

Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten

Herhaalmeting 2014

Onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan



Medische zorg aan verstandelijk
gehandicapten en ontwikkelingen in
het werk van de Arts Verstandelijk
Gehandicapten

Herhaalmeting 2014

Ineke Bloemendaal
Willem van der Windt

Utrecht, december 2014

Kiwa Carity is hét kennis- en expertisecentrum in het hart van de zorg. Wij willen de Nederlandse zorgsector optimaal informeren, adviseren en ondersteunen en daarmee bijdragen aan een goede sturing en kwaliteit van de zorg. Uitgangspunten zijn: objectiviteit, gedegenheid, betrouwbaarheid en onafhankelijkheid.

Kiwa Carity wortelt in de basis en heeft een sterke verbinding met de top van de zorg. Door die unieke sleutelpositie zijn wij bij uitstek in staat om actief bij te dragen aan de ontwikkeling van het landelijke beleid en ontwikkelingen in het veld. Wij ondersteunen onze klanten in hun streven de doeltreffendheid, doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren.

© Kiwa Carity, Utrecht, 3 2014. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Kiwa Carity.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

Indien het werk bedoeld is voor openbare publicaties dan mag dat zonder schriftelijke toestemming louter in zijn geheel en zonder enige toevoeging of weglating openbaar gemaakt worden.

® Carity is een wettig gedeponeerde dienst- en warenmerk.

Uitgever

Kiwa Carity
Ptolemaeuslaan 900, 3528 BV Utrecht
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht
Telefoon 030 - 2345 678
Fax 030 - 2345 677
Info.Carity@kiwa.nl

Bestellingen

Publicaties zijn te bestellen via www.kiwaCarity.nl.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
2 Onderzoeksopzet	11
2.1 Onderzoeksvragen	11
2.2 Plan van aanpak	11
2.3 De respons bij gehandicaptenorganisaties	13
2.4 Respons Artsen Verstandelijk Gehandicapten	14
2.5 Afbakening van het onderzoek en definities	16
3 Organisaties voor gehandicaptenzorg: algemene kenmerken en aard van de cliënten	19
3.1 Algemene kenmerken van de organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg	19
3.2 Ondersteuningsaanbod en woonlocaties vanuit de organisaties voor gehandicaptenzorg	20
3.3 Aard van de cliënten toegespitst op de cliënten 'langdurig verblijf'	22
3.4 Verschillen tussen 2010 en 2014	25
3.5 Samenvatting	29
4 Medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking vanuit organisaties voor gehandicaptenzorg	31
4.1 Organisatie van de medische zorg	31
4.2 Medische bezetting in de organisaties voor gehandicaptenzorg	32
4.3 Ondersteuning bij de medische zorg	35
4.4 Beleid bij de medische zorg: specialistische AVG-zorg en huisartsenzorg	37
4.5 Verschillen in de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten ten opzichte van 2010	41
4.6 Samenvatting	44
5 Het werk van de AVG: context en tijdbesteding	47
5.1 Algemene kenmerken van de AVG in onze onderzoeksgroep	47
5.2 Werksetting en werkcontext van de AVG	49
5.3 Tijdbesteding door de AVG aan verschillende werkzaamheden	51
5.4 Ondersteuning door anderen bij de medische zorg	54
5.5 Vergelijking tussen 2014 en 2010	55

5.6	Samenvatting	59
6	Betekenis van de onderzoeksresultaten voor de capaciteitsraming van het Capaciteitsorgaan	61
6.1	Zorgvraag	62
6.2	Zorgaanbod	63
6.3	Werkproces	64
6.4	Samenvatting	65

Literatuurlijst

Definitie van begrippen

Bijlagen

Samenvatting

Doel en opzet onderzoek

Net als in 2010 is in 2014 een onderzoek naar de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) uitgevoerd. De opdrachtgever, het Capaciteitsorgaan, gebruikt deze informatie als achtergrond voor het opstellen van de raming van de gewenste opleidingscapaciteit voor deze groep artsen.

Het onderzoek richt zich op de context waarbinnen AVG's hun medische zorg verlenen, aan welke cliënten ze dat doen en wie hen daarbij ondersteuning geven. Verder is hun tijdbesteding onderzocht, zodat er een beeld ontstaat van de werkzaamheden die naast patiëntenzorg de aandacht vragen. De gegevens uit dit onderzoek zijn zo veel mogelijk naast die uit 2010 gezet, zodat ontwikkelingen zichtbaar worden.

In het onderzoek zijn twee vragenlijsten gehanteerd. De ene, gericht op gehandicaptenzorgorganisaties, kende een respons van 42%. De andere vragenlijst, onder AVG's en diegenen die daartoe in opleiding zijn, laat een respons van 29% zien. De enquêtes vonden plaats in de periode april-juni 2014.

De context van het werk van AVG's

AVG's zijn doorgaans verbonden aan organisaties voor gehandicaptenzorg die zich bezig houden met cliënten met een ZZP-indicatie, veelal verblijf met behandeling, maar ook met externe cliënten via poliklinieken en expertisecentra. Het grootste deel van de verblijfscliënten heeft een verstandelijke beperking; daarbij zijn de "zwaarste" ZZP's oververtegenwoordigd en de "lichtere" ondervertegenwoordigd.

Bijna twee derde van de ondervraagde organisaties (64%) heeft eigen artsen in dienst voor het leveren van de medische zorg aan haar cliënten, meer dan de helft van hen huurt daarnaast artsen in. Ook nog eens 12% zet uitsluitend artsen in die niet in loondienst zijn van de eigen organisatie. Sinds 2010 heeft een lichte verschuiving plaatsgevonden in de medische bezetting. Het aandeel AVG's is licht gedaald, het aandeel basisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde (SO's) is iets toegenomen. De helft van de organisaties heeft nu een expertisecentrum voor externe cliënten tegen een derde in 2010.

AVG's hebben (nog) een grote rol in het bieden van huisartsenzorg, en deze neemt toe naarmate de cliënt een hoger ZZP heeft. Het aandeel organisaties en AVG's dat aangeeft zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg te bieden aan al hun cliënten is echter sinds 2010 belangrijk afgenomen. Het aandeel organisaties en AVG's dat aangeeft uitsluitend specialistische AVG-zorg te bieden aan alle cliënten is vanaf 2010 juist toegenomen.

De zorg door AVG's

AVG's besteden gemiddeld het grootste deel van hun tijd (84%) aan verblijfscliënten. De overige tijd (16%) wordt besteed aan externe cliënten. Dit zijn alle cliënten die geen verblijf hebben binnen de eigen organisatie. Dit aandeel is sinds 2010 nauwelijks toegenomen, ondanks de forse groei van het aantal poliklinieken. Dit hangt mogelijk samen met een vo-

lumebeperking op de polikliniek en de toegenomen ondersteuning van de AVG door andere professionals.

De AVG besteedt de meeste tijd aan cliënten met een matige of ernstige verstandelijke beperking (samen 58%). Ook de tijdbesteding van AVG's aan licht verstandelijk gehandicapten is van belang. Dit aandeel is met 21% namelijk aanmerkelijk groter dan het aandeel dat deze cliënten hebben in de intra- en semimurale zorg, namelijk 6%.

Wat betreft de specifieke werkzaamheden besteedt de AVG het grootste deel van de tijd (67%) aan patiëntgebonden taken. Vrouwen besteden hieraan gemiddeld iets meer tijd dan mannen. Dit geldt uitsluitend voor de indirecte patiëntenzorg. Mannen hebben meer managementtaken in hun werkpakket, vooral vanuit hun functie als AVG. Aan onderzoek en onderwijs wordt in 2014 meer tijd besteed dan in 2010.

Het aandeel patiëntgebonden tijd van AVG's lijkt iets afgenomen, van 71% (2010) naar 67% (2014). Dit verschil zit vooral in de directe patiëntenzorg. Waar in 2010 nog aanmerkelijk meer tijd werd besteed aan directe ten opzichte van indirecte patiëntenzorg, zijn die verschillen in 2014 kleiner geworden. Dit hangt waarschijnlijk samen met de positionering van de AVG's in de organisatie waar ze werkzaam zijn. Aannemelijk is dat bij een afname van het verrichten van huisartsenzorg, het aandeel indirecte patiëntenzorg toeneemt ten opzichte van de directe patiëntenzorg.

De AVG's zijn meer tijd gaan besteden aan oudere categorieën patiënten. Waar de AVG in 2010 de helft van de patiëntgebonden tijd besteedde aan patiënten van 40 jaar en ouder, is dat in 2014 gestegen naar 60%. Dit hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met de hogere levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking, waardoor het percentage ouderen in de populatie groeit.

Ondersteuning

Het aandeel organisaties waar de AVG wordt ondersteund door praktijkverpleegkundigen is fors toegenomen. Hetzelfde geldt voor de ondersteuning door de Verpleegkundig Specialist, hoewel de toename daar minder sterk is.

Het aandeel artsen dat ondersteuning van andere professionals heeft is gestegen van 89% naar 93%. Daarbij is het aandeel AVG's dat kan beschikken over een Verpleegkundig Specialist (VS) licht gedaald (van 30% naar 25%), de beschikking over een (praktijk)verpleegkundige is echter gestegen (van 51% naar 69%).

Ook de omvang van de ondersteuning is fors toegenomen sinds 2010. Gemiddeld over de totale onderzoeksgroep wordt elke fte AVG in 2014 ondersteund door 11,6 uur Verpleegkundig Specialist en 25,2 uur (praktijk)verpleegkundige. In 2010 waren deze cijfers respectievelijk 8,4 en 14,5 uren per fte AVG.

Organisaties die al werken met een VS of praktijkverpleegkundige hebben vaker dan de andere organisaties plannen om de formatie in de toekomst uit te breiden.

Opmerkelijk is de ontwikkeling bij doktersassistenten en medisch secretaressen: ondersteuning door de doktersassistent is afgenomen, ondersteuning door een medisch secretaariaat fors gestegen. De omvang van de ondersteuning is over de gehele linie toegenomen.

Tekorten en kwaliteit van zorg

Het aandeel vacatures ten opzichte van bezette arbeidsplaatsen voor AVG's is sinds 2010 gedaald van 21% naar 12%. Het niveau van 12% ligt weliswaar lager dan in 2010, maar is

in vergelijking met andere groepen medische professionals, waaronder de meeste medisch specialisten, nog wel erg hoog.

In tegenstelling tot 2010 zijn er geen vacatures voor huisartsen en basisartsen.

Meer dan de helft van de organisaties waar artsen werken (56%) vindt de bemensing bij de medische zorg niet optimaal. Belangrijkste aspecten hiervan zijn een tekort aan AVG's, een tekort aan overig personeel en problemen rond werkdruk en overuren.

AVG's en hun werk

De gemiddelde leeftijd van de AVG's is 45 jaar. Men heeft gemiddeld 13 jaar ervaring in de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Vrouwen zijn in de meerderheid; vooral in de leeftijdsgroepen tot 45 jaar zijn de mannen sterk ondervertegenwoordigd.

De gemiddelde omvang van het dienstverband is 31,2 uur per week. Dit komt overeen met een arbeidscontract van 86,7%. Daarnaast werkt 66% van de AVG's structureel over, gemiddeld over de gehele onderzoeksgroep is dit 3,4 uur overwerk per fte.

Bijna driekwart van de AVG's werkt hiernaast nog in bereikbaarheidsdiensten, gemiddeld over de gehele onderzoeksgroep 9,7 uur per week per fte AVG.

Van de onderzoeksgroep werkt 90% als AVG. Hiervan werkt 89% in loondienst in één of meerdere organisaties voor gehandicaptenzorg. Eén op de zes AVG's is (ook) gedetacheerd. Het aandeel artsen dat een afzonderlijk arbeidscontract heeft in een polikliniek of expertisecentrum is gedaald van 20% in 2010 naar 14% in 2014. Het aandeel artsen dat werkt als zelfstandig gevestigd AVG is in diezelfde periode gestegen van 4% naar 7%. De meest voorkomende combinatie is die van een arbeidscontract in een organisatie voor gehandicaptenzorg met een detachering of met werken in een kennis- of expertisecentrum.

Betekenis voor parameterwaarden model Capaciteitsorgaan

De resultaten uit dit onderzoek bevestigen verschillende van de ontwikkelingen die in het Capaciteitsplan 2013 zijn gebruikt als basis voor expertinschattingen voor de parameterwaarden voor het model. De empirie en de veronderstellingen in het Capaciteitsplan 2013 komen redelijk dicht bij elkaar.

Enkele bevindingen uit dit onderzoek die mogelijk kunnen leiden tot andere inschattingen zijn:

- mate van implementatie positionering AVG
- toename overwerk en uren voor diensten
- toename aandeel niet-AVG's in de medische bezetting
- toegenomen ondersteuning door niet-medisch personeel

1 Inleiding

De Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) houdt zich bezig met de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Van oudsher gaat het hierbij vooral om de verstandelijk gehandicapten die zwaardere zorg behoeven, namelijk de bewoners van zorginstellingen. Met de opkomst van poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten zijn echter ook ambulante patiënten en verstandelijk gehandicapten in kleinschalige woonvormen meer dan voorheen in beeld gekomen. Ook zij kunnen, na verwijzing door huisarts of specialist, gebruik maken van de specialistische medische zorg door de AVG. Het aantal poliklinieken is tussen 2009 en 2014 gegroeid van ruim 10 naar 75 (opgave NVAVG februari 2014).

Voor de borging van goede medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is het van groot belang dat voldoende AVG's worden opgeleid. Om VWS te adviseren over het aantal subsidiabele opleidingsplaatsen heeft het Capaciteitsorgaan¹ een goede raming van de (toekomstige) behoefte aan AVG's nodig. Dit vereist onderzoek. Om die reden heeft het Capaciteitsorgaan Kiwa Carity de opdracht gegeven een eerder uitgevoerd onderzoek naar de organisatie van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en naar ontwikkelingen in het werk van AVG's te herhalen.

De onderzoeksresultaten geven zicht op de kwantitatieve ontwikkelingen in de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten, het aandeel van de AVG, de huisarts en anderen hierin en de tijdbesteding van de AVG. Op basis hiervan kan het Capaciteitsorgaan de minister van VWS adviseren over de gewenste instroom aan AVG's in de opleiding. Het gaat hierbij om een herhaalmeting van onderzoek dat door Kiwa Prismant in 2010 is uitgevoerd, zodat ook de gevolgen van de ontwikkelingen in beeld gebracht kunnen worden.

Sinds 2010 hebben een aantal processen die zich in de beroepsgroep al voordeden verder doorgezet. De feminisering schrijdt verder voort en de groep(nog) aanwezige mannelijke artsen is nog meer vergrijsd. Ook is de visie dat verstandelijk gehandicapten zowel recht hebben op huisartsenzorg als op specialistische zorg van AVG's steeds verder doorgedrongen. Grotere veranderingen zoals de verschuiving van AWBZ naar Wmo en het beperken van de langdurige zorg in financiële zin werpen hun schaduw vooruit, maar zullen de uitkomsten van dit onderzoek waarschijnlijk nog maar beperkt beïnvloeden.

Met dit herhaalonderzoek wordt in kaart gebracht welke ontwikkelingen zich tussen 2010 en 2014 hebben voorgedaan, die van belang zijn voor de raming van de toekomstige behoefte aan AVG's. Omdat een goede vergelijkbaarheid van de onderzoeksresultaten tussen 2010 en 2014 hiervoor noodzakelijk is, sluiten we in dit onderzoek aan bij de onderzoeksopzet in 2010. Dit betekent dat we, net als in 2010, onderzoek doen bij de organisaties die langdurige zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke beperking, en afzonderlijk onderzoek bij de AVG's. Daarbij gebruiken we dezelfde vragenlijsten als in 2010, die op een beperkt aantal punten geactualiseerd zijn. In tegenstelling tot in 2010 voeren we anno 2014 geen onderzoek uit naar de ontwikkelingen in het aantal verstandelijk gehandicapten op landelijk niveau. Op dit terrein is slechts in beperkte mate nieuwe kennis beschikbaar ten opzichte van 2010. Wel plaatsen we de onderzoeksresultaten in het licht van

¹ Het in 1999 door veldpartijen in de zorg opgerichte Capaciteitsorgaan houdt zich bezig met behoefteramingen en beroepskrachtenplanning met betrekking tot medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, advisering hierover aan de overheid en informatievoorziening hierover aan het veld. Nieuwe aandachtsgebieden zijn de BIG-geregistreerde GZ-beroepen, verpleegkundig specialisten (VS), medisch ondersteunende beroepen en physician assistants (PA).

de ontwikkelingen in het zorggebruik door verstandelijk gehandicapten (Van der Kwartel, 2013 o.b.v. NZa-gegevens).

Het onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van de werkgroep AVG van het Capaciteitsorgaan, waarin naast de beroepsgroep en de werkgevers, ook de opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 besteden we aandacht aan de onderzoeksopzet. We doen dat aan de hand van een beschrijving van de twee deelonderzoeken. In hoofdstuk 3 komen de algemene kenmerken en de aard van de cliënten van organisaties van gehandicapten aan bod. De medische zorg komt in hoofdstuk 4 aan de orde. Hoofdstuk 5 biedt een blik op de tijdbesteding van de AVG's. In hoofdstuk 6, het afsluitende hoofdstuk, toetsen we op basis van de onderzoeksresultaten, de gebruikte parameterwaarden in het meest recente Capaciteitsplan 2013 AVG (Capaciteitsorgaan, 2013) en beantwoorden we de vraag of de veronderstellingen over de toekomst mogelijk aanpassing behoeven.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Onderzoeksvragen

Het onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de organisatie van de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en de tijdbesteding van AVG's. Daarbij is de kernvraag welke bijdrage deze artsen (en andere professionals) leveren aan de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en welke ontwikkelingen hierin zijn te verwachten.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is vragenlijstonderzoek uitgevoerd bij organisaties die langdurige zorg leveren aan verstandelijk gehandicapten en tijdbestedingsonderzoek onder AVG's. Daarbij zijn de volgende onderzoeksvragen van belang:

- 1) Wat is de context waarin AVG's medische zorg leveren?
- 2) Aan hoeveel cliënten wordt medische zorg geboden en wat is de aard van deze cliënten (ernst handicap, woonsetting)?
- 3) Wie zijn betrokken bij de medische zorgverlening (verschillende soorten artsen, gedragswetenschappers, verpleegkundig specialisten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, e.d.) en zijn er (moeilijk vervulbare) vacatures voor deze professionals?
- 4) Welk beleid voeren gehandicaptenzorgorganisaties bij de medische zorg aan verschillende groepen cliënten wat betreft de inzet van de verschillende professionals hierbij (tekorten, visies, etc.)?
- 5) Welk deel van hun tijd besteden de professionals die betrokken zijn bij de medische zorgverlening aan cliënten die geen langdurige zorg krijgen van de zorgorganisatie?
- 6) Welke ontwikkelingen (kwantitatief, kwalitatief) zijn er sinds 2010 te zien en welke zijn te voorzien in de toekomst ten aanzien van bovengenoemde factoren zoals omvang zorgaanbod, aard van de cliënten, etc.?

Voor het tijdbestedingsonderzoek bij AVG's zijn er de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Waar werkt de AVG (zorgorganisatie en/of polikliniek/kenniscentrum) en welke deel van zijn tijd besteedt zij/hij daar?
- 2) Aan hoeveel cliënten biedt de AVG medische zorg vanuit deze verschillende werkcontexten?
- 3) Hoe ziet deze cliëntenpopulatie eruit (ernst van de handicap, woonsetting, leeftijd)?
- 4) Welke ontwikkelingen (kwantitatief, kwalitatief) zijn er te zien sinds 2010 en welke verdere ontwikkelingen ten aanzien van bovengenoemde factoren zoals werksetting, tijdbesteding, aard van de cliënten zijn hierin te verwachten?

Op basis van de onderzoeksresultaten toetsen we de gebruikte parameterwaarden in het meest recente Capaciteitsplan 2013 voor de Arts Verstandelijk Gehandicapten (Capaciteitsorgaan 2013) en beantwoorden we de vraag of de veronderstellingen over de toekomst aanpassing behoeven.

2.2 Plan van aanpak

Bij deze herhaalmeting is vergelijkbaarheid met de resultaten uit 2010 een belangrijk criterium. Dit betekent dat we in essentie gebruik hebben gemaakt van dezelfde aanpak en dezelfde basisvragenlijsten. Waar nodig zijn aanpassingen gedaan in verband met relevante ontwikkelingen sinds 2010.

In navolging van het onderzoek in 2010 bestaat dit herhaalonderzoek uit twee deelonderzoeken: onderzoek naar de organisatie van de medische zorg vanuit zorgorganisaties (2.2.1) en tijdbestedingsonderzoek onder AVG's (2.2.2). Omdat deze onderzoeken gericht zijn op verschillende doelgroepen zijn ze in dezelfde periode uitgevoerd.

2.2.1 *Onderzoek onder gehandicaptenzorgorganisaties naar de organisatie van de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*

Vaststellen van de onderzoeksgroep

Voor het benaderen van de onderzoeksgroep is - net als in 2010 - gebruik gemaakt van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JDMV)². Hieruit zijn alle organisaties voor gehandicaptenzorg geselecteerd die 'langdurige zorg' leveren aan mensen met een verstandelijke beperking, en organisaties die een onbekende, meer diverse doelgroep hebben.

Het JDMV heeft uitsluitend gedetailleerde informatie beschikbaar op concernniveau. Sommige concerns bestaan echter uit een aantal afzonderlijke organisaties met een eigen taakstelling en personele bezetting. Getracht is om te achterhalen welke concerns dit zijn zodat zij de mogelijkheid konden krijgen om per afzonderlijke organisatie een vragenlijst in te vullen. Hierbij is gebruik gemaakt van de expertkennis die aanwezig is in de werkgroep AVG, informatie over de omvang van de concerns (aantal verblijfscliënten) en informatie afkomstig van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) over de toewijzing van aios. Bij sommige concerns met meerdere aios zijn de aios toegewezen aan verschillende locaties en opleiders. De vier organisaties die hieruit naar voren kwamen hebben een aangepaste uitnodigingsbrief gekregen, met meerdere vragenlijsten en inlogcodes.

Inhoud van de vragenlijst

Om een goede vergelijkbaarheid te garanderen met het onderzoek uit 2010, zijn de vragenlijsten uit 2010 als basis gebruikt. Aanscherping heeft plaatsgevonden naar aanleiding van nieuwe ontwikkelingen en andere terminologie in de medische zorg (bijvoorbeeld naar aanleiding van de NVAVG –publicatie Zorgaanbod AVG, 2012)) en bij vragen die in 2010 lastig te beantwoorden bleken of onbetrouwbare resultaten opleverden.

De vragenlijst voor zorgorganisaties bevat naast vragen over de algemene kenmerken van de organisaties en vragen over de cliënten die medische zorg nodig hebben (aard en aantal). Daarnaast worden de belangrijke personele kengetallen bij de medische zorg, gesplitst naar verschillende medische professionals en ondersteuners, in kaart gebracht, inclusief eventueel bestaande vacatureruimte. Ook de aard van de medische zorg, die wordt geleverd door verschillende medici aan verschillende categorieën cliënten, maakt onderdeel uit van deze vragenlijst.

Voor de aanscherping van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de expertise die aanwezig is in de werkgroep AVG van het Capaciteitsorgaan. Daarnaast zijn de conceptvragenlijsten getoetst bij een aantal potentiële respondenten. De VGN heeft deze contacten aangeleverd.

Afname van de vragenlijst

De uitnodiging voor het onderzoek is gericht aan het 'hoofd zorg/hoofd van de medische vakgroep' van de geselecteerde organisaties voor gehandicaptenzorg. De VGN heeft een aanbevelingsbrief geschreven waarin zij het belang van het onderzoek toelicht en haar leden oproept tot deelname.

² Volgens van der Kwartel (2012 en 2013) heeft dit document een dekking van ongeveer 97-98%. Ook een aantal organisaties die geen lid zijn van de VGN zijn hierin opgenomen.

De dataverzameling voor dit onderzoek heeft plaatsgevonden van begin april tot juli 2014. Deze periode is tussentijds verlengd in verband met de tijd die organisaties nodig hadden om relevante gegevens vanuit hun cliëntenadministraties te verkrijgen. Er zijn twee herinneringen verstuurd, één na drie weken, één na zes weken. Daarnaast heeft de VGN via haar nieuwsbrief een aantal keren aandacht gevraagd voor het onderzoek. De vragenlijst is afgenomen met behulp van het programma NetQ.

2.2.2 Vragenlijstonderzoek onder AVG's en AVG's in opleiding, gericht op hun tijdbesteding, werksetting en de aard van hun zorgverlening.

Onderzoeksgroep

Via de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) zijn alle geregistreerde AVG's en AVG's in opleiding uitgenodigd tot deelname.

Inhoud van de vragenlijst

In het deelonderzoek dat gericht is op de AVG staat centraal hoeveel tijd de AVG's (en AVG's in opleiding) besteden aan verschillende activiteiten en aan verschillende categorieën patiënten. Ook de niet direct patiëntgebonden tijdbesteding is in kaart gebracht, evenals de mate waarin AVG's worden ondersteund door andere zorgprofessionals of ondersteuners.

Afname van de vragenlijst

In verband met de privacy zijn de uitnodigingen voor deelname aan het onderzoek verstuurd door de RGS. De NVAVG heeft een aanbevelingsbrief geschreven waarin het belang van het onderzoek wordt onderstreept en waarin wordt opgeroepen tot deelname.

De digitale vragenlijst is afgenomen met behulp van NetQ, van begin april tot juli 2014. Deze periode is tussentijds verlengd in verband met tegenvallende respons en de tijd die AVG's nodig hadden om relevante cijfers te krijgen van hun cliëntenadministratie. De NVAVG heeft via haar nieuwsbrief, website en met behulp van mails aan haar leden opgeroepen tot deelname aan het onderzoek. Het opleidingsinstituut heeft een specifieke oproep gedaan onder de aios. Verder zijn enkele AVG's als ambassadeur opgetreden voor het onderzoek.

2.3 De respons bij gehandicaptenorganisaties

Alle AWBZ-organisaties in de gehandicaptenzorg, die zorg leveren in de vorm van verblijf en behandeling aan mensen met een verstandelijke beperking, zijn aangeschreven voor het onderzoek. De doelgroep voor ons onderzoek is geselecteerd uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JDMV, 2012). Van de in totaal 164 organisaties die AWBZ-zorg leveren aan gehandicapten, zijn 19 organisaties uitgesloten omdat zij uitsluitend zorg leveren aan lichamelijk gehandicapten of zintuigelijk gehandicapten. Daarnaast zijn 23 organisaties uitgezonderd omdat zij geen verblijfscliënten hebben.

