

Nieuwe beroepenstructuur in de Geestelijke Gezondheidszorg

1. Inleiding

In aansluiting op mijn nota "Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999" en het desbetreffende notaoverleg op 27 september 1999 (Kamerstukken II 1999-2000, 25 424, nr. 18) informeer ik u hierbij over de voortgang van de herordening van de beroepenstructuur in de Geestelijke Gezondheidszorg.

De beroepsbeoefenaar in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) heeft te maken met vele maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen die van invloed zijn op de beroepsuitoefening en de inrichting van de beroepenstructuur waarvan hij deel uitmaakt.

De sterk stijgende en in kwalitatief opzicht veranderende vraag naar hulp leidt tot meer aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid. De cliënt van vandaag verlangt een benadering waarin hij met zijn hulpvraag en verwachtingen centraal staat. Hieraan gevolg willen geven, betekent dat de zorg nog beter op de maat van de hulpvrager moet worden afgestemd.

In de praktijk tracht de hulpverlening via vakinhoudelijke en technologische veranderingen gelijke tred te houden met deze ontwikkeling. Deze veranderingen leiden niet zelden tot processen van functiedifferentiatie, specialisatie en werken in teamverband. Onder invloed hiervan veranderen voortdurend de beroepsmatige verhoudingen in het beroepenveld.

Op de keper beschouwd zijn dit positieve ontwikkelingen, die staan voor de vitaliteit van de hulpverlening in deze sector. Zonder een heldere ordening leiden ze echter tot een onoverzichtelijk en ongecoördineerd geheel van competenties en taakinhouden in het beroepenveld. Op den duur worden vernieuwingsprocessen door het gebrek aan ordening eerder geblokkeerd dan bevorderd.

In deze situatie verkeert vandaag het beroepenveld van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Het gebrek aan ordening leidt inmiddels tot onoverzichtelijkheid in de vraag wie voor wat verantwoordelijk is. Het veroorzaakt ook een ondoelmatige inzet van de voorhanden zijnde capaciteit. Bij het ontwikkelen van scholingsprogramma's en beroepskrachtenplanning is het bovendien niet altijd duidelijk met welke behoeften en knelpunten bij voorrang rekening moet worden gehouden.

Het herstel van een transparante beroepenstructuur en het in goede banen houden van toekomstige ontwikkelingen vereisen het uitzetten van een koers naar een nieuwe ordening. In mijn nota "Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999" heb ik met een aantal hoofdlijnen deze koers uitgezet.

Eenzijds heeft deze koersbepaling beleidsmatig tot doel aansluiting te vinden op de hierboven geschetste ontwikkelingen door aan te geven hoe met de organisatie van het zorgproces hierop kan worden gereageerd. Zo bepleit ik in mijn visie de van elkaar te onderscheiden niveaus van hulpverlening in de Geestelijke Gezondheidszorg duidelijk te markeren. De aan te brengen scheidslijn moet als criterium dienen voor een doelmatige en kwalitatief verantwoorde taakverdeling bij het beantwoorden van de hulpvraag. De uitwerking van deze gedachte vormt overigens de praktische vormgeving van het al bestaande concept van "Zorg op maat". Hierin wordt het onderscheid tussen lichtere en zwaardere klachten als richtsnoer gebruikt voor het aangeven van het niveau waarop de hulp moet worden geboden. Aldus bestaat er een eerste lijnzorg voor de behandeling van de kwantitatief meer voorkomende lichtere klachten met vaak een korte behandelperiode. Verder is er een tweede lijn waarop specialistische hulp wordt geboden voor de kwantitatief geringer optredende zwaardere klachten, maar met een veelal langer durende behandeling.

Het *doelmatig* functioneren van dit concept veronderstelt een *doeltreffende* schakeling tussen beide niveaus. Het verantwoord verwijzen van hulpvragen naar het specialistische niveau van de zorg wordt in de eerste lijn beoordeeld.

Anderzijds heeft de koersbepaling tot doel het fundament, waarop de organisatie van de zorgverlening rust, te restaureren en geschikt te maken voor het inspelen op toekomstige ontwikkelingen. Tot het fundament behoort de beroepenstructuur. Het vernieuwingsproces in de Geestelijke Gezondheidszorg steunt op de beroepsbeoefenaren. Zij immers worden eerder dan wie ook geconfronteerd met nieuwe behoeften aan deskundigheid en behandelmethoden, die voortvloeien uit de vraagontwikkeling. Zij worden echter ook het eerst geconfronteerd met de fricties die hun oorzaak vinden in een onduidelijke visie op elkanders rol en in een overlap van deskundigheid en taken.

Daarom is er behoefte aan een nieuwe goed geordende beroepenstructuur die functioneert als een normatief kader voor processen als functiedifferentiatie en als specialisatie. Zonder dit kader kunnen deze processen de innerlijke logica van het beroepenveld aantasten.

In de eerder genoemde beleidsvisie heb ik de lijnen getrokken naar een nieuwe ordening en op basis hiervan een structuurmodel ontwikkeld. Op mijn verzoek, gedaan per brief van 15 maart 1999, heeft het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (hierna het CONO) een advies gegeven hoe dit model in praktijk kan worden gebracht en welke aanvullende maatregelen nodig zijn voor een succesvolle uitvoering. In zijn brief van 28 maart 2000 voldoet het CONO aan mijn verzoek. Het advies bevat een gefaseerde uitwerking van het structuurmodel.

