptensector. In het algemeen zal dit de behoefte aan de beroepen GG en met name de gz-psycholoog stuwen. Momenteel is er echter nog geen algemene richtlijn in dit kader waardoor een exacte inschatting van de gevolgen hiervan voor de vraag naar de beroepen GG niet goed mogelijk is.[126] [127]
In de ziekenhuiszorg wordt steeds vaker ook rekening gehouden met patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit.[128] Dit zal al in de komende ramingsperiode zorgen voor een lichte stuwing

[124] Trimbos Instituut (2017). Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017, 7-8.
[125] Trimbos Instituut (2017). Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017.
[126] Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
[127] Zie ook hoofdstuk 5 waarin cijfers staan over verschuiving van inzet.
[128] De generieke module Ziekenhuispsychiatrie is, hoewel nog niet geïmplementeerd, een goed voorbeeld van toenemende aandacht voor somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

van de behoefte aan met name de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. In de revalidatiesector is wellicht een soortgelijke ontwikkeling te zien[129], maar het is in absolute zin een zeer kleine sector. (Zie hoofdstuk 5.)
Bovengenoemde ontwikkelingen worden alle wel (deels) bepaald door de manier waarop het zorgstelsel wordt ingericht en hoe de aanwas van nieuwe patiënten verloopt. Voor de gehandicaptensector en de ouderensector is er namelijk ook kans dat het institutionele karakter ervan zal afnemen en dat thuiswonen verder gestimuleerd wordt.

Grotere kloof individu en samenleving

Van burgers wordt steeds vaker gevraagd om meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en zorg, en voor de zorg voor elkaar.[130] Dat is niet voor iedereen haalbaar.[131] Dit legt druk op burgers met een mindere fysieke gezondheid en/of psychische veerkracht.[132] Armoede kan dit versterken.[133] Burgers met een lagere opleiding of langdurig laag inkomen doen vaker beroep op specialistische zorg dan burgers met een hoger inkomen.[134] Hoewel het aantal huishoudens dat langdurig in armoede leeft in 2016 is toegenomen, verwacht het Centraal Planbureau dat in 2017 en 2018 de totale armoede licht daalt, mede door de aantrekkende economie.[135] Tegelijkertijd lijkt eenzaamheid toe te nemen en hebben steeds minder burgers een sociaal netwerk dat bijvoorbeeld psychische steun kan bieden.[136]
Voorgaande kan zorgen voor een toename van het aantal psychische klachten en bijdragen aan (het verergeren van) de ontwikkeling van psychische stoornissen en hiermee een toename van de behoefte aan beroepen GG.[137] Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de discussie of meer inzet van ggz een juiste en passende oplossing is, nog volop gevoerd wordt.[138]

Bekendheid van beroepen

Voor klinische neuropsychologen en vs-ggz geldt dat hun bekendheid verder toeneemt. Daardoor worden zij vaker ingezet bijvoorbeeld door doorverwijzingen vanuit andere specialisten als neurologen, revalidatieartsen en klinisch geriaters. Dit betekent een stuwing van de behoefte aan deze twee beroepen.

[129] Uitkomsten enquête psychologen in de revalidatie, Revalidatie Nederland.
[130] Illustratief in dit kader is de inmiddels breed overgenomen definitie van positieve gezondheid van Huber: het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Zie Huber (2014).
[131] Sociaal en cultureel planbureau (2016). De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later.
[132] Ibidem.
[133] Jamoulle et al. (2016). De geestelijke gezondheid van kwetsbare groepen.
[134] CBS (2018). Armoede en sociale uitsluiting.
[135] https://nos.nl/artikel/2212328-langdurige-armoede-neemt-toe-in-nederland.html (geraadpleegd op 7-6-2018)
[136] Sociaal en cultureel planbureau (2018). Een (on)gezonde leefstijl: opleiding als scheidslijn.
[137] De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft dit onlangs ook geconstateerd: https://www.skipr.nl/actueel/id35658-wrr-wil-meer-aandacht-voor-psychische-gezondheid.html (geraadpleegd op 3-9-2018).
[138] Zie de in dit kader toepasselijke reactie van psychiater Denys, voorzitter van de NVvP, op het hoofdlijnenakkoord van juli 2018 op https://www.nvvp.net/website/nieuws/2018/positie-van-de-psychiater-gewaarborgd-in-onderhandelaarsakkoord-ggz (geraadpleegd op 05-07-2018).

Forensische sector

De forensische sector heeft in 2008 een stelselwijziging ondergaan die eraan bijdraagt dat steeds meer patiënten met psychiatrische problematiek hiertoe toegang krijgen. Dit maakt dat de gemiddelde zwaarte van de problemen van de groep patiënten van deze instellingen is toegenomen.[139] Investeringen in het personeelsbeleid van de sector is volgens de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming nodig.
Dit zal de behoefte aan de beroepen GG weliswaar stuwen, maar de forensische sector is in absolute zin een zeer kleine sector (Zie hoofdstuk 5).

Jeugdhulp

In 2015 is de Jeugdwet ingegaan waardoor de jeugdhulp, waaronder ggz voor de kinderen en jeugdigen, onder de hoede van de gemeenten is gekomen. De transformatie gaat minder snel en verloopt problematischer dan bij de invoering werd aangenomen.[140] Onder meer de administratieve lasten lijken te zijn toegenomen net als het aantal budgetoverschrijdingen.[141] Er zijn legio berichten over professionals in het algemeen en beroepen GG in het bijzonder die het jeugdhulp-veld achter zich laten. Het aantal gz-psychologen dat werkzaam is in de jeugdsector is sinds 2015 met 40% afgenomen.[142] Concreet inzicht in het aantal patiënten in behandeling ontbreekt echter, waardoor concrete inschatting van de gevolgen voor de vraag naar professionals niet mogelijk is. Exploratief onderzoek wijst erop dat de gemiddelde aanmeldwachttijd bij adolescenten en jeugdigen het langst is: ongeveer 7 weken, ofwel 3 weken boven de Treeknorm. De gemiddelde aanmeldwachttijd is korter in andere circuits, zoals de forensische zorg, zorg voor ouderen, volwassenen en de verslavingszorg.[143] Mogelijk veroorzaakt de langzame en problematische transformatie - en daardoor suboptimale ggz voor jeugdigen zich op de langere termijn - ernstigere ggz-problematiek bij adolescenten en volwassenen. Dat is echter op dit moment niet concreet in te schatten.

De hiervoor genoemde sociaal-culturele ontwikkelingen staan gekwantificeerd in Tabel 15. Het zijn inschattingen van de jaarlijkse procentuele groei of krimp van de zorgvraag door sociaal-culturele ontwikkelingen zoals hiervoor besproken. Gelet op de aanzienlijke impact van de gesignaleerde ontwikkelingen stelt het Capaciteitsorgaan voor de beroepen gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en vs-ggz een parameterwaarde van 2% vast. Voor de klinisch neuropsycholoog stelt het Capaciteitsorgaan een waarde van 2,5% vast, vanwege het toenemend aantal verwijzingen voor neurologisch onderzoek door onder andere neurologen, revalidatieartsen en klinisch geriaters.

[139] Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (29 maart 2018), Advies 'Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen'.
[140] Ministerie van VWS, 'Eerste evaluatie Jeugdwet'.
[141] Zie bijvoorbeeld het Whitepaper "Waarom een ander perspectief op aanbesteding van Wmo en Jeugdhulp loont" van BDO (zie https://www.bdo.nl/nl-nl/blogs/gemeenten-en-zorgaanbieders-pak-aanbesteding-wmo-en-jeugdhulp-dit-keer-anders-aan, geraadpleegd op 23-07-2018).
[142] Vergelijking 'Nivel (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018' en 'Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz'. Mogelijk is de afname van het aantal fte's aan in de jeugdsector werkzame gz-psychologen groter dan 40%, doordat in de enquête van 2015 gevraagd is naar werkzamen in 'jeugdzorg' en in 2018 naar 'jeugdhulp'.
[143] Significant (29-06-2018), Uitkomsten analyse ggz-wachttijdgegevens op basis van data van Mediquest en Vektis, 5. Zoals aangegeven gaat het om exploratief onderzoek en is verder onderzoek nodig om deze conclusies te valideren.

Tabel 15: Parameterwaarden sociaal-culturele ontwikkelingen per beroepsgroep

	Parameterwaarde
Gz-psycholoog	2,0%
Psychotherapeut	2,0%
Klinisch psycholoog	2,0%
Klinisch neuropsycholoog	2,5%
Verpleegkundig specialist ggz	2,0%

4.5 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag is het verschil tussen de huidige bestaande zorgvraag en de huidige vervulde zorgvraag, oftewel het aanbod. De onvervulde vraag wordt niet verleend door het gebrek aan voldoende beroepsbeoefenaren.[144] Indicatoren voor onvervulde vraag zijn vooral wachttijden, moeilijk vervulbare vacatures en een hoge vacaturegraad. Aan de andere kant is het mogelijk dat de vraag naar beroepsbeoefenaren kleiner is dan het aanbod. Dan is er bijvoorbeeld sprake van werkloosheid, een korte doorlooptijd van vacatures en geen of korte wachtlijsten.
Er is geen directe manier om de onvervulde vraag te bepalen en daarom gebruikt het Capaciteitsorgaan net als in het ramingsrapport van 2015 een indirecte indicator: de vacaturegraad. Hiernaast is dit keer ook gekeken naar twee andere indicatoren voor onvervulde vraag: wachttijden en aard van vacatures.
Bij alle beroepen GG blijkt sprake te zijn van een onvervulde vraag.

4.5.1 Vacaturegraad

De vacaturegraad is het percentage vacatures in fte's ten opzichte van het totaal aantal fte's aan werkzamen.[145] Op basis van een uitvraag onder verschillende ggz-aanbieders is het aantal vacatures bepaald en vervolgens gerelateerd aan het aantal fte's werkzamen.[146] Zie hiervoor Tabel 16. Dit heeft voor elk beroep een vacaturegraad met een bandbreedte opgeleverd waarop nog een correctie voor frictiewerkloosheid moet plaatsvinden. De mate van correctie, en dus vaststelling van de definitieve waarde van de vacaturegraad voor de raming 2018, gebeurt op basis van het zogeheten steunbewijs. Dit bevat de verborgen vacatures en de omvang van de wachttijden. Zie Tabel 16 voor de definitieve vacaturegraden.

[144] Wellicht ontstaat de onvervulde vraag (zorg die niet verleend wordt) mede door te krappe budgetplafonds. Deze conclusies zijn vooralsnog te ongewis en daarom hier niet meegenomen. Zie ook de brief van 4 april 2018 van staatssecretaris Blokhuis (VWS) aan de Tweede Kamer over wachttijden ggz voor andere oorzaken van wachttijden, https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/paul-blokhuis/documenten/kamerstukken/2018/04/11/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-wachttijden-ggz (geraadpleegd op 02-09-2018).
[145] De vacaturegraad kan ook in aantal personen uitgedrukt worden.
[146] Het aantal werkzamen is vastgesteld door NIVEL (2018), Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018. Actualisering van de aanbodparameters voor de beroepen GZ- psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ.

Capaciteits orgaan

Tabel 16: Vergelijking vacaturegraad 2015-2018 beroepen GG

	Vacaturegraad 2015	Vacaturegraad 2018
Gz-psycholoog	1,2%	7,9 - 9,9%
Psychotherapeut	0%	4,1 - 6,1%
Klinisch psycholoog	8,7%	11,4 - 13,4%
Klinisch neuropsycholoog	1,1%	18,0 - 20,0%
Verpleegkundig specialist ggz	2,1%	16,6 - 18,6%

Bron: KiwaCarity (2015)[147] en Prismant (2018)[148]

In vergelijking met vorig onderzoek naar vacatures voor de beroepen geestelijke gezondheid (Prismant, 2015) is de vacaturegraad in 2018 duidelijk gestegen. Daar zijn meerdere oorzaken voor. In 2014 en 2015 bevonden met name de aanbieders in de GGZ zich, mogelijk nog meer dan nu, in onzekere omstandigheden. De gb-ggz en g-ggz waren net ingevoerd en de verdeling van de beroepsbeoefenaars over deze echelons was nog niet stabiel. Dit droeg destijds bij aan de onduidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap en de onzekerheid over de financiële situatie van de aanbieders in de GGZ. Dit heeft geleid tot voorzichtiger beleid bij het uitzetten van vacatures en het aannemen van bepaald personeel.[149]

4.5.2 Verborgen vacatures

Het blijkt dat het aandeel vacatures dat langer dan 6 maanden open staat vooral hoog is bij de gz-psychologen en klinisch psychologen. Daarnaast heeft bijna 25% van de organisaties vacatures die niet worden uitgezet en dus verborgen blijven. Dat geldt vooral bij vacatures voor gz-psychologen en klinisch psychologen. Belangrijkste redenen voor verborgen vacatures zijn dat men inschat dat de kans dat vacatures ingevuld worden klein is door de tekorten op de arbeidsmarkt en beter opgevuld kunnen worden via informele kanalen. Overigens heeft bijna 10% van de organisaties geen zicht op eventuele verborgen vacatures. Meer dan 50% van de organisaties heeft in 2017 naast vervangingsvacatures ook uitbreidingsvacatures gehad. Deze betroffen vooral gz-psychologen, de klinisch psychologen in de ggz en de verpleegkundig specialist ggz. Bijna de helft van de organisaties heeft vacatures opgevuld met een zogenoemd tweede keuze beroep. Dit kwam vooral voor bij de gz-psycholoog (alle branches), de psychiater (ggz) en de klinisch psycholoog (ziekenhuizen). Vooral masterpsychologen en orthopedagogen vervulden de onvervulbare vacatures van de gz-psycholoog. Met name aio's en anio's en daarnaast ook de gz-psycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist vulden de vacatures van psychiaters op. De precieze omvang van het aantal vacatures dat met een tweede keuze beroep wordt ingevuld, kan overigens niet vastgesteld worden maar het geeft wel een indicatie.

[147] Kiwa Carity (2015). Tekorten aan GZ-professionals. Bevindingen uit een enquête naar de onvervulde vraag bij vijf BIG-geregistreerde GZ-beroepen. Utrecht.
[148] Prismant (2018), Vraag naar BIG-geregistreerde behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek naar vacatures.
[149] Prismant (2018), pagina 25.

4.5.3 Wachttijden

Sinds 1 april 2016 zijn aanbieders in de GGZ verplicht om eenduidige en actuele wachttijdgegevens op hun website te publiceren en vanaf 1 januari 2018 dienen de aanbieders gegevens aan te leveren bij Vektis. De NZa analyseert vervolgens deze gegevens. Uit onderzoek van de NZa in mei 2018 is gebleken dat de wachttijden voor de behandeling van de meeste hoofddiagnosegroepen zijn gestegen sinds het jaar daarvoor.[150] Dit wordt bevestigd door onderzoeken die het Capaciteitsorgaan heeft laten uitvoeren.[151] In een van deze onderzoeken is gekeken naar de mate van inzet van de beroepen GG bij de hoofddiagnosegroepen. Te zien is dat de hoofddiagnosegroepen waarbij de wachttijden de norm overschrijden gewoonlijk vooral gz-psychologen en soms ook klinisch psychologen ingezet worden.[152]

4.5.4 Bandbreedte en definitieve parameterwaarden onvervulde vraag

Het Capaciteitsorgaan bepaalt op basis van de drie hierboven genoemde indicatoren de parameterwaarden onvervulde vraag per beroepsgroep. Het perspectief van de beroepsgroep sluit hierbij aan: de meeste zorgprofessionals in de beroepen GG vinden dat er een klein tot groot tekort is aan collega's die dezelfde functie of hetzelfde beroep uitoefenen binnen de eigen organisatie en landelijk gezien.[153]

Tabel 17: Bandbreedte en definitieve parameterwaarden onvervulde vraag per beroepsgroep[154]

	Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkundig specialist ggz
Bandbreedte parameterwaarde	7,9 - 9,9%	4,1 - 6,1%	11,4 - 13,4%	18,0 - 20,0%	16,6 - 18,6%
Inzet bij hoofddiagnoses met hoogste wachttijden	+		+		+
Aard en aantal vacatures	+		+	+	
Definitieve parameterwaarde	9,9%	4,1%	13,4%	19%	17,6%

Op dit moment zijn er aanzienlijke tekorten voor de beroepen GG, met name ook als het gaat om crisisdiensten en avond- en weekenddiensten.[155]

[150] Brief van 4 april 2018 aan Staatssecretaris Blokhuis (VWS) over wachttijden ggz, zie https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/paul-blokhuis/documenten/kamerstukken/2018/04/11/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-wachttijden-ggz (geraadpleegd op 02-09-2018). De hoofddiagnosegroepen zijn Aandachtstekort- en gedragsstoornissen, Alcohol gebonden stoornissen, Angststoornissen, Bipolair en overige stemmingsstoornissen, Delirium dementie en overige cognitieve stoornissen, Depressieve stoornissen, Eetstoornissen, Overige aan middel gebonden stoornissen, Overige stoornissen, Overige stoornissen kindertijd, Persoonlijkheidsstoornissen, Pervasieve stoornissen. Schizofrenie en andere psychotische stoornissen en Somatoforme stoornissen.