Uiteindelijk hebben 51 van de 125 organisaties een ingevulde vragenlijst ingestuurd, een respons van 42%. De responderende organisaties bieden ondersteuning aan 30.769³ cliënten met een verstandelijke beperking in de vorm van 'langdurig verblijf'. Hiermee wordt een dekkingsgraad bereikt van 47% van het totale aantal intra- en semimurale cliënten met een verstandelijke beperking (en een VG-indicatie) dat is geschat op 66.130 (van der Kwartel, 2013 (o.b.v. NZa gegevens over 2011)). Bij het onderzoek in 2010 waren de overeenkomstige responspercentages respectievelijk 46 en 45.

³ Het betreft hier zowel VG-cliënten, als LVG en SGLVG.

Tabel 2.1 Respons en dekkingsgraad bij het onderzoek onder gehandicaptenzorgorganisaties

	Aantal populatie	Aantal retour	Respons, c.q. dekkingsgraad
Organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking	122	51	42%
Aantal mensen met een verstandelijke beperking met indicatie 'langdurig verblijf': totaal en bij de responderende instellingen	66.130*	30.769**	47%

*Bron: van der Kwartel, 2013 (o.b.v. NZa gegevens)

**Het betreft hier het aantal verblijfscliënten met een verstandelijke beperking van 49 organisaties

Om te bepalen in welke mate de responderende organisaties representatief zijn voor de gehandicaptenzorgsector als geheel, zijn in onderstaande tabel enkele steekproef- en populatiegemiddelden naast elkaar gezet. Hierbij is gebruik gemaakt van het JDMV 2012.

Tabel 2.2 Representativiteit van de responderende organisaties ten opzichte van de populatie

	Responderende organisaties	Populatie*
Gemiddeld aantal verblijfscliënten	677	593*
Verdeling naar omvang van de organisaties		
- minder dan 201 verblijfscliënten	29%	39%
- 201-500 verblijfscliënten	29%	24%
- meer dan 500 verblijfscliënten	43%	37%

* bron: JDMV, 2012

Uit de tabel blijkt dat in onze steekproef de middelgrote en grote organisaties zijn oververtegenwoordigd. In 2010 was dat minder het geval. Dit betekent mogelijk dat nu de resultaten in dit onderzoek iets minder representatief zijn voor organisaties in de gehandicaptenzorg. Aangezien de grotere organisaties echter het vaakst artsen in dienst hebben, lijkt het onderzoek wel representatief voor de resultaten ten aanzien van de artsen.

2.4 Respons Artsen Verstandelijk Gehandicapten

In totaal zijn 269 uitnodigingen verstuurd (naar 205 geregistreerde AVG's en 64 AVG's in opleiding). Van de 269 uitnodigingen tot deelname aan het onderzoek zijn vijf brieven als onbestelbaar retour gekomen.

Tabel 2.3 Respons en dekkingsgraad bij het tijdbestedingsonderzoek onder AVG's

	AVG's	AVG's in opleiding	Totaal
Totaal benaderd	205	64	269
Netto benaderd	201*	63*	264
Respons	66	15	81
Netto respons%	33%	24%	29%

* schatting o.b.v. aantal onbestelbaar retour (5)

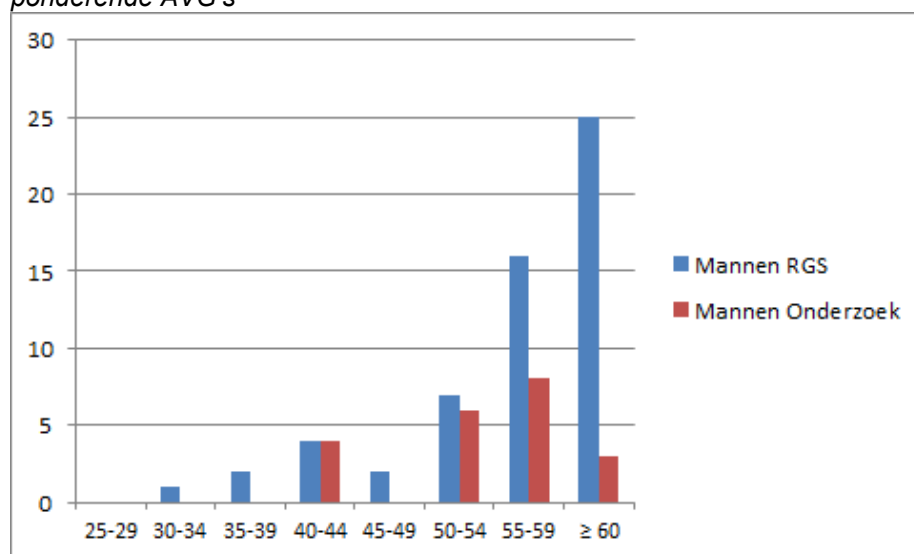
81 ingevulde vragenlijsten zijn geretourneerd. De uiteindelijke netto respons is daarmee 29%, waarbij de AVG's in opleiding met 24% zijn ondervertegenwoordigd. Verklaring hier-

voor is mogelijk de complexiteit van de vragen over tijdbesteding. Verschillende aios hebben hier laten weten dat zij (nog) niet tot een inschatting kunnen komen.

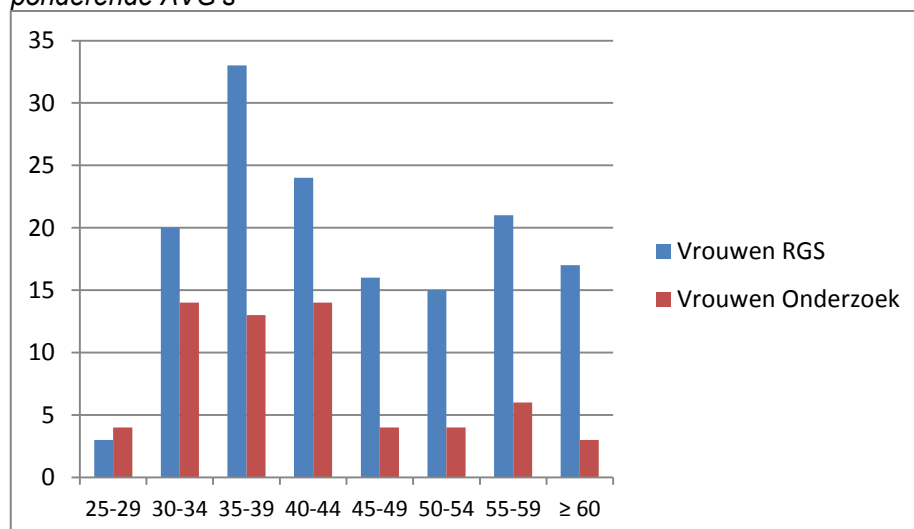
De respons bedroeg in 2010 bij soortgelijk onderzoek 52% en is dus nu aanmerkelijk teruggelopen. Belangrijk verschil met 2010 en mogelijke verklaring voor de lagere respons is dat de vragenlijst in 2010 schriftelijk is aangeboden en in 2014 uitsluitend digitaal. De procedure van dataverzameling is verder gelijk gebleven.

Onderstaande figuren laten de leeftijdsopbouw zien van de mannelijke en vrouwelijke geregistreerde AVG's ⁴ en de responderende AVG's.

Figuur 2.1 Leeftijdsopbouw van de mannelijke geregistreerde AVG's: RGS-cijfers versus responderende AVG's



Figuur 2.2 Leeftijdsopbouw van de vrouwelijke geregistreerde AVG's: RGS-cijfers versus responderende AVG's



⁴ RGS-gegevens peildatum 31-12-2013.

Bij de mannelijke AVG's is te zien dat deze groep vergrijst (figuur 2.1). Dit beeld is zowel te zien in het RGS-bestand als in de respondentengroep bij dit onderzoek. Kanttekening hierbij is dat het bij de responderende mannen gaat om een groep van slechts 21 AVG's.

In figuur 2.2 is te zien dat bij de vrouwelijke AVG's een redelijk evenwichtige verdeling over de leeftijdsgroepen bestaat, zowel in het gehele RGS-bestand als bij de vrouwelijke respondenten in dit onderzoek (n=62). De oudere vrouwelijke AVG's (>44 jaar) lijken in dit onderzoek enigszins ondervertegenwoordigd.

2.5 Afbakening van het onderzoek en definities

Focus op mensen met een verstandelijke beperking

De sector Gehandicaptenzorg omvat de verzorging, begeleiding, verpleging en behandeling van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. In dit onderzoek richten we ons op de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking⁵: Zij zijn primair de doelgroep van de AVG. Het gaat hier om mensen met een ZZP-indicatie die valt onder VG1 tm 8, SGLVG01 en LVG1 tm LVG5. Het gaat hier om ruim 80% van de ZZP-indicaties die het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) afgeeft ten behoeve van de Gehandicaptenzorg (CIZ, 2014).

Medische zorg aan verblijfscliënten en externe cliënten

De gehandicaptenzorg wordt betaald uit de AWBZ, een volksverzekering specifiek gericht op langdurige zorg onder meer aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke aandoening. Om AWBZ-zorg te krijgen is een indicatie nodig. Deze indicatie wordt afgegeven door het CIZ, waarbij de zorgbehoefte van cliënten wordt vastgelegd in een aantal functies (Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP), Begeleiding (BG), Behandeling (BH), Verblijf (VB) en Kortdurend Verblijf (KVB)). Hoewel er discussie is over een verschuiving van de medische zorg (onderdeel van 'behandeling') van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW), wordt de medische zorg voor intramurale en semimurale cliënten momenteel nog vanuit de AWBZ gefinancierd. Dit gebeurt uitsluitend bij de functies 'behandeling' en 'verblijf'.

In dit onderzoek maken we onderscheid tussen verblijfscliënten (intramurale en semimurale cliënten) en extramurale cliënten. Wat betreft de extramurale cliënten brengen we in kaart wat de omvang is van de medische zorg die AVG's bieden aan deze groep, via poliklinieken en expertisecentra. Deze cliënten kunnen door de huisarts worden verwezen naar AVG's die werkzaam zijn bij één van de 75 AVG-poliklinieken. Bij een beperkt aantal consulten (5-10 per jaar) is hiervoor geen indicatie nodig van het CIZ. Omdat deze AVG-zorg nog steeds AWBZ-zorg is, geldt wel als voorwaarde voor het leveren van deze dienstverlening dat de AVG aan een AWBZ-instelling is verbonden. De werkgever van de AVG moet productieafspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor en dient bij dit zorgkantoor de nota voor de geleverde diensten in.

Als we in dit rapport spreken over verblijfscliënten bedoelen we zowel de intramurale als semimurale cliënten, met indicatie 'langdurig verblijf'. Extramurale cliënten zijn de cliënten die een andere vorm van ondersteuning genieten van de gehandicaptenzorg dan 'langdurig verblijf'.

Externe patiënten zijn alle patiënten van de AVG zonder indicatie 'langdurig verblijf'. Het kan daarbij zowel gaan om extramurale cliënten die ondersteuning krijgen in de vorm van

⁵ Kanttekening hierbij is dat mensen met primair een lichamelijke of zintuiglijke beperking daarnaast een verstandelijke beperking kunnen hebben.

dagbesteding of begeleiding, als om patiënten die geen ondersteuning ontvangen vanuit een gehandicaptenzorgorganisatie.
Eind van dit rapport staan deze en andere definities samengevat.

3 Organisaties voor gehandicaptenzorg: algemene kenmerken en aard van de cliënten

Dit hoofdstuk richt zich op een aantal kenmerken van de organisaties voor gehandicaptenzorg die relevant zijn omdat zij de context vormen waarin de AVG zijn werk doet.

Achtereenvolgens beschrijven we:

- algemene kenmerken van de organisaties voor gehandicaptenzorg (3.1)
- ondersteuningsaanbod en woonlocaties van de organisaties voor gehandicaptenzorg (3.2)
- aard en aantal van de cliënten die de doelgroep vormen van de AVG (3.3)
- verschillen tussen 2010 en 2014 (3.4)

Hierbij beschrijven we steeds wat eventuele verschillen zijn tussen organisaties met en zonder medische professionals ten behoeve van de verblijfscliënten met een verstandelijke beperking. De organisaties waarin medische professionals werkzaam zijn, vormen de context waarin de AVG zijn/haar werk doet.

Vragen die beantwoord worden:

- a) Wat zijn de algemene kenmerken van de gehandicaptenorganisaties en welke verschillen zien we tussen organisaties met en zonder medische professionals (omvang in aantal cliënten, aard van de zorg- en dienstverlening)?
- b) Aan hoeveel cliënten wordt medische zorg geboden en wat is de aard van deze cliënten (ernst handicap, woonsetting)?
- c) Wat zijn de kenmerken van de cliënten en welke verschillen zien we tussen organisaties met en zonder medische professionals (aard van de ZZP's, woonlocaties)?
- d) Aan hoeveel/welke verblijfscliënten en aan welke externe cliënten wordt (medische) zorg verleend?
- e) Welke ontwikkelingen zien we sinds 2010 in deze aspecten?

3.1 Algemene kenmerken van de organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg

In tabel 3.1 staan enkele kengetallen over het aantal cliënten en de soort ondersteuning die zij krijgen in de responderende organisaties. De responderende organisaties bieden gezamenlijk ondersteuning aan 71.906 cliënten, met een gemiddelde van ruim 1400 cliënten per organisatie. De spreiding daarbij is groot. De kleinste organisatie biedt ondersteuning aan 16 cliënten, de grootste aan 6000.

Tabel 3.1 Aantal cliënten* en soort ondersteuning bij de responderende organisaties (n=51)

Organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg	n	Totaal cliënten	Gemiddeld	Min	Max
Totaal aantal cliënten dat wordt ondersteund	51	71.906	1.410	16	6.000
Aantal cliënten met indicatie 'verblijf' totaal, waarvan:	51	34.538	677	10	2.870
- zonder behandeling	45	10.255	228	1	1.129
- met behandeling	43	24.283	565	16	2.150
Aantal cliënten met dagbesteding (en geen verblijf)	43	17.332	403	2	3.250
Aantal cliënten met overige ondersteuning	35	20.036	572	3	2.400

* Het gaat hier om alle cliënten: VG, LG, ZG. LVG en SGLVG i.t.t. tabel 2.1 waar het alleen om verstandelijk gehandicapten gaat

Ongeveer de helft van het totale aantal cliënten dat ondersteund wordt krijgt ondersteuning in de vorm van 'langdurig verblijf'. Het gaat hier zowel om intra- als semimurale cliënten. Ook hier is sprake van een grote spreiding. Het minimum aantal cliënten dat 'woont' in een voorziening van de organisatie is tien, het maximum 2.870.

Bijna alle responderende organisaties bieden zowel 'verblijf met behandeling' als 'verblijf zonder behandeling'. Het aantal cliënten met behandeling is ongeveer tweeënhalf keer zo groot als het aantal cliënten zonder behandeling (tabel 3.1).

In ons onderzoek zijn de organisaties waar artsen werkzaam zijn in de meerderheid met 39 versus 12 organisaties waar geen artsen werkzaam zijn. Gemiddeld ondersteunen de organisaties waar artsen werken aanmerkelijk meer cliënten dan organisaties waar geen medische professionals werken. Het gemiddelde aantal cliënten in deze organisaties is respectievelijk 1790 en 175 (tabel 3.2).

Van het totale aantal cliënten in dit onderzoek verblijft 97% in een organisatie waar artsen werkzaam zijn en 3% in een organisatie waar geen artsen werkzaam zijn.

Het aandeel cliënten 'met behandeling' is in organisaties waar artsen werkzaam zijn relatief groot.

Tabel 3.2 Aantal cliënten van de responderende organisaties, totaal en uitgesplitst voor organisaties met en zonder artsen (n=51)

	Aantal cliënten totaal	Verdeling in %	Org met artsen (n=39)	Verdeling in %	Org zonder artsen (n=12)	Verdeling in %
Gemiddeld aantal cliënten dat ondersteund wordt*	1410		1790		175	
Totaal aantal cliënten dat ondersteund wordt*, waarvan:	71.906	100%	69.803	97%	2.103	3,0%
Aantal cliënten met indicatie 'langdurig verblijf' al dan niet inclusief behandeling	34.538	48%	33.417	46%	1.121	1,6%
- zonder behandeling	10.255	30%	9.686	29%	569	51%
- met behandeling	24.283	70%	23.731	71%	552	49%
Aantal cliënten met dagbesteding (en geen verblijf)	17.332	24%	16.987	24%	345	0,5%
Aantal cliënten met overige ondersteuning	20.036	28%	18.761	26%	658	0,9%

* Het gaat hier om alle cliënten: VG, LG, ZG. LVG en SGLVG i.t.t. tabel 2.1 waar het alleen om verstandelijk gehandicapten gaat

3.2 Ondersteuningsaanbod en woonlocaties vanuit de organisaties voor gehandicaptenzorg

De meeste organisaties bieden naast 'langdurig verblijf' meerdere vormen van ondersteuning aan hun cliënten (tabel 3.3). Organisaties waar artsen werkzaam zijn, bieden vanzelfsprekend een breder ondersteuningsaanbod dan organisaties zonder artsen. Vooral de ondersteuning door 'kort verblijf voor diagnostiek en behandeling', 'thuisbegeleiding' en een 'expertisecentrum of polikliniek voor externe cliënten' zijn afhankelijk van de beschikbaarheid van artsen.

Tabel 3.3 Vormen van ondersteuning die wordt geboden aan cliënten door de deelnemende organisaties, voor 2014 (totaal (n=51) en uitgesplitst)

	Totaal n=51	Met artsen n=39	Zonder artsen n=12
Langdurig verblijf	96%	97%	92%
Kortdurend verblijf (diagnostiek/behandeling)	43%	49%	25%
Dagbesteding	92%	97%	75%
Respijtzorg*	71%	85%	25%
Thuisbegeleiding	84%	90%	67%
Expertisecentrum/poli voor externe cliënten	49%	62%	8%
Andere ondersteuningsvormen	20%	18%	25%
Aantal organisaties	51	39	12
Aantal cliënten waaraan ondersteuning wordt geboden	71.906	69.803	2.103

* logeren, weekend- en vakantieopvang

Als andere vormen van ondersteuning zijn genoemd: ambulante (gezins)begeleiding, allerlei vormen van intensieve behandeling en crisisopvang, een trainingscentrum en ondersteuning aan specifieke doelgroepen zoals: jeugdzorg, psychiatrie, tbs, kinderdienstencentra, dagopvang dementerenden.

Woonlocaties

Aan de respondenten is gevraagd wat de aard van de woonvoorzieningen is die de organisatie biedt aan haar cliënten. Men kon hier meerdere antwoorden aangeven.

Organisaties in de gehandicaptenzorg bieden een grote diversiteit aan woonlocaties. Bijna driekwart van de deelnemende organisaties beschikt over een centraal instellingsterrein, 86% heeft decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten (tabel 3.4). Organisaties zonder artsen hebben minder vaak een centraal instellingsterrein en minder vaak decentrale woongroepen, maar vaker andere woonvoorzieningen.

Bij de genoemde 'andere woonvoorzieningen' gaat het om gezinshuizen van verschillende aard (5 keer genoemd), logeerhuizen, wonen bij gezinsouders, wonen binnen een verzorgingshuis en verblijfsplaatsen op een zorgboerderij.

Tabel 3.4 Aard van de woonvoorzieningen bij de organisaties (n=51)

	Totaal n=51	Met artsen n=39	Zonder artsen n=12
Centraal instellingsterrein	76%	87%	42%
Decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten	86%	92%	67%
Zelfstandige wooneenheden in de wijk voor individuele cliënten	65%	64%	67%
Andere woonvoorzieningen	22%	18%	33%
Aantal organisaties	51	39	12

Tabel 3.5 toont dat de verschillende aantallen woonlocaties die men kon aankruisen ongeveer even vaak voorkomen. De organisaties waar geen artsen werkzaam zijn hebben bijna allemaal minder dan 21 locaties. Bij de organisaties waar wel artsen werkzaam zijn heeft meer dan 50% meer dan 50 woonlocaties.

Tabel 3.5 Aantal woonlocaties bij de organisaties (n=50)

	Aantal organisaties	Gemiddeld aantal verblijfscliënten	In %	Wel artsen (n=38)	Geen artsen (n=12)
1-5 woonlocaties	9	114	18%	8%	50%
6-20 woonlocaties	11	192	22%	16%	42%
21-50 woonlocaties	9	592	18%	24%	0%
51-100 woonlocaties	12	907	24%	32%	0%
> 100 woonlocaties	9	1632	18%	21%	8%
totaal	50	681	100%	100%	100%

3.3 Aard van de cliënten toegespitst op de cliënten 'langdurig verblijf'

Organisaties voor gehandicaptenzorg bieden ondersteuning aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. In tabel 3.6 zien we hoe de cliënten met indicatie 'verblijf' zijn verdeeld over verschillende categorieën. Respondenten hebben deze gegevens opgevraagd bij hun cliëntenadministraties⁶.

Specifiek voor 'verblijf' zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) gedefinieerd voor verschillende categorieën gehandicapten. Voor mensen met als eerste indicatiegrondslag een verstandelijke beperking zijn ZZP's gedefinieerd voor VG (verstandelijk gehandicapten), LVG (licht verstandelijke gehandicapten) en SGLVG/SGEVG (sterk gedragsgestoord licht en ernstig verstandelijk gehandicapten). Zij vormen primair de doelgroep van de AVG.

Daarnaast zijn er ZZP's voor mensen met een lichamelijke (LG) en zintuiglijke (ZG) beperking. Deze mensen hebben primair een zintuiglijke of een lichamelijke beperking, maar kunnen daarnaast ook een verstandelijke beperking hebben, waardoor zij eveneens behoren tot de doelgroep van de AVG. Hierover zijn geen gegevens bekend uit dit onderzoek⁷. Negenenveertig van de 51 respondenten hebben deze cijfers aangeleverd.

Organisaties hebben vaak meerdere categorieën cliënten 'in huis'. Bijna alle organisaties (47) hebben verstandelijk gehandicapten met een ZZP VG. Zij vormen met 28.521 cliënten de grootste cliëntengroep. Daarnaast hebben 16 organisaties licht verstandelijk gehandicapten (LVG).

Het totale aantal cliënten dat valt onder de ZZP's VG, LVG, SGLVG en SGEVG, bedraagt 30.769. Dit is 93% van het totale aantal cliënten met indicatie 'verblijf' in de responderende organisaties. De cliënten die vallen onder de categorie 'anders' zijn vooral ggz-clieñten (13 keer genoemd), cliënten met crisisopvang en KIB (Klinisch Intensieve Behandeling), kort verblijf en logeren, PGB (persoonsgebonden budget), ZGAUd (cliënten met indicatie 'zintuiglijke handicap auditief), een aantal cliënten uit de justitiële hoek (TBS, ISD, PIJ).

⁶ Bij de gepresenteerde resultaten gaat het om de cijfers zoals opgegeven door de zorgorganisaties. Hieruit is duidelijk dat er soms enige verwarring is over de indicatie die cliënten hebben. Bijvoorbeeld: Hoewel er slechts vijf specifieke SGLVG-behandelsettings bestaan, geven zeven organisaties op dat zij SGLVG cliënten hebben. Sterk gedragsgestoorde cliënten met een licht verstandelijke beperking hebben echter uitsluitend de SGLVG-indicatie als zij verblijven in één van de vijf daarvoor bedoelde handelsettings. De cliënten die daardoor ten onrechte onder indicatie SGLVG en SGEVG worden geschaard, hebben meestal ZZP VG⁷.

⁷ Uit onderzoek van Ras (2010) blijkt dat het hier 6% van de cliënten betreft die diensten uit VG gebruiken. Het gaat hier om ggz-clieñten (in de tabel onder 'anders'), LG- en ZG-clieñten met eveneens een verstandelijke beperking.

In organisaties waar artsen werken bestaat het grootste deel van de cliënten uit VG-clieñten. Bij organisaties zonder artsen is het aandeel VG- en LVG-clieñten ±50/50.

Tabel 3.6 Verdeling van de cliënten met indicatie 'verblijf' naar aard van de cliënt (n=49)

	Totaal (n=49)			Uitgesplitst	
	Organisaties	Clieñtentotaal	In %	Wel artsen (in%, n=38)	Geen artsen (in %, n=11)
Primaire handicap: verstandelijke beperking'					
Verstandelijk gehandicapt (VG)*	47	28.521	86%	84,5%	1,6%
Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)	16	1.378	4%	2,7%	1,5%
Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGLVG)	7	532	2%	1,6%	<0,1%
Sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGEVG)	5	338	1%	1,0%	<0,1%
Subtotaal		30.769	93%	89,9%	3,1%
Primaire handicap: lichamelijke of zintuiglijke beperking					
Lichamelijk gehandicapt (LG) ⁸	17	1.382	4%	4,2%	<0,1%
Zintuiglijk gehandicapt (auditiel/communicatief) (ZG)	6	233	1%	0,7%	<0,1%
Zintuiglijk gehandicapt (visueel)	6	16	<0,1%	<0,1%	<0,1%
Anders	22	671	2%	1,9%	0,1%
Subtotaal		2.302	7%	6,9%	0,1%
Totaal	49	33.071	100%	96,8%	3,2%

* niet vallend onder LVG, SGLVG of SGEVG

De primaire doelgroep uit dit onderzoek, mensen met een verstandelijke beperking die verblijven in een organisatie voor gehandicaptenzorg, kunnen we vergelijken met populatiecijfers uit 2011 (van der Kwartel, 2013).

Tabel 3.7 Verdeling van verblijfscliënten met een verstandelijke beperking (VG, LVG en SGLVG) in de populatie en in ons onderzoek (n=49)

	Populatie				Onderzoek			
	MB	ZB	totaal	in%	n=38	n=11	n=49	in%
VG	41018	21052	62070	93,9%	20810	8455	29265	94,5%
LVG	3.831		3831	5,8%	1378		1378	4,4%
SGLVG	229		229	0,35%	338		338	1,09%
totaal	45078	21052	66130	100%	22526	8455	30981	100%
	68%	32%	100%		73%	27%	100%	

Bron: van der Kwartel, 2013 o.b.v. NZa gegevens over 2011

⁸ Inclusief cliënten met Niet Angeboren Hersenletsel (NAH)

De verdeling in ons onderzoek komt redelijk overeen met de verdeling in de populatie waarbij de VG cliënten iets oververtegenwoordigd zijn en de LVG cliënten ondervertegenwoordigd zijn. Voor de SGLVG cliënten geldt dat er drie keer zoveel patiënten in ons onderzoek zitten dan je op basis van de populatieverdeling zou verwachten. Kijkend naar de verhouding tussen de cliënten met en zonder behandeling, dan blijkt dat we relatief veel cliënten met indicatie 'met behandeling' in ons onderzoek hebben.

