

Definitief

> Verduidelijking beroepenstructuur nodig

Knelpunten psychologische en pedagogische zorg
vanuit perspectief cliënt, naaste en professional

Utrecht, 29 januari 2019
Geraline Boonzaaijer, MSc
Michelle Rijnen, MSc
ir. Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
1 Aanleiding en conclusie	4
2 Beschrijving van werkwijze	6
3 Beroepenstructuur geeft onvoldoende vertrouwen	13
3.1 Cliënten, naasten en verwijzers weten onvoldoende waar zij met hulpbehoeften terecht kunnen	13
3.2 Onduidelijk welke professional welke competenties heeft	18
4 Wetgeving en bekostiging volgen onvoldoende op zorg	27
4.1 Wetgeving lijkt onvoldoende aan te sluiten bij gewenste zorgverlening	27
4.2 Bekostiging lijkt te weinig ruimte te bieden om passende competenties in te zetten	32
5 Procesaanbevelingen vervolgtraject	37
5.1 Behoeftte van cliënt en naaste als startpunt	37
5.2 Duidelijke afspraken over reikwijdte en governance	38
5.3 Aansluiten bij ontwikkelingen in maatschappelijke vraag en visieontwikkelingen	39
6 Bijlagen	41
6.1 Afkortingen en definities	41
6.2 Overzichten deelnemers aan bijeenkomsten en geïnterviewden	43
6.3 Inventarisatie hulpbehoeften cliënten en naasten	47
6.4 Overzicht clusters van competenties beroepsbeoefenaren	53
6.5 Bronnen	54

Voorwoord

De beroepsverenigingen NIP, NVGzP, NVO en NVP namen in het prille voorjaar van 2018 als stuurgroep samen het initiatief om onder voorzitterschap van P3NL een herziening van de beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg te ontwikkelen. Voor u ligt het eerste deelproduct van dit project: een verkenning van de onduidelijkheden en knelpunten binnen de (individuele) psychologische en pedagogische zorg vanuit het perspectief van cliënten, hun naasten en de professionals. Dit rapport is met ondersteuning van bureau SiRM tot stand gekomen.

Er stond en staat druk op het project: beroepsgroepen, beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen en opleidingsinstellingen hebben soms uiteenlopende ideeën over de beroepenstructuur en de weg waarlangs zo'n beroepenstructuur ontwikkeld moet worden. Voor verwijzers is het belangrijk dat zij weten naar welke professional zij om welke reden kunnen en moeten verwijzen. En cliënten willen erop kunnen vertrouwen dat zij goede zorg krijgen en dat professionals onderling de weg naar elkaar kunnen vinden om die zorg te bieden.

Deze verkenning is voortvarend en onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen. De beroepsverenigingen zijn blij met het resultaat; dat laat in de volle breedte zien waar psychologische en pedagogische zorg wordt geboden, in welke mate en aan hoeveel cliënten. Ook laat het rapport zien wat een wirwar er bestaat aan opleidingen en registraties. De korte doorlooptijd, gecombineerd met de complexiteit in relatie tot de breedte van de zorg, maakt dat het rapport op onderdelen eerder indicatief dan uitputtend en volledig onderbouwd tot conclusies en aanbevelingen komt. De stuurgroep ziet het als haar verantwoordelijkheid dát dit zo is en wil er nadrukkelijk op wijzen dat het rapport een indicatief karakter heeft.

Tijdens de bijeenkomsten met focusgroepen met cliënten kwamen hartenkreten over zorg naar voren die niet genegeerd kunnen worden: de cliënt wil gekend worden, wil méér zijn dan een probleem en vindt een klik met de behandelaar cruciaal. Een heldere beroepenstructuur kan bijdragen aan betere zorg, maar ondervangt deze behoefte aan betere zorg niet. Dat betekent niet dat we er niets mee moeten. Integendeel. Samen moeten we nog beter inspelen op deze vragen en behoeften. Dat zal echter (ook) op andere manieren moeten dan via het project voor een duidelijkere beroepenstructuur.

Met de voorliggende verkenning hopen en verwachten we een fundament te hebben gelegd voor het daadwerkelijk ontwikkelen van een heldere beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg.

Marc Verbraak,

Voorzitter stuurgroep project beroepenstructuur



Managementsamenvatting

De huidige beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg geeft onvoldoende vertrouwen aan cliënten en naasten en is ook voor professionals niet duidelijk. Een verduidelijking van de beroepenstructuur is zeer gewenst om professionals te ondersteunen bij het tijdig en adequaat kunnen (door)verwijzen naar passende psychologische en pedagogische zorg. Als eerste stap in het komen tot een herziene beroepenstructuur hebben we in opdracht van het NIP, de NVGzP, de NVO en de NVP de huidige vraag en het huidige aanbod geïnventariseerd. De resultaten hiervan en procesaanbevelingen voor de vervolgstappen staan in deze rapportage. De inventarisatie is niet uitputtend en biedt niet voor alle werkvelden waarin psychologische en pedagogische zorg geleverd wordt een volledig beeld van de hulpvragen die leven en het aanbod van zorg. De inventarisatie schetst echter een beeld van de diversiteit aan hulpvragen en de huidige onduidelijkheid van de beroepenstructuur voor cliënten, naasten én professionals.

Om meer inzicht te krijgen in de huidige beroepenstructuur spraken we met cliënten, naasten en professionals. Cliënten en naasten geven aan dat de beroepenstructuur hen onvoldoende vertrouwen geeft dat zij de juiste zorg door de juiste professional op de juiste plek ontvangen. Zij ervaren drempels bij het inschakelen van hulp en zoeken lang naar de juiste zorg van de juiste professional. Zij ervaren daarnaast weinig samenwerking tussen professionals, waardoor een professional een cliënt soms onvoldoende adequaat doorverwijst. Professionals geven aan dat de grenzen tussen de beroepen vervagen. Een reden hiervoor lijkt dat verschillende beroepen dezelfde competenties aangeleerd krijgen in hun opleiding. Andere redenen zijn dat verschillende beroepsgroepen dezelfde aanvullende registraties halen, en professionals zich aan cliënten voorstellen door hun registratie te noemen en niet hun beroepsopleiding.

Daarnaast is het voor professionals een belangrijk issue dat de wetgeving onvoldoende lijkt aan te sluiten bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening. De verschillende wetten en regelingen in de zorg leiden tot ongewenste schotten in de levering van zorg, en de verhouding van beroepen tot elkaar in de wet BIG sluit niet aan bij de zorg die beroepsgroepen leveren. Ook geven professionals aan dat de bekostiging te weinig ruimte biedt om de passende competenties in te zetten. De bekostiging biedt onvoldoende ruimte voor het in kaart brengen van de brede hulpvraag van de cliënt en om specialistische kennis vooraan in de keten beschikbaar te stellen. Daarnaast zijn bekostigingsvoorwaarden soms leidend voor de keuze voor een professional in plaats van de benodigde competenties.

Vanuit de inventarisatie volgt een sterk gedeelde ambitie om de beroepenstructuur te verduidelijken. Hierbij is een gezamenlijke visie nodig en dient de hulpbehoefte van de cliënt en zijn naaste als startpunt. Bij het ontwikkelen van een beroepenstructuur moet worden aangesloten bij visieontwikkelingen binnen de psychologische en pedagogische zorg en de ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag. We leveren separaat een projectvoorstel op voor het nader verduidelijken van de beroepenstructuur met aandacht voor de reikwijdte en governance van het project; in dit project zal het proces ingericht worden op basis van de keuzes over de reikwijdte van hulpvragen, beroepsgroepen en werkvelden en de keuzes voor de governance.

I Aanleiding en conclusie

In veel verschillende sectoren vragen cliënten en hun naasten om psychologische en pedagogische zorg (denk aan de jeugdhulp, de gehandicaptenzorg, de ggz en de ziekenhuiszorg) en zien zij veel verschillende professionals. Zowel cliënten en naasten als professionals geven aan dat het aantal verschillende titels dat refereert aan psychologische of pedagogische beroepen groot is en de beroepen en professionals veel overlap vertonen. Hierdoor hebben cliënten, naasten en professionals onvoldoende inzicht in waar zij de juiste kennis en kunde kunnen vinden.^a Een duidelijkere beroepenstructuur helpt professionals bij het tijdig en adequaat (door)verwijzen naar de best passende psychologische en pedagogische zorg, en is daarom zeer gewenst.

De beroepsverenigingen NIP, NVGzP, NVO en NVP hebben besloten om, onder voorzitterschap van P3NL, toe te werken naar een transparante en duurzame beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg die in de verschillende werkvelden geleverd wordt. Het gezamenlijke initiatief is aangekondigd tijdens een bijeenkomst bij het ministerie van VWS over de opleidings- en beroepenstructuur op 7 maart 2018. Vóór deze datum liepen al diverse trajecten, waarbij één of enkele beroepsverenigingen werken aan een (andere) opname van een beroep in de wet BIG. In het hoofdlijnenakkoord ggz is opgenomen dat partijen eind 2018 een projectvoorstel opleveren voor het met betrokken partijen ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor de psychologische en pedagogische zorg, waarin de juiste professional op de juiste plaats de juiste zorg verleent.^b Partijen hebben SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd dit te begeleiden door een inventarisatie uit te voeren van¹:

- De vraag naar psychologische en pedagogische zorg in de verschillende sectoren waarin cliënten (en hun naasten) om zorg vragen.
- Het aanbod van psychologische en pedagogische zorg in de verschillende werkvelden.
- Kansen en uitdagingen voor een herziening van de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg.

Uit de inventarisatie komt een sterke, gedeelde ambitie van partijen naar voren: een verduidelijking van de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg voor cliënten, naasten, verwijzers en professionals. Dit betekent dat:

- De behoefte van de cliënt en zijn naaste uitgangspunt is.
- Meer transparantie gewenst is over wat welke professional kan bieden, waarbij beroepen (en betrokken verenigingen) streven naar het vergroten van inzicht in de overlappende en unieke competenties per beroepsgroep.
- Heldere en gelijkwaardige kwaliteitseisen en tuchtrechtkaders voor alle beroepsgroepen beschikbaar dienen te zijn.

¹ Deze rapportage betreft het resultaat van de inventarisatiefase. Op basis van de inventarisatie stellen we daarnaast een projectvoorstel op voor een project vanaf 2019 om te komen tot een gedragen richting voor een heldere beroepenstructuur.

- De wetgeving en bekostiging niet leidend zijn voor de zorg die professionals leveren, maar de wetgeving en bekostiging volgend zijn op de voor cliënten en naasten gewenste psychologische en pedagogische zorg.

In hoofdstuk 2 van de rapportage beschrijven we de werkwijze om tot een inventarisatie van de vraag en tot een inventarisatie van het aanbod te komen. De werkwijze heeft niet geleid tot een uitputtende inventarisatie. De rapportage biedt daarom niet voor alle werkvelden waarin psychologische en pedagogische zorg geleverd wordt een volledig beeld van de hulpvragen die leven bij cliënten en het aanbod van zorg. Het geeft echter wel een goed beeld van de diversiteit van hulpvragen en de onduidelijkheid van de huidige beroepenstructuur.

In hoofdstuk 3 van de rapportage beschrijven we waarom de beroepenstructuur onvoldoende vertrouwen geeft aan cliënten en naasten en onvoldoende duidelijk is voor professionals aan de hand van twee argumenten:

- Cliënten, naasten en verwijzers weten onvoldoende waar zij met hulpbehoeften terecht kunnen (paragraaf 3.1).
- Het is onduidelijk welke professional welke competenties heeft (paragraaf 3.2).

Daarnaast beschrijven we in hoofdstuk 4 de belemmeringen die professionals ervaren door wetgeving en bekostiging. Uit de sessies die we met hen organiseerden en de gesprekken die we met hen voerden, blijkt dat professionals het belangrijk vinden dat de wetgeving en bekostiging volgen op de gewenste psychologische en pedagogische zorg. Zij ervaren nu echter dat de wetgeving en bekostiging het zorgaanbod bepalen. We lichten dit toe aan de hand van twee argumenten:

- De wetgeving lijkt onvoldoende aan te sluiten bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening (paragraaf 4.1).
- De bekostiging lijkt onvoldoende ruimte te bieden om de passende competenties in te zetten (paragraaf 4.2).

In hoofdstuk 5 beschrijven we, mede op basis van de aanbevelingen die genoemd zijn door de personen die we gesproken hebben tijdens de inventarisatiefase, enkele procesaanbevelingen voor het verdere project. We leveren separaat een projectvoorstel voor het vervolgtraject op, waarin we het plan van aanpak voor de vervolgfasen beschrijven.

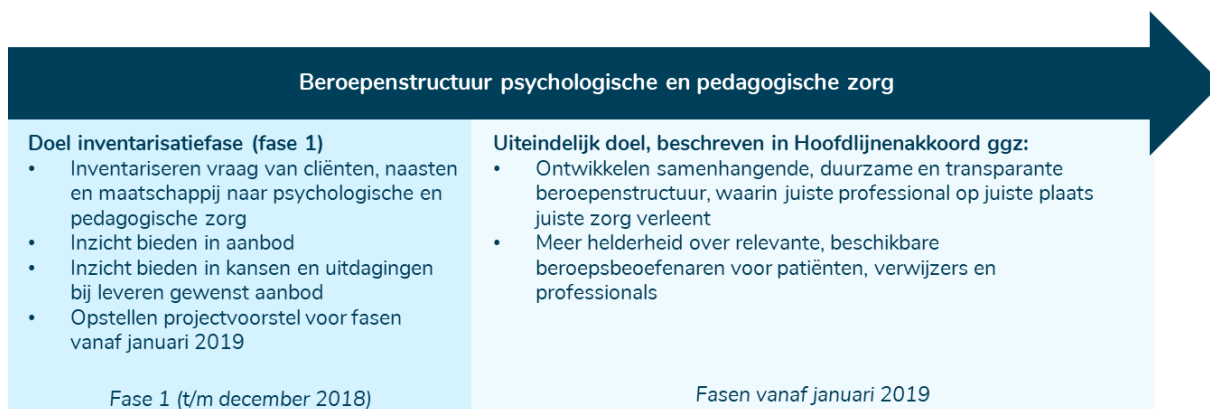
2 Beschrijving van werkwijze

Partijen geven aan toe te willen werken naar een transparante en duurzame beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg. Om te komen tot een herziene beroepenstructuur, hebben we in opdracht van het NIP, de NVGzP, de NVO en de NVP als eerste fase een inventarisatie uitgevoerd, waarvan deze rapportage het eindproduct vormt. De inventarisatie is niet uitputtend, maar schetst een beeld van de diversiteit aan hulpvragen en de huidige onduidelijkheid van de beroepenstructuur. Op basis van de inventarisatie hebben we een voorstel opgesteld voor een project vanaf 2019 om de beroepenstructuur te verduidelijken. Dit voorstel vormt geen onderdeel van deze rapportage.

In paragraaf 2.1 beschrijven we de werkwijze om de vraag en het aanbod van psychologische en pedagogische zorg in de verschillende sectoren in kaart te brengen. Vervolgens beschrijven we in de paragrafen 2.2 tot en met 2.6 het doel en de inhoud van de bijeenkomsten die we gedurende de inventarisatiefase georganiseerd en bijgewoond hebben.

2.1 Inventarisatie gericht op in kaart brengen psychologische en pedagogische zorg

Partijen hebben aangegeven toe te willen werken naar een transparante en duurzame beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg, die vanuit de verschillende wetten geleverd wordt. Deze wens is ook vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord ggz. Om te komen tot een herziene beroepenstructuur, hebben we in opdracht van het NIP, de NVGzP, de NVO en de NVP als eerste fase een inventarisatie uitgevoerd, waarvan deze rapportage het eindproduct vormt. De inventarisatiefase was gericht op het inventariseren van de vraag naar psychologische en pedagogische zorg, het inventariseren van het aanbod in de verschillende sectoren en het in kaart brengen van de kansen en uitdagingen bij het leveren van het gewenste aanbod. Op basis van de inventarisatie hebben we daarnaast een voorstel opgesteld voor een project vanaf 2019 om de psychologische en pedagogische zorg te verduidelijken. Dit voorstel vormt geen onderdeel van deze rapportage. In Figuur 1 geven we de plaats van de inventarisatiefase binnen het project rondom het verduidelijken van de beroepenstructuur schematisch weer.



Figuur 1 Op basis van de inventarisatie in fase 1 is een voorstel opgesteld voor een project om de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg te verduidelijken

Om tot een inventarisatie van vraag en aanbod te komen in de verschillende sectoren en op basis hiervan een projectvoorstel voor de volgende fasen op te kunnen stellen, hebben we een project in drie stappen uitgevoerd (zie Figuur 2):

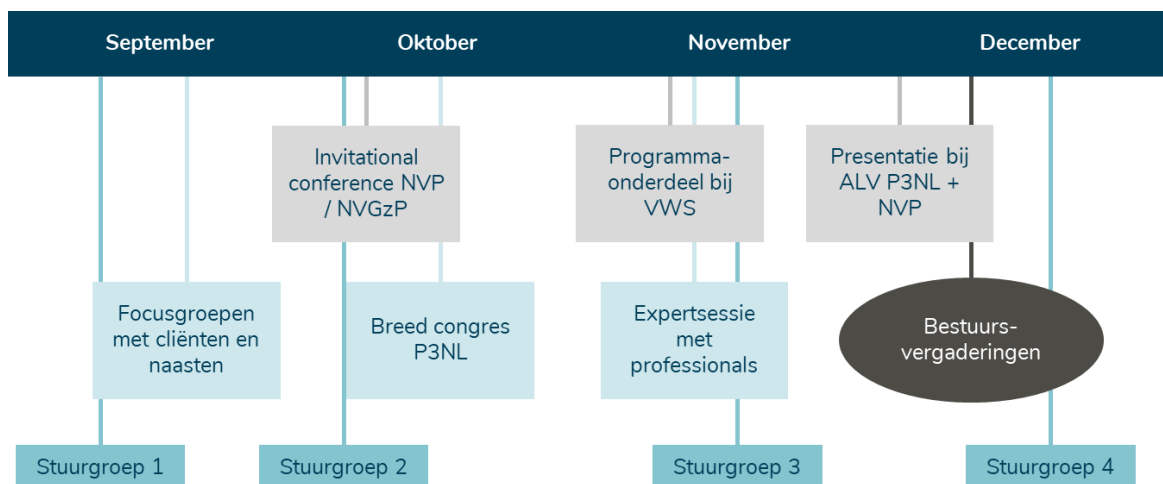
- In stap A hebben we belanghebbende partijen en personen geïnterviewd² om de gezamenlijke ambitie voor de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg op te stellen en de belangen van partijen te inventariseren. Op basis van de interviews in stap A is het plan van aanpak voor de inventarisatiefase vastgesteld.
- In stap B hebben we de vraag naar psychologische en pedagogische zorg en het aanbod geïnventariseerd.
- In stap C hebben we de kansen en uitdagingen voor cliënten, naasten en professionals in kaart gebracht bij het leveren van zorg die aansluit bij de vraag van de cliënt en zijn naasten.



Figuur 2 We voerden het project in drie stappen uit om tot een inventarisatie van vraag en aanbod te komen en een projectvoorstel voor de volgende fasen op te stellen

² Voor een overzicht van de geïnterviewde personen tijdens het project, zie bijlage 6.2.1. Gedurende het project hebben we ook met beleidsmakers, zorgprofessionals en opleiders gesproken.

