



# Capaciteitsplan 2021-2024

## Deelrapport 6

### Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

# Capaciteitsplan 2021-2024

## Deelrapport 6

### Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2021-2024 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

**Statutaire doelstellingen:**

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

## Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	6
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	6
1.3 Specifieke aandachtspunten AVG	7
1.4 Indeling van dit deelrapport	8
<b>2 Positionering Arts Verstandelijk Gehandicapten</b>	<b>13</b>
2.1 AVG vooral verbonden aan zorginstellingen	13
2.2 AVG heeft diverse cliëntgroepen en taken	13
2.3 Overzicht aanverwante disciplines	14
2.3.1 Huisarts voor de huisartsenzorg, AVG voor de specialistische zorg	14
2.3.2 Basisartsen vangen tekort aan AVG op	15
2.3.3 VS, PA en verpleegkundige kunnen taken van AVG overnemen	15
<b>3 Opleiding</b>	<b>17</b>
3.1 Omvang en organisatie opleiding	17
3.1.1 Voltijd opleiding tot AVG duurt 3 jaar	17
3.1.2 Gemiddelde opleidingsduur is ook feitelijk 3 jaar	17
3.1.3 Aios AVG arbeidsrechtelijk ondergebracht bij SBOH	17
3.2 Adviezen en besluiten over instroom tot en met 2018	18
3.2.1 2005: eerste richtinggevende advies voor 15 instromers per jaar	18
3.2.2 2008: hoge vervangingsvraag vereist 20-24 opleidingsplaatsen	18
3.2.3 2010: instroom kan omlaag naar 16 aios	18
3.2.4 2011: 20 aios per jaar nodig vanwege groei zorgvraag en vacatures	18
3.2.5 2013: veel onzekerheid in ontwikkelingen, instroom weer naar 20-24 aios	19
3.2.6 2016: bezetting opleiding en taakherschikking leiden tot lager advies	19
3.2.7 2018: terug naar 24 instromers per jaar door grote groei zorgvraag	19
3.2.8 Besluiten VWS tot en met 2018 altijd conform adviezen	19
3.3 Realisatie instroom tot en met 2018	20
3.3.1 Beschikbare opleidingsplaatsen meestal niet gevuld	20
3.3.2 Weinig belangstelling voor specialisme AVG	20
3.3.3 Daling parameterwaarden instroom	21
3.4 Grootste deel aios AVG is vrouw; gemiddelde leeftijd 34 jaar	21
3.5 Ontwikkeling intern rendement	22
3.5.1 Benadering uitvalpercentage en intern rendement	23
3.5.2 Uitvalpercentage is stabiel	23
3.5.3 Intern rendement naar beneden bijgesteld	24
3.6 Conclusie opleiding: bijna alle parameterwaarden gedaald	24
<b>4 Zorgvraag</b>	<b>27</b>
4.1 Inleiding	27

4.2	Onvervulde vraag	27
4.3	Demografie	28
4.3.1	Declaraties ZZP's als indicator voor huidig zorggebruik	29
4.3.2	Bevolkingsprognose CBS	35
4.3.3	Toekomstig zorggebruik in de verstandelijk gehandicaptenzorg	36
4.3.4	De toekomstige vraag vanwege demografie	37
4.4	Epidemiologie	39
4.4.1	Prevalentie neemt toe	39
4.4.2	Generatieverschillen kunnen zorgvraag beïnvloeden	40
4.4.3	Incidentie neemt niet af	41
4.4.4	Parameterwaarden gehandhaafd	42
4.5	Sociaal-culturele ontwikkelingen	42
4.5.1	Vooraf intramurale zorgvraag gegroeid sinds 2012	42
4.5.2	Tussentijds advies 2018 vanwege sterke stijging zorgvraag	42
4.5.3	Groei intramurale indicaties VG-zorg sinds 2017 afgevlakt	43
4.5.4	Toegenomen zorgvraag is internationale trend	43
4.5.5	Extramurale behandeling naar Zvw in 2020	43
4.5.6	Nieuwe richtlijn ten behoeve van volwassenen met downsyndroom	44
4.5.7	Parameterwaarden sociaal-culturele ontwikkelingen hoger dan in 2016	44
4.6	Conclusie zorgvraag	45
<b>5</b>	<b>Zorgaanbod</b>	<b>47</b>
5.1	Inleiding	47
5.2	Omvang beroepsgroep	47
5.2.1	Aantal geregistreerde AVG	47
5.2.2	Verdeling geregistreerde AVG naar leeftijd en geslacht	48
5.2.3	Aantal werkzame artsen in de verstandelijk gehandicaptengeneeskunde	49
5.3	Omvang dienstverband AVG	51
5.4	Instroom in het vak	52
5.5	Uitstroom uit het vak	52
5.5.1	Uitstroom uit het specialistenregister	52
5.5.2	Uitstroom van werkzame AVG	53
5.6	Extern rendement	57
5.7	Conclusie zorgaanbod	59
<b>6</b>	<b>Werkproces</b>	<b>61</b>
6.1	Inleiding	61
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	61
6.2.1	AVG meer in specialistische rol	61
6.2.2	Tijd voor onderzoek en onderwijs staat onder druk	62
6.2.3	Taakverzwaring door invoering Wet zorg en dwang	62
6.2.4	Parameterwaarden verhoogd	62
6.3	Technologische ontwikkelingen	62
6.4	Efficiency	63

