

Naar een toekomstbestendige GZ-, KP- en PT-opleiding bij RINO amsterdam

Visiedocument

Marrie HJ Bekker & Marleen Rijkeboer

December 2020

Voorwoord

Dit visiedocument betreft de BIG-opleiding tot Gezondheidszorg Psycholoog (GZ), Klinisch Psycholoog (KP) en Psychotherapeut (PT) bij RINO amsterdam.

Allereerst wordt onze algemene visie op postacademisch opleiden uiteengezet. Belangrijke pijlers zijn daarbij onder meer de nauwe samenwerking tussen academie, opleidingsinstelling en de praktijk, het uitgangspunt van 'een leven lang leren', en een goed mogelijke aansluiting bij de behoeften van de -snel veranderende- maatschappij. Het betreft een 'levend' document, dat zal mee-resoneren met het, vanuit de Landelijke Opleidingsraad geïnitieerde visieproces genaamd 'Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen' (APV), waaraan beide hoofdopleiders van RINO amsterdam deelnemen.

Na deze algemene visie treft u voor iedere BIG-opleiding belegd bij RINO amsterdam, onze meer specifieke visie en onze voornemens voor innovatie en verdere vormgeving, waarbij vanzelfsprekend de desbetreffende landelijke Besluiten en Opleidingsplannen het kader vormen waarbinnen wij werken.

Algemene visie op de BIG-opleidingen leidend tot GZ, KP en PT

Triade academie, opleidingsinstelling en praktijk

Een nauwe samenwerking tussen academie, opleidingsinstelling en praktijk vormt de basis voor het postacademische onderwijs. Een hechte triade zorgt voor kwalitatief hoogstaand onderwijs, met een sterk wetenschappelijk gehalte en maatschappelijk/klinisch relevante thema's.

Het is de taak van de hoofdopleiders, tezamen met hun plaatsvervangers en hoofddocenten om - in nauwe samenwerking met de universiteiten en de praktijkopleidingsinstellingen - het overzicht te houden over relevante ontwikkelingen voor het werkveld van de psychische gezondheidszorg, zoals transities in de organisatie van de zorg, toenemende aandacht voor patiënten participatie, internationalisering, technologische (digitale) toepassingen, enzovoort. Keuzes voor het curriculum zullen steeds op basis van dit overzicht worden genomen.

Daartoe komen afgevaardigden van de triade inclusief cursisten tijdens verschillende vormen van overleg bij elkaar om inhoudelijk met elkaar van gedachten te wisselen over de koers van de opleiding.

Competentiegericht en probleemgestuurd opleiden

De principes van het competentiegericht leren vormen het uitgangspunt van de GZ-, KP- en PT-opleiding. De GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog in opleiding leert bij uitstek door, en in interactie met zijn of haar omgeving. De rol van de opleider (elke persoon met een geformaliseerde rol in het leerproces) is primair die van begeleider of coach. Uitgangspunt is dat veel initiatief en verantwoordelijkheid voor het leerproces bij de cursisten zelf ligt; zij stellen leerdoelen op, bereiden zich voor op onderwijsactiviteiten, brengen casuïstiek in, en benutten reflectie, supervisie en intervisie. Deze zelfsturing vindt plaats in overleg met de opleider aan de hand van documentatie in het portfolio. De cursist leert van de beroepsgenoten en neemt geleidelijk het handelingsrepertoire (kennis, vaardigheden, houding, normen en waarden) van de beroepsgroep over. De uit te voeren werkzaamheden en verantwoordelijkheden verschuiven gedurende de opleiding van minder naar meer complex en de begeleiding wordt in de loop van de opleiding minder intensief. De cursist wordt hierbij steeds gestimuleerd tot kritische reflectie (wetenschappelijk, beroepsmatig en persoonlijk) over de eigen ervaringen en ontvangt regelmatig concrete feedback van opleiders op zijn/ haar handelen. Het competentiegerichte onderwijs zorgt ervoor dat de deelnemers in de praktijk worden getoetst op zeven landelijk vastgestelde competentiegebieden, te weten psychologisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