Om de vraag en het aanbod breed te kunnen inventariseren, organiseerden we en sloten we aan bij verschillende bijeenkomsten (Figuur 3). De bijeenkomsten die we zelf organiseerden, zijn weergegeven in blauw. De bijeenkomsten waar we bij aansloten, zijn weergegeven in grijs.



Figuur 3 Om vraag en aanbod breed te kunnen inventariseren, organiseerden we en sloten we aan bij diverse bijeenkomsten.

In paragraaf 2.2 tot en met 2.5 beschrijven we per bijeenkomst die we georganiseerd hebben het doel en de inhoud. In paragraaf 2.6 beschrijven we in het kort de inhoud van de bijeenkomsten waar we bij aansloten.

2.2 Focusgroepen met cliënt- en naastenvertegenwoordigers

De vraag naar psychologische of pedagogische zorg kan zich in veel verschillende situaties en sectoren en op verschillende leeftijden voordoen en de hulpbehoeften zijn zeer divers. Ook naasten³ of behandelteams van de cliënt hebben hulpbehoeften. We hebben focusgroepen met cliënt- en naastenvertegenwoordigers georganiseerd om per sector in kaart te brengen wat hulpbehoeften van cliënten en naasten zijn. In Figuur 4 zijn de verschillende sectoren waarin psychologische en pedagogische zorg geleverd wordt weergegeven.⁴

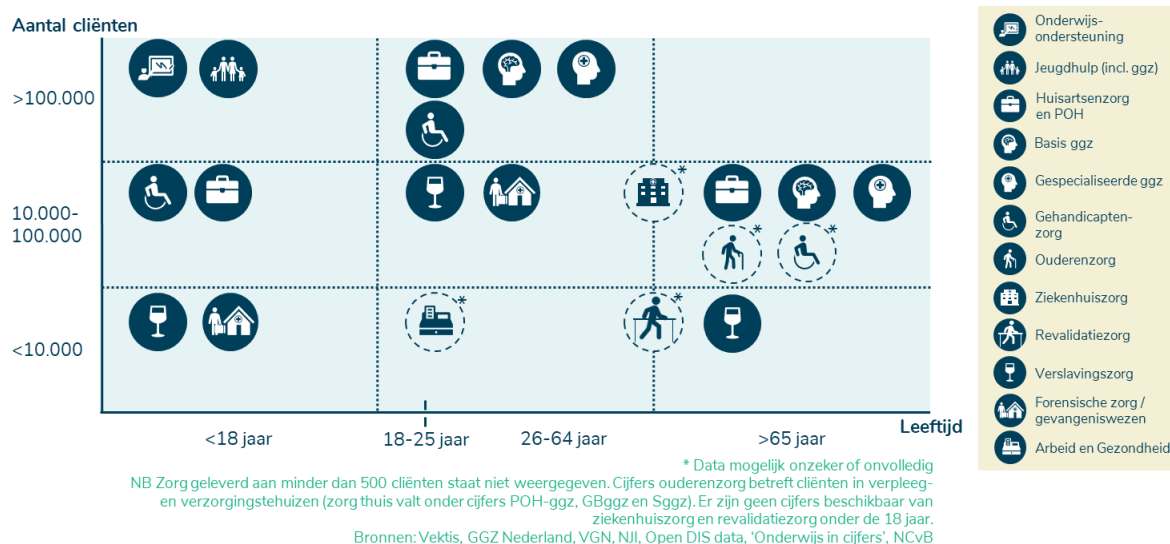


Figuur 4 Psychologische en pedagogische zorg wordt in 12 verschillende sectoren geleverd

³ Bijvoorbeeld familie, leraar of werkgever van een cliënt.

⁴ De keuze voor sectoren is tot stand gekomen in de stuurgroep.

Allereerst hebben we op basis van desk research in kaart gebracht hoe groot de vraag naar psychologische en pedagogische zorg in de verschillende sectoren is. Het aantal cliënten dat in elke sector zorg ontvangt, staat weergegeven in Figuur 5. Uit onze analyse blijkt dat de hulpbehoefte van cliënten met de leeftijd verandert en dat zij hun zorg van professionals in andere sectoren ontvangen. Er worden vooral veel cliënten geholpen in de jeugdhulp, POH-ggz, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.



Figuur 5 De belangrijkste sector van psychologische of pedagogische zorg verandert gedurende de levensloop van cliënten

Vervolgens hebben we in twee focusgroepen voor elke sector hulpbehoeften van cliënten en naasten geïnventariseerd. Ondanks een brede uitnodiging onder cliënt- en naastenvertegenwoordigers in de verschillende sectoren, was vanuit een deel van de sectoren geen vertegenwoordiger aanwezig.⁵ De meeste inbreng ontvingen we vanuit de ggz. We hebben daarom de inventarisatie van hulpbehoeften aangevuld door een vragenlijst uit te zetten onder cliënt- en naastenvertegenwoordigers, desk research uit te voeren op websites van cliëntverenigingen en de hoofdstukken over het cliënt- en naastenperspectief in de zorgstandaarden door te nemen. De inventarisatie is niet uitputtend en biedt niet voor alle sectoren waarin psychologische en pedagogische zorg geleverd wordt een volledig beeld van de hulpvragen die leven. De inventarisatie schetst echter een beeld van de diverse hulpvragen die leven bij cliënten en naasten. De uitkomsten van de inventarisatie van de hulpbehoeften zijn in bijlage 6.3 per sector schematisch weergegeven. De verdere discussie tijdens de focusgroepen vormt een belangrijke basis voor de beschrijving in paragraaf 3.1.

2.3 Breed congres P3NL

Om partijen breed te kunnen betrekken, heeft P3NL een congres georganiseerd. Uitnodigingen zijn gestuurd naar diverse bij de psychologische en pedagogische zorg betrokken partijen.⁶ Deelnemers zijn tijdens het congres op de hoogte gesteld van het doel en de stand van zaken van het project. Vervolgens is in deelsessies het gesprek gevoerd over het huidige aanbod van

⁵ Voor een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen, zie bijlage 6.2.2.

⁶ Voor een overzicht van de deelnemers aan het P3NL-congres, zie bijlage 6.2.3.

diagnostiek en behandeling in de verschillende sectoren waarin cliënten (en hun naasten) om psychologische en pedagogische zorg vragen. Niet alle deelnemers aan het P3NL-congres hadden hier zicht op, doordat een deel van de aanwezigen niet als zorgaanbieder werkt. De discussies richtten zich daarom ook op de vraag welke kansen en uitdagingen professionals ervaren bij het leveren van het gewenste aanbod. Deze discussies vormen, samen met het desk research en de individuele interviews die we gevoerd hebben, de basis voor hoofdstuk 4 van deze rapportage over wetgeving en bekostiging.

2.4 Expertsessie met professionals

In een expertsessie met opleiders en professionals⁷ hebben we in kaart gebracht over welke competenties verschillende professionals beschikken op basis van hun opleiding. De psychologische en pedagogische zorg kent verschillende beroepsbeoefenaren, op verschillende niveaus en in verschillende sectoren. In het proces naar verduidelijking van de beroepenstructuur is het van belang een duidelijke keuze te maken welke beroepen wel of niet mee te nemen. Deze eerste fase van het project, de huidige inventarisatie, hebben we afgebakend door alleen voor de initiële, postinitiële en specialisten opleidingen op (post-)universitair niveau de competenties in kaart te brengen. Voor de hbo-beroepen en specifieke aanvullende deskundigheden zijn de competenties vooralsnog niet in kaart gebracht.⁸ In de vervolgfases kan de gebruikte methodiek breder worden ingezet. We hebben in deze inventarisatiefase de volgende beroepen meegenomen:

- Masterpsycholoog SKJ⁹ (in tekst: masterpsycholoog)
- Basis (ortho)pedagoog NVO / Masterorthopedagoog SKJ (in tekst: masterorthopedagoog)
- Orthopedagoog-generalist NVO / Postmaster orthopedagoog SKJ (in tekst: OG)
- Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP / Kinder- en jeugdpsycholoog SKJ (in tekst: NIP K&J)
- Gz-psycholoog
- Psychotherapeut (PT)
- Klinisch psycholoog (KP)
- Klinisch neuropsycholoog (KNP)

Voor de expertsessie hebben we professionals uitgenodigd die zicht hebben op competenties van bovenstaande beroepen, werkzaam in verschillende sectoren.¹⁰

De expertsessie was gericht op het vergroten van het inzicht in de overlap en verschillen in de competenties van beroepsbeoefenaars bij recent afronden van de opleiding. Als basis voor de discussie hebben we de competenties die beschreven zijn in de beroeps(competentie)- en opleidingsprofielen van de beroepsgroepen genomen. In deze profielen zijn competenties van de beroepsgroepen beschreven via de zeven rollen van professionals (het CanMeds Model). We hebben de competenties waarop de verschillende beroepsgroepen zich het meest van elkaar

⁷ Voor een overzicht van de deelnemers aan de expertsessie, zie bijlage 6.2.4.

⁸ Voor een overzicht van de mogelijke combinaties tussen beroepen, functies en specifieke deskundigheden zie Figuur 12.

⁹ De titel 'psycholoog' is niet wettelijk beschermd. Het NIP biedt daarom de mogelijkheid aan masterpsychologen met circa één jaar praktijkervaring om zich te laten registreren als 'psycholoog NIP'.

¹⁰ De experts gaven aan minder zicht te hebben op de competenties van de NIP K&J op basis van de opleiding.

kunnen onderscheiden opgenomen in een database. Deze hebben we vervolgens verder uitgebreid op basis van de (gevraagde) competenties die aan bod kwamen in:

- De hulpvragen van cliënten en naasten die we in kaart gebracht hebben;
- De inbreng van professionals over het diagnostische proces en behandelingen tijdens het door P3NL georganiseerde congres;
- De behandelingen die beschreven zijn in de zorgstandaarden die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz ontwikkeld heeft en overzichten van interventies die (ortho)pedagogen toepassen.
- Gesprekken met professionals.

We hebben de competenties vervolgens samen met experts geclusterd binnen vier domeinen¹¹:

- Signalering
- Diagnostisch proces
- Behandelingstraject
- Kwaliteits- en kennisbevordering

Per domein hebben we met de experts in kaart gebracht op welk niveau professionals de competenties op basis van hun opleiding kunnen bieden. Het in kaart brengen van de mate waarin beroepsgroepen opgeleid zijn om competenties te bieden, hielp om een inhoudelijke discussie over de overeenkomsten en verschillen tussen beroepen te voeren. Het in kaart brengen van de competenties maakt op een objectieve manier de overlap en 'witte vlekken' in het aanbod zichtbaar. Deze witte vlekken worden nu soms ingevuld door middel van aanvullende registraties. De resultaten van de expertsessie vormen, samen met het desk research en de individuele interviews die we gevoerd hebben, de basis voor paragraaf 3.2 van de rapportage.

2.5 Vergaderingen met stuurgroep

Het proces is begeleid door een stuurgroep bestaand uit de directeuren van de verenigingen NIP, NVGzP, NVO, NVP en P3NL. Marc Verbraak, voorzitter van P3NL, zat de vergaderingen voor. Tijdens de maandelijkse stuurgroepbijeenkomsten zijn tussenproducten besproken en is besloten over de invulling van het project. Ook hebben stuurgroepleden bijgedragen aan het werven van deelnemers voor de verschillende bijeenkomsten.

2.6 Overige bijeenkomsten

Gedurende het project zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd waar gesproken is over de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg. We sloten aan bij deze bijeenkomsten:

- Invitational conference NVP / NVGzP: We waren als toehoorder aanwezig bij een invitational conference van de NVP en NVGzP over de positie van de PT op 5 oktober 2018. Bij de conferentie zijn verschillende varianten besproken voor de positie van de PT binnen de wet BIG. Tijdens de bijeenkomst werd enthousiasme gevonden voor de variant, waarbij de KP en PT in één specialisme samengaan. Hierbij is de PT niet langer een artikel 3 specialisme, maar

¹¹ De competenties per domein zijn opgenomen in bijlage 6.4.

wordt de titel KP gekoppeld aan de titel PT in artikel 14. Deze variant wordt momenteel besproken binnen de NVGzP en de NVP.

- Bijeenkomst over beroepen en opleidingen bij VWS: Na de bijeenkomst bij het ministerie van VWS over de opleidings- en beroepenstructuur op 7 maart 2018 zijn diverse trajecten gestart, waaronder het project rondom de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg. Op 1 november 2018 organiseerde VWS een vervolgbijeenkomst om te ondervinden wat de trajecten tot nu toe hebben opgeleverd en na te denken over de vervolgaanpak.
- Algemene ledenvergadering (ALV) P3NL en NVP: Bij de ALV van P3NL op 4 december 2018, waarbij de NVP ook aanwezig was, hebben we de resultaten van het project gepresenteerd aan de voorzitters van de verenigingen.

3 Beroepenstructuur geeft onvoldoende vertrouwen

Cliënten en naasten weten niet goed wat ze van de psychologische en pedagogische zorg kunnen verwachten. Een oorzaak hiervan is de beroepenstructuur die onvoldoende vertrouwen geeft aan cliënten en naasten en die ook voor professionals niet duidelijk is. Cliënten en naasten geven aan drempels te ervaren bij het inschakelen van hulp, waardoor zij lang zoeken naar de juiste zorg van de juiste professional. Zij ervaren weinig samenwerking tussen professionals, waardoor een professional een cliënt soms te laat of onvoldoende adequaat doorverwijst. Ook professionals geven aan dat de grenzen tussen de beroepen vervagen. Een reden hiervoor is dat verschillende beroepen dezelfde competenties aangeleerd krijgen in hun opleiding. Een andere reden is dat verschillende beroepsgroepen dezelfde aanvullende registraties halen.

De beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg biedt onvoldoende vertrouwen aan cliënten en naasten en is ook voor professionals niet duidelijk. Hierdoor kan de zorg onvoldoende op maat worden geleverd. Cliënten en professionals gaven dit aan in de bijeenkomsten en gesprekken die we met hen hebben gehouden (zie hoofdstuk 2 voor de opzet en beperkingen van de inventarisatie):

- Cliënten, naasten en verwijzers weten onvoldoende waar zij met hulpbehoeften terecht kunnen (paragraaf 3.1).
- Het is voor zowel cliënten en naasten als voor professionals onduidelijk welke professional welke competenties heeft (paragraaf 3.2).

3.1 Cliënten, naasten en verwijzers weten onvoldoende waar zij met hulpbehoeften terecht kunnen

Cliënten zijn vaak lang aan het zoeken, voordat zij de juiste begeleiding of behandeling van de juiste professional ontvangen. Tijdens twee focusgroepen die we hebben georganiseerd met cliënten en naasten gaven zij aan dat de diagnostiekfase en aansluitende indicatiestelling onvoldoende aansluiten bij wat ze nodig hebben: zorg op maat (paragraaf 3.1.1). Daarnaast blijkt dat cliënten en naasten, maar ook verwijzers en professionals weinig zicht hebben op het aanbod in de psychologische en pedagogische zorg om bij de juiste professional te komen (paragraaf 3.1.2) en waar cliënten en naasten terecht kunnen bij ontevredenheid (paragraaf 3.1.3). Deze punten spelen mogelijk breder in de (psychologische en pedagogische) zorg en komen niet per

definitie (alleen) door een onduidelijke beroepenstructuur. Desalniettemin zijn het de belangrijkste zaken die cliënten en naasten noemden tijdens de focusgroepen.

3.1.1 Aarzeling en onbekendheid zorgt voor late diagnose- en indicatiestelling die vaak onvoldoende aansluit bij behoeften

Cliënten gaven aan behoefte te hebben aan een duidelijker diagnostiek- / intakeproces dat beter aansluit bij de hulpbehoeften. Vooral cliënten en naasten die hulp zoeken in de ggz of jeugdhulp hebben hier behoefte aan. Zij verwachten dat een duidelijker diagnostiek- / intakeproces zal leiden tot een behandeling of interventie die beter past bij hun hulpvra(a)g(en) en hun persoonlijke situatie. Op dit moment ervaren cliënten en naasten:

- Drempels bij het inschakelen van hulp.
- Te weinig aandacht voor de verscheidenheid van hulpbehoeften bij het diagnostiek-/ intakeproces.
- Niet genoeg samenwerking met professionals buiten het psychologische en pedagogische domein.

Drempels bij het inschakelen van hulp

Een goede start van herstel bij psychische problemen wordt gemaakt door tijdig te interveniëren. Tijdens de focusgroepen kwam naar voren dat cliënten een drempel ervaren om psychologische of pedagogische hulp te zoeken, omdat zij niet altijd weten waar ze goede informatie over deze hulpverlening kunnen vinden of bij wie ze terecht kunnen met hun klachten.

Cliënten geven aan dat zij hulp nodig hebben om hun klachten te vertalen in een concrete hulpvraag. Hiervoor is het belangrijk dat cliënten weten bij wie ze moeten zijn om hun hulpbehoeften in kaart te brengen. Zij geven aan dat begeleiders, het wijkteam of de huisarts hen hierbij helpen, maar dat zij ervaren dat deze verwijzers ook vaak niet goed weten naar welke professional zij door kunnen verwijzen. Op dit moment hebben cliënten (en verwijzers) onvoldoende zicht op wie de diagnostiek het beste kan uitvoeren, waardoor indicatiestelling niet altijd naar tevredenheid van de cliënt wordt uitgevoerd of, in sommige gevallen, de diagnostiek en indicatiestelling meerdere malen worden herhaald.

Daarnaast bestaan er soms negatieve beelden over de zorgverlening, waardoor cliënten minder makkelijk hulp inschakelen. Hiervan zijn een aantal voorbeelden genoemd tijdens de focusgroepen:

- De lange wachtlijsten in de psychologische en pedagogische zorg, met name in de ggz^c, belemmeren het inschakelen van hulp.
- Bij het (opnieuw) inschakelen van hulp, moet de cliënt zijn verhaal vaak steeds herhalen.
- Cliënten hebben het gevoel dat er geen hulp is op de momenten dat zij een crisis ervaren. Vooral jongeren ervaren dat ze pas hulp ontvangen wanneer ze extreem gedrag laten zien.
- Ouders ervaren vaak een belemmering bij het inschakelen van jeugdhulp: ze zijn bijvoorbeeld bang dat hun kind uit huis wordt geplaatst of dat het kind persoonlijke dingen over de relatie tussen ouder en kind vertelt aan de hulpverlener, waardoor de ouder in een negatief daglicht komt te staan.

Te weinig aandacht voor breed in kaart brengen hulpbehoeften tijdens diagnostiek- / intakeproces

Cliënten leggen uit dat zij met een wirwar aan emoties en klachten bij een professional komen. Zij geven aan behoefte te hebben aan een verwijzer of professional die de tijd neemt om te luisteren naar de cliënt (en zijn naasten) en vervolgens niet te snel een classificatie toepast. Zij ervaren dat er nu vaak snel wordt geëvalueerd, waardoor ze in eerste instantie niet naar de juiste professional worden (door)verwezen of worden verwezen met een niet (volledig) passende hulpvraag. Cliënten en naasten benadrukken het belang van een brede inventarisatie van de hulpbehoeften door de zorgverlener. Daarnaast benadrukken zij dat het van belang is om de behandelings- en begeleidingsdoelen en het plan om deze doelen te bereiken samen met de cliënt te formuleren en de naasten hier nauw bij te betrekken.

