



# Geïntegreerde Aansluiting

## ► Deelnotitie

*Naar een directe aansluiting tussen  
master- en GZ-opleiding*

# Inhoudsopgave

<b>1. Opdracht en Werkwijze</b> .....	99
1.1 Opdracht.....	99
1.2 Samenstelling en werkwijze.....	99
<b>2. Duurzame directe aansluiting: een geïntegreerde driejarige duale masteropleiding</b> .....	100
2.1 Het advies kort samengevat.....	100
2.2 Argumenten voor een geïntegreerde driejarige opleiding.....	100
<b>3. De GZ-psycholoog van de toekomst</b> .....	102
3.1 Bevolkingsopbouw.....	102
3.2 Digitalisering.....	102
3.3 Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen.....	102
3.4 Organisatie van de zorg.....	102
3.5 Levenslang leren.....	102
3.6 Het profiel van de GZ-psycholoog.....	102
<b>4. Voorwaarden voor een driejarige geïntegreerde opleiding</b> .....	103
4.1 Leerlijnen: de basis in de bachelor.....	104
4.2 Belang van de wetenschappelijk inbedding.....	104
4.3 Instroom en selectie.....	104
4.4 Doelmatigheid van de opleiding.....	105
4.5 (Regionale) Samenwerking in een geïntegreerde opleiding.....	105
4.6 Financiering van een geïntegreerde opleiding.....	105
<b>5. De contouren van een geïntegreerde opleiding</b> .....	106
5.1 Uitgangspunten bij de opleiding.....	106
5.2 De competenties van de GZ-psycholoog in vijf leerlijnen.....	106
5.3 Structuur van de opleiding.....	107
<b>6. Zorgpunten en consequenties</b> .....	108
6.1 Zorgpunten.....	108
6.2 Consequenties voor partijen.....	108
<b>Bijlage I Q&amp;A geïntegreerde opleiding GZ-psycholoog</b> .....	110

# 1.

## Opdracht en Werkwijze

### 1.1 Opdracht

De taskforce Aansluiting Master-GZ heeft de opdracht “een plan van aanpak te ontwikkelen voor een substantiële en duurzame regeling van de directe aansluiting tussen de masteropleiding en de GZ-opleiding”. Dit om te komen tot een betere en adaptieve afstemming tussen de vraag naar GZ-psychologen en de uitstroom vanuit de opleidingen.

Binnen de opdracht van de taskforce heeft de werkgroep Geïntegreerde Aansluiting zich gericht op het uitbrengen van een advies over de wijze waarop het aansluitende traject in de opleiding tot GZ-psycholoog op een duurzame en doelmatige wijze kan worden ingericht (ref).

Vragen die in dit kader zijn geformuleerd, waren :

- ▶ Wat is een uitvoerbaar en gewenst model voor de aansluiting van de master op de GZ-opleiding, uitgaande van een doorlopend, afgestemd curriculum van de masterfase tot en met de specialisatie?
- ▶ Wat is een goed voorstel voor de aanpak van, en wat zijn de juiste criteria voor, de selectie van kandidaten in het traject van een selectieve master tot en met GZ-instroom en –doorstroom? Wat is de visie op eventuele uitzonderingsposities (deze vraag sluit aan op het advies van de werkgroep selectie)?
- ▶ Wat is de onderbouwing van het voorgestelde model in termen van kosten, baten en consequenties voor wet- en regelgeving?
- ▶ Wat is de wijze waarop curriculumafstemming van bachelor tot en met GZ-opleidingen opgezet en onderhouden kan worden?
- ▶ Op welke manier kan een overgangperiode (vorm, lengte, eisen) van de huidige situatie naar de gewenste situatie worden ingericht?

Van “stip op de horizon” via “lange termijn aansluiting” naar “geïntegreerde aansluiting”

In de oorspronkelijke opdracht aan de taskforce wordt gesproken over een duurzame oplossing voor de directe aansluiting als “stip op de horizon”, terwijl de opdracht voor de werkgroep ‘logistieke aansluiting’ was om een advies over een directe aansluiting op korte termijn uit te werken. Er werd daarom gekozen om de werkgroepen de titels “korte termijn aansluiting” (KTA) en “lange termijn aansluiting” (LTA) mee te geven. De verwachting was dat de KTA een advies zou uitbrengen over een directe aansluiting met logistieke, beperkte aanpassingen die in een korte periode geïmplementeerd zou kunnen

worden. Dit bleek een onterechte aanname. Ook voor een directe, logistieke, aansluiting moeten er verschillende complexe aanpassingen worden gedaan die impact hebben op diverse partijen. Het gaat dan overigens om aanpassingen die ook relevant zijn voor een geïntegreerde master. Omdat het advies van de LTA werkgroep een geïntegreerde aansluiting ma-GZ-opleiding betreft, is de benaming van de werkgroep KTA aangepast in Logistieke Aansluiting (LA) en de werkgroep LTA in Geïntegreerde Aansluiting (GA).

### 1.2 Samenstelling en werkwijze

Om vele perspectieven een rol te laten spelen bij het formuleren van advies is de werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende relevante veldpartijen (zie bijlage I van adviesnootie aansluiting master-GZ). De werkgroep kwam regelmatig bijeen en heeft diverse onderdelen van het advies uitgewerkt in subgroepen. De werkgroep GA heeft regelmatig afgestemd met andere werkgroepen binnen het programma APV (zoals de werkgroepen KTA en EVC van de taskforce) en met de achterban van de verschillende werkgroepleden. De opbrengsten en adviezen van de werkgroepen Selectie en Toekomstbestendig opleiden en toetsen (DOI) hebben, na afstemming, input geleverd voor dit advies. De Adviesraad van het programma APV heeft de ontwikkelingen binnen het programma van commentaar kunnen voorzien.

De werkgroep GA heeft zich bij haar werk mede gebaseerd op de uitkomst van het eerder door de opleidingsraad uitgevoerde project Aansluiting Master-GZ en op verschillende notities die zijn verschenen in de afgelopen jaren ten aanzien van het vraagstuk van de aansluiting master-GZ (refs).

## 2.

# Duurzame directe aansluiting: een geïntegreerde driejarige duale masteropleiding

## 2.1 Het advies kort samengevat

Het advies van de werkgroep GA is om de opleiding tot GZ-psycholoog vorm te geven in een selectieve driejarige geïntegreerde duale masteropleiding, naar analogie met andere BIG-beroepen die ook allemaal een initiële beroepsopleiding kennen, zoals geneeskunde (basisarts), tandheelkunde en farmacie.

De werkgroep adviseert verder om de GZ-opleiding niet alleen te zien als een opleiding voor een zelfstandig beroep, maar ook als een startkwalificatie voor de specialistische vervolgoopleidingen tot Klinisch Psycholoog-Psychotherapeut en Klinisch Neuropsycholoog.

De werkgroep GA positioneert haar advies als een toekomstscenario voor de langere termijn. In de werkgroep is uitvoerig gesproken over de knelpunten die kunnen ontstaan bij de invoering van deze zogenoemde 3 (bachelor) +3 (master) variant. Het oplossen van die knelpunten vraagt actieve betrokkenheid van de relevante veldpartijen. Het voorstel van de werkgroep is dan ook om in de komende jaren, als tweede stap, deze knelpunten expliciet verder te verkennen. In de diverse projecten en pilots die gestart worden, of al lopen, kunnen deze punten worden opgenomen om in gezamenlijk overleg hiervoor oplossingen te vinden. De projecten en de pilots in het kader van de implementatie van een logistische aansluiting kunnen waardevolle input geven voor een goede afweging van de voordelen, nadelen en knelpunten van een geïntegreerde opleiding.

## 2.2 Argumenten voor een geïntegreerde driejarige opleiding

### 2.2.1 Integratie van de theorie en praktijk

Een geïntegreerd curriculum borgt de opbouw naar een GZ-masterdiploma over een driejarige aaneengesloten periode. Dit biedt meer kansen om de gewenste doorlopende leerlijnen in een intensief duaal traject (wetenschap en praktijk) uit te werken. Door de huidige organisatorische scheiding tussen de klinische master en de GZ-opleiding is het moeilijker om een samenhangend programma met doorlopende leerlijnen te ontwikkelen en een zekere variëteit aan praktijkver-

aring te organiseren, terwijl dat essentieel is voor de kwaliteit van de zorg en de opleiding. Op dit moment is bijvoorbeeld de samenwerking rond stages in de master volledig onafhankelijk georganiseerd van de praktijkvervalsplaatsen tijdens de GZ-opleiding. Hierdoor is de kans groot dat een student alleen maar in één specifiek domein stage loopt.

In de huidige situatie is integratie van theorie en praktijk, van kennis over wetenschappelijk onderzoek versus de toepassingskaders in de praktijk, niet geborgd. Borging van de kwaliteit van de opleiding is maximaal wanneer de uitvoering van de opleiding ook een organisatorisch geheel is, omdat die optimale afstemming van de opleidingsonderdelen faciliteert. Het is onwenselijk dat de opleiding tot GZ-psycholoog wordt uitgevoerd door drie los van elkaar opererende instanties. Een geïntegreerde opleiding maakt een duidelijkere en stevigere wetenschappelijke verankering gedurende het gehele opleidingstraject mogelijk.

In de huidige situatie hebben de universiteiten slechts beperkte betrokkenheid bij de GZ-opleiding. Dit kan leiden tot de volgende problemen, zelfs als er goed wordt samengewerkt:

1. De taak en evaluatie van hoofdopleiders is niet belegd bij de universiteiten, de GZ-opleiding wordt niet in de kwaliteitscyclus van de universiteit meegenomen.
2. De hoofdopleider krijgt de opdracht vanuit het stichtingsbestuur van de opleidingsinstelling (waaraan de universiteiten deelnemen) en legt over de betreffende taken uitsluitend verantwoording af aan het bestuur van de inhurende instelling.
3. De universiteit is en voelt zich echter niet verantwoordelijk voor de opleidelingen van de GZ-opleiding, ondanks de aanstelling van de hoofdopleiders bij de universiteiten. Opleidelingen hebben geen student-status en kunnen hierdoor niet vanzelfsprekend gebruik maken van de onderzoeksfaciliteiten van de universiteit.

### 2.2.2 Rendement, effectiviteit en studeerbaarheid

- ▶ De integratie van de éénjarige master met de GZ-opleiding draagt bij aan een beter studeerbaar programma: maar weinig studenten ronden op dit moment de klinische masteropleiding binnen een jaar af, vooral vanwege het feit dat stages altijd langer duren dan drie maanden. Uit het Nivel deelrapport 1 blijkt, dat afgestudeerden na de master gemiddeld zeven jaren op een GZ-opleidingsplaats wachten, om vervolgens gedurende twee jaar verder opgeleid te worden. Het rendement van de opleiding is hierdoor niet optimaal, omdat de GZ-psychologen pas op latere leeftijd op de arbeidsmarkt komen en omdat de kennis van de masteropleiding verouderd en weggezak is. In de geïntegreerde situatie betreden GZ-psychologen op veel jongere leeftijd de arbeidsmarkt. We verwachten dat er ook meer belangstelling is voor de specialistische opleidingen, wanneer mensen op jongere leeftijd klaar zijn met de GZ-opleiding.
- ▶ De integratie van beide programma's levert ruimte op die benut kan worden ten gunste van de kwaliteit en de diepgang van het geïntegreerde programma. Bovendien worden aansluitingsproblemen ten gevolge van mogelijk weggezakke en verouderde kennis tussen master en GZ-opleiding voorkómen.