In de praktijk en in het cursorisch onderwijs worden deze competenties zowel ontwikkelingsgericht als selectief (voldoende/onvoldoende) getoetst. In het cursorisch onderwijs participeren zij in een (gedeeltelijk) vaste studiegroep van cursisten; hierin doorlopen zij, in voortdurende interactie met elkaar en de docenten, het proces van verwerving van competenties en beroepsidentiteit van de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog dan wel psychotherapeut. *Peer feedback* speelt een belangrijke rol. Op het gebied van uitvoering van de zorg (diagnostiek en behandeling) ligt het accent in het begin van het cursorisch gedeelte op het verwerven van kennis en vaardigheden en de toepassing ervan op door cursisten ingebrachte casuïstiek. Gaandeweg de opleiding verschuift het accent naar kritisch wetenschappelijke, maatschappelijke en ethische reflectie op de zorg van complexe psychopathologie, waarbij de cursisten meer en meer het cursorisch onderwijs zelf inrichten met presentaties, discussies, casuïstiekbespreekingen, et cetera. Het cursorisch-

en praktijkonderdeel van de opleiding sluiten hierbij steeds zo veel als mogelijk op elkaar aan; er is dus sprake van een 'duaal leertraject'.

Een leven lang (probleemgestuurd) leren

De snel cumulerende kennis in ons vakgebied maakt het adagium 'een leven lang leren' des te toepasselijker op onze opleidingen, waarbij voortdurend de laatste stand van wetenschappelijk kennis leidend moet zijn in de uitvoering van de eigen professie. Het is daarbij helpend cursisten heuristieken aan te reiken, waarbij probleemgestuurd denken en handelen voorop staan (het zogenoemde *case/problem based learning*). Het is van belang dat zij de dagelijkse zorgpraktijk kritisch leren beschouwen, vanaf de masteropleiding tot in specialistische BIG-opleidingen en daarna, in de nascholing. In de diverse opleidingsonderdelen komen zaken aan bod die betrekking hebben op het beleid, de organisatie, de financiering en de uitvoering van de zorg binnen de psychische zorg op macro- (algemeen geldend voor Nederland), meso- (binnen de instelling en/of afdeling) en microniveau (de specifieke cliënt of het specifieke systeem waarvan de cliënt deel uitmaakt). Cursisten leren actief problemen en/of vragen op deze niveaus te herkennen, te analyseren en aan te pakken en/of te beantwoorden; in de GZ-opleiding meer op het micro- en meso-niveau, en in de vervolgoopleidingen ook op het macro-niveau. Ze leren hoe ze problemen in de praktijk kunnen vertalen naar toetsbare vragen, gaan dan op zoek naar beschikbare kennis en vertalen vervolgens deze kennis naar de praktijk. In de GZ- en PT-opleiding zal het accent vooral liggen op het leren vergaren en interpreteren van bestaande relevante kennis. In de KP-opleiding zal tevens een actieve rol worden verlangd in de *ontwikkeling* van kennis door het opzetten en uitvoeren van zowel een klinisch relevant onderzoek als een managementopdracht. Naast kritische reflectie zullen alle cursisten specifieke handelingsvaardigheden (in de meest brede zin van het woord) aangereikt krijgen. Docenten werken daarbij sterk interactief; de lesstof is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en docenten fungeren meer als coaches.

Profilering, keuzevrijheid en 'gepersonaliseerd' opleiden

Binnen RINO amsterdam kiezen we ervoor om een zo optimaal mogelijke opleidingssituatie te creëren, door deels in vaste opleidingsgroepen te werken. De groep fungeert daarbij als vehikel voor leren, doordat men in relatieve veiligheid en vertrouwdheid van elkaar kan leren, elkaars ontwikkeling als professional kan volgen en waarbij tevens groepsdynamische processen onder de loep kunnen worden genomen. Immers, het werken in de psychische zorg betekent het werken in en met teams, waarbij vergelijkbare, parallelle processen kunnen spelen. Kennis hierover is van cruciaal belang.

Daarnaast is het wenselijk om ten minste een deel van het GZ-, KP- en PT-onderwijs (zowel cursorisch als in de praktijk) zodanig in te richten dat dit meer is gericht op de persoonlijke leerdoelen van de cursist en het specifieke gebied (of de gebieden) waarin hij/zij handelt (ouderenzorg, forensische zorg, medisch-psychologische zorg, klinische zorg binnen een bepaald spectrum van psychopathologie, etc.). Het onderwijs wordt zo meer vraag gestuurd vormgegeven, waarbij 'gepersonaliseerde' opleidingsroutes door een deels modulair aanbod mogelijk zijn.

Tevens is het streven dat de behandelmodules zoveel als mogelijk worden geaccrediteerd door de betreffende specialistische psychotherapieverenigingen, waardoor cursisten bij afstuderen niet alleen in het BIG-register, maar ook in diverse secundaire kwaliteitsregisters kunnen worden opgenomen.