Volgens cliënten en naasten is vooral bij comorbiditeit te snelle diagnostiek nadelig; door te snel een diagnose te stellen, worden achterliggende oorzaken of andere problematiek niet gezien en dus niet behandeld. Zij ervaren dat dit leidt tot een te eenzijdige behandel- of begeleidingsaanpak, waardoor klachten juist kunnen verergeren. Zij vinden het daarom belangrijk om een diagnostiek- / intakeproces te doorlopen, waarin aandacht is voor alle klachten en vragen. Om zorg op maat en een persoonsgerichte behandeling te kunnen bieden, vinden cliënten en naasten het nodig dat professionals breder (kunnen) kijken dan één stoornis, classificatie van een psychische aandoening of indicatie voor een DBC.

Niet genoeg samenwerking met professionals buiten het psychologische en pedagogische domein

Hulpvragen van cliënten zijn heel divers. Ze zijn niet beperkt tot het psychologische en pedagogische veld, maar beslaan vaak ook somatiek, het sociaal domein, onderwijs en arbeid (bijlage 6.3). Professionals geven aan dat vaak een bredere aanpak en samenwerking met andere domeinen nodig is om cliënten weer optimaal te laten functioneren in de maatschappij. Goede diagnostiek vraagt daarom kennis van routes naar de juiste hulp in het somatische, sociale, onderwijskundige en arbeidsdomein.^b Cliënten en naasten geven aan dat zij deze bredere aanpak en samenwerking met andere domeinen vaak missen in de behandeling of begeleiding door pedagogisch en psychologisch zorgverleners. Cliënten zouden graag meer gezien worden als mens, waarbij minder focus is op de beperking en meer aandacht voor de mens als geheel.

3.1.2 Cliënten en naasten (en verwijzers) weten niet bij wie zij terecht kunnen voor juiste zorg

Cliënten, met name uit de ggz, geven aan dat zij over het algemeen niet weten wie hun hulpverlener is en welk opleidingsniveau deze heeft. Zij vertrouwen op de verwijzing van hun verwijzer en hebben zelf weinig zicht op bij wie zij terecht kunnen voor de juiste zorg. Als een startpunt voor verbetering is eind 2018 de website 'kiezenindeggz.nl' gelanceerd^d; een online hulpmiddel voor cliënten boven de 18 om (informatie over) zorgverleners voor psychische klachten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) te vinden.¹² De lancering van 'kiezenindeggz' is een eerste stap in het creëren van meer duidelijkheid over de beschikbare zorg, ook al zoeken cliënten op

¹² Waaronder informatie over de wachttijd per aanbieder

deze website vanuit een aandoening, beperken de aanbieders zich tot het Zvw-domein en kan niet gezocht worden op bijvoorbeeld het opleidingsniveau van de professional.

Wanneer cliënten en naasten psychische of pedagogische hulp zoeken via een professionele verwijzer, vertrouwen zij op een goede verwijzing naar de juiste professional. Zowel cliënten en naasten als professionals geven echter aan dat verwijzers vaak doorverwijzen op gevoel: ze verwijzen door naar professionals of instellingen waar zij eerder goede ervaringen mee hebben gehad. Ook verwijzers weten vaak niet of het om een psycholoog of orthopedagoog gaat en welke aanvullende opleidingen of cursussen zij hebben gehad. Professionals geven aan dat dit bij de doorverwijzing naar een instelling niet tot problemen hoeft te leiden: er zijn vaak verschillende beroepsbeoefenaars met verschillende expertises werkzaam binnen één instelling die naar elkaar kunnen doorverwijzen.

Wanneer cliënten zonder verwijzing zelf op zoek gaan naar psychologische of pedagogische hulp, kunnen zij ook terecht komen bij hulpverleners buiten de reguliere zorg. Het is voor hen niet makkelijk om bijvoorbeeld coaches die geen orthopedagoog of psycholoog zijn te onderscheiden van geregistreerde orthopedagogen en psychologen. De vakbekwaamheid van deze coaches is niet altijd duidelijk of geborgd door kwaliteitsregisters. Daarnaast zijn er (geregistreerde) psychologen en orthopedagogen die ervoor kiezen cliënten te coachen buiten een verwijzing om, waar cliënten dan zelf voor betalen.^e

3.1.3 Cliënten weten niet waar zij terecht kunnen bij ontevredenheid

Cliënten zijn niet altijd tevreden met (het resultaat van) hun behandeling / begeleiding of voelen zich niet vertrouwd met hun behandelaar of begeleider. Zowel cliënten als professionals geven aan dat deze vertrouwensband van belang is voor het succes van een interventie. Wanneer cliënten geen vertrouwen of 'klik' ervaren of wanneer zij ontevreden zijn over de behandeling of begeleiding vinden zij het lastig dit aan te geven bij de professional, omdat:

- Zij bang zijn dat ze weer door een nieuw diagnostiek- / intakeproces heen moeten of op een wachtlijst geplaatst worden.
- Zij een afhankelijke en kwetsbare positie ervaren ten opzichte van de professional.
- Zij blij zijn dat ze eindelijk hulp (en vergoeding) ontvangen.

Omdat cliënten het lastig vinden aan te geven wanneer zij ontevreden zijn, is het belangrijk dat de professional aan de cliënten aangeeft bij welke instantie ze terecht kunnen met hun klachten over het beroepsmatig handelen van hun behandelaar / begeleider. Tijdens de focusgroepen gaven cliënten en naasten aan vaak niet bekend te zijn met verenigingstuchtrecht of wettelijk tuchtrecht (BIG^f en SKJ^g). Van welke tuchrechtinstantie een cliënt gebruik kan maken, hangt af van de registratie van de professional (Figuur 6). Als een cliënt een klacht wil plaatsen, moet hij dus weten in welk register de professional geregistreerd staat. Ondanks de wettelijke taak van zorgaanbieders om cliënten te informeren over de geldende klachtenregeling (Wkkgz)^h, gaven cliënten en naasten tijdens de focusgroepen aan dat zij niet weten waar zij terecht kunnen bij ontevredenheid.

Beroepsbeoefenaars registreren zich bij een wettelijke instantie of bij een beroepsvereniging (Figuur 6). Beide typen registers hanteren een aantal strikte eisen waaraan een professional moet voldoen, alvorens hij in het register mag worden opgenomen. Deze eisen hangen samen met de opleidingseisen (zie bijvoorbeeld de opleidingsvoorwaarden van de gz-psycholoog, NIP K&J en OG in Figuur 7). Professionals moeten zich vervolgens iedere vijf jaar laten herregistreren, waarvoor specifieke opleidings- en werkervaringseisen gelden (te vinden op de websites van de registers). Door deze strikte eisen waarborgen de registers de kwaliteit van professionals.

Daarnaast bewaken de registers de kwaliteit van het beroepsmatig handelen door de inzet van tuchtrechtelijke instanties. Bij registratie bij een wettelijk register (het BIG-register of het SKJ-register) kan de professional een wettelijk beschermde titel voeren en valt hij onder het wettelijk tuchtrecht. Wanneer professionals zich bij een vereniging registreren, is hun titel niet wettelijk beschermd en vallen zij onder het verenigingstuchtrecht. Zij verklaren zich aan de Beroepscode van de vereniging te houden. Een Beroepscode beschrijft belangrijke principes voor verantwoord en professioneel handelen. Tuchtcolleges gebruiken de Beroepscode als leidraad bij de beoordeling of er juist is gehandeld door een professional.

Registraties per niveau	BIG	SKJ*	NVO	NIP
Master	X	Orthopedagoog Psycholoog	Orthopedagoog	Psycholoog
Postmaster	GZ PT	Postmaster orthopedagoog SKJ K&J psycholoog SKJ	OG	NIP registerpsycholoog (o.a. KJ/ A&G)
Specialist	KP KNP	X	X	X

* SKJ registratie alleen nodig wanneer behandelaar in de jeugdhulp of -bescherming werkzaam is

Figuur 6 Voor (her)registratie-eisen, beroepscodes en tuchtrecht kunnen cliënten en naasten terecht bij verschillende instanties, afhankelijk van waar de professional geregistreerd is

In de focusgroepen kwam naar voren dat cliënten en naasten deze registraties niet kennen en niet weten wat ze betekenen voor de kwaliteit van hun zorg. Daarnaast is het voor hen niet duidelijk waarom professionals bij diverse instanties geregistreerd zijn en wat de onderlinge verschillen betekenen voor de kwaliteit van hun behandeling. Daarbij komt dat verschillen in opleidingsvoorwaarden tussen bijvoorbeeld de gz-psycholoog, de NIP K&J en de OG, klein zijn, terwijl daar wel een verschillende registratie uit volgt (Figuur 7).ⁱ

Opleidingsvoorwaarden	Gz-psycholoog	NIP K&J	NVO OG
Vereiste vooropleiding voor aanmelding traject	Universitaire masteropleiding in de psychologie, pedagogiek of geestelijke gezondheidskunde + basisaantekening diagnostiek	Universitaire masteropleiding psychologie of orthopedagogiek.	Universitaire masteropleiding orthopedagogiek en registratie als Basis-Orthopedagoog + basisaantekening diagnostiek
Eisen aan werkervaring voor aanmelding traject	520 uur (diagnostiek en behandeling, 19 EC, gebaseerd op een stage)	Werkzaam zijn als academisch geschoolde psycholoog (diverse werkzaamheden)	Werkzaam zijn als academisch geschoolde orthopedagoog (diverse werkzaamheden)
Duur scholing	480 contacturen	480 contacturen	480 contacturen
Duur zelfstudie en overige	240 uur zelfstudie	240 uur (literatuur en casusverslagen)	240 uren praktijkopdrachten en literatuur
Duur (gesuperviseerde) werkervaring	2790 uren (min. 16 u p/w) onder supervisie	2790 uren (min. 16 u p/w) onder supervisie	2790 uren (min. 16 u/pw) onder supervisie
Duur supervisie	90 uren (incl. voorbereiding)	90 uren	90 uren
Algehele duur (in uren)	3600 uur (810 uur aanvullend op werkervaring)	3600 uur (810 uur aanvullend op werkervaring)	3600 uur (810 uur aanvullend op werkervaring)
Algehele duur (in jaren)	2-4 jaar	Max. 5 jaar	2-6 jaar
Opleidingsroute	Geïntegreerd (vast traject) met strikte voorwaarden vanuit BIG	Geïntegreerd (vast traject) of individueel registratietraject	Geïntegreerd (vast traject) of individueel registratietraject.
Grondslag opleidingsvereisten	Besluit Gezondheidszorgpsycholoog (AMvB)	Regelgeving door beroepsvereniging	Regelgeving door beroepsvereniging
Omvang opleidingen vergelijkbaar met opleiding GZ-Psycholoog	Nvt	Ja	Ja
Niveau opleiding vergelijkbaar met Gz	Nvt	Ja, echter aantal cursussen ook toegankelijk voor hbo-ers	Ja, zeer vergelijkbaar bij geïntegreerde opleiding. Bij individueel traject echter aantal cursussen ook toegankelijk voor hbo-ers
Gezondheidskundige verzorging van de mens/ Individuele gezondheidszorg	Ja	Ja, mits opgeleid via opleiding Kinder- en jeugdpsycholoog NIP en niet via opleiding schoolpsycholoog	Ja

Bronnen: psynip.nl; nvo.nl; vlogo.nl; Rapport van LSJ (2013) 'Vergelijking opleidingen GGZ beroepen'

Figuur 7 De opleidingsvoorwaarden van de gz-psycholoog, NIP K&J en de OG komen voor een groot deel overeen.¹

3.2 Onduidelijk welke professional welke competenties heeft

Wanneer cliënten (of hun naasten) psychologische of pedagogische zorg ontvangen van een professional, is het voor hen moeilijk te bepalen of zij zorg van de juiste professional ontvangen. De meeste cliënten kennen de verschillende beroepen in de psychologische en pedagogische zorg niet of kunnen ze niet van elkaar onderscheiden. Zij lichten toe dat zij er daarom graag op zouden kunnen vertrouwen dat verwijzers en andere professionals hen hierin goed adviseren.

Daarnaast hebben cliënten en naasten behoefte aan professionals die zich bewust zijn van hun eigen (on)bekwaamheden en die van hun collega's, en die op basis hiervan tijdig doorverwijzen. Cliënten en naasten ervaren weinig samenwerking tussen professionals. Cliënten gaven tijdens de focusgroepen aan dat zij soms (te lang) onder behandeling of begeleiding bij een professional blijven, terwijl een andere professional beter toegerust is op hun problematiek of een betere vertrouwensband kan opbouwen. Ook professionals geven aan dat zij vaak niet weten waar zij terecht kunnen voor hulpvragen van een cliënt die buiten hun eigen expertisegebied liggen.

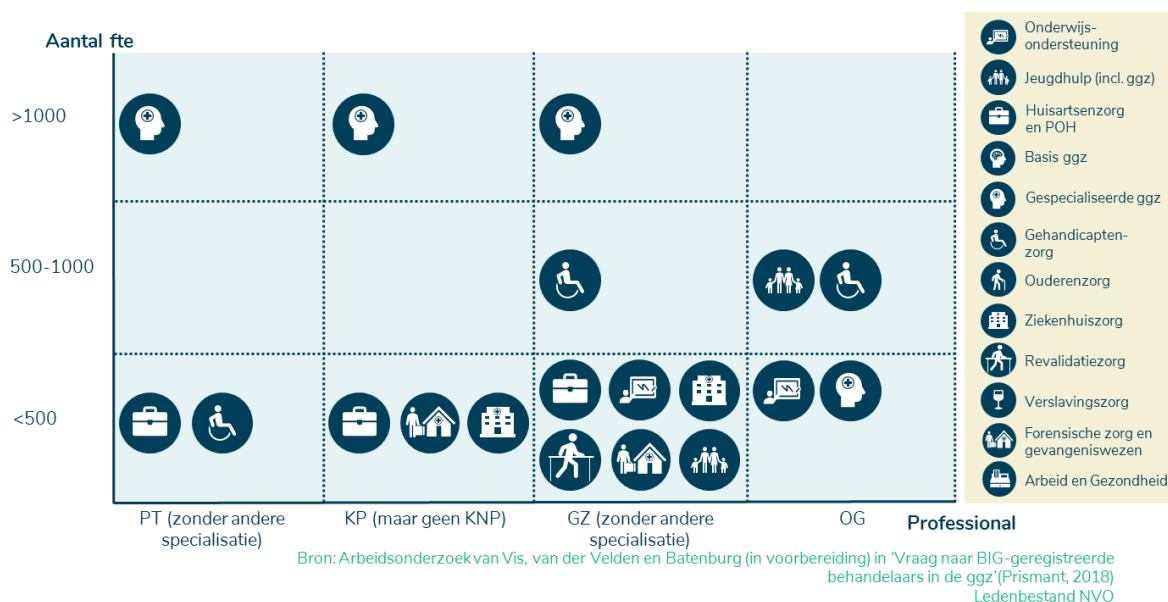
Uit onze interviews en bijeenkomsten blijkt dat het voor professionals onvoldoende duidelijk is wat de verschillen in competenties tussen de beroepsbeoefenaren zijn, wat tijdig en goed (door)verwijzen lastig maakt. Er zijn hiervoor verschillende redenen genoemd door professionals:

- Tussen de beroepsgroepen bestaat overlap in werkveld en aanbod in opleiding (paragraaf 3.2.1).
- Veel professionals hebben dubbelregistraties en verschillende aanvullende cursussen gevolgd (paragraaf 3.2.2).

- Competenties die professionals verder ontwikkelen na hun opleiding verschillen, ook binnen dezelfde beroepsgroep (paragraaf 3.2.3).

3.2.1 Tussen de beroepsgroepen bestaat overlap in werkvelden en opleiding

De verschillende beroepen in de psychologische en pedagogische zorg zijn voor cliënten vaak moeilijk te onderscheiden. Ook professionals zelf stellen dat het lastig is aan te geven waar de expertise van de een ophoudt en die van de ander begint. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat professionals met dezelfde achtergrond in dezelfde sectoren werken (Figuur 8), waarbij er binnen een sector soms veel overlap is in de werkzaamheden die professionals met een verschillende achtergrond uitvoeren. Zo voeren orthopedagogen en psychologen in de ggz voor kinderen en jeugdigen¹³, in het onderwijs en in de gehandicaptenzorg vaak hetzelfde type werkzaamheden uit. Hierdoor vervaagt het onderscheid tussen de verschillende professionals.



Figuur 8 Professionals met verschillende achtergronden werken in dezelfde sectoren.^{jk} Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal fte masterpsychologen, masterorthopedagogen, NIP K&J's en KNP's per sector.

Een andere oorzaak van het moeilijk onderscheiden van beroepen kan zijn dat in de verschillende beroepsopleidingen veelal dezelfde therapieën en onderwerpen aan bod komen. Professionals met verschillende opleidingen en titels kunnen hierdoor dezelfde interventies toepassen. Ter illustratie: er lijkt veel overlap te zijn in de onderwerpen die aan bod komen in de opleiding tot gz-psycholoog Volwassenen en Ouderen (V&O), gz-psycholoog Kind en Jeugd (K&J) en de OG (Figuur 9).

Opleiders van deze opleidingen geven aan dat, ondanks dat er overlap is in onderwerpen van de vakken, de inhoud van de vakken kan verschillen. Deze inhoud is veelal afhankelijk van de invulling van docenten en de hoofdopleider. Daarnaast bepaalt het werkveld waarin de afgestudeerde professional dagelijks actief is welke geleerde kennis en vaardigheden hij inzet en waarin hij zich verder bekwaamt in de praktijk.

¹³ Jeugd-ggz valt onder de Jeugdwet en binnen de sector 'jeugdhulp' in figuur 8.