Hieronder schets ik u mijn standpunt over het advies van het CONO en geef ik aan hoe met behulp van enkele basisuitgangspunten het beroepenveld in de GGZ transparanter en eenvoudiger kan worden gemaakt en ontvankelijker voor komende veranderingen.

In deze brief wordt achtereenvolgens stil gestaan bij:

- Paragraaf 2: tekortkomingen in de bestaande beroepenstructuur.
- Paragraaf 3: hoofdlijnen van het model voor een nieuwe beroepenstructuur.
- Paragraaf 4: het advies van het CONO.
- Paragraaf 5: standpunt.
- Paragraaf 6: de gevolgen voor artikel 3 en 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna Wet BIG), met name voor de psychotherapeut.
- Paragraaf 7: vervolgstappen.

2. Tekortkomingen in de bestaande beroepenstructuur

Onder auspiciën van het CONO heeft het Trimbos-instituut op omvattende wijze onderzoek gepleegd naar de tekortkomingen in de bestaande beroepenstructuur ^{*)}. Vervolgens heeft het CONO op basis van het onderzoek een breed opgezet uitwerkingstraject ontwikkeld om de gesignaleerde gebreken aan te pakken.

In het verslag van het onderzoek wordt het huidige beroepenveld gekarakteriseerd als complex, onoverzichtelijk en ontoegankelijk. Dit geldt voornamelijk de beroepen gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut en de psychiater. Het is voor de cliënt of patiënt niet altijd helder bij wie hij met zijn hulpvraag of klachten terecht kan: hoe moet hij bijvoorbeeld kiezen tussen deze beroepsbeoefenaren?

Niet alleen de cliënt wordt met onoverzichtelijkheid geconfronteerd. Beleidsmakers, managers en beroepsbeoefenaren worden hierdoor evenzeer gehinderd bij het ontwikkelen van beleid of bij het aanbrengen van organisatiewijzigingen, dan wel het introduceren van nieuwe behandelmethoden.

^{*)} Dr. G. Hutschemaekers en drs. L. Neijmeijer "Beroepen in beweging"

Er zijn inmiddels zoveel beroepen met elkaar overlappende beroepsprofielen dat het zicht op de diverse taakinhouden en op de onderlinge verhoudingen en competenties ontbreekt. Voor het ontwikkelen van samenwerkingsvormen wordt het dan zeer ingewikkeld om tot een adequate, doelmatige taakverdeling te komen.

De behoefte aan voldoende en adequaat geschoold personeel vereist een gericht beleid ter bestrijding van kwalitatieve en kwantitatieve tekorten. Het vaststellen van opleidingstrajecten en capaciteitsplannen voor beroepskrachten dient zich in objectieve zin hierop te richten. De bestaande complexiteit en ondoorzichtigheid van het beroepenveld staat deze benadering echter in de weg. Bovendien vormt de huidige beroepenstructuur door al zijn tekortkomingen geen adequaat uitgangspunt voor het in praktijk brengen van mijn visie op de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

In samenvattende zin kunnen op grond van dit onderzoek daarom de volgende conclusies worden getrokken:

- de huidige beroepenstructuur voldoet niet aan de eisen van de moderne organisatie van het zorgproces zoals ik die in mijn beleidsvisie heb uiteengezet;
- het huidige stelsel ontnemt door zijn ondoorzichtigheid het zicht op de grenzen tussen verantwoordelijkheden, deskundigheidsgebieden en taken van beroepsbeoefenaren;
- het huidige stelsel hindert de hulpverlening en de beleidsmakers bij het bestrijden van kwantitatieve en kwalitatieve tekorten doordat vaak niet helder is bij welke beroepsgroep deze tekorten heersen.

3. Hoofdpijnen van het model voor een nieuwe beroepenstructuur

De nieuwe beroepenstructuur zal steun moeten geven aan het toekomstig zorgproces, zoals neergelegd in mijn "Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999". Het zal eenvoudiger moeten worden nieuwe samenwerkingsvormen op te zetten of de hulpverlening te organiseren in teamverband. Een ander kernpunt uit deze visie vormt het onderscheid tussen lichte en zwaardere hulp. Lichte hulp correspondeert met de inzet van beroepsbeoefenaren die toegerust zijn met generalistische kennis van de psychopathologie. Deze hulp, in den regel kortstondig van aard, moet toegankelijk en ontvankelijk zijn. De generalistische beroepsbeoefenaar beschikt daarom over een breed takenpakket en is op de eerste lijn van de hulpverlening gesitueerd. Zwaardere hulp correspondeert daarentegen met de behoefte aan specialistische kennis. De klachten zijn gecompliceerder en de behandelduur neemt over het algemeen meer tijd in beslag. De specialistische beroepsbeoefenaar beschikt, anders dan zijn generalistisch gevormde collega, over een specifiek takenpakket en is op de tweede lijn van de hulpverlening geplaatst. Het gemaakte onderscheid tussen generalisten en specialisten sluit overigens aan op de systematiek van de Wet BIG. Deze wet kent een indeling in basisberoepen (zie artikel 3) en in specialismen (zie artikel 14).

