



Het geschetste probleem

Graag reageer ik in het kader van de internetconsultatie vereenvoudigde beroepenstructuur op het voorstel 'Een vernieuwde structuur voor de academische beroepen in de psychologische zorg.' In het voorstel wordt een aantal **problemen** opgesomd met de huidige beroepenstructuur:

1. Het aantal titels dat refereert aan psychologische beroepen is groot;
2. De beroepen en professionals vertonen veel overlap.

De beroepsverenigingen beogen een transparante en duurzame beroepenstructuur op te tuigen, waarbij het voor cliënten en verwijzers in één overzicht zichtbaar moet zijn wat de kwalificaties van een psycholoog zijn. Dit moet leiden tot een betere koppeling tussen aard en complexiteit van de zorgvraag met een professional die passende zorg kan leveren.

Men schrijft: 'De vernieuwde beroepenstructuur heeft naar verwachting impact op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.'

Het beroep psychotherapeut

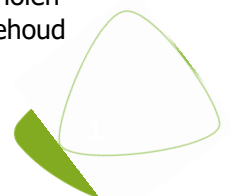
In de memorie van toelichting wordt gesteld dat er sprake is van overlap tussen de beroepen en dat met name de positionering van de psychotherapeut onduidelijk is. Dit wordt onderbouwd door de stelling dat veel psychotherapeuten ook gezondheidszorgpsycholoog danwel klinisch psycholoog zijn. Als oplossing wordt voorgesteld het beroep psychotherapeut te elimineren. Bijzonder, aangezien er in het veld geen onduidelijkheid lijkt te bestaan over de positie van de psychotherapeut en de overlap verklaarbaar is. Gezondheidszorgpsychologen die zich verder willen ontwikkelen hebben twee opties: psychotherapeut of klinisch psycholoog worden. De opleiding tot klinisch psycholoog overlapt voor het behandelgedeelte met de opleiding tot psychotherapeut, waardoor klinisch psychologen zich ook psychotherapeut mogen noemen.

Een psychotherapeut is dus een gezondheidszorgpsycholoog die zich heeft gespecialiseerd in het behandelen van complexe problematiek, maar daar geen erkenning voor krijgt door de beroepstitel specialist te mogen dragen. De klinisch psycholoog treedt ook op als psychotherapeut bij complexe behandelingen, en beschikt daarnaast over kennis van diagnostiek, wetenschap en management. De psychotherapeut behandelt, de klinisch psycholoog puzzelt door goede diagnostiek en raadpleging van wetenschappelijke literatuur, waarna de psychotherapeut (of GZ-psycholoog) weer door kan behandelen.

De mensen die voor de opleidingen tot psychotherapeut en klinisch psycholoog kiezen, kiezen een wezenlijk anders beroepsprofiel, omdat zij andere behoeften hebben in de uitoefeningen van hun beroep. Psychotherapeuten willen vooral behandelen, klinisch psychologen willen inspraak in beleid, positie in het management, en wetenschappelijk onderzoek doen. Voor een goede toegankelijkheid van de zorg zijn er dus psychotherapeuten nodig, niet klinisch psychologen die vooral andere dingen doen dan zorg leveren. Een duidelijke beroepenstructuur houdt in: de gezondheidszorgpsycholoog als basisberoep, met de psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog – deze laatste zonder registratie als psychotherapeut! – als specialisaties van dit basisberoep.

Het is nog niet bekend hoe de nieuwe KP-PT opleiding eruit gaat zien, maar ik ben bezorgd dat de plaatsen niet gevuld gaan worden. Bij de KP zijn nu altijd al plekken over – de opleiding is erg moeilijk te organiseren, zeker in kleinere organisaties – plekken waar de mensen die de PT willen doen geen interesse in hebben, omdat ze geen management en wetenschap ambiëren. De KP-opleiding is bovendien erg moeilijk te organiseren vanwege de strenge eisen, zeker in kleinere instellingen en praktijken. Het is belangrijk dat er een opleidingsroute blijft die vooral gericht is op behandelen.

Daarnaast vind ik het onethisch om een hele beroepsgroep zich verplicht te laten om- of bijscholen om het het werk te kunnen blijven doen dat zij al deden. Er is ook een ander belang bij het behoud





van het onderscheid tussen KP en PT: dat geeft werkgevers de gelegenheid om hun personeelsbestand te diversificeren en de personeelskosten te beheersen. Louter klinisch psychologen in dienst nemen leidt tot problemen, want die willen andere taken dan behandelen.