Jaargroepopleiders: persoonlijke monitoring van opleidingsroutes

Om het functioneren van de cursisten en de groepen waarin zij plaatshebben zo goed mogelijk te volgen en de cursisten te coachen in hun opleidingsroute, zijn bij RINO amsterdam binnen de diverse BIG-opleidingen zogenoemde 'jaargroepopleiders' aangesteld. Zij voeren de voortgangsgesprekken met de cursisten van een bepaalde opleidingsgroep, d.w.z. de IOP-gesprekken, de voortgangsgesprekken en de eindgesprekken. Ook gaan zij diverse keren tijdens het opleidingstraject bij de betreffende groep langs om evaluatiegesprekken met de groep als geheel te voeren.

Opleiden in een digitale wereld

Het is van groot belang om binnen de BIG-opleidingen aandacht te besteden aan het feit dat we in een digitale wereld leven en dat er steeds meer e-applicaties in de zorg komen – waarbij de Covid-19 pandemie en inherente maatregelen een onverwachte, maar enorme *boost* hebben gegeven. We hebben daarom een aparte hoofddocent 'digitalisering' aangesteld bij de BIG-opleidingen. Deze hoofddocent en een team van experts staan ons bij in een intensief proces waarbij de cursisten uitgerust raken met kennis en vaardigheden op het gebied van *e-health* maar ook *e-learning*.

Geleidelijk aan werden al voor de Corona crisis - waar nuttig en relevant - onderdelen van het opleidingspakket digitaal aangeboden, waarbij vooral interactieve applicaties werden ingezet. Sinds het uitbreken van de crisis half maart 2020 besteden wij in onze opleidingspakketten in hoog tempo steeds meer expliciete aandacht aan digitale applicaties in de hedendaagse zorg (vormen van *e-health*, *blended care*, diagnostische routines via mobiele apparatuur ofwel *ecological momentary assessment*, het gebruik van *virtual reality* applicaties, etc.) en aan de stand van de wetenschap op dit terrein.

Opleiden in (online) didactische vaardigheden

Aansluitend bij de door COVID-19 in een stroomversnelling geraakte nieuwe digitale werkelijkheid en onze missie om geleidelijk aan steeds meer probleemgestuurd onderwijs te bieden, is het de bedoeling (en wordt het al deels gedaan) het docentencorps intensief te trainen in moderne didactische inzichten en vaardigheden om het onderwijs zowel online als offline optimaal vorm te geven, waarbij activerende werkvormen een belangrijk uitgangspunt vormen. Cursisten worden op deze manier gemotiveerd en uitgedaagd om voortdurend hun dagelijkse praktijk kritisch te benaderen, zelf informatie te zoeken of te genereren en in interactie met elkaar problemen te analyseren en te verwerken.

Visie op de GZ-opleiding bij RINO amsterdam

De tweejarige opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) in Amsterdam is, net als de gelijknamige opleidingen bij de overige postacademische instituten in den lande, een brede, generalistische opleiding gericht op het opleiden van ruim inzetbare, behandelende psychologen. De GZ-psycholoog beschikt over kennis en vaardigheden met betrekking tot diagnostiek, indicatiestelling, psychologische interventies en andere professionele taken, en behandelt zelfstandig psychische stoornissen, problemen in de levenssfeer en de psychische aspecten die samengaan met lichamelijke ziekte, invaliditeit en handicaps. De opleiding tot GZ-psycholoog resulteert bij succesvolle afronding in opname van de desbetreffende professional in het gelijknamige BIG-register.

RINO amsterdam, postacademisch instituut verbonden aan vele praktijkinstellingen en de twee plaatselijke universiteiten VU en UvA, heeft "inspiratie" sinds jaar en dag hoog in haar vaandel staan. De GZ-opleidingen (gedifferentieerd naar Volwassenen en

Kinderen/Jeugdigen en Ouderen) zijn de laatste twee jaren enorm in omvang gegroeid (momenteel 20 groepen à gemiddeld 16 cursisten). Hierbij is sprake van een grote vraag naar GZ-psychologen in het klinisch werkveld en een veelheid aan geïnteresseerde kandidaten wachtend op (en langdurig – momenteel 4-5 jaar - smachtend naar) een GZ-opleidingsplaats.