In de nieuwe beroepenstructuur zal het onderscheid een belangrijk uitgangspunt zijn voor een doelmatiger taakverdeling tussen de generalistische en specialistische beroepsbeoefenaren. Het beroepenveld wordt ook transparanter door beroepen op basis van hun functiekarakteristieken te groeperen. Zo ontstaan er van elkaar te onderscheiden groepen van verpleegkundige en medische beroepen, van agogische en psychologische beroepen, van behandelende en begeleidende beroepen en van de al genoemde generalistische en specialistische beroepen. Uiteraard vormen deze groepen geen "eilanden" in de hulpverlening. Er bestaat tussen hen een wisselende mate van *complementariteit*, waarmee ook in de nieuwe ordening rekening wordt gehouden.

Essentieel voor de nieuwe ordening op basis van de hierboven beschreven principes - een opgave voor de tweede fase in deze beleidsontwikkeling - is de afbakening van deskundigheids-

domeinen, van heldere beroepsprofielen en van een doelmatige afbakening van taken, rollen, verantwoordelijkheden en opleiding.

Deze definities, die leiden tot het verwijderen van storende vormen van overlap, zullen ook de transparantie van het beroepenveld bevorderen.

In mijn eerdergenoemde visie op de toekomst van de zorgverlening ben ik uitgegaan van een viertal clusters. Inmiddels is hieraan een vijfde cluster, die van de vaktherapeuten, toegevoegd.

Deze clusters, een mengvorm van generalistische en specialistische beroepsbeoefenaren, kunnen thans als volgt worden omschreven:

1. Een cluster van medische beroepen.

Hiertoe behoren de algemeen artsen, de huisartsen en de psychiaters.

2. Een cluster van verpleegkundige beroepen.

Er worden twee hoofdgroepen van verpleegkundige beroepen onderscheiden: de sociaal-psychiatrische verpleegkundigen (SPV) en de psychiatrisch verpleegkundigen (PV). De eerste groep werkt vooral in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de tweede is werkzaam in de intramurale zorg. Daarnaast valt er in dit cluster een onderscheid te maken tussen de consultatief-psychiatrische verpleegkundigen (CVP) die een specifieke taak hebben op de somatische afdelingen van het algemeen ziekenhuis en de psychiatrische-thuiszorgverpleegkundigen (PTV).

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beroepsgroepen hebben gezamenlijk de opleiding verpleegkundig specialist GGZ in het leven geroepen. Het verpleegkundig specialisme staat voor een brede optiek. De beoefenaren bestrijken in principe het hele veld van de gezondheidszorg en zijn daarom in staat de behoeften van patiënten vanuit deze brede optiek te interpreteren.

3. Een cluster van psychologische beroepen.

Dit cluster wordt gevormd door universitair opgeleide hulpverleners, zoals psychologen, psychotherapeuten, pedagogen en (geestelijke) gezondheidskundigen. Een tweetal (de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut) bezit een registratie in het kader van de Wet BIG.

4. Een cluster van agogische beroepen.

Hieronder vallen alle beroepsgroepen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg met een mbo- of hbo-opleiding in de welzijns- of opvoedingssfeer. Er zijn drie hoofdgroepen te onderscheiden: a. de groep van maatschappelijk werkers, b. de groep van activiteitenbegeleiders en c. de groep van groeps- en woonbegeleiders.

5. Een cluster van vaktherapeutische beroepen.

Het gaat hier om beroepsgroepen met specifieke therapeutische vaardigheden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de psychomotorisch therapeut, de creatief therapeut en de ergotherapeut. Er kan een vergelijking worden getrokken met paramedische beroepsberoepen in de algemene gezondheidszorg. Kenmerkend voor dit cluster is het aanbod van specifieke therapieën en de aanwezigheid van specifieke doelgroepen. De meerderheid heeft een hbo-opleiding, hoewel velen over een academische opleiding beschikken.

Toelichting

De medici, de verpleegkundigen en de psychologen bezitten ieder een eigen cluster. Deze beroepsbeoefenaren staan ingeschreven in het desbetreffende register van de Wet BIG en bezitten een beschermde titel. Voor de overige twee clusters - de agogen en vaktherapeuten - bevat deze wet geen register.

Het in praktijk brengen van deze ordening heeft als consequentie dat er een overlap in deskundigheid gaat ontstaan tussen de gespecialiseerde gezondheidszorgpsychologen, de psychiaters en de psychotherapeuten. Het ongemoeid laten van deze overlap zou strijdig zijn met het primaire doel van deze herordening. Daarom heb ik besloten - ik kom hierop nader terug in § 5 Standpunt - de positie van de psychotherapeut en de plaats van de psychotherapeutische deskundigheid te herzien. Als doel geldt daarbij ook de bestaande kloof tussen de wettelijke identiteit van de psychotherapeut als basisberoep ex artikel 3 Wet BIG en zijn identiteit in de praktijk van een specialistische beroepsbeoefenaar, die zou moeten vallen onder artikel 14 van de Wet BIG, op te heffen.

4. Het advies van het CONO

Het CONO concludeert uit het onderzoek van het Trimbos-Instituut en uit het gevoerde overleg met alle relevante partijen, dat er draagvlak bestaat voor het streven naar een vereenvoudigde, transparante en doelmatige taakverdeling tussen de in de ggz werkzame beroepen. Het CONO stemt ook in met het hiervoor geschetste ordeningsmodel en de beoogde clustering van beroepsgroepen en kleedt dit verder aan.