Onduidelijkheid van de beroepen

Er wordt in de memorie van toelichting gesteld dat het voor patiënten, naasten en verwijzers onduidelijk is waar zij terecht kunnen en dat zij daardoor onnodig psychisch kunnen lijden door te laat zorg te ontvangen of geen juiste zorg te ontvangen. De bronvermelding is een verwijzing naar een rapport uit eigen keuren, waarin geen onderbouwing voor deze stelling te vinden is. Vervolgens worden er irrelevante argumenten bijgehaald om aan te tonen dat er discontinuïteit is tussen de jeugdzorg en de volwassenenzorg. Dit heeft niets met de beroepenstructuur te maken.

In de kern is de beroepenstructuur onduidelijk omdat beleidsmakers op papier een onderscheid willen maken dat in de praktijk niet zo duidelijk bestaat. Dat lost dit nieuwe voorstel niet op. Inherent aan de onduidelijkheid is dat in dit vakgebied niet duidelijk is welke behandeling werkt voor welke cliënt en wat de therapeut in huis moet hebben om *deze* individuele cliënt (of systeem) het beste te helpen. Bij het toewijzen van cliënten is ook niet duidelijk te bepalen wie door een GZ-psycholoog gezien zou moeten worden en wie door een specialist. Iedere psycholoog kan met iedere mate van ernst en complexiteit te maken krijgen en geschikt of ongeschikt zijn om die te behandelen. Vaak weten we pas gaandeweg of de match goed was.

De beroepen zijn onderscheiden in generalistisch en specialistisch, maar in de praktijk zijn ze allemaal generalistisch van aard. Immers bestaan de BIG-opleidingen beiden uit lessen over een breed scala aan problemen en methoden zonder ergens diep op in te gaan. Geen wonder dat er veel overlap is tussen de beroepen. Er zijn ook allerlei methodische beroepsverenigingen die preken voor eigen parochie, maar die het met hun therapievorm niet beter doen dan anderen. In dit kader is het ook een hele slecht idee om de gezondheidszorgpsycholoog-generalist op te leiden om zowel jeugd als volwassenen te behandelen. De inhoudelijke basis – die nu al oppervlakkig aan een veelheid van onderwerpen raakt – verschaalt en daarmee de kwaliteit van behandelingen. Het is ook maar zeer de vraag of dit bijdraagt aan flexibiliteit; hoeveel mensen zullen daadwerkelijk van doelgroep willen wisselen?

Gezien bovenstaande is het begrijpelijk dat cliënten en verwijzers het lastig te bepalen vinden naar welke psycholoog ze moeten verwijzen. Dat is dus helemaal niet zo duidelijk uit te leggen, ook niet door psychologen zelf. Met deze probleemstelling uit het rapport ben ik het dan ook eens. Tegelijk geldt dit ook voor andere beroepen, zoals de artsen. Er is geen cliënt die weet wat een proctoloog doet, maar de cliënt met aanhoudende buikpijn weet wel dat die aan het juiste adres is op de afdeling maag-, darm- en leverziekten. Dus wat er zorgt voor duidelijkheid te midden van die vage beroepen is *de afdeling waar zorg wordt geleverd*. Deze afdelingen hebben doorgaans hele duidelijke namen en een helder profiel van de zorg die zij leveren. Het is dus helemaal niet nodig noch mogelijk om beroepstitels te bedenken die voor iedereen duidelijk zijn.

Verwijzers verwijzen doorgaans via zorgdomein, waar zij op het te behandelen probleem kunnen zoeken of naar een instelling die duidelijk vermeldt wat er wel en niet behandeld wordt. Wat wel een probleem is, is dat huisartsen weinig onderwijs over de GGZ krijgen. Daar kan de GGZ echter weinig aan doen en zal een beroepenstructuur weinig aan veranderen. Cliënten kijken doorgaans op de website van een psycholoog waar duidelijke informatie staat. Maar dan nog blijft onduidelijk wie waarheen moet gaan voor een passende behandeling, gewoonweg omdat we dat niet weten.

Dan beschrijft het rapport uit 2020 nog de mogelijkheid om in de toekomst nieuwe specialismen toe te voegen. Dat lijkt mij een bezwaarlijk plan. Het specialisme KP heeft nu als achtergrond een brede, generalistische opleiding die de specialist ook breed inzetbaar maakt in de GGZ. In het voorstel lijkt te worden gedoeld op het mogelijk maken van specialismen die minder sterk op de GGZ georiënteerd zijn, zoals de forensische en medische psychologie. Er wordt een kunstmatig onderscheid gemaakt tussen takken binnen de GGZ – de sectoren zetten zich hiermee af tegen de GGZ – en voorgesorteerd op een andere opleidingsstructuur. Waarom is het nodig om, bij het beoogde vereenvoudigen van de





beroepenstructuur, op voorhand al na te denken over nieuwe toevoegingen? Er lijkt sprake te zijn van een lobby met andere belangen dan een duidelijke beroepenstructuur. Het is niet mogelijk om in alle behoeften van sectoren te voorzien binnen de opleiding.