Aan de respondenten is vervolgens gevraagd om aan te geven hoe de cliënten met een verstandelijke beperking zijn verdeeld over de verschillende ZZP's⁹. Het gaat hier om de cliënten die vallen onder de ZZP's voor VG en LVG. De cliënten van SGLVG en SGEVG zijn niet verder onderverdeeld. Respondenten hebben ook deze gegevens opgevraagd bij hun cliëntenadministraties. Van de 51 organisaties uit ons onderzoek hebben 49 deze gegevens kunnen aanleveren.

Uit de resultaten in tabel 3.8 blijkt dat VG1 en VG2 relatief ondervertegenwoordigd zijn. Dit hoeft niet te verbazen, omdat deze groep geen verzorging nodig heeft, en dus vaker thuis of zelfstandig zal wonen. In deze ZZP's is ook geen tijd toegewezen voor behandelaars. Ondersteuning aan deze groepen zal veel vaker gebeuren in de vorm van dagbesteding en thuisbegeleiding. De overige cliënten zijn redelijk gelijk verdeeld over de indicaties VG3 tot en met 7. Naarmate het ZZP hoger wordt neemt ook het aandeel cliënten dat een beroep kan doen op behandelaars toe.

Tabel 3.8 Verdeling van de verstandelijk gehandicapten (VG) met indicatie 'langdurig verblijf' over de verschillende ZZP's (n=49)

	Clënten met behandeling	in %	Clënten zonder behandeling	in %
VG 1, wonen met enige begeleiding	3	<0,1%	214	0,7%
VG 2, wonen met begeleiding	26	0,1%	2589	8,8%
VG 3, wonen met begeleiding en verzorging	2568	8,8%	2661	9,1%
VG 4, wonen met begeleiding en intensieve verzorging	2448	8,4%	1187	4,1%
VG 5, wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging	3241	11,1%	347	1,2%
VG 6, wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	4915	16,8%	1225	4,2%
VG 7, (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	5231	17,9%	141	0,5%
VG 8, wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	2378	8,1%	91	0,3%
Totaal	20810	71,1%	8455	28,9%

⁹ In de verschillende ZZP's wordt een bepaalde inzet van behandelaars (waaronder de AVG) meegenomen. Behandeling is specifiek gericht op de stoornis of beperking van de cliënt. In de ZZP's VG (VG1-8) zijn vanaf ZZP VG3 behandelaars betrokken. Hetzelfde geldt voor de ZZP's LVG1-5 en SGLVG/SGEVG.

Tabel 3.9 VG-cliënten met en zonder behandeling in organisaties met en zonder artsen (n=50)

	n=38		n=12		totaal
	wel artsen	in %	geen artsen	in %	
Totaal verblijfscliënten VG met behandeling	20652	70,6%	158	0,5%	20810
Totaal verblijfscliënten VG zonder behandeling	8046	27,5%	409	1,4%	8455
Totaal	28698	98,1%	567	1,9%	29265

Organisaties met medische professionals, al dan niet in loondienst, bedienen bijna voor driekwart cliënten met een ZZP-indicatie met behandeling en voor ruim een kwart cliënten met een ZZP-indicatie zonder behandeling. Bij de organisaties zonder medische professionals is dit precies andersom (tabel 3.9).

Uit tabel 3.10 blijkt dat zestien organisaties verblijf en behandeling bieden aan licht verstandelijk gehandicapten (LVG). Dit is volgens de opgave van de deelnemende zorgorganisaties. Echter, uitsluitend kinderen die verblijven in één van de 12 orthopedische behandelcentra, kunnen indicatie LVG1 tm 5 hebben. Het gaat hier bij de vier organisaties waar geen artsen werken waarschijnlijk om kinderen die weliswaar LVG problematiek hebben, maar verblijven in een GVT.

Tabel 3.10 Verdeling van de licht verstandelijk gehandicapten (LVG) met indicatie 'langdurig verblijf' over de verschillende ZZP's (n=16)

Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)		Met artsen (n=12)		Zonder artsen (n=4)	
		In %		In %	
LVG 1, wonen met enige behandeling en begeleiding	24	1,7%	1	0,1%	
LVG 2, wonen met behandeling en begeleiding	164	11,9%	53	3,8%	
LVG 3, wonen met intensieve behandeling en begeleiding	389	28,2%	229	16,6%	
LVG 4, wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	268	19,4%	197	14,3%	
LVG 5, besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	40	2,9%	13	0,9%	
Totaal	885	64,2%	493	35,8%	

3.4 Verschillen tussen 2010 en 2014

Dit onderzoek is een herhaalmeting van een onderzoek uit 2010. In deze paragraaf vatten we samen welke verschillen zijn opgetreden in de algemene kenmerken van de gehandicaptenorganisaties sinds 2010. Een aantal tabellen waarin de resultaten uitgesplitst zijn naar omvang (aantal verblijfscliënten) is opgenomen in bijlage 1.

Tabel 3.11 Omvang van de organisaties in aantallen cliënten met langdurig verblijf

	< 200	201-500	> 500	Totaal
2014				
Aantal organisaties per grootteklasse	15	14	22	51
Totaal aantal cliënten met indicatie 'langdurig verblijf' al dan niet inclusief behandeling	1298	5578	27662	34538
Gemiddeld aantal cliënten met 'langdurig verblijf'	87	398	1257	677
2010				
Aantal organisaties per grootteklasse	21	17	20	58
Totaal aantal cliënten met indicatie 'langdurig verblijf' al dan niet inclusief behandeling	2140	6137	23601	31878
Gemiddeld aantal cliënten met 'langdurig verblijf'	102	361	1180	550

De kleinere organisaties zijn ten opzichte van 2010 ondervertegenwoordigd en zijn in omvang kleiner: gemiddeld 102 cliënten tegen nu 87 cliënten (zie Tabel 3.11). De middelgrote en grote organisaties hebben gemiddeld meer verblijfscliënten dan in 2014. Het gemiddelde voor de middelgrote organisaties lag op 361 en bedraagt nu 398, voor de grootste organisaties was dat 1180 en nu 1257.

Tabel 3.12 Ondersteuningsaanbod door organisaties voor gehandicaptenzorg

Ondersteuningsaanbod	2014	2010
Langdurig verblijf	96%	100%
Kortdurend verblijf (diagnostiek/behandeling)	43%	43%
Dagbesteding	92%	97%
Respijtzorg*	71%	81%
Thuisbegeleiding	84%	74%
Expertisecentrum/poli voor externe cliënten	49%	36%
Andere ondersteuningsvormen	20%	14%
Aantal organisaties	51	58

Meer organisaties dan in 2010 bieden een expertisecentrum/polikliniek voor externe cliënten (Tabel 3.12). In 2014 biedt bijna de helft (49%) van de deelnemende organisaties deze ondersteuning, in 2010 was dit 36%.

Het aandeel andere ondersteuningsvormen is toegenomen (van 14% naar 20%), waarbij vooral het aantal keren opvalt dat gezinsbehandeling wordt genoemd (5).

Tabel 3.13 De aard van de woonlocaties

Aard van de woonlocaties	2014	2010
Centraal instellingsterrein	76%	68%
Decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten	86%	87%
Zelfstandige wooneenheden in de wijk voor individuele cliënten	65%	64%
Andere woonvoorzieningen	22%	13%

Waar in een langere periode vóór 2010 het aantal centrale instellingsterreinen is afgenomen, is sinds 2010 een toename te zien (tabel 3.13). Dit blijkt vooral te gelden voor de middelgrote organisaties van 200-500 cliënten (zie bijlage 1). In deze groep is het aandeel organisatie dat een centraal instellingsterrein heeft, toegenomen van 60% naar bijna 80%.

Verder is het aandeel 'andere woonvoorzieningen' toegenomen over de gehele linie. Het gaat hierbij dan vooral om gezinshuizen van verschillende aard (6 keer genoemd), logeerhuizen, wonen binnen verzorgingshuizen/zorgboerderij.

Tabel 3.14 Omvang van organisaties in de gehandicaptenzorg: populatie en responderende organisaties

	Populatie*		Responderende organisaties	
	2014	2010	2014	2010
Gemiddeld aantal verblijfscliënten	593*	544	675	550
Verdeling naar omvang van de organisaties				
- minder dan 201 verblijfscliënten	39%	36%	29%	36%
- 201-500 verblijfscliënten	24%	31%	29%	29%
- meer dan 500 verblijfscliënten	37%	33%	43%	34%

* bron: Van der Kwartel 2009 en 2013 o.b.v. JDMV

De gemiddelde omvang van de gehandicaptenorganisaties (in aantallen cliënten en in aantallen intramurale cliënten) is toegenomen sinds 2010, zo blijkt uit JDMV-cijfers (Tabel 3.14). Het gemiddeld aantal verblijfscliënten is gestegen van 544 in 2010 naar 593 in 2014. De grotere organisaties (in aantal cliënten) zijn oververtegenwoordigd in dit onderzoek.

Tabel 3.15 Omvang van de organisatie in aantallen cliënten en aard van de cliënten

Aard van de cliënten	2014			2010		
	Organisaties	Clïëntentotaal	In %	Organisaties	Clïëntentotaal	In %
Primaire handicap: verstandelijke beperking						
Verstandelijk gehandicapt (VG)*	47	28.521	86%	55	24.543	79%
Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)	16	1.378	4%	22	2.401	8%
Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGLVG)	7	532	2%	16	944	3%
Sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGEVG)	5	338	1%	11	705	2%
<i>Subtotaal</i>		30.769	93%		28.593	93%
Primaire handicap: lichamelijke of zintuiglijke beperking						
Lichamelijk gehandicapt (LG)	17	1.382	4%	11	1.060	3%
Zintuiglijk gehandicapt (auditiëf/communicatief) (ZG)	6	233	1%	8	308	1%
Zintuiglijk gehandicapt (visueel)	6	16	0%	5	99	0%
Anders	22	671	2%	18	847	3%
<i>Subtotaal</i>		2.302	7%		2.314	7%
Totaal	49	33.071	100%	58	30.907	100%

Tabel 3.15 geeft weer wat de aard is van de intramurale en semimurale verblijfscliënten uit de deelnemende organisaties. Het aandeel cliënten met als primaire handicap een verstandelijke beperking is hetzelfde als in 2010 (93%). Daarbij is het aandeel LVG gekrompen (van 8% naar 4%) en het aandeel VG gestegen van 79 naar 86%.

Bij de organisaties die ook cliënten hebben in de categorie 'anders' gaat het in bijna alle gevallen om cliënten met een GGz-indicatie.

Tabel 3.16 Bewoners in organisaties voor gehandicapten naar ZZP (2010 en 2014).

Cliënten met ZZP VG	2014	2014	2010	2010
	Aantal cliënten	Verdeling in %	Aantal cliënten	Verdeling in %
VG 1, wonen met enige begeleiding	217	1%	699	4%
VG 2, wonen met begeleiding	2.615	9%	1.487	9%
VG 3, wonen met begeleiding en verzorging	5.229	18%	3.382	19%
VG 4, wonen met begeleiding en intensieve verzorging	3.635	12%	2.716	16%
VG 5, wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging	3.588	12%	3.633	21%
VG 6, wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	6.140	21%	2.711	16%
VG 7, (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	5.372	18%	2.865	16%
VG 8, wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	2.469	8%		
Totaal	29.265	100%	17.493	100%
Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)	2014	2014	2010	2010
	Aantal cliënten	Verdeling in %	Aantal cliënten	Verdeling in %
LVG 1, wonen met enige behandeling en begeleiding	25	2%	126	16%
LVG 2, wonen met behandeling en begeleiding	217	16%	235	29%
LVG 3, wonen met intensieve behandeling en begeleiding	618	45%	320	40%
LVG 4, wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	465	34%	81	10%
LVG 5, besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	53	4%	49	6%
Totaal	1.378	100%	811	100%

We zien over de gehele linie een toename van het aandeel zwaardere ZZP's sinds 2010.

Bij VG-clieñten zien we een toename van VG5 tot en met VG8¹⁰ van 53% naar 59%. Bij de LVG-clieñten zien we bij LVG3 tot en met LVG5 een toename van 56% naar 83%.

¹⁰ VG8 bestond niet in 2010. VG5 is na 2010 opgesplitst in twee categorieën, namelijk VG5 en VG8.

3.5 Samenvatting

De organisaties in dit onderzoek bieden gemiddeld ondersteuning aan 677 cliënten in de vorm van 'langdurig verblijf, met of zonder behandeling'. De spreiding in omvang van de organisaties is groot.

Verreweg het grootste deel van deze cliënten heeft een verstandelijke beperking. Het totale aantal cliënten met als eerste indicatiegrondslag een verstandelijke beperking (VG, LVG en SGGLVG/EVG), bedraagt 28.521. Dit is 93% van het totale aantal cliënten 'langdurig verblijf' in de onderzoeksgroep.

Het totale aantal intra- en semimurale mensen met een verstandelijke beperking in Nederland is geschat op 66.131 (Van der Kwartel, 2013). In onze onderzoeksgroep zorgen de responderende organisaties voor een dekkingpercentage van 47% van dit totaal.

De mensen met een verstandelijke beperking met 'langdurig verblijf' zijn onder te verdelen in afzonderlijke groepen die aansluiten bij de verschillende zorgzwaartepakketten. Verreweg het grootste deel van de cliënten met een verstandelijke beperking valt onder VG (86%). Daarnaast zijn er kleinere groepen LVG-clieuten (4%) en SGLVG- en SGEVG-clieuten (samen 3%).

Binnen de VG zijn de cliënten met ZZP VG5, 6 en 7 de grootste groepen, de lichtere VG1 tot en met VG4 zijn relatief ondervertegenwoordigd. We zien over de gehele linie een toename van het aandeel zwaardere ZZP's sinds 2010. Bij VG-clieuten zien we een toename van VG5 tot en met VG8 van 53% naar 59%. Bij de LVG-clieuten zien we bij LVG3 tot en met LVG5 een toename van 56% naar 83%.

Het aandeel cliënten met als primaire handicap een verstandelijke beperking is gelijk gebleven sinds 2010. Daarbij is het aandeel LVG gekrompen (van 8% naar 4%) en het aandeel VG gestegen van 79 naar 86%.

De kleinere organisaties zijn ten opzichte van 2010 ondervertegenwoordigd. De deelnemers in 2014 hebben gemiddeld ook minder cliënten dan in 2010. De middelgrote en grote organisaties hebben gemiddeld juist meer verblijfscliënten.

Meer organisaties dan in 2010 bieden een expertisecentrum/polikliniek voor externe cliënten (2014 49% tegen 36% in 2010).

Het aandeel 'andere woonvoorzieningen' is over de gehele linie toegenomen. Het gaat hierbij dan vooral om gezinshuizen van verschillende aard (6 keer genoemd), logeerhuizen, wonen binnen verzorgingshuizen/zorgboerderij.

4 Medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking vanuit organisaties voor gehandicaptenzorg

Dit hoofdstuk richt zich op de vraag hoe de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten vanuit organisaties voor gehandicaptenzorg is georganiseerd. De focus daarbij is op de cliënten met indicatie 'verblijf', al dan niet 'met behandeling'. Voor deze cliënten zijn de organisaties namelijk verplicht om ook de medische zorg te regelen. Dat gebeurt op verschillende manieren, door afspraken te maken met huisartsenpraktijken in de wijk of door het in dienst nemen of inhuren van medische professionals in de eigen organisatie.

Achtereenvolgens beschrijven we:

- de manier waarop organisaties de medische zorg hebben georganiseerd (4.1)
- de aard en het aantal van de medische professionals en vacatures (4.2)
- aard en aantal van ondersteuners en vacatures (4.3)
- medisch beleid bij verschillende soorten cliënten (4.4)
- vergelijking tussen 2010 en 2014 (4.5)

Vragen die beantwoord worden:

- a) Hoe is de medische zorg vanuit de organisaties voor gehandicaptenzorg georganiseerd?
- b) Wie zijn betrokken bij de medische zorgverlening (verschillende soorten artsen, verpleegkundig specialisten, praktijkverpleegkundigen, e.d.) en zijn er (moeilijk vervulbare) vacatures voor deze professionals?
- c) Aan hoeveel cliënten bieden de artsen die werkzaam zijn in de organisaties medische zorg (intramuraal en extramuraal)?
- d) Wat zijn de overwegingen bij de organisaties om geen artsen in dienst in dienst te nemen of in te huren (tekorten, visies, etc.)?
- e) Wat is het beleid bij de medische zorgverlening aan verschillende soorten cliënten?
- f) Welke ontwikkelingen zien we sinds 2010 in deze aspecten?

4.1 Organisatie van de medische zorg

Organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg zijn verantwoordelijk voor het bieden van adequate medische zorg voor hun cliënten met indicatie 'langdurig verblijf'. Niet alle organisaties hebben daarvoor de beschikking over artsen die in hun eigen organisatie werkzaam zijn. Dit geldt voor bijna een kwart van de organisaties in ons onderzoek. De overige driekwart heeft meestal de beschikking over een combinatie van eigen artsen en inhuur/inkoop (37%) of alleen eigen artsen (27%).

Tabel 4.1 Organisatie van de medische zorg in de gehandicaptenzorgorganisaties (n=51)

	Aantal organisaties	in %
Alleen eigen artsen in dienst	14	27%
Eigen artsen in dienst plus inhuur/ inkoop	19	37%
Alleen inhuur/ inkoop	6	12%
Geen eigen medische zorg	12	24%
Totaal	51	100%

Cliënten vanuit organisaties waar geen artsen werkzaam zijn, maken voor hun medische zorg gebruik van huisartsen in de wijk. In een aantal van deze organisaties geeft men aan dat aanvullend een beroep kan worden gedaan op een AVG vanuit een collega-organisatie.

4.2 Medische bezetting in de organisaties voor gehandicaptenzorg

In deze paragraaf beschrijven we welke artsen werkzaam zijn in de organisaties voor gehandicaptenzorg en op welke manier zij zijn verbonden aan de organisatie.

4.2.1 Artsen die in dienst zijn van de organisatie

Van de 33 organisaties die eigen artsen in dienst hebben, hebben 31 de vragen over de inzet aan artsen beantwoord. Van hen heeft 90% één of meerdere AVG's in dienst, meer dan de helft heeft een AVG in opleiding en ongeveer een derde maakt gebruik van huisartsen. Bijna de helft van deze huisartsen levert zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg aan de cliënten in de organisatie¹¹. Eén organisatie heeft zowel huisartsen in dienst die uitsluitend huisartsenzorg leveren, als een huisarts die zowel huisartsenzorg als AVG-zorg biedt.

Tabel 4.2 Artsen in dienst van de organisaties voor gehandicaptenzorg (n=31)

	Aantal organisaties (%)		Artsenformatie totaal (fte's)	Aandeel in artsformatie	Contract %
AVG's	28	90%	72,9	51%	78,4%
AVG's i.o. ¹²	17	55%	30,6	22%	78,5%
Huisartsen totaal, waarvan:	11	35%	13,0	9%	56,5%
Huisartsenzorg	7	23%	6,9	5%	53,0%
Huisartsenzorg en AVG-zorg	5	16%	6,1	4%	61,1%
Specialisten ouderengeneeskunde	3	10%	4,7	3%	93,8%
Basisartsen	14	45%	14,7	10%	73,5%
Andere artsen	5	16%	6,3	5%	70,3%
Totaal	31		142	100%	77,9%

Er zijn geen huisartsen in opleiding en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding in dienst van de responderende organisaties.

Gezamenlijk hebben de organisaties 72,9 fte AVG¹³ en 30,6 fte AVG in opleiding in dienst. De AVG's hebben een gemiddeld arbeidscontract van 78,4%, de AVG's in opleiding 78,5%. Van de drie organisaties die geen AVG in dienst hebben, beschikt er één over een basisarts, één over een huisarts en een andere arts en één over een andere arts.

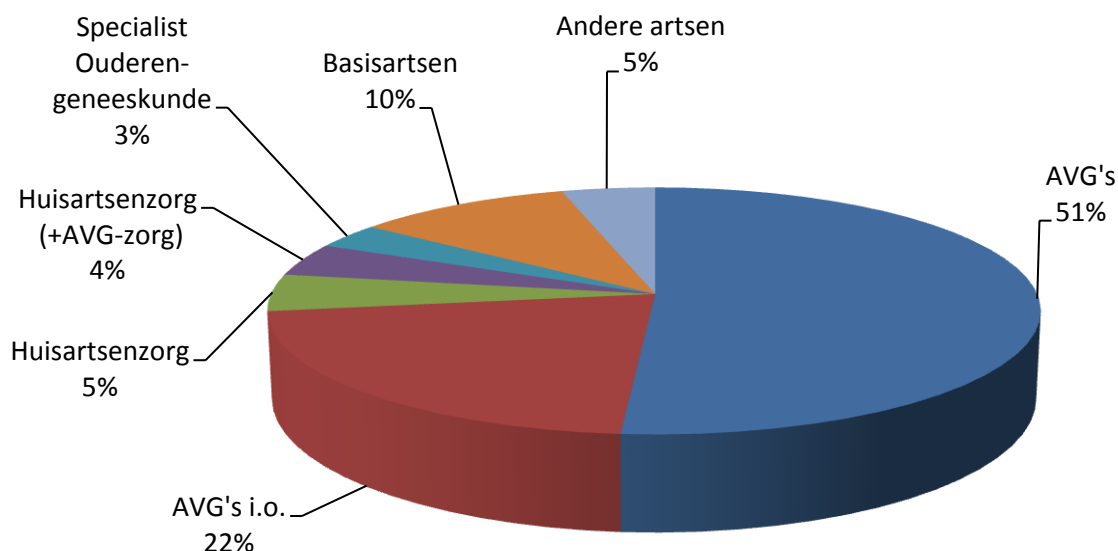
¹¹ In het onderzoek onder AVG's is naar voren gekomen dat verschillende huisartsen werken als AVG. Door allerlei omstandigheden hebben zij geen gebruik gemaakt van de overgangsregeling om zich te registreren als AVG.

¹² De AVG's in opleiding werken doorgaans 100%, waarvan 20% besteed wordt aan theoretische opleiding. Voor de berekening is daarom bij de organisaties, waar het aantal aio's gelijk was aan het aantal fte, 0,2 fte per fte aio afgetrokken komt

¹³ Als we het aantal AVG's corrigeren voor de tijd die AVG's nodig hebben per fte AVG i.o. om deze te begeleiden (0,2 fte AVG per fte AVG i.o.), dan komt het netto aantal AVG's uit op 72,9 fte minus 6,1 fte (voor begeleiding), is 66,8 fte AVG's.

In figuur 4.1 is grafisch weergegeven hoe de verdeling van de artsen die in loondienst zijn eruit ziet.

Figuur 4.1 Samenstelling van de formatie van de artsen in dienst van de organisaties (n=31)



Gezien de aantallen hoeft het niet te verbazen dat de combinatie van een AVG met een AVG in opleiding het meest voorkomt. Hieronder geven we een overzicht van de preferente personele samenstellingen bij de artsen die in loondienst zijn:

- AVG's met een AVG in opleiding (5);
- AVG's met AVG i.o., met huisartsen (6) of basisartsen (4), een enkele aangevuld met een SO en/of andere arts;
- AVG's met AVG i.o., met basisartsen en huisartsen (3)
- AVG's met huisarts (3) of basisarts (2);

4.2.2 Artsen die niet in dienst zijn van de organisatie

Bij 25 organisaties zijn artsen werkzaam in de organisatie die niet in loondienst zijn. Voor driekwart van deze organisaties geldt dat zij deze artsen hebben naast de eigen artsen. Bij de overige zijn er uitsluitend 'artsen niet in loondienst' werkzaam.

Het blijkt lastig om het aantal artsen dat wel werkzaam is in de organisatie, maar niet in loondienst is, in kaart te brengen. Uit de beantwoording van de vragen blijkt dat respondenten de vraag verschillend hebben geïnterpreteerd. Waarschijnlijk is er ruimte voor verschillende interpretatie bij de vraagstelling. Enkele organisaties hebben hier zeer hoge aantallen artsen opgegeven, waarvan het niet waarschijnlijk is dat zij ook daadwerkelijk werkzaam zijn in de organisatie. Waarschijnlijk betreft het bij deze hoge aantallen de waarneemgroep van artsen die gezamenlijk de bereikbaarheidsdiensten draaien in een bepaalde regio of het aantal huisartsen in de wijk waar cliënten van de organisatie staan ingeschreven. Deze organisaties hebben alleen aantallen artsen opgegeven en geen fte's. Deze artsen zijn niet meegenomen bij de resultaatbeschrijving in tabel 4.3.

Tabel 4.3 toont om hoeveel organisaties het gaat, hoeveel organisaties informatie hebben gegeven over aard en aantallen van deze artsen die niet in loondienst zijn en wat het aantal en fte's van deze medische professionals is.

Tabel 4.3 Artsen niet in loondienst (n=25/16)

	Aantal organisaties die deze artsen hebben	Aantal dat informatie heeft gegeven	Aantal artsen	Fte's	% Contract
AVG's	9	7	7	1,4	0,21
AVG's i.o.	1	1	1	0,2	0,22
HA huisartsenzorg	11	3	18	5,6	0,31
HA HA+AVGzorg	6	4	6	1,7	0,28
Specialisten ouderengeneeskunde	7	5	7	1,4	0,21
Andere artsen	4	4	21	7,6	0,36
Totaal	25	16	60	17,9	0,30

Zowel bij de AVG's als bij de SO's en bij sommige huisartsen gaat het vaak om een contract van een dag in de week.

Bij de 'andere artsen' gaat het voornamelijk om psychiaters die verbonden zijn aan één grote organisaties voor LVG-cliënten.

Hoe zijn de 'artsen niet in loondienst' verbonden aan de organisatie? Dat blijkt verschillend per type arts.

- De AVG's zijn meestal verbonden aan de organisatie via detachering en uitleen
- Bij de huisartsen is het merendeel als zzp'er ingehuurd, een aantal is gedetacheerd; er komt één lumpsum financiering van de huisarts voor.
- De SO's en overige artsen zijn als zzp'er of op detacheringbasis verbonden aan de organisatie.