In de lijn van het onderzoek "Beroepen in beweging" onderscheidt het CONO drie niveaus van scholing en specialisering:

= Basisberoep: het betreft hier breed en generalistisch, voor de gehele gezondheidszorg, opgeleide beroepsbeoefenaren. Dit slaat zowel op medische en verpleegkundige beroepen (algemeen artsen en verpleegkundigen) als op agogische, vaktherapeutische en psychologische beroepen. Zoals gesteld moet over de eventuele wettelijke regeling van agogen en vaktherapeuten nog worden gestudeerd.

= Specialisme: het betreft hier specialistisch opgeleide beroepsbeoefenaren met additionele of bijzondere handelingscompetentie op een deelgebied van de beroepsuitoefening. Het CONO adviseert voor de verpleegkundige beroepsgroep de titel van GGZ-Verpleegkundig Specialist (GGZ-VS) in te voeren. Voor de gespecialiseerde arts geldt al de wettelijk erkende titel van psychiater. Voor het *specialisme* van gezondheidszorgpsycholoog adviseert het CONO de invoering van de wettelijke titel van klinisch psycholoog.

= GGZ-functiedifferentiatie: het CONO wijst op het bestaan van subgroepen binnen elk cluster, die de geestelijke gezondheidszorg als werkterrein hebben en daarop een bijzondere expertise vertegenwoordigen. Soms steunen deze groepen voor hun differentiatie op hun werkterrein. Soms steunen zij op een specifiek scholingstraject als opleidingsachtergrond. Ook kan het gaan om beroepen die vanuit hun beroepsvereniging een eigen register bijhouden. Het CONO acht het positief dat op elk basisniveau beroepsbeoefenaren streven naar functiedifferentiatie.

Over elk cluster afzonderlijk merkt het CONO in zijn advies het volgende op:

Het cluster van verpleegkundige beroepen

Het CONO beklemtoont het belang van de ontwikkeling van het ggz-verpleegkundig specialisme. De ontwikkeling van dit specialisme is van belang voor het streven naar een kwalitatief hoogwaardige verpleegkundige zorg, voor het functioneren van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en voor het carrièreperspectief van deze beroepsgroep.

Het CONO adviseert de al in gang gezette ontwikkeling van het ggz-specialisme voor verpleegkundigen te bevorderen door een positieve beoordeling van een eventueel verzoek tot erkenning van dit specialisme.

Het CONO acht het positief dat op het basisniveau de verpleegkundigen streven naar functie-differentiatie.

Het medisch cluster

Het CONO benadrukt dat aan het specialisme van psychiater bijzondere verantwoordelijkheid toekomt ten aanzien van scholing en supervisie van algemeen artsen die werkzaam zijn in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Het CONO acht het wenselijk dat de psychiaters over psychotherapeutische vaardigheden beschikken en voldoen aan de opleidingseisen die gelden voor het beroep van psychotherapeut. Het CONO adviseert te komen tot structureel overleg tussen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie - om overeenstemming te bereiken over de eisen waaraan opleidingen psychotherapie dienen te voldoen

Het cluster van psychologische beroepen

Het CONO refereert aan de door mij geconstateerde overlap van werkzaamheden tussen de psychiater, gespecialiseerde gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut.

Het op termijn sluiten van het register van psychotherapeuten in de wet BIG wordt in dit verband door het CONO als voornemen ondersteund. Het CONO adviseert om in het beroepsprofiel van de gespecialiseerde gezondheidszorgpsycholoog de psychotherapeutische deskundigheid op te nemen. Vervolgens bepleit het CONO een soepele overgangsregeling voor de wijzigingen in de positie van de psychotherapeut. Hiervoor stelt het de volgende maatregelen voor:

- per 2002 geen nieuwe personen toelaten tot de huidige postdoctorale opleidingen tot psychotherapeut in de zin van artikel 3 van de Wet BIG;
- starten met de specialistische opleiding van de gezondheidszorgpsycholoog tot klinisch psycholoog in de zin van artikel 14 van de Wet BIG.
- na de laatste inschrijving zal de toegang tot het register psychotherapie kunnen worden gesloten;
- vooralsnog handhaven van de wettelijke bescherming van de titel psychotherapeut.

Het cluster van agogische beroepen

Hoewel de beroepsverenigingen in dit cluster al stappen hebben gezet naar een gezamenlijke opleiding en beroepsuitoefening van agoog, acht het CONO het prematuur om over de situering van deze beroepsgroep in de nieuwe structuur adviezen te geven. Nadere studie is gewenst. CONO is bereid om in een latere fase met een vervolgadvisie te komen.

Het CONO ondersteunt de ontwikkelingen binnen dit cluster om te komen tot een adequaat opleidingsniveau voor de GGZ en heeft daarom een Kamer Agogische Beroepen ingesteld die

steun zal geven aan de verdere ontwikkelingen binnen dit cluster. Het CONO adviseert om deze ontwikkeling positief tegemoet te treden.

Over het cluster van vaktherapeutische beroepen

Het CONO stelt voor om de psychomotorisch therapeut en de creatief therapeut in de nieuwe beroepenstructuur onder de naam vaktherapeut in één cluster een plaats te geven en van één beroepsprofiel te voorzien. Verder zal er ten behoeve van de vaktherapeuten een gezamenlijk opleidingstraject ontwikkeld moeten worden met o.a. een specifiek op de GGZ gerichte functiedifferentiatie.