Cursussen bij opleiding	GZ V&O	GZ K&J	OG
Algemene psychopathologie	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Angststoornissen	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Communicatieve vaardigheden	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Diagnostiek	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Ethiek en wetgeving	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Gedragstoornissen bij kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Groepsinterventies	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Infant mental health	Niet aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Inleiding cognitieve gedragstherapie (o.a. bij (on)verkleerde lichamelijke klachten, trauma, gedragstoornissen)	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Intake en indicatiestelling	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Interculturele competenties	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Kindermishandeling en seksueel misbruik	Keuzemodule	Aangeboden	Aangeboden
Leerstoornissen	Niet aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Ontwikkelingspsychologie	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Ouderenpsychologie	Aangeboden	Heel beperkt	Niet aangeboden
Persoonlijkheidsstoornissen (volwassenen)	Aangeboden	Aangeboden	Niet aangeboden
(Psycho)Farmacologie	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Psychopathologie bij kinderen en jeugdigen	In mindere mate	Aangeboden	Aangeboden
Psychotische stoornissen (adolescenten en volwassenen)	Aangeboden	Aangeboden	Niet aangeboden
Seksuologie	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Soma en psyche	Aangeboden	Aangeboden	Niet aangeboden
Stemmingsstoornissen	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Systeem- en gezinstherapie	Aangeboden	Aangeboden	Aangeboden
Verslaving en eetstoornissen	Aangeboden	Aangeboden	Niet aangeboden
Voorlichtingskunde en didactiek	Niet aangeboden	Niet aangeboden	Niet aangeboden

Legenda:

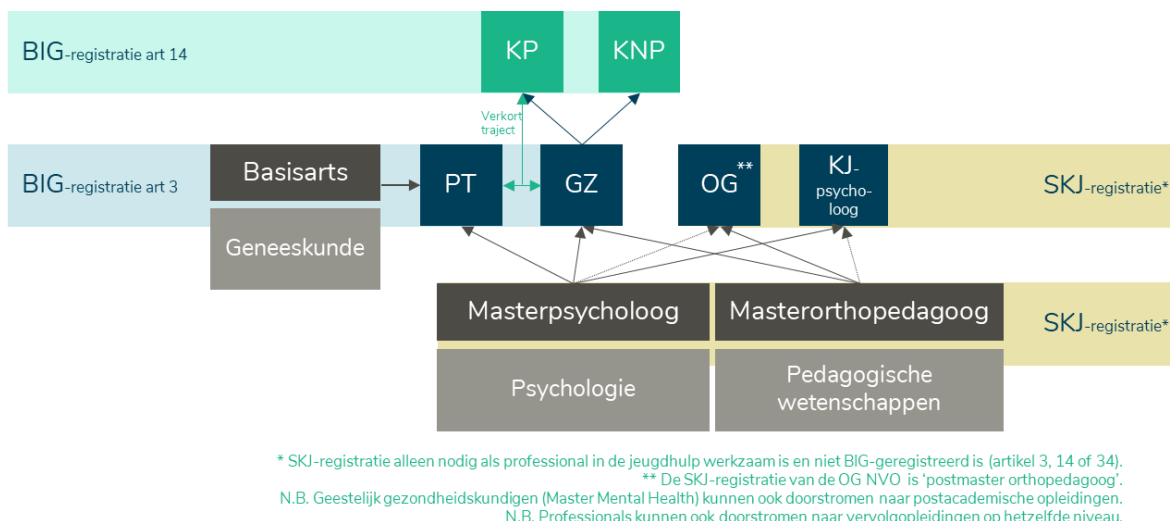
Aangeboden

Niet aangeboden

Figuur 9 De onderwerpen die aan bod komen bij de postmaster opleidingen tot gz-psycholoog en OG lijken grotendeels overeen te komen. (Overzicht is ter illustratie van de overlap en voornamelijk gebaseerd op het regulier opleidingsaanbod van PBDO Randstad Leiden en Amsterdam, en RINO groep.)

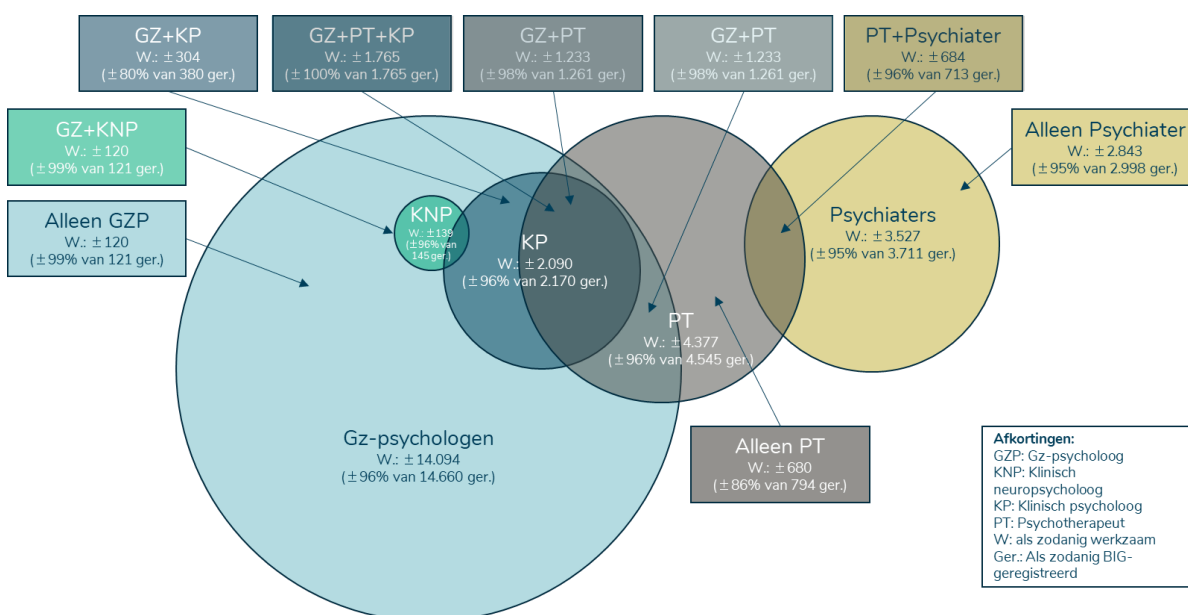
3.2.2 Veel professionals hebben dubbelregistraties en aanvullende cursussen gevolgd

Professionals met verschillende mastertitels mogen dezelfde vervolgoedingen volgen (Figuur 10). Dit maakt het voor professionals vaak moeilijker te benoemen met welk vakgebied ze zich identificeren: de orthopedagogiek of de psychologie. Een veelgenoemd verschil tussen beide vakgebieden is dat orthopedagogen zich meer lijken te richten op het systeem van de cliënt en de psychologen zich meer lijken te richten op de psychopathologie. De twee gebieden houden echter nauw verband met elkaar en de grenzen tussen orthopedagogiek en psychologie vervagen. Geïnterviewden geven aan dat dit onder andere wordt veroorzaakt, doordat meer orthopedagogen de gz-opleiding afronden om een BIG-registratie te kunnen voeren. Voor cliënten is het onderscheid nog minder duidelijk dan voor professionals.



Figuur 10 Professionals met verschillende achtergronden kunnen dezelfde vervolopleidingen volgen.

Doordat professionals verschillende opleidingen volgen, zijn er veel dubbelregistraties. Figuur 11 geeft de dubbelregistraties van beroepen in de BIG weer. Hiernaast registreren professionals zich in het SKJ-register en bij beroepsregisters (zie ook Figuur 6). In Figuur 11 is te zien dat veel PT'en bijvoorbeeld ook als gz-psycholoog geregistreerd staan en iedere KP als gz-psycholoog. In het beroepenhuis is dit niet vreemd: zonder opleiding tot gz-psycholoog kun je je niet specialiseren tot KP. Voor cliënten is dit echter minder duidelijk, vooral omdat professionals vaak alle behaalde titels gebruiken en cliënten vervolgens niet goed meer weten wat de identiteit van de professional is. De dubbelregistraties maken het voor professionals ook moeilijker om de competenties van de beroepen van elkaar te onderscheiden: de grenzen tussen de beroepen vervagen, doordat de beroepen binnen individuele professionals samenkomen.



Figuur 11 Overlap tussen registraties van beroepsgroepen in de BIG (Capaciteitsorgaan, 2018). Hierin zijn professionals geregistreerd bij SKJ of beroepsverenigingen niet opgenomen. Bewerkt door SiRM.

Naast verschillende beroepsopleidingen, is er een groot aanbod aan aanvullende cursussen of vervolopleidingen voor professionals om specifieke behandelingen te kunnen aanbieden (Figuur

12). Hieruit volgt vaak een registratie bij een vereniging. In sommige gevallen kunnen deze cursussen (/ vervolgoopleidingen) alleen met een bepaalde vooropleiding gevolgd worden, maar vaker kunnen professionals met diverse achtergronden zich aanmelden. Binnen één beroep kennen we daardoor verschillende differentiaties. Deze zelfde typen differentiaties komen in alle verschillende beroepen voor. Hierdoor wordt de overlap tussen professionals nog groter.

Daarbij komt dat professionals zich voorstellen aan cliënten door een registratie te noemen op basis van aanvullende scholing, en niet op basis van hun beroepsopleiding. Ook op hun websites staan vaak alle aanvullende registraties genoemd. Dit kan een ruime lijst zijn en maakt voor de cliënt (en collega professional) vaak niet duidelijker wat de identiteit van de professional is.

Citaat vanuit interview: *“Professionals in de psychologische en pedagogische zorg verenigen en identificeren zich op basis van methodieken in plaats van specialismes (zie ook Figuur 12). Dit is alsof artsen zich zouden verenigen en identificeren op basis van het gebruik van scalpels of het voorschrijven van medicatie.”*

Beroep	Orthopedagoog	Psycholoog	OG	NIP KJ	Gz-psycholoog	PT	KP	KNP	Psychiater	Arts
Niveau	Master	Master	Postmaster	Postmaster	Postmaster	Postmaster	Specialist	Specialist	Specialist	Master
Wettelijk register	SKJ*	SKJ*	SKJ*	SKJ*	BIG	BIG	BIG	BIG	BIG	BIG
Beroepsregister	NVO	NIP	NVO	NIP		NVP	(NVP)			
Functie										
POH-ggz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
POH-jeugd										
Specifieke deskundigheid										
Systeemtherapeut (ST)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
EMDR-therapeut	Ja, mits CGT of ST	Ja, mits CGT of ST	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Seksuoloog					Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cognitief gedragstherapeut (CGT)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie (PeP)		Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Eerstelijnspsycholoog NIP					Ja		Ja	Ja		
Lichaamsgericht werkend psycholoog NIP				Ja	Ja		Ja	Ja		
Neurofeedbackpsycholoog NIP				Ja	Ja		Ja	Ja		
Psycholoog mediator NIP		Ja		Ja	Ja		Ja	Ja		
Schematherapeut					Ja	Ja	Ja		Ja	
Psychoanalyticus (NPaV)					Ja**	Ja	Ja		Ja	Ja**
Psychoanalytische psychotherapeut (NVPP)						Ja	Ja		Ja	
DIT-therapeut (dynamische interpersoonlijke therapie)					Ja	Ja	Ja		Ja	
EFT-therapeut	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
EFT-registertherapeut (emotionally focused therapy)					Ja	Ja	Ja		Ja	
Affectfobietherapie (register AFP)					Ja	Ja	Ja		Ja	
Therapeut-lid NVIPT (interpersoonlijke psychotherapie)					Ja	Ja	Ja		Ja	Ja
MBT-basistherapeut (mentalisation based therapy)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
MBT-therapeut (mentalisation based therapy)					Ja	Ja	Ja		Ja	
Transference focused psychotherapy (register TFP)						Ja	Ja		Ja	
Intensive short-term dynamic psychotherapy (register ISTDP)		Ja			Ja	Ja	Ja		Ja	
Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (register KPSP)		Ja			Ja	Ja	Ja		Ja	

* SKJ registratie alleen nodig wanneer behandelaar in de jeugdhulp of -bescherming werkzaam is

** Met specifieke aanvullende opleiding en werkervaring
NB Geen 'ja' wanneer het beroep niet expliciet is benoemd in de registratie-eisen

Figuur 12 Verschillende beroepen mogen dezelfde vervolgoopleidingen volgen om specifieke deskundigheid (veelal in methodieken) te verwerven. Deze lijst is illustratief voor de complexiteit van de beroepenstructuur en is niet uitputtend. Aan deze lijst kunnen geen rechten worden ontleend.

3.2.3 Hoewel competenties duidelijk verschillen tussen initieel, postinitieel en specialistenniveau, verschillen competenties binnen niveaus nauwelijks van elkaar

Samen met experts hebben we in kaart gebracht welke competenties professionals hebben na afronding van hun beroepsopleiding (zie paragraaf 2.4).¹⁴ De belangrijkste conclusies van de expertsessie zijn:

- Bij het in kaart brengen van vakbekwaamheid zijn naast de opleiding ook werkervaring, dagelijkse praktijk en aanvullende cursussen / opleidingen van belang.
- Het voornaamste onderscheid in competenties is tussen de niveaus initiële beroepen, postinitiële beroepen en specialistenberoepen. De plek van de PT is hierin niet eenduidig.
- Binnen de niveaus is weinig onderscheid in competenties.

Bij in kaart brengen vakbekwaamheid zijn naast opleiding ook werkervaring en aanvullende cursussen / opleidingen van belang

Deelnemers aan de expertsessie gaven aan dat niet alleen de opleiding, maar ook werkervaring, dagelijkse praktijk en aanvullende cursussen de vakbekwaamheid van professionals bepalen:

- Een masterpsycholoog of -orthopedagoog die al lange tijd actief is als behandelaar of begeleider en aanvullende cursussen of opleidingen heeft gevolgd, kan bekwaamer zijn dan een pas afgestudeerde gz-psycholoog of OG.
- Het is van belang dat professionals ervaring opdoen in de competenties waarin zij zijn opgeleid, zodat zij deze competenties trainen in de praktijk. De experts gaven aan dat een KP op papier bijvoorbeeld zeer bekwaam en bevoegd is om veiligheidsrisico's vast te stellen, maar het in de praktijk kan voorkomen dat een KP voornamelijk managementtaken verricht en daardoor veel minder cliënten ziet dan een gz-psycholoog. In dit geval kan het zo zijn dat de gz-psycholoog een betere inschatting kan maken van de veiligheidsrisico's dan deze KP.
- Beroepsgroepen ontwikkelen aanvullende competenties op basis van de sector waarin zij werken. De benodigde aanvullende competenties lijken sterk te verschillen tussen de sectoren. Dit is mede zichtbaar in de matrices met hulpvragen van cliënten per sector; cliënten in de ggz hebben andere hulpbehoeften dan cliënten in de gehandicaptenzorg of in de ziekenhuiszorg.

Sommige therapieën worden nauwelijks aangeboden in de beroepsopleidingen, zoals systeemtherapie en vaktherapie. Om cliënten met deze therapieën te helpen, zijn aanvullende opleidingen dus nodig. Daarnaast is in opleidingen weinig aandacht voor de verhouding van de psychische klachten tot somatische klachten en farmacotherapie, terwijl een deel van de cliënten wel om competenties op dit gebied vraagt. Medisch psychologen ontvangen aanvullende opleiding in deze onderwerpen, maar geven aan dat aanvullende scholing op deze gebieden ook voor andere psychologen gewenst is. Ook is in de opleidingen weinig aandacht voor verschillen tussen de dynamiek en cultuur tussen de verschillende werkvelden; de dynamiek en cultuur verschillen bijvoorbeeld sterk tussen ggz-instellingen en ziekenhuizen.

¹⁴ De experts gaven aan minder zicht te hebben op de competenties van de NIP K&J op basis van de opleiding.

Voornaamste onderscheid in competenties tussen de niveaus initiële beroepen, postinitiële beroepen en specialistenberoepen; plek van PT is hierin niet eenduidig

Bij het met experts in kaart brengen van de competenties die professionals hebben na afronding van hun beroepsopleiding blijkt voor de meeste competenties dat professionals op drie niveaus over deze competenties beschikken. Deze niveaus vallen grotendeels samen met de initiële beroepen, postinitiële beroepen en de specialisten:

- Net afgestudeerde masterpsychologen en -orthopedagogen hebben bij aanvang van hun werkzaamheden veel van de competenties alleen onder werkbegeleiding, voor sommige competenties zijn zij niet bevoegd. Volgens de experts beschikken beginnende masterpsychologen en -orthopedagogen op basis van hun opleiding niet over de competenties om cliënten zonder werkbegeleiding te diagnosticeren en behandelen of om problematiek te signaleren. Net afgestudeerde masterpsychologen en -orthopedagogen krijgen in de praktijk vaak wel taken die zij zelfstandig moeten uitvoeren.
- Gz-psychologen, OG'ers en NIP psychologen K&J hebben veel van de competenties op 'basisniveau' of onder begeleiding.
- De KP en KNP hebben veel competenties op 'specialistisch niveau'.

De plek van de PT is niet eenduidig. Op het gebied van signalering en diagnostiek zien de experts de PT als een professional die over competenties op basisniveau beschikt. Bij de competenties over diagnostisch onderzoek en indicatiestelling bij hersenletsel en het herkennen van somatische en farmacotherapeutische aspecten zetten de experts de PT op eenzelfde niveau als de masterpsychologen en -orthopedagogen. Op het gebied van behandeling en kwaliteits- en kennisbevordering zien de meeste experts de PT bij veel van de competenties als een specialist. Volgens de experts is de PT het best toegerust om psychotherapie te geven, mede vanwege de competentie om een therapeutische relatie aan te gaan met de cliënt: beter dus dan de KP, die dezelfde registratie mag voeren.

Binnen niveaus weinig onderscheid in competenties

Hoewel er tussen de drie niveaus een duidelijk onderscheid is, verschillen beroepen binnen elk niveau qua competenties nauwelijks van elkaar. De masterpsycholoog en -orthopedagoog beschikken nagenoeg op hetzelfde niveau over de verschillende competenties. Hetzelfde geldt voor de gz-psycholoog, OG en NIP K&J; ook zij beschikken op nagenoeg hetzelfde niveau over de verschillende competenties. Tot slot beschikken de KP en de KNP op nagenoeg hetzelfde niveau over de verschillende competenties.

De competenties waarbij de bij de expertsessie aanwezige experts een onderscheid zien op basis van de opleiding, zijn (zie bijlage 6.4 voor alle competenties die besproken zijn):

- De OG, PT en KP (jeugd) zijn het best toegerust op competenties die relateren aan opvoedingsvraagstukken. Experts geven aan dat de OG meer over dit soort competenties op basis van zijn opleiding beschikt dan de gz-psycholoog K&J en NIP K&J. In het verlengde hiervan geven de experts aan dat masterorthopedagogen na afronding van hun opleiding beter geschoold zijn in opvoedingsvraagstukken dan masterpsychologen.
- De OG is volgens de experts minder opgeleid dan de gz-psycholoog in het herkennen van risicogroepen voor psychische problematiek, het bijdragen aan preventie van

psychopathologie, het stellen van een indicatie en het vinden van een passende behandeling voor patiënten met psychische aandoeningen.

- Professionals opgeleid in Kind & Jeugd zijn over het algemeen beter in mediatietherapie en interventies gericht op leerproblemen.
- De KP is volgens de experts de breedst geschoolde specialist. De KNP is de enige expert op het gebied van hersenletsel, maar is minder opgeleid in het herkennen van en inspelen op cliëntsystemen en opvoedingsvraagstukken.
- De KNP onderscheidt zich vooral van de KP en andere professionals, doordat de KNP expert is in het geven van neuropsychologische behandelingen.

4 Wetgeving en bekostiging volgen onvoldoende op zorg

Cliënten, naasten en professionals geven aan dat de wetgeving onvoldoende lijkt aan te sluiten bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening. De verschillende wetten leiden tot schotten, vereisten voor het regiebehandelaarschap leiden tot een uitsluiting van beroepsgroepen en de verhouding van de beroepen gz-psycholoog, PT en KP tot elkaar in de wet BIG sluit niet aan bij de zorgverlening. Daarnaast geven professionals aan dat de bekostiging te weinig ruimte biedt om de passende competenties in te zetten. De bekostiging biedt onvoldoende ruimte voor het in kaart brengen van de brede hulpvraag en om specialistische kennis vooraan in de keten beschikbaar te stellen. Daarnaast zijn bekostigingsvoorwaarden soms leidend voor de keuze voor een professional in plaats van de benodigde competenties.