In één van de organisaties heeft volledige outsourcing van de medische zorg plaatsgevonden en dat de artsen een zelfstandige maatschap vormen.

4.2.3 Vacatures bij medische professionals

Het aantal vacatures voor AVG's staat al geruime tijd in de top 5 van de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact/Capaciteitsorgaan. In deze paragraaf brengen we in kaart hoe het per 1 januari 2014 ervoor staat met de vacatures voor AVG's en andere medische professionals.

Van de in dit onderzoek deelnemende organisaties geeft 22% aan dat zij vacatures hebben voor medische professionals. Als we uitsluitend kijken naar de organisaties waar momenteel artsen werkzaam zijn, dan geven 11 van de 39 organisaties aan vacatures te hebben voor medische professionals (39%).

In tabel 4.4 staat het aantal vacatures vermeld, afgezet tegen het aantal werkzame fte's in de betreffende organisaties.

Tabel 4.4 Het aantal vacatures per 1/1/2014 in personen (in de steekproef) en in % van de bezette arbeidsplaatsen.

	Aantal	Fte's	Werkzame aantal	Werkzame fte	% Van bezette arbplaatsen (ftes)
AVG's	10	8,5	93	72,87	11,6%
SO	1	1,0	5	4,69	21,3%
overige artsen	1	1,0	9	6,33	15,8%

Per 1 januari 2014 waren er geen vacatures voor huisartsen en basisartsen. Tegelijkertijd is er wel een tekort aan AVG's. Aannemelijk is dat organisaties met een tekort aan AVG's dan wel een andere arts aannemen om dit tekort enigszins te kunnen invullen.

4.2.4 Inzet van artsen voor externe patiënten

In hoofdstuk 3 is uitgebreid ingegaan op de verblijfscliënten. Vanwege de toename van het aantal poliklinieken en het tijdsbeslag dat dit heeft op de AVG's, is in de vragenlijst ook aandacht besteed aan deze poliklinieken.

Aan de respondenten is gevraagd of hun organisatie een polikliniek/expertisecentrum biedt voor extramurale cliënten. Bijna de helft (49%) van de organisaties heeft hier de beschikking over. Van deze 25 organisaties konden 16 inzicht geven in de omvang van deze dienstverlening. Zij hebben aangegeven hoeveel cliënten zij per jaar bedienen, hoeveel consulten er op jaarbasis gegeven zijn en wat de gemiddelde duur van een consult was.

Tabel 4.5 Omvang van de dienstverlening in de poliklinieken (n=16)

	Aantal or- ganisaties	Totaal	Gemiddeld
Aantal patiënten op jaarbasis (2013)	16	1955	122
Aantal consulten op jaarbasis (2013)	16	10910	682
De gemiddelde duur van een consult in aantal minuten is:	16		42,3
Uren per jaar	16	7706	481

Gezamenlijk zijn deze organisaties 7706 uren per jaar bezig met dienstverlening aan extramurale cliënten. Als het hier netto tijdbesteding van de AVG betreft gaat het om tussen de 4,6 en 4,9 fte AVG.

Hoewel niet expliciet is gevraagd of de gemiddelde consultduur 'pure AVG-tijd' was, is de werkgroep AVG van mening dat het hier een reële inschatting betreft. Recent nog niet gepubliceerd onderzoek naar de werkbelasting van AVG's lijkt dit te onderschrijven.

4.3 Ondersteuning bij de medische zorg

In een aantal organisaties voor verstandelijk gehandicapten worden taken van de AVG en/of andere artsen overgenomen door Verpleegkundig Specialisten (VS) of (praktijk)verpleegkundigen¹⁴.

¹⁴Zowel in het onderzoek onder zorgorganisaties als onder AVG's is niet specifiek gevraagd naar de inzet van physician assistants. In het onderzoek onder AVG is deze professional ook niet genoemd bij 'overige ondersteuners/professionals'.

Van de 39 organisaties waar artsen werkzaam zijn hebben 24 (62%) de beschikking over één of meerdere van deze professionals (tabel 4.6). In de meeste gevallen heeft men de beschikking over praktijkverpleegkundigen. In 38% van de organisaties waar artsen werkzaam zijn, zijn geen van deze professionals aanwezig.

Tabel 4.6 Aanwezigheid van Verpleegkundig Specialisten en (praktijk)verpleegkundigen in de gehandicaptenzorgorganisaties waar artsen werkzaam zijn, (n=39).

	Aantal organisaties	In %
Verpleegkundig Specialisten en praktijkverpleegkundigen	5	12,8%
Verpleegkundig Specialisten	3	7,7%
Praktijkverpleegkundigen	16	41,0%
Geen van beide	15	38,5%

Tabel 4.7 laat zien dat er 25 Verpleegkundig Specialisten werkzaam zijn, waarvan één in opleiding. Daarnaast zijn er 75 (praktijk)verpleegkundigen in dienst en 5 (praktijk)verpleegkundigen in opleiding.

Het aantal VS en verpleegkundigen in opleiding is gering. Geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers (op basis van 200 AVG's waarvan 93% werkzaam is (Capaciteitsplan AVG, 2013)) betekent dit dat er 50 VS (45,8 fte) werkzaam zijn in de gehandicaptenzorgorganisaties en 150 (praktijk)verpleegkundigen (94,5 fte).

Tabel 4.7 Aanwezigheid van Verpleegkundig Specialisten en (Praktijk)verpleegkundigen in dit onderzoek en geëxtrapoleerd naar landelijk

	Onderzoek			Extrapolatie landelijk	
	aantal	fte	%contract	aantal	fte
Verpleegkundig specialisten	25	22,9	92%	50	45,8
Verpleegkundig specialisten in opleiding	1	1,0	100%	2	2
(Praktijk)verpleegkundigen	75	47,3	63%	150	94,5
(Praktijk)verpleegkundigen in opleiding	5	4,7	94%	10	9,4

Bij slechts één organisatie staat er een vacature open, het betreft een vacature voor een praktijkverpleegkundige voor 0,6 fte.

Van de 8 organisaties die werken met een VS, willen drie hun formatie VS in de nabije toekomst uitbreiden, met 0,5, 0,89 en 1 fte.

Van de 43 organisaties die nog niet met een VS werken, hebben 6 concrete plannen om in de nabije toekomst met een VS te gaan werken.

Van de 21 organisaties die werken met een praktijkverpleegkundige, willen zes hun formatie in de nabije toekomst uitbreiden met in totaal 6,22 fte.

Van de 30 organisaties die nog niet werken met een praktijkverpleegkundige hebben drie concrete plannen om hier in de nabije toekomst mee te gaan werken.

4.4 Beleid bij de medische zorg: specialistische AVG-zorg en huisartsenzorg

De medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is in beweging. Diverse onderzoeken en visiedocumenten hebben geleid tot een verdere uitkristallisatie van de visie op de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Deze visie en de gewenste ontwikkeling zijn door de NVAVG vastgelegd in haar Meerjaren Beleidsplan 2013-2017 (NVAVG, 2013). Twee (van de vier) kerngebieden uit het genoemde meerjarenbeleid zijn van direct belang voor de organisatie van medische zorg en de specifieke rol van de AVG ten opzichte van andere (medische) professionals. Dit betreft de kerngebieden 'Positionering van de AVG in de gezondheidszorg' en 'Profilering in de tweede lijn'.

Diverse publicaties en handreikingen beschrijven de beoogde richting van de ontwikkeling. In 'Zorgaanbod van de AVG (NVAVG, 2012)' is vastgelegd op welke aspecten en problematiek in de medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking de AVG zich richt. De 'Handreiking Huisarts en AVG; Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (NVAVG, 2010)' is een handreiking gericht op de samenwerking tussen AVG en huisarts.

Standpunt van de NVAVG hierin is dat mensen met een verstandelijke beperking, net zoals anderen, recht hebben op goede huisartsenzorg en waar nodig, aanvullende specialistische AVG-zorg. Voor de verblijfscliënten van organisaties voor gehandicaptenzorg betekent dit, dat zij naast de specialistische zorg door de AVG, recht hebben op huisartsenzorg. Voor extramurale cliënten betekent het dat zij naast de standaard huisartsenzorg die zij hebben, een beroep moeten kunnen doen op de AVG.

Om meer zicht te krijgen op de aard van de medische zorg die wordt geboden en de mate waarin de hiervoor beschreven zorgvisie op samenwerking tussen AVG en huisarts geïmplementeerd is, is aan de beleidsmakers gevraagd wie doorgaans welke medische zorg biedt aan mensen met een verstandelijke beperking met indicatie 'langdurig verblijf' (tabel 4.8).

Een derde van de organisaties biedt met eigen professionals medische zorg aan al haar cliënten met indicatie 'langdurig verblijf'¹⁵. Vijf organisaties hebben aangegeven dat zij, hoewel er artsen werkzaam zijn in hun organisaties, geen medische zorg leveren vanuit de eigen organisatie. Het gaat hier om vijf organisaties waar alleen artsen werkzaam zijn via inhuur/inkoop.

Tabel 4.8 Aard van de medische zorg, verdeeld naar omvang van de organisaties (n=51)

	Aantal organisaties	%	Artsen werkzaam (n=39)	Geen artsen (n=12)
Medische zorg aan alle verstandelijk gehandicapten met indicatie 'langdurig verblijf'	17	33%	33%	
Medische zorg aan een deel van de verstandelijk gehandicapten met indicatie 'langdurig verblijf'	17	33%	33%	
Geen medische zorg vanuit de eigen organisatie	17	33%	10%	24%
Totaal	51	100%	76%	24%

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de aard van de medische zorg in de organisaties.

¹⁵ In de vraagstelling is geen onderscheid gemaakt tussen cliënten met langdurig verblijf 'met' en 'zonder' behandeling.

4.4.1 Medische zorg in de organisaties waar geen artsen werkzaam zijn

Bij de 12 organisaties waar geen artsen werkzaam zijn en waar geen medische zorg wordt gegeven vanuit de eigen organisatie, wordt de medische zorg geboden door huisartsen in de wijk.

Aan de organisaties die niet de beschikking hebben over artsen in hun organisatie is gevraagd welke de twee belangrijkste redenen waren om geen artsen aan te stellen/in te huren.

Tabel 4.9 Belangrijkste redenen om geen artsen aan te stellen of in te huren (n=12)

	Aantal organisaties	In %
schaalgrootte van de organisatie (te klein)	8	67%
het past niet binnen onze zorgvisie	6	50%
wij hebben geen cliënten met behandeling	5	42%
artsen zijn onvoldoende beschikbaar op de arbeidsmarkt	2	17%
financieel niet haalbaar (niet/onvoldoende in indicaties)	2	17%

Organisaties die zeggen dat het aanstellen van artsen niet past binnen hun zorgvisie geven aan dat hun cliënten, gegeven hun beperking, gebruik kunnen maken van reguliere huisartsenzorg en dat zij er waarde aan hechten om 'gewoon te doen als het gewoon kan: dus bij voorkeur de huisarts'. De reden dat aanstelling of inhuur van een arts financieel niet haalbaar is roept vraagtekens op. Cliënten met een indicatie met behandeling lijken hier de noodzakelijke specialistische AVG-zorg te ontberen.

4.4.2 Medische zorg in de totale groep organisaties

Aan zowel de beleidsmakers als de AVG's is gevraagd wat de aard is van de medische zorg die zij aan cliënten met verschillende ZZP's bieden. Voor de aard van de zorg is een onderscheid gemaakt tussen 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg'.

In onderstaande tabel zijn de resultaten voor de beleidsmakers en die van de AVG's naast elkaar gezet.

Tabel 4.10 Geboden medische zorg bij verschillende zorgzwaartepakketten volgens organisaties (n=49) en AVG's (n=66) (in %)

	Organisaties totaal			AVG's		
	VG3	VG5	VG7	VG3	VG5	VG7
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste van deze cliënten	17%	29%	33%	18%	29%	42%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van de cliënten	29%	33%	33%	23%	32%	19%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste cliënten	24%	19%	25%	41%	38%	41%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van deze cliënten	24%	14%	11%	24%	20%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor de meeste (of alle) van deze cliënten	15%	17%	6%	14%	9%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten	24%	21%	19%	9%	17%	8%

Bij cliënten met VG3 geven respectievelijk 17% van de organisaties en 18% van de AVG's aan dat de AVG zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg levert aan alle/de meeste van deze cliënten. Bij cliënten met indicatie VG7 is dit respectievelijk 33% en 42%.

De verschillen tussen de beleidsmakers en AVG's die uit de tabel naar voren komen, worden ten dele veroorzaakt doordat bij de beleidsmakers ook organisaties vertegenwoordigd zijn die geen artsen/AVG's in dienst hebben. Daarnaast speelt een rol dat soms meerdere AVG's per instelling hebben geparticipeerd in het onderzoek. Hiervoor kan niet worden gecorrigeerd.

Als we een vergelijking maken tussen de resultaten van beleidsmakers uit organisaties waar artsen werkzaam zijn met de resultaten voor de AVG's, dan zijn de verschillen kleiner.

Tabel 4.11 Geboden medische zorg bij verschillende ZZP's (VG3, VG5 en VG7) volgens beleidsmakers uit organisaties waar artsen werkzaam zijn (n=39) en volgens AVG's (n=66) (in %)

	Organisaties			AVG's		
	VG3	VG5	VG7	VG3	VG5	VG7
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste van deze cliënten	27%	32%	38%	18%	29%	42%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van de cliënten	27%	36%	31%	23%	32%	19%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste cliënten	38%	29%	35%	41%	38%	41%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van deze cliënten	27%	18%	12%	24%	20%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor de meeste (of alle) van deze cliënten	8%	11%	4%	14%	9%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten	12%	14%	12%	9%	17%	8%

Duidelijk uit de overzichten is dat AVG's (nog) een grote rol hebben in het bieden van huisartsenzorg, en deze neemt toe naarmate de cliënt een hoger ZZP heeft. In paragraaf 4.6 is te zien welke ontwikkelingen hierin hebben plaatsgevonden sinds 2010.

4.4.3 Hoe optimaal is de bemensing voor de medische zorg?

In verband met de vele ontwikkelingen is ter afsluiting van de vragenlijst aan alle respondenten gevraagd in welke mate zij de bemensing van de medische zorg optimaal vinden. Maar liefst 47% van de deelnemende organisaties geeft aan dat deze niet optimaal is. In onderstaande tabel is te zien dat hierin grote verschillen zijn tussen de organisaties waar wel, en de organisaties waar geen artsen werkzaam zijn.

Tabel 4.12 Oordeel van organisaties over de mate waarin hun bemensing ten behoeve van de medische zorgverlening optimaal is, uitgesplitst naar organisaties met en zonder artsen.

	Artsen werkzaam	Geen artsen werkzaam
Bemensing van de medische zorg is optimaal	17 (44%)	10 (83%)
Bemensing is niet optimaal	22 (56%)	2 (17%)

Van de organisaties zonder artsen zijn bijna alle (83%) van mening dat de bemensing van de medische zorg optimaal geregeld is. Bij organisaties waar wel artsen werken beoordeelt

56% de bemensing van de medische zorg als niet optimaal. Hieronder geven we een overzicht van de toelichtingen die respondenten hebben gegeven.

Organisaties waar geen artsen werkzaam zijn

Van de 12 organisaties waar geen artsen werkzaam zijn, zijn 10 van mening dat de bemensing van de medische zorg optimaal is. Een beperkt aantal (4) heeft hierop een toelichting gegeven. Daaruit blijkt dat men tevreden is over de mogelijkheid aanvullende ondersteuning en specialistische kennis te betrekken van een AVG uit collega-zorgorganisaties die op oproepbasis kan worden ingehuurd. Ook wordt genoemd dat men een beroep kan doen op de Down poli. Eén organisatie geeft aan dat zij ouderenbeleid aan het ontwikkelen zijn, waarbij de samenwerking wordt gezocht en uitgebreid met de lokale ouderenzorg.

De twee organisaties die de bemensing bij de medische zorg niet optimaal vinden geven aan dat er geen AVG arts aanwezig is in de nabije omgeving (1) en dat de aanstelling van een verpleegkundige is beëindigd doordat bestaande subsidie (Agema-gelden) is gestopt.

Organisaties waar artsen werkzaam zijn

Van de 39 organisaties waar artsen werken, vindt 56% de bemensing bij de medische zorg niet optimaal. Van de 22 organisaties waar men dit aangeeft, hebben 19 dit toegelicht. Belangrijkste aspecten hiervan zijn een tekort aan AVG's, een tekort aan overig personeel en problemen rond werkdruk en overuren.

Ook is er een organisatie die aangeeft dat zij door haar kleinschaligheid te weinig financiële middelen heeft om de medische zorg optimaal te kunnen regelen.

Elf van de 19 toelichtingen wijzen heel direct op een tekort aan specialistische medische zorg door de AVG. Deze respondenten geven aan dat het aantal AVG's te weinig is om specialistische medische zorg te kunnen bieden aan hun cliënten (7), en wijzen op verschillende situaties (basisarts met AVG-taken, traag verlopende transitie van medische zorg naar de huisartsen in de wijken) en problemen (continuïteit van de zorgverlening).

Daarnaast wordt door drie respondenten benoemd dat er een probleem is bij andere medische professionals of verpleegkundigen. Huisartsen, Verpleegkundig Specialist (met specialisatie psychiatrie) en verpleegkundige worden hierbij genoemd.

Ook zijn organisaties bezig met het in kaart brengen van de verhouding tussen werklast en werkdruk. Zij bekijken of de inzet (kwantitatief) passend is en geven aan dat er te veel overuren worden gedraaid.

Tenslotte zijn er twee respondenten die wijzen op ontwikkelingen die vragen om andere keuzes in de medische zorg. Eén van hen geeft aan dat afstemming en samenwerking tussen specialisten (SO en AVG) voor hen zeer wenselijk is. De andere organisatie geeft aan bezig te zijn artsen te herpositioneren. Tot nu toe waren artsen vooral rondom de MDT-functie (MulitiDisciplinairTeam) georganiseerd. Men brengt nu een beweging in gang om ze meer te positioneren rondom de cliënt.

Van de 17 organisaties die de bemensing voor de medische zorg optimaal vinden, hebben drie een toelichting gegeven. Eén van hen wijst op de onmogelijkheid om op de terreinen meer huisartsen in te zetten voor specifieke huisartsenzorg. Deze respondent acht dat niet haalbaar, omdat er geen huisartsen op de terreinen komen en dat zij, bij in dienst nemen, hun registratie verliezen.

Een ander geeft aan op termijn nog iets meer huisartszorg nodig te hebben door pensionering van oudere AVG's die in het verleden de huisartsopleiding hebben gehad.

4.5 Verschillen in de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten ten opzichte van 2010

In 2014 zijn er meer gehandicaptenzorgorganisaties die alleen eigen artsen in dienst hebben dan in 2010 (Tabel 4.13): 27% tegen 14%. In 2014 komt alleen inhuur/inkoop aanmerkelijk minder voor dan in 2010 (12 tegen 21%); maar geen eigen medische zorg komt vaker voor (24 tegen 15%).

Belangrijk hierbij is wel dat de samenstelling van de onderzoeksgroep in 2010 verschilt van die uit 2014. Voor een deel hebben andere zorgorganisaties deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 4.13: De organisatie van de medische zorg in 2010 en 2014

	Aantal organisaties in 2014	in %	Aantal organisaties in 2010	% organisaties
Alleen eigen artsen in dienst	14	27%	8	14%
Eigen artsen in dienst plus inhuur/inkoop	19	37%	29	50%
Alleen inhuur/inkoop	6	12%	12	21%
Geen eigen medische zorg	12	24%	9	15%
Totaal	51	100%	58	100%

Er lijkt sinds 2010 een lichte verschuiving te hebben plaatsgevonden in de medische bezetting (Tabel 4.14). Het aandeel AVG's is gedaald van 58% naar 51%, en het aandeel specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en basisartsen is toegenomen, respectievelijk van 1% naar 3% en van 7% naar 10%.

Tabel 4.14: Artsen in dienst van de organisaties voor gehandicaptenzorg in 2010 en 2014

	2014 Aandeel in artsenformatie	2014 Contract %	2010 Aandeel artsenformatie	2010 Contract %
AVG's	51%	78,4%	58%	77%
AVG's i.o. ¹⁶	22%	78,5%	23%	100%
Huisartsen totaal, waarvan:	9%	56,5%	9%	43%
huisartsenzorg	5%	53,0%		
HA HA+AVGzorg	4%	61,1%		
Specialisten ouderengeneeskunde	3%	93,8%	1%	
Basisartsen	10%	73,5%	7%	53%
Andere artsen	4%	70,3%	3%	
Totaal	100%		100%	

Dit kan er op wijzen dat de voortdurende tekorten onder AVG's deels opgelost worden met basisartsen. Aan te nemen is echter dat het aantal medische taken dat basisartsen kunnen overnemen van AVG's beperkt is, zeker als de AVG zich steeds minder richt op medische basiszorg en steeds meer uitsluitend op specialistische AVG-zorg. Aannemelijk is wel dat

¹⁶ De AVG's in opleiding werken doorgaans 100%, waarvan 20% besteed wordt aan theoretische opleiding. Voor de berekening is daarom bij de organisaties, waar het aantal aios gelijk was aan het aantal fte's, 0,2fte per fte aio in mindering gebracht.

juist door de aanwezigheid van basisartsen de AVG zich meer op de gespecialiseerde zorg heeft kunnen richten.

Het groeiende aandeel SO's is waarschijnlijk het gevolg van fusies waardoor gehandicaptenorganisaties ook ouderen zonder VG-indicatie in hun cliëntenpopulatie hebben.

Waar in 2010 nog bijna 30% van de organisaties aangaf vacatures te hebben voor medische professionals is dat per 1 januari 2014 bijna 22%. Hoewel dit een verbetering is, betekent het nog steeds dat meer dan één op de vijf organisaties te weinig artsen tot haar beschikking heeft om goede medische zorg te leveren aan haar eigen cliënten of aan de extramurale cliënten die een beroep doen op de polikliniek.

Tabel 4.15 Vacatures voor medische professionals in fte's en in % van de bezette arbeidsplaatsen in 2010 en 2014

	2014 Vacatures (in fte)	2014 % Van bezette arbeidsplaatsen (ftes)	2010 Vacatures (in fte)	2010 % Van bezette arbeidsplaatsen (fte's)
AVG's	8,5	12%	14,7	21%
SO	1,0	21%		
overige artsen	1,0	16%		38%
Huisartsen			2,2	20%
Basisarts			2,5	30%

Het aandeel vacatures ten opzichte van bezette arbeidsplaatsen voor AVG's is sinds 2010 gedaald van 21% naar 12% (zie Tabel 4.15). In tegenstelling tot 2010 zijn er geen vacatures voor huisartsen en basisartsen. Wél is er in 2014 een vacature voor een SO.

Tabel 4.16 Aandeel van de organisaties waar de AVG wordt ondersteund door Verpleegkundig Specialisten en (praktijk)verpleegkundigen

	Aandeel organisaties 2014 (in %)	Aandeel organisaties 2010 (in %)
Verpleegkundig Specialisten en praktijkverpleegkundigen	12,8%	8,6%
Verpleegkundig Specialisten	7,7%	8,6%
Praktijkverpleegkundigen	41,0%	20,7%
Geen van beide	38,5%	67,2%

Het aandeel organisaties waar de AVG wordt ondersteund door praktijkverpleegkundigen is fors toegenomen. Van 29,3% (20,7+8,6) in 2010 naar 53,8% (12,8+41,0) in 2014.

Ook het aandeel organisaties waar de AVG ondersteuning krijgt van Verpleegkundig Specialisten is toegenomen, maar minder sterk. In 2010 werden zij ingezet in 17,2% van de organisaties, in 2014 in 20,5%.

Tabel 4.17 Omvang van de ondersteuning van de AVG door Verpleegkundig Specialisten en (praktijk)verpleegkundigen

Ondersteuning in uren per fte AVG		
	2014	2010
Verpleegkundig specialisten	11,1	8,4
Verpleegkundig specialisten in opleiding	0,5	
(Praktijk)verpleegkundigen	22,9	14,5
(Praktijk)verpleegkundigen in opleiding	2,3	

Ook de omvang van de ondersteuning is fors toegenomen sinds 2010 (Tabel 4.17). Gemiddeld over de totale onderzoeksgroep wordt elke fte AVG in 2014 ondersteund met 11,6 uur Verpleegkundig Specialist en 25,2 uur (praktijk) verpleegkundige. In 2010 waren deze cijfers respectievelijk 8,4 en 14,5 uren per fte AVG.

Tabel 4.18 Het medisch beleid in gehandicaptenzorgorganisaties in 2010 en 2014

	2014		2010	
	Aantal organisaties	%	Aantal organisaties	%
Medische zorg aan alle verstandelijk gehandicapten met indicatie 'langdurig verblijf'	17	33%	18	35%
Medische zorg aan een deel van de verstandelijk gehandicapten met indicatie 'langdurig verblijf'	17	33%	13	25%
Geen medische zorg vanuit de eigen organisatie	17	33%	21	40%
Totaal	51	100%	52	100%

Het aandeel organisaties en AVG's dat aangeeft zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg te bieden aan al hun cliënten is sinds 2010 belangrijk afgenomen (Tabel 4.19).

Tabel 4.19: Het medisch beleid volgens organisaties en AVG's zelf in 2010 en 2014 (in % van het aantal organisaties of in % van het aantal AVG's)

2014	Organisaties			AVG's		
	VG3	VG5	VG7	VG3	VG5	VG7
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste van deze cliënten	27%	32%	38%	18%	29%	42%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van de cliënten	27%	36%	31%	23%	32%	19%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor alle/de meeste cliënten	38%	29%	35%	41%	38%	41%
- 'specialistische AVG-zorg' door de AVG voor een deel van deze cliënten	27%	18%	12%	24%	20%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor de meeste (of alle) van deze cliënten	8%	11%	4%	14%	9%	9%
- 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten	12%	14%	12%	9%	17%	8%

2010	Organisaties			AVG's		
	VG3	VG5	VG7	VG3	VG5	VG7
- 'algemene' en 'handicapgerelateerde' medische zorg door de AVG voor alle/de meeste van deze cliënten	46%	54%	64%	37%	60%	71%
- 'algemene' en 'handicapgerelateerde' medische zorg door de AVG voor een deel van de cliënten	23%	23%	12%	30%	22%	12%
- 'handicapgerelateerde' medische zorg door de AVG voor alle/de meeste cliënten	8%	12%	16%	28%	19%	20%
- 'handicapgerelateerde' medische zorg door de AVG voor een deel van deze cliënten	27%	23%	20%	18%	17%	11%
- 'algemene' en 'handicapgerelateerde' medische zorg door huisartsen/basisartsen voor de meeste (of alle) van deze cliënten	15%	8%	8%	19%	13%	12%
- 'algemene' en 'handicapgerelateerde' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten	23%	15%	12%	19%	14%	11%

Bijvoorbeeld bij VG7: In 2010 gaf 64% van de organisaties en 71% van de AVG's aan dat deze cliënten zowel huisartsenzorg als specialistische zorg van de AVG kregen. In 2014 zijn deze percentages gedaald naar 38% en 42%. Dezelfde ontwikkelingen zien we ook terug bij VG3 en VG5.