### 2.2.3 Enkele kanttekeningen bij het huidige stelsel

De GZ-psycholoog en de orthopedagoog-generalist zijn de enige BIG-opleidingen die OCW niet volledig financiert als initiële beroepsopleiding in de gezondheidszorg. Met de eenjarige universitaire master financiert OCW feitelijk maar een derde van het gehele traject (na de bachelor) dat het veld ziet als startkwalificatie voor het werk als psycholoog in de zorg. VWS financiert het grootste deel van de basiskwalificatie door de inzet van zorgpremies, als ware het een specialistische opleiding. De echte specialistische opleidingen, de KP- en de KNP-opleiding, financiert VWS ook. De GZ-opleiding valt momenteel niet binnen dezelfde wettelijke kaders als de andere initiële beroepsopleidingen in de zorg (zoals geneeskunde, tandheekunde, verpleegkunde), en OCW erkent deze ook niet als zodanig. Deze situatie brengt voor de langere termijn een aantal risico's en nadelen met zich mee:

- ▶ Voor een wetenschappelijke beroepsgerichte praktijkopleiding zijn academische werkplaatsen nodig waar studenten in de praktijk kunnen worden opgeleid. De praktijkopleidingsinstellingen kunnen deze werkplaatsfunctie voor onderwijs en onderzoek in de praktijk niet vervullen, omdat ze daarvoor niet worden gefinancierd. Dat laatste is bijvoorbeeld wel het geval voor de UMC's, deze krijgen van OCW een rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie voor de geneeskunde opleidingen.
- ▶ Opleidingen in de GZ-opleiding hebben in de beroepsopleiding geen student-status. Dat betekent dat voor hen in plaats van het wettelijke collegegeld de volledige kostprijs voor het tweearjarige GZ-deel van de initiële beroepsopleiding betaald moet worden. Opleidingen in de GZ-opleiding krijgen nu salaris,

dat betaald wordt uit zorgmiddelen. Met de stijgende zorgkosten is het moeilijk te verantwoorden dat een basisopleiding in feite uit zorgmiddelen wordt betaald.

- ▶ Opleidingen in de GZ-opleiding ontvangen salaris en declareren de zorg die ze leveren terwijl ze nog geen basiskwalificatie volgens Artikel 3 hebben. Dit zou vanwege de bekostiging uit zorgmiddelen wellicht geen houdbare situatie kunnen blijven, temeer omdat dit afwijkt van wat in het opleidingsveld in de zorg gebruikelijk is. Het veld zou zich ook hierop moeten voorbereiden.
- ▶ Doordat de GZ-opleiding niet onder OCW valt, zijn er geen wettelijke kwaliteitskaders. Nieuwe opleidingsinstellingen worden door VWS toegelaten als ware het een vrije markt. Er is namelijk geen 'toets nieuwe opleiding' of doelmatigheidstoetsing zoals dat bij de NVAO-geaccrediteerde, en onder OCW-vallende onderwijsinstellingen, wel het geval is. Dit betekent dat ook de kwaliteitszorg van dergelijke opleidingen slechts vrijwillig is.
- ▶ Er zijn geen afdwingbare wettelijke kaders voor de kwaliteit van de opleidingen. De vereniging van opleidingsinstellingen (vLOGO) kan deze binnen de huidige governance niet stellen. De kwaliteitsafspraken die binnen vLOGO zijn gemaakt (bijvoorbeeld m.b.t. een gezamenlijke OER, het visitatieprotocol, het erkenningskader voor p-opleidingsinstellingen) zijn niet dwingend. Nieuwe toetreders kunnen besluiten zich niet aan die afspraken te committeren of überhaupt geen lid te willen zijn van vLOGO. Dat betekent dat er ook (nieuwe) aanbieders zullen volgen die niet de not-for-profit instelling hebben.

## 3.

# De GZ-psycholoog van de toekomst

Voor het duurzaam en doelmatig opleiden van zorg-professionals is het nodig dat het opleidingstraject adaptief is aan recente en toekomstige veranderingen in de zorgvraag en aan het zorgaanbod naar aanleiding van de ontwikkelingen in de samenleving. Voor de GZ-psycholoog van de toekomst zijn hierbij de volgende aandachtsgebieden van belang.

## 3.1 Bevolkingsopbouw

Mede onder invloed van vergrijzing, ontgroening en migratie verandert de bevolkingsopbouw voortdurend. Enerzijds is er een toenemende culturele diversiteit en anderzijds zijn er bepaalde groepen, zoals bijvoorbeeld ouderen, waarvoor de zorgvraag naar verwachting zal intensiveren. Veranderingen in de bevolkingsopbouw leiden tot veranderingen in de zorgvraag. De GZ-psycholoog van de toekomst dient te kunnen anticiperen op deze ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw en haar professioneel handelen daarbij flexibel af te kunnen stemmen op de veranderende zorgvraag.

## 3.2 Digitalisering

Digitalisering heeft tot gevolg dat er andere eisen worden gesteld aan het individu om adequaat te kunnen participeren in de samenleving. Het toenemende gebruik van sociale media en het exponentieel stijgende aanbod van online informatie lijken gepaard te gaan met een toename van problemen op het gebied van eenzaamheid en keuzestress. Digitalisering leidt tot meer, maar ook andere, zorgvragen dan voorheen, bijvoorbeeld met betrekking tot de jeugd. Tegelijkertijd biedt de digitalisering nieuwe mogelijkheden en kansen voor innovaties in het zorgaanbod. Onder invloed van de COVID 19-pandemie is het verlenen van online zorg bij psychische problemen sterk toegenomen. De online zorg is een competentiegebied dat voor de GZ-psycholoog steeds belangrijker wordt. De GZ-psycholoog van de toekomst is zich bewust van de invloed van digitalisering op de zorgvraag en zij is op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van digitalisering in het zorgaanbod.

## 3.3 Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen

De sterke groei van wetenschappelijke kennis en van technologische ontwikkelingen maakt dat een

ander, breder, maar ook specialistischer zorgaanbod beschikbaar is. Denk bijvoorbeeld aan toenemende kennis over de hersen-gedrag relatie, en de ontwikkeling van wearables en artificial intelligence om gedrag en emotie te registreren, te analyseren en te beïnvloeden. GZ-psychologen dienen op de hoogte te zijn van de toepassingen van deze ontwikkelingen in de zorg.

## 3.4 Organisatie van de zorg

De zorg ontwikkelt zich van een focus op 'herstel', naar preventie en optimaal leven met een aandoening. Hierbij is er aandacht voor 'lifestyle' die sterk geassocieerd is met sturen op kwaliteit van leven. Het is een verschuiving van het denken in 'ziek' en 'gezond' naar een meer dimensionele benadering in het omgaan met psychische problemen en psychisch welbevinden. Ook is er meer aandacht voor kwaliteit van leven met een somatische aandoening en voor de psychosomatiek. Hierbij zal het werken in multidisciplinair verband, met een grote variëteit aan professionals zoals technici, POH's, sociaal-maatschappelijk werkers, buurtwerkers, medisch specialisten, van groot belang zijn voor de GZ-psycholoog. Bij het maken van keuzes in de behandeling zullen de patiënt/cliënt en de naasten actiever gaan meedenken. Het is van belang dat de GZ-psycholoog in staat is om samenwerking te zoeken met ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers.

Dit gaat samen met veranderingen in financiële kaders en bekostiging. Deze zullen resulteren in uitdagende evaluatie- en innovatievraagstukken over de zorg, waarbij de GZ-psycholoog als scientist-practitioner een bijdrage zal moeten kunnen leveren aan indicatiestelling van zorg vanuit empirisch gefundeerde kennis over effectiviteit van zorg.

## 3.5 Levenslang leren

De noodzaak tot snelle adaptatie aan bovenstaande maatschappelijke ontwikkelingen en aan (in de toekomst te verwachten) zorgontwikkelingen vraagt om een opbouw van het opleidingstraject waarbij de GZ-psycholoog niet alleen de actuele kennis en daaruit afgeleide competenties leert, maar waarbij zij ook competenties ontwikkelt om zich voor te bereiden op een duurzame professionele carrière waarin levenslang leren en ontwikkelen centraal staan. Het gaat dan vooral

om competenties rond kritisch wetenschappelijk denken, evaluatie, innovatie (academisch werken), zelfmonitoring, zelfregulatie en persoonlijke ontwikkeling.

### 3.6 Het profiel van de GZ-psycholoog

De GZ-psycholoog is breed inzetbaar. Zij is in staat om vraagstukken rond welzijn van individuen van alle leeftijden, en hun systeem, in alle ontwikkelingsfasen te beantwoorden via analyse, preventie en interventie. Hierbij kent de GZ-psycholoog een leeftijdsfase gebonden aandachtsgebied. De projectgroep DO&I heeft zich hierover gebogen en een nieuw competentieprofiel voor de GZ-psycholoog opgesteld.

De kerncompetentie van de GZ-psycholoog is het kunnen toepassen van kennis over de aansturing van gedrag en emotie in individuele diagnostiek en in systeem-diagnostiek en behandeling.

1. De kennis van de GZ-psycholoog komt voort uit een stevig wetenschappelijk fundament en een breed wetenschapsgebied.
2. De GZ-psycholoog heeft de eigenschap om zichzelf voortdurend te blijven ontwikkelen en om kennis te vernieuwen op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. De GZ-psycholoog beschikt over competenties op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en innovatie.
3. De GZ-psycholoog kent de actuele en empirisch onderbouwde methoden van individuele diagnostiek en behandeling. Zij is in staat om de kennis over menselijk gedrag en emotie te vertalen naar analyse en beïnvloeding van emotie en gedrag bij het individu en het systeem (de systemen) waarin het individu functioneert. De GZ-psycholoog maakt daarbij optimaal gebruik van evidence-based technieken.
4. Tot de basiscompetenties van de GZ-psycholoog behoort het vermogen om via analyse van mechanismen die gedrag en emotie sturen te kunnen vaststellen of deze mechanismen al dan niet verstoord zijn en op een (leeftijds)adequaat niveau functioneren.
5. De GZ-psycholoog is met name bekwaam in het inzetten van kennis en vaardigheden bij psychisch lijden en bij problematisch of afwijkend gedrag. De brede inzetbaarheid wordt gegarandeerd door de kerncompetenties op het gebied van diagnostiek en behandeling van het individu in context.
6. Deze competenties zijn toepasbaar in een veelheid van contexten waarin het individu functioneert (gezin, werk, school, sociale groep, vrije tijd), maar ook in een veelheid van settings (GGZ, ziekenhuis, revalidatie, jeugdzorginstelling, etc) waarin hulp wordt geboden aan individuen met een problematische ontwikkeling, afwijkend functioneren en/of psychisch lijden.

7. Hoewel de kerncompetenties brede inzetbaarheid in verschillende contexten en settings garanderen, is kennis over ontwikkelingsfasen en leeftijdsfasen een voorwaarde om deze kerncompetenties te kunnen ontwikkelen.
8. Voor de GZ-psycholoog is het eveneens noodzakelijk te weten hoe culturele aspecten en opvoedingsachtergrond de presentatie van problemen in gedrag en emotie beïnvloeden.