In de sessies die we georganiseerd hebben met professionals en de gesprekken die we met hen voerden, blijkt dat professionals ervaren dat de wetgeving en bekostiging onvoldoende op de gewenste psychologische en pedagogische zorg volgen. Dit is voor hen een belangrijk issue. Het betreft twee aspecten:

- De wetgeving lijkt onvoldoende aan te sluiten bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening (paragraaf 4.1).
- De bekostiging lijkt te weinig ruimte te bieden om de passende competenties in te zetten (paragraaf 4.2).

In dit hoofdstuk beschrijven we vanuit het perspectief van de professionals welke problemen en schotten in wetgeving en bekostiging zij ervaren bij het leveren van psychologische en pedagogische zorg.

4.1 Wetgeving lijkt onvoldoende aan te sluiten bij gewenste zorgverlening

De wetgeving sluit volgens professionals onvoldoende aan bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening. We beschrijven de voornaamste punten die hierbij door professionals genoemd zijn:

- Psychologische en pedagogische zorg wordt geleverd vanuit verschillende wetten. Dit leidt tot verwarring bij cliënten, naasten en professionals (paragraaf 4.1.1).

- Omdat het model-Kwaliteitsstatuut ggz voorschrijft dat alleen BIG-geregistreerde behandelaren regiebehandelaar mogen zijn voor cliënten binnen de Zvw^m en sommige gemeenten dit gegeven als contractvoorwaarde overgenomen hebben voor zorg die professionals leveren binnen de Jeugdwet (JW), kunnen de OG'ers en K&J psychologen voor een deel van de cliënten geen regieverantwoordelijk behandelaar zijn (paragraaf 4.1.2).
- De PT staat op hetzelfde niveau in de wet BIG als de gz-psycholoog (artikel 3 beroepen). PT'en geven aan dat dit niet aansluit bij het competentieniveau wat zij bieden. De verhouding van de beroepen gz-psycholoog, PT en KP tot elkaar is niet helder en moet worden aangepast (paragraaf 4.1.3).

4.1.1 Zorgverlening vanuit verschillende wetten leidt tot verwarring en schotten

De vraag naar psychologische of pedagogische zorg kan zich in veel verschillende situaties en sectoren voordoen en de hulpbehoeften zijn zeer divers. Hierdoor krijgen cliënten, naast en professionals ook te maken met verschillende wetten en regels rondom de aanvraag en financiering van zorg:

- Jeugdwet (JW): Jongeren tot 18 jaar en hun ouders ontvangen psychologische en pedagogische zorg vanuit de JW. De verplichting vanuit de JW om verantwoorde hulp te leveren, is uitgewerkt in de norm van de verantwoorde werktoedeling.¹ In de norm is onder andere opgenomen dat aanbieders van jeugdhulp er zorg voor moeten dragen dat de taken worden uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een BIG- of SKJ-geregistreerde professional. Binnen de JW kopen gemeenten zorg in, waarbij gemeenten zelf kunnen bepalen welke aanvullende contractvoorwaarden zij stellen. De verwijzers naar zorg vanuit de JW zijn huisartsen, sociale teams / wijkteams en jeugdartsen. Hiermee hebben deze professionals de taak om de hulpbehoeften naar psychologische en pedagogische zorg bij jongeren tot 18 jaar en hun ouders te signaleren en te verwijzen naar passende zorg.
- Zorgverzekeringswet (Zvw): Volwassenen (waaronder ouderen) ontvangen psychologische zorg vanuit de Zvw. In het model-Kwaliteitsstatuut ggz staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Het model geldt voor alle aanbieders van Generalistische Basis ggz (GBggz) en Gespecialiseerde ggz (Sggz) binnen de Zvw. In het model zijn voorwaarden opgenomen voor het regiebehandelaarschap, waaronder de vereiste dat de regiebehandelaar BIG-geregistreerd moet zijn.^m Binnen de Zvw kopen zorgverzekeraars zorg in, waarbij zij kunnen bepalen om aanvullende contractvoorwaarden te stellen. De verwijzer naar de zorg die professionals leveren vanuit de Zvw is de huisarts. Hiermee heeft de huisarts de taak om psychische problematiek en LVB-problematiek te signaleren. Voor de psychologische zorg die cliënten vanuit de ziekenhuiszorg ontvangen, geldt dat de zorg als zorgactiviteit opgenomen is in DBC's; hiermee heeft het behandelende somatisch specialisme een bepalende rol bij de inzet van (medisch) psychologen.
- Wet langdurige zorg (Wlz): Mensen die levenslang en levensbreed ondersteuning nodig hebben, thuis of in een instelling, komen in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz, waarbij zorgkantoren de zorg inkopen. Ook kinderen en jongeren kunnen zorg vanuit de Wlz ontvangen als zij aan de voorwaarden voldoen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of een cliënt in aanmerking komt voor de zorg. Cliënten met alleen een psychische

stoornis hebben in principe geen toegang tot de Wlz. Zij zijn aangewezen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zvw. Als een cliënt na 3 jaar medisch noodzakelijk verblijf in een ggz-instelling verlenging van de opname nodig heeft, dan heeft de cliënt vanaf dat moment wél toegang tot de Wlz. Daarnaast kunnen cliënten met een licht verstandelijke handicap (LVG) met gedragsproblemen toegang hebben tot de Wlz, ook als hun behoefte aan zorg mogelijk niet blijvend is. Dit geldt wanneer de cliënt tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nodig heeft óf als de behandelaar aangeeft dat de cliënt aangewezen is op het afmaken van een onder de JW aangevangen behandeling met verblijf.ⁿ

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): Mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn, kunnen ondersteuning van gemeenten ontvangen vanuit de Wmo. Een burger kan zich bij zijn gemeente melden met een verzoek om ondersteuning. De gemeente voert vervolgens onderzoek uit naar de persoonlijke situatie. Onderdeel van dit onderzoek is dat de gemeente nagaat of de persoon al zorg en ondersteuning ontvangt vanuit andere wetten. Gemeenten kunnen vervolgens bepalen om een maatwerk- of algemene voorziening te bieden. Gemeenten mogen voor de ondersteuning die zij bieden een eigen bijdrage vragen. Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor een Wmo-loket. Veel gemeenten kiezen voor sociale wijkteams waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Wat het wijkteam precies doet, verschilt per gemeente. Sommige cliënten met hulpvragen naar psychologische of pedagogische zorg ontvangen een deel van de ondersteuning vanuit de Wmo.^{o, p}
- Wet passend onderwijs: Met de Wet passend onderwijs is een zorgplicht ingevoerd voor scholen om leerlingen met een specifieke onderwijsbehoefte zulk passend mogelijk onderwijs te bieden. Wanneer de school dit onderwijs niet zelf kan bieden, moet zij de ouders een voorstel doen voor een ander, passend aanbod binnen het samenwerkingsverband. Scholen en samenwerkingsverbanden ontvangen voor extra ondersteuning een budget vanuit het Rijk dat zich verhoudt tot het aantal leerlingen. De wet schrijft voor dat de samenwerkingsverbanden een ondersteuningsplan maken. Hierin staat opgenomen wat het niveau van de basisondersteuning op de scholen is, hoe een samenhangend geheel van voorzieningen voor extra ondersteuning binnen en tussen de scholen wordt georganiseerd, en wat de verdeling van de middelen is. De samenwerkingsverbanden zijn verplicht hun ondersteuningsplan te bespreken met de gemeente(n) en het af te stemmen op het beleidsplan over jeugdhulp binnen de gemeente. Wanneer dit nodig is, stemmen zij ook individuele casussen af met gemeentelijke zorginstellingen.^{q, r}
- Penitentiaire beginselenwet: Voor personen in een justitiële inrichting wordt de basisverzekering tijdelijk stopgezet. Gedetineerden hebben vanuit de penitentiaire beginselenwet tijdens het verblijf in de inrichting recht op sociale verzorging en hulpverlening.^s Het Gevangeniswezen screent gedetineerden bij binnenkomst op zorgvragen en vraagt informatie op bij de gemeente van herkomst en, indien nodig, bij zorgaanbieders en (justitiële) ketenpartners. Als blijkt dat de gedetineerde een zorgvraag heeft, wordt de gedetineerde onder de aandacht gebracht van het Psycho-Medisch Overleg (PMO).^t Het PMO bestaat uit één of meer psychiaters, psychologen, artsen en justitieel verpleegkundigen. Het PMO bepaalt welke zorg nodig is. Het ministerie van Justitie en Veiligheid betaalt de

zorgkosten.^u De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) heeft het ministerie geadviseerd om de psychische zorg aan gedetineerden te verbeteren, aangezien de zorg nu zowel kwantitatief als kwalitatief tekortschiet.^v

- Wet forensische zorg: Personen met een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking, waarbij de rechter binnen een strafrechtelijk kader beslist dat zij een combinatie van beveiliging en behandeling of verpleging nodig hebben, ontvangen forensische zorg. De bekendste vorm van forensische zorg is de terbeschikkingstelling (tbs), waarbij de cliënt in een gesloten instelling behandeld wordt.^w De minister van Justitie en Veiligheid is aangemerkt als ziektekostenverzekeraar voor de inkoop van forensische zorg. De Divisie Forensische zorg / Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo / JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voert de zorginkoop uit.^x Een cliënt ontvangt forensische zorg op basis van het vonnis van een strafrechter, waarbij de indicatiestelling en de justitiële titel de basis voor het plaatsingsbesluit vormen.^y

Tijdens de focusgroepen gaven cliënten en naasten aan dat het voor hen onduidelijk is waar zij terecht kunnen voor (vergoeding van) een behandeling of begeleiding door deze verschillende wetten met bijbehorende verschillen in mogelijke verwijzers, regievoerders en financieringsstromen. Cliënten ontvangen daarnaast vaak zorg vanuit verschillende wetten, wat de zoektocht nog complexer voor hen maakt. De verschillende regels per wet zorgen ook voor verwarring bij professionals en hun werkgevers.

4.1.2 OG en NIP K&J kunnen op basis van huidige regelgeving voor deel van cliënten geen regiebehandelaar zijn

In het model-Kwaliteitsstatuut ggz is als vereiste voor het regiebehandelaarschap voor cliënten ouder dan 18 jaar die psychische zorg ontvangen vanuit de Zvw opgenomen dat de professional BIG-geregistreerd dient te zijn.^m Hierdoor komen beroepsgroepen die niet opgenomen zijn in de wet BIG niet in aanmerking voor regiebehandelaarschap, terwijl zij daarvoor mogelijk wel voldoende gekwalificeerd zijn én dit wenselijk kan zijn voor goede zorg. Geïnterviewden geven aan dat dit bijvoorbeeld voor de OG en NIP K&J geldt. De OG en NIP K&J zijn niet BIG-geregistreerd en kunnen daarom geen regiebehandelaar zijn voor cliënten ouder dan 18 jaar. De NVO geeft aan dat dit een bedreiging vormt voor de continuïteit van hulp van OG'ers voor jongeren in de leeftijdsgroep van 18 tot en met 25 jaar en voor de behandeling van gezinnen als geheel (inclusief de ouders). Ook cliënten, naasten en professionals noemden deze bedreiging: Tijdens de focusgroepen en gesprekken gaven zij aan het belangrijk te vinden dat bij een hulpvraag van een gezin de ouders door dezelfde professional behandeld kunnen worden als het kind.

Het gegeven dat de OG en NIP K&J geen regie kunnen voeren, geldt in sommige gemeenten ook voor cliënten jonger dan 18 jaar. Ondanks dat in de norm verantwoorde werktoedeling in de JW is opgenomen dat aanbieders van jeugdhulp en -bescherming zorg moeten laten uitvoeren door of met een BIG- óf SKJ-geregistreerde professional, stellen sommige gemeenten als aanvullende contractvoorwaarde dat de regieverantwoordelijke van de behandeling BIG-geregistreerd is. Tijdens interviews gaven OG'ers aan dat dit voor instellingen in de jeugdhulp vervolgens een prikkel biedt om een gz-psycholoog aan te stellen in plaats van een OG, ook wanneer de

benodigde competenties beter aansluiten bij het profiel van een OG dan dat van een gz- psycholoog.

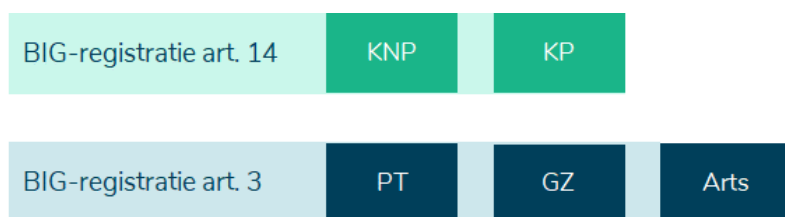
Om bovengenoemde redenen heeft de NVO in 2013 een aanvraag voor opname van de OG en heeft het NIP in 2015 een aanvraag voor opname van de NIP K&J in de wet BIG ingediend.^{15. z} Minister De Jonge heeft recent aan de oproep van de NVO gehoor gegeven en in november 2018 een wetsvoorstel voor opname van de OG in de wet BIG (artikel 3) naar de Tweede Kamer gestuurd. De voorhangprocedure van de Tweede Kamer duurt tot 16 januari 2019.^{aa} De aanvraag van het NIP is nog in behandeling.^{bb}

4.1.3 Onderlinge verhouding van beroepen gz-psycholoog, PT en KP niet helder

De wet BIG is een kwaliteitswet, die in 1998 ingesteld is ter bescherming van cliënten.^{cc, dd} De wet laat de uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Bepaalde beroepen kennen echter een beschermd titel en bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan specifieke beroepsbeoefenaren. Dit betreft handelingen op het gebied van chirurgische en verloskundige handelingen, injecties en toedienen van narcose. De wet BIG is hiermee een instrument om de kwaliteit van zorg te borgen en cliënten te beschermen.¹⁶ Voor de psychologische beroepen die op dit moment opgenomen zijn in de wet BIG geldt dat:

- De opleidingseisen en het deskundigheidsgebied wettelijk zijn vastgelegd.
- De beroepstitel wettelijk beschermd is.
- De beroepsbeoefenaren onderworpen zijn aan wettelijk tuchtrecht.
- De beroepsbeoefenaren wettelijk verplicht zijn om de deskundigheid op peil te houden door middel van de herregistratieplicht.
- De beroepsbeoefenaren opgenomen zijn in een openbaar register van gekwalificeerde beroepsbeoefenaren.^{cc, ee, ff}

In onderstaande figuur is opgenomen welke beroepen in de psychologische en pedagogische zorg op dit moment opgenomen zijn in de wet BIG en in welk artikel van de wet.¹⁷



Figuur 13. Een deel van de beroepen in de psychologische en pedagogische zorg is opgenomen in de wet BIG

¹⁵ Ook de Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ heeft in 2015 geadviseerd om de OG op te nemen in de wet BIG als een artikel 3 beroep.

¹⁶ Ondanks dat de wet BIG een kwaliteitswet beoogd te zijn, geldt de wet nu soms ook als een bekostigingswet, doordat verzekeraars en gemeenten consequenties verbinden aan het wel of niet BIG-geregistreerd zijn. Een voorbeeld hiervan vormt het regiebehandelaarschap (zie paragraaf 4.1.2).

¹⁷ Jeugdprofessionals die werken op Hbo-niveau of hoger (jeugdzorgwerkers, jeugd- en gezinsprofessionals, pedagogen en psychologen) moeten zich registreren in het SKJ. Professionals met een registratie in BIG-artikel 3, 14 of 34 hoeven zich niet te registreren in het SKJ. Met de beroepsregistratie in het SKJ laten jeugdzorgprofessionals zien dat zij beschikken over de juiste ervaring, kennis en vaardigheden om goede hulp te bieden in complexe situaties en dat zij blijven werken aan de vakbekwaamheid.

In de wet BIG zijn bij de inwerkingtreding van de wet in artikel 3 de postinitiële beroepen gz-psycholoog en PT opgenomen. Als specialismes van het beroep gz-psycholoog is in artikel 14 in 2005 het beroep KP toegevoegd en is in 2008 het beroep KNP toegevoegd. Er bestaat een grote personele overlap tussen de registers van de beroepen gz-psycholoog, PT en KP (zie ook Figuur 11). Oorzaken van de overlap zijn:

- Een deel van de GZ-psychologen en PT'en heeft naast de registratie als respectievelijk gz-psycholoog of PT ook de andere artikel 3 registratie verworven via een overgangsregeling in 1998 of via een aparte vervolgopleiding nadien.
- PT'en met ook een registratie als gz-psycholoog konden zich op grond van een overgangsregeling in 2005 als KP laten registreren.
- KP'en die na 2005 opgeleid zijn, kunnen zich op basis van hun opleiding zonder aanvullende voorwaarden als PT laten registreren.^{gg, hh}

Door de verschillende regelingen is de verhouding van de drie beroepen tot elkaar in het beroepengebouw onduidelijk geworden, zoals ook geconcludeerd is in de Tweede Evaluatie van de wet BIG.ⁱⁱ De PT'en geven aan dat zij niet langer passen binnen artikel 3 van de wet BIG, door de specialistische zorg die zij leveren. Er vinden daarom gesprekken plaats over een mogelijke opname van de PT in artikel 14 van de Wet BIG.^{jj} Hierbij vindt ook discussie plaats over wat dit zou betekenen voor de verhouding van het beroep PT tot het beroep KP. In de invitational conference over de positie van de PT op 5 oktober 2018 is gesproken over de samenvoeging van de KP en de PT in één specialisme, waarbij de PT niet langer een artikel 3 specialisme is, maar de titel KP gekoppeld wordt aan de titel PT in artikel 14. Deze variant wordt besproken binnen de NVGzP en de NVP.

4.2 Bekostiging lijkt te weinig ruimte te bieden om passende competenties in te zetten

Naast het onvoldoende aansluiten van de wetgeving bij de gewenste psychologische en pedagogische zorgverlening lijkt de bekostiging te weinig ruimte te bieden om de passende competenties in te zetten. De voornaamste punten die hierbij door professionals genoemd zijn, zijn:

- De bekostiging biedt onvoldoende ruimte voor het goed in kaart brengen van de brede hulpvraag van de cliënt en zijn naasten (paragraaf 4.2.1).
- Er lijkt te weinig ruimte om specialistische kennis vooraan in de keten beschikbaar te stellen, waardoor de diagnostiek niet altijd door een professional van het juiste niveau geleverd wordt (paragraaf 4.2.2).
- Cliënten met een psychische hulpvraag ontvangen vaker dan passend is op basis van hun hulpvraag een behandeling in de Sggz, omdat zorgprofessionals onvoldoende ruimte ervaren om de cliënt (gelijktijdig) in de GBggz te behandelen (paragraaf 4.2.3).
- Voorwaarden in de bekostiging kunnen ertoe leiden dat beroepsbeoefenaren (tijdelijk) geen vergoede zorg kunnen leveren of behandelingen (tijdelijk) niet vergoed worden (paragraaf 4.2.4).

4.2.1 Bekostiging biedt onvoldoende ruimte voor goed in kaart brengen van brede hulpvraag

Zoals beschreven in hoofdstuk 2, gaven cliëntvertegenwoordigers in de focusgroepen aan dat cliënten vaak een hulpbehoefte ervaren, maar de hulpvraag nog niet duidelijk kunnen verwoorden. Cliënten hebben hiervoor hulp van de professional nodig:

- Cliënten hebben behoefte aan een professional die de tijd neemt om te luisteren naar wie de cliënt is en wat hij nodig heeft.
- Cliënten hebben behoefte aan minder focus op een enkele hulpbehoefte of classificatie, en vragen om meer aandacht voor de brede hulpvraag, zodat zij ook passende hulp ontvangen bij meerdere hulpbehoeften of classificaties. Cliënten die zorg ontvangen vanuit de Zvw of de JW missen soms de aandacht voor de brede hulpvraag.