4.6 Samenvatting

Bijna twee derde van de organisaties (64%) heeft eigen artsen in dienst voor het leveren van de medische zorg aan haar cliënten, meer dan de helft van hen huurt daarnaast artsen in. Ook nog eens 12% zet uitsluitend artsen in die niet in loondienst zijn van de eigen organisatie.

Bijna driekwart van de artsen die in dienst zijn van de organisaties zijn AVG's of AVG's in opleiding. Daarnaast maken vooral huisartsen en basisartsen deel uit van de artsenformatie.

De totale formatie aan medische professionals (in loondienst) bedraagt 142 fte, inclusief vacatureruimte bedraagt dit 152 fte. De AVG's vormen hierin verreweg de grootste groep met 72,9 fte. Daarnaast is er 30,6 fte aios, 13 fte huisartsen, 14,7 fte basisartsen, 4,7 fte SO en 6,3 fte andere artsen. Van de 13 fte huisartsen biedt 6,1 fte zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg.

Daarnaast wordt naar schatting 1,4 fte aan AVG-formatie ingehuurd en 16,5 fte aan andere artsen. De totale vacatureruimte voor artsen bedraagt 10 fte.

Van de 39 organisaties waar artsen werkzaam zijn heeft 62% de beschikking over één of meerdere Verpleegkundig Specialisten en/of praktijkverpleegkundigen. Het aantal vacatures bij VS en verpleegkundigen in opleiding is uiterst gering, slechts bij een organisatie staat een vacature open.

Geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers (op basis van 200 AVG's waarvan 93% werkzaam is (Capaciteitsplan AVG, 2013)) betekent dit dat er 50 VS (45,8 fte) werkzaam zijn in de gehandicaptenzorgorganisaties en 150 (praktijk)verpleegkundigen (94,5 fte).

Organisaties die al werken met een VS of praktijkverpleegkundige hebben vaker dan de andere organisaties plannen om de formatie in de toekomst uit te breiden.

AVG's hebben (nog) een grote rol in het bieden van huisartsenzorg, en deze neemt toe naarmate de cliënt een hoger ZZP heeft.

Meer dan de helft van de organisaties waar artsen werken (56%) vindt de bemensing bij de medische zorg niet optimaal. Belangrijkste aspecten hiervan zijn een tekort aan AVG's, een tekort aan overig personeel en problemen rond werkdruk en overuren.

Er lijkt sinds 2010 een lichte verschuiving te hebben plaatsgevonden in de medische bezetting. Het aandeel AVG's (exclusief aios) is gedaald van 58% naar 51%, en het aandeel SO's en basisartsen is toegenomen, respectievelijk van 1% naar 3% en van 7% naar 10%. Dit kan er op wijzen dat de voortdurende tekorten onder AVG's deels opgelost worden met basisartsen. Aan te nemen is echter dat het aantal medische taken dat basisartsen kunnen overnemen van AVG's beperkt is, zeker als deze zich steeds minder richt op medische basiszorg en steeds meer uitsluitend op de specialistische AVG-zorg.

Het aandeel vacatures ten opzichte van bezette arbeidsplaatsen voor AVG's is sinds 2010 gedaald van 21% naar 12%. In tegenstelling tot 2010 zijn er geen vacatures voor huisartsen en basisartsen, maar wel voor een SO.

Het aandeel organisaties waar de AVG wordt ondersteund door praktijkverpleegkundigen is fors toegenomen. Ook het aandeel organisaties waar de AVG ondersteuning krijgt van Verpleegkundig Specialisten is toegenomen, maar minder sterk. Ook de omvang van de ondersteuning is fors toegenomen sinds 2010. Gemiddeld over de totale onderzoeksgroep wordt elke fte AVG in 2014 ondersteund door 11,6 uur Verpleegkundig Specialist en 25,2 uur (praktijk)verpleegkundige. In 2010 waren deze cijfers respectievelijk 8,4 en 14,5 uren per fte AVG.

Het aandeel organisaties en AVG's dat aangeeft zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg te bieden aan al hun cliënten is sinds 2010 belangrijk afgenomen. Het aandeel organisaties en AVG's dat aangeeft uitsluitend specialistische AVG-zorg te bieden aan alle cliënten is vanaf 2010 juist toegenomen.

5 Het werk van de AVG: context en tijdbesteding

Dit hoofdstuk gaat in op de resultaten van het onderzoek onder AVG's en AVG's in opleiding. Achtereenvolgens beschrijven we:

- de algemene kenmerken van de AVG's in onze onderzoeksgroep (5.1)
- werksetting en werkcontext van de AVG (5.2)
- tijdbesteding door de AVG (5.3)
- ondersteuning van de AVG bij de medische zorg door anderen (5.4)
- vergelijking tussen 2010 en 2014 (5.5)

De volgende onderzoeksvragen zijn daarbij leidend:

- a) Waar werkt de AVG (zorgorganisatie en/of polikliniek/kenniscentrum) en welke deel van zijn tijd besteedt zij/hij daar?
- b) Aan hoeveel cliënten biedt de AVG medische zorg vanuit deze verschillende werkcontexten?
- c) Hoe ziet deze cliëntenpopulatie er uit (ernst van de handicap, woonsetting, leeftijd)?
- d) Welke ontwikkelingen (kwantitatief, kwalitatief) zijn er sinds 2010 in bovenstaande aspecten en welke verdere ontwikkelingen zijn te verwachten?

Voordat we ingaan op bovenstaande vragen beschrijven we kort enkele algemene kenmerken van de onderzoekspopulatie. Als we in onderstaande paragrafen de AVG's noemen bedoelen we steeds zowel de AVG's als de AVG's in opleiding, tenzij anders vermeld.

5.1 Algemene kenmerken van de AVG in onze onderzoeksgroep

Ruim driekwart van de AVG's is vrouw (76,5%), 23,5% is man. De gemiddelde leeftijd is 45 jaar, voor vrouwen 41 en voor mannen 56.

In onderstaande tabellen staan de belangrijkste kenmerken van de onderzoeksgroep samengevat.

Tabel 5.1 Basiskenmerken van de onderzoeksgroep (n=81)

	Totaal	Mannen	Vrouwen
Aantal AVG's	81	19	62
% AVG's	100%	23,5%	76,5%
Gemiddelde leeftijd	45	56	41

Aanmerkelijk meer vrouwen dan mannen maken deel uit van de onderzoeksgroep. In paragraaf 2.4 zagen we al dat dit conform de verdeling van de gehele populatie is. Verwachting is, gezien de relatief hoge gemiddelde leeftijd van de mannelijke AVG's en het hoge percentage vrouwen in de opleiding tot AVG (81%, Capaciteitsplan 2013), dat deze verdeling in de nabije toekomst nog schever wordt.

Van de AVG's is 90% werkzaam als AVG. Acht respondenten werken niet als AVG. Eén van hen werkt als arts in de psychiatrie. De overigen werken niet (meer) als arts, maar als leidinggevende, onderzoeker of hoogleraar, zijn met (pré)pensioen (2), PHD student, of momenteel niet werkzaam (1). In het Capaciteitsplan 2013 is het aantal werkzame AVG's, op basis van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SBB), gesteld op 93% van de geregistreerden.

In tabel 5.2 staan enkele kenmerken van de 73 respondenten die werkzaam zijn als AVG.

Tabel 5.2 Kenmerken van de werkzame AVG's, n=73

	Totaal	Mannen	Vrouwen
Aantal werkzame AVG's	73	16	57
Gemiddeld aantal jaren basisarts	18	29	15
Gemiddeld aantal jaren ervaring als arts in de gehandicaptenzorg	13	23	11
Gemiddeld aantal uren dat men werkt per week	31,2	33,3	30,6
Gemiddeld arbeidscontract	87%	93%	85%
% AVG's i.o	16%	1%	19%

Mannelijke AVG's hebben langere ervaring als arts en werken iets meer uren per week dan vrouwelijke AVG's. Gemiddeld is bijna één op de zes AVG's aio. Het betreft hier 11 vrouwelijke en één mannelijke aio.

In tabel 5.3 staat de ervaring in de gehandicaptenzorg en het gemiddelde arbeidscontract per sekse uitgesplitst naar verschillende leeftijdscategorieën. Enkele kenmerken van AVG's zijn in tabel 5.3 verder uitgesplitst. Per leeftijdscategorie en naar geslacht is te zien wat het gemiddelde aantal jaren is dat men ervaring heeft als arts voor verstandelijk gehandicapten, evenals het gemiddelde percentage per leeftijdsklasse dat men werkt (als percentage van een volledige werkweek van 36 uur). In sommige categorieën is het aantal respondenten beperkt of zelfs 0 (bij mannen van 25-34 jaar). Bij een beperkt aantal respondenten is de waarde van de uitkomsten puur indicatief en kunnen er geen conclusies aan worden verbonden.

Tabel 5.3 Gemiddeld aantal jaren werkzaam als arts in de gehandicaptenzorg (GZ) en het gemiddelde arbeidscontract van de AVG's naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	Ervaring GZ	Fte	n	Ervaring GZ	Fte	N
25-34	-	-	0	4,7	91%	17
35-44	7,7	101%	3	10,6	83%	26
45-54	22,0	100%	1	17,3	85%	7
>54	26,3	90%	12	19,1	78%	7
Totaal	22,6	93%	16	10,7	85%	57

Duidelijk hieruit is dat de omvang van het arbeidscontract afneemt bij de leeftijdsgroep boven de 54 jaar. Daarnaast blijkt dat vrouwelijke AVG's in alle leeftijdscategorieën minder werken dan hun mannelijke collega's.

Het gemiddeld arbeidscontract van een AVG bedraagt in dit onderzoek 31,2 uur per week (86,7%). Bijna twee derde van de respondenten (66%) heeft daarnaast te maken met structureel overwerk. Dit geldt zowel voor mannelijke als voor vrouwelijke AVG's. Het aantal overuren in de groep structurele overwerkers varieert van 1 uur tot 15 uur per week. Gemiddeld over de gehele groep werkzame AVG's gaat het om 3,4 uur week per fte AVG.

Bijna driekwart (74%) van de respondenten werkt hiernaast nog in bereikbaarheidsdiensten (voor de avonden, nachten en weekeinden), gemiddeld 9,7 uren per fte AVG.

5.2 Werksetting en werkcontext van de AVG

Aan de AVG's is gevraagd welke beschrijving uit tabel 5.4 het meest van toepassing is op hun huidige werksituatie. AVG's konden hierbij meerdere antwoorden aankruisen. Bijna alle werkzame AVG's werken in loondienst in gehandicaptenorganisaties, zo blijkt uit tabel 5.4. Het gaat om 89% van de AVG's in dit onderzoek en zelfs 98% van de vrouwen.

Tabel 5.4 Werksetting van de AVG's in % (n=73)

	Totaal		Man- nen	Vrou- wen
Loondienst in een of meerdere GZ-organisaties, waarvan:	65	89%	63%	98%
- in één organisatie voor gehandicaptenzorg	61	84%	63%	91%
- in meerdere afzonderlijke organisaties voor gehandicaptenzorg met afzonderlijke arbeidscontracten	4	5%	0%	7%
Gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties	12	16%	31%	12%
Loondienst in een andere branche dan de GZ	6	8%	19%	5%
Kennis- en expertisecentrum/polikliniek	10	14%	19%	12%
Zelfstandig gevestigd AVG	5	7%	13%	4%
anders, namelijk...	6	8%	19%	7%

Eén op de zes AVG's werkt als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties. Ook hier zien we een belangrijk verschil tussen mannen en vrouwen. Bij de detachering gaat het vaak om een beperkt aantal uren (zie paragraaf 4.2.2). Vanuit praktische en arbeidsvoorwaardelijke redenen kiezen AVG's eerder voor detachering dan voor afzonderlijke arbeidscontracten.

Van de respondenten heeft 14% (n=10) aangegeven in een kennis- of expertisecentrum/polikliniek te werken¹⁷. De kennis- en expertisecentra waar de AVG's werken zijn meestal verbonden aan een organisatie voor gehandicaptenzorg (n=5), daarnaast ook aan ggz-instellingen (n=3) en ziekenhuizen (n=1) en jeugdzorg (n=1). Van de artsen die hebben aangegeven dat zij in loondienst werken in een andere branche dan de gehandicaptenzorg (6), werken drie in de GGZ, twee in een UMC/Universiteit en een in een centrum voor epilepsie. De drie artsen die in de GGZ werken, combineren dit met werk in een kenniscentrum in de GGZ, maar werken daarnaast niet in organisaties voor gehandicaptenzorg.

Hoewel AVG's regelmatig verschillende arbeidscontracten hebben of hun baan in loondienst combineren met werk als zelfstandige, werken de meeste AVG's vanuit een enkele werksetting. Dat geldt voor 68% van de AVG's. De overige 32% van de AVG's combineert meerdere werksettings, meestal twee (21%). De meest voorkomende combinaties zijn 'loondienst in een of meerdere gehandicaptenzorgorganisaties' met 'werken als gedetacheerd arts' (9) en met 'werken in een kennis- en

¹⁷ Dit is opmerkelijk laag omdat 87% van de respondenten aangeeft dat hun organisatie beschikt over een poli of expertisecentrum voor externe cliënten. Het gaat hier waarschijnlijk om de AVG's die een afzonderlijk contract hebben bij een polikliniek/kenniscentrum en niet om de AVG's die in het kader van hun arbeidscontract bij een zorgorganisatie ook werkzaam zijn in een polikliniek.

expertisecentrum/polikliniek' (7). Zeven procent van de respondenten werkt als zelfstandig AVG.

In totaal hebben zes AVG's aangegeven dat nog andere werksettings op hen van toepassing waren. Dit zijn: Centrum voor Consultatie en Expertise (3), postdoc of docent bij de universiteit (3), gedetacheerd/freelance bij de opleiding voor AVG, werk bij een vorige werkgever i.v.m. tekort aan AVG's daar, en andere werkzaamheden ten behoeve van geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking (GMVB). Deze AVG's werken alle zes ook in loondienst in een gehandicaptenzorgorganisatie.

In tabel 5.5 is voor de gehele groep AVG's en afzonderlijk voor mannen en vrouwen gepresenteerd hoe de formele arbeidsuren verdeeld zijn. Gemiddeld werken de AVG's bijna 80% van hun werktijd in hun eigen organisatie, 7% als gedetacheerd arts in een andere organisatie en 4% als zelfstandig AVG.

Tabel 5.5 Verdeling van de formele arbeidsuren van de AVG's over verschillende formele arbeidssituaties, uitgesplitst naar sekse

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
Uren per week (formeel)	31,2		33,3		30,6	
Waarvan:						
-eigen organisatie	26,4	79%	26,0	76%	26,5	86%
-detachering	2,5	7%	1,8	5%	2,6	9%
-zelfstandig avg	1,2	4%	4,5	13%	0,3	1%
-anders	3,3	10%	1,9	6%	1,4	4%
	33,3	100%	34,2	100%	30,8	100%

Het totale aantal uren dat men heeft opgegeven bij de verschillende werksettings telt op tot een hoger aantal dan het oorspronkelijk opgegeven aantal uren per week (1^e regel in de tabel). Meest waarschijnlijke oorzaak is dat de uren opgegeven bij 'zelfstandig AVG' en 'anders' niet altijd zijn meegeteld bij de 'formele arbeidsuren'.

Werkcontext

Belangrijke kenmerken van de werkcontext van de AVG zijn de omvang van de organisatie, de ondersteuning die zij biedt en de collega-artsen waarmee de AVG de medische zorg verleent. Van de AVG's hebben 52 aangegeven hoeveel cliënten in hun organisatie ondersteund worden (tabel 5.6).

Tabel 5.6 Aantal cliënten dat ondersteund wordt in de organisaties waar de AVG's werken (n=52)

	AVG's		Organisaties	
Gemiddeld aantal cliënten dat ondersteund wordt	2372		1790	
Aantal cliënten met indicatie 'verblijf' al dan niet inclusief behandeling	1340	55%	857	48%
- zonder behandeling	330	14%	248	14%
- met behandeling	1010	42%	608	34%
Aantal cliënten met dagbesteding (en geen verblijf)	730	30%	436	25%
Aantal cliënten met overige ondersteuning	352	15%	481	27%

De organisaties waar de respondenten werkzaam zijn ondersteunen gemiddeld 2372 cliënten, waarvan 1340 cliënten met indicatie 'langdurig verblijf'. Tabel 5.6 laat zien dat het gemiddelde aantal cliënten op basis van de opgave door de AVG's hoger uitkomt dan het gemiddelde dat door de zorgorganisaties zelf is opgegeven. Dit is niet verwonderlijk omdat grotere organisaties meer AVG's in dienst hebben en dus beter vertegenwoordigd kunnen zijn, waardoor de hoge aantallen die zij invullen meerdere keren meetellen¹⁸.

De organisaties waar AVG's werken bieden dezelfde ondersteuningsvormen die ook al uit het onderzoek bij organisaties naar voren kwamen (zie paragraaf 3.2, de cijfers voor organisaties waar artsen werkzaam zijn). Hetzelfde geldt voor de diversiteit aan collegae-artsen (zie tabel 4.2).

5.3 Tijdbesteding door de AVG aan verschillende werkzaamheden

Aan de respondenten is gevraagd hoeveel tijd men gemiddeld per week besteedt aan verschillende werkzaamheden. Gevraagd is om een totaaloverzicht te geven zonder rekening te houden met eventueel verschillende werksettings van de AVG's en verschil tussen intramurale en externe cliënten.

Tabel 5.7 schetst een beeld van de gemiddelde tijdbesteding over de week. Het grootste deel van de tijd is men bezig met patiëntgebonden taken (67%).

Tabel 5.7 Tijdbesteding van AVG's aan verschillende werkzaamheden voor de totale groep (n=73) en uitgesplitst naar mannelijke (n=16) en vrouwelijke AVG's (n=57).

Soort taak	Uren per week	Totaal (in%)	Mannen (in%)	Vrouwen (in%)
Patiëntgebonden taken	22,6	67%	59%	70%
directe patiëntenzorg	12,1	36%	37%	36%
indirecte patiëntenzorg	10,5	31%	22%	34%
Managementtaken	4,0	12%	14%	11%
vanuit de functie als AVG	1,7	5%	5%	5%
algemeen en organisatorisch	2,3	7%	9%	6%
Opleiden van AVG's in opleiding	1,5	4%	4%	5%
Onderzoek en onderwijs	3,1	9%	9%	9%
Taken als BOPZ-arts	1,1	3%	8%	2%
Anders	1,2	4%	6%	3%
		100%	100%	100%
Totaal aantal uren per week	33,5 ¹⁹		36,9	32,5

Vrouwen besteden gemiddeld meer tijd dan mannen aan patiëntgebonden taken, maar dit geldt uitsluitend voor de indirecte patiëntenzorg. Mannen hebben iets meer managementtaken, vooral de managementtaken die niet voortkomen uit hun functie als AVG. Er is geen afzonderlijk effect van leeftijd op de tijdbesteding aan managementtaken.

¹⁸ Door een aantal respondenten die volgens hun emailadres uit dezelfde organisatie komen te excluderen, daalt het gemiddelde aantal cliënten langdurig verblijf van 1340 naar 1129. Deze berekening kunnen we slechts zeer gedeeltelijk uitvoeren doordat de meeste respondenten een privé-emailadres hebben opgegeven.

¹⁹ In totaal zijn de AVG's 33,5 uur per week bezig met hun werkzaamheden. Dit aantal uren wijkt iets af van de formele arbeidstijd die de respondenten hebben opgegeven. Dit lijkt vooral te maken te hebben met interpretatieverschillen (sommige artsen hebben hun tijd verdeeld inclusief, anderen exclusief diensten, overuren, etc.).

Alleen het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke AVG's bij de indirecte patiëntenzorg is significant²⁰.

Mannelijke en vrouwelijke AVG's besteden gemiddeld ongeveer 3 uur per week aan 'onderzoek en onderwijs' (9%). Speerpunt van de NVAVG is dat elke AVG participeert in wetenschappelijk onderzoek en minstens 10% van de tijd hieraan besteedt. Van de 73 respondenten besteden 42 AVG's tijd aan onderzoek en onderwijs. Het aantal uren varieert van 1 tot 26 uur per week.

De overige tijd wordt ongeveer gelijk verdeeld over het 'opleiden van AVG's', 'taken als BOPZ-arts' en 'andere taken'. Bij de andere taken gaat het om de volgende taken:

- Supervisie basisartsen en begeleiding aios, stagiaires (4)
- Opleiding en studie (4)
- Werkgroepen en commissies (3)
- Overige steeds genoemd door 1 respondent (bestuursfunctie NVAVG, consultatieve taken, PBL (persoonlijk Budget Levensfase), diensten, ouderschapsverlof, administratie, overhead)

Het aantal uren reistijd ten behoeve van de directe patiëntenzorg is gemiddeld 1,15 uur per week, waarbij mannen ongeveer anderhalf keer zoveel reistijd aangeven als vrouwen (1,7 uur versus 1,0 uur per week).

In tabel 5.8 is de tijdbesteding van verschillende groepen AVG's naast elkaar gezet: fulltimers versus deeltijders, verschillende leeftijdsgroepen en AVG's versus de AVG i.o. In verband met de omvang van de groepen is bij de leeftijd een opsplitsing gemaakt in twee groepen.

Tabel 5.8 De tijdbesteding van fulltime (FT) en parttime (PT) AVG's, verschillende leeftijdsgroepen en AVG's versus AVG's i.o.

	FT (n=23)	PT (n=50)	<40 (n=46)	>40 (n=27)	AVG (n=61)	Aio (n=12)
Patiëntgebonden taken, waarvan	63%	70%	70%	64%	66%	74%
directe patiëntenzorg	37%	36%	36%	37%	34%	45%
indirecte patiëntenzorg	27%	34%	34%	27%	32%	29%
Managementtaken	10%	13%	11%	14%	13%	6%
vanuit de functie als AVG	3%	7%	5%	6%	6%	2%
algemeen en organisatorisch	8%	6%	6%	8%	7%	5%
Opleiden van AVG's in opleiding	3%	5%	4%	5%	5%	0%
Onderzoek en onderwijs	13%	7%	10%	8%	8%	15%
Taken als BOPZ-arts	4%	3%	2%	5%	4%	0%
Anders	5%	3%	4%	4%	3%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Aantal uren per week	40,5	30,3	33,3	33,9	33,3	34,7

Hoewel er tussen fulltimers en deeltijders wel grotere verschillen zijn, is alleen het minimale verschil in tijdbesteding aan de directe patiëntenzorg significant.

²⁰ Significante verschillen zijn lastig aan te tonen vanwege de kleine omvang van de groep mannelijke AVG's.

Hoewel niet significant, lijken deeltijders gemiddeld een groter deel van hun tijd te besteden aan indirecte patiëntenzorg en managementtaken vanuit de functie van AVG. Fulltimers besteden een groter deel van hun tijd aan onderzoek en onderwijs.

Bij de leeftijdsgroepen zien we weliswaar kleine verschillen, maar geen van deze is significant. Bij de vergelijking tussen aios en AVG's zien we dat AVG's een groter deel van hun tijd besteden aan managementtaken vanuit de functie van AVG en aan het opleiden van AVG's in opleiding. Deze verschillen zijn significant. Overige verschillen zijn niet significant (zie voetnoot 11).

In de voorgaande tabellen is vermeld hoeveel tijd de AVG's besteden aan directe en indirecte patiëntenzorg. Om van deze patiëntgebonden taken een gedetailleerder beeld te krijgen is aan de respondenten gevraagd om een globale inschatting te maken van de tijd die zij daarbij besteden aan de verschillende patiëntencategorieën. Tabel 5.9 laat zien hoe de tijd van de AVG is verdeeld over verblijfscliënten en externe patiënten. 'Externe patiënten' zijn alle patiënten zonder verblijfsindicatie in de eigen organisatie.

Tabel 5.9 De tijdbesteding van AVG's per week aan verschillende patiëntengroepen (n=60)

Aard van de patiënt	Intramurale patiënten		Externe patiënten		Totaal	
	in uren	in %	in uren	in %	in uren	in %
Zwakbegaafd	0,9	4%	0,4	2%	1,3	6%
Licht verstandelijk gehandicapt	4,8	21%	1,1	5%	5,9	26%
Matig verstandelijk gehandicapt	6,3	27%	1,1	5%	7,4	32%
Ernstig verstandelijk gehandicapt*	7,1	31%	1,1	5%	8,2	36%
Anders	0,2	1%	0,0	0%	0,2	1%
Totaal	19,2	84%	3,8	16%	23,0	100%

Gemiddeld besteden AVG's het grootste deel van hun tijd (84%) aan intramurale cliënten. Hiervan woont ongeveer 60% op een centraal instellingsterrein.

De groepen die de meeste tijd vergen zijn de cliënten met een matige of ernstige verstandelijke beperking. Bij de externe patiënten besteden de AVG's relatief meer tijd aan zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk gehandicapten.

Naast de tijdbesteding is ook gevraagd hoeveel patiënten de AVG per week ziet. Deze aantallen staan in tabel 5.10.

Tabel 5.10 Aantal patiënten dat de AVG in een gemiddelde week ziet

Aantal patiënten	Intramurale patiënten		Externe patiënten		Totaal	
	aantal	in %	aantal	in %	aantal	in %
Zwakbegaafd	1,5	2,7%	0,5	0,9%	0,5	2,1
Licht verstandelijk gehandicapt	9,8	16,2%	1,5	2,5%	1,5	11,3
Matig verstandelijk gehandicapt	19,7	33,4%	1,8	2,9%	1,8	21,5
Ernstig verstandelijk gehandicapt	22,7	37,9%	2,1	3,4%	2,1	24,7
Anders	0,3	0,9%	0	0,0%	0,3	1%
Totaal	54	90,2%	5,9	9,8%	59,9	100%

In navolging van de uitkomsten bij de bestede uren (tabel 5.9) is ook hier duidelijk dat de intramurale patiënten ver in de meerderheid zijn. Kijkend naar de externe patiënten dan blijkt dat 9,8% van de patiënten 16% van de tijd van de AVG kost. Externe patiënten vragen dus verhoudingsgewijs veel tijd.