## 4.

# Voorwaarden voor een driejarige geïntegreerde opleiding

## 4.1 Leerlijnen: de basis in de bachelor

De start van de belangrijke leerlijnen rond domeinen van (1) kennis en (2) competenties die uiteindelijk resulteren in de eindcompetenties van de GZ-psycholoog of de eindcompetenties van de specialist in de KP of de KNP (zie voor een beschrijving van de verschillende beroepsprofielen bijlage XX) ligt in de drie jaar durende bacheloropleiding. In de daaropvolgende drie jaar durende GZ-master wordt gewerkt aan de eindcompetenties die behoren bij het beroep GZ- psycholoog. Deze kwalificeren ook voor de instroom in de vierjarige specialistische opleiding waarin een volgend niveau in de kennis en competenties op de doorlopende leerlijnen wordt ontwikkeld.

## 4.2 Belang van de wetenschappelijk inbedding

Aan de basis van de driejarige master-GZ-opleiding ligt een brede bachelor in de psychologie of pedagogiek. Een goede afstemming met deze bachelors is nodig voor de optimale aansluiting van de doorlopende leerlijnen. In de bestaande bachelors zijn in de relevante tracks al de fundamentele gelegd waarop de GZ-master voortbouwt. Zo is er, in aanvulling op de ontwikkeling van kennis en vaardigheden ten aanzien van wetenschappelijke onderzoek, op verschillende terreinen kennis ontwikkeld. Dit is kennis over methoden en technieken van psychodiagnostiek en van theorieën over cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling. De beginselen van de psychopathologie zijn behandeld, evenals de basisprincipes van preventie en interventie. In aansluiting op de bacheloropleiding wordt in de GZ-master op een geïntegreerde wijze een verdieping aangeboden op verschillende thema's: (1) wetenschappelijk onderzoek; (2) cognitieve ontwikkeling, sociale en emotionele ontwikkeling; (3) diagnostiek; (4) behandeling en (5) psychopathologie. De centrale doelstelling hierbij is om te komen tot een vertaling van wetenschappelijk verworven kennis en inzicht naar evidence-based professioneel handelen in de zorg. Het blijven toepassen van het empirisch-wetenschappelijk denken op de vertaling van kennis naar klinisch handelen tijdens het gehele opleidingstraject is een essentieel onderdeel van de voorbereiding op de professionele carrière, naast het verwerven van klinische competenties.

## 4.3 Instroom en selectie

De werkgroep selectie van de taskforce heeft de principes van selectie die van toepassing zijn op dit voorstel uitgewerkt en onderbouwd. In deze notitie wordt daarom slechts op hoofdlijnen op selectie gereflecteerd. De uitgewerkte principes voor een directe aansluiting kunnen na aanpassing van de selectie-instrumenten en -momenten ook op een geïntegreerde opleiding worden toegepast.

De kwaliteit in de zorg is gebaat bij de juiste selectie van geschikte kandidaten voor de GZ-opleiding. De selectie moet tegelijkertijd zorgen voor gelijke kansen voor alle kandidaten die aan de selectiecriteria voldoen. De selectie dient om die reden plaats te vinden op basis van transparante en vooraf gecommuniceerde criteria. Deze criteria dienen tijdens de bachelorfase bekend te zijn en moeten adequaat getoetst en geëvalueerd kunnen worden. De selectiecriteria hangen duidelijk samen met de voorspelling dat de kandidaat GZ-psycholoog kwaliteiten heeft die passen bij de eindcompetenties van hulpverlener, zowel met betrekking tot kennisverwerving als met betrekking tot de mogelijkheden tot het ontwikkelen van vaardigheden op alle leerlijnen.

Het advies van de werkgroep selectie is mede gebaseerd op de inzichten die de driejarige bachelorfase over de kandidaat GZ-opleiding oplevert. Het wordt van belang geacht dat bij de selectie op geschiktheid de criteria die verwijzen naar de mogelijkheden tot ontwikkeling als clinicus zwaar wegen naast studieresultaten.

Selectie aan het einde van de bachelor zorgt voor meer homogeniteit in de opleidingsgroep. Naarmate het master-GZ traject vordert is er steeds meer ruimte voor maatwerk in het opleidingsplan.

Naast selectie bij instroom moeten er momenten zijn die de voortgang tijdens de opleiding evalueren. Als dan blijkt dat een opleiding ongeschikt is, moet de uiterste consequentie daarvan zijn dat zij uitstroomt uit de opleiding. Aanbevolen wordt om na het eerste jaar in een expliciet evaluatiemoment aandacht aan de voortgang te besteden (een go/no-go moment), waarvoor bij aanvang van de opleiding criteria worden geformuleerd. Het advies is om, naast de mogelijkheid tot uitstroom (met bij voorbaat gecommuniceerde vrijstellingen) naar andere masters (na bijvoorbeeld het eerste jaar), de mogelijkheid



tot het uitspreken van een judicium abeundi bij ongeschiktheid helder te communiceren aan het begin van de opleiding.

Daarnaast wordt geadviseerd de mogelijkheid tot het combineren met een research master nadrukkelijk mogelijk te maken, evenals de instroom in Topklas voor een combinatie van de opleiding met een promotietraject.

In samenspraak met de werkgroep EVC zal de mogelijkheid tot zij-instroom, al dan niet in combinatie met vrijstellingen binnen het programma, verder worden uitgewerkt.

#### 4.4 Doelmatigheid van de opleiding

De instroom in de GZ-opleiding is selectief en primair gebaseerd op criteria die gerelateerd zijn aan de einkwalificaties. Om het veld voldoende te kunnen voorzien van een passende uitstroomcapaciteit is het wenselijk dat die uitstroom uit de GZ-opleiding voldoende is. Het plafond van instroom wordt mede bepaald door de capaciteitsramingen van het veld. Een selectieve instroom ligt ten grondslag aan de instroom van de master-GZ. Deze is niet problematisch, aangezien er voor de niet-geselecteerde bachelors psychologie voldoende alternatieve masters beschikbaar blijven.

Omdat de GZ-psychologen in opleiding gedurende het gehele driejarige opleidingstraject de studentstatus hebben, zal het totale opleidingstraject aanzienlijk goedkoper zijn.

#### 4.5 (Regionale) Samenwerking in een geïntegreerde opleiding

De directe aansluiting master-GZ is gebaat bij doorlopende leerlijnen en transparantie in selectie aan het einde van de bacheloropleiding. Dit impliceert selectie aan de start van de masteropleiding waaruit een geïntegreerde driejarige masteropleiding tot GZ-psycholoog volgt. De opleidingen behouden dan, gedurende de basisopleiding tot GZ-psycholoog, de studentstatus. Het opleidingstraject is dual, waarbij wordt uitgegaan van een intensieve samenwerking tussen praktijkinstellingen en kennisinstellingen.

De uitvoering van de opleiding vraagt om een organisatie met specifieke expertise die de brug tussen kennisinstelling en de praktijk vormt en de duale uitvoering van de opleiding coördineert. Een hoofdopleider is eindverantwoordelijk voor de invulling van het gehele curriculum.

Een landelijke organisatie, met regionale uitvoering als er verschillende opleidingsgroepen zijn, zal de opleiding tot specialist aansluitend aan de GZ-opleiding aanbieden.

Voor de organisatie van de GZ-opleiding en de specialistische opleiding is een organisatie met specifieke expertise nodig om de dualiteit van de opleiding te coördineren en om vorm te geven aan de uitvoering onder verantwoordelijkheid van een hoofdopleider. Voor de inhoudelijke uitwerking en onderbouwing verwijzen we

naar de projectgroep Visie & Infrastructuur.

#### 4.6 Financiering van een geïntegreerde opleiding

Het geïntegreerde traject vereist verandering van de bekostiging van de opleiding tot GZ-psycholoog. De opleiding krijgt als student financiering gedurende de drie jaar van de GZ-master, en ontvangt dan dus geen salaris in de praktijkinstelling. Omdat het traject dual wordt uitgevoerd, is vergoeding tijdens het praktijkdeel van de opleiding noodzakelijk om de opleidingsvoorwaarden te kunnen bieden in de praktijkinstellingen (voor praktijkbegeleiding, werkbegeleiding en supervisie). Ook de uitvoeringsorganisatie die nodig is om het duale karakter van de GZ-opleiding te organiseren, moet een vergoeding ontvangen.

## 5.

# De contouren van een geïntegreerde opleiding

## 5.1 Uitgangspunten bij de opleiding

In de opleiding tot GZ-psycholoog ligt de nadruk op het verwerven van brede basiscompetenties, juist om ervoor te zorgen dat de adaptatie aan verschillende settings optimaal is en dat men is toegerust op het inzetten van de competenties in verschillende contexten. Het levenslopperspectief draagt eveneens bij aan de flexibiliteit en de brede inzetbaarheid van de GZ-psycholoog die, ondanks de leeftijdsdifferentiatie in de opleiding, basiskennis en -kunde heeft over de gehele levensloop. De gerichtheid op multidisciplinair werken helpt de GZ-psycholoog om kennis te mobiliseren in teamverband om zo toekomstige zorgvraag ontwikkelingen het hoofd te kunnen bieden.

Gelet op het bovenstaande adviseert de werkgroep om in de opleiding tot GZ-psycholoog de volgende uitgangspunten te hanteren:

1. Een leven lang leren: de opleiding tot GZ-psycholoog biedt een brede basis voor het verkrijgen van de competenties om zich een leven lang te blijven ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan vaardigheden op het gebied van kritisch wetenschappelijk denken en onderzoeksvaardigheden, maar ook aan vaardigheden als zelfregulatie, zelfmonitoring, planning en zelfreflectie.
2. Multidisciplinair werken: de opleiding faciliteert dat een GZ-psycholoog leert om goed te kunnen samenwerken met andere disciplines in de zorg.
3. Levenslopperspectief: binnen de opleiding ontwikkelt elke professional een basiskennis van de gehele levensloop. Het is mogelijk om een accent te leggen op een specifiek domein, Kind en Jeugd of Volwassenen en Ouderen. De opleiding voorziet in de ontwikkeling van een levenslopperspectief waardoor, ondanks de gekozen leeftijdsdifferentiatie binnen de opleiding, kennis en competenties worden overgedragen die het mogelijk maken om de klinische vaardigheden in principe op alle ontwikkelingsfasen en op alle leeftijden toe te kunnen passen. Het levenslopperspectief benadrukt ook dat in specifieke fasen in het leven bepaalde ontwikkelingsthema's centraal staan. Om gedrag en emotie te kunnen analyseren en te beïnvloeden is kennis en vaardigheid nodig ten aanzien van alle stadia van cognitieve

en emotionele ontwikkeling, het effect daarop van ziekten en aandoeningen en het verval ten gevolge van veroudering. In de opleiding is aandacht voor de volgende levensloopp domeinen:

- ▶ Baby en peuterleeftijd
- ▶ Schoolleeftijd-kind
- ▶ Adolescentie 12-18 jaar
- ▶ Jonge volwassenheid 18-23 jaar
- ▶ Volwassenheid 24-60 jaar
- ▶ Ouderen 60-120 jaar

4. Breed opleiden: in de opleiding staat het ontwikkelen van op kennis gebaseerde competenties centraal met behoud van leeftijdsdifferentiatie, terwijl alle levensfasen in de opleiding worden meegenomen. Deze competenties zijn generiek en onafhankelijk van setting, en dienen om die reden in meerdere settings ontwikkeld en geoefend te worden. Dit is de reden waarom de opleiding tijdens de praktijkopleiding in meerdere teams en settingspraktijkvaardigheden leert. De praktijkopleiding wordt vormgegeven in een selectie uit bijvoorbeeld de volgende settings (niet uitputtend): ziekenhuis, ouderenzorg, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, revalidatie, BGGZ/SGGZ, LVB, of forensische zorg.
5. Duaal opleiden: de driejarige geïntegreerde opleiding is duaal en bestaat uit een theoretisch deel van de opleiding en een deel van de opleiding dat binnen een praktijkinstelling plaatsheeft. Het ontwikkelen en trainen van de competenties vindt plaats in de praktijk onder supervisie en met werkbegeleiding. Er dient tijdens het praktijkdeel bij voorkeur een variatie te zijn in het opdoen van ervaring in ambulante zorg, klinische zorg, preventieve zorg, en acute zorg.