Professionals die psychologische zorg leveren vanuit de Zvw ervaren momenteel onvoldoende ruimte in de bekostiging om de brede hulpvraag goed in kaart te brengen. Voor de bekostiging van een behandeling geboden vanuit de gespecialiseerde ggz is bij het openen van de DBC direct een classificatie nodig.^{kk} Dit belemmert professionals bij het goed in kaart brengen van de brede hulpvraag en bij het leveren van cliëntgerichte in plaats van stoornisgerichte zorg. De NZa ontwikkelt een nieuwe bekostiging voor de ggz, waarbij de cliënt ingedeeld wordt in een zorgzwaartecollocatie en niet langer een diagnoseclassificatie nodig is om vergoeding van zorg te krijgen.^{ll} De wens is dat professionals die psychische zorg leveren vanuit de Zvw hiermee meer ruimte ervaren om de brede hulpvraag goed in kaart te brengen en zorg op maat te leveren.

De JW beoogt meer samenhang in het aanbod te brengen door ontschotting van subsectoren die voorheen door financieringsstromen en wetten gescheiden waren. Eén van de doelen van de JW is om integrale hulp te bieden aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'. Er is hiermee meer ruimte voor professionals om de brede hulpvraag van cliënten en hun naasten in kaart te brengen en zorg op maat te leveren. Dit is ook wat ouders van jeugdigen ervaren. Uit de Eerste Evaluatie van de JW volgt dat zij ervaren dat de problemen in het gezin in samenhang worden bekeken. Er is echter ook nog verbetering mogelijk. Diverse jeugdhulpinstellingen zijn nog via de oude financieringsstromen georganiseerd (jeugdggz, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ivb) en professionals denken vaak nog vanuit de DSM-classificaties. Cliënten geven aan dat zij hierdoor niet altijd de hulp ontvangen die aansluit bij de brede hulpvraag.^{nn, mm}

4.2.2 Te weinig ruimte om specialistische kennis vooraan in de keten beschikbaar te stellen

Voor cliënten is het van belang dat professionals de diagnostiek bij de start van het behandeltraject goed uitvoeren, zodat de indicatiestelling passend is. Dit voorkomt onnodige behandeling en teleurstellingen tijdens het behandeltraject. Goede diagnostiek is te meer van belang, omdat cliënten het tijdens het behandelproces vaak niet aangeven als zij het idee hebben dat de behandeling onvoldoende aansluit bij de hulpbehoeften (paragraaf 3.1.3). Een groot deel van de professionals die we spraken in de interviews noemde de wens om in het systeem meer ruimte te bieden om professionals met specialistische kennis nauwer te betrekken bij de diagnostiek.

Onderstaand beschrijven we twee voorbeelden van sectoren waarin momenteel onvoldoende ruimte in het systeem lijkt te zijn om specialistische diagnostiek uit te voeren:

- Binnen de JW treedt het sociaal (wijk)team vaak op als verwijzer naar psychologische of pedagogische zorgverlening. In de Eerste evaluatie van de JW wordt aangegeven dat het ontbreken van minimale deskundigheidsvereisten van de lokale teams een probleem vormt voor de kwaliteit van de toegang tot de Jeugdhulp.ⁿⁿ Geïnterviewde professionals bevestigen dit. Zij vragen zich af of hulpverleners bij het sociaal (wijk)team voldoende opgeleid zijn om te bepalen welke hulpverlening het meest passend is bij de hulpvraag van de cliënt.
- De diagnostiek wordt in het ggz-domein vaak uitgevoerd bij de start van het behandeltraject. Omdat de zorg in de ggz vaak vanuit het 'stepped care' principe geleverd wordt, is de professional die de cliënt als eerste ziet vaak niet de hoogstopgeleide professional. Dit kan volgens professionals leiden tot onvoldoende specialistische diagnostiek. Sommige ggz-instellingen experimenteren met de inzet van klinisch psychologen, psychiaters en ervaringsdeskundigen bij de diagnostiek. De professionals die we gesproken hebben en betrokken zijn bij deze experimenten, gaven aan dat de eerste resultaten erop wijzen dat cliënten hierdoor passendere zorg ontvangen.

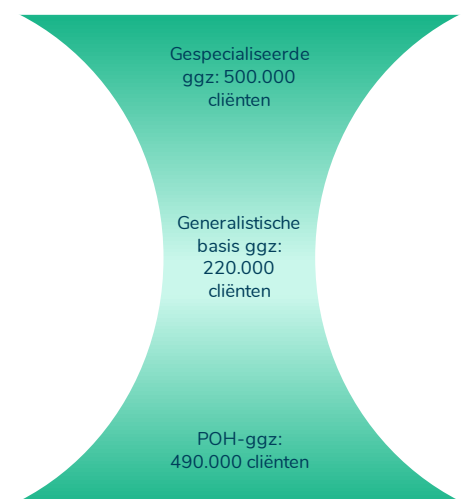
4.2.3 Cliënten met psychische hulpvraag vaker dan passend op basis van zorgvraag behandeld in Sggz

De huidige ggz-structuur is ingedeeld in drie echelons^{oo, pp}:

- Huisartsen en POH-ggz: Behandeling door de huisarts / POH-ggz vindt plaats als er geen vermoeden van een DSM-stoornis is, de ernst licht of subklinisch is, het risico laag is, complexiteit afwezig is en de cliënt stabiel is.
- GBggz: Behandeling vanuit de GBggz vindt plaats als er een (vermoeden van een) DSM-stoornis is, er sprake is van een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren, de problematiek licht tot ernstig is, het risico laag tot matig is en de cliënt een goed sociaal netwerk en een grote kans op herstel heeft.
- Sggz: Behandeling vanuit de gespecialiseerde ggz vindt plaats bij een hoog risico en /of hoge complexiteit bij (vermoeden van) een DSM-stoornis. De kwaliteit van leven staat voor deze cliënten ernstig onder druk.

Binnen de GBggz kunnen professionals zorg declareren op basis van vier producten met een maximum tarief gebaseerd op het gemiddeld aantal minuten zorg. Het product met het hoogste gemiddelde aantal minuten is het product 'GB ggz chronisch'; aan dit product zijn gemiddeld 753 minuten toegewezen. In de interviews gaven professionals aan dat dit aantal minuten vaak niet toereikend is, waardoor verwijzers besluiten om de cliënt naar de Sggz te verwijzen, terwijl de zorgvraag van de cliënt beter past binnen de inhoudelijke criteria van de GBggz. Daarnaast is het in de bekostiging niet mogelijk om een cliënt voor dezelfde stoornis gelijktijdig in de GBggz én de Sggz te behandelen. Dit bemoeilijkt tijdelijke opschaling naar de Sggz en het gebruik maken van een aantal consulten in de Sggz tijdens een behandeling in de GBggz.

Dit gegeven leidt tot een scheve verhouding tussen de echelons. We geven dit visueel weer in onderstaande figuur.



Figuur 14 Er worden veel cliënten in de Sggz behandeld, terwijl zij beter zouden passen in de GBggz (cijfers 2016)⁹⁹

4.2.4 Voorwaarden in bekostiging, waardoor beroepsbeoefenaren (tijdelijk) geen vergoede zorg kunnen leveren of behandelingen (tijdelijk) niet vergoed worden

Voorwaarden in de bekostiging kunnen ertoe leiden dat beroepen (tijdelijk) geen vergoede zorg kunnen leveren of behandelingen (tijdelijk) niet vergoed worden, wat tot een verminderde inzet van professionals of behandelingen leidt. Hierbij lijkt de bekostiging leidend te zijn voor de inzet van zorg in plaats van dat de bekostiging de zorg volgt. Onderstaand beschrijven we hiervan twee voorbeelden die door diverse geïnterviewden genoemd zijn.

Voorbeeld 1. Behandelingen niet opgenomen in overzicht van psychologische interventies van zorgverzekeraars

Zorginstituut Nederland stelt binnen de Zvw een lijst op van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze lijst is niet limitatief; zorgverzekeraars moeten voor behandelingen die niet op de lijst benoemd zijn, bepalen of de behandelingen voldoen aan de standaard. Zorgverzekeraars hebben deze taak gezamenlijk opgepakt vanuit het kenniscentrum ggz van ZN en stellen het advies in overleg met het Zorginstituut op. Vanuit het kenniscentrum ggz is een dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de ggz beschikbaar, wat regelmatig herzien wordt. Het overzicht is onderverdeeld in interventies die wel, niet of specifiek voor een bepaalde stoornis voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zorgverzekeraars gebruiken het overzicht in de contract- en polisvoorwaarden.^{rr, ss} Het overzicht leidt regelmatig tot discussie tussen beroepsgroepen en zorgverzekeraars en heeft in het verleden soms geleid tot (tijdelijk) verminderde inzet van bepaalde professionals.^{uu}

Voorbeeld 2. Geen vergoeding voor professionals, doordat zij in de NZa-beroepentabel opgenomen zijn als algemeen ondersteunend beroep

Verschillende professionals, waaronder de psychodiagnostisch werkende (PDW) en systeemtherapeut, zijn in de NZa-beroepentabel opgenomen als algemeen ondersteunend beroep.^{tt} De algemeen ondersteunende beroepen mochten tot en met 2017 geen tijd schrijven binnen de DBC, omdat in de kostprijsberekening al rekening is gehouden met de inzet van

algemeen ondersteunende beroepen. Dit leidde tot het ontslag van systeemtherapeuten en PDW'en en het verplicht omscholen van de systeemtherapeuten en PDW'en naar een tijdschrijvend beroep om de professionals via dit tijdschrijvende beroep toch in te kunnen zetten.^{uu}
^{vv, vvv} De NZa heeft recent besloten dat de algemeen ondersteunende beroepen per 2018 tijd mogen schrijven op de DBC.^{xx, yy, zz} De tijd leidt niet terug naar een prestatie en hiermee niet naar (de hoogte van) de DBC-vergoeding. Het schrijven van tijd door de algemeen ondersteunende beroepen levert echter wel inzicht in de inzet en kosten van deze beroepen ten behoeve van de nieuwe ggz-bekostiging per 2020.^{tt, aaa}

5 Procesaanbevelingen vervolgtraject

Vanuit de inventarisatie volgt een sterk gedeelde ambitie om de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg te verduidelijken. Hierbij is een gezamenlijke visie nodig en dient de hulpbehoefte van de cliënt en zijn naaste als startpunt. Bij het ontwikkelen van een beroepenstructuur moet worden aangesloten bij de visieontwikkelingen binnen de psychologische en pedagogische zorg en de ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag. We leveren separaat een projectvoorstel op voor het verduidelijken van de beroepenstructuur met aandacht voor de reikwijdte en governance van het project: In dit project zal het proces ingericht worden op basis van de keuzes over de reikwijdte van hulpvragen, beroepsgroepen en werkvelden en de keuzes voor de governance.

Vanuit de inventarisatie volgt een sterke, gedeelde ambitie van partijen: een verduidelijking van de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg voor cliënten, naasten en professionals. Partijen nemen hierbij als uitgangspunt dat de beroepenstructuur:

- Voor verwijzers en professionals te begrijpen moet zijn;
- Voor cliënten en naasten het vertrouwen moet geven dat zij de juiste (kwaliteit van) zorg van de juiste professional op de juiste plaats ontvangen.

We leveren separaat aan dit inventarisatierapport een projectvoorstel op voor het verduidelijken van de beroepenstructuur. Hierbij geldt dat:

- De behoefte van de cliënt en zijn naaste als startpunt dient (paragraaf 5.1).
- Voorafgaand aan het project duidelijke afspraken nodig zijn over de reikwijdte en governance (paragraaf 5.2).
- Het van belang is om aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag en de visieontwikkelingen binnen de (psychologische en pedagogische) zorg, zodat de beroepenstructuur passend is voor de (middel)lange termijn (paragraaf 5.3).

5.1 Behoefte van cliënt en naaste als startpunt

Bij het verduidelijken van de beroepenstructuur dient de behoefte van de cliënt en zijn naaste als startpunt. De beroepenstructuur moet verwijzers en professionals duidelijkheid geven over welke competenties zij en hun collega's op welk niveau kunnen bieden om zorg te leveren die aansluit bij de hulpbehoeften van de cliënt en zijn naasten. Dit helpt verwijzers en professionals bij het tijdig en adequaat (door)verwijzen naar passende(re) zorg en in de onderlinge samenwerking tussen

professionals. Bovendien helpt het in het gesprek tussen partijen om, ondanks verschillende belangen, terug te kunnen vallen op dit gezamenlijke startpunt.

Tijdens de inventarisatiefase merkten we dat het in kaart brengen van de mate waarin professionals in staat zijn om competenties te bieden, helpt om een inhoudelijke discussie over de overeenkomsten en verschillen tussen beroepen te voeren in plaats van een discussie vanuit de belangen. De opdracht in de inventarisatiefase was om bij het in kaart brengen van het aanbod nog geen koppeling te leggen met de vraag. Voor de volgende fasen is dit echter van wezenlijk belang. Dit kan bijvoorbeeld door competenties te formuleren vanuit de hulpvraag van de cliënt en zijn naasten¹⁸ en / of door vanuit de hulpvraag van cliënten en naasten criteria voor de beroepenstructuur te formuleren.

5.2 Duidelijke afspraken over reikwijdte en governance

Om te komen tot een verduidelijking van de beroepenstructuur, moeten beroepsgroepen (en de betrokken verenigingen) bereid zijn om in het belang van een verheldering van de beroepenstructuur het eigen '(beroeps)ego' achter zich te laten. De professionals die we tijdens de inventarisatie gesproken hebben, geven aan dat dit alleen zal lukken wanneer beroepsgroepen vanuit een gezamenlijke visie bereid zijn om na te denken over welke aanpassingen in de beroepenstructuur nodig zijn. Het kan hierbij behulpzaam zijn om perspectieven van personen buiten de psychologische en pedagogische zorg te betrekken¹⁹ en buiten de huidige kaders van bijvoorbeeld wetgeving en bekostiging te denken.

Daarnaast is het van belang om voorafgaand aan het project duidelijke afspraken te maken over de reikwijdte / afbakening en governance en op basis van deze afspraken het proces in te richten:

- Er zijn afspraken nodig over op welke beroepsgroepen en op welke sectoren / werkvelden het project zich wel én niet richt. Op basis van deze afspraken kan vervolgens een helder proces ingericht worden om te zorgen dat een duidelijk en volledig beeld ontstaat van de psychologische en pedagogische zorg waar cliënten en hun naasten in deze sectoren om vragen en die beroepsgroepen in deze werkvelden leveren.²⁰
- Er zijn vervolgens heldere afspraken nodig over de governance om te zorgen dat de rollen, taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn. Onderdeel hiervan vormt afspraken over welke partijen betrokken worden, welke partijen een adviserende rol en welke partijen een besluitvormende rol innemen, en hoe besluitvorming plaatsvindt.

In het projectvoorstel dat we separaat opleveren, beschrijven we het plan van aanpak om te komen tot een verheldering van een beroepenstructuur, waarin we een voorstel doen voor de reikwijdte en governancestructuur van het project. We maken hierbij gebruik van de leerpunten op basis van de inventarisatiefase.

¹⁸ Een voorbeeld wat hierbij genoemd is, is de competentie 'Opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt'.

¹⁹ Voorbeelden die hierbij genoemd zijn, zijn Redesigning Psychiatry, Garage2020 en de Kinderombudsman.

²⁰ De ervaringen uit de inventarisatie leren dat een duidelijke afbakening nodig is om te zorgen dat een volledig beeld geschetst kan worden.

5.3 Aansluiten bij ontwikkelingen in maatschappelijke vraag en visieontwikkelingen

Bij het ontwikkelen van een beroepenstructuur voor de (middel)lange termijn dient aangesloten te worden bij de ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag (paragraaf 5.3.1) en de visieontwikkelingen binnen de (psychologische en pedagogische) zorg (paragraaf 5.3.2).

5.3.1 Ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag

Enkele belangrijke ontwikkelingen in de maatschappelijke vraag die relevant zijn voor de herziening van de beroepenstructuur zijn^{c, bbb, ccc}:

- De verandering van denken vanuit een medisch model naar het denken in sociale modellen, waardoor het systeem van de cliënt centraler komt te staan in de behandeling / interventie en de psychopathologie minder prominente aandacht krijgt.²¹ Onderdeel van deze verandering van denken vormt normalisering en het voorkomen van onnodige labeling en medicalisering.
- Een regierol voor de cliënt, met aandacht voor zelfredzaamheid, inclusie en participatie.
- Het streven van de overheid naar duurzame, effectieve en betaalbare zorg, waarbij de cliënt de zorg zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving ontvangt ('ambulantisering').
- Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar psychologische en pedagogische zorg, waaronder de bevolkingsgroei, de vergrijzing, de toenemende welvaart, de toenemende multiculturaliteit en technologische ontwikkelingen.

5.3.2 Visieontwikkelingen binnen de (psychologische en pedagogische) zorg

In de afgelopen jaren zijn een aantal invloedrijke visies geformuleerd voor de ontwikkeling van de zorg. Twee belangrijke visies zijn het concept positieve gezondheid van Machteld Huber^{ddd} en de visie van de Taskforce Zorg op de juiste plek^{eee}:

- De kern van het concept psychische gezondheid is dat gezondheid niet gezien wordt als de af- of aanwezigheid van een ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Huber onderscheidt zes gezondheidsdimensies om het 'gezondheidswelzijn' te meten, waaronder zingeving en sociaal maatschappelijke participatie.
- De kern van de visie van de Taskforce Zorg op de juiste plek is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg naar de omgeving van de cliënt en het vervangen van zorg (door andere zorg, zoals e-health). De Taskforce richt zich vooral op het sociaal domein en de medische zorg, maar sluit ook aan bij bijvoorbeeld de jeugdhulp en de langdurige zorg. De kernwaarden die de Taskforce benoemt, zijn:
 - Uitgaan van het functioneren van mensen en hun omgeving.
 - Aandacht voor gezondheid, gedrag, preventie, en tijdige signalering van ziekte.
 - Toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen.
 - Passende en effectieve zorg, aansluitend bij leerervaringen en context.
 - Met goede uitkomsten in termen van ervaren kwaliteit van leven.

²¹ Binnen de pedagogische zorg en de zorg van kinder- en jeugdpsychologen is deze 'nieuwe' manier van denken al meer van nature aanwezig dan binnen de psychologische zorg.

- Tegen betaalbare maatschappelijke kosten.