Meer profilering/ aanbrenge van accenten

Er is sprake van competentiegericht opleiden. en reeds een begin gemaakt met modularisatie teneinde meer keuzemogelijkheden te ontwikkelen. Zoals hieronder aangegeven (*Evidence*) lag er tot nu toe veel nadruk op cognitieve gedragstherapie. Er zijn echter veel redenen om ook andere behandelstrategieën tot de keuzemogelijkheden te laten behoren; en dat willen we de komende jaren dan ook realiseren. Daarnaast hebben verschillende groepen opleidingen verschillende interesses in typen zorgdomeinen en doelgroepen, zoals forensische populaties, medische populaties, mensen met een verstandelijke beperking, etc.. Tot nu toe is het aan deze opleidingen zelf om het in de GZ-opleiding geleerde, zelf te gaan toepassen in deze specifieke settings en doelgroepen. In de komende jaren willen we hun profilering beter vorm en inhoud geven, door keuzemodules te gaan aanbieden gericht op de diagnostiek en behandeling van deze specifieke doelgroepen.

(Her)inrichting structuur Hoofddocenten – Jaargroepopleiders

Ook organisatorisch zullen de nodige alsook beoogde efficiency-slagen gerealiseerd worden (zie voorgaande, *Randvoorwaarden*). Hiertoe behoort ook dat momenteel de structuur min of meer 'hersteld' waarbij de hoofdopleider(s) inhoudelijke opleidingsdomeinen belegt bij hoofddocenten die vervolgens docenten aansturen; deze was in de loop der jaren verwaterd. Voor de komende periode brengt dit tevens met zich mee dat deze domeinen intern worden geëvalueerd, en er waar wenselijk betere onderlinge afstemming tussen docenten en inhoudelijke vernieuwing in wordt aangebracht. De groepscoaching wordt belegd bij daartoe aangestelde Jaargroepopleiders.

Verstevigen van de samenwerking met de universiteiten en praktijkinstellingen

De GZ-opleidingen zijn zeer nauw gelieerd aan de praktijkinstellingen – waarmee zeer goede samenwerkingen bestaan - en ook aan de beiden universiteiten VU en UvA. Laatstgenoemde academische verbondenheid is de laatste maanden bewust versterkt (want was op het niveau van docentschappen non-existent) en zal verdergaand versterkt zal worden. Ditzelfde geldt voor de contacten met de praktijkinstellingen. Dit alles gebeurt o.a. door docenten van de universiteiten en vanuit de praktijkinstellingen meer te betrekken in het GZ-onderwijs (zie ook hieronder: *Evidence*; en hiervoor: *(Her)inrichting structuur Hoofddocenten - Jaargroepopleiders*) en ook in de Amsterdam pilot aansluiting master-GZ opleidingen.

De Amsterdamse Pilot Aansluiting Masters-GZ is al succesvol van start gegaan en vormt eveneens een belangrijke link naar de toekomst van de GZ-opleidingen. In de gelijknamige werkgroep zijn alle relevante partijen vertegenwoordigd en werkt men samen aan het doel om faciliterende en belemmerende factoren te inventariseren en onderzoeken die een rol spelen bij de beoogde betere en vooral: directe aansluiting vanuit de masteropleidingen op de GZ-opleiding. Hiermee bouwen we aan practice-based evidence die de vormgeving van zo'n directe aansluiting zoals nu ook landelijk beoogd, zal gaan faciliteren.

'EED':

Enkele huidige ontwikkelingen in de zorg, en oog en hart voor de zorgtoekomst zijn daarnaast aanleiding tot enkele plannen tot innovatie van de Amsterdamse GZ-opleidingen en tot groot enthousiasme om daarmee aan de slag te gaan! Deze plannen laten zich kort en bondig samenvatten in de kernwoorden *Evidence*, *E-health*, en *Diversiteit*, tezamen *EED*, gelijknamig aan de eed die de kersverse GZ-psychologen sinds kort ook allen afleggen bij in ontvangst neming van hun diploma.

Evidence

Een *evidence-based* geestelijke gezondheidszorg vraagt een *evidence-based* opleiding zoals tot GZ-psycholoog. Dat wil niet alleen zeggen dat zoveel mogelijk wordt gewerkt met didactische middelen waarmee beoogde didactische doelen worden gehaald, maar ook dat therapeutische kennis en vaardigheden worden aangeleerd die gestoeld zijn op wetenschappelijk bewijs. Kijkend naar de huidige opleiding(en) valt op dat daarin vooral de nadruk ligt op cognitieve gedragstherapie (cgt). Echter, recente meta-analyses rond bijvoorbeeld depressie, één van de grootste categorieën van psychische aandoeningen binnen de huidige ggz, toont geen superioriteit van cgt boven enkele andere therapeutische behandelstrategieën, zoals o.m. psychodynamische therapie, gedragsactivatie therapie, sociale vaardigheidstraining, en interpersoonlijke therapie.