Vanwege de langer geworden levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking kan worden verwacht dat de AVG meer tijd besteedt aan oudere categorieën patiënten. Respondenten geven aan dat zij 60% van de patiëntgebonden tijd besteden aan patiënten van 40 jaar en ouder (tabel 5.11).

Tabel 5.11 Tijdbesteding door de AVG aan verschillende leeftijdsgroepen

	Uren	Verdeling (in %)
0-19 jaar	3,0	13%
20-39 jaar	6,1	26%
40-59 jaar	8,7	37%
60 ⁺	5,3	23%
Totaal	23,0	100%

Informele consultaties

Aan de AVG's is ook gevraagd of men naast de tijd die men als hoofdbehandelaar of consultant besteedt aan patiënten, ook op meer informele basis geconsulteerd wordt door huisartsen en hoeveel tijd dit kost.

Van de AVG's blijkt 60% te maken te hebben met dergelijke consultaties. Gemiddeld gaat het per fte AVG om ruim vier consulten per maand met een gemiddelde duur van 25 minuten per consult (1,1% van de werktijd van de AVG, 1,6% van de patiëntgebonden tijd).

5.4 Ondersteuning door anderen bij de medische zorg

Medische zorg wordt steeds meer geboden vanuit een multidisciplinair team. In paragraaf 4.3 is beschreven met welke andere (interne) artsen de AVG samenwerkt in de medische zorgverlening. In toenemende mate worden AVG's echter ook ondersteund door anderen bij het uitvoeren van de medische zorg. Arbeidsmarktkrapte, maar ook doelmatigheids- en kwaliteitsoverwegingen spelen hierbij een rol.

Bijna alle AVG's in dit onderzoek geven aan dergelijke ondersteuning te hebben (67 van de 72 die deze vraag hebben beantwoord, oftewel 93%). De ondersteuning gebeurt door verschillende professionals (niet-artsen) en andere ondersteuners (zie tabel 5.12). Van de 67 respondenten hebben 59 aangegeven door wie zij worden ondersteund (tabel 5.12) en hoeveel uren deze ondersteuning behelst (tabel 5.13)

Tabel 5.12 Aantal en % AVG's dat de verschillende vormen van ondersteuning geniet (n=59)

	Aantal AVG's	%AVG's met deze ondersteuning
Verpleegkundig Specialist	15	25%
(praktijk)verpleegkundige	40	68%
Doktersassistent	34	58%
Medisch Secretariaat	29	49%
Anders, namelijk	10	17%

Bijna zeven op de 10 AVG's worden ondersteund door (praktijk) verpleegkundigen, meer dan de helft heeft ondersteuning van doktersassistenten en/of medisch secretariaat. Een kwart van de AVG's geeft aan dat zij ook door Verpleegkundig Specialisten worden ondersteund.

Bij de andere ondersteuning die is genoemd gaat het om algemeen secretariaat, baliemedewerker, laboratoriummedewerkster, een praktijkondersteuner, en een BOPZ-ondersteuner. Daarnaast zijn collega-artsen en gedragswetenschappers genoemd.

Aan de AVG's is gevraagd om de geleverde ondersteuning te kwantificeren. Hoeveel uren zijn de afzonderlijke professionals beschikbaar om hen te ondersteunen? In onderstaande tabel is te zien dat de AVG's die ondersteund worden door een Verpleegkundig Specialist per fte ook bijna 1 fte (35 uur) VS hebben ter ondersteuning. Bij de praktijk verpleegkundigen gaat het om ongeveer 0,75 fte (27 uren) per fte AVG.

In de laatste kolom is het aantal uren ondersteuning gemiddeld over alle 59 AVG's (samen 50,1 fte).

Tabel 5.13 Ondersteuning van de AVG bij de patiëntgebonden taken en managementtaken vanuit de functie van AVG (n=59)

	Aantal AVG's met deze ondersteuning	Ondersteuning van deze AVG's in uren/fte AVG	Uren/fte avg over totaal
Verpleegkundig Specialist	15	35	8,8
(praktijk)Verpleegkundige	40	27	18,4
Doktersassistent	34	34	19,1
Medisch Secretariaat	29	20	9,7
Anders, namelijk	10	6	1,0

Onder de categorie 'anders' zijn genoemd: algemeen secretariaat (4), collega's/huisarts/psychiater/gedragswetenschapper (totaal 4), laboratoriummedewerker (1), baliemedewerker (1) en BOPZ-ondersteuning (1).

5.5 Vergelijking tussen 2014 en 2010

In deze paragraaf zetten we de resultaten uit 2010 en 2014 naast elkaar om na te gaan welke verschillen zijn opgetreden.

Tabel 5.14 Algemene kenmerken van de AVG's in 2010 en 2014

	2014	2010
Gemiddelde leeftijd	45	47
Aandeel vrouwen	76%	69%
Uren arbeidscontract	31,2	30,4
Contract%	86,7%	84,4%
Uren overwerk per fte AVG	3,4	2,8
Uren voor diensten per fte AVG	9,7	5,3

Tussen 2010 en 2014 is de gemiddelde leeftijd afgenomen van 47 naar 45 jaar. Het aandeel vrouwen is toegenomen. Verder is men iets meer uren per week gaan werken. Er worden ook meer uren structureel overgewerkt en uren voor diensten gedraaid. Het gemiddelde percentage overuren is gestegen van 7,8% naar 9,4%.

Tabel 5.15 De werksettings van AVG's in 2010 en 2014

Werksetting van de AVG's	2014	2010
Loondienst in één organisatie voor gehandicaptenzorg	84%	89%
Loondienst in meerdere afzonderlijke organisaties voor gehandicaptenzorg met afzonderlijke arbeidscontracten	5%	7%
Gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties	16%	
Loondienst in een andere branche dan de GZ	8%	3%
Kennis- en expertisecentrum/polikliniek	14%	20%
Zelfstandig gevestigd AVG	7%	4%
Anders, namelijk	8%	15%

Het aandeel AVG's dat in loondienst werkt in één of meerdere organisaties voor gehandicaptenzorg is afgenomen van 96% naar 89% (Tabel 5.15). Het aandeel AVG's dat aangeeft te werken in een kennis- en expertisecentrum met een afzonderlijk arbeidscontract is afgenomen van 20% naar 14%. Het aandeel zelfstandig gevestigde AVG's is bijna verdubbeld ten opzichte van 2010.

In 2010 was 'gedetacheerd arts' niet opgenomen bij de antwoordcategorieën in de vragenlijst. Deze werd wel meerdere malen genoemd bij de categorie 'anders'.

Tabel 5.16 De tijdbesteding van AVG's in 2010 en 2014 in uren per week en in %, totaal en uitgesplitst voor mannen en vrouwen

2014	Uren	In %	Mannen	Vrouwen
Patiëntgebonden taken	22,6	67,4%	59,2%	70,0%
directe patiëntenzorg	12,1	36,2%	37,2%	35,9%
indirecte patiëntenzorg	10,5	31,2%	22,0%	34,1%
Managementtaken	4,0	11,9%	13,9%	11,2%
vanuit de functie als AVG	1,7	5,1%	4,9%	5,2%
algemeen en organisatorisch	2,3	6,7%	9,0%	6,0%
Opleiden van AVG's in opleiding	1,5	4,5%	3,7%	4,7%
Onderzoek en onderwijs	3,1	9,3%	9,1%	9,4%
Taken als BOPZ-arts	1,1	3,3%	7,6%	1,9%
Anders	1,2	3,7%	6,4%	2,8%
		100	100	100
Totaal aantal uren per week	33,5			
2010	Uren	In %	Mannen	Vrouwen
Patiëntgebonden taken	22,3	71	68	73
directe patiëntenzorg	13,2	42	44	41
indirecte patiëntenzorg	9,1	29	24	32
Managementtaken	4,8	15	20	13
vanuit de functie als AVG	2,9	9	13	7
algemeen en organisatorisch	1,9	6	7	6
Opleiden van AVG's in opleiding	1,2	4	5	4
Onderzoek en onderwijs	1,9	6	6	6
Anders	1,4	5	3	5
Totaal		100	100	100
Totaal aantal uren per week	31,5			

Het aandeel patiëntgebonden tijd lijkt iets afgenomen, van 71% in 2010 naar 67% in 2014 (Tabel 5.16). Dit verschil zit vooral in de directe patiëntenzorg. Waar in 2010 nog aanmerkelijk meer tijd werd besteed aan directe ten opzichte van indirecte patiëntenzorg, zijn die verschillen in 2014 kleiner geworden. Dit hangt mogelijk samen met de positionering van de AVG, waardoor de zorgregie via het multidisciplinair overleg steeds vaker bij de AVG terecht komt. Dit betekent dat andere professionals (huisartsen, praktijkverpleegkundigen) meer de face-to-face contacten doen.

Het aandeel managementtaken lijkt eveneens iets te zijn afgenomen, maar dit geldt alleen voor de managementtaken vanuit de functie van AVG.

Een toename is te zien bij de tijd die besteed wordt aan onderzoek en onderwijs, één van de speerpunten van de NVAVG. Dit aandeel is gestegen van 6% naar 9%.

De mannelijke AVG's lijken sinds 2010 aanmerkelijk minder tijd te besteden aan patiëntgebonden taken en aan managementtaken.

Tabel 5.17 Tijdbesteding aan verschillende patiëntencategorieën (in%)

Urenbesteding	Totaal		Intramuraal		Extern	
	2014	2010	2014	2010	2014	2010
Zwakbegaafd	6%	7%	4%	5%	2%	2%
Licht verstandelijk gehandicapt	26%	22%	21%	18%	5%	4%
Matig verstandelijk gehandicapt	32%	29%	28%	26%	5%	3%
Ernstig verstandelijk gehandicapt	36%	36%	31%	32%	5%	4%
Anders	1%	5%	1%	4%	0%	1%
Totaal	100%	100%	84%	85%	16%	15%

Tabel 5.17 laat zien dat er ten opzichte van 2010 sprake is van een relatieve toename van de urenbesteding aan licht en matig verstandelijk gehandicapten. Deze ontwikkeling zien we zowel bij intra/semimurale als bij externe patiënten terug. De verdeling van de tijd van AVG's tussen verblijfscliënten en externe patiënten lijkt stabiel. AVG's zijn sinds 2010 nauwelijks meer tijd gaan besteden aan externe patiënten. Dit is opmerkelijk gezien de toename van het aantal organisaties dat beschikt over een polikliniek/expertisecentrum (van 36% naar 49%, zie tabel 3.4).

Tabel 5.18 Verdeling van de tijd van de AVG over verschillende leeftijdsgroepen (in %)

	Verdeling tijd 2014	Verdeling tijd 2010
0-19 jaar	13%	21%
20-39 jaar	26%	29%
40-59 jaar	37%	31%
60 ⁺	23%	19%
Totaal	100%	100%

AVG's zijn meer tijd gaan besteden aan oudere categorieën patiënten (Tabel 5.18). Waar de AVG in 2010 de helft (50%) van de patiëntgebonden tijd besteedde aan patiënten van 40 jaar en ouder, is dat in 2014 gestegen naar 60%. Dit hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met de langere levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking, waardoor het percentage ouderen in de populatie groeit.

Tabel 5.19 Ondersteuning van de AVG in 2010 en 2014

	2014: % AVG's met deze ondersteuning	2010: % AVG's met deze ondersteuning
% AVG's dat enige vorm van ondersteuning heeft, namelijk:	93%	89%
Verpleegkundig Specialist	25%	30%
(praktijk)verpleegkundige	68%	51%
Doktersassistent	58%	72%
Medisch Secretariaat	49%	6%
Anders, namelijk	17%	16%

Het aandeel artsen dat ondersteuning heeft is gestegen van 89% naar 93% (Tabel 5.19). Daarbij is het aandeel AVG's dat kan beschikken over een Verpleegkundig Specialist licht

gedaald (van 30% naar 25%), en het aantal AVG's dat kan beschikken over een (praktijk)verpleegkundige gestegen (van 51% naar 68%).

Tabel 5.20 Ondersteuning van de AVG in 2010 en 2014 in uren per fte AVG

	2014 Uren/fte AVG over totaal	2010 Uren/fte AVG over totaal
Verpleegkundig Specialist	8,8	8,4
(praktijk)verpleegkundige	18,4	14,5
Doktersassistent	19,1	11,9
Medisch Secretariaat	9,7	niet meegenomen
Anders, namelijk	1,0	12,9

De ondersteuning van de AVG lijkt over de gehele linie toegenomen. Ondersteuning door medisch secretariaat was in 2010 niet expliciet meegenomen, maar werd veelvuldig genoemd bij de categorie 'anders'.

5.6 Samenvatting

De gemiddelde leeftijd van de AVG's is 45 jaar. Men heeft gemiddeld 13 jaar ervaring in de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Vrouwen zijn in de meerderheid; vooral in de leeftijdsgroepen tot 45 jaar zijn de mannen sterk ondervertegenwoordigd.

De gemiddelde omvang van het dienstverband is 31,2 uur per week. Dit komt overeen met een arbeidscontract van 86,7%. Daarnaast werkt 66% van de AVG's structureel over, gemiddeld over de gehele onderzoeksgroep is dit 3,4 uur overwerk per fte. Bijna driekwart van de AVG's werkt hiernaast nog bereikbaarheidsdiensten, gemiddeld over de gehele onderzoeksgroep 9,7 uur per week per fte AVG.

Van de onderzoeksgroep werkt 90% als AVG. Hiervan werkt 89% in loondienst in één of meerdere organisaties voor gehandicaptenzorg. Eén op de zes AVG's is (ook) gedetacheerd. Meest voorkomende combinatie is die van een arbeidscontract in een organisatie voor gehandicaptenzorg met een detachering of met werken in een kennis- of expertisecentrum.

Het grootste deel van de tijd (67%) besteedt de AVG aan patiëntgebonden taken. Vrouwen besteden gemiddeld iets meer tijd dan mannen aan patiëntgebonden taken. Dit geldt uitsluitend voor de indirecte patiëntenzorg. Mannen echter hebben meer managementtaken in hun werkpakket, vooral vanuit hun functie als AVG.

AVG's besteden gemiddeld het grootste deel van hun tijd (84%) aan verblijfscliënten. De AVG besteedt de meeste tijd (intramuraal) aan matig en ernstig verstandelijk gehandicapten (samen 58%). Ook de tijdbesteding van AVG's aan licht verstandelijk gehandicapten is van belang. Dit aandeel is met 21% namelijk aanmerkelijk groter dan het aandeel dat deze cliënten hebben in de intra- en semimurale zorg, namelijk 6,2% (LVG en SGLVG).

Ontwikkelingen sinds 2010

De gemiddelde leeftijd is afgenomen van 47 naar 45 jaar; het aandeel vrouwen is toegenomen en men is iets meer uren per week gaan werken. Er worden ook meer uren structureel overgewerkt en meer diensten gedraaid. Het gemiddelde percentage overuren is gestegen van 7,8% naar 9,4%

Het aandeel patiëntgebonden tijd lijkt iets afgenomen, van 71% naar 67%. Dit verschil zit vooral in de directe patiëntenzorg. Waar in 2010 nog aanmerkelijk meer tijd werd besteed aan directe ten opzichte van indirecte patiëntenzorg, zijn die verschillen in 2014 kleiner geworden.

Het aandeel managementtaken lijkt eveneens iets te zijn afgenomen, maar dit geldt alleen voor de managementtaken vanuit de functie van AVG.

Een toename is te zien bij de tijd die besteed wordt aan onderzoek en onderwijs. Deze gaat van 6% naar 9%. Speerpunt van de NVAVG is dat elke AVG participeert in wetenschappelijk onderzoek en minstens 10% van de tijd hieraan besteedt. De mannelijke AVG's lijken sinds 2010 aanmerkelijk minder tijd te besteden aan patiëntgebonden taken en managementtaken.

Ten opzichte van 2010 zien we een relatieve toename van de urenbesteding aan licht en matig verstandelijk gehandicapten. Deze ontwikkeling zien we zowel bij intramurale als bij externe patiënten terug. De verdeling van de tijd van AVG's tussen intramurale en externe patiënten lijkt stabiel.

De AVG's zijn meer tijd gaan besteden aan oudere categorieën patiënten. Waar de AVG in 2010 de helft van de patiëntgebonden tijd besteedde aan patiënten van 40 jaar en ouder, is dat in 2014 gestegen naar 60%. Dit hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met de langere levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking, waardoor het percentage ouderen in de populatie groeit. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal SO's is toegenomen in de organisaties voor gehandicaptenzorg (hoofdstuk 4).

Het aandeel artsen dat ondersteuning van andere professionals heeft is gestegen van 89% naar 93%. Daarbij is het aandeel AVG's dat kan beschikken over een Verpleegkundig Specialist licht gedaald (van 30% naar 25%). De beschikking over een (praktijk)verpleegkundige is echter gestegen (van 51% naar 68%). Opmerkelijk is de ontwikkeling bij doktersassistenten en medisch secretaressen. Ondersteuning door de doktersassistent is afgenomen, ondersteuning door een medisch secretariaat is fors gestegen. De omvang van de ondersteuning is over de gehele linie toegenomen.

6 Betekenis van de onderzoeksresultaten voor de capaciteitsraming van het Capaciteitsorgaan

Dit onderzoek naar de organisatie van de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking vanuit gehandicaptenzorgorganisaties en de tijdbesteding van AVG's geeft bouwstenen voor een aantal parameters van het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan. Met dit model wordt de benodigde opleidingscapaciteit berekend om in de toekomst tekorten of overschotten aan artsen te beperken. Op basis hiervan wordt advies uitgebracht aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In onderstaand kader staat een korte toelichting op het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan.

Kader 6.1 Ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan

Hoofdelementen in het ramingsmodel dat het Capaciteitsorgaan gebruikt zijn 'zorgvraag', 'zorgaanbod' en 'werkproces'.

Zorgvraag wordt in kaart gebracht door te kijken of demografische, epidemiologische en sociaal culturele ontwikkelingen aanleiding geven tot verwachte veranderingen in de zorgvraag.

Daarnaast wordt gekeken of er bij de start van de raming sprake is van een onvervulde vraag, dat is zorgvraag die niet vervuld is (geoperationaliseerd door het aantal moeilijk vervulbare vacatures van de zorgprofessional vast te stellen).

Zorgaanbod wordt vertaald naar het aantal werkzame professionals en hun kenmerken (seks, % arbeidscontract, e.d.).

Werkproces wordt in kaart gebracht door vakinhoudelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in efficiency en ontwikkelingen ten gevolge van technologie te beschouwen en vast te stellen in welke mate horizontale en verticale substitutie plaatsvindt.

Bij alle genoemde aspecten wordt bepaald welke ontwikkelingen hierin te zien zijn en vindt kwantificering plaats. Afhankelijk van de periode waarbinnen men evenwicht in vraag en aanbod wil bereiken, wordt het benodigde aantal jaarlijks op te leiden artsen berekend. Daarbij wordt gebruik gemaakt van verschillende scenario's (demografisch, beleidsarm, reëel en maximaal) met al dan niet meer dan tien jaar doorlopende trends.

Bron: Capaciteitsorgaan

In oktober 2013 is door het Capaciteitsorgaan voor het laatst een integraal Capaciteitsplan uitgebracht (Capaciteitsplan, 2013), waarin onder meer een instroomadvies over de opleiding voor het specialisme AVG is uitgebracht. De daarin gebruikte parameters om tot een raming te komen van de gewenste opleidingscapaciteit voor de AVG waren gebaseerd op de toen beschikbare gegevens uit databestanden en onderzoek.

De in dit onderzoeksrapport gepresenteerde resultaten kunnen van invloed zijn op toekomstige schattingen van de relevante parameters. In dit hoofdstuk geven we kort aan om welke parameters het gaat en welke waarde deze hebben gekregen in de scenario's in het Capaciteitsplan 2013. Verder behandelen we de vraag of de veronderstellingen uit het Capaciteitsplan 2013 bevestigd worden door de resultaten, zoals beschreven in dit onderzoeksrapport.

Tabel 6.1 Parameterwaarden AVG Capaciteitsplan 2010 en 2013 versus empirische gegevens 2010-2014 (verwachte mutatie per jaar of niveau schatting)

	Capaciteitsplan				Onderzoek	
	2010	2013			2010	2014
		Beleids-arm	Reëel	Maximaal		
Demografie		+0,5%	+0,5%	+0,5%		
Epidemiologie		0%	+0,1%	+0,2%		
Onvervulde zorgvraag		0%	+13,0%	+17,0%	+21,0%	+12,0%
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	+1,0%	+2,0%		
Substitutie horizontaal		0%	+0,4%	+0,8%		
Substitutie verticaal		0%	-0,2%	-0,4%		
% werkzame AVG's	95%	93%				
%vrouwen	65%	70%			69%	76%
Arbeidscontract mannen	91%	96%			91%	93%
Arbeidscontract vrouwen	80%	82%			81%	85%
Arbeidstijdverandering		0%				

Bron: Capaciteitsplan 2013

6.1 Zorgvraag

Tabel 6.2 Parameterwaarden Zorgvraag AVG Capaciteitsplan 2010 en 2013 versus empirische gegevens 2010-2014 (verwachte mutatie per jaar of niveau schatting)

	Capaciteitsplan				Onderzoek	
	2010	2013			2010	2014
		Beleidsarm	Reëel	Maximaal		
Demografie		+0,5%	+0,5%	+0,5%		
Epidemiologie		0%	+0,1%	+0,2%		
Onvervulde zorgvraag		0%	+13,0%	+17,0%	+21,0%	+12,0%

Bron: Capaciteitsplan 2013

Demografie

Bij de parameter demografie gaat het om de vraag of er een toename of afname zal zijn van het aantal mensen met een verstandelijke beperking op basis van demografische factoren. Hoewel dit onderzoek zich niet specifiek heeft gericht op deze vraag wordt uit het onderzoek duidelijk dat de tijdbesteding van AVG's aan oudere patiënten is toegenomen van 50% in 2010 naar 60% in 2014. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de toegenomen leeftijdsverwachting van mensen met een verstandelijke beperking.

In het Capaciteitsplan 2013 is uitgegaan van een percentage van +0,5% voor de parameter demografie. Daarbij is rekening gehouden met ontwikkelingen rond hogere levensverwachting en ontwikkelingen bij de licht verstandelijk gehandicapten.

Op basis van dit empirische onderzoek is geen percentage aan te geven.

Epidemiologie

In het Capaciteitsplan 2013 wordt gewezen op het effect van de toegenomen levensverwachting van verstandelijk gehandicapten op de zorgzwaarte. Onze onderzoeksresultaten

zijn hiermee in lijn. Het aandeel mensen met een verstandelijke handicap met de zwaardere ZZP's (VG5 en hoger) is toegenomen, van 52% naar 60%. Ook is de tijdbesteding van AVG's aan licht verstandelijk gehandicapten toegenomen van 22% naar 26%, terwijl het aandeel LVG cliënten is afgenomen.

Onvervulde vraag

Voor het bepalen van de onvervulde zorgvraag wordt onder meer gebruik gemaakt van het aantal moeilijk vervulbare vacatures onder AVG's. Dit aantal is zowel gemeten in onderzoek uit 2010 als in dit onderzoek. Hieruit blijkt dat het aantal vacatures voor AVG's dat langer open staat dan 6 maanden is gedaald van 21% naar 12%. Omgerekend naar het aantal fte's op landelijk niveau is dit een afname van de onvervulde vraag van 30 fte's in 2010 naar 21 fte's in 2014.

Het onderzoek laat wel zien dat de vraag naar AVG's ook ingevuld kan worden door anderen, bijvoorbeeld door andere artsen, verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen. Dat heeft mogelijk geleid tot een afname van de vacatures bij AVG's.

In het Capaciteitsplan 2013 hanteert het Capaciteitsplan een onvervulde vraag van 13% (reëel) en 17% (maximaal). Bij de vaststelling van deze percentages is de geobserveerde vacaturegraad uitsluitend gecorrigeerd voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2 á 3%.

6.2 Zorgaanbod

Tabel 6.3 Parameterwaarden Zorgaanbod AVG Capaciteitsplan 2010 en 2013 versus empirische gegevens 2010-2014 (verwachte mutatie per jaar of niveau schatting)

	Capaciteitsplan		Onderzoek	
	2010	2013	2010	2014
% werkzame AVG's	95%	93%	95%	90%
%vrouwen	65%	70%	69%	76%
Arbeidscontract mannen	91%	96%	91%	93%
Arbeidscontract vrouwen	80%	82%	81%	85%
Arbeidstijdverandering		0%		

Bron: Capaciteitsplan 2013

De onderzoeksresultaten sluiten nauw aan bij de ontwikkelingen zoals gepresenteerd in het Capaciteitsplan 2013. Dit geldt zowel voor het % werkzame AVG's, als voor de ontwikkeling van het percentage vrouwen en de ontwikkeling in omvang van arbeidscontracten.

Van belang daarbij is wel dat het verschil in arbeidscontract tussen mannen en vrouwen minder lijkt te worden. Dit kan een dempend effect hebben op de effecten van de toegenomen feminisering.

Uit de empirische gegevens uit 2010 en 2014 blijkt echter ook dat het aantal uren overwerk (van 2,8 naar 3,4 uur week per fte) en het aantal uren voor diensten (van 5,3 naar 9,7 uur per week per fte) is gestegen. Dit werpt de vraag op of deze gegevens meegewogen moeten worden in het zorgaanbod.

Daarnaast is van belang dat het aantal niet-AVG is toegenomen (van 42% naar 49%) in de medische bezetting. Dit geldt voor de basisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde. Bij beide afzonderlijk is de vraag te stellen hoe dit aandeel zich in de toekomst zal ontwikkelen. Voor de basisartsen is de vraag in welke mate zij in de toekomst meer taken van de

AVG kunnen overnemen, als deze zich steeds meer gaat richten op specialistische medische zorg.