## 5.2 De competenties van de GZ-psycholoog in vijf leerlijnen

De GZ-psycholoog heeft een competentieprofiel dat tijdens de opleiding wordt ontwikkeld op basis van theoretisch onderwijs en praktijkonderwijs langs een vijftal leerlijnen die nadrukkelijk met elkaar samenhangen, en die de gebieden van ontwikkeling van de GZ-psycholoog inzichtelijk maken. Deze leerlijnen zijn relevant en lopen door de bachelor-GZ-master- en -specialisatiefasen heen. De competenties zijn gerelateerd aan de leerlijnen.

### 5.2.1 De vijf leerlijnen

1. Diagnostiek: het kunnen observeren, meten, analyseren, wegen en beoordelen van gedrag, emotie en cognitie, ten behoeve van preventie en behandeling van psychisch lijden en gedragsproblemen (psychopathologie).
2. Behandeling: het kennen en gericht inzetten van methoden van preventie en behandeling om de impact van de psychopathologie te verminderen op het dagelijks functioneren van het individu en de verschillende contexten om daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren.
3. Professionaliteit (waaronder kennis van wet- en regelgeving, beroepsethiek, professioneel handelen) en persoonlijke eigenschappen die noodzakelijk zijn om de competenties te ontwikkelen die voorwaardelijk zijn voor het succesvol uitvoeren van diagnostiek en behandeling. Het gaat om de inzet van het contact en de interactie om een werkrelatie op te bouwen en een houding te ontwikkelen die voorwaardelijk is voor de effectiviteit van de diagnostiek, de behandeling en het werken in de context van het team, de instelling en de verschillende settings en in verschillende rollen.
4. Management en bestuur: kennis en vaardigheden om in een multidisciplinaire setting in verschillende rollen processen te ontwikkelen en mensen te motiveren, te inspireren en aan te sturen.
5. Academisch werken en wetenschappelijk onderzoek: innovatief en kritisch omgaan met het eigen werk en dat van het team. Dit vraagt om ervaring met het interpreteren en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, een belangrijke vaardigheid om kritische reflectie op de kwaliteit en de methoden van werken en op innovatie te ondersteunen.

oefening (zelf uitvoeren van deeltaken). Hierdoor worden in het didactisch model meerdere didactische methoden toegepast en verschillende leerstijlen bediend (dit wordt nader uitgewerkt, met specifieke bijeenkomsten en in de werkgroepen van DOI). De opbouw van het curriculum is sequentieel, er is een volgorde en een weloverwogen opbouw in de ontwikkeling van kennis en competenties. In het tweede en derde jaar is de opleiding voor een belangrijk deel maatwerk, afgestemd op de persoonlijke leerdoelen van de opleiding. Er is een projectgroep die zich buigt over de inrichting van het curriculum.

### 5.3 Structuur van de opleiding

Aan de basis van de driejarige master-GZ-opleiding ligt een brede bachelor in de psychologie. Duaal leren staat vanaf het begin van het driejarige traject centraal.

In het eerste jaar van de opleiding staat centraal dat de student de kennis uit de domeinen wetenschappelijk onderzoek, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling, diagnostiek, behandeling en psychopathologie verdiept, integreert en leert toepassen op klinische vragen. Daarnaast is het in deze fase van belang dat de student start met het kennismaken met de zorg en het opdoen van ervaring in meerdere settings en in verschillende leeftijdsdomeinen. In dit traject moet ook geborgd worden dat de opleiding kennis neemt van de verschillende sectoren waarin de zorg is ondergebracht om de beroepsoriëntatie verder te verdiepen.

Praktijkervaring is daarnaast nodig om generieke competenties te ontwikkelen die in verschillende contexten en met verschillende doelgroepen geoefend moeten worden. Hierbij kan tegelijkertijd de ontwikkeling van de opleiding gemonitord worden. Bij het invullen van de praktijkervaring zou een combinatie gemaakt moeten worden van leren door observeren (meeloopstages) en leren door

## 6.

# Zorgpunten en consequenties

### 6.1 Zorgpunten

De werkgroep realiseert zich dat een geïntegreerde aansluiting voor de betrokken partijen een ingrijpende verandering teweeg brengt. De genoemde zorg- en aandachtspunten zijn niet allemaal opgelost of als vraag beantwoord. Er moet dus nog veel gebeuren. In een volgende fase zal, in een nog nader te omschrijven plan, een voorstel worden gedaan om de punten nader met de relevante partijen te onderzoeken. De belangrijkste punten zijn:

- ▶ Hoe zou binnen een geïntegreerde opleiding de samenwerking (inclusief de selectie) vormgegeven kunnen worden tussen de universiteiten, de opleidingsinstellingen en de praktijkopleidingsinstellingen, met passende invloed binnen de daartoe te vormen samenwerkingsverbanden voor alle betrokken partijen?
- ▶ Hoe zouden de stages kunnen worden ingepast, als ze al kunnen worden ingepast, en georganiseerd, en wat zouden de consequenties zijn voor praktijk- en werkbegeleiding?
- ▶ Hoe zouden de doorlopende leerlijnen uitgewerkt moeten worden naar de (bestaande en op termijn mogelijk nieuwe) BIG 14-specialisaties?
- ▶ Ook de financiering van deze geïntegreerde opleiding zal nader moeten worden bezien; daarbij zal naast het ministerie van VWS ook het ministerie van OCW betrokken moeten worden.

Zorgpunten met betrekking tot een directe aansluiting zijn in het adviesrapport van de logistieke variant uitgebreid beschreven. Deze zorgpunten gelden eveneens in meer of mindere mate voor de geïntegreerde variant. We verwijzen daarvoor dan ook naar dat rapport. Wel willen we nog expliciet het zorgpunt benoemen dat veel gehoord wordt, namelijk dat er te weinig tijd zou zijn voor persoonlijke groei en ontwikkeling voor iemand die, eenmaal gekwalificeerd als GZ-psycholoog, als regiebehandelaar aan de slag moet in de zorg. In het huidige advies wordt dit probleem ondervangen met een expliciete leerlijn die gericht is op persoonlijke vorming. Deze driejarige leerlijn als zodanig is nieuw.

### 6.2 Consequenties voor partijen

Voor alle partijen zullen er grote en minder grote consequenties zijn, die we in dit stadium nog niet geheel kunnen overzien. Hiervoor is o.a. de informatie uit de impactanalyse van SiRM nodig. Een aantal consequenties ligt wat meer voor de hand. Zonder volledig te willen

of kunnen zijn, sommen we er hier een paar op voor de belangrijkste betrokken partijen. En voor een belangrijk deel kan ook hier verwezen worden naar de consequenties van een logistieke aansluiting.

#### Samenwerkingsafspraken

Overall zullen universiteiten, praktijkinstellingen en opleidingsinstellingen gezamenlijk de inrichting en organisatie van de duale opleiding vorm moeten geven. Dit zal in een gezamenlijk uit te werken plan opgepakt moeten worden. Hoofdopleiders zullen hierin een belangrijke rol vervullen.

#### Opleidingen

In de huidige situatie zijn de opleidingen veelal werkzaam in de individuele gezondheidszorg. De opleiding bestaat uit een cursorisch deel en een praktijkdeel (duale opleiding). De opleiding is in dienst van de praktijkinstelling en ontvangt salaris. De opleiding wordt, soms deels, voor hen betaald vanuit de beschikbaarheidsbijdrage of door de werkgever. In de geïntegreerde opleiding krijgen opleidingen een studentenstatus en zullen, net zoals geneeskundestudenten tijdens hun co-schappen, mogelijk een vergoeding krijgen voor de stages.

#### Universiteiten

De universiteiten zullen een selectieve master moeten inrichten waarbij aandacht moet zijn voor de volgende zaken:

- ▶ De voorlichting aan nieuwe studenten zal moeten worden aangepast;
- ▶ In het bachelorprogramma zullen aanpassingen gedaan moeten worden, gericht op kennis opdoen over de GZ-opleiding;
- ▶ De selectieve GZ-master zal ontwikkeld moeten worden, zorgdragend voor de doelmatigheidstoets en Toets Nieuwe Opleidingen, bij voorkeur met alle aanbiedende universiteiten;
- ▶ De selectie voor een selectieve master zal moeten worden ingericht (bij voorkeur centraal);
- ▶ Oplossingsrichting uitwerken voor studenten die niet worden geselecteerd;
- ▶ Ontwikkelen en inrichten van de nieuwe leerlijnen, dit in nauwe samenwerking tussen universiteiten en POI's;
- ▶ Inregelen van de samenwerking voor stages met POI en opleidingsinstellingen;

- ▶ In samenwerking met POI's realiseren van brede academische werkplaatsen ten behoeve van de wetenschappelijke opleiding van GZ-psychologen in de praktijk. In deze werkplaatsen gaan onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg hand in hand.

### Praktijkinstellingen

- ▶ Managen van de verwachtingen en het op basis daarvan inrichten van de werk-en praktijkbegeleiding;
- ▶ De structuur aanpassen van werkgeverschap naar stage verlenende instelling;
- ▶ Samenwerkingsafspraken met de POI's en universiteiten over de diverse aspecten als selectie, stages, kwaliteit;
- ▶ In samenwerking met universiteiten realiseren van brede academische werkplaatsen ten behoeve van de wetenschappelijke opleiding van GZ-psychologen in de praktijk. In deze werkplaatsen gaan onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg hand in hand;
- ▶ Rol in de selectie van studenten: het wat en hoe in samenwerking met universiteiten;
- ▶ Financiering: hoe gaat deze eruit zien?

### Opleidingsinstellingen

- ▶ In kaart brengen van de consequenties van cursorisch onderwijs, organisatie, etc. en hoe hierin met de universiteiten en POI's samen te werken;
- ▶ Financiering: hoe gaat deze eruit zien?

### OCW en VWS

- ▶ Aanpassingen in stelsel: welke zijn dit en hoe dit te organiseren?
- ▶ Overheveling van middelen wanneer er sprake is van een herziening van het stelsel.