Evidence-based opleiden vraagt dus méér therapekennis en -vaardigheden van GZ-psychologen dan (bijna) uitsluitend betreffende cgt. Dit wordt versterkt door enkele bijkomende, wetenschappelijk aangetoonde nadelen van cgt zoals zorgmijding vanwege de *exposure*, terugval, en persisterende comorbiditeit van klachten. Tegelijkertijd zullen didactische overwegingen zwaar moeten wegen bij de beoogde uitbreiding van het behandel aanbod aangeleerd binnen de GZ-opleiding, onder het motto: cursisten kunnen zich beter een *beperkt* aantal therapeutische behandelstrategieën en de bijbehorende kennisgoed *goed* aanleren, dan *een veelheid aan* strategieën "*een beetje*".

De bron van evidentie is de wetenschap; en via de beide universiteiten alsook de bredere wetenschappelijke vakliteratuur is recente informatie hierover in principe uitstekend beschikbaar, ook voor de hoofdocenten, docenten en cursisten van de GZ-opleiding. Opvallend in dit verband was, in de beginfase van aanstelling van de huidige hoofdopleider (MB), dat op dat moment *geen/ nauwelijks* docenten van VU en UvA participeerden in de GZ-opleiding. Hoewel (hoofd-)docenten behalve bij RINO werkzaam in praktijkinstellingen (nu dus vrijwel 100% van het docentencorps) uiteraard óók tot taak hebben de meest recente *evidence* aan de GZ-psychologen in opleiding over te dragen, hebben universitaire docent-/onderzoekers als het ware een nog "natuurlijker" toegang tot dergelijke evidentie, sterker nog: ze werken mee aan de productie ervan.

Dit opgemerkt hebbende, werd vervolgens een grote interesse in en bereidheid tot dergelijke samenwerking bij alle drie de betrokken instanties aangetroffen. En is er inmiddels een begin gemaakt tot samenwerking op dit praktische, didactische niveau van onderwijsuitvoering. Daarnaast vindt vanuit RINO steeds "voeding" plaats richting *alle* docenten qua *evidence-based* opleiden; en krijgen GZ-cursisten een uitgebreider aanbod qua het leren *evidence-based* te gaan *werken in de ggz* dan tot voor kort, zodat zij dit belangrijke aspect van hun functioneren als GZ-psycholoog ook zelf vorm en inhoud kunnen geven in hun professioneel handelen. Kortom, de basis van de kennis en vaardigheden in recente, beschikbare *evidence* zal nog sterker dan nu het geval is, integraal en systematisch onderdeel gaan uitmaken van de GZ-opleiding.

E-health

De vraag naar zorg rond geestelijke gezondheid neemt, net als die rond somatische zorg, in ons land enorm toe, en zal in de nabije toekomst nog groter zijn. Op dit moment is de wachtlijstproblematiek zeer groot, wat heel zorgelijk is mede gelet op de ermee verbonden risico's. *E-health* kan en zal in belangrijke mate bijdragen aan de oplossing van deze problematiek alsook in zichzelf goed aansluiten bij een deel van huidige en toekomstige hulpvragen. De afgelopen COVID-19 periode heeft dit duidelijk aangetoond! Met name *blended* vormen, waarbij *face-to-face* contact met *e-health* worden gecombineerd, hebben ons inziens de toekomst voor het behandelaanbod van GZ-psychologen – in nauwe samenwerking met professionals uit andere disciplines. Toepassing van, en integratie van *e-health* in het behandelaanbod van ggz-professionals is bovendien *evidence-based* (zie vorige paragraaf). Daarom zullen, waar mogelijk en wenselijk vanuit dit gezichtspunt, modules van de GZ-opleiding systematisch worden verrijkt met dergelijke *e-health* mogelijkheden. Analoog is het o.i. wenselijk ook de GZ-opleiding zelf (meer) te gaan voorzien van deze vorm van *blended* leren (zie voor dit punt ook de plannen voor de KP- en PT-opleiding van collega Rijkeboer).

Faciliterend bij genoemde, beoogde systematische integratie van *e-health* in het GZ-curriculum is de grote mate van expertise op dit vlak aanwezig bij de afdeling klinische psychologie van de VU, alsook bestaande samenwerkingen zoals met het innovatieve I-Practice te Amsterdam. Professionals uit deze samenwerkende instellingen zullen ons als een groep experts bijstaan in genoemd implementatieproces.