[151] Mediquest (2017, 2018), Onderzoek wachttijden ggz en Significant (29-06-2018), Uitkomsten analyse ggz-wachttijdgegevens op basis van data van Mediquest en Vektis. Het bijhouden van de wachttijden vindt plaats door Mediquest. Elk kwartaal krijgt het Capaciteitsorgaan een overzicht van de wachttijden van alle GGZ-instellingen en een steekproef van vrijgevestigde aanbieders.

[152] Significant (29-06-2018), Uitkomsten analyse ggz-wachttijdgegevens op basis van data van Mediquest en Vektis, 7.

[153] NIVEL 2018, 41. Deze hoge vacaturegraad bij de Gz-psycholoog wordt ook bevestigd door het onderzoek "Uitkomsten enquête psychologen in de revalidatie" van Revalidatie Nederland.

[154] Een '+' in de tabel betekent dat er sprake is van extra bewijs. Dit kan reden zijn om een definitieve parameterwaarde te kiezen die hoger in de bandbreedte zit.

[155] Brief van 17 juli 2018 van Staatssecretaris Blokhuis (VWS) aan de Tweede Kamer over wachttijden ggz, zie https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/paul-blokhuis/documenten/kamerstukken/2018/04/11/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-wachttijden-ggz (geraadpleegd op 02-09-2018).

4.6 Arbeidstijdverandering

In de vigerende CAO GGZ 2017-2019 blijft de gemiddelde arbeidsduur per week stabiel met 36 uur voor een volledige werkweek.[156] In het arbeidsmarktonderzoek is gevraagd of beroepsbeoefenaren meer of minder uren willen gaan werken. Per saldo wil men iets minder gaan werken. Maar in vergelijking met de vorige meting blijkt men ongeveer hetzelfde aantal uren te werken per persoon en soms zelfs iets meer. De conclusie is dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering.[157] Zie Tabel 18.

Tabel 18: Parameterwaarden arbeidstijdverandering per beroepsgroep

Beroep	Arbeidstijdverandering
Gz-psycholoog	0%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist ggz	0%

4.7 Parameterwaarden 'Zorgvraag'

De parameterwaarden uit Tabel 19 over de zorgvraag, zijn gebruikt voor het instroomadvies. Het Capaciteitsorgaan gebruikt deze waarden als invoer in het ramingsmodel en deze wegen dus mee in het ramingsadvies.

Tabel 19: Parameterwaarden 'Zorgvraag' raming 2018 per beroepsgroep

		Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuropsycholoog	Verpleegkundig specialist ggz
Demografie	2023	1,0%	0,2%	0,9%	2,6%	1,1%
	2028	1,2%	-0,4%	0,7%	4,2%	1,6%
	2033	0,8%	-1,1%	-0,1%	4,9%	2,1%
	2038	2,2%	-1,6%	0,1%	6,5%	2,0%
Epidemiologie		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sociaal-cultureel		2,0%	2,0%	2,0%	2,5%	2,0%
Onvervulde vraag		9,9%	4,1%	13,4%	19,0%	17,6%
Arbeidstijdverandering		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

[156] http://www.ggznederland.nl/cao/hoofdstuk-6-arbeidsduur-en-werktijden
[157] NIVEL (2018), Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018. Actualisering van de aanbodparameters voor de beroepen gz- psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz.

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Het zorgaanbod staat voor de huidige en de te verwachten capaciteit van de beroepsbeoefenaren die per 1 januari 2018 werkzaam zijn in één van de vijf beroepen geestelijke gezondheid. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het zorgaanbod, zoals: het aantal fte's aan beroepsbeoefenaren, het geslacht, de uitstroom uit het beroep en het extern rendement. Ook bevat dit hoofdstuk aanvullende informatie over de beroepsgroepen, onder meer over de verdeling van de beroepsbeoefenaren over branches, dubbelregistraties et cetera. Dit hoofdstuk sluit af met het overzicht van de parameterwaarden voor het zorgaanbod in paragraaf 5.6.

Bronnen

De gegevens over het zorgaanbod zijn ten eerste verkregen met een arbeidsmarktonderzoek onder de vijf BIG-geregistreerde beroepsgroepen geestelijke gezondheid.[158] Voor het arbeidsmarktonderzoek zijn schriftelijke enquêtes afgenomen bij ongeveer 3.500 BIG-geregistreerden, op basis van een steekproef getrokken uit het BIG-register. Ten tweede zijn registerdata verkregen van de overige registratieorganen voor beroepsbeoefenaren. Zo zijn de klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen geregistreerd bij de Commissie Registratie en Toezicht (CRT; ondergebracht bij de FGzPt) en vallen de verpleegkundig specialisten ggz onder de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV; ondergebracht bij de V&VN).[159]

5.2 Omvang huidige beroepsgroepen

De capaciteit van de huidige beroepsgroepen wordt berekend door het aantal BIG-registraties per beroep terug te brengen tot het aantal BIG-geregistreerden per beroep. Vervolgens wordt het aantal werkzamen vastgesteld om uiteindelijk het aantal fte's werkzame beroepsbeoefenaren te bepalen. In Tabel 20 staan de aantallen registraties en geregistreerden en het aantal en fte's werkzame beroepsbeoefenaren. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de cijfers in Tabel 20.

[158] Nivel (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018. Actualisering van de aanbodparameters voor de beroepen GZ- psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz. Utrecht.
[159] Voor alle registerdata geldt dat deze als peildatum 31 december hebben. In dit hoofdstuk worden deze weergegeven als 1 januari van het daaropvolgende jaar.

Capaciteits orgaan

Tabel 20: aantal BIG-registraties per beroep, aantal BIG-geregistreerden, aantal werkzame beroepsbeoefenaren en aantal fte's werkzame beroepsbeoefenaren 2018.

	aantal BIG-registraties per beroep	aantal BIG-geregistreerden	aantal werkzame beroepsbeoefenaren	aantal fte 's beroepsbeoefenaren
Gz-psycholoog	14.657	11.106	10.649	**8.983**
Psychotherapeut	4.545	2.055	1.913	**1.579**
Klinisch psycholoog	2.169	2.145	2.069	**1.906**
Klinisch neuropsycholoog	145	145	139	**119**
Verpleegkundig specialist ggz	974	974	954	**877**

Bron: NIVEL 2018

5.2.1 Aantal BIG-registraties per beroep

Bij de beroepen GG kunnen beroepsbeoefenaren meerdere registraties hebben waardoor er dus meer registraties dan geregistreerden zijn. Dit kan twee redenen hebben. Ten eerste is het hebben van een BIG-registratie als gz-psycholoog een voorwaarde om een BIG-registratie als specialist te hebben. Specialisten zijn: klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. In het BIG-register worden de registraties in de basisberoepen en als specialist bij elkaar opgeteld. Bijvoorbeeld: een klinisch (neuro)psycholoog is dus altijd ook geregistreerd als gz-psycholoog. Ten tweede bestaan er, onder andere van oudsher, bepaalde overlappen in registraties. Zo zijn relatief veel psychotherapeuten, meer dan 60%, tevens geregistreerd als gz-psycholoog. En daarnaast is 82% van de klinisch psychologen eveneens psychotherapeut. Ook klinisch neuropsychologen combineren hun registratie. Zij hebben altijd een registratie gz-psycholoog, en daarnaast is 8% tevens psychotherapeut en 17% is ook klinisch psycholoog. Een ander voorbeeld is de registratie tot psychiater die, tot een aantal jaar geleden, ook inhield dat men automatisch als psychotherapeut geregistreerd werd. Dit automatisme geldt niet meer. Er is nu een specifieke aantekening voor nodig die onder de werking van de vijfjaarlijkse herregistratieplicht valt. Het aantal psychiaters met een (dubbel)registratie als psychotherapeut zal hierdoor de komende jaren wel geleidelijk afnemen, maar niet geheel verdwijnen.

5.2.2 Aantal BIG-geregistreerden

In Tabel 21 staat het aantal unieke BIG-geregistreerden voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid exclusief dubbelregistraties. Bij het uitsluiten van dubbelregistraties zijn de volgende richtlijnen gehanteerd: onder de psychotherapeuten vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut en gz-psycholoog. Onder de klinisch psychologen vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut en uiteraard gz-psycholoog. Onder de klinisch neuropsychologen vallen ook personen met een dubbele registratie als psychotherapeut, klinisch psycholoog en uiteraard gz-psycholoog.

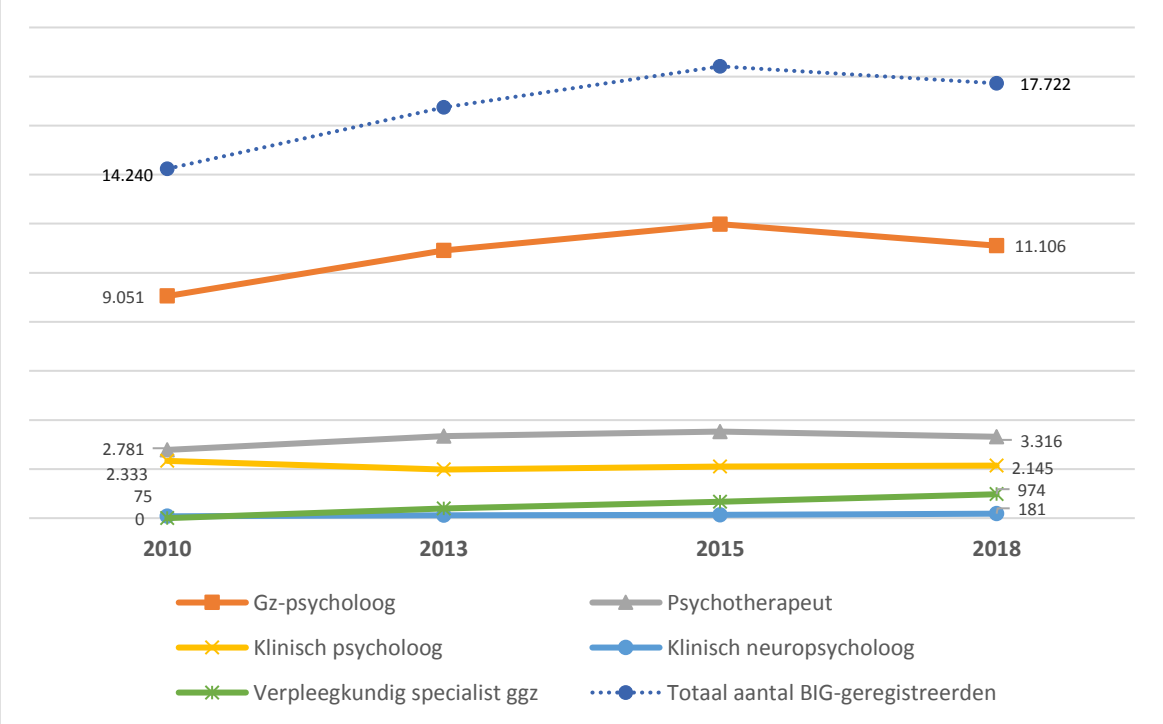
Tabel 21: Aantal BIG-geregistreerde personen per 1 januari 2010-2018 (exclusief dubbelregistraties)

	2010	2013	2015	2018	Mutatie 2010-2018
Gz-psycholoog	9.051	10.915	11.981	11.106	23%
Psychotherapeut	2.781	3.341	3.528	3.316	19%
Klinisch psycholoog	2.333	1.980	2.105	2.145	-8%
Klinisch neuropsycholoog	75	115	134	181	141%
Verpleegkundig specialist ggz	0	398	667	974	-
Totaal aantal BIG-geregistreerden	*14.240*	*16.749*	*18.415*	*17.722*	*24%*

Bron: NIVEL 2018

Het totaal aantal unieke BIG-geregistreerden voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid is met ruim 24% toegenomen tussen 2010 en 2018, zoals Figuur 16 laat zien. De grootste relatieve toename is zichtbaar bij de verpleegkundig specialisten ggz met 974 geregistreerden per 1-1-2018. Ook het aantal unieke geregistreerde gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch neuropsychologen is gestegen. Het aantal unieke klinisch psychologen is daarentegen gedaald met 8% tussen 2010 en 2018 en nauwelijks gestegen tussen 2015 en 2018 met 2%.

Figuur 16: Ontwikkeling aantal BIG-geregistreerde personen per 1 januari 2010-2018 (exclusief dubbelregistraties)



5.2.3 Aantal werkzame beroepsbeoefenaren

Het aantal werkzame personen ligt lager dan het aantal BIG-geregistreerden, doordat niet alle BIG-geregistreerden ook werkzaam zijn in het beroep.[160]Vergeleken met de vorige peiling op 1-1-2015 vertoont de onderhavige peiling van 1-1-2018 echter wel een veel minder groot verschil tussen het aantal werkzame personen en het aantal BIG-geregistreerden. Dit komt doordat het BIG-register in januari 2018 is opgeschoond vanwege herregistratie-eisen en het onderzoek vlak na de opschoning is uitgevoerd. Daardoor stonden er relatief weinig niet-werkzame personen in het BIG-register. Tabel 22 laat de ontwikkelingen in het aantal werkzame personen per soort registratie zien vanaf 2010.

Tabel 22: aantal werkzame personen per soort registratie naar peildatum en bron

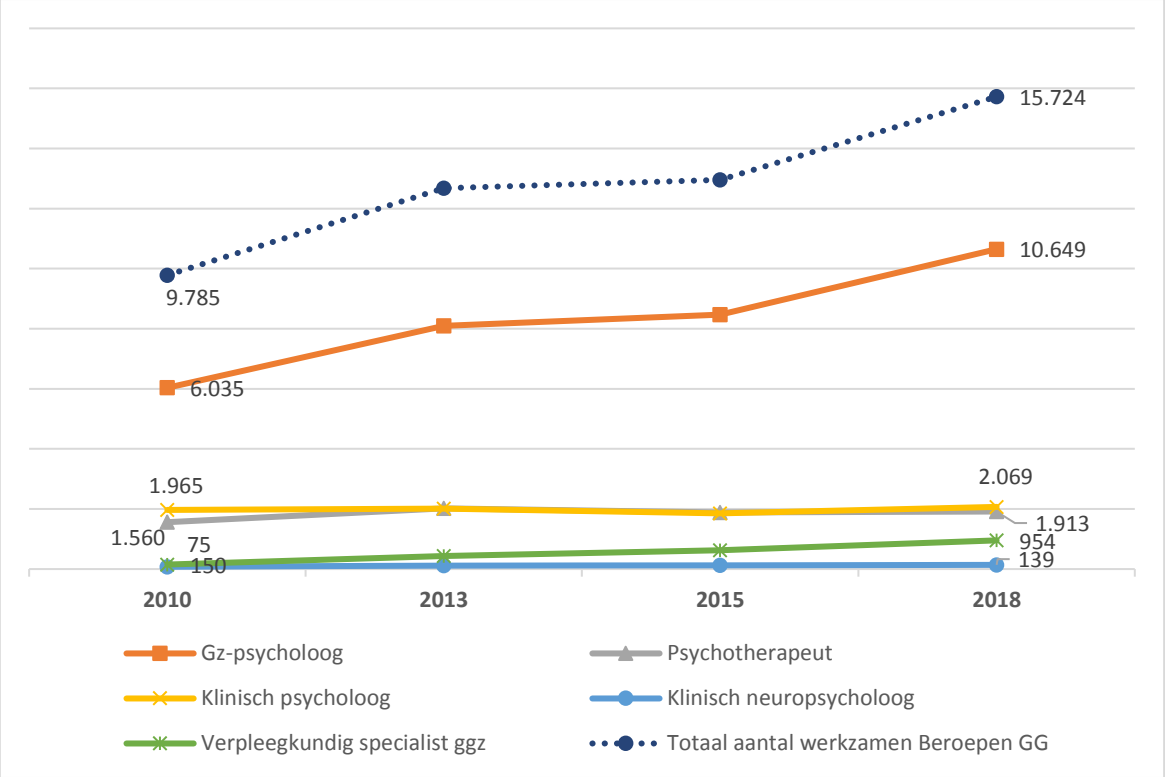
	Per 1-1-2010 (CP 2011)	Per 1-1-2013 (CP 2013)	Per 1-1-2015 (CP 2015)	Per 1-1-2018 (dit onderzoek)	mutatie 2010-2018
Gz-psycholoog	6.035	8.100	8.474	10.649	76%
Psychotherapeut	1.560	2.020	1.882	1.913	23%
Klinisch psycholoog	1.965	2.008	1.854	2.069	5%
Klinisch neuropsycholoog	75	113	123	139	85%
Verpleegkundig specialist ggz	150	438	622	954	536%
Totaal aantal werkzamen	*9.785*	*12.679*	*12.955*	*15.724*	*61%*

Bron: NIVEL 2018, tabel 3.1

Te zien is dat het aantal verpleegkundig specialisten ggz relatief het meest is toegenomen, van 150 beroepsbeoefenaars in 2010 naar 954 in 2018. Dit komt doordat de vs-ggz sinds 2009 verplicht is BIG-geregistreerd te zijn. Het aantal klinisch psychologen is slechts weinig toegenomen. Hiervoor zijn verschillende redenen als het verloop van herregistraties, leeftijdsgebonden uitstroom en een lage opleidingsinstroom en/of doorstroom vanuit de opleidingen. Figuur 17 toont de historische ontwikkeling van het aantal werkzame personen per registratie.