### Capaciteitsorgaan

- ▶ Afspraken die gemaakt moeten worden ten aanzien van ramingen, o.a. in verband met de selectie van studenten c.q. uitstroom aan GZ-psychologen.

## Bijlage I

# Q&A geïntegreerde opleiding GZ-psycholoog

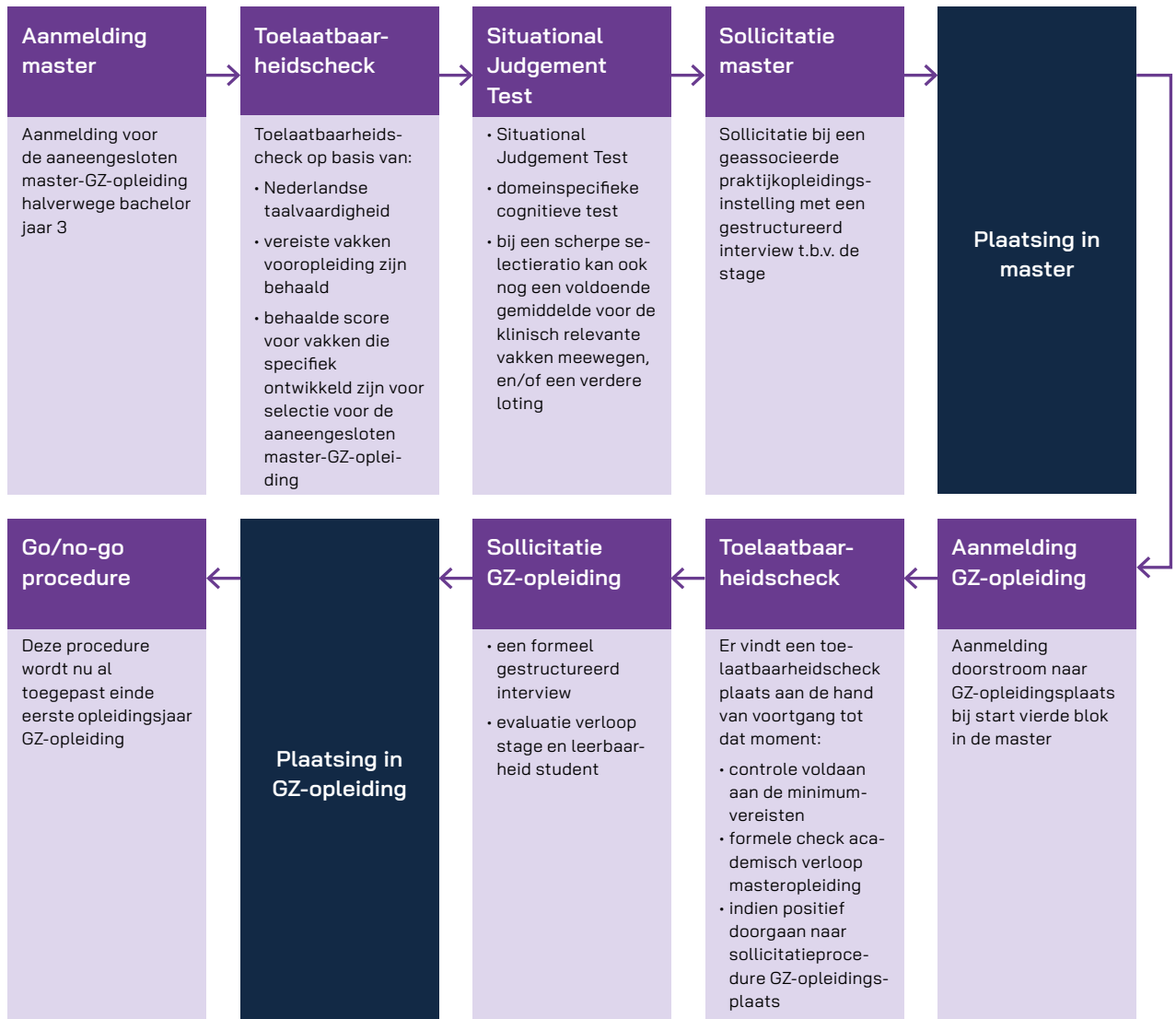
Antwoorden op de meest gestelde vragen rond de inrichting van een 3-jarige opleiding

### Vragen met betrekking tot selectie

1. Selectie: hoe gaat deze plaats vinden en onder welke voorwaarden?

De werkgroep selectie heeft een advies uitgebracht voor een systematiek waarin gefaseerd en getrapt wordt geselecteerd.

- ▶ 1e selectiemoment: eind van een passende bacheloropleiding voor de toelating tot een specifieke (GZ) master(track)
- ▶ een 2e selectiemoment in de master kan in principe niet, een moment van toetsing/matching als go/no-go



Stroomschema selectie

moment na het 1e jaar van de geïntegreerde driejarige opleiding is wel relevant; hierbij moet juist ook worden getoetst op competenties in de praktijkcontext

- ▶ de selectie tot de GZ-masters moet landelijk worden georganiseerd, om het aantal plekken jaarlijks vast te stellen en te voorkomen dat studenten zich bij meerdere masters inschrijven

De meeste psychologiestudenten weten al vrij vroeg waar ze later werkzaam willen zijn. Geneeskunde studenten maken deze keuze al voor B1, psychologen maken die keuze in een aansluitend model aan het eind van B3. Het toevoegen van een snuffelstage in de bachelor zou behulpzaam kunnen zijn om studenten te helpen hun keuze te maken. In de geneeskunde opleidingen zijn daar goede ervaringen mee. Hoe dan ook zal het aanbod van kandidaten voor de geïntegreerde GZ-master groot zijn, twijfelaars of mensen met een minder weloverwogen motivatie kunnen worden uitgeleerd.

## 2. Situational Judgement Test: in hoeverre is deze betrouwbaar en valide?

Een van de selectie-instrumenten zou een Situational Judgement Test kunnen zijn, die bestaat uit verschillende lastige situaties/dilemma's waarmee studenten in het toekomstige werk geconfronteerd zouden kunnen worden. SJTs worden in toenemende mate gebruikt voor de selectie van medewerkers in verschillende vakgebieden en (geneeskunde)studenten. Er wordt consistent aangetoond dat ze, mits goed ontwikkeld, een betrouwbare en valide methode zijn om verschillende persoonlijke kwaliteiten die belangrijk zijn voor GZ-psychologen, zoals integriteit, empathie en samenwerking, te meten (o.a. Patterson et al 2016). Er zal geïnvesteerd moeten worden in het ontwikkelen van een specifieke SJT voor de selectie voor GZ-masters.

## 3. In de huidige situatie gaat men ervan uit dat door selectie op basis van praktijkervaring 'de goeden van de minder goeden' worden onderscheiden. Kan dat in een geïntegreerd model niet meer?

Daar gaat men nu weliswaar van uit, maar het is nooit aangetoond dat daadwerkelijk de goeden van de minder goeden worden gescheiden. Dat er weinig uitval is onder de geselecteerden is geen bewijs dat de niet-geselecteerden het per definitie slechter zouden doen.

De huidige selectiemethode is ethisch moeilijk te verantwoorden. De huidige selectie is namelijk gebaseerd op 'overleven' in de praktijk zonder GZ-opleiding (maar vaak wel met andere scholing) en zonder duidelijk perspectief. Of iemand het onder die omstandigheden in een bepaalde setting gemiddeld zeven jaar volhoudt, ligt niet per se aan de geschiktheid van de kandidaat. Dit komt eerder door de (toevallige) match tussen specifieke setting, de organisatie van de instelling en de aspirant-kandidaat. De criteria die als basis dienen voor de beslissing wie van de 'overblijvers' wel en wie niet een opleidingsplek krijgt, zijn niet transparant: ze zijn niet landelijk afgestemd en liggen nergens vast. Bovendien

is die selectie niet onafhankelijk, aangezien de praktijkinstelling zelf selecteert. Dat betekent dat willekeur en lokale of zelfsoneigenlijke argumenten hierbij een rol kunnen spelen. Een selecterende instelling kan bijvoorbeeld de voorkeur geven aan iemand die zich zonder slag of stoot conformeert aan de werkwijze van de instelling en die niet al te veel kritische vragen stelt. Het is niet uit te sluiten dat daardoor niet de 'goeden van de minder goeden', maar de voor de instelling 'gewensten van de ongewensten' worden onderscheiden. De uitvallers hebben uiteindelijk voor niets jaren van hun werkzame leven opgeofferd in de waan dat ze ooit in de opleiding konden komen.

Een manier om dit te voorkomen is door vroeg te selecteren (vóór in plaats van na de master) op basis van transparante en landelijk afgestemde criteria. Voor de niet-geselecteerden is er dan nog een alternatief mogelijk (bijvoorbeeld een andere masterspecialisatie kiezen). Hierdoor laten we mensen niet ten onrechte jarenlang 'bungelen' in de hoop dat ze ooit een GZ-diploma kunnen halen.

Omdat de GZ-psycholoog een breed basisberoep is, moeten de criteria betrekking hebben op het hele werkveld van de GZ-psycholoog en niet op de kenmerken van één specifieke praktijkinstelling of sector zoals dat nu gebeurt. Er zal in een driejarige GZ-master worden geselecteerd op basis van de competenties die mensen verwerven in vijf verschillende leerlijnen. Dit betekent dat er niet alleen op basis van 'hoe iemand in de praktijk werkt' wordt geselecteerd, maar op basis van meerdere criteria die verschillende competenties reflecteren, waaronder 1) diagnostiek, 2) behandeling, 3) professionele vaardigheden, 4) management en bestuur en 5) academisch werken en wetenschappelijk onderzoek.

De huidige selectie van kandidaten binnen een specifieke instelling maakt dat het risico bestaat dat deze selectie sterk wordt bepaald door 'lokale' behoeften en niet door meer geobjectiverde kwalificaties (waardoor mogelijk ook grote verschillen in uitstroomprofiel ontstaan).

## Vragen met betrekking tot de universiteiten

### 4. Welke aanpassingen zijn noodzakelijk voor de bachelorfase?

- ▶ Aan het eind van de bachelor (halverwege het derde jaar) moeten studenten geselecteerd worden voor de master. Daarvoor is het van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn voor beroepsoriëntatie, en voor het krijgen van informatie over matching van persoonlijke eigenschappen en te ontwikkelen vaardigheden.
- ▶ Vereiste onderdelen in de bachelor zijn nu ook al voor een groot deel aanwezig: introductie in de klinische psychologie en ontwikkelingspsychologie en klinische neurowetenschappen, klinische gespreksvoering, en een beroepsoriëntatie vak (uitnodiging van professionals uit de praktijk, dan wel een korte snuffelstage).

- ▶ De beroepsoriëntatie is waarschijnlijk een nieuw vak voor de meeste opleidingen, maar is wel nodig zodat studenten aan valide zelf-selectie kunnen doen.
- ▶ Studenten moeten vanaf jaar 1 goed worden voorgelicht over deze selectieve master, zodat ze eventueel kunnen voorsorteren (moet nader worden uitgewerkt met het veld) op een andere master. Actieve oriëntatie op beroepsperspectieven moet worden gestimuleerd vanaf het begin van de opleiding.