Indien er veranderingen komen aan de opleidingsstructuur voor nieuwe specialisaties, betekent dit dat het gewaarborgd moet kunnen worden, o.a. door docenten aan te trekken uit de specifieke werkerreinen. Kleinere werkgebieden dus, wat betekent dat voor een relatief kleine groep psychologen voldoende gekwalificeerde docenten moeten worden aangetrokken in alle regio's. Mijns inziens loopt een dergelijke route gevaar dat continuïteit niet gewaarborgd kan worden. Bovendien verwerven psychologen de specifieke kennis en kunde die aanvullend zijn op de P-opleiding doorgaans gemakkelijk in de praktijk en door bijscholing. Het lijkt mij verstandiger om geen aparte specialismen te maken, maar een aanvullende route bij de methodenaantekening aan te bieden. Met het toelaten van nieuwe specialismen ontstaat ook groen licht voor een aanhoudende politieke strijd – nu al is leesbaar dat universiteiten en afdelingen zich uitspreken – die niets met de beroepenstructuur en de doelen daarvan te maken heeft.

Daarnaast rijst de vraag of het voor de verwijzer en client duidelijker wordt wanneer er meerdere specialismen bijkomen. De verwijzer verwijst doorgaans naar een afdeling voor specialistische zorg, niet naar een individuele psycholoog. Een ander risico is verkokering, kan een forensisch specialist die van baan wil veranderen net zo goed aan de slag op een GGZ-afdeling? Of moet er dan eerst een andere aantekening worden gehaald? Bij een te sterke graad van specialisatie, wordt ingeboet aan flexibiliteit en inzetbaarheid op de arbeidsmarkt als geheel. De behoeften van de huidige GGZ zijn niet per se die van de toekomst. Een breed specialistisch beroep ondersteunt een wendbaarder beroepenhuis binnen de GGZ.

Masterpsychologen

Voorts is niet te bevatten dat masterpsychologen niet meer zelfstandig in de praktijk zullen mogen werken. Hier is geen enkele wetenschappelijke basis voor. Alle onderzoeken die hiernaar gedaan zijn wijzen uit dat er geen verband is tussen behandelervaring en behandeluitkomst. Soms wordt er een negatief verband gevonden: meer ervaring leidt tot slechtere behandeluitkomsten. Daarnaast is het ongezond om jonge mensen te dwingen om te kiezen voor een 6-jarige studie. De ruimte na de master geeft gelegenheid tot ontwikkeling en reflectie. En het opdoen van werkervaring, waardoor de theoretische lesstof in een kader valt en makkelijker kan worden opgenomen en toegepast dan wanneer iemand vers van de universiteit komt.

Landelijk kwaliteitsregister methodische beroepsverenigingen

Het is verbazingwekkend dat er een landelijk kwaliteitsregister wordt opgezet. Kwaliteit wordt geborgd in de wet BIG. Daarnaast is er ook andere wetgeving die bijdraagt aan kwalitatief goede zorg, zoals de wkkgz. De methodische verenigingen hebben helemaal niks met kwaliteit te maken, het is dan ook geen goede zet om ze in een kwaliteitsregister op te nemen. Dit zou echt een andere naam moeten krijgen waarin het woord kwaliteit niet voorkomt.

De methodische beroepsverenigingen zijn nu al een industrie waar veel geld verdiend wordt en waar sterk gepreekt wordt voor eigen parochie. Dit gegeven het feit dat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de psychotherapeutische methoden zich weinig onderscheiden wat betreft behandelresultaat. Zij lijken ook steeds meer op elkaar en lenen elkaars interventies. We weten daarnaast niet welke therapie werkt voor welke cliënt. Het is dus zeer de vraag of deze verenigingen überhaupt bestaanrecht hebben. Wanneer zij eenmaal bestaan, vormt het bestaan op zich een reden tot voortbestaan.

Psychologen zijn leergierig en volgen graag bij- en nascholing. Een psycholoog die zijn cliënten goed wil bedienen, heeft meerdere methoden nodig in de gereedschapskist. Denk aan de populaire cognitieve gedragstherapie, EMDR en schematherapie, verenigd in P3NL. Om lid te mogen zijn (en blijven) van deze verenigingen, moet een lang en kostbaar traject gevolgd worden van scholing en supervisie. Eenmaal lid, moeten er punten worden gehaald speciaal voor die vereniging en wordt er jaarlijks een fikse contributie afgeschreven. De machtspositie van deze verenigingen is groot, zij





hebben steeds meer inspraak. Psychologen kunnen zich moeilijk losmaken uit deze carrousel, aangezien de aantekeningen als waardevol worden gezien door werkgevers en de enige manier zijn om hard te maken dat een psycholoog een methode echt beheerst.