Visieontwikkelingen die zich specifiek richten op de psychologische zorg voor volwassenen sluiten hierbij aan. Enkele belangrijke ontwikkelingen zijn de visieontwikkeling vanuit Redesigning Psychiatry^{fff} en het Nieuwe Ggz denken^{ggg}. Een gemeenschappelijke factor in deze visies is dat de professional de cliënt meer holistisch benadert, waarbij (de invloed van) veranderingen in de samenleving en alle aspecten in de persoonlijke situatie van de cliënt meegenomen worden:

- Redesigning Psychiatry is een project waarin designers en filosofen samen met een aantal innovatieve (zorg)organisaties een gewenst toekomstbeeld van de ggz voor 2030 ontwikkelen. De visieontwikkeling van Redesigning Psychiatry bestaat uit acht ‘omdenkstappen’, waarin onder andere centraal staat dat de professional met de cliënt op zoek moet gaan naar het ‘probleem in stand houdende interactiepatroon’ en professionals een taak hebben in het voorkomen van psychische problematiek.
- De kern van het Nieuwe Ggz denken is dat de zorg georganiseerd wordt vanuit wat cliënten belangrijk vinden en de cliënt zelf de regie kan voeren. De Nieuwe GGz is een collaboratieve ontwikkeling met cliënten, betrokkenen, partners en hulpverleners. De Nieuwe Ggz wil contact tussen mensen faciliteren en streeft naar radicale de-bureaucratisering, open (zelfsturende) samenwerking en kanteling van middelen naar de wijk.

De gemeentelijke visies voor de jeugdhulp gaan uit van het stimuleren van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders en van preventie. Daarnaast richten de visies zich op het creëren van sterke pedagogische basisvoorzieningen, het leggen van verbindingen tussen partijen en het bevorderen van jeugdparticipatie. Gemeenten zetten zich tot slot in voor het creëren en behouden van kind- en gezinsvriendelijke wijken, een kindgericht armoedebeleid en het slaan van een brug tussen het jeugd- en sportbeleid.^{hhh} Binnen de visie voor de gehandicaptenzorg staat centraal dat mensen met een beperking zoveel mogelijk moeten kunnen deelnemen aan de samenleving en daarbij hun eigen keuzes moeten kunnen maken.ⁱⁱⁱ In de recente visie op gevangenisstraffen van minister Dekker is een belangrijk uitgangspunt dat alles in het werk wordt gesteld om gedetineerden zo goed mogelijk te laten terugkeren in de samenleving, met als doel om terugkeer naar de penitentiaire inrichting te voorkomen; Gedetineerden krijgen de zorg die zij nodig hebben en zorgtrajecten die voor of in detentie zijn opgestart worden zo nodig ook na detentie voortgezet.^{jjj}

6 Bijlagen

6.1 Afkortingen en definities

6.1.1 Afkortingen

- ALV: Algemene ledenvergadering
- BIG: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg
- DJI: Dienst Justitiële Inrichtingen
- GBggz: Generalistische basis ggz
- Ggz: Geestelijke gezondheidszorg
- Gz-psycholoog: Gezondheidszorgpsycholoog
- JW: Jeugdwet
- KNP: Klinisch neuropsycholoog
- KP: Klinisch psycholoog
- LVB: Licht verstandelijke beperking
- LVMP: Landelijke Vereniging van Medische Psychologie
- NIP: Nederlands Instituut van Psychologen
- NIP K&J: Kinder- en Jeugd psycholoog NIP / Kinder- en Jeugdpsycholoog SKJ
- NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie
- NVO: Nederlandse Vereniging Van Pedagogen en Onderwijskundigen
- NVP: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
- OG: Orthopedagoog-generalist NVO / Postmaster orthopedagoog SKJ
- PDW: Psychodiagnostisch werkende
- POH-ggz: Praktijkondersteuner Huisarts geestelijke gezondheidszorg
- PT: Psychotherapeut
- RSJ: Raad voor Strafrechtstoepassing en jeugdbescherming
- Sggz: Gespecialiseerde ggz
- SKJ: Stichting Kwaliteitsregister Jeugd
- Tbs: Terbeschikkingstelling
- VVP: Vereniging van Psychodiagnostisch werkenden
- VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Wkkgz: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Wlz: Wet langdurige zorg
- Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
- ZB: Zwakbegaafdheid
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland
- Zvw: Zorgverzekeringswet

6.1.2 Definities

- Classificeren: Het onderbrengen van de klachten van een cliënt in een categorie om overeenkomsten met beelden van andere cliënten te vinden met als doel uitspraken te doen over de prognose of meest effectieve behandeling.
- Competenties: Kennis en vaardigheden die een professional kan bieden op basis van zijn opleiding.
- Diagnosticeren: Een uniek, gedetailleerd en compleet beeld van de klachten krijgen, om zo de problematiek te kunnen begrijpen met als doel indicatiestelling en behandeling.
- Indicatiestelling: Het vaststellen van de zorgbehoefte.
- Jeugdhulp: Onder jeugdhulp verstaan we alle psychologische en pedagogische hulp die aan jongeren geleverd wordt, waaronder jeugd-ggz, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.
- Naasten: Familieleden (waaronder ouders en wettelijke vertegenwoordigers) en andere naastbetrokkenen (bijvoorbeeld vrienden en buren) van cliënten in de psychologische en pedagogische zorg.
- Regieverantwoordelijkheid: De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het proces van diagnostiek en behandeling dat een cliënt doorloopt; de inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij iedere betrokken zorgprofessional zelf.
- Verwijzers: Professionals die verwijzen naar de psychologische en pedagogische zorg. Veelvoorkomende verwijzers zijn huisartsen, wijkteams / sociale teams en jeugdartsen.

6.2 Overzichten deelnemers aan bijeenkomsten en geïnterviewden

6.2.1 Overzicht geïnterviewden

Aan de start van het project hebben we belanghebbende partijen en personen geïnterviewd om de gezamenlijke ambitie voor de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg op te stellen en de belangen van partijen te inventariseren. Gedurende het project hebben we ook met opleiders, cliënten en andere relevante partijen gesproken over de vraag en het aanbod in de psychologische en pedagogische zorg en over mogelijke kansen en uitdagingen voor cliënten en professionals in het ontvangen dan wel leveren van de juiste zorg. We hebben de volgende personen geïnterviewd:

Naam	Organisatie
Anneke Haringsma	NIP
Astrid Nolet	NVP
Coen Fischer	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
David van den Berg	Redesigning Psychiatry
Dwayne Meijnckens	MIND
Els Sneijders	NVO
Henk Mathijssen	MIND/VMDB
Henning Wenker	VWS, MEVA
Hubert van der Kleij	VGCT
Huib van Dis	NVGzP
Jos Egger	Radboud Universiteit
Lisette Pondman	NVRG
Maartje Schoorl	Leiden Universiteit
Marc Verbraak	P3NL
Maretha de Jonge	Leiden Universiteit
Marieke Wollaars	Kiezenindeggz.nl
Marlies Post	NVO
Marlijn de Vries	NVO
Paul Termaat	Rino-Zuid
Paul Ulrich	MIND/ Stichting Borderline
Petra Engels	VWS, MEVA
Pieter Dingemanse	Altrecht
Rinie Lammers	Nederlandse Patiëntenfederatie
Ron Scholte	Radboud Universiteit
Sjoerd Colijn	GGZ Delfland/ RINO Utrecht
Steven Fischer	Slotervaart M.C.
Sylke Toll	Dokter Bosman

6.2.2 Deelnemers aan focusgroepen met cliënt- en naastenvertegenwoordigers

In onderstaande overzichten zijn de deelnemers aan de focusgroepen met cliënt- en naastenvertegenwoordigers weergegeven. Ondanks een brede uitnodiging onder cliënt- en naastenvertegenwoordigers in de verschillende sectoren, was vanuit een deel van de sectoren waarin psychologische en pedagogische zorg geleverd wordt geen vertegenwoordiger aanwezig. De inventarisatie van hulpvragen van cliënten en naasten is daarom aangevuld door een

vragenlijst uit te zetten onder cliënt- en naastenvertegenwoordigers, desk research uit te voeren op websites van cliëntverenigingen en de hoofdstukken over het cliënt- en naastenperspectief in de zorgstandaarden door te nemen.

Focusgroep volwassenen en ouderen		
Anoiksis	Bram-Sieben	Ervaringsdeskundige ggz (psychosegevoelig)
Anoiksis	Bert	Belangenbehartiger ggz cliëntenbond (psychosegevoelig)
Impuls & Woortblind	Naomi	ADHD-coach (ook voor volwassenen)
Impuls & Woortblind	Karin	Coach voor volwassenen met dyslexie
Impuls & Woortblind	Ineke	Lid cliëntenraad (dyslexie, ADHD, ADD, hoogbegaafdheid)
Impuls & Woortblind	Petra-Mirande	Cliëntondersteuner ADHD
Labyrint in perspectief	Petri	Vertegenwoordiger Labyrint, steunpunt ggz (depressie)
Labyrint in perspectief	Hein	Bestuurslid Labyrint (naaste)
MIND	Ferrenc	Naastenvertegenwoordiger (schizofrenie, borderline)
P3NL	Judith	Ervaringsdeskundige depressie
Stichting Zelfbeschadiging	Hadassa	Vrijwilliger Stichting Zelfbeschadiging, lid cliëntenraad
Ypsilon	Hannie	Organisator muziekworkshops en activiteiten (naaste)

Focusgroep kind en jeugd		
Balans	Corinne	Ouder van kind met ontwikkelingsproblemen bij leren en/of gedrag
Impuls & Woortblind	Naomi	ADHD-coach
MIND	Wanda	Ouder van hoogbegaafde kinderen
NVO	Nely	Ouder van (hoogbegaafde) kinderen met autisme
Stichting Down Syndroom	Olivia	Moeder van kind met Down
Team Kim	Kim	Ervaringsdeskundige en vertegenwoordiger van mishandelde kinderen en jongeren
Team Kim	Sarah	Ervaringsdeskundige en vertegenwoordiger van mishandelde kinderen en jongeren

6.2.3 Deelnemers aan congres P3NL

P3NL heeft een congres georganiseerd om partijen over de voortgang van het project te informeren en hen actief te betrekken bij het in kaart brengen van het aanbod in de psychologische en pedagogische zorg. Uitnodigingen zijn gestuurd naar diverse bij de psychologische en pedagogische zorg betrokken partijen. De volgende personen waren aanwezig bij het congres:

Naam	Organisatie
Aldert Seinen	VGct
Anneloes van Baar	NVGzP
Arnold van Emmerik	VGct
Constantijn Swagerman	VKJP
Dick Nieuwpoort	LVVP
Dr. Ron Scholte	Radboud Centrum Sociale Wetenschappen Prakticon
Elske de Ruiter	VVP
Frank Praat	VKJP
Gea Kusters	Beroepsvereniging van Professionals in sociaal werk (BPSW)
Geraline Boonzaaijer	SiRM
Gert-Jan Lindt	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
Hester Pastoor	NVVS
Hubert van der Kleij	VGct
Ilse Langevoort	SKJ
Iris Hinnen	Ministerie van VWS
Jan Kees Hazewinkel	VPeP
Jan Seeleman	Landelijke Vereniging POH-GGZ
Jan Wilm Delicat	Radboud Centrum Sociale Wetenschappen
Jenneken Hasper	VVP
Kawa al Ali	Landelijke Vereniging POH-GGZ
Lisette Pondman	NVRG
Marc Verbraak	P3NL
Marlies Post	NVO
Marlijn de Vries	NVO
Marnix de Romph	P3NL
Mevrouw J. Dijkstra	Maastricht University
Michelle Rijnen	SiRM
Milena Babovic	NAPA
Mirjam Hinfelaar	NVRG
Nel Draijer	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
Paul Termaat	FGzPt
Petra Engels	Ministerie van VWS
Pieter Dingemanse	Altrecht GGZ
Suzanne Stomp	LVVP
Ton Sanders	NVGP
Tonnie Prinsen	FGzPt
Willeke Brinkman	NVGzP

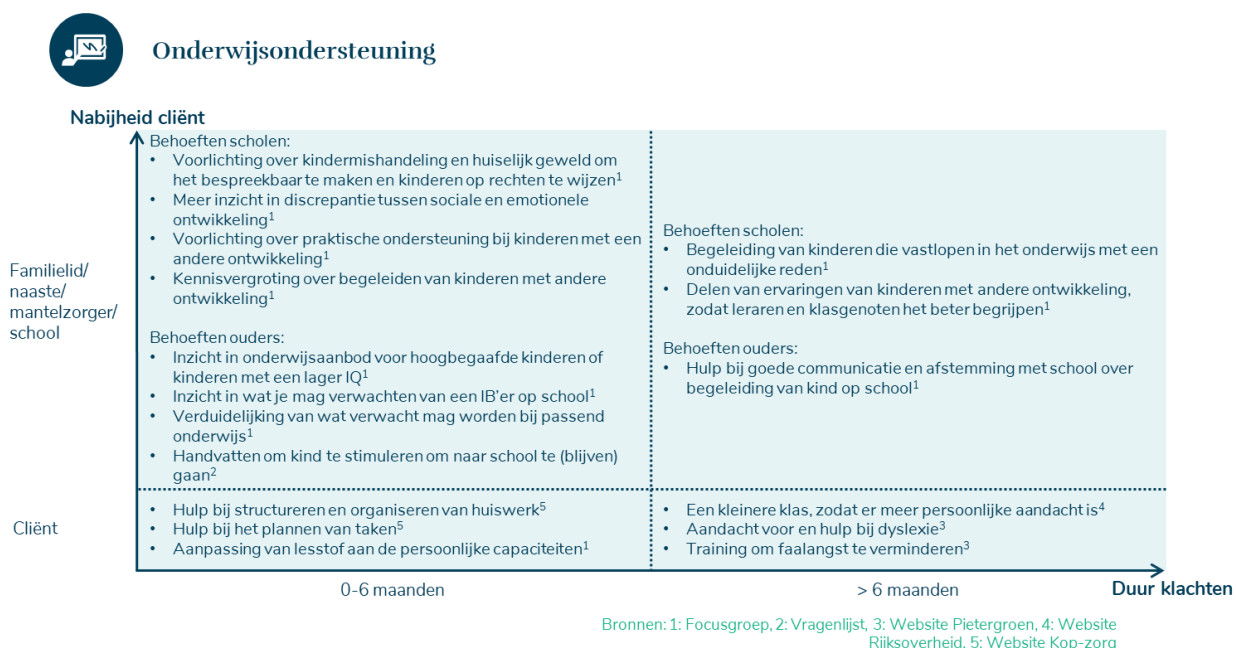
6.2.4 Deelnemers aan expertsessie

In een expertsessie met opleiders en professionals hebben we in kaart gebracht over welke competenties verschillende professionals beschikken op basis van hun opleiding. Voor de expertsessie zijn professionals uitgenodigd die zicht hebben op de competenties van de verschillende beroepen in de psychologische en pedagogische zorg, werkzaam in verschillende sectoren. In onderstaand overzicht staan de professionals die deelgenomen hebben aan de expertsessie weergegeven.

Naam	Organisatie
Bernadette Gaudete van Eeden	Psychologenpraktijk Amsterdam
Constantijn Swagerman	Praktijk Swagerman
Ellen Loykens	Molendrift
Giovanni Timmermans	FGzPt
Gwendolyn van der Hofstad	Via BPSW
Hidde Kuiper	PsyQ
Huib van Dis	UvA
Jan Kees Hazewinkel	Whemerbeek
Jeanette Dijkstra	Maastricht University
Jenneken Hasper	GGZ Drenthe
Joost Walraven	Dimence, Radboud Universiteit
Kirsten Hauber	De Jutters/ Parnassia/ NVP
Lijnie Reijers	Haviq
Marion Bulten	Rivas
Matthijs Heijstek	Amerpoort
Nicoline Den Ouden-Versteeg	Jeugbescherming West
Ruthie Werner	De Vierspong, Rino Groep

6.3 Inventarisatie hulpbehoeften cliënten en naasten

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 hebben we per sector hulpbehoeften van cliënten en naasten geïnventariseerd. De inventarisatie vond plaats door middel van focusgroepen met cliënt- en naastenvertegenwoordigers. Om ook een beeld te krijgen voor de sectoren van waaruit geen deelnemers aanwezig waren, is de inventarisatie aangevuld door een vragenlijst uit te zetten onder cliënt- en naastenvertegenwoordigers, desk research uit te voeren op websites van cliëntverenigingen en de hoofdstukken over het cliënt- en naastenperspectief in de zorgstandaarden door te nemen. De inventarisatie is niet uitputtend, maar schetst een beeld van de diversiteit aan hulpvragen die leven bij cliënten en naasten. In Figuur 15 en met Figuur 25 zijn hulpbehoeften van cliënten en naasten per sector weergegeven.



Figuur 15. Sector onderwijsondersteuning: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 16. Sector jeugdhulp: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 17. Volwassenen die blijvende behandeling nodig hebben in de ggz (POH / basis / gespecialiseerde ggz): Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Ggz volwassenen: personen die tijdelijke behandeling nodig hebben

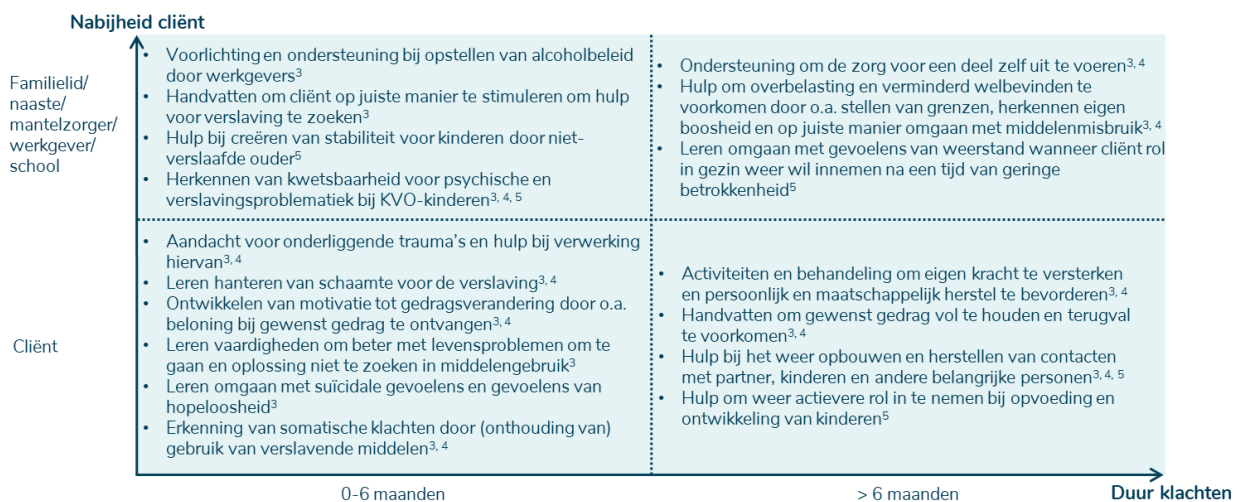


Bronnen: 1: Focusgroep, 2: Vragenlijst, 3: Overleg met MIND

Figuur 18. Volwassenen die tijdelijke behandeling nodig hebben in de ggz (POH / basis / gespecialiseerde ggz): Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten

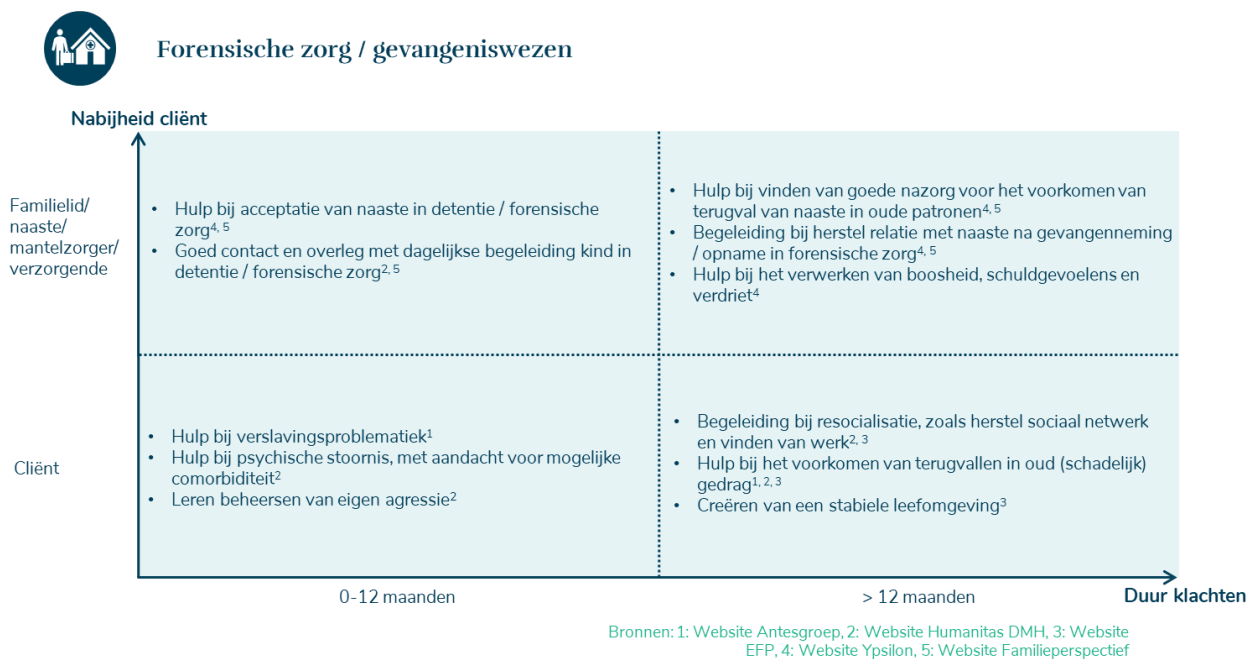


Verslavingszorg



Bronnen: 1: Focusgroep, 2: Vragenlijst, 3: Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving, 4: Zorgstandaard Opiaatverslaving, 5: Programma Verslaving en Ouderschap

Figuur 19. Sector verslavingszorg: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 20. Sector forensische zorg en gevangeniswezen: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 21. Sector arbeid en gezondheid: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Gehandicaptenzorg

		Nabijheid cliënt	
Familieid/ naaste/ mantelzorger/ werkgever/ school	<ul style="list-style-type: none"> Goed overleg met hulpverlener over behandeling die bij cliënt past^{2, 5} Training in de omgang met zwakbegaafdheid (ZB) / licht verstandelijke beperking (LVB)⁶ Aandacht voor onderliggende oorzaken van verstoring of probleemgedrag, niet slechts voor het gedrag¹ Leren om jezelf (als naaste) niet weg te cijferen^{2, 6} 	<ul style="list-style-type: none"> Deskundigheidsbevordering en inzicht in welke bejegening aansluit bij het ontwikkelingsniveau⁶ Handvatten om cliënt met verstandelijke beperking zoveel als mogelijk op eigen benen te laten staan² Begeleiding bij verder ontwikkelen zelfredzaamheid van cliënt (o.a. praktische vaardigheden en zelfbewust om hulp vragen)³ 	
Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> Leren om hulp te vragen bij dagelijkse praktische zaken die cliënt niet kan (leren)⁴ Leren om frustratie en andere emoties op een goede manier te uiten⁶ Leren bewust worden dat bepaalde ervaringen (bijv. wanen of dwanggedachten) niet 'normaal' zijn en dat niet iedereen ze heeft⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> Aandacht voor interactie tussen psychische stoornis en ZB / LVB⁶ Begeleiding bij emotionele en sociale ontwikkeling bij verstandelijke beperking^{1, 6} Versterken van competenties en veerkracht door bijv. oplossingsgericht begeleiden⁶ 	
		Behoeftte aan leren omgaan met beperking	Behoeftte aan begeleiding bij beperking

Bronnen: 1: Focusgroep, 2: Website Kansplus, 3: Website SIEN, 4: Website Schuilplaats, 5: Website Platform EMG, 6: Generieke module Zorg rondom psychische stoornissen ZB en LVB

Figuur 22. Sector gehandicaptenzorg: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten

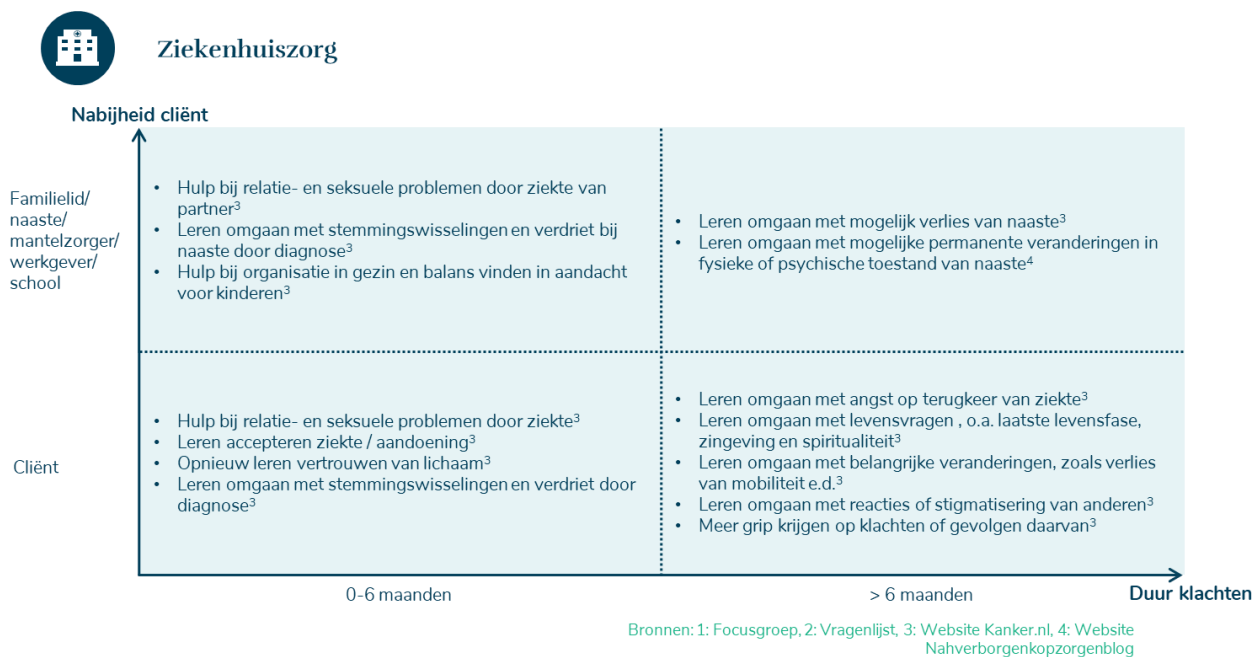


Ouderenzorg

		Nabijheid cliënt	
Familieid/ naaste/ mantelzorger/ verzorgende	<ul style="list-style-type: none"> Leren begrijpen van gedrag door stoornis (zoals Alzheimer of Parkinson), hoe je met gedrag om moet gaan en hoe je de stoornis / het gedrag als naaste voor jezelf een plek kunt geven³ Scholing in omgaan met psychische kwetsbaarheid van oudere in verpleeghuis³ 	<ul style="list-style-type: none"> Mentale ondersteuning als zorg voor oudere te zwaar wordt³ 	
Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> Omgaan met levensvragen, o.a. laatste levensfase, zingeving en spiritualiteit³ Omgaan met belangrijke veranderingen, zoals verlies van partner / naasten, verlies van mobiliteit e.d.³ Omgaan met verlies van sociale rol door pensionering en vinden van nieuwe betekenisvolle rol³ Herstel van veerkracht en vitaliteit om leven naar tevredenheid te leven en hieraan zin te geven³ 	<ul style="list-style-type: none"> Behandeling van depressieve gevoelens na opname in een verpleeg- of verzorgingstehuis³ Hulp om weigering van eten, drinken en medicatie door psychotische depressies te voorkomen³ Handvatten om negatieve gedachten over zichzelf, anderen en toekomst bij lichamelijke achteruitgang te verminderen³ 	
		Behoeftte aan leren omgaan met beperking	Behoeftte aan behandeling van / begeleiding bij beperking

Bronnen: 1: Focusgroep, 2: Vragenlijst, 3: Generieke module Zorg voor ouderen met psychische aandoeningen

Figuur 23. Sector ouderenzorg: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 24. Sector ziekenhuiszorg: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten



Figuur 25. Sector revalidatiezorg: Inventarisatie hulpbehoeften van cliënten en naasten

6.4 Overzicht clusters van competenties beroepsbeoefenaren

Competentiegebied		Competentie
1	Signalering	Maatschappelijke determinanten van psychische problematiek (her)kennen en hierop inspelen
2	Signalering	Risicogroepen voor psychische problematiek herkennen en bijdragen aan preventie van psychopathologie
3	Signalering	Opvoedingsvraagstukken signaleren en hierop inspelen, o.a. door betrekken van (beroeps)opvoeders en ketenpartners
1	Diagnostisch proces	Klacht- en functiegericht diagnostisch onderzoek uitvoeren bij patiënten met stoornissen als gevolg van hersenletsel
2	Diagnostisch proces	Indicatie stellen en passende behandeling vinden voor patiënten met stoornissen als gevolg van hersenletsel
3	Diagnostisch proces	Klachtgerichtdiagnostisch onderzoek uitvoeren bij patiënten met psychische aandoeningen
4	Diagnostisch proces	Intelligentie- en persoonsgericht diagnostisch onderzoek uitvoeren bij patiënten met psychische aandoeningen
5	Diagnostisch proces	Indicatie stellen en passende behandeling vinden voor patiënten met psychische aandoeningen
6	Diagnostisch proces	Gedrag van cliënt begrijpen op basis van cliëntstelsysteem en in kaart brengen wat dynamiek in cliëntstelsysteem betekent voor hulpvraag
7	Diagnostisch proces	Draagkracht en draaglast van systeem in kaart brengen en behandeling / begeleiding van cliënt met psychische aandoening en naasten hierop aanpassen
8	Diagnostisch proces	Indicatie voor cliënt stellen aansluitend bij eventuele opvoedings- en ontwikkelcontext en hulpvraag van cliëntstelsysteem; passende interventie vinden
9	Diagnostisch proces	Veiligheidsrisico in kaart brengen en behandelplan hierop aanpassen
10	Diagnostisch proces	Motivatie en levensdoelen van cliënt uitvragen en behandelplan hierop aanpassen
11	Diagnostisch proces	Somatische en farmacotherapeutische aspecten herkennen en somatisch zorgverleners tijdig betrekken
1	Behandeltraject	Psychoeducatie
2	Behandeltraject	Systeemtherapie (relatie- en gezinstherapie)
3	Behandeltraject	Cognitieve gedragstherapie enkelvoudig
4	Behandeltraject	Cognitieve gedragstherapie complex
5	Behandeltraject	Groepsinterventies
6	Behandeltraject	Psychologische behandeling
7	Behandeltraject	Psychotherapie
8	Behandeltraject	Neuropsychologische behandeling
9	Behandeltraject	Vaktherapie
10	Behandeltraject	Algemene basisinterventies
11	Behandeltraject	Crisisinterventies
12	Behandeltraject	Mediatetherapie / begeleiding van (beroeps)opvoeders cliënt
13	Behandeltraject	Interventies gericht op leerproblemen
1	Kwaliteits- en kennisbevordering	Inhoudelijk aansturen van collegaprofessionals
2	Kwaliteits- en kennisbevordering	Onderwijs geven aan collegaprofessionals
3	Kwaliteits- en kennisbevordering	Supervisie / intervisie van collegaprofessionals
4	Kwaliteits- en kennisbevordering	Evalueren behandelplan en alternatieve interventie of behandelaar zoeken als behandeling onvoldoende aansluit
5	Kwaliteits- en kennisbevordering	Kwaliteit en betekenis van wetenschappelijke publicaties op het eigen vakgebied beoordelen
6	Kwaliteits- en kennisbevordering	Kwaliteit en betekenis van wetenschappelijke publicaties op het eigen vakgebied vertalen in handelen
7	Kwaliteits- en kennisbevordering	Wetenschappelijke kennis verbreden, verspreiden en ontwikkelen; o.a. onderzoek (laten) uitvoeren

6.5 Bronnen

- ^a Staatssecretaris VWS, 2018, Brief aan P3NL: Nieuwe beroepenstructuur ggz
- ^b VWS, 2018, Hoofdlijnenakkoord ggz
- ^c Capaciteitsorgaan, 2018, Capaciteitsplan 2020-2024 Beroepen Geestelijke Gezondheid, deelrapport 7
- ^d MIND, ZN, ZiN, kiezenindeggz.nl, geraadpleegd op 15-11-2018
- ^e Ggznieuws.nl, 2014, Nieuw: behandelaars uit de reguliere GGz coachen zonder verwijzing & verzekerd zonder eigen risico
- ^f Wetten.overheid.nl, 2018, Wet BIG, Hoofdstuk VI, artikel 47
- ^g Skjeugd.nl/informatie-over-tuchtrecht, geraadpleegd op 7-11-2018
- ^h Rijksoverheid, 2015, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- ⁱ LSJ, 2013, Vergelijking opleidingen GGZ beroepen
- ^j Prismant, 2018, Vraag naar BIG-geregistreerde behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg
- ^k NVO, 2018, Ledenbestand
- ^l ActiZ, AJN, BPSW, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, LOC, Sociaal Werk Nederland, NIP, VGN, VNG, 2016, Kwaliteitskader Jeugd – Toepassen van de norm van de verantwoorde werktoedeling in de praktijk. Versie 2.1
- ^m Zorginstituut Nederland, 2016, Model-Kwaliteitsstatuut ggz.
- ⁿ Ministeries van VWS, V&J en W&R, 2018, Wet langdurige zorg
- ^o Rijksoverheid, 2018, Wet maatschappelijke ondersteuning
- ^p Rijksoverheid, 2018, Zorg en ondersteuning thuis
- ^q <https://vng.nl/onderwerpenindex/onderwijs/passend-onderwijs/wetgeving-passend-onderwijs>, geraadpleegd op 14-12-2018
- ^r https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Onderwijs-zorgarrangementen/Wet-en-regelgeving/Wet-passend-onderwijs?gclid=EAlalQobChMI0vigoJSf3wIVAEr3Ch2QfAkwEAAYASAAEglb0_D_BwE, geraadpleegd op 14-12-2018
- ^s Minister van Justitie, 2018, Penitentiaire beginselenwet
- ^t <https://www.dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/re-integratie/basisvoorwaarde-zorg.aspx>, geraadpleegd op 27-12-2018

-
- ^u DSP-groep, 2016, Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen. Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing
- ^v RSJ, 2018, Advies Gedetineerden met psychische problematiek
- ^w Rijksoverheid, 2018, Wet forensische zorg
- ^x NZa, 2018, Beleidsregel - Prestaties en tarieven forensische zorg - BR/REG-19160
- ^y <https://www.forensischezorg.nl/beleid/juridisch-kader>, geraadpleegd op 27-12-2018
- ^z Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015, Hoofdbehandelaar GGZ als Noodgreep
- ^{aa} Minister Hugo de Jonge, 2018, Wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris
- ^{bb} <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/kinder-en-jeugdpsycholoog-big-register/>, geraadpleegd op 29-11-2018
- ^{cc} Overheid.nl, 2018, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- ^{dd} Tafel Beroepengebouw, 2016, Aanbevelingen voor een sterker Psychologisch Beroepengebouw
- ^{ee} <https://www.nvgzp.nl/beroep/wet-big/>, geraadpleegd op 29-11-2018
- ^{ff} <https://www.psynip.nl/registraties/psychologenregisters-wet-big/>, geraadpleegd op 29-11-2018
- ^{gg} Taskforce Artikel 14 Psychotherapeut, 2017, De psychotherapeut als specialisme van de gz-psycholoog; mogelijkheden en belemmeringen. Eindverslag van de Taskforce.
- ^{hh} NVP, 2018, Startdocument NPV – Invitational conference: De psychotherapeut als specialist
- ⁱⁱ ZonMw, 2013, Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- ^{jj} Psychotherapie.nl, 2018, Ontwikkelingen rondom psychotherapeut – artikel 3 versus artikel 14
- ^{kk} NZa, 2018, DBC-regels registratie 2018
- ^{ll} Zorginstituut Nederland, 2017, Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zorgverzekeringswet
- ^{mmm} Nederlands Jeugd instituut, 2016, Referaat evaluatiekader wet – Evaluatie Jeugdwet: meer kwaliteit en minder zorgen
- ⁿⁿ Ministers van VWS en Rechtsbescherming, 2018, Rapport Eerste evaluatie Jeugdwet
- ^{oo} Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz, 2018, Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA)
- ^{pp} GGZ Noord-Holland-Noord, 2018, Verwijskaart ggz
- ^{qq} Zorgprisma publiek.nl, cijfers over de ggz uit 2016, geraadpleegd op 15-11-2018

^{rr} Kenniscentrum ggz van ZN, 2014, Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ

^{ss} ZN, 2018, Therapieën ggz – herziene versie januari 2018

^{tt} NZa, 2018, Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2018 ggz

^{uu} Lisette Pondman en Marnix de Romph, 2017, Pas op: Circulus Vitiosus! Blog gepubliceerd op Skipr.

^{vv} VVP, 2016, Brief aan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz op 13 mei 2016

^{ww} VVP, 2016, Brief 'Dringend verzoek tot plaatsing van de PDW'er in de beroepentabel' aan de NZa op 31 mei 2016

^{xx} NVGzP, 2015, Brief aan het NKO op 28 september 2015

^{yy} Velink & De Die advocaten, 2016, NZa bezwaar en pleitnota VVP, opgesteld op 9 september 2016

^{zz} NZa, 2016, Brief 'Verzoek tot plaatsing PDW'er in de beroepentabel' aan de VVP op 15 juli 2016

^{aaa} Staatssecretaris Paul Blokhuis, 2017, Commissiebrief Tweede Kamer inzake GGZ-DBC en positie psychodiagnostisch werkenden

^{bbb} NVO, 2014, De Orthopedagoog-Generalist als professional. Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog-generalist.

^{ccc} GGZ NL, MIND, NVvP, LVVP, NIP, P3NL, Platform MEERGGZ, V&VN, InEen, Federatie Opvang, RIBW Alliantie, ZN, VWS, 2018, Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022: toekomstbeeld / ambitie voor de ggz

^{ddd} Institute for Positive Health, 2018, Samen werken aan positieve gezondheid

^{eee} Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018, De juiste zorg op de juiste plek, wie durft?

^{fff} <http://www.redesigningpsychiatry.org/>, geraadpleegd op 29-11-2018

^{ggg} <http://www.denieuweggz.nl/>, geraadpleegd op 29-11-2018

^{hhh} <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Sterke-basis-voor-de-jeugd/De-rol-van-de-gemeente/Visie-op-jeugd>, geraadpleegd op 28-12-2018

ⁱⁱⁱ VGN, Position paper Toekomst gehandicaptenzorg

ⁱⁱⁱ Minister Dekker, 2018; Recht doen, kansen bieden. Naar effectieve gevangenisstraffen