#### **5. Gaat de praktijk de universiteiten voorschrijven welke vakken ze moeten geven?**

Nee, de vrees dat het beroepsveld gaat voorschrijven hoe de studie psychologie in brede zin vormgegeven moet worden, is ongegrond. De afstemming zorgpraktijk en kennisontwikkeling is een fundamenteel onderdeel van de ontwikkeling van het vakgebied. Hierbij wordt kennisontwikkeling voortdurend vormgegeven onder invloed van zorgvraagstukken, waardoor de zorgpraktijk voortdurend mede bepalend is voor de inrichting van het wetenschappelijk onderzoek en het theoretisch curriculum. Kennisontwikkeling staat immers voortdurend in dienst van de kwaliteit van de zorg en dit is uiteraard van belang voor de klinische opleidingen. Het is ironisch dat sommigen uit het beroepsveld en de GZ-opleiding juist vrezen dat de universiteiten teveel te vertellen krijgen over het beroepsveld, en anderen uit de universitaire wereld vrezen dat het beroepsveld teveel over de universiteit te zeggen krijgt. Universiteiten en praktijkinstellingen delen de taak om de zorgkwaliteit te optimaliseren. Wat nodig is, is gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor een maatschappelijke én een wetenschappelijke taak m.b.t. de opleiding en positie van de psychologische beroepen in de zorg.

#### **6. Kan er ook een researchmaster worden gekoppeld aan de GZ-master?**

Het is nadrukkelijk de bedoeling om de geïntegreerde master toegankelijk te maken voor een combinatie met de researchmaster. Op meerdere universiteiten wordt de researchmaster gecombineerd. In dit model wordt een researchmaster programma geïntegreerd in een GZ-master (in totaal dan vierjarig). Dit betekent dat deze studenten na het voltooien van de researchmaster-GZ ook een promotieplek in de zorg zouden moeten kunnen bemachtigen – bijvoorbeeld naar het model van de TOP-Klas, waarbij studenten deze keuze al maken bij aanvang van de GZ-opleiding. Deze studenten richten hun traject in met het perspectief op het combineren van promotie en specialisatie. Maar ook een reguliere promotieplek met een combinatie van zorgverlening zou tot de mogelijkheden kunnen horen.

## Vragen met betrekking tot de studenten

#### **7. Wat betekent een geïntegreerde master voor internationale studenten?**

Niet-Nederlandstalige studenten kunnen nu ook de GZ-opleiding volgen. Er verandert in die zin dus niets voor deze groep studenten. Dat lijkt een interessante groep voor de alternatieve klinische programma's die niet in de eerste plaats voor de klinische zorgpraktijk opleiden. Voor deze groep zou je kunnen zeggen dat de huidige programma's juist te smal zijn, omdat ze te veel op de postmasters zijn geënt. Internationale studenten kunnen in andere mastertracks goed tot hun recht komen.

#### **8. Wat zijn de alternatieven voor afgewezen studenten?**

Studenten die worden afgewezen zullen een andere mastertrack moeten kiezen (zie ook onder 10). Dit geldt zeker ook voor studenten die de Nederlandse taal niet machtig zijn, want dit zal een van de ingangseisen van de GZ-master worden, noodzakelijk om in de Nederlandse zorg te kunnen werken. Voor deze studenten zouden naast het al bestaande aanbod ook mastertracks op het gebied van preventie, onderzoek, leefstijl, beleid of communicatie in de gezondheidszorg kunnen worden ingericht.

#### **9. In het huidige model is weinig tot geen uitval gedurende en na de GZ-opleiding. Hoe kunnen we dit behouden?**

Als eerste willen we de kanttekening plaatsen dat een opleiding zonder uitval niet per definitie een goede opleiding is, net zo min als een tentamen waarvoor iedereen slaagt, niet per se een goed tentamen is. We streven natuurlijk naar zo min mogelijk onnodige uitval, maar houden bij de twee selectiemomenten rekening met enige uitval. Dus zullen we iets meer studenten moeten toelaten dan er plaats is. Door goede selectie (op zowel academische denken als werken) is de verwachting dat ook in de driejarige GZ-master de uitval tijdens de opleiding beperkt zal zijn. In zowel de huidige situatie als in een geïntegreerde master geldt immers dat studenten gemotiveerd zullen zijn, vanwege de schaarse plekken, en dus niet snel uit zullen vallen.

Een vergelijking met de geneeskundestudie kan hier ook behulpzaam zijn. De grootste groep afgestudeerden gaan een vervolgopleiding doen. In 2019 waren dat 23.740 basisartsen waarvan 46% in opleiding is en 25% in opleiding wil. Een deel gaat als basisarts werken (27%). Een percentage van 2% 'verdwijnt' (DJS 2018). Tijdens het anios-schap veranderen basisartsen nog wel van keuze voor een specialisme, maar dit is geen uitval.

In de geneeskunde studie zijn geen alternatieve masters die studenten bij negatieve keuze alsnog kunnen kiezen, want de selectie is al in het eerste jaar. Studenten die uitvallen, gaan vaak een jaar een aanverwante studie doen, zoals psychologie of biomedische wetenschappen.



### 10. Ontstaat er nu geen stuwmeer voor de master?

Als er tijdens de studie tijdig, helder en transparant wordt geïnformeerd over perspectief en selectie zou dit moeten helpen bij het voorkomen van een stuwmeer. Toch zou er, op het moment dat er geselecteerd wordt, altijd nog een stuwmeer kunnen ontstaan als mensen besluiten om een jaar na hun bachelor te wachten en dan alsnog voor het selectieproces op te gaan. De mogelijkheden om een stuwmeer te voorkomen zijn bijvoorbeeld om studenten een beperkt aantal kansen te geven om in te stromen, of andere aantrekkelijke alternatieve masters te organiseren waarbij de kans op een baan in het zorgdomein groot is.

Het stuwmeer zal hoe dan ook kleiner zijn, omdat uitgeselecteerde studenten eerder in hun studietoestand weten waar ze aan toe zijn. Nu duurt de selectie in feite gemiddeld zeven jaar (de tijd die gemiddeld tussen master en GZ zit). In die zeven jaar leven aspirant-opleidingen tussen hoop en vrees.

### 11. Krijgen we straks eerste- en tweederangs masters?

De voorgestelde wijzigingen hebben tot gevolg dat de relatief kleine selectieve GZ-masters erg populair zullen zijn (zelfs voor studenten die nog niet zeker zijn of ze echt GZ-psycholoog willen worden). Brengen de wijzigingen niet ook met zich mee dat er tweederangs masters gaan ontstaan, die teleurgestelde studenten dan maar gaan doen als ze niet door de selectie komen?

Het bieden van een reëel zicht op de mogelijkheden tot instroom in de GZ-masters en het bieden van alternatieve masters die voorbereiden op een grote diversiteit aan functies binnen en buiten de zorg kunnen voorkomen dat alternatieve masters worden gevuld met 'teleurgestelden'. Dit lijkt bovendien een aanzienlijk beter perspectief dan opleiden voor een stuwmeer van afgestudeerden dat, tijdens het wachten op een opleidingskans, bij voorbaat een 'verloren (tweederangs) groep' is.

Het inrichten van een selectieve GZ-master die leidt tot de BIG-registratie geeft de bestaande klinische programma's ook meer ruimte om te differentiëren naar andere werkzaamheden binnen de zorg. In de huidige klinische programma's wordt de inhoud sterk gedicteerd door de vooropleidingseisen van de GZ-opleiding (19 van de 60 ECT zijn bijvoorbeeld al ingenomen door de verplichte praktijkstage van 520 uur). Hierdoor zijn de klinische masterprogramma's behoorlijk smal, waardoor ze voor bijvoorbeeld internationale studenten of voor studenten die de GZ-opleiding niet willen volgen, minder aantrekkelijk zijn. Zijn. Een afzonderlijk traject voor de GZ-masters biedt kansen om meer gedifferentieerde klinische masters aan te bieden.

Daarnaast voorkomen alternatieve masters dat er grote groepen studenten onterecht in de waan worden gelaten dat ze ooit eens de GZ-opleiding kunnen doen.

### 12. Is deze opleiding alleen voor studenten die op jonge leeftijd weten dat ze GZ-psycholoog willen worden?

Nee, want op latere leeftijd aan de opleiding beginnen blijft mogelijk. Zolang men aan de ingangseisen voor de geïntegreerde opleiding voldoet, kan men deelnemen aan de selectie. Dat kan dus ook op latere leeftijd zijn, of na afronding van een andere vervolgopleiding.

Bovendien is de keuze van studenten voor een bachelorprogramma in feite een veel bepalender keuze dan de keuze van een masterprogramma. In vergelijking met geneeskunde is de keuze dus al enkele jaren later. Bovendien kan een student tijdens een bachelorprogramma psychologie ervaring opdoen met verschillende aspecten van de psychologie, waardoor de keuze voor een (ander) masterprogramma heel gefundeerd kan zijn. Een student kan dus kiezen voor een ander masterprogramma, en op een later moment alsnog in aanmerking komen voor de driejarige masteropleiding.

### Vragen over studie, studeerbaarheid en rendement studie

#### 13. Kun je wel een vergelijking maken tussen psychologie en geneeskunde?

Uit de plannen lijkt het alsof het programma APV en uiteindelijk 'het werkveld' in verregaande zin zal voorschrijven hoe de (universitaire) psychologieopleidingen er uit dienen te gaan zien, zonder rekening te houden met de grote verscheidenheid aan psychologiestromingen, sub-disciplines en invalshoeken. Hierbij dient bedacht te worden dat, in tegenstellingen tot andere BIG-gerelateerde opleidingen zoals geneeskunde, tandheelkunde of farmacie, slechts een deel van de psychologen in de geestelijke gezondheidszorg terecht komt of wil komen. Daarmee is de psychologische discipline veel breder dan bijvoorbeeld de geneeskundige en ook de 'knip' tussen de bachelor en de master is daardoor veel harder (minder kunstmatig) dan bij geneeskunde. Dit vereist een ander opleidingsmodel. Het is daarom in toenemende mate van belang dat studenten zich voor en tijdens de bachelor verdiepen in keuzemogelijkheden in de master.

De vergelijking met geneeskunde, tandheelkunde en farmacie is relevant aangezien deze studies ook een wetenschappelijke praktijkopleiding hebben met een registratie in het BIG-register. Net als bij de GZ-psychologen is bij artsen de BIG-registratie vereist om in de zorgpraktijk verantwoordelijkheid te dragen. Daarnaast is bij artsen (net als bij de GZ-psychologen) de BIG-registratie vereist om te kunnen specialiseren. Aan de andere kant gaat de vergelijking mank omdat psychologie een veel bredere studie is, met een breed bachelorprogramma dat niet alleen opleidt voor BIG-geregistreerde beroepen.

#### 14. Is het uitvalrisico hoger of vergelijkbaar met de geneeskunde studie?

In tegenstelling tot artsen kiezen psychologen pas na drie jaar bachelor voor een vervolgopleiding. Zij kunnen bovendien kiezen uit meerdere masterprogramma's binnen de psychologie. Artsen hebben die keuze niet. Zij moeten hun definitieve keuze al vóór B1 maken, worden vóór B1 geselecteerd en hebben geen alternatieve masterdifferentiaties.