[160] De definitie van werkzame personen in het onderzoek van 2018 is wat breder dan in het eerdere onderzoek van 2015 naar het aanbod van de beroepen GG. In 2015 is gekeken naar het aantal werkzame personen werkzaam was in de zorg terwijl in het onderzoek van 2018 ook de werkzamen zijn meegenomen die niet in de zorg werken.

Figuur 17: Aantal werkzame personen naar peildatum.



Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan.

Geaggregeerd gezien is in de periode 2010-2018 het aantal werkzamen in de beroepen GG meer dan verdubbeld met 61%, terwijl de inzet van medisch academisch, paramedisch en medisch assisterend personeel over 2010-2017 sterk afnam met respectievelijk 59%, 44% en 20%.[161] Het totaal aantal werknemers in de ggz nam af met 2% over 2010-2017. Deze sterke verschuiving in inzet van zorg-professionals in de ggz lijkt een weergave te zijn van de demedicalisering van de ggz en stijgende inzet van zogenoemde hoofd- en regiebehandelaren in de GGZ. Daarnaast zetten zorginstellingen in de gespecialiseerde ggz vaker de zogenoemde tijdschrijvende beroepen in.[162]

5.2.4 Aantal fte's beroepsbeoefenaren

Op basis van de uitkomst van het onderzoek naar het zorgaanbod heeft het Capaciteitsorgaan het aantal fte's werkzame beroepsbeoefenaren bepaald. Net als in het onderzoek van 2015 is gevraagd naar het aantal uren dat beroepsbeoefenaars per week werken waarbij 1 fte voor 36 uur staat.[163]Dit is inclusief nevenfuncties passend bij het beroep, maar exclusief Avond Nacht en Weekend (ANW) diensten. Omdat de deeltijdfactor invloed heeft op de benodigde capaciteit, is ook de man-vrouw verhouding meegenomen.

[161] https://www.azwinfo.nl/jive/jive?workspace_guid=3e8962db-afee-415c-bb64-f4eeefe75970 (geraadpleegd op 13-09-2018).
[162] Zie o.a. de marktscan ggz 2016 van de NZa: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/05/31/marktscan-ggz-2016/marktscan-ggz-2016.pdf (pagina 56).
[163] Dit is de lengte van de standaard werkweek die voor het overgrote deel van de relevante branche-cao's van de GG/beroepen geldt wat overigens ook valt af te leiden uit de waarden voor de Modus uren (zie Nivel 2018, tabel 3.4).

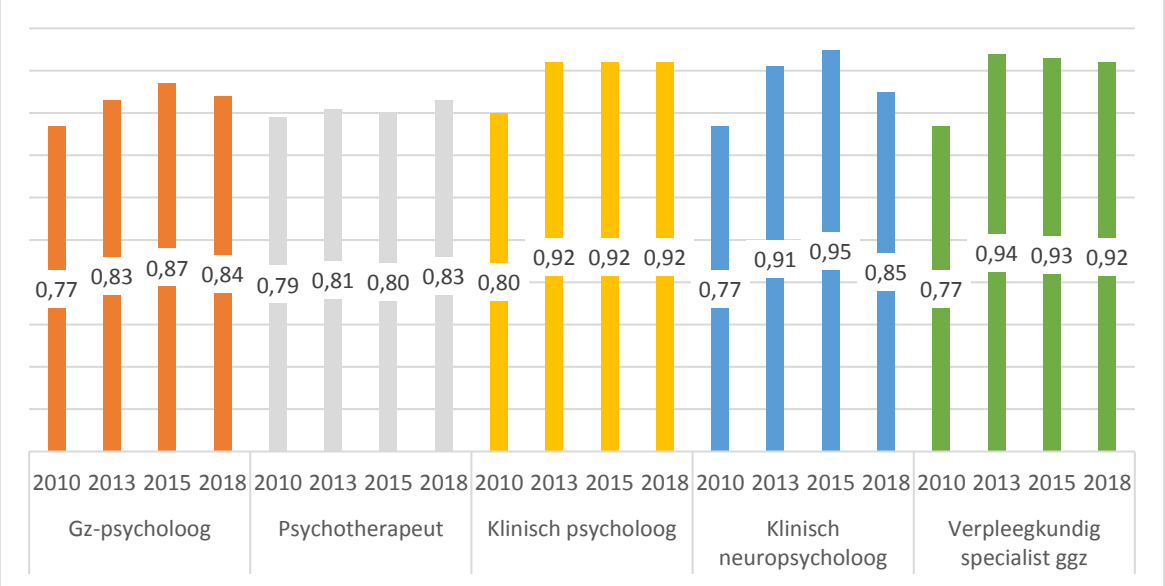
Capaciteits orgaan

Tabel 23: (gemiddeld) aantal fte's en werkzamen per beroepsgroep en geslacht 2010-2018

		Gemiddeld aantal fte's mannen	Gemiddeld aantal fte 's vrouwen	Gemiddeld aantal fte's	Aantal werk-zame fte's
Gz-psycholoog	Per 1-1-2010 (CP 2011)	0,80	0,75	0,77	4.617
	Per 1-1-2013 (CP 2013)	0,89	0,82	0,83	6.755
	Per 1-1-2015 (CP 2015)	0,96	0,85	0,87	7.349
	Per 1-1-2018 (dit onder-zoek)	0,97	0,82	0,84	**8.983**
Psychotherapeut	Per 1-1-2010 (CP 2011)	0,85	0,73	0,79	1.229
	Per 1-1-2013 (CP 2013)	0,85	0,78	0,81	1.631
	Per 1-1-2015 (CP 2015)	0,83	0,79	0,80	1.512
	Per 1-1-2018 (dit onder-zoek)	0,84	0,82	0,83	**1.579**
Klinisch psycholoog	Per 1-1-2010 (CP 2011)	0,84	0,78	0,80	1.582
	Per 1-1-2013 (CP 2013)	1,01	0,87	0,92	1.445
	Per 1-1-2015 (CP 2015)	1,02	0,88	0,92	1.698
	Per 1-1-2018 (dit onder-zoek)	0,98	0,90	0,92	**1.906**
Klinisch neuropsycholoog	Per 1-1-2010 (CP 2011)	0,80	0,75	0,77	58
	Per 1-1-2013 (CP 2013)	0,94	0,89	0,91	114
	Per 1-1-2015 (CP 2015)	1,01	0,92	0,95	117
	Per 1-1-2018 (dit onder-zoek)	0,85	0,85	0,85	**119**
Verpleegkundig specialist ggz	Per 1-1-2010 (CP 2011)	0,80	0,75	0,77	116
	Per 1-1-2013 (CP 2013)	1,00	0,91	0,94	412
	Per 1-1-2015 (CP 2015)	0,98	0,91	0,93	581
	Per 1-1-2018 (dit onder-zoek)	0,97	0,90	0,92	**877**

Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan

Figuur 18: gemiddeld aantal fte's 2010-2018



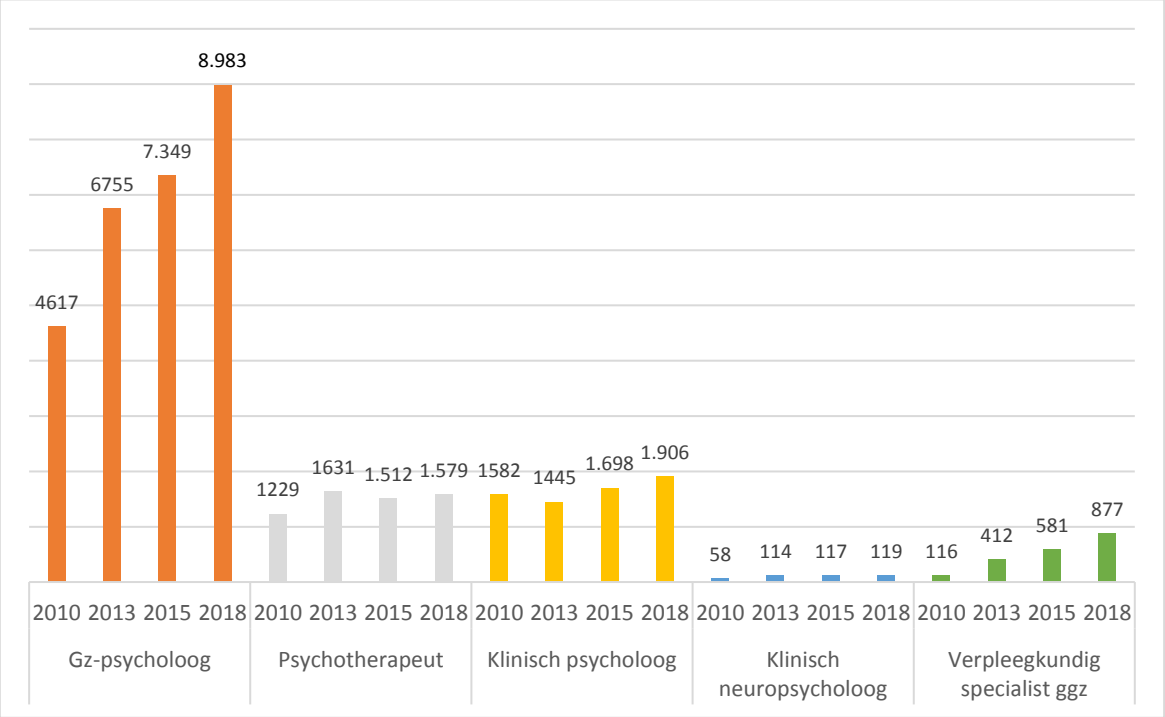
Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan

De wijzigingen in de fte-factor ten opzichte van 2015 zijn over het algemeen beperkt, uitgezonderd de KNP. Zie Figuur 19. Opvallend is nog wel dat de stijging van de fte-factor bij de gz-psycholoog sinds 2010 is gestopt en zelfs is gedaald.

In Figuur 19 is te zien dat het aantal werkzame fte's bij alle beroepen behalve bij de psychotherapeuten gestegen is sinds 2015. Relatief gezien zijn de gz-psychologen met 22% en de verpleegkundig specialisten ggz met 51% sinds 2015 het sterkst gestegen. De gz-psychologen zijn ook in absolute zin het sterkst gestegen sinds 2015, namelijk met 1.634 fte's en de beroepsgroep is sinds 2010 bijna in omvang qua fte's verdubbeld. Bij de psychotherapeuten is de daling van het aantal fte's tussen 2013 en 2015 omgezet in een lichte stijging van het aantal fte's.

Tot slot, alle beroepen GG zijn qua fte's sinds 2010 gestegen met 95% voor de gz-psychologen, 28% voor de psychotherapeuten, 20% voor de klinisch psychologen, 105% voor de klinisch neuropsychologen en maar liefst 656% wat betreft de verpleegkundig specialisten ggz.

Figuur 19: aantal werkzame fte's 2010-2018



Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan.

5.3 Instroom in de beroepen GG

De instroom in het vak voor de beroepen geestelijke gezondheid geschiedt uitsluitend via diplomering in de betreffende (vervolg)opleidingen. Er zijn geen aanwijzingen voor het bestaan van buitenlandse instroom. Meer informatie over de opleidingen is terug te vinden in hoofdstuk 3.

5.4 Uitstroom uit de beroepen en extern rendement

De omvang van de beroepsgroepen neemt af door uitstroom uit het beroep en door de mate waarin zorgprofessionals als zodanig werkzaam blijven.

5.4.1 Uitstroom uit het beroep

De uitstroomverwachting geeft weer hoeveel van de huidig werkzame personen in de toekomst het beroep verlaten. De uitstroomverwachting is een percentage van het deel van het huidig aantal werkzame personen dat na 5, 10, 15 en 20 jaar het beroep niet meer uitoefent. Uitstroom van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren uit het vak gebeurt om verschillende redenen. Het kan gaan om pensionering, verminderde interesse in het vak, ontslag, emigratie, ziekte of vanwege overlijden. De uitstroom uit het beroep is dan ook sterk afhankelijk van de leeftijd van beroepsbeoefenaren: een vergrijsde beroepsgroep kent een hoger uitstroompercentage.

Bij de groep gz-psychologen speelt bovendien dat zij uitstromen uit de werkzame beroepsgroep van gz-psychologen, zodra zij een registratie tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog behalen. Daarnaast is er sprake van een uitstroom wanneer gz-psychologen succesvol de opleiding tot psychotherapeut afronden.[164]

De uitstroom over 5, 10, 15 en 20 jaar na de peildatum wordt bepaald op basis van de vraag "tot welke leeftijd verwacht u in uw huidige GG-beroep(en) te blijven werken?" Respondenten onderschatten over het algemeen de daadwerkelijke uitstroom, omdat zij onverwachte redenen van uitstroom, zoals ziekte, niet kunnen voorzien. Daarom wordt de prospectieve inschatting van respondenten aangevuld met het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).[165] Op basis van het SSB is berekend hoe groot het aandeel is per leeftijdsgroep en geslacht van de in 2015 erkende en werkzame personen. De werkzaamheidspercentages uit het identieke onderzoek uitgevoerd in 2015 zijn vervolgens, per vijfjaarsleeftijdscategorie, toegepast op de aantallen werkzame personen die in 2015 één vijfjaarsleeftijdscategorie jonger waren. De werkzaamheid in 2015 wordt zo als het ware 'geprojecteerd' op die van 2020. Deze percentages uitstroom naar leeftijd en geslacht zijn daarna toegepast op de huidige aantallen werkzame personen naar leeftijd en geslacht van de vragenlijst. Bijvoorbeeld: voor degenen die nu 35-39 jaar oud zijn, is voor de uitstroom over 5 jaar gekeken naar het aandeel werkzame personen onder de 40-44-jarigen. De uitkomsten van het prospectieve arbeidsmarktonderzoek en het retrospectieve SSB zijn gemiddeld. Dit is gelijk aan de werkwijze in 2015.[166]

Tabel 24 toont de uitstroomverwachtingen.[167] Ter illustratie: 13% van de gz-psychologen heeft naar verwachting na 5 jaar het beroep verlaten.

Tabel 24: Uitstroomverwachtingen per beroepsgroep op 1 januari 2015-2018

	Verwachte uitstroom na 5 jaar (2023)		Verwachte uitstroom na 10 jaar (2028)		Verwachte uitstroom na 15 jaar(2033)		Verwachte uitstroom na 20 jaar (2038)	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Gz-psycholoog	11%	13%	23%	25%	35%	35%	47%	45%
Psychotherapeut	35%	25%	51%	38%	65%	54%	76%	69%
Klinisch psycholoog	17%	22%	36%	42%	59%	58%	71%	71%
Klinisch neuropsycholoog	13%	8%	22%	24%	39%	41%	58%	58%
Verpleegkundig specialist ggz	2%	4%	6%	19%	23%	39%	42%	55%

Bron: NIVEL 2018, tabel 3.6

De uitstroompercentages voor de gz-psychologen zijn niet veel veranderd ten opzichte van 2015. Voor de psychotherapeuten ligt dat anders: deze verwachten over de hele linie dat ze later stoppen met het vak dan in 2015. Het is niet precies bekend waarom de verschillen bij de psychotherapeuten in de uitstroomverwachtingen ten opzichte van 2015 zo groot zijn. Mogelijk komt dit doordat het

[164] Formeel behouden gz-psychologen de registratie tot gz-psycholoog als zij de opleiding tot klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut succesvol afronden. In het ramingsmodel wordt er echter van uitgegaan dat dergelijke gz-psychologen werkzaam zullen zijn in de hoogst (aangeschreven) verworven registratie.
[165] Nivel 2018.
[166] Nivel 2018, 22-23.
[167] Bepaald als middeling van de uitstroomverwachting van de beroepsgroep zelf en de cross-sectionele analyse.