Diversiteit

De (zorg-)populatie van ons land en de omringende landen is in nog steeds toenemende mate divers, gelet op toenemende leeftijden alsook etnische herkomst, en dit laatste naar generatie. Amsterdam zelf is een veelkleurige stad met meer dan 180 (oorspronkelijke) nationaliteiten. Andere, gg(z)-relevante diversiteitsfactoren zijn o.m. sekse(/gender), SES, intelligentie/opleidingsniveau (hoogbegaafdheid, verstandelijke beperking), seksuele voorkeur. Een belangrijk aspect is dat de diversiteitsfactoren in hun onderlinge interactie tot relevante elementen kunnen leiden in het psychisch/ psychosociaal functioneren van cliënten en in het therapeutisch contact tussen cliënten en GZ-psychologen (in opleiding). Kennis hierover en vaardigheden hieromtrent vormen daarom nu al een onderdeel van de GZ-opleiding, maar conceptueel en qua omvang nog in beperkte mate. Gegeven de recent toegenomen kennis en te verwerven vaardigheden op dit gebied, en de momenteel en in de nabije toekomst nog toenemende druk in de gezondheidszorg op deze “diversiteitscompetenties” is het wenselijk aandacht voor diversiteit ook op meer integratieve en systematische wijze een plaats te gaan geven in het curriculum. Toepassing van de vaak “algemene” (overigens de facto vaak bij een beperkte groep verkregen) kennis bij een meer diverse doelgroep kunnen de cursisten dan al meer *tijdens* de GZ-opleiding leren in plaats van erbuiten of erna.

Kortom, de beoogde innovatie specifiek in de GZ opleiding voor de komende jaren behelst, naast

- het bewerkstelligen van meer keuze- en profileringsmogelijkheden,
- (her)inrichten van de structuur Hoofddocenten – Jaargroepopleiders,
- het verstevigen van de samenwerking met de universiteiten en praktijkinstellingen, en

-het onderzoeken en faciliteren van een betere en meer directe aansluiting tussen de masteropleidingen en de GZ-opleiding (Pilot Aansluiting Masters- GZ opleiding)

ook

-een systematische integratie van *Evidence, E-health, en Diversiteit (EED)* in de Amsterdamse GZ-opleidingen. Dit zal uiteraard gebeuren in nauwe afstemming en samenwerking met betrokken instanties en personen, niet alleen plaatselijk/regionaal met de praktijkinstellingen, universiteiten VU en UvA, en KP- en PT-opleiding, en Afdeling Nascholing en de daaraan verbonden, met ons samenwerkende professionals, maar ook landelijk zoals met de overige GZ-opleidingen.

Visie op de KP- en PT-opleiding bij RINO amsterdam

Achtergrond

Een commissie onder leiding van Rinnooy Kan heeft in de herfst van 2020 bij de minister een adviesrapport over de beroepenstructuur in de psychologische zorg ingediend. Hierin wordt gepleit voor het samenvoegen van de BIG-registraties Klinisch Psycholoog (KP) en Psychotherapeut (PT) tot één artikel 14 beroep. Ook in het klinische veld is er behoefte aan een meer 'opgetuigde' PT en diverse belangrijke stakeholders van RINO amsterdam nemen voor het opleidingstraject PT alleen nog maar mensen aan die al GZ-psycholoog zijn.

Anticiperend op deze samenvoeging van beroepen in 2030, heeft het Stichtingsbestuur PDO-GGZ Amsterdam besloten om één hoofdopleider voor zowel KP als PT aan te stellen, met tevens voor beide opleidingen apart een plaatsvervangend hoofdopleider. Daarnaast is besloten om vanaf 2021 alleen GZ-psychologen tot de PT-opleiding toe te laten. Hiermee wordt de mogelijkheid gecreëerd om de KP- en PT-opleiding meer te integreren, omdat het startniveau voor beide opleidingen identiek is. Zo kan bijvoorbeeld een gezamenlijk aanbod aan behandelmodules worden gerealiseerd, waarvan een deel keuze-modules betreffen, waardoor meer gepersonaliseerde opleidingstrajecten kunnen worden gevolgd.

Let wel: de PT-opleiding leidt de komende tijd nog steeds tot het *basisberoep* PT, maar het niveau zal hoger zijn dan tot nog toe het geval is. Het is zeer waarschijnlijk dat binnen enkele jaren het definitieve besluit zal vallen om in de wet BIG KP en PT samen te nemen. Amsterdam zal daar dan al geheel op zijn ingericht.

Gepersonaliseerde opleidingsroutes

De KP- en PT-opleiding vindt vanaf 2021 deels plaats in de eigen opleidingsgroep en deels in een samengestelde groep, d.w.z. KP- en PT-cursisten worden verdeeld over diverse kleinere groepen en volgen dan gezamenlijk bepaalde modules. In de eigen opleidingsgroep worden KP- dan wel PT-opleiding-specifieke onderdelen gevolgd en in de kleinere samengestelde groepen worden gezamenlijke onderdelen gevolgd. Dit betreffen de diverse behandelblokken, maar ook gemeenschappelijke subonderdelen uit de pijlers diagnostiek, onderzoek en management.