Het CONO adviseert om in de nieuwe beroepenstructuur een cluster vaktherapeutische beroepen te onderscheiden en het streven naar een gezamenlijk opleidingstraject tot "vaktherapeut" te ondersteunen.

In zijn advies geeft het CONO enkele suggesties voor de uitwerking van zijn advies. In dit vervolgtraject plaatst het CONO drie thema's centraal:

- *Het opstellen van een implementatietraject* in relatie tot de verschillende beroepsgroepen ter uitwerking van het standpunt over het CONO-advies.
- *Het ontwerpen van beroepsprofielen.* Parallel aan het voorgaande zal begonnen worden met het ontwerpen van beroepsprofielen. Er zal een structuur worden ontworpen waarmee een doelmatige taakverdeling tussen de verschillende beroepsgroepen kan worden gerealiseerd met behoud van de nodige flexibiliteit bij de inzet van de diverse functies.
- *Het uitwerken van ggz-functiedifferentiaties.* Bij functiedifferentiaties gaat het om vormen van deskundigheid die binnen de geestelijke gezondheidszorg in praktijk worden gebracht. Gedacht moet hierbij worden aan de sociaal geriater, de verslavingszorgarts, de gedragstherapeut, de GGZ-agogen, de GGZ-vaktherapeuten etc.

Vooraf de thematiek van de functiedifferentiatie zal in de optiek van het CONO veel aandacht moeten krijgen. Het CONO stelt zich in zijn advies op het standpunt dat GGZ-functiedifferentiaties buiten het bestek van de Wet BIG moeten blijven. Het CONO acht in deze gevallen de beroepsverenigingen zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, de opleiding, de bij- en nascholing en de supervisie van deze functiedifferentiaties. Deze beroepsverenigingen zullen zelf een register kunnen gaan voeren. Deze zienswijze houdt in de beroepsverenigingen zich zelf belasten met het ontwikkelen van kwaliteitstrajecten in relatie tot de gemaakte differentiaties.

5. Standpunt

Ik spreek mijn waardering uit voor het advies van het CONO. Het geeft praktische wenken voor het invoeren van de nieuwe ordening en haar verdere aankleding. Het verheugt mij ook dat het CONO, na brede consultatie van belanghebbenden, de aanwezigheid van draagvlak vaststelt voor een nieuwe beroepenstructuur welke steunt op bevindingen uit onderzoek en het in de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999 gepresenteerde ordeningsmodel. Het door het CONO benadrukte onderscheid tussen generalistische en specialistische beroepsuitoefening acht ik van fundamenteel belang voor het streven naar vereenvoudiging en transparantie. Het onderscheid is belangrijk om te komen tot een versterking van de rol van de eerste lijn in de opvang van cliënten. Deze opvang moet laagdrempelig zijn en worden gegeven door beroepsbeoefenaren met een generieke deskundigheid, al dan niet aangevuld met gespecialiseerde c.q. specifieke deskundigheden. Voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geldt in mijn visie een restrictievere benadering. Alleen de zwaardere en complexe klachten dienen hier in behandeling te worden genomen. Met domeinafbakening en beroeps-

profielen zal dit onderscheid in de volgende fase van de herordening verder gearticuleerd worden. Binnen het medisch cluster is het onderscheid tussen generalistische en specialistische beroepsuitoefening al duidelijk als het gaat om de psychiater, die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam is, of de huisarts die werkzaam is in de eerste lijn van deze sector. Voor het generalistisch beroep van de gezondheidszorgpsycholoog bestaat er in de clustering een duidelijke ordening. Pedagogen, psychologen, en (geestelijk) gezondheidswetenschappers kunnen een opleiding volgen om zich te kwalificeren als gezondheidszorgpsycholoog om dan als zodanig een basisberoep in de geestelijke gezondheidszorg te vervullen met een generalistische oriëntatie.

Per niveau schets ik mijn standpunt als volgt.

Het generalistisch niveau

In de nieuwe beroepenstructuur vervullen - conform het advies van het CONO - de algemeen verpleegkundigen, de algemeen artsen, de gezondheidszorgpsychologen, huisartsen en agogen de beoogde generalistische functie.

Op dit moment acht ik het niet opportuun op dit niveau veranderingen aan te brengen in het bestaande onderscheid tussen wettelijk geregelde en niet wettelijk geregelde beroepen. In de volgende adviesfase zal de handhaving van dit onderscheid opnieuw aan de orde kunnen komen. Ik vraag aan het CONO bij die gelegenheid aan te geven hoe de recent verworven positie van de agogen in de beroepenstructuur en verder die van de vaktherapeuten nader uitgewerkt kunnen worden. Daarbij kan ook worden ingegaan op de vraag of wettelijke regeling op grond van de Wet BIG wenselijk dan wel nodig is. In de gevraagde studie zal mijns inziens ook grote aandacht moeten worden geschonken aan de belangrijke plaats van deze beroepen in de nieuwe zorgvisie, die uitgaat van de gedachte dat cliënten of patiënten zoveel mogelijk hun behandeling in de eerste lijn dienen te krijgen.