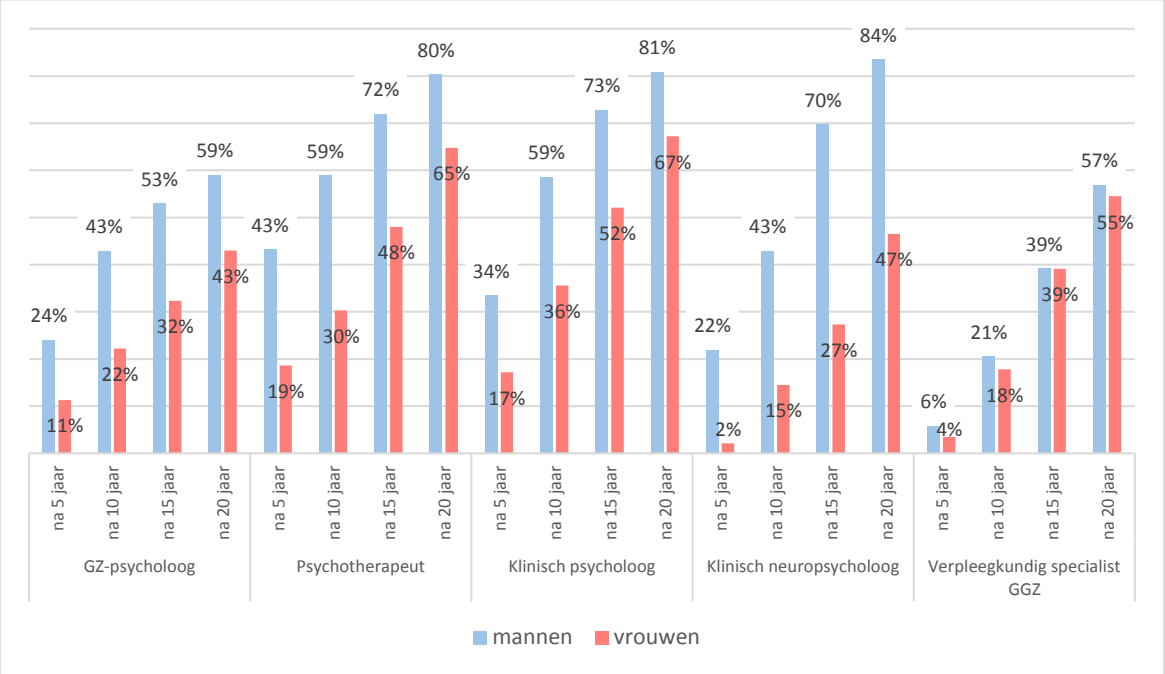
BIG-register in januari 2018 is opgeschoond vanwege herregistratie-eisen en het onderzoek vlak na de opschoning is uitgevoerd. Veel niet-werkzamen zijn daarmee verdwenen uit het register. Daar kan de groep psychotherapeuten extra van 'geprofiteerd' hebben als oude beroepsgroep. In 2015 was 38% van deze groep namelijk ouder dan 60 jaar.[168]

Bij de klinisch psychologen is juist het omgekeerde te zien bij de verwachtingen na 5 en 10 jaar. Zij verwachten juist massaler uit te stromen dan voorheen. Voor de klinisch neuropsychologen geldt dat alleen voor de verwachte uitstroom na 5 jaar. Voor de verder weg liggende termijnen zijn de verwachtingen van de klinisch neuropsychologen niet noemenswaardig veranderd.
De verpleegkundig specialisten ggz denken daarentegen juist massaal eerder uit te stromen vergeleken met 2015. Desalniettemin stromen deze beroepsgroep en de gz-psychologen de komende jaren het minst uit. Dit komt doordat het beide relatief jonge beroepsgroepen zijn. De beroepsgroepen die in 2018 gemiddeld ouder zijn, kennen dan ook een grotere uitstroom. Dit zijn bijvoorbeeld de psychotherapeuten en de klinisch psychologen.

Een uitsplitsing naar geslacht, zoals in Tabel 25, toont interessante verschillen tussen de uitstroomverwachtingen van mannen en vrouwen. Wat opvalt, is dat de uitstroom bij mannen over alle perioden groter is dan bij vrouwen. Voor alle beroepen geldt: hoe hoger de leeftijdscategorie, hoe groter het aandeel mannen. De komende jaren stromen er dus in verhouding meer mannen uit dan vrouwen, wat zorgt voor verdere feminisering van de beroepen. Dit heeft invloed op de ramingen, onder meer doordat vrouwen meer in deeltijd werken.

[168] Capaciteitsplan 2015, 55.

Tabel 25: Uitstroomverwachtingen per beroepsgroep en geslacht vanaf 1 januari 2018



Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan.

5.4.2 Extern rendement

Het extern rendement is het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na 1, 5, 10 en 15 jaar daadwerkelijk nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid. In 2015 is dezelfde methode toegepast voor de berekening van het extern rendement als in 2018. Net als bij de uitstroom is ook bij het bepalen van het extern rendement een twee-sporenbenadering gebruikt: enerzijds (prospectieve) verwachtingen van de beroepsbeoefenaren over het te verwachten externe rendement, en anderzijds gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze uitkomsten zijn vervolgens gemiddeld. Deze werkwijze is gelijk aan de werkwijze in 2015.[169]

Tabel 26 laat de verschillende externe rendementen zien vergeleken met die in 2015. Ter illustratie, 94% van de klinisch neuropsychologen die nu in opleiding zijn of gedurende de komende ramingsperiode in opleiding gaan, is 15 jaar na het behalen van de registratie nog steeds als klinisch neuropsycholoog werkzaam.

[169] Nivel 2018, 22-23.

Capaciteitsorgaan

Tabel 26: Extern rendement na 1, 5, 10 en 15 jaar, per soort registratie en peildatum

	Verwachte rendement 1 jaar na registratie (2019)		Verwachte rendement 5 jaar na registratie (2023)		Verwachte rendement 10 jaar na registratie (2028)		Verwachte rendement 15 jaar na registratie (2033)	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Gz-psycholoog	95%	**99%**	95%	**93%**	85%	**90%**	88%	**87%**
Psychotherapeut	99%	**99%**	97%	**92%**	94%	**88%**	80%	**84%**
Klinisch psycholoog	95%	**100%**	98%	**98%**	97%	**96%**	95%	**94%**
Klinisch neuropsycholoog	100%	**100%**	96%	**98%**	94%	**96%**	91%	**94%**
Verpleegkundig specialist ggz	97%	**97%**	98%	**97%**	96%	**92%**	93%	**87%**

Bron: NIVEL 2018, tabel 3.7.

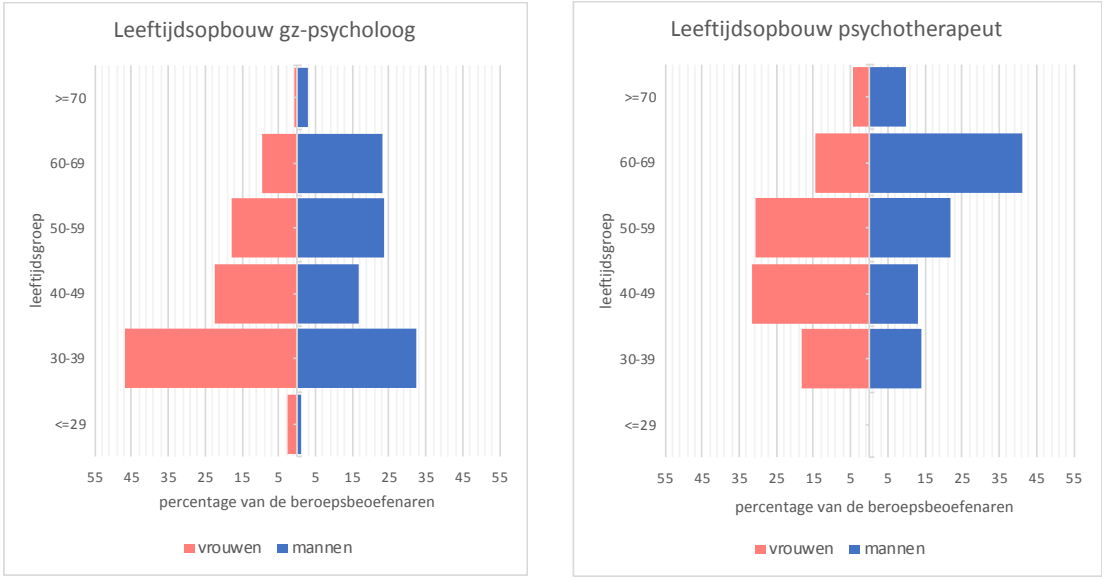
De resultaten laten vrij hoge rendementspercentages zien, wat waarschijnlijk gedeeltelijk te verklaren is doordat de respondenten zijn geselecteerd vlak na de opschoning van het BIG-register op 1/1/2018.
De percentages bij het "Verwachte rendement 1 jaar na registratie" staan niet allemaal op 100%. Dit komt doordat een klein deel van de gediplomeerden zich niet direct na diplomering registreert in het BIG-register en dus ook niet werkzaam is in het vak. Dat is zichtbaar na 1 jaar. Na 5, 10 en 15 jaar neemt het aantal gediplomeerden dat werkzaam is verder af. Deze afname wordt veroorzaakt door dezelfde redenen als de uitstroomkansen van reeds geregistreerde beroepsbeoefenaren.

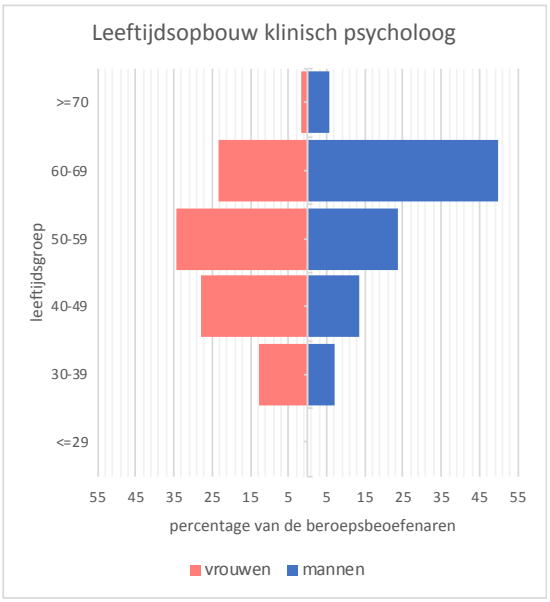
5.5 Kenmerken beroepsgroepen

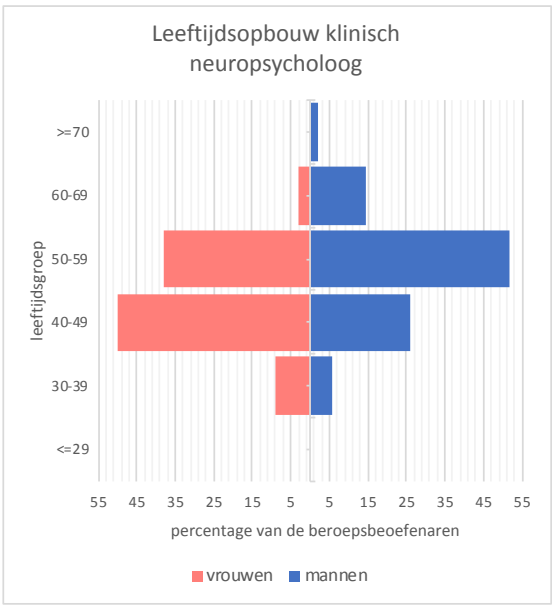
5.5.1 Leeftijdsopbouw beroepsbeoefenaren

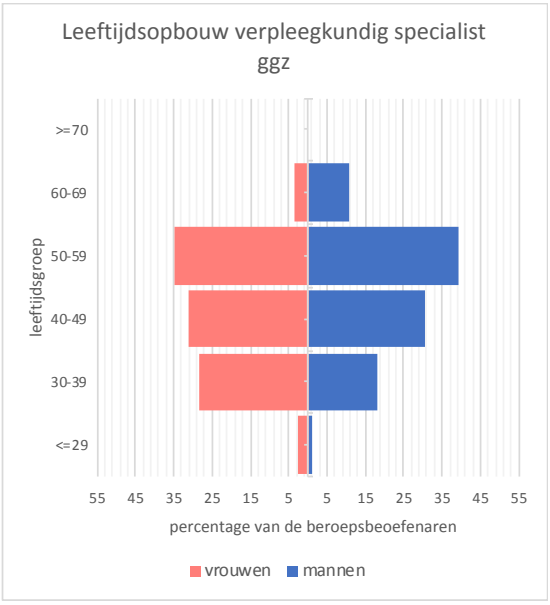
De uitstroom uit een beroep is sterk afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep. Figuur 20 toont de leeftijdsopbouw naar leeftijd en geslacht voor de werkzame fte's bij elke beroepsgroep.

Figuur 20: Leeftijdsopbouw werkzamen naar leeftijd en geslacht per beroepsgroep









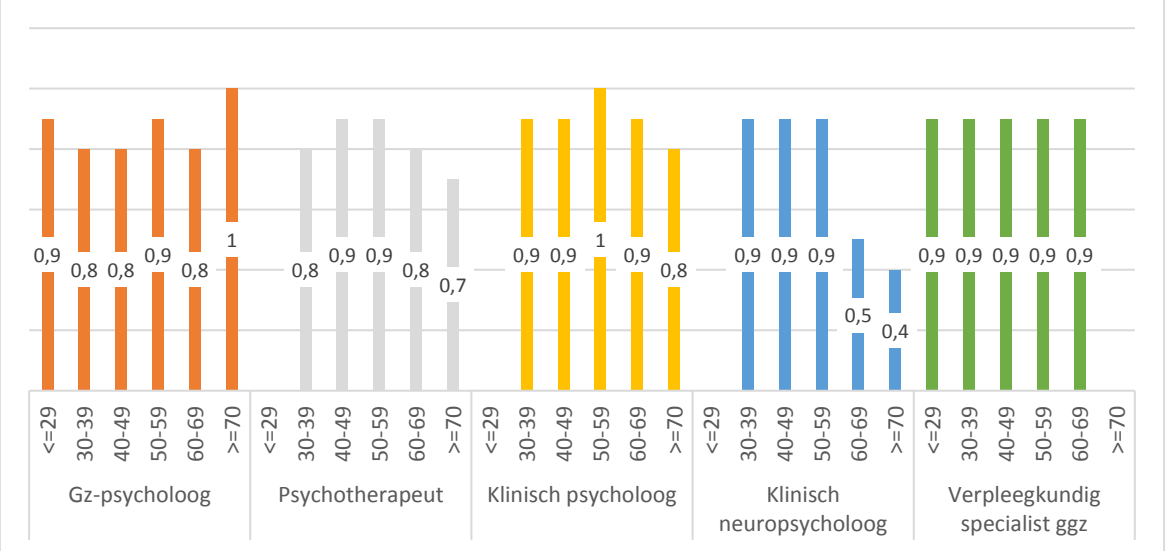
Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan

De gz-psychologen vormen de jongste beroepsgroep samen met de vs-ggz. Bij alle beroepsgroepen is de verhouding man-vrouw redelijk in evenwicht. Gelet op de feminisering verandert dat het komende decennium snel. Bij de psychotherapeuten en de klinisch psychologen is de leeftijdsgroep 60-69 jaar de grootste groep. Bij deze twee beroepsgroepen is de uitstroom de komende jaren dan ook het sterkst. Dit wordt nog enigszins getemperd door het relatief grote aantal psychotherapeuten en klinisch psychologen van 70 jaar en ouder die doorwerken.

5.5.2 Aantal fte's naar leeftijd en beroepsgroep

Naast de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep speelt ook het aantal fte's per leeftijdscategorie een rol bij de uitstroom van beroepsbeoefenaren. Dit geeft zicht op de mate waarin beroepsbeoefenaren gemiddeld genomen gedurende hun loopbaan beschikbaar zijn, zoals minder gaan werken en stoppen met werken. In Figuur 21 staat de gemiddelde fte per leeftijdscategorie per beroepsgroep.