We zien in ons onderzoek een toename van het huidige aandeel van SO's, en ook komt de SO voor het eerst voor bij de vacatures voor medische professionals. Volgens de werkgroep AVG ligt de verklaring hiervoor niet in een toename van het aantal oudere verstandelijk gehandicapten. Veelal is de reden dat SO's aanwezig zijn dat er ook ouderen aanwezig zijn zonder VG-organisaties. Door fusies van organisaties voor gehandicaptenzorg met afdelingen psychiatrie of ouderenzorg ontstaat een breder patiëntenaanbod een behoefte aan grotere variëteit dokters.

6.3 Werkproces

Tabel 6.4 Parameterwaarden Werkproces AVG Capaciteitsplan 2010 en 2013 versus empirische gegevens 2010-2014 (verwachte mutatie per jaar of niveau schatting)

	Capaciteitsplan			
	2010	2013		
		Beleidsarm	Reëel	Maximaal
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	+1,0%	+2,0%
Substitutie horizontaal		0%	+0,4%	+0,8%
Substitutie verticaal		0%	-0,2%	-0,4%

Bron: Capaciteitsplan 2013

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De eerder genoemde veranderingen in de positionering van AVG's zijn terug te zien in de empirische onderzoeksgegevens. Bijvoorbeeld: Over de medische zorg aan cliënten met een verblijfsindicatie VG7 zegt 38% van de beleidsmakers dat deze cliënten zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg krijgen van de AVG (in 2010 was dit 64%). Dezelfde vraag voorgelegd aan AVG's laat een afname zien van 71% naar 42%. Ook bij cliënten met indicatie VG5 zien we zowel bij de organisaties als bij de AVG's een verdubbeling of meer. De vraag daarbij is in welke mate deze herpositionering van de AVG zich in het huidige tempo doorzet. Antwoord op deze vraag is mede afhankelijk van de mate waarin het lukt om daadwerkelijk huisartsenzorg te bieden aan alle verblijfscliënten van gehandicaptenzorginstellingen. Uit dit onderzoek komen signalen naar voren dat de overdracht van huisartsenzorg naar huisartsen in de wijk niet eenvoudig is.

Daarnaast is het aandeel tijd dat de AVG besteedt aan onderzoek en opleiding tussen 2010 en 2014 gestegen van 6% naar 9%. De aandacht voor vakinhoudelijke ontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek is een van de speerpunten vanuit het NVAVG-meerjarenbeleid.

Het aandeel mensen met een verstandelijke handicap met de zwaardere ZZP's (VG5 en hoger) is toegenomen, van 52% naar 60%.

Inschatting door experts heeft in het Capaciteitsplan 2013 geleid tot een toename van het aantal AVG's door vakinhoudelijke ontwikkelingen met +1,0% tot +2,0%. Hierbij zijn onder meer ontwikkelingen in de tijdbesteding aan onderzoek en opleiding en de veranderde positionering van AVG's meegenomen, evenals de toename van verstandelijk gehandicapten met multiple gezondheidsproblemen.

Verticale substitutie

Bij verticale substitutie verschuiven er taken van de AVG naar niet-artsen. In het onderzoek is gevraagd aan de AVG's of zij bij hun taken als AVG ondersteuning hebben van anderen.

Net als in 2010 blijkt dat de AVG vooral wordt ondersteund door praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, doktersassistenten en medisch secretariaat. Ten opzichte van 2010 is vooral het aantal organisaties toegenomen waar praktijkverpleegkundigen de AVG ondersteunen (bijna verdubbeld). Kijken we naar de omvang van de ondersteuning dan blijkt dat de ondersteuning over de gehele linie is toegenomen.

In het Capaciteitsplan 2013 hebben experts de parameter verticale substitutie ingeschat op -0,2 tot -0,4. Dit is gebeurd op basis van het beperkte aantal Verpleegkundig Specialisten (van der Velde e.a., 2012) en op basis van de constatering dat verticale substitutie naar verzorgenden en verpleegkundigen gefrustreerd wordt door de personeelstekorten op dit niveau.

De toename van de ondersteuning door praktijkverpleegkundigen en doktersassistenten/medisch secretariaat is hierin niet expliciet meegenomen. Gezien de omvang van deze ondersteuning is de geschatte parameterwaarde van -0,2% mogelijk aan de lage kant. Een vraag daarbij is mogelijk wel hoe de ondersteuning zich ontwikkelt als de positionering van AVG als specialist verder doorgang krijgt. Gaat deze dan toe- of afnemen?

Horizontale substitutie

Horizontale substitutie vindt plaats van de AVG naar de huisarts, maar ook andersom. Decentralisatie van de gehandicaptenzorgorganisaties leidt ertoe dat meer verblijfscliënten huisartsenzorg krijgen van een huisarts in de wijk. Uit dit onderzoek blijkt ook dat AVG's aanmerkelijk minder vaak huisartsenzorg bieden aan de verschillende verblijfscliënten. Hier staat echter tegenover dat het aantal poliklinieken sinds 2010 fors is toegenomen, waardoor er ook taken van de huisarts naar de AVG worden verschoven. Omdat in het onderzoek van 2010 geen vragen zijn gesteld over aantal en duur van de polikliniekconsulten, kunnen we hier geen vergelijking maken. Wat opvalt is dat het aandeel tijd dat AVG's besteden aan externe patiënten niet is toegenomen sinds 2010.

Ook het feit dat het aandeel AVG's in de medische formatie is afgenomen (van 58% naar 51%) en het aantal basisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is toegenomen (van 8 naar 13%), wijst mogelijk op een toegenomen substitutie van de AVG naar deze medici.

Inschatting door de experts is dat gematigde groei van het aantal verwijzingen door huisartsen naar de poliklinieken zal leiden tot een lichte toename van de werkzaamheden van de AVG van 0,4 tot 0,8%. In 2010 was deze parameter op 0,0% gesteld.

6.4 Samenvatting

De resultaten uit dit onderzoek bevestigen verschillende van de ontwikkelingen die in het Capaciteitsplan 2013 zijn gebruikt als basis voor expertinschattingen voor de parameterwaarden voor het model. De empirie en de veronderstellingen in het Capaciteitsplan 2013 komen redelijk dicht bij elkaar. Dit betreft aspecten als de feminisering, de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke AVG's in arbeidscontract en de onvervulde vraag.. Vraag blijft natuurlijk of de trend uit het verleden zich ook de komende jaren voortzet. Daar is het oordeel van de werkgroep AVG van het Capaciteitsorgaan noodzakelijk.

Voor een aantal veranderingen sinds 2010 die uit dit onderzoek naar voren komen is duidelijk dat zij zijn meegenomen, maar is de omvang van de verandering mogelijk aanleiding tot andere inschattingen. Dit betreft:

- mate van implementatie positionering AVG;
- toename overwerk en uren voor diensten;
- toename inzet niet-AVG's;
- toegenomen ondersteuning door niet-medisch personeel.

Gebruikte literatuur

Bloemendaal, I., Windt, W. van der, Verijdt, F. en Albers, D. Medische zorg door Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten: doelgroepen, context en tijdsbesteding, Capaciteitsorgaan, 2011.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan, 2010. Capaciteitsorgaan, Utrecht, 2010

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan, 2013. Capaciteitsorgaan, Utrecht, 2013

LHV en NVAVG, 2010. Handreiking Huisarts en AVG: Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, NVAVG, 2010

NVAVG, 2012. Zorgaanbod door de AVG. NVAVG, 2012.

NVAVG, 2013. Van generalist tot specialist. 'Verdieping met een brede visie'. Meerjarenbeleidsplan NVAVG 20130-2017. NVAVG, 2013

NVAVG en LHV, 2005. Handreiking. Huisarts en AVG: Samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. NVAVG en LHV, 2005

Van der Kwartel, A. Brancherapport gehandicaptenzorg 2012, VGN, 2013

Definitie van begrippen

ABWZ-zorg

De AWBZ kent vijf soorten zorg. Deze verschillende soorten zorg worden functies genoemd:

- persoonlijke verzorging: hulp bij bijvoorbeeld douchen en aankleden;
- verpleging: medische hulp thuis;
- begeleiding: hulp die is gericht op het voorkomen van een opname in een instelling of het voorkomen van verwaarlozing;
- verblijf: vast of tijdelijk wonen in een instelling;
- behandeling: hulp om te genezen. Of om te voorkomen dat een handicap erger wordt.

Naast deze functies vallen ook andere vormen van zorg onder de AWBZ, zoals het uitlenen van hulpmiddelen, doventolkzorg en inentingen of vaccinaties via het rijk.

Behandeling

Behandeling is gericht op het herstel van bepaalde handicaps of aandoeningen, of op het voorkomen dat die verergeren.

Dagbesteding

Dagbesteding biedt een vervangende activiteit voor cliënten als deze niet naar werk of school kunnen. Er zijn verschillende vormen van dagbesteding, bijvoorbeeld het uitvoeren van hobby's en klussen of het werken in een kantine of restaurant. Vanaf 1 januari 2009 valt dagbesteding onder de functie begeleiding (BG). Tot en met 2008 viel dit onder de functies ondersteunende begeleiding dagbesteding (OB-dag) en activerende begeleiding dagbesteding (AB-dag).

Externe cliënten/patiënten

Externe patiënten zijn alle patiënten van de AVG zonder indicatie 'langdurig verblijf'. Het kan daarbij gaan om extramurale cliënten/patiënten, die ondersteuning krijgen in de vorm van begeleiding of dagbesteding, maar ook om patiënten die geen ondersteuning hebben vanuit de gehandicaptenzorgorganisatie, maar door een huisarts of medisch specialist zijn doorverwezen naar de AVG.

Extramurale cliënten/patiënten

Extramurale cliënten/patiënten zijn die cliënten/patiënten die een andere vorm van ondersteuning genieten van de gehandicaptenzorg dan 'langdurig verblijf'.

Intramurale cliënten

Cliënten die zijn opgenomen in intramurale organisaties voor verstandelijk gehandicapten of in de semimurale GVT's. Als uitspraken worden gedaan die uitsluitend betrekking hebben op de intramurale organisaties, wordt dat in dit rapport apart vermeld.

Kortdurend verblijf (voor diagnostiek en behandeling)

Kortdurend verblijf voor diagnostiek en behandeling is gericht op kortdurende herstel- of diagnostiek waarvoor de specifieke deskundigheid van AWBZ-behandelaars (o.m. de AVG) nodig is. Het kan ook gaan om functionele diagnostiek, waarbij het feitelijke beperkingenniveau van de cliënt en de mogelijkheden om te behandelen worden onderzocht. Functionele diagnostiek is vooral gericht op het verbeteren van het functioneren, het voorkomen van verergering en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid.

Langdurig verblijf

Langdurig verblijf betekent dat de cliënt verblijft in een instelling of in een GVT, of zelfstandig woont met 24-uurszorg.

Respijtzorg

Respijtzorg omvat 'logeren, weekeind- en vakantieopvang' en is doorgaans gericht op ontlasting van het thuisfront van de cliënt.

Thuisbegeleiding

Semimurale cliënten/patiënten

Semimurale cliënten/patiënten zijn cliënten/patiënten met indicatie 'langdurig verblijf' die wonen in de GVT's.

Begeleiding vanuit de AWBZ is bestemd voor cliënten met matige of zware beperkingen en is gericht op het handhaven of verbeteren van de zelfredzaamheid van de cliënt, zodat verwaarlozing of opname in een instelling wordt voorkomen. Maatschappelijke participatie is géén doelstelling van de AWBZ.

Bijlage 1 Tabellen met vergelijkingen tussen 2010 en 2014 naar grootte

2014	< 200 cliënten	201-500 cliënten	> 500 cliënten	Totaal
Aantal organisaties per grootteklasse	15	14	22	51
Totaal aantal cliënten met indicatie 'langdurig verblijf' al dan niet inclusief behandeling	1298	5578	27662	34538
Gemiddeld aantal cliënten met langdurig verblijf	87	398	1257	677
2010				
Aantal organisaties per grootteklasse	21	17	20	58
Totaal aantal cliënten met indicatie 'langdurig verblijf' al dan niet inclusief behandeling	2.140	6.137	23.601	31.878
Gemiddeld aantal cliënten met langdurig verblijf	102	361	1.180	550

Woonlocaties die de organisatie heeft	2014			2010		
	< 200	201-500	> 500	< 200	201-500	> 500
Centraal instellingsterrein	53%	79%	91%	57%	60%	88%
Decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten	73%	79%	100%	67%	100%	100%
Zelfstandige wooneenheden in de wijk voor individuele cliënten	60%	36%	86%	29%	80%	94%
Andere woonvoorzieningen	27%	21%	18%	19%	13%	6%

Ondersteuningsvormen	2014			2010		
	< 200	201-500	> 500	< 200	201-500	> 500
Langdurig verblijf	93%	93%	100%	100%	100%	100%
Kortdurend verblijf (diagnostiek / behandeling)	13%	43%	64%	24%	41%	65%
Dagbesteding	80%	93%	100%	95%	94%	100%
Respijtzorg	33%	71%	95%	57%	88%	100%
Thuisbegeleiding	86%	86%	100%	38%	88%	100%
Expertisecentrum/poli voor externe cliënten	0%	43%	86%	19%	29%	60%
Anders	13%	29%	18%	10%	29%	5%

Aard van de verblijfscliënten	2014			2010		
	< 200 (n=14)	201- 500	> 500	< 200 (n=21)	201- 500	> 500
		(n=14)	(n=21)		(n=17)	(n=20)
Verstandelijk gehandicapt (VG)	71%	79%	88%	66%	81%	81%
Lichamelijk gehandicapt (LG)	0%	3%	5%	0%	0%	5%
Zintuiglijk gehandicapt (auditief en communica- tief)	14%	1%	0%	12%	0%	0%
Zintuiglijk gehandicapt (visueel)	0%	0%	0%	4%	0%	0%
Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)	9%	14%	2%	12%	11%	7%
Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk ge- handicapt, behandelcentra (SGLVG)	3%	0%	2%	1%	2%	3%
Sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGEVG)	0%	0%	1%	2%	2%	2%
Anders	2%	2%	2%	3%	4%	2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Organisatie van de medische zorg	2014				2010			
	n	< 200	201- 500	> 500	n	< 200	201- 500	> 500
Medische zorg aan alle verstandelijk gehandicapten	17	2	6	9	18	7	6	8
Medische zorg aan een deel van de verstandelijk gehandicapten	17	2	4	11	13	2	3	10
Geen medische zorg vanuit de eigen organisatie	17	11	4	2	21	12	8	2
Totaal	51	15	14	22	52	21	17	20

Aantal organisaties waar VS en praktijkverpleegkundigen aanwezig zijn	< 200	201-500	> 500	totaal
2014				
Verpleegkundig Specialisten en praktijkverpleegkundigen	0	0	3	3
Verpleegkundig Specialisten	1	5	10	16
Praktijkverpleegkundigen	0	1	4	5
Geen van beide	14	8	5	27
Totaal	15	14	22	51
2010				
Verpleegkundig Specialisten en praktijkverpleegkundigen	1		4	5
Verpleegkundig Specialisten			2	2
Praktijkverpleegkundigen	4	3	5	12
Geen van beide	16	14	9	39
Totaal	21	17	20	58

Bijlage 2 Werkdruk artsen en vertrekgeneigdheid

Vanuit arbeidsmarktperspectief en inschatting toekomstig verloop zijn in dit onderzoek ook vragen gesteld over de werkdruk van de AVG's en de artsen en de vertrekgeneigdheid van de AVG. De vragen over werkdruk zijn zowel gesteld aan de AVG's zelf als aan de respondenten vanuit de zorgorganisaties.

Werkdrukaspecten	2014			2010		
	Regelmatig	Soms	Nee	Regelmatig	Soms	Nee
Organisaties						
Moeten de artsen volgens u in een hoog tempo werken?	49%	46%	6%	35%	43%	22%
Moeten de artsen volgens u onder hoge tijdsdruk werken?	47%	44%	8%	38%	46%	16%
AVG's						
Moet u in een hoog tempo werken?	59%	36%	6%	60%	34%	6%
Moet u onder hoge tijdsdruk werken?	55%	34%	11%	47%	45%	8%

Waar de respondenten vanuit de organisaties van oordeel zijn dat het tempo en de tijdsdruk waaronder AVG's moeten werken is toegenomen sinds 2014, zijn de AVG's zelf van oordeel dat het tempo weinig veranderd is.

Bij de vraag over ervaren tijdsdruk zien we dat de meningen van de AVG's in 2014 meer uiteen lopen dan in 2010. Er zijn in 2014 zowel meer AVG's die aangeven dat zij regelmatig tijdsdruk ervaren als ook meer AVG's die geen tijdsdruk ervaren.

Aan de AVG's is ook de vraag gesteld of zij op zoek zijn naar ander werk of een andere baan. Bij elf van de 72 AVG's (15%) blijkt dit het geval. Aan deze AVG's is vervolgens gevraagd welk type werk/baan zij zouden ambiëren. De 11 AVG's konden daarbij meerdere antwoorden aangeven.

Welk type werk/baan ambiëren zij? /n=11	Aantal	In %
AVG in een andere organisatie	6	55%
vrijgevestigd AVG	5	45%
AVG in een andere branche	2	18%
Onderzoeker	2	18%
manager in een zorgorganisatie	1	9%
consultant	1	9%
arts in opleiding voor een ander specialisme	0	0%
anders, namelijk	2	18%

Slechts twee van de elf AVG's hebben uitsluitend antwoorden ingevuld die erop duiden dat zij het vak van AVG willen gaan verlaten.

Bij de categorie 'anders' is ingevuld: 'pas over 2 jaar' en 'andere functie dan arts'

De belangrijkste redenen dat men op zoek is naar ander werk of een andere baan staan samengevat in onderstaande tabel. Ook hier kon men meerdere antwoorden aankruisen.

Redenen voor ander werk of andere baan	Aantal	In %
ik ben toe aan een nieuwe uitdaging	5	45%
ik ben onvoldoende tevreden met de zorg die hier geleverd wordt	4	36%
ik ben niet tevreden over het contact met mijn leidinggevende	4	36%
ik vind dat er geen prettige sfeer heerst	3	27%
ik vind de werkdruk te hoog	3	27%
anders, namelijk	2	18%
ik wil werk dat beter betaalt	2	18%
persoonlijke redenen, bijv. verhuizing, reistijd, gezinssituatie	2	18%
mijn tijdelijke contract loopt af / (er dreigt) ontslag bij mijn huidige werkgever	1	9%
de werktijden en diensten zijn ongunstig voor mij	1	9%
er wordt geen mogelijkheid geboden meer uren te werken	1	9%
als u momenteel niet werkt als AVG: Ik wil weer werken als AVG	0	0%
ik krijg te weinig verantwoordelijkheid	0	0%
er wordt geen mogelijkheid geboden minder uren te werken	0	0%

Bijlage 3 Vragenlijst 'Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten'

Hoofdsectie

Instructie

In deze vragenlijst komen zowel open als gesloten vragen voor. Bij de open vragen typt u uw antwoord in, in het daarvoor bestemde invoerveld. Het kan voorkomen dat het systeem een melding geeft wanneer u niet alle velden hebt ingevuld. U wordt dan verzocht dit alsnog te doen.

Bij gesloten vragen klikt u met de muis op het vakje dat hoort bij het antwoord van uw keuze. Hierbij is meestal maar één antwoord mogelijk. Wanneer er meer antwoorden mogelijk zijn wordt dit expliciet bij de vraag aangegeven.

Tevens bestaat steeds de mogelijkheid om terug te bladeren in de vragenlijst. Hiervoor klikt u met de muis op de knop 'terug'. Op deze manier kunt u terugkijken naar de antwoorden op eerdere vragen en kunt u eventueel uw eerdere antwoorden wijzigen. NB!: Het kan voorkomen dat u naar beneden moet scrollen om de knoppen 'verder' en 'terug' zichtbaar te maken.

Mocht u uw antwoorden op een later tijdstip willen terugzien dan bieden we u aan het einde van de vragenlijst de mogelijkheid om uw antwoorden uit te printen.

Peildatum

In een deel van de vragenlijst wordt u gevraagd naar de aantallen cliënten waaraan uw organisatie ondersteuning biedt en naar de aantallen medische ondersteuners dat in uw organisatie werkzaam is. Ga bij al deze vragen a.u.b. uit van peildatum **1 januari 2014**.

Klik op 'verder' om te beginnen met de eerste vraag.

1. Is uw organisatie een hoofdlocatie van een breder concern?

- ☐ ja ➡ [Ga verder met vraag 2.](#)
☐ nee ➡ [Ga verder met vraag 3.](#)

2. Van welk concern maakt uw organisatie onderdeel uit?

Naam:
Plaatsnaam:

3. Bij welke organisatie bent u werkzaam?

Naam:
Adres:
Plaatsnaam:
emailadres (voor onduidelijkheden vragenlijst)

De volgende vragen gaan over de zorg en ondersteuning door uw organisatie en de cliënten aan wie u deze zorg en ondersteuning biedt.

4. Welke vormen van ondersteuning biedt uw organisatie aan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ langdurig verblijf
☐ kortdurend verblijf t.b.v. diagnostiek en behandeling
☐ dagbesteding
☐ respijtzorg zoals: logeren/weekeindopvang/vakantieopvang
☐ thuisbegeleiding
☐ expertisecentrum of poli voor externe cliënten
☐ anders, namelijk
☐ anders, namelijk

5. Aan hoeveel cliënten biedt uw organisatie ondersteuning per 1/1/2014? Deze gegevens kunt u opvragen bij uw cliëntenadministratie. (indien nvt, vul dan '0' in)

In het totaal aan cliënten
waarvan:
– verblijf **zonder** behandeling
– verblijf **met** behandeling
– dagbesteding, maar geen verblijf
– overig

6. Beschikt uw organisatie over een polikliniek/expertisecentrum voor externe cliënten?

- ☐ ja ➡ Ga verder met vraag 7.
☐ nee

7. Aan hoeveel externe cliënten biedt uw polikliniek/expertisecentrum medische zorg?

	Aantal / duur
Aantal patiënten op jaarbasis (2013)	
Aantal consulten op jaarbasis (2013)	
De gemiddelde duur van een consult in aantal minuten is:	

8. Hoeveel woonlocaties heeft uw organisatie naar schatting?

- ☐ geen woonlocaties
☐ 1–5 woonlocaties
☐ 6–20 woonlocaties
☐ 21–50 woonlocaties
☐ 51–100 woonlocaties
☐ > 100 woonlocaties

9. Wat is de aard van de woonvoorzieningen die uw organisatie biedt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ woonvoorzieningen op een centraal instellingsterrein
☐ decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten
☐ zelfstandige wooneenheden in de wijk voor individuele cliënten
☐ anders, namelijk:
☐ anders, namelijk:

10. Hoeveel % van de cliënten met een indicatie 'verblijf' verblijven hier naar schatting?

% indicatie 'verblijf'
(a.u.b. invullen zonder %-teken)

1	
2	
3	
4	
5	

De volgende vragen zijn gericht op de ZZP's van de cliënten met indicatie 'verblijf'. Gegevens hierover zijn doorgaans op te vragen bij de cliëntenadministratie van uw organisatie. Wij benadrukken hierbij opnieuw dat we vertrouwelijk omgaan met de door u aangeleverde gegevens en dat uitsluitend over totalen en gemiddelden wordt gerapporteerd.

11. Kunt u aangeven hoe de cliënten met indicatie 'verblijf' zijn verdeeld naar aard van de cliënten (per 1/1/2014)? Deze informatie kunt u opvragen bij uw cliëntenadministratie.
(indien nvt, vul dan '0' in)

	Aantal cliënten
1. Verstandelijk gehandicapt (VG), niet vallend onder 5,6,7	
2. Lichamelijk gehandicapt (LG), niet verstandelijk gehandicapt	
3. Zintuiglijk gehandicapt (auditief en communicatief), niet verstandelijk gehandicapt	
4. Zintuiglijk gehandicapt (visueel), niet verstandelijk gehandicapt	
5. Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG)	
6. Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGLVG)	
7. Sterk gedragsgestoord ernstig verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (SGEVG)	
8. Anders, namelijk	
Totaal	

12. Hoe is het aantal verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie 'verblijf' verdeeld over de verschillende ZZZ's (VG1–VG8)? Deze informatie kunt u opvragen bij uw cliëntenadministratie.
(indien n.v.t. vul aub '0' in)

	Aantal cliënten met behandeling	Aantal cliënten zonder behandeling
VG 1, wonen met enige begeleiding		
VG 2, wonen met begeleiding		
VG 3, wonen met begeleiding en verzorging		
VG 4, wonen met begeleiding en intensieve verzorging		
VG 5, wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging		
VG 6, wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering		
VG 7, (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering		
VG 8, wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging		

13. Hoe is het aantal licht verstandelijk gehandicapte cliënten (LVG-behandelcentra) met indicatie 'verblijf' verdeeld over de verschillende ZZZ's? Deze informatie kunt u opvragen bij uw cliëntenadministratie.
(indien n.v.t. vul aub '0' in)

	Aantal cliënten
Licht verstandelijk gehandicapt, behandelcentra (LVG) 5 ZZZ's	
LVG 1, wonen met enige behandeling en begeleiding	
LVG 2, wonen met behandeling en begeleiding	
LVG 3, wonen met intensieve behandeling en begeleiding	
LVG 4, wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	
LVG 5, besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	

Er volgen nu enkele vragen over de bemensing bij de medische zorg aan de cliënten met indicatie 'verblijf'.

14. Biedt u vanuit uw organisatie medische zorg aan de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie 'verblijf' (met artsen en andere professionals die werkzaam zijn binnen uw organisatie, al dan niet in loondienst)?

- ☐ ja, de organisatie biedt medische zorg aan *alle* verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie 'verblijf' ➡ [Ga verder met vraag 17.](#)
☐ ja, de organisatie biedt medische zorg aan *een deel* van de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie 'verblijf', ongeveer aan % ➡ [Ga verder met vraag 15.](#)
☐ nee, de cliënten ontvangen *geen* medische zorg vanuit de eigen organisatie ➡ [Ga verder met vraag 16.](#)

15. De overige cliënten ontvangen medische zorg van:

- ☐ huisartsen in de wijk
☐ anders, namelijk

16. De cliënten ontvangen medische zorg van:

- ☐ huisartsen in de wijk
☐ anders, namelijk

Om u efficiënt door de vragenlijst te kunnen loodsen, stellen wij nu de expliciete vraag of er artsen werkzaam zijn in uw organisatie (Dit kunnen zowel artsen in loondienst zijn als artsen niet in loondienst)

17. Zijn er in uw organisatie artsen werkzaam, al dan niet in loondienst?

- ☐ Ja ➡ [Ga verder met vraag 18.](#)
☐ Nee
☐ ➡ [Ga verder met vraag 21.](#)

18. Wilt u in onderstaand schema aangeven hoeveel artsen werkzaam zijn in uw organisatie ten behoeve van de medische zorg aan de cliënten? Kunt u deze artsen splitsen naar 'in loondienst' en 'niet in loondienst'?