Er zal bij de uitwerking van deze beleidsbrief voorts aandacht worden geschonken aan verheldering van de positie van de eerstelijnspsychologen naast die van de gezondheidszorgpsychologen. In de meeste gevallen bezitten de eerstelijnspsychologen de titel van gezondheidszorgpsycholoog. De gezondheidszorgpsycholoog beschikt over de deskundigheid die past bij zijn status als beoefenaar van een basisberoep op grond van artikel 3 van de Wet BIG. De eerstelijnspsychologen beschikken over deskundigheden, die boven het in artikel 3 van de Wet BIG geregelde, niveau van de gezondheidszorgpsycholoog uitreikt.

Het is mijn voornemen in het najaar te starten met experimenten waarin wordt nagegaan hoe de toegang tot de eerstelijns kan worden verbeterd.

Bij de verdere uitwerking van het generalistisch niveau in de vervolgfase van dit standpunt ondersteun ik het voorstel van het CONO om voor verpleegkundige beroepen op basisniveau te komen tot functiedifferentiatie.

Het specialistisch niveau

Tot deze categorie reken ik de psychiaters, de in te voeren beroepsgroep van klinische psychologen en mogelijk de verpleegkundigen die zich in GGZ-verband gespecialiseerd hebben. In de nieuwe structuur zal de arts met het GGZ-specialisme de (wettelijk erkende) titel van psychiater blijven dragen. De Federatie van gezondheidszorgpsychologen i.o. (een initiatief van NIP en NVO) heeft een regeling ex artikel 14 Wet BIG in voorbereiding voor een specialisme van het beroep van gezondheidszorgpsycholoog. Ik ga er van uit dat het advies van het CONO daarbij als uitgangspunt wordt genomen.

Ik acht het op dit moment te vroeg om al een standpunt in te nemen over het advies van het CONO om voor de gespecialiseerde verpleegkundigen de titel van GGZ-Verpleegkundig Spe-

cialist (GGZ-VS) in te voeren. De gebezigde motieven - kwaliteitsverbetering verpleegkundige zorg GGZ, verbetering van het loopbaanperspectief en de positie op de arbeidsmarkt - spreken mij als argumenten voor deze titel aan, maar een oordeel kan pas gevormd worden als aan dit voornemen de nodige uitwerking is gegeven. Ik vraag het CONO om de initiatieven van de landelijke koepel van beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij de verwezenlijking van hun streven naar een verpleegkundig specialisme in de GGZ. Na ontvangst van een desbetreffend voorstel zal ik mijn standpunt kenbaar maken.

GGZ-functiedifferentiatie

Het aanbrengen van differentiatie binnen functies om de beschikbaarheid van specifieke deskundigheden herkenbaar te maken draagt bij aan de beoogde transparantie van de beroepenstructuur. Het betreft specifieke deskundigheden in relatie tot werkterrein of opleiding waar de praktijk om vraagt. In beginsel stem ik daarom in met de gedachte van het CONO dat beroepsbeoefenaren op elk basisniveau streven naar functiedifferentiatie. Daarbij is het wel nodig een tweetal randvoorwaarden in acht te nemen: het differentiatieproces moet beperkt blijven en geen nieuwe oorzaak gaan vormen van onoverzichtelijkheid, het differentiatieproces moet op evidente wijze uit de behoeften van de praktijk voortkomen en een nuttige waarde toevoegen aan het geheel van deskundigheden.

Na vaststelling van de nieuwe structuur van het beroepenveld zal er uitwerking moeten worden gegeven aan het afbakenen en onderling afstemmen van beroepsdomeinen, beroepsprofielen, waarbij ook ingegaan zal moeten worden op het aanbrengen van functiedifferentiaties. Ik zie hier een centrale rol voor het CONO weggelegd.

Met het CONO ondersteun ik in dit verband het voornemen van de Kamer Vaktherapeuten een gezamenlijk opleidingstraject te ontwikkelen en op basis daarvan te komen tot een specifiek op de GGZ gerichte functiedifferentiatie.

Wettelijke regeling voor het onderscheid tussen generalistische en specialistische beroepen in de GGZ

Het onderscheid tussen generalistische- en specialistische beroepen wordt in de Wet BIG via artikel 3 voor de basisberoepen en artikel 14 voor de specialistische beroepen vastgelegd. Ik verwacht dat mij op zo kort mogelijke termijn - in het kader van artikel 14 Wet BIG - een besluit ter goedkeuring zal worden voorgelegd voor regeling van een specialisme van het beroep van gezondheidszorgpsycholoog, alsmede het verzoek om de daarbij behorende titel klinisch psycholoog wettelijk te erkennen. De representatieve beroepsorganisatie van gezondheidszorgpsychologen heeft daarbij het voortouw. Het advies van het CONO wordt breed gedragen door de aangesloten beroepsverenigingen, hetgeen betekent dat voor voorgaande regeling een breed draagvlak bestaat.

Psychotherapie in een nieuw perspectief

Psychotherapie is een waardevolle methodiek en behandelwijze en mag in de nieuwe beroepenstructuur niet verloren gaan. Als methodiek en behandelwijze is het voortbestaan echter niet afhankelijk van de aanwezigheid van een *zelfstandig* beroep van psychotherapeuten, zoals nu het geval is. De deskundigheid kan immers ook als facet van de deskundigheid van andere, daartoe bestemde, beroepen in de geestelijke gezondheidszorg worden gezien. Deze gedachte opent de mogelijkheid de psychotherapeutische deskundigheid een nieuwe plaats te geven in de nieuwe beroepenstructuur voor de geestelijke gezondheidszorg, hetgeen winst oplevert voor het streven naar eenvoud en inzichtelijkheid.