Figuur 21: Gemiddeld aantal fte's naar leeftijd en beroepsgroep per 1-1-2018



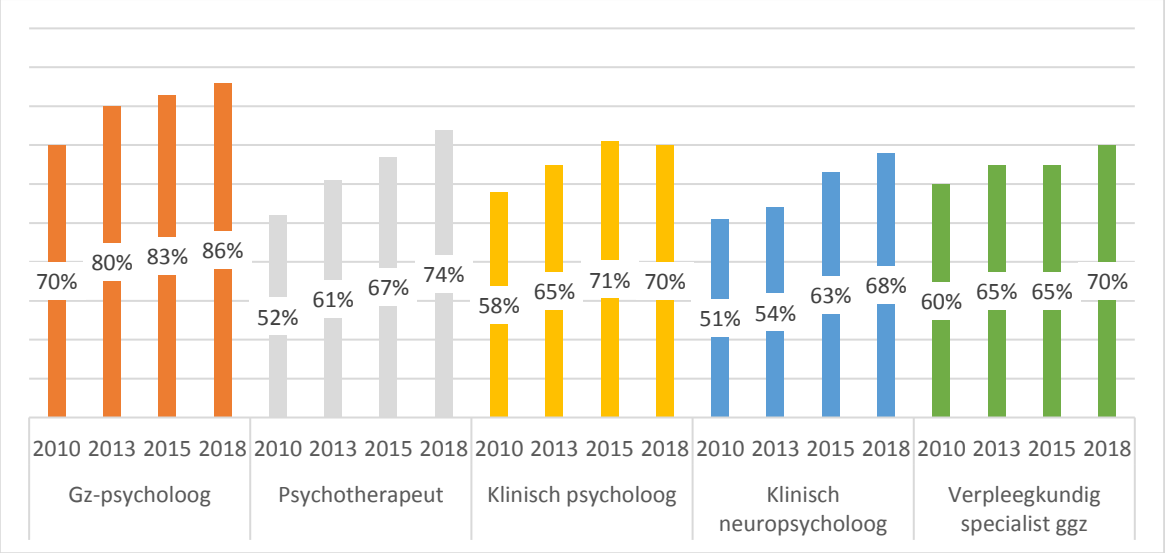
Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan

Bij de psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen daalt de fte-factor fors naarmate men ouder is. Bij de gz-psycholoog stijgt deze juist en bij de klinisch neuropsycholoog blijft deze gelijk op 0,9.

5.5.3 Percentage werkzame vrouwen

Figuur 22 toont het percentage werkzame vrouwen. Te zien is dat het aandeel vrouwen onder gz-psychologen het hoogst is (86%) en onder de klinisch neuropsychologen het laagst (68%). Bij alle beroepsgroepen nemen de percentages vrouwen over de peiljaren toe. Deze voortdurende 'feminisering' van de beroepen GG is een trend die ook in veel andere zorgberoepen en opleidingen in Nederland zichtbaar is. In het algemeen betekent dit dat er een hogere instroom nodig is, doordat vrouwen meer in deeltijd werken dan mannen.

Figuur 22: Percentage werkzame vrouwen per beroepsgroep per 1 januari 2010-2018



Bron: NIVEL 2018, bewerking Capaciteitsorgaan

5.5.4 Branche waarin men werkzaam is

Het Capaciteitsorgaan raamt de generieke behoefte aan een beroepsgroep en geeft dus geen advies af dat per branche of echelon gedifferentieerd is. [170] Tegelijkertijd is de arbeidsmarkt van beroepsbeoefenaren wel een interessant gegeven en behulpzaam bij het analyseren van ontwikkelingen rondom de beroepen GG. In Tabel 27 staat daarom een overzicht van het aantal en aandeel fte's uitgesplitst naar beroepsgroep en branche. In het arbeidsmarktonderzoek is hiervoor aan de respondenten gevraagd hoeveel uur zij werkzaam zijn in welke branche(s).
Anders dan in het Capaciteitsplan 2015 is de arbeidsmarkt buiten de zorg nu wel meegenomen, zoals degenen die werkzaam zijn in het onderwijs, beleid, onderzoek et cetera. Het gaat alleen om beroepsbeoefenaren die hun registratie behouden. Daarom tellen deze beroepsbeoefenaren mee in de raming.

[170] Met een branche wordt hier bedoeld: de verzameling van instellingen en/of vrijgevestigden die zorg leveren aan dezelfde doelgroep.

Capaciteits orgaan

Tabel 27: Aantal en aandeel fte's per beroepsgroep en branche per 1 januari 2018[171]

	gb-ggz		g-ggz		gb-ggz en g-ggz								Overig		
	vrijgevestigden	instellingen	Vrijgevestigden[172]	Instellingen[173]	vrijgevestigden	instellingen	Ziekenhuizen	Forensisch	Verpleeghuizen	Gehandicaptenzorg	Jeugdhulp-	Revalidatie	Huisartsenpraktijk	Onderwijs	Anders
Aantallen fte															
Gz-psycholoog	1.483	296	522	2.276	451	1.106	366	254	430	445	254	193	200	273	434
Psychotherapeut	87	19	230	557	451	136	46	11		8			15		19
Klinisch psycho-loog	53	51	262	618	315	206	198	70	12	5	9	11	5	11	80
Klinisch neuropsy-choloog				25	11	9	43	4	1	4	1	6			15
Verpleegkundig specialist ggz	8	58	8	457	14	204	43	9	2	6			26	3	39
Totaal	1.631	424	1.022	3.933	1.242	1.661	696	348	445	468	264	210	246	287	587
Aandeel in fte															
Gz-psycholoog	17%	3%	6%	25%	5%	12%	4%	3%	5%	5%	3%	2%	2%	3%	5%
Psychotherapeut	6%	1%	15%	35%	29%	9%	3%	1%					1%		1%
Klinisch psycho-loog	3%	3%	14%	32%	17%	11%	10%	4%	1%			1%		1%	4%
Klinisch neuropsy-choloog				21%	9%	8%	36%	3%	1%	3%	1%	5%			12%[174]
Verpleegkundig specialist ggz	1%	7%	1%	52%	2%	23%	5%	1%		1%			3%		4%

De meeste fte's van de beroepen GG werken in GGZ-instellingen voor gespecialiseerde ggz, namelijk 3.933 fte's. Daar werkt 25% van de gz-psychologen, 35% van de psychotherapeuten, 32% van de klinisch psychologen, 21% van de klinisch neuropsychologen en 52% van de verpleegkundig specialisten ggz. Verreweg het grootste aantal fte's wordt gewerkt bij de ggz-instellingen: iets meer dan 6.000 fte's ofwel bijna 45% van alle beroepsbeoefenaren. Bij de klinisch neuropsychologen zijn de ziekenhuizen de grootste werkgever: 36% werkt aldaar.
Bij de vrijgevestigde praktijken wordt minder fte's gewerkt door alle GG-beroepsbeoefenaren, maar wel meer dan in de andere branches. In de vrijgevestigde praktijken voor basis-GGZ wordt ongeveer 1.630 fte's gewerkt, in de vrijgevestigde praktijken voor gespecialiseerde GGZ iets meer dan 1.000 fte's en in de vrijgevestigde combinatiepraktijken ruim 1.200 fte's. In het totaal wordt in de vrijgevestigde praktijken ruim 3.800 fte's gewerkt, een aandeel van bijna 29% van alle fte's van GG-beroepsbeoefenaren.

[171] De verslavingszorg is meegenomen bij de ggz-instellingen die zorg verlenen in de gb-ggz en g-ggz.
[172] Inclusief fte's gewerkt in vrijgevestigde praktijk voor jeugdhulp.
[173] Inclusief fte's gewerkt in GGZ-instellingen voor jeugdhulp en forensische zorg.
[174] Betreft onder andere KNP-ers werkzaam als academisch onderzoeker.

Tabel 28: aandeel fte's per beroepsgroep en per branche per 1 januari 2012, 2015, 2018

	Gz-psycholoog			Psychotherapeut			Klinisch psycholoog			Klinisch neuropsycholoog			Verpleegkundig specialist ggz		
	2012	2015	2018	2012	2015	2018	2012	2015	2018	2012	2015	2018	2012	2015	2018
GGZ-instelling	40%	46%	41%	44%	48%	45%	45%	53%	46%	25%	16%	29%	82%	88%	82%
Vrijgevestigde praktijk	27%	22%	27%	45%	49%	49%	34%	27%	33%	11%	19%	9%			3%
Ziekenhuizen	4%	5%	4%	1%	1%	3%	13%	13%	10%	40%	45%	36%	11%	2%	5%
Forensisch	5%	2%	3%	5%		1%	2%	1%	4%			3%			1%
Verpleeghuizen	2%	4%	5%						1%	3%	1%	1%		1%	
Gehandicaptenzorg	8%	9%	5%		1%		1%	1%		3%	4%	3%	1%	2%	1%
Jeugdsector	4%	6%	3%	1%			1%	1%				1%			
Revalidatie	3%	2%	2%						1%	3%	7%	5%			
Overig	7%	4%	10%	4%	3%	2%	4%	5%	5%	15%	9%	12%	6%	6%	7%
Totaal[175]	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: NIVEL 2012, 2015, 2018, bewerking Capaciteitsorgaan.

Tabel 28 toont het percentage fte's van elke beroepsgroep dat werkzaam is in elke branche (ten opzichte van het totaal aantal fte's beroepsbeoefenaren) in 2012, 2015 en 2018. Omdat in 2012 de gb-ggz en g-ggz nog niet bestonden, zijn omwille van de vergelijkbaarheid de fte's die in 2015 en 2018 werkzaam waren in de gb-ggz en g-ggz toegekend aan de GGZ-instellingen of vrijgevestigde praktijken. Tabel 28 geeft daarmee een beeld van de verschuivingen in de inzet van beroepsbeoefenaren over de periode vanaf 2012.

In de vrijgevestigde praktijken werkt momenteel 27% van het aantal fte's gz-psychologen terwijl dit aandeel in 2015 nog 22% bedroeg. In de gehandicaptenzorg werkt in 2018 5% van het aantal fte's gz-psychologen. Dit is een daling vergeleken met 2015. De categorie van overige instellingen (huisartsen, onderwijs, onderzoek en dergelijke) herbergt in 2018 10% van het aantal fte's van de gz-psychologen. Het aandeel fte gz-psychologen dat werkt in de jeugdzorg is fors gedaald van 6% in 2015 naar 3% in 2018.

Opvallend is verder de afname van het aandeel fte's psychotherapeuten (van 48% naar 45%) en klinisch psychologen (van 53% naar 46% in 2018) in de ggz-instellingen. De mindere inzet van fte's psychotherapeuten in de ggz-instellingen lijkt (deels) te worden gecompenseerd door een groei van het aandeel fte's van de psychotherapeuten in de ziekenhuizen. Ook het aandeel fte's van de klinisch psychologen in de ziekenhuizen neemt relatief veel af: van 13% naar 10%. In de vrijgevestigde praktijken is het aandeel fte's klinisch psychologen ten opzichte van 2015 fors toegenomen: van 27% naar 33%. Dit is ten koste gegaan van het aantal fte's klinisch psychologen dat in de ggz-instellingen werkt.

Van het totaal aantal fte's klinisch neuropsychologen werkt tegenwoordig 29% in de ggz-instellingen, terwijl in 2015 het aandeel fte daar maar 16% bedroeg. Deze verschuiving gaat ten koste van het aandeel fte's klinisch neuropsychologen dat in vrijgevestigde praktijken en ziekenhuizen werkt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de groep klinisch neuropsychologen een kleine groep is en dat een verschuiving van de werkkring van slechts enkele klinisch neuropsychologen al grote gevolgen kan hebben voor de verdeling van de klinisch neuropsychologen over de branches. Van de fte's

[175] Niet alle rijen tellen op tot precies 100. Dit komt door afrondingsverschillen.

verpleegkundig specialisten ggz werkt een groter deel in ziekenhuizen en ook vrijgevestigd. Dit gaat ten koste van het aandeel fte's verpleegkundig specialisten ggz dat in de ggz-instellingen werkt.

Meer klinisch psychologen, psychotherapeuten en gz-psychologen verlaten (al dan niet parttime) de instellingen en gaan als vrijgevestigde werken door ervaren wachttijden, werkomstandigheden en werkdruk in instellingen. Psychotherapeuten verlaten daarnaast vaker de instelling door een combinatie van vakinhoudelijke ontwikkelingen. Ook zien zij binnen instellingen steeds minder ruimte voor het uitvoeren van langer durende behandelingen. De cognitieve gedragstherapie wordt meer toegepast ten koste van de psychotherapie.

5.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

In Tabel 29 staan alle parameterwaarden voor het onderdeel 'Zorgaanbod'. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en wegen dus mee in het ramingsadvies.

Tabel 29: Parameterwaarden Zorgaanbod raming 2018 per beroepsgroep

	Gz-psycholoog	Psychotherapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro-psycholoog	Verpleegkundig specialist ggz
Werkzame zorgverleners	10.649	1.913	2.069	139	954
Aantal fte	8.983	1.579	1.906	119	877
Percentage werkzame vrouwen	86%	74%	70%	68%	70%
Gemiddeld aantal fte's man	0,97	0,84	0,98	0,85	0,97
Gemiddeld aantal fte's vrouw	0,82	0,82	0,90	0,85	0,90
Uitstroom mannen en vrouwen					
tot 2023	13%	25%	22%	8%	4%
tot 2028	25%	38%	42%	24%	19%
tot 2033	35%	54%	58%	41%	39%
tot 2038	45%	69%	71%	58%	55%
Uitstroom mannen					
tot 2023	24%	43%	34%	22%	6%
tot 2028	43%	59%	59%	43%	21%
tot 2033	53%	72%	73%	70%	39%
tot 2038	59%	80%	81%	84%	57%
Uitstroom vrouwen					
tot 2023	11%	19%	17%	2%	4%
tot 2028	22%	30%	36%	15%	18%
tot 2033	32%	48%	52%	27%	39%
tot 2038	43%	65%	67%	47%	55%
Extern rendement na					
1 jaar	99%	99%	100%	100%	97%
5 jaar	93%	92%	98%	98%	97%
10 jaar	90%	88%	96%	96%	92%
15 jaar	87%	84%	94%	94%	87%

Capaciteits
orgaan

6 Werkproces

6.1 Inleiding

Het werkproces van de vijf beroepen GG beïnvloedt de mate waarin ze in te zetten zijn voor de zorgvraag. Het kan dan gaan om ontwikkelingen op het gebied van vakinhoud, efficiency en horizontale en verticale substitutie.

6.2 Bronnen

Voor het bepalen van de parameterwaarden voor het werkproces zijn verschillende methoden cq. bronnen ingezet. Naast deskresearch - rapporten, jaarverslagen et cetera – heeft het Capaciteitsorgaan gebruik gemaakt van declaratiedata over de jaren 2014 t/m 2016.[176] Bovendien zijn expertinterviews en expertbijeenkomsten georganiseerd met een breed spectrum van experts uit het veld, zoals: vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, een cliëntvertegenwoordiger, bestuurders, inhoudelijk management en management bedrijfsvoering van instellingen. Tot slot zijn twee zogeheten praktijksimulaties uitgevoerd. Dit zijn interactieve sessies waarbij de deelnemers het werkelijke besluitvormingsproces rondom de in- en verkoop van zorg binnen de ggz-instellingen nabootsen.[177] De deelnemers bestonden uit: bestuurders, centraal management, inhoudelijk verantwoordelijken, deskundigen op het gebied van HRM/bedrijfsvoering en ggz-professionals uit de gb-ggz en g-ggz. Vervolgens zijn de uitkomsten van de praktijksimulatie voor de ggz-instellingen vergeleken met de informatie over de andere branches. Uiteindelijk zijn de resultaten van het gehele werkproces per aspect (vakinhoud, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving) en beroepsgroep gekwantificeerd met behulp van declaratiedata van de ggz.

Voor de raming is het van belang dat ontwikkelingen niet meerdere malen meegerekend worden in het ramingsmodel. Dan zouden trends immers een sterker effect krijgen op het uiteindelijke ramingsadvies dan realistisch is. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde ontwikkelingen maar een keer genoemd worden, terwijl ze inhoudelijk gezien ook bij andere ontwikkelingen relevant zijn.