De uitval bij geneeskunde: bij de meeste geneeskunde-faculteiten vallen er na het begin van het studiejaar of later in de opleiding nog studenten uit. Dat varieert per faculteit tussen de 4 en 10 procent gedurende de hele opleiding, zo geven de faculteiten aan. Doorgaans is de uitval het grootste in het eerste jaar van de opleiding. Nijmegen, Leiden, Amsterdam/VU en Amsterdam/UvA vullen deze vrijgekomen plekken weer op door middel van een premasterprogramma of zijinstroom. De andere faculteiten vullen de lege plekken niet meer op (uit Medisch Contact).

#### 15. Hoe wordt de integratie tussen theorie en praktijk beter geborgd dan in de huidige situatie?

In een driejarig geïntegreerd programma kunnen studenten gedurende het hele programma worden opgeleid met een verankering in de wetenschappelijke context. Deze wordt gekenmerkt door doorlopende leerlijnen en circulair leren, waarbij studenten voortdurend kunnen oefenen met het toepassen van wetenschappelijke inzichten in de praktijk en omgekeerd, het wetenschappelijk toetsen van vragen uit de praktijk.

De universiteiten zullen meer staf met klinische registraties nodig hebben, wat ook leidt tot meer universitaire staf die deels in de zorg werkt (omdat ze registraties moeten behouden). De integratie theorie-praktijk speelt zich dus niet alleen af op het niveau van het curriculum, maar ook bij studenten en docenten. De systematische afstemming tussen zorgpraktijk en wetenschappelijk onderzoek zal hierdoor nog meer nadruk krijgen, hetgeen uiteindelijk de kwaliteit van de zorg en de innovatie in de zorgpraktijk ten goede zal komen. Omdat de staf binnen de universiteit gepromoveerd moet zijn, moeten er trajecten komen waarin een GZ-registratie halen en promoveren mogelijk zijn (zoals nu in TOP Klas).

Een volledige integratie van de twee opleidingen dwingt dus tot een intensieve samenwerking tussen universiteiten en zorginstellingen. In de discussies en gesprekken valt op dat er nu vaak een afstand wordt ervaren. Men is elkaars leveranciers die eisen aan elkaars product stellen. Beide partijen zouden in een intensieve en duurzame samenwerking veel meer dan nu het geval is van elkaar kunnen profiteren. Niet alleen wat betreft de voordelen van de geïntegreerde opleiding, maar ook via disseminatie van innovaties door wetenschappelijk onderzoek. Het gaat dus om de ontwikkeling van het vakgebied en daarmee de kwaliteit van de zorg.

#### 16. Wat is de betekenis van leerlijnen?

Doorlopende leerlijnen: de leerstof dient over het totale zesjarige programma goed te worden verdeeld en afgestemd. Hierin hebben de hoofdopleiders samen met de opleidingsverantwoordelijken in de faculteit een belangrijke rol. De leerlijnen geven een route voor het opbouwen van kennis en inzicht en maken het mogelijk om de vorderingen te monitoren. Leerlijnen zijn belangrijk omdat deze duidelijk maken wat de kennis en de competenties zijn van de beroepsbeoefenaar. Hierdoor wordt ook het profiel herkenbaar gemaakt voor de zorg.

#### 17. Is in de huidige GZ-opleiding te weinig aandacht voor de professionele en persoonlijke leerlijn?

Ja, want de masterstage heeft bijvoorbeeld vaak niets te maken met de GZ-opleiding. Verschillende partijen verzorgen momenteel de twee eigenstandige opleidingen (master en GZ), waardoor afstemming van de leerlijnen per definitie omslachtiger en minder geborgd is. Programma's sluiten nu ook vaak onvoldoende op elkaar aan (los van de enorme tijd die tussen master en GZ zit). Er bestaan grote verschillen in het instroomniveau van de GZ-opleidingen, afhankelijk van de vooropleiding die ze hebben gevolgd. Regelmatig klagen opleidingen over de slechte aansluiting (bijvoorbeeld veel herhaling van theorie uit de master in het cursorisch deel). De leerlijn persoonlijke en professionele ontwikkeling heeft betrekking op de ontwikkeling van de interactie als instrument in diagnostiek en behandeling en op de kwaliteiten om zich als professional te ontwikkelen, zoals reflectief vermogen. Dit laatste met name het aspect dat in beeld moet blijven tijdens de hele opleiding, en dat is heel goed mogelijk in een driejarige traject.

### Praktijkinstellingen: stages en praktijkervaringen

#### 18. Er wordt gezegd dat de studeerbaarheid bij een geïntegreerd curriculum toeneemt, maar neemt deze niet juist af? Wat zijn de effecten op de studeerbaarheid van de opleiding?

Een belangrijke oorzaak van studievertraging in de klinische masterprogramma's is de praktijkstage. Om aan de vooropleidingseisen voor de GZ-opleiding te voldoen (LOGO-verklaring), moeten studenten minimaal 520 uur praktijkstage lopen. Omgerekend is dat bijna 19 ECT ofwel een derde van een eenjarige master. Doordat vrijwel elke klinische masterstudent aan de LOGO-eisen wil voldoen, is er een enorme druk op beschikbare stageplekken. Veel studenten lukt het daardoor niet om op tijd een stageplek te vinden die voldoet aan de vooropleidingseisen. Deze studenten stellen noodgedwongen de stage en daarmee het afstuderen uit, waardoor zij studievertraging oplopen. Door de selectie van studenten voor de GZ-aansluiting, kunnen de studenten die uitgeselecteerd worden een andere relevante stage zoeken. Hierdoor zijn er minder studenten die (uiteindelijk onnodig) een praktijkstage lopen die relevant is voor de GZ-aansluiting.

Praktijkinstellingen worden op dit moment geconfronteerd met een grote vraag naar stageplaatsen ten behoeve van een grote groep studenten die nog niet op geschiktheid zijn beoordeeld. De laatste jaren is het, onder invloed van veranderingen in de zorg, vaker een probleem om de stagiaires bij de instellingen onder te brengen voor het opdoen van ervaring.

Praktijkinstellingen beoordelen de eisen vanuit de universiteit aan een stage vaak als onvoldoende. In het eenjarig master curriculum zijn de stage eisen beperkt tot enkele maanden, terwijl de meeste praktijkinstellingen eisen dat de studenten een volledig academisch jaar (tien maanden) aan de instelling verbonden blijven om de betreffende eindtermen te halen. Dit is een belangrijke reden voor studievertraging – waaruit nadrukkelijk blijkt dat de eenjarige master niet voldoende kwalificeert voor competenties in de zorg.

Bij geïntegreerd opleiden neemt de studeerbaarheid toe doordat de student de actuele kennis direct kan doorontwikkelen zonder wachttijd van gemiddeld zeven jaar in het stuwmeer. Er hoeft minder tijd besteed te worden aan het revitaliseren van eerder verworven competenties die inmiddels kunnen zijn weggezaakt.

### **19. In de huidige GZ-opleiding landt de theorie goed vanwege de praktijkervaring. Hoe zal dat in een driejarige master zijn?**

In de GZ-master zullen theorie en praktijk juist beter geïntegreerd zijn dan in de huidige situatie, omdat er drie jaar lang reflectie op en terugkoppeling van het werken in de praktijk is, gerelateerd aan academische kennis in doorlopende leerlijnen (circulair leren). Uit onderwijspsychologisch onderzoek blijkt dat kennis beter beklijft wanneer de relevantie ervan duidelijk is en direct kan worden toegepast (zie voor een overzicht: Merrill, M.D. (2002). *First principles of instruction*. ETR&D 50, 43–59. <https://doi.org/10.1007/BF02505024>; en Ameike M.B. Janssen-Noordman, Jeroen J.G. Merriënboer, Cees P.M. van der Vleuten & Albert J.J.A. Scherpbier (2006) *Design of integrated practice for learning professional competences*, *Medical Teacher*, 28:5, 447-452, DOI: 10.1080/01421590600825276).

Het integreren van kennis in de praktijk is daarnaast een academische vaardigheid, waaraan een betere wetenschappelijke verankering in een driejarig programma juist bijdraagt, doordat er meer momenten kunnen worden gerealiseerd waarop de student hiermee kan oefenen.

### **20. Hoe worden de praktijkstages in de master ingevuld?**

De praktijkervaring voldoet minimaal aan de eisen waar deze nu ook al aan voldoet in de combinatie van de master en de GZ-opleiding. Door de gecombineerde opleiding is er meer zicht in de continuïteit in het zicht op de vorderingen in de praktijk.

### **21. Hoeveel ruimte (ECTs) is er voor de masterstages beschikbaar?**

De omvang van de praktijkstages zal niet veranderen en dus vergelijkbaar blijven met de huidige situatie. Voorlopige uitwerking staat opgenomen in de contouren van de notitie Geïntegreerde Aansluiting. De precieze uitwerking volgt in een latere fase.

### **22. Maken de voorgestelde korte stages het niet vrijwel onmogelijk om de noodzakelijke vaardigheden te leren die passen bij de eindtermen van de GZ-psycholoog?**

Dit is onjuist, de kortere stages zijn alleen voorzien in jaar 1 van de geïntegreerde opleiding. Daarna zijn de stages vergelijkbaar met de huidige situatie. De korte stages zijn bedoeld om meer diversiteit in leren te creëren. Het leren door observeren wordt sterker benut, naast het leren door ervaren en uitvoeren, om de breedte van de opleiding te versterken en het repertoire aan vaardigheden uit te breiden.

Wat wel een mogelijke uitbreiding van aantal stages veroorzaakt, betreft de optie van snuffelstages tijdens de bachelorfase. Hiervoor kan mogelijk gekeken worden naar de ervaringen die nu opgedaan worden met studenten in de rol van scribes (participerende observatie).

### **23. Is het niet patiëntonvriendelijk om voortdurend andere hulpverleners te zien passeren die nauwelijks enige substantiële bijdrage kunnen leveren aan het herstelproces?**

Doordat het volume masterstage-studenten enorm wordt gereduceerd, zullen er in totaal juist minder stagiaires in de praktijk werkzaam zijn. Vanaf het tweede jaar mag je veronderstellen dat de studenten uit de geïntegreerde opleiding hetzelfde of wellicht meer kunnen dan de huidige eerstejaars PIOGS.

Daarnaast speelt dit argument ook niet bij de opleidingen van verpleegkundigen en artsen. Belangrijkste is dat er zorgvuldig mee wordt omgegaan, dat er getrapte begeleid wordt. Door de getrapte begeleidingsstructuur is de kwaliteit van de zorg bewaakt.

### **24. Zijn diverse korte stages niet onwenselijk?**

Het totale volume stages neemt juist af, doordat er geen masterstudenten meer onnodig stagelopen. Het doel van breed opleiden voor een generalistisch basisberoep vereist wel dat studenten kennismaken met meerdere settings en meerdere doelgroepen. Dat helpt ook bij het maken van een weloverwogen en geïnformeerde keuze voor het definitieve werkveld. Naast korte stages zijn en blijven er langdurige stages om competenties met diepgang te ontwikkelen en daarmee bij te dragen aan patiëntenzorg.