Een herplaatsing van deze *deskundigheid* steunt ook op twee aanvullende gronden:

- De huidige beroepenstructuur bevat een fundamentele onduidelijkheid over de positie van de psychotherapeut die mijns inziens in de nieuwe structuur niet kan blijven voortbestaan. In paragraaf 3 heb ik gewezen op het verschil tussen de wettelijke status van dit beroep (= basisberoep) en het imago in de praktijk (= een specialistisch beroep).
- Door invoering van het nieuwe specialisme van klinisch psycholoog ontstaat er op het specialistisch niveau een nieuwe beroepsgroep, die samen met de psychiaters in de geestelijke gezondheidszorg over adequate psychotherapeutische deskundigheid beschikt. Het ligt om al deze redenen voor de hand de psychotherapeutische deskundigheid als facet te zien van beide laatst genoemde beroepen, waardoor overlap wordt verminderd en de bestaande fundamentele kloof tussen wet en praktijk wordt opgeheven. Het betekent dat het thans op basis van artikel 3 van de Wet BIG geregelde beroep van psychotherapeut kan komen te vervallen.

Ik ondersteun de opvatting van het CONO de psychotherapeutische deskundigheid in de toekomst als een specialistische deskundigheid te zien en als facet toe te voegen aan de specialismen van psychiater en klinisch psycholoog. Met het CONO ben ik ook van mening dat hiervoor de vigerende algemene maatregel van bestuur psychotherapeut 1998 als kwaliteitsmaatstaf kan gelden. De bijzondere psychotherapeutische deskundigheid moet naar mijn oordeel een specifieke en herkenbare plaats krijgen in de beroepsprofielen van de psychiaters en de klinische psychologen, die werkzaam zijn in de GGZ. Bij de integratie van deze deskundigheid moet rekening worden gehouden met het eigen karakter van beide vakgebieden.

Het beroep van psychiater en in de toekomst ook het beroep van klinisch psycholoog in de GGZ vallen onder artikel 14 van de Wet BIG. Op grond van dit artikel behoort het tot de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties van beroepsbeoefenaren om zelf voor hun specialisme(n) een regeling te treffen voor de opleidingseisen waaraan kandidaten moeten voldoen om erkend te worden. Voor de nieuwe beroepsgroep van klinisch psychologen moet een dergelijke regeling nog worden ontworpen. Ook in deze regeling zal aan het facet van de psychotherapeutische deskundigheid de nodige uitwerking moeten worden gegeven. De beroepsvereniging van psychiaters beschikt al over een regeling van de opleidingseisen betreffende hun specialistisch beroep. Ook voor hen is het echter opportuun de eisen aan psychotherapeutische deskundigheid te toetsen aan de nieuwe beroepenstructuur.

Bij de definitieve regeling van de eisen aan de psychotherapeutische deskundigheid acht ik het wenselijk dat er rekening wordt gehouden met het onderscheidene karakter van beide beroepen. Het verschil tussen resp. de psychologische en medische achtergrond van beide beroepen en het daarop gebaseerde verschil in behandelwijzen dienen ook in de regeling van de psychotherapeutische deskundigheid door te klinken. Hierdoor krijgt dit specialistisch facet een van beide beroepen afgeleid karakter. Ook het risico van overlap tussen beide beroepen wordt hierdoor vermeden. Ik zal de desbetreffende beroepsverenigingen van psychiaters en klinisch psychologen verzoeken, in samenwerking met de beroepsvereniging van psychotherapeuten, gezamenlijk te komen tot een regeling van het facet van psychotherapeutische deskundigheid voor beide beroepen afzonderlijk.

Het initiatief tot deze belangrijke wijziging in de beroepenstructuur ligt overeenkomstig artikel 14 van de Wet BIG bij de beroepsverenigingen. Nadat zij aan het facet van de psychotherapeutische deskundigheid de gewenste uitwerking hebben gegeven, zal bezien moeten worden of dit aanpassing van reeds bestaande besluiten ex artikel 14 Wet BIG vergt. Op die wijze zal de beschikbaarheid van psychotherapeutische deskundigheid gewaarborgd kunnen worden.

6. De gevolgen van de nieuwe structuur voor de artikelen 3 en 14 van de Wet BIG en met name voor de positie van de psychotherapeuten

Ik heb in de vorige paragraaf aangegeven hoe de deskundigheid van de psychotherapie ook in de nieuwe structuur aanwezig en in ontwikkeling kan blijven. Het basisberoep van psychotherapeut wordt dan vervangen door het specialisme van psychotherapeutische deskundigheid welke toegevoegd wordt aan het vakgebied van de psychiater en de klinisch psycholoog. Op de langere termijn zal hierdoor het register van psychotherapeuten, gebaseerd op artikel 3 van de Wet BIG, verdwijnen en komt de zelfstandige beroepstitel van psychotherapeut te vervallen.

Voor studerende in de psychotherapie en voor de psychotherapeuten die op grond van artikel 3 van de Wet BIG geregistreerd zijn en de titel van psychotherapeut voeren, heeft dit gevolgen.