6.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De gb-ggz blijft chronische patiënten en patiënten met onder meer enkelvoudige depressies en angststoornissen overnemen van de g-ggz.[178] Voor het grootste deel worden daarvoor gz-psychologen ingezet die ‘meeverhuizen’ vanuit de g-ggz. Voor een kleiner ander deel worden masterpsychologen en verpleegkundig specialisten ggz ingezet, vanwege krapte op de arbeidsmarkt wat betreft gz-psychologen. Over het geheel genomen worden in de gb-ggz wat minder gz-psychologen ingezet. In instellingen is er vanwege efficiency steeds minder ruimte voor het uitvoeren van langer durende behandelingen, waardoor cognitieve gedragstherapie vaker wordt toegepast ten koste van psychotherapie. Dit leidt ertoe dat psychotherapeuten vaker de instelling verlaten.

[176] Alle branches waarbinnen een voldoende groot aandeel (meer dan 3%) van de beroepsgroepen werkzaam is, zijn geïncludeerd in het onderzoek. Er is binnen dit onderzoek geen studie gedaan naar werkprocessen in de forensische zorg en revalidatiezorg.
[177] CAOP (2018). Werkprocesonderzoek 2017. Ten behoeve van de raming 2018 van het Capaciteitsorgaan voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid.
[178] Zie onder meer https://www.ggznieuws.nl/home/vektis-vier-keer-zoveel-mensen-naar-praktijkondersteuner-ggz/ (geraadpleegd 3 september 2018).

In meerdere branches stijgt de behoefte aan gedragskundige kennis die branches proberen te vervullen door gz-psychologen. Dit komt door complexere en zwaardere problematiek, extramuralisering en ambulantisering, mondigere familieleden, toenemende erkenning van psychische problematiek bij ouderen, meer behoefte aan ondersteuning van teams en vakinhoudelijke ontwikkelingen op het vlak van dementie en geriatrische revalidatiezorg en het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook het versterken van de crisiszorg vraagt inzet van gz-psychologen.
De chronische doelgroep wordt vaker bediend met behulp van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) door de verpleegkundig specialisten ggz en (blended) e-health. Voor complexe diagnostiek neemt de vraag naar klinisch neuropsychologen toe.

Problematisch bij vakinhoud is dat bepaalde ontwikkelingen alleen doorgang kunnen vinden als er voldoende gz-psychologen zijn. Bij onvoldoende gz-psychologen moeten vakinhoudelijke ontwikkelingen vorm krijgen door de inzet van andere psychologisch geschoolden dan de gz-psycholoog. Dit zijn bijvoorbeeld masterpsychologen en ook hbo-psychologen. Dit wordt mede gedaan uit kostenoverwegingen. Bij de overige beroepen is de richting en impact van mogelijke ontwikkelingen soms te ongewis of ze houden elkaar in evenwicht, waardoor de parameterwaarde op 0 is vastgesteld.

Tabel 30: Parameterwaarden vakinhoudelijke ontwikkelingen

Beroep	Vakinhoudelijke ontwikkelingen
Gz-psycholoog	-1,25%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist ggz	0%

6.4 Efficiency

Zorgbreed neemt de efficiency af door toenemende administratieve lasten en (kwaliteits)registratieverplichtingen, ondanks horizontaal toezicht in de ggz, schrapsessies en het VIPP-programma.[179] Dit komt vooral door: stelselwijzigingen (jeugdhulp), wachttijdregistratie en aanpak (ggz), een toenemende vraag om meer informatie over meer behandelindicatoren en -uitkomsten (bijvoorbeeld ROM), zorginkoop[180] en dergelijke. Tegelijkertijd neemt de efficiency op andere vlakken wel toe door (nog) meer focus op preventie en kosten. Dit geldt vooral voor de ggz waar de behandelproductiviteit verder stijgt, waarbij het aantal uren per patiënt stijgt (g-ggz) dan wel daalt (gb-ggz). Bij vrijgevestigden leidt focus op kosten tot het langer in hun vrije tijd doorwerken of scholing en administratie in avonden en weekenden. Dat lijkt tot nu toe geen extra inzet van nieuwe zorgprofessionals te vragen.
Overigens lijken ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken te functioneren als communicerende vaten waarbij inzet van met name gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen vanuit ggz-instellingen verschuift richting vrijgevestigde praktijken. Redenen zijn de oplopende werk-

[179] Brief staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Betreffende Geestelijke Gezondheidszorg. 16-02-2018.
[180] Brief van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland; vanuit (Ont)Regel de Zorg; n.a.v. reacties van o.a. NIP en GGZ Nederland op NZa-consultatie Transparantie Zorginkoopproces Zvw.

druk binnen de instellingen en het meer vakinhoudelijke werk bij de vrijgevestigde praktijken. Vooralsnog valt deze trend niet te vertalen in een verandering in het benodigde aantal beroepsbeoefenaren voor de beroepen GG.
Verwacht wordt overigens dat er nog maar weinig efficiencywinst te behalen is in de zorg. Zo verandert op basis van de declaratiedata de verhouding tussen directe en indirecte uren nauwelijks.

Tabel 31: Parameterwaarden efficiency

Beroep	Efficiency
Gz-psycholoog	0,50%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist ggz	0%

6.5 Substitutie

Met horizontale substitutie wordt de overdracht van taken bedoeld tussen beroepsbeoefenaren van een vergelijkbaar opleidingsniveau.[181] Dat wil zeggen van gz-psycholoog naar psychotherapeut en vice versa, en tussen klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. Met verticale substitutie wordt de overdracht van taken bedoeld van beroepsbeoefenaren naar een beroepsgroep op een ander opleidingsniveau (bijv. van psychiater naar verpleegkundig specialist ggz). Verticale substitutie kan zowel opwaarts als neerwaarts plaatsvinden.

6.5.1 Horizontale substitutie

Het beeld wat betreft de verschuivingen in de inzet van de Gz-psycholoog en de psychotherapeut is grilliger dan gewoonlijk zoals een analyse van de inzet van deze beroepen (op basis van declaratiedata aangeleverd door Vektis) laat zien. Dit wordt met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid veroorzaakt door de stelselwijziging (bg-ggz en g-ggz) en de zich lang uitstrekkende discussie en besluitvorming over het hoofdbehandelaarschap en regiebehandelaarschap destijds. De Gz-psycholoog en psychotherapeut zijn bij uitstek de twee beroepen die daar volop mee te maken hebben gehad zoals te zien is in de schommelingen in de inzet van beide beroepen in de jaren 2014, 2015 en 2016.[182] Er vindt weliswaar substitutie van inzet van de psychotherapeut naar de Gz-psycholoog (en aanverwante beroepen) plaats, maar in welke omvang is op basis van de beschikbare data niet vast te stellen. Dit is naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan een te wankele basis om de trends in de productiedata van de afgelopen jaren door te trekken naar de toekomst. Daarom is besloten in het volgende ramingstraject na te gaan hoe de inzet van de Gz-psycholoog en met name ook psychotherapeut zich verder uitkristalliseert en voor nu een meer gematigde parameterwaarde vast te stellen.

Voor de gz-psycholoog is te zien dat de inzet vooral groeit in de gb-ggz: hij neemt daar taken van de psychotherapeut over. Voor de inzet van de psychotherapeut in de afgelopen jaren is het beeld uiterst grillig zoals aangegeven: declaratiedata laten een sterke terugval zien qua inzet van 1,6% over de jaren 2014-2015 en een veel minder sterke terugval over de jaren 2014-2016 van 0,6%.

[181] De volgende opleidingsniveaus worden onderscheiden: hbo niveau; wo niveau; hbo master niveau; wo postmaster niveau (Gz-psycholoog en psychotherapeut); wo postmaster specialisme (klinisch (neuro) psycholoog) en geneeskundig specialisme
[182] Het jaar 2016 is het meest recente complete jaar qua productiedata.

De klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en vs-ggz lijken elk hun eigen stabiele plek en afzonderlijke deskundigheid ten opzichte van elkaar hebben verworven of bewezen, want tussen deze drie beroepen vindt geen noemenswaardige horizontale, en in geval van de VS-GGZ verticale, substitutie plaats. Overigens krijgen klinisch psychologen en vs-ggz wel meer taken, maar deze komen dan vooral van psychiaters. Klinisch neuropsychologen nemen juist eerder taken over van neurologen, klinisch geriaters én zij vervullen nieuwe taken. Psychiaters, neurologen en klinisch geriaters opereren weliswaar op hetzelfde horizontale niveau, maar vallen buiten het bestek van deze raming.

Tabel 32: Parameterwaarden substitutie horizontaal

Beroep	Horizontale substitutie
Gz-psycholoog	0,75%
Psychotherapeut	-0,70%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist ggz	0%

6.5.2 Verticale substitutie

Onvervulde vraag kan een accelerator zijn voor verticale substitutie.[183] Uit het werkonderzoek van CAOP blijkt dat arbeidsmarkttekorten echter ook sturing lijken te geven aan de richting van substitutie.[184] Zie paragraaf 4.5 Onvervulde vraag. Zo gaat de voorkeur bij de g-ggz-instellingen bijvoorbeeld uit naar opwaartse substitutie van masterpsychologen en verpleegkundigen naar gz-psychologen en verpleegkundig specialisten ggz. Toch moeten deze instellingen soms kiezen voor neerwaartse substitutie vanwege krapte op de arbeidsmarkt. Het is belangrijk te benoemen dat verwachte, door arbeidsmarktkrapte geïnitieerde, verschuivingen in inzet voorzichtig vertaald moeten worden in het uiteindelijke ramingsadvies: er is geen zekerheid dat een gemeten trend zich per definitie voortzet.[185]

Bekeken vanuit verticale substitutie verwacht het Capaciteitsorgaan dat de behoefte aan de gz-psycholoog ongeveer gelijk zal blijven. Dat komt door de overdracht van taken van de klinisch psycholoog in de g-ggz en gewenste opwaartse substitutie van masterpsychologen en verpleegkundigen. Daarentegen is de inzet van de gz-psycholoog ook kleiner vanwege verticale substitutie van de verpleegkundig specialist ggz in de gb-ggz, vooral bij chronische aandoeningen. De inzet van de gz-psycholoog is ook lager door inzet van de masterpsycholoog in de gb-ggz, g-ggz en verpleeghuizen. Daarnaast vindt mogelijk ook verticale substitutie plaats tussen gz-psycholoog en orthopedagoog generalist en kinder- en jeugdpsycholoog NIP in de jeugdhulp en gehandicaptenzorg.

Voor de psychotherapeut wordt een afname van de inzet verwacht door verticale substitutie door de klinisch psycholoog.

Voor de klinisch psycholoog is de inzet wat geringer, vanwege verticale neerwaartse substitutie naar de gz-psycholoog in met name de gb-ggz en ziekenhuizen. Anderzijds zal de inzet van de klinisch psycholoog groter zijn vanwege verticale opwaartse substitutie in de g-ggz en bij de vrijgevestigden.

Voor de klinisch neuropsycholoog neemt de inzet toe in de specialistische ggz en de ziekenhuizen vanwege het overnemen van een deel van de taken van de gz-psycholoog.

[183] In het integrale Capaciteitsplan 2016 – Hoofdrapport werd al genoemd dat onvervulde vraag naar geneeskundig specialisten een accelerator lijkt voor verticale substitutie naar verpleegkundig specialisten.
[184] CAOP, 2018.
[185] Dit ondanks de mogelijke inhoudelijke voors en tegens hiervan.

Voor de verpleegkundig specialist ggz stelt het Capaciteitsorgaan een grotere inzet vast vanwege verticale neerwaartse substitutie van de gz-psycholoog in de generalistische basis ggz. Daarnaast neemt de vs-ggz ook meer taken over van de psychiater in de g-ggz.

Tabel 33: Parameterwaarden substitutie verticaal

Beroep	Verticale substitutie
Gz-psycholoog	0%
Psychotherapeut	-1,00%
Klinisch psycholoog	1,25%
Klinisch neuropsycholoog	3,75%
Verpleegkundig specialist ggz	5,00%

6.6 Parameterwaarden Werkproces

De parameterwaarden uit Tabel 34 voor het werkproces zijn gebruikt voor het instroomadvies. Deze waarden zijn ingevoerd in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

Tabel 34: Parameterwaarden raming BGG 2018 - Werkproces

Beroep	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Efficiency	Substitutie horizontaal	Substitutie verticaal
Gz-psycholoog	-1,25%	0,50%	0,75%	0%
Psychotherapeut	0%	0%	-0,70%	-1%
Klinisch psycholoog	0%	0%	0%	1,25%
Klinisch neuropsycholoog	0%	0%	0%	3,75%
Verpleegkundig specialist ggz	0%	0%	0%	5%

7 Toekomstscenario's

7.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn actuele en verwachte ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan de instroomadviezen voor de beroepen geestelijke gezondheid. In samenspraak met de Kamer beroepen Geestelijke Gezondheid zijn deze ontwikkelingen gekwantificeerd naar parameterwaarden. Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel. (Zie bijlage 1 en 2.) Het ramingsmodel berekent op basis van de parameterwaarden verschillende toekomstscenario's met bijbehorende adviesvarianten over het benodigde aantal instromers in de opleidingen. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de vraag naar de beroepen geestelijke gezondheid. De toekomstscenario's en bijbehorende adviezen worden besproken in dit hoofdstuk. De bandbreedte van het uiteindelijke instroomadvies wordt gevormd door een keuze voor twee varianten. Deze keuze is gemaakt op basis van inhoudelijke overwegingen en wordt toegelicht in hoofdstuk 8.

7.2 Toekomstscenario's

Het ramingsmodel geeft uitkomsten in vijf cumulatief opgebouwde toekomstscenario's: het basisscenario, het demografiescenario, het werkprocesscenario, het arbeidstijdscenario en het verticale substitutiescenario. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag naar de beroepen geestelijke gezondheid. In deze paragraaf zijn per toekomstscenario de belangrijkste bevindingen beschreven.

Basisscenario

Het basisscenario beperkt zich tot het berekenen van de effecten van handhaving van het huidige aantal instromers in de opleiding op de toekomstige capaciteit. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van geen verdere actie. In het basisscenario vindt berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaren en de personen die in opleiding zijn of gaan, waarbij rekening wordt gehouden met hun geslacht en leeftijd.

Volgens het basisscenario wordt voor het merendeel van de beroepen geestelijke gezondheid momenteel meer opgeleid dan volgens andere toekomstscenario's nodig is. Dit is met name het geval bij de gz-psychologen. De afgelopen jaren zijn er aanzienlijk meer gz-psychologen ingestroomd in de opleiding dan geraamd en op 1 januari 2018 zijn nog steeds veel personen in opleiding: 1.763. Bij het handhaven van de huidige instroom worden vanaf circa het jaar 2024 meer personen opgeleid dan er volgens alle toekomstscenario's, behalve het basisscenario, nodig zijn. Op dit moment is er echter nog sprake van een tekort aan gz-psychologen op de arbeidsmarkt, waarvoor het Capaciteitsorgaan adviseert te corrigeren. Als er meer personen instromen in de opleiding dan het Capaciteitsorgaan adviseert, wordt het huidige tekort aan gz-psychologen binnen enkele jaren ingelopen. Daarna moet het aantal instromers in de opleiding naar beneden worden bijgesteld om te voorkomen dat er wordt opgeleid tot een overschot aan gz-psychologen.

Het aantal fte's aan psychotherapeuten laat in het basisscenario een knik zien. Dit komt doordat er tot 2023 naar verwachting relatief veel psychotherapeuten uitstromen. In de periode na 2023 stabiliseert de uitstroom weer enigszins. De huidige instroom is onvoldoende om bij gelijkblijvende vraag naar de psychotherapeuten, de uitstroom uit het beroep in de komende jaren te compenseren.

Demografiescenario

Het demografiescenario beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag op basis van de huidige onvervulde vraag, de verwachte vervangingsvraag[186] en de voorziene demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Het scenario geeft inzicht in de gevolgen van een beleidsarme situatie.

Het demografiescenario laat voor de beroepen GG een vrij stabiel beeld zien. Het huidige aantal fte's aan beroepsbeoefenaars is grofweg voldoende om de demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie op te vangen. Dat betekent dat er vooral opgeleid moet worden voor de vervangingsvraag. De benodigde correctie voor demografie lijkt over 20 jaar bezien relatief klein, maar met name voor een grotere beroepsgroep, zoals de gz-psychologen, gaat het toch om redelijke aantallen.

Werkprocesscenario

Het werkprocesscenario bouwt voort op het demografiescenario. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de overige twee zorgvraagparameters: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden drie van de vijf parameters van het werkproces meegenomen. Dit zijn: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. Dit scenario is uitgebreider dan het demografiescenario en bevat meer onzekerheden, omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen toekomstige ontwikkelingen, zoals beleidswijzigingen. Vooral de parameter sociaal-cultureel is gevoelig voor maatschappelijke en politieke ontwikkelingen door beleidswijzigingen.