**25. Op dit moment is het zo dat er veel plekken zijn die OF een masterstage kunnen aanbieden OF een PIOG-plek en om diverse redenen (erkenning, beschikbare begeleiding, ruimtegebrek) niet in staat zijn om beide aan te bieden. Wanneer je dit combineert, verminder je dan niet de flexibiliteit in het systeem en verlaag je de beschikbaarheid van het totale aantal opleidingsplekken?**

Het totale volume van stagestudenten zal enorm afnemen, doordat alleen de geselecteerde studenten in een BIG-opleiding nog de langer durende klinische stages bezetten. Dat zou de flexibiliteit juist moeten vergroten.

Om de werkplaatsfunctie te kunnen vervullen, waarin studenten in de zorgpraktijk onderwijs krijgen en onderzoek kunnen doen, hebben zorginstellingen momenteel geen budget. Wanneer de GZ-opleiding een geïntegreerde GZ-master wordt, ligt het voor de hand dat OCW daarvoor een rijksbijdrage beschikbaar stelt zoals dat bijvoorbeeld bij geneeskunde ook het geval is.

**26. Zullen er meer begeleiders nodig zijn in de praktijk, bij een geïntegreerde opleiding?**

Dit is op dit moment moeilijk precies te voorspellen. Enerzijds zal de capaciteit van de opleiding vergroot moeten worden, omdat er voor meer handelingen in de zorg een BIG-registratie vereist wordt. Daarvoor zijn meer praktijkbegeleiders nodig. Anderzijds lopen er nu ook duizenden afgestudeerde masterstudenten rond die ook begeleid moeten worden, en die zullen er dan minder zijn, terwijl de begeleidingscapaciteit beschikbaar blijft.

**27. In de voorstellen vindt directe doorstroom naar de opleiding plaats zonder eerst werkervaring op te hebben gedaan. Het gaat dan om jonge mensen zonder levenservaring. Is dit wel wenselijk? En sluit dit ook aan op behoefte van studenten?**

In het huidige model 'rijpen' de jonge masterpsychologen terwijl ze ongekwalificeerd en zonder opleiding (en niet altijd goed begeleid) in de zorg worden ingezet. Er worden gedurende de zeven jaren dat de masterpsycholoog gemiddeld in de zorg aan het werk is, voordat zij in een GZ-opleiding komt, geen enkele eisen aan de rijping of aan de ontwikkeling van die rijping gesteld. Het is niet te staven waarom rijping zonder of voor een opleiding beter zou zijn dan rijping tijdens of na een opleiding. Het volgen van een opleiding is namelijk geen beletsel voor 'rijping'. Integendeel, als rijping voor de zorg zo belangrijk is, dan zou dat juist een structureel onderdeel van de opleiding moeten zijn, zodat professionele ontwikkeling maximaal bevorderd wordt.

In de geïntegreerde GZ-master is dat ook het geval door persoonlijke ontwikkeling expliciet als leerlijn op te nemen. Dat heeft meerdere voordelen:

1. De rijping vindt plaats in een opleidingscontext onder superviserende en coachende begeleiding van een opleider;

2. De persoonlijke ontwikkeling krijgt expliciet aandacht vanaf dag 1 van de driejarige opleiding (en niet pas na de master plus gemiddeld zes jaar werkervaring);
3. De leerlijn loopt drie jaar door waarbij er mogelijkheden zijn om ontwikkeling en groei te toetsen.

De studenten hoeven in de nieuwe variant niet onbegeleid praktijkervaring op te doen voor het beroep waarvoor zij hebben gekozen. Het nieuwe model gaat ervan uit dat leren het meest efficiënt en doelmatig verloopt in een opleidingscontext, waar kennisoverdracht en coachende begeleiding samengaan.

Voor en tijdens de bachelorfase hebben zij zich georiënteerd op het beroepsperspectief en gemotiveerd gekozen voor deze opleiding. Tijdens de opleiding kunnen ze zich begeleid bekwaamen in het beroep, waarvoor ze tijdens de selectie op verschillende criteria geschikt werden geacht.

## De positie van opleidingsinstellingen

**28. Wat zal de rol van de opleidingsinstellingen worden in een geïntegreerd curriculum?**

De RINO's verzorgen nu vaak uitstekende opleidingen en hebben goede contacten met het veld, en dat is ook noodzakelijk voor een geïntegreerd driejarig curriculum. Hoe de samenwerking of integratie precies moet worden vormgegeven, is een volgende stap in het proces dat gezamenlijk moet worden opgepakt.

## De positie van (ortho-)pedagogiek

**29. Hoe is de NVO, het jeugdveld, aangesloten op dit programma?**

Positie NVO

De NVO vaart vooralsnog een eigen koers. Het belangrijkste verschil van inzicht is momenteel de vraag of iemand met een eenjarige master bekwaam kan worden geacht om in de zorg te werken. In het advies voor de nieuwe beroepenstructuur voor psychologische zorg wordt gesteld dat een BIG-registratie noodzakelijk is voor het zelfstandig werken met cliënten en cliëntsystemen. De NVO benadrukt dat een master orthopedagoog zonder BIG-registratie ook bekwaam kan zijn voor werk in de zorg waarvoor geen BIG-geregistreerden nodig zijn (zie bv. NVO (2019). De orthopedagoog als professional: Beroepscompetentieprofiel basis-orthopedagoog).

Uiteindelijk is de BIG-registratie volgens Art. 3 van de Wet-BIG de registratie voor een basisberoep. In die wet zijn echter geen voorbehouden handelingen voor BIG-geregistreerde GZ-psychologen of Orthopedagoog-Generalisten vastgelegd. Dat betekent dat de BIG-registratie geen bijzondere bevoegdheid regelt met betrekking tot het verrichten van specifieke handelingen door psychologen of orthopedagogen. Hierdoor is het mogelijk om ook zonder BIG-registratie te werken in de zorg, bijvoorbeeld met alleen een masterdiploma, of met een hbo-diploma. Zoals gezegd stelt de nieuwe

beroepenstructuur voor psychologische zorg dat de bekwaamheid pas voldoende gegarandeerd kan worden als de psycholoog BIG-geregistreerd is. De BIG-registratie is dus een wettelijk beschermde beroepstitel die regelt dat het werk van de professional valt onder het medisch tuchtrecht.

## Algemene vragen

### 30. Moeten er niet gewoon meer GZ-opleidingsplaatsen komen?

Het meest eenvoudige antwoord zou 'ja' kunnen zijn. De opleidingscapaciteit moet aansluiten bij de behoefte in de zorg. Er wordt nu veel werk gedaan door de circa 6500 (Nivel, 2021) niet gekwalificeerde en niet op GZ-geschiktheid getoetste masterpsychologen. Als zij niet meer kunnen worden ingezet voor de GZ-activiteiten, zullen er genoeg GZ-psychologen moeten worden opgeleid. Dit geldt voor zowel voor het scenario Logistieke Aansluiting (waarbij GZ opleiding apart blijft) als voor de 3-jarige geïntegreerde opleiding. Dit zou een grote kwaliteitsimpuls in de GGZ en de bredere zorgsectoren kunnen zijn.

### 31. Wie bepaalt de hoeveelheid plaatsen in de GZ-master?

Het Capaciteitsorgaan is een onafhankelijk orgaan dat voor een aantal jaren de hoeveelheid benodigde GZ-psychologen en specialisten op basis van te verwachten zorgvragen raamt. Op basis van die raming wordt vastgesteld hoeveel GZ-psychologen kunnen worden opgeleid.

Universiteiten of praktijkinstellingen hebben hier geen invloed op. De kostprijs van de opleiding is onafhankelijk van de berekende zorgvraag.

### 32. Waarom een ingrijpende verandering terwijl veel van de problemen ook anders opgelost kunnen worden?

De ingrijpende veranderingen betreffen vooral de borging van de directe aansluiting in een systeem waarbij verantwoordelijkheid gedeeld wordt door betrokken partijen gedurende het gehele traject in een opleidingsmodel waarbij innovatie en doelmatigheid optimaal zijn.

Reorganisatie en impact: zoals gezegd zijn de plannen inderdaad erg ingrijpend. Dat vraagt betrokkenheid en input van alle partijen. Vanzelfsprekend moet er een grondige analyse worden gedaan van de impact van het uiteindelijke scenario. Voor de transitie daarnaartoe moeten voldoende tijd en middelen beschikbaar worden gemaakt. Dat is een belangrijke en vanzelfsprekende voorwaarde. Het feit dat er veel moet veranderen kan geen reden zijn om dan maar alles te laten zoals het is. Er is nu een kans om iets te verbeteren dat behoorlijke maatschappelijke impact kan hebben.

### 33. We weten dat de kwaliteit van de opleiding nu goed is, maar dat weten we niet van de voorgestelde modellen.

De nieuw afgestudeerde GZ-psychologen zullen moeten blijven voldoen aan het huidige competentieprofiel. De opzet van de nieuwe opleiding met doorlopende leerlijnen en een betere integratie tussen theorie en praktijk zal juist een betere kwaliteit leveren.

### 34. Diversiteit: vergroot het huidige voorstel de kansengelijkheid in de toegang tot het vak gezondheidspsycholoog?

Integendeel. Het vergroot de kansengelijkheid, aangezien er op transparante en valide gronden geselecteerd gaat worden en diversiteit daarin als belangrijk criterium wordt meegenomen.

### 35. Wat is het rendementsverschil tussen de huidige en de nieuwe situatie? Zijn afgestudeerden langer beschikbaar voor de arbeidsmarkt?

Het rendement is naar verwachting minimaal hetzelfde en mogelijk zelfs (veel) groter. De impactanalyse van SiRM geeft hier antwoord op. Er is hierin geen verschil tussen een aaneengesloten logistieke of geïntegreerde aansluiting. De psycholoog is even lang beschikbaar, alleen in een andere status.

Een logistieke en dus eerdere (dan de huidige vijf tot zeven jaar gemiddeld) aansluiting van de master op de GZ-opleiding zal vermoedelijk leiden tot een wenselijke grotere doorstroom naar de specialistenopleiding.

### 36. Wat zijn de financiële implicaties?

Het is van groot belang om de implicaties van de twee scenario's te onderzoeken ten opzichte van de huidige opleiding. Een impactanalyse is door onderzoeksbureau SiRM uitgevoerd. Deze zijn in hun rapport terug te vinden.

### 37. Welke randvoorwaarden moeten er zijn?

Beide varianten van de huidige conceptadviezen vragen ingrijpende aanpassingen. Deze gaan in het scenario van een volledige integratie uiteraard verder dan in dat van een logistieke aansluiting. Voldoende tijd plus een goede financiering van de uiteindelijke definitieve opleiding maar ook van de transitie zijn voorwaarden om überhaupt iets te kunnen veranderen.

### 38. Hoe gaan jullie gebruik maken van goede voorbeelden uit het veld die al voorhanden zijn?

In een vervolgfase zal zeker gebruik gemaakt worden van goede voorbeelden en al opgedane ervaring. Er zijn voorbeelden van goede lokale samenwerking (Groningen, VU), waarbij de hoofddocenten zijn aangesteld bij de universiteit en het programma gezamenlijk wordt vormgegeven.

**39. Pilots met de directe aansluiting: waar kunnen we informatie hierover vinden?**

De pilots zijn nog niet gestart, dat kan pas als er uitsluitel is over de adviezen, c.q. de koers die gevaren gaat worden.