Voor de toekomst betekent dit:

- Thans geregistreerde psychotherapeuten kunnen desgewenst hun beroep van psychotherapeut met behoud van hun wettelijke titel blijven uitoefenen. Voor hen blijft het register psychotherapeuten op grond van artikel 3 van de Wet BIG voorlopig in stand. Uiteindelijk zal het register, nadat de laatste geregistreerde psychotherapeut zijn beroep heeft beëindigd, worden opgeheven. Daarmee eindigt de bescherming van de titel van psychotherapeut.
- Vanaf 2002 worden er - overeenkomstig het advies van het CONO - geen nieuwe personen toegelaten tot de postdoctorale opleidingen voor het beroep van psychotherapeut.
- Het is wenselijk voor de thans geregistreerde psychotherapeuten, die de overstap naar het beroep van psychiater of naar het nieuwe beroep van klinisch psycholoog wensen te maken, een specifiek scholingsprogramma te ontwikkelen. Dit programma moet dan als doel hebben dat zij zich kunnen kwalificeren voor het beroep van klinisch psycholoog.
- Voordat er een additioneel scholingsprogramma kan komen, is duidelijkheid nodig over de wijze waarop de psychotherapeutische deskundigheid een plek krijgt in de specialismen klinisch psycholoog en psychiater, alsmede in de beide beroepsprofielen. In de onderlinge afstemming van de beroepsprofielen zal het CONO een ondersteunende rol kunnen spelen. De amvb Psychotherapeut 1998 geldt voor het regelen van deze aspecten als kwaliteitsmaatstaf.

7. Vervolgstappen

De realisatie van de nieuwe ordening en de uitwerking ervan zal stapsgewijs plaatsvinden. Ik sluit me aan bij het door het CONO geschetste vervolgtraject waarin drie onderwerpen centraal staan:

- Uitwerking geven aan de nieuwe beroepenstructuur en haar gevolgen.
- Het uitwerken van beroepsdomeinen en beroepsprofielen.
- Het uitwerken van functiedifferentiaties bij de in aanmerking komende beroepen.

De belangrijkste stappen:

Met het CONO zullen afspraken worden gemaakt over zijn rol in het vervolgtraject en over het te volgen tijdpad. Bij de uitwerking is het van belang dat het aanpassen van de huidige beroepenstructuur herkenbaar wordt afgestemd op de "De beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg". Domeinafbakening, nieuwe beroepsprofielen en functiedifferentiatie zullen ook in functie moeten staan van een doelmatige taakverdeling tussen de 1^{ste} en de 2^{de} lijn van de gees-

telijke gezondheidszorg. Ook zullen deze aanpassingen het inter- of multidisciplinaire samenwerking beter tot zijn recht kunnen laten komen.

Het is van belang dat de uitwerking mede kan steunen op de inzichten van de beroepsverenigingen. Dit vereist dat ook in de vervolgfase ruimte bestaat voor gedachteuitwisseling en andere vormen van overleg.

Met de beroepsverenigingen van de psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters zal ik bespreken hoe en binnen welke termijn er uitwerking kan worden gegeven aan de veranderingen betreffende de psychotherapeutische deskundigheid. Het is van belang dat al de drie genoemde beroepsverenigingen tot overeenstemming komen over de te volgen aanpak. In het kielzog van deze operatie zal ik hun vragen hoe te handelen ten aanzien van zittende psychotherapeuten die een overstap wensen te maken naar één van de beide specialismen ex artikel 14 Wet BIG waarin de psychotherapeutische deskundigheid zal worden opgenomen. Ik hoop ook van de beroepsverenigingen een advies te krijgen over de conclusie die getrokken zal moeten worden uit het onderzoek van het Trimbos-instituut (in opdracht van het Nederlands Instituut van Psychologen) naar de psychotherapeutische deskundigheid van klinisch psychologen.

Met de Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg zal hun bijdrage worden besproken bij het aanbrengen van functiedifferentiatie in de verpleegkundige beroepen op basisniveau.

Over de positionering van het GGZ-verpleegkundig specialisme in het licht van artikel 14 van de Wet BIG zal ik met de representatieve beroepsorganisatie (AVVV) en het CONO in overleg treden. Na overleg met de beroepsverenigingen van agogen en vaktherapeuten zal ik mijn standpunt bepalen over de toekomstige, al of niet wettelijke, status van hun beroepen. Het is wenselijk dat in de voorbereidende studie ook andere sectoren dan de GGZ worden betrokken.

Het streven is gericht op realisatie van deze stappen in 2002.

De nieuwe ordening maakt aanpassing van de Wet BIG nodig. Ik zal daartoe nog in de loop van dit jaar hiervoor voorstellen ontwikkelen. Bij deze voorstellen zal worden uitgegaan van het doel om de psychotherapeut als zelfstandig beroep af te schaffen. De afschaffing van de psychotherapeut als zelfstandig beroep is een proces van lange adem. Degenen die op grond van artikel 3 van de Wet BIG deze titel thans dragen, kunnen daarmee desgewenst doorgaan. Het register wordt gesloten voor nieuwe therapeuten, die hun studie in 2002 of later zijn gestart. Bezien zal worden hoe deze beleidsregel op redelijke wijze kan worden toegepast.