Er zijn twee varianten van het werkprocesscenario: een variant met een tijdelijke trend en een variant met een doorgaande trend. Bij de variant met een tijdelijke trend worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen, met uitzondering van demografische ontwikkelingen, voor een periode van 10 jaar doorberekend. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van het beroep. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt juist aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan 18 jaar na publicatie van de raming (Zie paragraaf 7.3.3).

De jaarlijks benodigde instroom in de vervolgopleiding tot de beroepen GG wordt in dit advies hoger als ook de zorgvraag- en werkprocesparameters meegerekend worden. Vanuit sociaal-culturele ontwikkelingen valt namelijk een toename van het benodigd aantal van deze ggz-professionals te verwachten. Het benodigd aantal fte's in de werkprocesscenario's ligt hoger dan in het demografiescenario.

[186] Het aantal nieuwe beroepsbeoefenaars dat in moet stromen op de arbeidsmarkt om de omvang van de beroepsgroep gelijk te houden bij uitstroom.

Arbeidstijdscenario

Voor deze raming wordt aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering. Om deze reden zijn er geen uitkomsten berekend voor dit scenario.

Verticale substitutiescenario

Het verticale substitutiescenario is gebaseerd op de hiervoor genoemde scenario's met daar bovenop de parameter verticale substitutie. Verticale substitutie betreft de verschuiving van inzet tussen beroepsbeoefenaars van verschillende opleidingsniveaus. Ook dit scenario splitst zich uit naar een variant met doorgaande trend en een variant zonder doorgaande trend.

De capaciteit aan gz-psychologen zou tot 2028 met ruim een derde moeten toenemen om aan de vraag te voldoen. Bij continuering van de huidige instroom worden er meer gz-psychologen opgeleid dan dat er in dat jaar nodig zijn. Aangezien er voor de psychotherapeuten gecorrigeerd wordt voor een negatieve verticale substitutie, ligt het benodigd aantal fte's aan psychotherapeuten in het verticale substitutiescenario lager dan in het werkprocesscenario. Er verschuiven taken van de psychotherapeuten naar gz- en klinisch psychologen.
Voor de klinisch psycholoog, klinische neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz wordt er bij continuering van de huidige in- en uitstroom, oftewel het basisscenario, meer dan voldoende opgeleid om aan het werkprocesscenario te voldoen. Dit is niet het geval wanneer er echter rekening gehouden wordt met verticale substitutie naar deze beroepen. Dan laat het verticale substitutiescenario zien dat het noodzakelijk is om de instroom in de opleidingen te verhogen om in de toekomst te voldoen aan de zorgvraag. Zo is de komende 10 jaar vanuit het verticale substitutiescenario een verdubbeling te voorzien van de inzet aan verpleegkundig specialisten ggz en klinisch neuropsychologen. Het huidige aantal beschikbare fte's voor de klinisch psychologen moet groeien met meer dan de helft.

7.3 Adviesvarianten per toekomstscenario

Binnen ieder scenario kan in het ramingsmodel gekozen worden voor een vroeg of laat evenwichtsjaar en een al dan niet doorgaande trend. Op basis hiervan geeft het Capaciteitsorgaan verschillende adviesvarianten.

7.3.1 Adviesvarianten

Op basis van de toekomstscenario's, de twee evenwichtsjaren (2030/2036) en een tijdelijke of doorgaande trend zijn er verschillende adviesvarianten. (Zie Tabel 35).

Capaciteitsorgaan

Tabel 35: De adviesvarianten per scenario met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

Parameters		Basisscenario	Demografie-scenario		Werkproces- scenario				Arbeidstijd-scenario				Verticale substitutie scenario			
			2030	2036	2030		2036		2030		2036		2030		2036	
					t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Zorgaanbod		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Opleiding		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Zorgvraag	Onvervulde vraag		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Demografie		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Epidemiologie				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Sociaal-cultureel				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Werkproces	Vakinhoudelijk				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Efficiency				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Horizontale substitutie				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Arbeidstijd-verandering								√	√	√	√	√	√	√	√
	Verticale substitutie												√	√	√	√

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

7.3.2 Evenwichtsjaren

Ieder toekomstscenario kent een uitsplitsing naar evenwichtsjaren. Daarmee kan gekozen worden voor een jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Met het uitbrengen van het advies in 2018 is 2020 het eerste jaar waarin het advies in de praktijk opgevolgd kan worden. 2020 is daarmee het eerste bijsturingsjaar. Tien jaar later volgt dan het eerste evenwichtsjaar in 2030 en zes jaar daarna, in 2036, het tweede evenwichtsjaar. Voor dit ramingsadvies is 2018 het basisjaar.

Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur, zoals 4 tot 6 jaar bij medisch specialisten. Er kan ook gekozen worden voor het tweede evenwichtsjaar wanneer aangenomen wordt dat ontwikkelingen zich doorzetten tot na het eerste evenwichtsjaar of wanneer het wenselijk is om wijzigingen in de benodigde instroom te spreiden over meer jaren.

Wanneer er wordt gekozen voor het bereiken van een evenwicht op de arbeidsmarkt in het eerste evenwichtsjaar, werken parameters sterker door. Dan moet er vanaf het eerste bijsturingsjaar sterker bijgestuurd worden om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Er is immers een kortere bijsturingsperiode dan wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar.

7.3.3 Tijdelijke of doorgaande trend

Voor ieder toekomstscenario wordt een uitkomst met een tijdelijke trend en een uitkomst met een doorgaande trend berekend. Bij een uitkomst met een tijdelijke trend, worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen - met uitzondering van demografische ontwikkelingen - slechts voor een periode van 10 jaar doorberekend. 2028 is het trendjaar. Het trendjaar is het jaar waarin de omschreven trends al dan niet stoppen. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van de beroepen geestelijke gezondheid. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan het tweede evenwichtsjaar: 18 jaar na publicatie van de raming. In Tabel 36 staan de jaren die gehanteerd zijn bij deze raming.

Tabel 36: De adviesvarianten per scenario met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

Basisjaar	Bijsturingsjaar	Trendjaar	Evenwichtsjaar 1	Evenwichtsjaar 2
2018	2020	2028	2030	2036

7.4 Adviesvarianten per beroep

7.4.1 Gz-psycholoog

Tabel 37 laat de instroomadviezen per adviesvariant zien. Dit zijn de uitkomsten uit het ramingsmodel voor de gz-psycholoog. In de vorige raming van 2015 heeft de Kamer beroepen Geestelijke Gezondheid ervoor gekozen om het ramingsadvies te baseren op de uitkomstvarianten behorende bij het eerste evenwichtsjaar van het verticale substitutiescenario. De bandbreedte van het instroomadvies werd gevormd door de tijdelijke en doorgaande trend en bedroeg 524-610 instroomplaatsen per jaar.

Ten opzichte van de vorige raming is er bij deze adviesvarianten een stijging van bijna 200 plaatsen zichtbaar: van 723 naar 787 instroomplaatsen. Deze stijging wordt veroorzaakt door een aanzienlijk hoger aantal vacatures voor gz-psychologen, een groter aantal werkzamen wat zorgt voor een hogere vervangingsvraag, een daling van de efficiency in de gehandicaptenzorg en jeugdhulp en een verschuiving van inzet van psychotherapeuten naar gz-psychologen. Ook door groei van de bevolking, demedicalisering en kwaliteitsslagen neemt de zorgvraag toe.

Capaciteits orgaan

Tabel 37: Gz-psycholoog: de adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

	Demografiescenario		Werkprocesscenario				Verticale substitutiescenario			
	2030	2036	2030		2036		2030		2036	
			t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Uitkomst	401	440	723	787	627	777	**723**	**787**	627	777

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

De bandbreedte van het instroomadvies is vet gemarkeerd.

Een aanzienlijk deel van de gz-psychologen stroomt door naar de (vervolg)opleidingen tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Deze gz-psychologen zijn niet meer beschikbaar op de arbeidsmarkt voor gz-psychologen. In het instroomadvies houdt het Capaciteitsorgaan daarom rekening met de doorstroom van gz-psychologen door een doorstroomcorrectie uit te voeren. De hoogte van de correctie bedraagt 217 instroomplaatsen. Voor de berekening van de doorstroomcorrectie is het gemiddelde jaarlijkse aantal doorstromers over de daadwerkelijke opleidingsduur van de opleidingen tot psychotherapeut (verkort), klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog gecorrigeerd voor het intern rendement van de opleiding tot gz-psycholoog. Bij de berekening is rekening gehouden met deze doorstroomcorrectie.

7.4.2 Psychotherapeut

In de volgende tabel zijn de instroomadviezen per adviesvariant te zien voor de psychotherapeut. Deze aantallen zijn de uitkomsten uit het ramingsmodel. Het vorige ramingsadvies van 2015 had een bandbreedte van 198-224 instroomplaatsen per jaar. Zoals in de tabel te zien is, valt deze raming aanzienlijk lager uit. Hiervoor zijn uiteenlopende redenen. Om te beginnen speelt de demografische prognose van de bevolking een rol. Het aantal en aandeel 20 t/m 65-jarigen neemt tot 2040 af met zo'n 6%. De psychotherapeuten behandelen relatief veel patiënten in deze leeftijdscategorie. Ook zijn er de afgelopen jaren veel psychotherapeuten uitgestroomd. De hoge uitstroomverwachting waarvoor in de vorige raming van 2015 gecorrigeerd werd, is inmiddels een stuk lager, hoewel nog steeds hoog. Daarbij wordt voor de komende jaren meer uitstroom in het beroep verwacht dan aangevuld wordt vanuit de opleidingen. Ten slotte verschuiven er in ggz-instellingen meer werkzaamheden van psychotherapeuten naar aanverwante beroepsgroepen dan in de vorige raming voorzien. Het gaat dan vooral om gz-psychologen en klinisch psychologen.

Tabel 38: Psychotherapeut: de adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

	Demografiescenario		Werkprocesscenario				Verticale substitutiescenario			
	2030	2036	2030		2036		2030		2036	
			t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Uitkomst	88	86	**130**	**139**	108	127	94	94	89	88

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

De bandbreedte van het instroomadvies is vet gemarkeerd.

60% van de psychotherapeuten beschikt over een registratie als gz-psycholoog. Een deel van deze psychotherapeuten stroomt in de verkorte opleiding tot klinisch psycholoog. Deze personen zijn niet meer beschikbaar op de arbeidsmarkt voor psychotherapeuten. Om de raming hierop aan te passen is het jaarlijks gemiddelde aantal doorstromers gecorrigeerd voor het intern rendement van de opleiding tot psychotherapeut. Per adviesvariant zijn er hierdoor 13 instroomplaatsen bijgekomen. Overigens stromen er ook psychotherapeuten in de verkorte opleiding tot gz-psycholoog. Omdat 70% van de personen met zowel een registratie als gz-psycholoog en als psychotherapeut werkzaam is als psychotherapeut, is ervoor gekozen niet te corrigeren voor deze doorstroom.

7.4.3 Klinisch psycholoog

De volgende tabel geeft inzicht in het benodigde aantal jaarlijkse instromers per adviesvariant voor het beroep van klinisch psycholoog. Deze aantallen zijn de uitkomsten van het ramingsmodel. In de vorige raming van 2015 werden 226-255 instroomplaatsen geadviseerd op basis van het eerste evenwichtsjaar binnen het verticale substitutiescenario. In vergelijking met het vorige advies is er een lichte stijging zichtbaar. De stabiliteit van het advies en het oplopende tekort aan klinisch psychologen maken duidelijk dat de instroom in de opleiding sterk moet stijgen. Het gerealiseerde aantal instromers blijft al jaren achter op zowel de geadviseerde instroom als op het aantal beschikte opleidingsplaatsen.

Tabel 39: Klinisch psycholoog: de adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

	Demografiescenario		Werkprocesscenario				Verticale substitutiescenario			
	2030	2036	2030		2036		2030		2036	
			t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Uitkomst	95	80	177	193	121	154	**239**	**270**	152	217

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

De bandbreedte van het instroomadvies is vet gemarkeerd.

7.4.4 Klinisch neuropsycholoog

In Tabel 40 staat het aantal instromers per adviesvariant. Het betreft de uitkomsten van het ramingsmodel en geeft het aantal instromers weer wat volgens de diverse varianten nodig is om een evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken of te behouden. Net zoals het advies voor de klinisch psychologen laten de uitkomsten voor de klinisch neuropsychologen een stabiel beeld zien. Het advies van 2015 bedroeg 22-27 instroomplaatsen op basis van de adviesvarianten behorende bij het eerste evenwichtsjaar binnen het verticale substitutiescenario. Ook bij dit beroep is er sprake van een tekort, wat het belang van het realiseren van het benodigde aantal instromers onderstreept. Het aantal instromers in de opleiding bleef tot 2016 achter op het geadviseerde aantal instromers.[187] Alleen al met oog op vergrijzing van de bevolking is aan te nemen dat de behoefte aan klinisch neuropsychologen de komende decennia zal toenemen. Hierdoor zal bij een achterblijvend aantal instromers een tekort aan klinisch neuropsychologen ontstaan.

[187] Vanaf 2016 kwam de opleiding tot klinisch neuropsycholoog in aanmerking voor beschikbaarheidbijdrage.

Capaciteitsorgaan

Tabel 40: Klinisch neuropsycholoog: de adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

	Demografiescenario		Werkprocesscenario				Verticale substitutiescenario			
	2030	2036	2030		2036		2030		2036	
			t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Uitkomst	0	3	7	9	7	10	**21**	**26**	14	24

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

De bandbreedte van het instroomadvies is vet gemarkeerd.

7.4.5 Verpleegkundig specialist ggz

Tabel 41 bevat het benodigde jaarlijkse aantal instromers in de opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz behorende bij de verschillende adviesvarianten. De genoemde aantallen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het ramingsmodel. In de vorige raming van 2015 lag het instroomadvies voor de verpleegkundig specialist ggz aanzienlijk lager met 48-86 plaatsen per jaar. Het vorige advies was echter alleen gericht op de driejarige categorale opleiding GGZ-VS te Utrecht. Dit advies van 2018 omvat voor het eerst ook de benodigde instroom in de tweejarige MANP-opleidingen aan de negen hogescholen voor het ggz-domein.

Ten opzichte van het aantal instromers in de afgelopen jaren in de drie- en tweejarige opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz, liggen de uitkomsten van deze raming hoger, uitgaande van het verticale substitutiescenario. De afgelopen drie jaar lag het aantal instromers in de opleidingen steeds iets boven de 150 personen. Het advies valt hoger uit, omdat er veel vacatures zijn voor verpleegkundig specialisten. Er is sprake van een tekort. Daarnaast zorgt de snel in omvang toenemende beroepsgroep ervoor dat de vervangingsvraag stijgt. De belangrijkste stuwende factor is echter de verwachte verschuivingen in inzet van aanverwante beroepsgroepen naar de verpleegkundig specialist ggz. Hierbij valt te denken aan verschuivingen vanuit gz-psychologen in de gb-ggz en psychiaters in de g-ggz.

Tabel 41: Verpleegkundig specialist ggz: de adviesvarianten met uitsplitsing naar evenwichtsjaren 2030 en 2036

	Demografiescenario		Werkprocesscenario				Verticale substitutiescenario			
	2030	2036	2030		2036		2030		2036	
			t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Uitkomst	0	21	33	42	44	64	**160**	**199**	116	210

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend.

De bandbreedte van het instroomadvies is vet gemarkeerd.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan gepresenteerd voor het jaarlijks benodigd aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen GG. De instroomadviezen zijn gebaseerd op de keuze voor twee adviesvarianten die de uitkomsten vormen van het ramingsmodel. (Zie hoofdstuk 7.) De parameterwaarden die als invoer dienden voor het ramingsmodel zijn vastgesteld op basis van de in hoofdstuk 3 t/m 6 besproken ontwikkelingen. De overwegingen die ten grondslag liggen aan de keuze voor twee adviesvarianten licht het Capaciteitsorgaan toe in dit hoofdstuk.

8.2 Keuze voor adviesvarianten

De bandbreedte van het instroomadvies is bepaald door de keuze voor twee adviesvarianten. (Zie hoofdstuk 7.)