Gaandeweg worden naast de verplichte onderdelen steeds meer keuzemodules aangeboden. Dit vergt een logistiek hoogstandje, dus dit wordt geleidelijk aan ingevoerd. Het voordeel is dat cursisten een deels gepersonaliseerde opleidingsroute kunnen samenstellen, waardoor men -veel meer dan nu het geval is- zich kan verdiepen in een bepaalde methodiek, stoornisgroep, werkveld, et cetera.

Door de deels gepersonaliseerde opleidingsroutes is het belangrijk dat cursisten elk jaar hun individuele opleidingsplan 'updaten'. Wat zijn de specifieke leerdoelen voor het komende jaar? Welke cursussen willen zij volgen? Hoe past dit alles binnen een intern consistent opleidingsplan? Meer dan voorheen is het de bedoeling dat cursisten hun eigen opleiding vormgeven en hier actief sturing aan geven. Om dit proces goed te begeleiden, hebben we zogenoemde jaargroepopleiders aangesteld (zie algemeen deel van dit visiedocument).

Slechten van schotten tussen de diverse pijlers

De verschillende pijlers binnen de KP- en PT-opleiding, te weten diagnostiek, behandeling, management en wetenschappelijk onderzoek, zijn tot nog toe redelijk geïsoleerd van elkaar gedoceed. Er waren aparte lessen/blokken voor de diverse pijlers. De klinische praktijk vergt echter een constante integratie van deze pijlers. Immers, diagnostiek heeft altijd een doel, en niet zelden is dat het indiceren van een geschikte therapie, het opstellen van een adequaat behandelplan en het (tussentijds) evalueren van een behandeling. Dit alles kan alleen zinvol worden uitgevoerd als rekenschap wordt gehouden met up-to-date wetenschappelijke kennis over diagnostiek en behandeling. Dit betekent echter ook dat regelmatig innovaties moeten worden doorgevoerd in het zorgproces, wat consequenties op allerhande niveau kan hebben (het motiveren en trainen van professionals, financiële afwegingen die moeten worden gemaakt, et cetera). Management issues staan niet los van de dagelijkse zorg en kunnen het best in die context worden onderwezen.

In de KP- en PT-opleiding worden daarom de schotten tussen de verschillende pijlers geleidelijk aan geslecht; de hoofddocenten van de pijlers werken nauw samen om tot meer integratie van de diverse onderdelen te komen, waardoor er steeds meer 'rode lijnen' door het onderwijs worden gevlochten.

Zo krijgen cursisten in beide opleidingen aan het begin van het curriculum een cursus wetenschappelijk onderzoek waarin men leert om vragen uit de praktijk om te zetten naar toetsbare onderzoeksvragen. Ze leren om relevante literatuur te zoeken en deze vervolgens te interpreteren, om tot slot een antwoord te kunnen formuleren op de gestelde vraag. Ze leren om kritisch te kijken naar de dagelijkse praktijk en zich steeds af te vragen: wat is 'the level of evidence'? Vervolgens krijgen ze behandel-, diagnostiek- en management-onderwijs. En ook hier wordt consequent de vraag naar 'the level of evidence' gesteld. Wat weten we feitelijk en wat is nog onbekend? Waar moeten we roeien met de riemen die we hebben en moeten we ons baseren op 'best practice'? Cursisten uit de KP-opleiding gaan vervolgens nog een stap verder. Zij leren om ook zelf 'evidence' te vergaren, door een eigen onderzoek uit te voeren. Het symposium aan het eind van de KP-opleiding, waar zij hun onderzoekresultaten presenteren, zal ook door de PT-cursisten worden bijgewoond.

In vrijwel elke cursus komen ook e-health applicaties aan bod. De hoofddocent 'digitalisering' werkt nauw samen met de docenten van de verschillende blokken (zowel behandeling, diagnostiek, management en onderzoek) en ziet erop toe dat er aandacht wordt besteed aan ontwikkelingen op dit gebied. Zo loopt dit als een rode draad door alle cursusonderdelen.

In de behandelblokken is het de bedoeling om een vaste, terugkerende casus te gebruiken voor de methode specifieke casus conceptualisatie. Men krijgt aldus meer zicht op de theoretische en praktische overeenkomsten en verschillen tussen de methoden.