NB: hier svp ook tweedejaars aios AVG (die geen productie leveren) meetellen.

	aantal (in loondienst)	in fte's (in loondienst)	aantal (niet in loondienst)	in fte's (niet in loondienst)
AVG's				
AVG's in opleiding				
huisartsen die huisartsenzorg bieden				
huisartsen die huisartsenzorg en specialistische AVG-zorg bieden				
huisartsen in opleiding				
specialisten ouderengeneeskunde				
specialisten ouderengeneeskunde in opleiding				
basisartsen				
andere artsen, namelijk				

19. Indien u 'AVG's in opleiding' heeft ingevuld, zijn hierbij dan ook tweedejaars aios AVG die geen productie leveren in uw organisatie? Zo ja, hoeveel zijn dat er?

- ☐ ja, namelijk
- ☐ aios
- ☐ nee
- ☐ niet van toepassing

20. Op welke wijze zijn de artsen die niet in loondienst zijn verbonden aan uw organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ bij de medische zorg heeft volledige outsourcing plaatsgevonden
- ☐ de artsen niet in loondienst zijn ingehuurd via een uitzendorganisatie
- ☐ de artsen vormen een zelfstandige maatschap
- ☐ de artsen zijn als zzp'er ingehuurd
- ☐ anders, namelijk
- ☐ niet van toepassing

21. Wat is de belangrijkste reden dat er geen artsen werkzaam zijn in uw organisatie?

- ☐ het past niet binnen onze zorgvisie, namelijk
- ☐ schaalgrootte van de organisatie (te klein)
- ☐ artsen zijn onvoldoende beschikbaar op de arbeidsmarkt
- ☐ wij hebben geen cliënten met behandeling
- ☐ anders, namelijk

22. Wat is de tweede belangrijkste reden dat er geen artsen werkzaam zijn in uw organisatie?

- ☐ het past niet binnen onze zorgvisie, namelijk
- ☐ schaalgrootte van de organisatie (te klein)
- ☐ artsen zijn onvoldoende beschikbaar op de arbeidsmarkt
- ☐ wij hebben geen cliënten met behandeling
- ☐ anders, namelijk

De volgende vragen gaan in op de manier waarop de medische zorg vanuit uw organisatie is georganiseerd. We maken hierbij onderscheid tussen 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG-zorg'. Daarmee sluiten we aan bij 'Zorgaanbod door de AVG' (NVAVG, 2012).

Hierbij maakt het niet uit of de genoemde artsen al dan niet in dienst zijn van uw organisatie.

23. Kunt u hieronder aangeven welke medische zorg de verstandelijk genancapite cliënten met indicatie zzp vgs doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan de meeste (of alle) van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten, ongeveer voor %

24. Toelichting:

25. Kunt u hieronder aangeven welke medische zorg de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie zzp VG5 doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan de meeste (of alle) van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten, ongeveer voor %

26.

Toelichting:

27. Kunt u hieronder aangeven welke medische zorg de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie zzp VG7 doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan de meeste (of alle) van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ alleen 'specialistische AVG-zorg' door de AVG aan een deel van deze cliënten, ongeveer voor %
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen aan alle of de meeste van deze cliënten
- ☐ zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' door huisartsen/basisartsen voor een deel van deze cliënten, ongeveer voor %

28.

Toelichting:

Vacatures artsen

29. Had u op 1 januari 2014 vacatures voor medische professionals?

- ☐ ja ➡ [Ga verder met vraag 30.](#)
- ☐ nee ➡ [Ga verder met vraag 31.](#)

30. Hoeveel en voor hoeveel formatieplaatsen? En wilt u zo mogelijk in de laatste kolom aangeven hoeveel vacatures naar schatting al langer dan 6 maanden bestaan?

	aantal	in fte's	aantal personen langer dan 6 maanden
AVG's			
huisartsen			
basisartsen			
specialisten ouderengeneeskunde			
andere artsen, namelijk			

31. In een aantal organisaties voor verstandelijk gehandicapten worden taken van de AVG overgenomen door Verpleegkundig Specialisten (VS) of (praktijk)verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving. Heeft uw organisatie Verpleegkundig Specialisten of (praktijk)verpleegkundigen in dienst die een aantal taken van de artsen overnemen?

- ☐ Ja, wij werken met Verpleegkundig Specialisten ➡ [Ga verder met vraag 33.](#)
- ☐ Ja, wij werken met (praktijk)verpleegkundigen ➡ [Ga verder met vraag 34.](#)
- ☐ Ja, wij werken met zowel Verpleegkundig Specialisten als (praktijk)verpleegkundigen ➡ [Ga verder met vraag 32.](#)
- ☐ Nee, wij hebben geen van beide in dienst ➡ [Ga verder met vraag 35.](#)

32. Hoeveel en voor hoeveel formatieplaatsen?
(indien n.v.t. vul aub '0' in)

	aantal	fte's
Verpleegkundig Specialisten		
– waarvan in opleiding:		
(praktijk)verpleegkundigen		
– waarvan in opleiding:		

33. Hoeveel en voor hoeveel formatieplaatsen? (indien n.v.t. vul aub '0' in)

	aantal	fte's
Verpleegkundig Specialisten		
– waarvan in opleiding:		

34. Hoeveel en voor hoeveel formatieplaatsen? (indien n.v.t. vul aub '0' in)

	aantal	fte's
(praktijk)verpleegkundigen		
– waarvan in opleiding:		

35. Had u op 1 januari 2014 vacatures voor deze professionals?

- ☐ ja → [Ga verder met vraag 36.](#)
☐ nee

36. Hoeveel en voor hoeveel formatieplaatsen? En wilt u zo mogelijk in de laatste kolom aangeven hoeveel vacatures naar schatting al meer dan 6 maanden bestaan?

	aantal	fte's	aantal personen langer dan 6 maanden
praktijkverpleegkundige			
nurse practitioner			
anders, namelijk			

37. Bent u van plan uw formatie aan Verpleegkundig Specialisten in de nabije toekomst uit te breiden?

- ☐ ja, namelijk met
 fte
☐ nee

38. Bent u van plan uw formatie aan (praktijk) verpleegkundigen in de nabije toekomst uit te breiden?

- ☐ ja, namelijk met
 fte
☐ nee

39. Heeft u concrete plannen om in de (nabije) toekomst met een Verpleegkundig Specialist te gaan werken

- ☐ ja
☐ nee

40. Heeft u concrete plannen om in de (nabije) toekomst met (praktijk)verpleegkundigen te gaan werken

- ☐ ja
☐ nee

Overige aspecten

41. Kunt u een inschatting geven van enkele werkdrukaspecten van de artsen in uw organisatie?

	Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
Moeten de artsen volgens u in een hoog tempo werken?	☐	☐	☐
Moeten de artsen volgens u onder hoge tijdsdruk werken?	☐	☐	☐

42. Indien u ook AVG's in dienst heeft, hoe schat u dan de werkdruk van de AVG's in ten opzichte van het hierboven aangegeven gemiddelde voor de artsen?

- ☐ werkdruk AVG's is gelijk
☐ werkdruk AVG's is hoger
☐ werkdruk AVG's is lager
☐ niet van toepassing

43. Deze vragenlijst ging over de organisatie en bemensing van de medische zorg vanuit uw organisatie.
Ziet u deze organisatie en bemensing als optimaal, gegeven uw clientenpopulatie en (zorg)visie?

- ☐ Ja
☐ Nee

44.

Toelichting:

Samenvatting en vervolgonderzoek

45. Ik wens graag te zijner tijd een samenvatting van het onderzoeksrapport te ontvangen.

- ☐ ja, mijn emailadres is:

☐ nee

46. Afhankelijk van de resultaten van het huidige onderzoek zal t.z.t. mogelijk een vervolgonderzoek worden gehouden. Mogen wij u in dat geval nogmaals benaderen?

- ☐ ja, mijn emailadres is (indien hierboven niet vermeld):

☐ nee

47. Indien u nog opmerkingen heeft over de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten of over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder noteren.

Bijlage 4 Vragenlijst ‘Werkcontext en tijdbesteding van de AVG’

Hoofdsectie

Instructie

In deze vragenlijst komen zowel open als gesloten vragen voor.

Bij de open vragen typt u uw antwoord in, in het daarvoor bestemde invoveld. Het kan voorkomen dat het systeem een melding geeft wanneer u niet alle velden hebt ingevuld. U wordt dan verzocht dit alsnog te doen.

Bij gesloten vragen klikt u met de muis op het vakje dat hoort bij het antwoord van uw keuze. Hierbij is meestal maar één antwoord mogelijk. Wanneer er meer antwoorden mogelijk zijn wordt dit expliciet bij de vraag aangegeven.

Tevens bestaat steeds de mogelijkheid om terug te bladeren in de vragenlijst. Hiervoor klikt u met de muis op de knop 'terug'. Op deze manier kunt u terugkijken naar de antwoorden op eerdere vragen en kunt u eventueel uw eerdere antwoorden wijzigen.

NB!: Het kan voorkomen dat u naar beneden moet scrollen om de knoppen 'verder' en 'terug' zichtbaar te maken.

Mocht u uw antwoorden op een later tijdstip willen terugzien dan bieden we u aan het einde van de vragenlijst de mogelijkheid om uw antwoorden uit te printen.

Klik op 'verder' om te beginnen met de eerste vraag.

Algemene vragen

1. Wat is uw geboortjaar?

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ man
☐ vrouw

3. Wat zijn de vier cijfers van de postcode van uw huisadres?

4. In welk jaar heeft u de studie tot basisarts afgerond?

5. Welke situatie is op u van toepassing?

- ☐ Ik heb de opleiding tot AVG afgerond
☐ Ik ben erkend als AVG op grond van de overgangsregeling
☐ Ik ben in opleiding tot AVG

6. In welk jaar bent u voor het eerst als AVG of AVG in opleiding geregistreerd?

7. Bent u momenteel werkzaam als AVG of AVG in opleiding?

- ☐ ja ➡ [Ga verder met vraag 8.](#)
☐ nee ➡ [Ga verder met vraag 10.](#)

8. Welke beschrijving is het meest op u van toepassing (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ ik werk in loondienst in één organisatie voor gehandicaptenzorg
☐ ik werk in loondienst in meerdere afzonderlijke organisaties voor gehandicaptenzorg met afzonderlijke arbeidscontracten
☐ ik werk als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties
☐ ik werk in loondienst in een andere branche dan de gehandicaptenzorg, namelijk
☐ ik werk in een kennis- en expertisecentrum/polikliniek
☐ ik werk als zelfstandig gevestigd AVG
☐ anders, namelijk

9. Het kennis- en expertisecentrum/polikliniek waar ik werk is verbonden aan een organisatie in de volgende branche (aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Gehandicaptenzorg ➡ [Ga verder met vraag 11.](#)
☐ GGZ ➡ [Ga verder met vraag 11.](#)
☐ Ziekenhuis ➡ [Ga verder met vraag 11.](#)
☐ VV&T ➡ [Ga verder met vraag 11.](#)
☐ Verslavingszorg ➡ [Ga verder met vraag 11.](#)
☐ Anders, namelijk
➡ [Ga verder met vraag 11.](#)

10. Indien u **niet** werkzaam bent als AVG (in opleiding), welke beschrijving is dan het meest op u van toepassing (aankruisen wat het meest van toepassing is)

☐ ik ben op dit moment niet als AVG werkzaam, maar als arts in een andere branche dan de gehandicaptenzorg, namelijk

☐ [Ga verder met vraag 43.](#)

☐ ik ben **niet** als arts werkzaam, mijn huidige functie is

☐ [Ga verder met vraag 43.](#)

☐ ik ben momenteel niet werkzaam [Ga verder met vraag 43.](#)

☐ anders, namelijk

☐ [Ga verder met vraag 43.](#)

11. Hoeveel jaar bent u als arts werkzaam ten behoeve van verstandelijk gehandicapten? (a.u.b. afronden op hele jaren)

12. Hoeveel jaar bent u als AVG of als AVG in opleiding werkzaam? (a.u.b. afronden op hele jaren)

13. Wat zijn de vier cijfers van de postcode van de werkplek waar vanuit u de meeste tijd werkt?

Hieronder volgen enkele vragen over uw organisatie(s) en de zorg en ondersteuning die zij biedt aan cliënten. Zij zijn van belang omdat zij de context vormen waarin u uw werk doet.

14. Welke vormen van ondersteuning biedt uw organisatie aan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ langdurig verblijf
☐ kortdurend verblijf t.b.v. diagnostiek en behandeling
☐ dagbesteding
☐ respijtzorg zoals logeren/weekeindopvang/vakantieopvang
☐ thuisbegeleiding
☐ expertisecentrum of poli voor externe cliënten
☐ anders, namelijk
☐ anders, namelijk

15. Aan hoeveel cliënten biedt uw organisatie deze ondersteuning? Bij niet van toepassing graag '0' invullen.
(Deze gegevens kunt u opvragen bij de cliëntenadministratie van uw organisatie. U mag deze vraag eventueel ook overslaan)

In het totaal aan cliënten

waarvan:

- verblijf **zonder** behandeling
– verblijf **met** behandeling
– dagbesteding, maar geen verblijf
– overig

16. Wat is de aard van de woonvoorzieningen die uw organisatie biedt? (meerdere antwoorden mogelijk, de vraag naar % kunt u overslaan als u geen schatting kunt geven)

- ☐ woonvoorzieningen op een centraal instellingsterrein, hier woont ongeveer
% van de cliënten met indicatie 'verblijf'
☐ decentrale kleinschalige locaties voor meerdere cliënten
☐ zelfstandige wooneenheden in de wijk voor individuele cliënten
☐ anders, namelijk:
☐ anders, namelijk:

17. Beschikt uw organisatie over een polikliniek/expertisecentrum voor externe cliënten?

- ☐ ja
☐ nee [Ga verder met vraag 19.](#)

17. Beschikt uw organisatie over een polikliniek/expertisecentrum voor externe cliënten?

- ☐ ja
☐ nee ➡ [Ga verder met vraag 19.](#)

18. Aan hoeveel externe cliënten biedt uw polikliniek/expertisecentrum medische zorg? (Als deze cijfers niet voor u beschikbaar zijn kunt u deze vraag overslaan)

Aantal / duur		
Aantal patiënten op jaarbasis (2013)		patiënten
Aantal consulten op jaarbasis (2013)		consulten
De gemiddelde duur van een consult in aantal minuten is:		minuten/consult

Hieronder volgen enkele vragen over de artsen die werkzaam zijn in uw organisatie

19. Zijn er naast u nog andere artsen werkzaam bij uw organisatie al dan niet in loondienst?

- ☐ ja, er zijn meer artsen werkzaam
☐ nee, ik ben de enige arts ➡ [Ga verder met vraag 24.](#)

20. Wilt u hieronder aangeven welke artsen naast u werkzaam zijn in uw organisatie, ten behoeve van de medische zorg aan de cliënten in uw organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ AVG's
☐ AVG's in opleiding
☐ huisartsen die huisartsenzorg bieden
☐ huisartsen die huisartsenzorg en specialistische AVG-zorg bieden
☐ huisartsen in opleiding
☐ specialisten ouderengeneeskunde
☐ specialisten ouderengeneeskunde in opleiding
☐ basisartsen
☐ andere artsen, namelijk

21. Wilt u, zo mogelijk, ook het aantal aangeven, zowel van degenen **in** loondienst als van de artsen **niet** in loondienst?

	aantal in loondienst	aantal niet in loondienst
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

22. Wilt u, zo mogelijk, ook het aantal aangeven, niet in loondienst?

	aantal niet in loondienst
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

23. U heeft aangegeven dat er 'AVG's in opleiding' werkzaam zijn. Zijn hierbij ook tweedejaars aios AVG die geen productie leveren in uw organisatie? Zo ja, hoeveel zijn dat er?

- ☐ ja, namelijk
☐ nee

Hieronder volgen enkele vragen over uw arbeidscontract(en) en eventuele extra arbeidsuren

24. Hoe groot is het totale aantal ?formele? arbeidsuren dat u werkt? Wilt u het aantal uren per week invullen? Wilt u bij geen uren '0' invullen?

uren per week	
waarvan:	
uren t.b.v. werkzaamheden in uw eigen organisatie(s)	
uren t.b.v. werkzaamheden in organisaties waar u gedetacheerd bent	
uren als zelfstandig gevestigd AVG	
uren anders, namelijk	

25. Is dit aantal uren in- of exclusief het draaien van diensten?

- ☐ inclusief
- ☐ exclusief. Het aantal extra uren voor diensten is gemiddeld per kwartaal

26. Hoeveel kilometer rijdt u gemiddeld per week binnen werktijd om uw werk te kunnen uitoefenen? (dus exclusief woon-werkverkeer)

27. Heeft u te maken met structureel overwerk?

- ☐ ja, het aantal uren structureel overwerk bedraagt gemiddeld per week
- ☐ nee

In de voorgaande vragen is gevraagd naar het aantal formele? arbeidsuren dat u werkt als AVG. In het nu volgende gedeelte van de vragenlijst willen we graag meer te weten komen over hoe u uw tijd besteedt. Wilt u daarbij de antwoorden baseren op een gemiddelde werkweek?

Wij kunnen ons voorstellen dat onderstaande vragen (25 tm 30) lastig te beantwoorden zijn. Zij zijn echter van groot belang voor het doel van het onderzoek. Wij vragen u om een globale inschatting van de gemiddelde tijd die u besteedt.

28. Hoe zien uw werkzaamheden er in een gemiddelde werkweek uit? (a.u.b. afronden op hele uren, bij geen uren graag '0' invullen). We maken in dit overzicht geen onderscheid tussen cliënten die verbonden zijn aan uw organisatie en externe cliënten en de verschillende organisaties waar u mogelijk werkzaam bent).

	Uren per week
Directe patiëntenzorg (inclusief reistijd t.b.v. individuele cliënten)	
Indirecte patiëntenzorg	
Managementtaken (vanuit de functie als AVG)	
Managementtaken en overige organisatorische taken (algemeen, waarvoor opleiding AVG niet noodzakelijk is)	
Opleiden van AVG's in opleiding	
Onderzoek en onderwijs	
Taken als BOPZ-arts	
Anders, namelijk	
Totaal	

29. Hoeveel uur per week van de directe patiëntenzorg bestaat uit reistijd? (afgerond op hele uren)

Van de patiëntgebonden taken willen we graag een nader beeld krijgen. Kunt u hieronder globaal aangeven hoeveel tijd u in een gemiddelde week besteedt aan de genoemde categorieën patiënten? Om hoeveel patiënten per week gaat het per categorie? We maken in dit overzicht geen onderscheid tussen de verschillende organisaties waar u mogelijk werkzaam bent)

30. Tijdbesteding en aantal patiënten naar woon- of verblijfplaats patient en type patient

	Hoofdbehandelaar (alle medische zorg) – Uren per week	Hoofdbehandelaar: (alle medische zorg) Patiënten per week	Medebehandelaar/consulent (specialistische AVG–zorg) – Uren per week	Medebehandelaar/consulent (specialistische AVG–zorg) – Patiënten per week
Patiënt verbonden aan de organisatie (met indicatie verblijf en behandeling)				
Zwakbegaafd				
Licht verstandelijk gehandicapt				
Matig verstandelijk gehandicapt				
Ernstig verstandelijk gehandicapt				
Anders, namelijk 				
Externe patiënten (zonder indicatie verblijf en behandeling)				
Zwakbegaafd				
Licht verstandelijk gehandicapt				
Matig verstandelijk gehandicapt				
Ernstig verstandelijk gehandicapt				
Anders, namelijk 				

31. Bij de vorige vraag heeft u aangegeven hoeveel tijd (in uren) u aan patiënten besteedt die verbonden zijn aan de organisatie (met indicatie verblijf/behandeling, als hoofdbehandelaar of consulent). Welke deel van deze patiënt gebonden tijd besteedt u naar schatting aan patiënten die wonen op het centrale instellingsterrein?

- ☐ 0%, de organisatie beschikt niet over een centraal instellingsterrein
☐ < 20% van deze tijd besteed ik aan patiënten op het centrale instellingsterrein
☐ 21–40% van deze tijd besteed ik aan patiënten op het centrale instellingsterrein
☐ 41–60% van deze tijd besteed ik aan patiënten op het centrale instellingsterrein
☐ 61–80% van deze tijd besteed ik aan patiënten op het centrale instellingsterrein
☐ 81–100% van deze tijd besteed ik aan patiënten op het centrale instellingsterrein

32. U heeft aangegeven hoeveel tijd (in uren) u als hoofdbehandelaar of consulent besteedt aan interne en externe patiënten. Besteedt u hiernaast ook tijd aan meer informele consultaties door externe huisartsen?

- ☐ ja
☐ nee ➔ [Ga verder met vraag 34.](#)

33.

- ☐ aantal informele consultaties per maand

☐ aantal hieraan bestede uren per maand

34. Wat is de leeftijd van de patiënten die u in een doorsnee week behandelt? Welk deel van uw tijd besteedt u per leeftijdscategorie (in%)? Hoeveel patiënten behandelt u per week?

	Deel van de tijd (in%)	Aantal patiënten per week
leeftijd 0–19		
leeftijd 20–39		
leeftijd 40–59		
leeftijd 60+		
Totaal		

De volgende vragen gaan in op de aard van de medische zorg die wordt geleverd aan verstandelijk gehandicapten die verblijven in uw organisatie. We maken hierbij onderscheid tussen 'huisartsenzorg' en 'specialistische AVG–zorg'. Daarmee sluiten we aan bij Zorgaanbod door de AVG? (NVAVG, 2012).

35. Kunt u hieronder aankruisen welke medische zorg de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie ZZP VG3 in uw organisatie doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk). Kunt u ook aangeven welk deel van de cliënten met VG3 deze zorg ontvangen.

- ☐ de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan de meeste (of alle) van deze cliënten
de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' zorg aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %

36. Kunt u hieronder aankruisen welke medische zorg de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie ZZP VG5 in uw organisatie doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk). Kunt u ook aangeven welk deel van de cliënten met VG5 deze zorg ontvangen.

- ☐ de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan de meeste (of alle) van deze cliënten
de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' zorg aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %

37. Kunt u hieronder aankruisen welke medische zorg de verstandelijk gehandicapte cliënten met indicatie ZZP VG7 in uw organisatie doorgaans ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk). Kunt u ook aangeven welk deel van de cliënten met VG7 deze zorg

- ☐ de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan de meeste (of alle) van deze cliënten
de AVG biedt zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
de AVG biedt alleen 'specialistische AVG-zorg' zorg aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %
- ☐ huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan alle of de meeste van deze cliënten
huisartsen/basisartsen bieden zowel 'huisartsenzorg' als 'specialistische AVG-zorg' aan een deel van deze cliënten, ongeveer aan %

38. Wilt u uw antwoorden toelichten?

Hieronder volgen enkele vragen over de werkdruk die u ervaart en de ondersteuning bij uw werk

39. Kunt u aangeven hoe u uw werkdruk ervaart?

	Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
Moet u in een hoog tempo werken?	☐	☐	☐
Moet u onder hoge tijdsdruk werken?	☐	☐	☐

40. Heeft u bij de patiëntgebonden taken (directe en indirecte medische patiëntenzorg) en de managementtaken, vanuit de functie als AVG, ondersteuning van anderen?

- ☐ ja
☐ nee ➔ [Ga verder met vraag 43.](#)

41. Zo ja, wie biedt (bieden) u die ondersteuning? En om hoeveel uur per week gaat het naar schatting?

	Uren per week
verpleegkundig specialist	
(praktijk)verpleegkundige	
doktersassistent	
medisch secretariaat	
Anders, nl:	

42. Maakt uw organisatie gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD)?

- ☐ ja
☐ nee

Tot slot willen we u nog enkele vragen stellen over u eventuele ambities ten aanzien van ander werk of een andere baan.

43. Bent u op zoek naar een andere baan of ander werk?

- ☐ ja
☐ nee ➡ [Ga verder met vraag 47.](#)

44. Kunt u aangeven welk type baan/werk u ambieert? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ AVG in een andere organisatie
☐ AVG in een andere branche
☐ vrijgevestigd AVG
☐ arts in opleiding voor een ander specialisme
☐ manager in een zorgorganisatie
☐ onderzoeker
☐ consultant
☐ anders, namelijk

45. In welke mate heeft u actie ondernomen om een andere baan/ander werk te vinden?

- ☐ heel veel
☐ veel
☐ weinig
☐ heel weinig
☐ niet

46. Wat zijn de belangrijkste redenen dat u op zoek bent naar een andere baan/ander werk? (kruis maximaal 3 antwoorden aan).

- ☐ als u momenteel niet werkt als AVG: Ik wil weer werken als AVG
☐ mijn tijdelijke contract loopt af / (er dreigt) ontslag bij mijn huidige werkgever
☐ ik ben toe aan een nieuwe uitdaging
☐ ik ben niet tevreden over het contact met mijn leidinggevende
☐ ik vind dat er geen prettige sfeer heerst
☐ ik ben onvoldoende tevreden met de zorg die hier geleverd wordt
☐ ik wil werk dat beter betaald
☐ ik vind de werkdruk te hoog
☐ de werktijden en diensten zijn ongunstig voor mij
☐ ik krijg te weinig verantwoordelijkheid
☐ er wordt geen mogelijkheid geboden meer uren te werken
☐ er wordt geen mogelijkheid geboden minder uren te werken
☐ persoonlijke redenen, bijv. verhuizing, reistijd, gezinssituatie
☐ anders, namelijk

De inhoudelijke vragen zijn hiermee afgerond. Hieronder volgen ter afsluiting nog enkele vragen over de onderzoeksrapportage en eventueel vervolgonderzoek.

47. Ik wens graag t.z.t. een samenvatting van het onderzoek te ontvangen.

- ☐ ja, mijn emailadres is:

☐ nee

48. Afhankelijk van de resultaten van het huidige onderzoek zal op korte termijn mogelijk een vervolgonderzoek worden gehouden. Mogen wij u in dat geval nogmaals benaderen?

- ☐ ja, mijn emailadres is (indien hierboven niet vermeld):

☐ nee

49. Indien u nog opmerkingen heeft dan kunt u ze hieronder noteren.