Om te beginnen is voor elk beroep gekozen voor een passend toekomstscenario. Voor het merendeel van de beroepen is gekozen voor het verticale substitutiescenario, omdat dit scenario gebruik maakt van alle parameters, inclusief verticale substitutie. Een uitzondering is gemaakt voor de psychotherapeut. Voor dit beroep vindt momenteel een aanzienlijke verschuiving van inzet plaats naar gz-psychologen en klinisch psychologen. Voordat deze verschuivingen doorgerekend kunnen worden, is verder onderzoek nodig naar de aard en bestendigheid van deze trends. In een komend ramingstraject wordt hier verder onderzoek naar gedaan. Het instroomadvies van de psychotherapeut is daarom gebaseerd op het werkprocesscenario dat verticale taakherschikking niet meerekent.

Vervolgens is gekozen voor een evenwichtsjaar. Ieder toekomstscenario kent twee evenwichtsjaren. Gekozen kan worden voor het jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Voor deze raming is er keuze uit 2030 (eerste evenwichtsjaar) of 2036 (tweede evenwichtsjaar). Aangezien onbekend is of trends zich doorzetten tot na het eerste evenwichtsjaar (2030), is gekozen voor het eerste evenwichtsjaar.

8.3 Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om het jaarlijks aantal instroomplaatsen te laten vallen binnen de bandbreedte in Tabel 42. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om in 2030 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Een keuze bovenin de bandbreedte van het advies zorgt ervoor dat de huidige tekorten aan zorgprofessionals sneller worden ingelopen, waarna bij gelijkblijvende trends, bijstelling van de instroom naar beneden nodig is om overschotten te voorkomen. Met name voor het beroep van gz-psycholoog zijn momenteel veel personen in opleiding en zal bij continuering van huidige trends en instroom al rond 2024 een evenwicht bereikt worden op de arbeidsmarkt. Daarna moet de opleidingscapaciteit naar beneden worden bijgesteld.

Een aandachtspunt bij dit advies is de in de afgelopen jaren achterblijvende instroom in de opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog ten opzichte van het aantal door het Capaciteitsorgaan geadviseerde en het aantal door VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Voor deze beroepen is sprake van oplopende tekorten. De situatie is vooral urgent voor klinisch psychologen, waar 33% van de werkzamen ouder is dan 60 jaar en de vraag het aanbod momenteel al ruim overstijgt. Blijkbaar is het enkele bestaan van de beschikbaarheidbijdrage onvoldoende om voldoende klinisch psychologen op te leiden om het verder oplopen van tekorten in te perken.

Tabel 42: Instroomadvies: het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleidingen tot de vijf beroepen geestelijke gezondheid

	Bandbreedte instroom-advies 2018	Voorkeurs-advies 2018	Voorkeurs-advies 2015	Voorkeurs-advies 2013
Gz-psycholoog	723 - 787	723	524	585
Psychotherapeut	130 - 139	130	198	271
Klinisch psycholoog	239 - 270	270	226	245
Klinisch neuropsycholoog	21 - 26	21	22	20
Verpleegkundig specialist ggz (2- en 3-jarige opleidingen)	160 - 199	160	86*	87*

*** voorgaande adviezen hadden alleen betrekking op de 3-jarige opleiding GGZ-VS**

In de vorige raming van 2015 lag het instroomadvies voor de verpleegkundig specialist ggz aanzienlijk lager met 86 plaatsen per jaar. Het vorige advies was echter alleen voor de driejarige categorale opleiding GGZ-VS te Utrecht. Dit advies van 2018 omvat voor het eerst ook de benodigde instroom in de tweejarige MANP-opleidingen aan de negen hogescholen voor het ggz-domein. Ten opzichte van het gezamenlijke aantal instromers in de afgelopen jaren in de drie- en tweejarige opleidingen tot verpleegkundig specialist ggz, liggen de uitkomsten van deze raming hoger. De afgelopen drie jaar lag het aantal instromers in de opleidingen namelijk steeds iets boven de 150 personen.

8.4 Voorkeursadvies

Per beroep is een voorkeursadvies geformuleerd met het aantal instroomplaatsen dat het best passend is om in 2030 een evenwicht te bereiken tussen zorgvraag en -aanbod op de arbeidsmarkt. Omdat niet duidelijk is hoe lang de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan deze raming zich doorzetten, is gekozen voor de onderkant van de bandbreedte: een adviesvariant met een tijdelijke trend. In deze variant zijn de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen - met uitzondering van demografische ontwikkelingen - voor een periode van 10 jaar doorberekend. Bij het bepalen van het voorkeursadvies is een uitzondering gemaakt voor de klinisch psychologen. Voor dit beroep is gekozen voor de bovenkant van de bandbreedte. Reden hiervoor is dat de vraag naar klinisch psychologen het aanbod momenteel ruim overstijgt. Daarnaast kent de beroepsgroep relatief veel oudere zorgprofessionals, waardoor een hoge leeftijdsgebonden uitstroom te verwachten valt. Zo is 33% van de werkzame klinisch psychologen ouder dan 60 jaar.

Literatuur[188]

- (2018). Onderhandelaarsakkoord geestelijke gezondheidszorg.
- (augustus 2017). Problemen in de jeugd-ggz. In: V&VN Magazine.
- (week 29 2016). Nemen de prevalentie en incidentie van dementie af?. In: NTvG.
- BDO (2018). Waarom een ander perspectief op aanbesteding van Wmo en Jeugdhulp loont.
- CAOP (2018). Werkprocesonderzoek vijf beroepen GG.
- Capaciteitsorgaan (2015). Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid 2015.
- CBS (2018). Armoede en sociale uitsluiting.
- GGZ Nederland en Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2012). Gz-vaktherapeut. Beroepscompetentieprofiel.
- Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health.
- Jamoulle et al. (2016). De geestelijke gezondheid van kwetsbare groepen.
- KBA Nijmegen (2016). Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'.
- Kiwa (2017). De vraag naar de beroepen Geestelijke Gezondheid als gevolg van demografie en epidemiologie.
- KPMG (2018), Monitor generalistische basis GGZ, verslagperiode: 2011-2016.
- KPMG Plexus (2014). Monitor Generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – juni 2014.
- LHV (2017). Peiling ggz: Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar.
- LHV, NHG (2014). Functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014.
- Moll van Charante, R. et al. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): A cluster-randomised controlled trial.
- Movisie (2012). Ggz Agoog beroepscompetentieprofiel HBO.
- Nivel (2015). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten ggz.
- Nivel (2017). Factsheet 2: De inzet van de POH-GGZ in de huisartspraktijk over de periode 2011-2016.
- Nivel (2017). Wachttijden voor de POH-GGZ. In: Huisarts en Wetenschap.
- Nivel (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2018.
- NVAO (2009). Hbo-master Verpleegkundig Specialist / ANP ggz.
- NVGzP (2017). De gz-psycholoog. Beroepsprofiel.
- NVGzP en NIP (2015). De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel. Herziene versie.
- NVGzP en NIP (2015). De klinisch psycholoog. Beroepsprofiel. Herziene versie.
- NVP (2007). Beroepsprofiel psychotherapeut.
- NZa (2017). Marktscan ggz 2016.
- NZa (2018). Tussenrapportage. Beschikbaarheid van (medische) vervolgopleidingen ggz. Kostenonderzoek 2016-2018.
- Prismant (2018). Herberekening demografische ontwikkeling beroepen GG op basis van CBS Bevolkingsprognose 2017-2060.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2018). Advies 'Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen'.
- Revalidatie Nederland (2018). Uitkomsten enquête psychologen in de revalidatie.
- RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Trendscenario.
- Satizabal C.L. et al. (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study.
- Significant (2018). Uitkomsten analyse ggz-wachttijdgegevens op basis van data van Mediquest en Vektis.

[188] Online nieuwsberichten, brieven van ministeries cq. ministers en dergelijke worden hier niet vermeld.

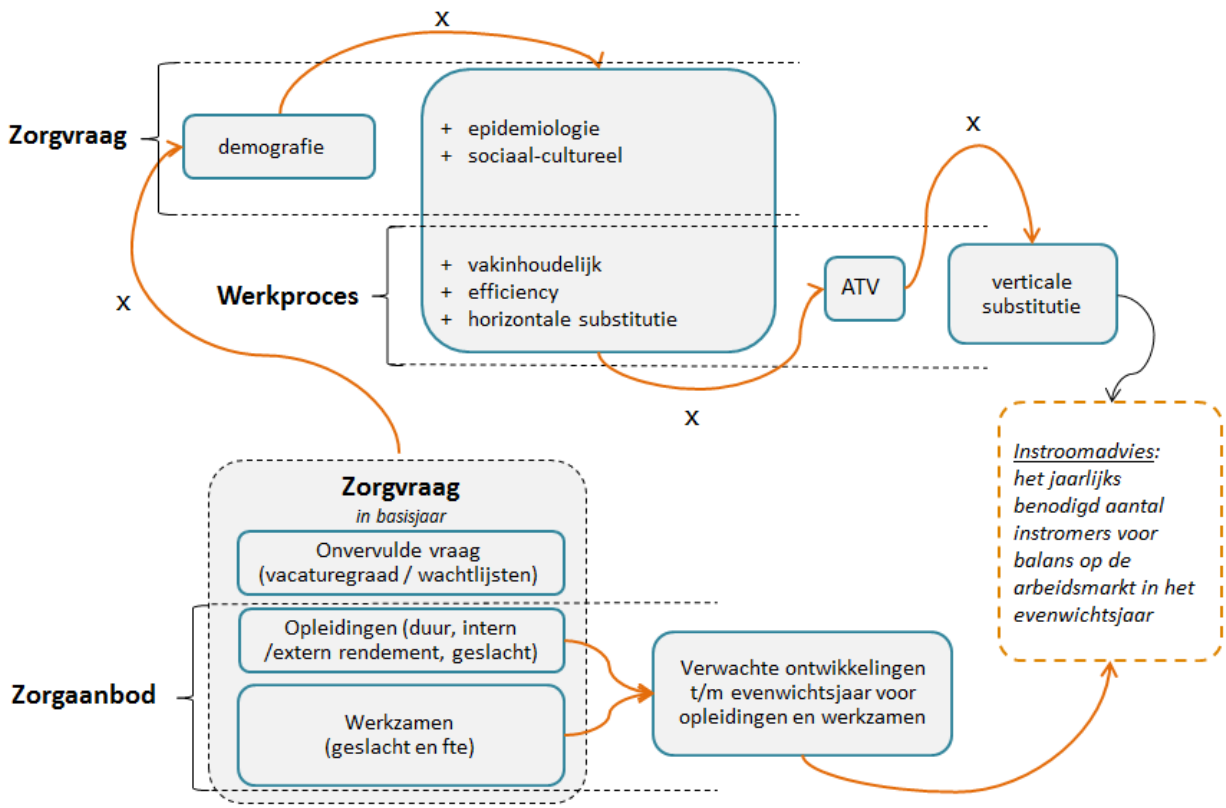
- SiRM, Celsus Academie, Talma Institute (2017). Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2018). Een (on)gezonde leefstijl: opleiding als scheidslijn.
- Trimbos Instituut (2017). Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017.

Bijlagen

Bijlage 1: Conceptuele weergave ramingsmodel

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. In dit ramingsmodel worden parameterwaarden doorgerekend. Zie bijlage 2. Deze parameterwaarden zijn in samenspraak met de Kamer beroepen Geestelijke Gezondheid vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit. In bijlage 3 treft u informatie aan over de betrokkenen en de procedure.

Hieronder ziet u een conceptuele weergave van dit model.



Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden raming

Op basis van parameterwaarden uit Tabel 43 zijn de ramingsadviezen voor de beroepen geestelijke gezondheid in 2018 tot stand gekomen.

Tabel 43: Overzicht parameterwaarden raming beroepen geestelijke gezondheid 2018

		GZP	PT	KP	KNP	VS-GGZ[189]
Opleidingen						
Opleidingsduur		2,2	3,5	4,1	4,1	2,6
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		100%	99%	99%	100%	76%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		100%	100%	100%	100%	84%
Jaarlijkse instroom		691	103	137	13	155
In opleiding per leerjaar		882	90	129	13	137
Percentage vrouwen		90%	89%	83%	78%	74%
Zorgvraag						
Demografie	2023	1,0%	0,2%	0,9%	2,6%	1,1%
	2028	1,2%	-0,4%	0,7%	4,2%	1,6%
	2033	0,8%	-1,1%	-0,1%	4,9%	2,1%
	2038	2,2%	-1,6%	0,1%	6,5%	2,0%
Epidemiologie		0%	0%	0%	0%	0%
Sociaal cultureel		2,0%	2,0%	2,0%	2,5%	2,0%
Onvervulde vraag		9,9%	4,1%	13,4%	19%	17,6%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%	0%	0%
Zorgaanbod						
Werkzame zorgverleners		10.649	1.913	2.069	139	954
Aantal fte		8.983	1.579	1.906	119	877
Gemiddeld fte man		0,97	0,84	0,98	0,85	0,97
Gemiddeld fte vrouw		0,82	0,82	0,90	0,85	0,90
Percentage werkzame vrouwen		86%	74%	70%	68%	70%
Uitstroom						
mannen	Tot 2023	24,0%	43,2%	33,5%	21,9%	5,8%
	Tot 2028	42,9%	58,9%	58,6%	42,9%	20,5%
	Tot 2033	53,0%	72,0%	72,8%	69,7%	39,2%
	Tot 2038	59,0%	80,3%	80,8%	83,5%	56,9%
vrouwen	Tot 2023	11,3%	18,6%	17,2%	2,1%	3,5%
	Tot 2028	22,2%	30,3%	35,6%	14,5%	17,8%
	Tot 2033	32,3%	48,0%	52,1%	27,3%	39,1%

[189] Resp. gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz.

		GZP	PT	KP	KNP	VS-GGZ[189]
Tot 2038		43,0%	64,8%	67,2%	46,5%	54,5%
Extern rendement						
mannen	Na 1 jaar	99%	99%	100%	100%	97%
	Na 5 jaar	93%	92%	98%	98%	97%
	Na 10 jaar	90%	88%	96%	96%	92%
	Na 15 jaar	87%	84%	94%	94%	87%
vrouwen	Na 1 jaar	99%	99%	100%	100%	97%
	Na 5 jaar	93%	92%	98%	98%	97%
	Na 10 jaar	90%	88%	96%	96%	92%
	Na 15 jaar	87%	84%	94%	94%	87%
Werkproces						
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		-1,25%	0%	0%	0%	0%
Efficiency		0,5%	0%	0%	0%	0%
Substitutie horizontaal		0,75%	-0,7%	0%	0%	0%
Substitutie verticaal		0%	-1%	1,25%	3,75%	5%

Bijlage 3: Procedure en betrokkenen

Dit Capaciteitsplan is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer beroepen Geestelijke Gezondheid, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaars, (praktijk)opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De gesignaleerde ontwikkelingen zijn vervolgens in hoofdstuk 3 t/m 6 vertaald in parameterwaarden en door een extern bureau doorgerekend in het ramingsmodel. De uitkomsten van het ramingsmodel in de vorm van adviesvarianten, zijn gebruikt voor het bepalen van de bandbreedte van de ramingsadviezen. (Zie hoofdstuk 7 en 8.) Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan beroepen Geestelijke Gezondheid 2018 vastgesteld in haar vergadering van 14 november 2018.

De samenstelling van de Kamer beroepen Geestelijke Gezondheid was op **1 juli 2018** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren
Dhr. D. Bouman
Mw. A. Haringsma
Mw. Y. Slee
Mw. M. Visser

Organisaties van (praktijk)opleidings-instellingen
Dhr. R. Arends
Dhr. R. Bakker
Mw. K. Braspenning
Mw. K. Hendriks
Dhr. D. Nieuwpoort
Dhr. D. Rusch
Mw. M. Schlösser
Dhr. W. Wierenga

Organisaties van zorgverzekeraars
Dhr. P. Felix
Dhr. R. Laane

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **1 juli 2018** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Mw. C. Littooij
Mw. A. Rühl
Dhr. J.P.H. Drenth (voorzitter)
Dhr. L.W.P. van der Beek
Dhr. J.M. van Ingen
Dhr. J.J.M. Dekker

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen
Mw. F. Haak- van der Lely (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. A.G.J. van der Zee
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. C.H. Polman
Dhr. S. Poppema
Mw. E. de Ruijter
Mw. A.A.H.M. de Bresser
Dhr. H.N. Hagoort

Organisaties van zorgverzekeraars
Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Dhr. W. Adema (lid Dagelijks Bestuur)

Vanuit het bureau waren Mw. E.J.C.M. Dankers-de Mari (beleidsmedewerker) en Dhr. M.G.M. Heck (beleidsmedewerker) betrokken bij de totstandkoming van dit ramingsadvies.

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.