Samenstelling van het curriculum: een constante interactie tussen opleidingsinstelling, academie en praktijk

Bij het samenstellen van het cursorisch onderwijs zijn vanzelfsprekend de Besluiten KP en PT leidend. Maar daarbinnen zijn ook de nodige vrijheidsgraden. Om het curriculum en de

keuzemodules blijvend te evalueren en waar nodig te innoveren, worden ongeveer twee keer per jaar brainstorm bijeenkomsten gehouden met betrokkenen en belanghebbenden van beide opleidingen, waaronder universitair medewerkers, praktijkopleiders, (plaatsvervangend) hoofdopleiders, hoofddocenten, jaargroepopleiders en vertegenwoordigers van elke jaargroep in de PT- en KP-opleiding. Deze bijeenkomsten zorgen niet alleen voor een breed draagvlak, maar er ontstaan ook interessante nieuwe ideeën. Veel van bovenstaande concrete plannen zijn in dergelijke bijeenkomsten gesmeed.

Nadruk op het belang van specialistische zorg in teams (instellingen)

Eén van de zaken die in deze bijeenkomsten naar voren is gekomen, is het maatschappelijke probleem dat PT-ers regelmatig en KP-ers soms na hun opleiding de grote instellingen verlaten om in een eigen, kleine praktijk te gaan werken. Deze versplintering van de SGGZ is echter niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de zorg. Specialistische zorg kan het best worden geboden in een team van specialisten, die elkaar voortdurend scherp houden en van specialistische informatie voorzien. Complexe casuïstiek vergt veelvuldige evaluatie van inzichten, handelwijzen, et cetera; intercollegiale toetsing is daarbij cruciaal. Daarnaast is het belangrijk dat ook EPA patiënten goede psychotherapeutische zorg krijgen. Psychotische patiënten krijgen bijvoorbeeld vaak niet de psychologische behandeling die zij nodig hebben; hier ligt een belangrijke taak voor PT-ers en KP-ers weggelegd. In het cursorisch onderwijs zal daarom in diverse onderdelen aandacht worden besteed aan de rol van de PT-er en KP-er in de specialistische zorg. Zo wordt gediscussieerd over de identiteit van beide beroepen en de maatschappelijke verantwoordelijkheid die daarbij past, het wordt gestimuleerd dat PT-ers en KP-ers ook in bijvoorbeeld FACT-teams ervaring opdoen en wellicht uiteindelijk gaan werken en er worden naast de gebruikelijke modules over complexe problematiek, tevens modules over de diagnostiek en behandeling van EPA-patiënten aangeboden.

Hoofddocenten sturen inhoud van zowel KP- als PT-onderwijs aan

De meer specifieke inhoudelijke aansturing van het cursorisch onderwijs (blokken diagnostiek, behandeling, management en onderzoek) ligt in de KP- en PT-opleiding bij 5 hoofddocenten, te weten drs. Els Graafsma voor diagnostiek (per 1 januari 2021 wordt zij opgevolgd door dr. Han Berghuis), drs. Maie El Boushy voor behandeling, drs. Nicole op 't Veld voor management, dr. Arnold van Emmerik voor onderzoek en dr. Tim Wind voor digitalisering zorg.

Appendix

Efficiënte opleidingsorganisatie; randvoorwaarden

De huidige opleidingen zijn goed georganiseerd, en worden gunstig beoordeeld door visitatiecommissies alsook cursisten. Tegelijkertijd geldt dat er duidelijk efficiency-slagen kunnen worden gemaakt in de rand voorwaardelijke sfeer. Hiervoor geldt uiteraard dat dit niet het werk van de hoofdopleiders is; wij noemen dit aspect hier echter wel. Ten eerste omdat de tijd van ondersteunend personeel gemoeid met inefficiëntie ten koste gaat van door deze collega's te besteden tijd aan de wenselijke innovaties. Ten tweede gaat een meer efficiënte opleidingsadministratie en toegankelijkheid van onderwijs gerelateerde systemen voor opleidingen en docenten gepaard met grotere onderwijskwaliteit en -tevredenheid. Ten derde is het voor ons als hoofdopleiders buitengewoon moeilijk en tijdrovend om aan elementaire informatie te komen zoals evaluaties van onderwijsonderdelen. Het is dus van belang dat aan deze randvoorwaarden zo spoedig mogelijk beter wordt voldaan. Het dringendst laat zich dit gelden voor wat betreft het geautomatiseerde leerlingvolgsysteem (nu in feite nog niet bestaand) en de toegankelijkheid van alle opleiding gebonden informatie zoals over roosters, draaiboeken, evaluaties.