Het is belangrijk om de aandacht erop dat vestigen dat het P3NL is dat heeft meegewerkt aan onderhavig voorstel, terwijl er nog veel meer verenigingen zijn. P3NL bestaat uit verenigingen waar de mensen aan het roer stuivertje wisselen. Het is een club van mensen die veelal dezelfde therapieën geven, waar de mensen aan het roer veel samenwerken en waar sprake is van belangenverstrengeling. Dit is een zwakte in het rapport, het zou fraaier zijn als andere verenigingen hadden mogen meedenken.

Wanneer er, bovenop het BIG-register, een kwaliteitsregister wordt opgericht, wordt de machtspositie van deze verenigingen verder versterkt. Het wordt voor psychologen steeds moeilijker om zich bij te scholen op gebieden die zij zinvol vinden, omdat zij vastzitten in het behalen van punten voor hun verenigingen. Daarmee ontstaat naast eenheidsworst ook verschraling, omdat men niet de kennis opdoet die nodig is, maar de scholing die moet om lid te blijven van de vereniging.

Mijns inziens zijn het de methodische verenigingen die het verwarrend maken bij welke psycholoog iemand terecht kan. Al die drielettertherapieën die erg op elkaar lijken maar zich hard proberen te onderscheiden, daar begrijpen verwijzer en cliënt niets van. Hoe moet een huisarts weten of bij een depressie CGT, IPT, CBASP, PEP, SFT of MBCT danwel MBSR geïndiceerd is? Dat hoeft de huisarts niet te weten – zoals eerder gesteld bevindt duidelijkheid zich in de naam van een instelling of afdeling. Of desnoods in een mentaal gezondheidscentrum. Ook in het voorstel voor een landelijk kwaliteitsregister zie ik geen belang voor verwijzer en cliënt, maar vooral een belang voor de verenigingen zelf, die zich zo nog krachtiger willen onderscheiden en psychologen nog sterker in de houdgreep hebben om steeds maar wel geld af te dragen. Plus er moet een orgaan bekostigd worden dat dit register bijhoudt, waarmee weer geld aan de zorg besteed wordt in plaats van in de zorg.

CyneFin-raamwerk

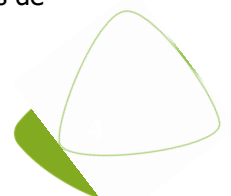
Op pagina 4 van de Memorie van toelichting staat:

De klinisch psycholoogpsychotherapeut en de klinisch neuropsycholoog zijn bekwaam om zorgvragen te behandelen bij complexe problemen en chaotische probleemsituaties. Bij deze zorgvragen is de relatie tussen oorzaak en gevolg pas achteraf helder of ontbreekt deze vooraf.

Deze tekst verwijst naar het CyneFin-raamwerk dat is vermeld in het rapport over de nieuwe beroepenstructuur uit 2020. Daarin wordt een voorstel gedaan om op basis van een raamwerk mate van complexiteit te bepalen en daaraan de juiste zorgprofessional te koppelen. Iets soortgelijks is geprobeerd in het Landelijk Kwaliteitsstatuut 3.0 en dat heeft jammerlijk gefaald, omdat het erg onduidelijk was en praktisch onbruikbaar. Algemene kritiek op het CyneFin raamwerk is dat het moeilijk en verwarrend is en een te beperkte selectie van mogelijke contexten biedt. Al eerder noemde ik het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing als probleem bij de herziening van de beroepenstructuur. Over dit onderwerp zegt EvidenceHunt:

Based on the top search results provided, there is no specific study or scientific literature available that directly assesses whether the book 'CyneFin: A Sense-making model for our times' by Snowden & Boon (2007) has a scientific foundation.

De rapporteurs geven zelf aan dat het model ontwikkeld is voor gebruik in een andere context, namelijk bestuurd van organisaties. Ik vind het *zeer* problematisch dat de rapporteurs op geen enkele wijze vermelding doen van de kritieken op dit model noch onderbouwen waarom het, ondanks de kritiek, wel geschikt zou zijn voor het beoogde doeleinde.





Conclusie

Het voorstel tot het herzien van de beroepenstructuur ontbeert een goede onderbouwing op alle vlakken. Er is sowieso veel geld mee gemoeid. Het is onverstandig om grootse veranderingen door te voeren waarvan onduidelijk is of ze wel bijdragen aan de beoogde doelen. In een tijd waarin de GGZ noodlijdend is, is het schandalig om dit onderwerp zodanig te prioriteren en er zoveel tijd en geld in te steken.