6.4.1	Meer administratieve ondersteuning voor AVG	63
6.4.2	Reistijd naar cliënten is toegenomen	63
6.4.3	Verandering in caseload niet direct te vertalen als efficiencywinst	63
6.4.4	Administratieve regeldruk hoog; acties voor verbetering zijn ingezet	64
6.4.5	E-health vergt tijdsinvestering	64
6.4.6	Parameterwaarden bijgesteld: minder efficiencywinst	65
6.5	Horizontale substitutie	65
6.5.1	Overdracht algemeen medische zorg naar huisartsen niet optimaal	65
6.5.2	Extramurale behandeling van cliënten zonder Wlz-indicatie neemt toe	66
6.5.3	AVG neemt taken over van kinderartsen	67
6.5.4	Meer taken bij AVG vereist capaciteit	67
6.6	Verticale substitutie	67
6.6.1	Instream verpleegkundig personeel belemmerd	67
6.6.2	Inzet VS, PA en verpleegkundigen niet toegenomen	67
6.6.3	Parameterwaarden verticale substitutie ongewijzigd	68
6.7	Conclusie werkproces	69
<b>7</b>	<b>Scenario's</b>	<b>71</b>
7.1	Inleiding	71
7.2	Basisscenario (0)	73
7.3	Demografiescenario (1)	73
7.4	Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trends (3)	73
7.5	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trends (7)	74
7.6	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trends (9)	74
7.7	Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario	74
7.8	Benodigde instroom aios AVG per scenario	77
<b>8</b>	<b>Overwegingen en advies</b>	<b>79</b>
8.1	Inleiding	79
8.2	Verticale substitutiescenario en werkprocesscenario meest realistisch	79
8.3	Advies instroom	80
<b>Bijlage 1:</b>	<b>Model Capaciteitsorgaan</b>	<b>83</b>
<b>Bijlage 2:</b>	<b>Overzicht aannames per parameter 2011 - 2019</b>	<b>84</b>
<b>Bijlage 3:</b>	<b>Gedetailleerde gegevens berekening Nivel/Prismant</b>	<b>85</b>
<b>Bijlage 4:</b>	<b>Procedure en betrokken experts</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage 5:</b>	<b>Afkortingen en begrippen</b>	<b>88</b>
<b>Literatuurlijst</b>		<b>89</b>



## Samenvatting

### AVG biedt medisch specialistische zorg, intra- en extramuraal

Het vakgebied geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten is in 2000 als zelfstandig specialisme erkend door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Tot die tijd leverden voornamelijk ervaren (voormalige) huisartsen de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten. In het vervolg van dit rapport noemen we de geregistreerde artsen voor verstandelijk gehandicapten AVG, zowel in enkelvoud als in meervoud. De eerste 3 jaar na 2000 is het aantal AVG snel gestegen door de erkenning van de artsen die al werkzaam waren in de sector. Vanaf 2003 is de instroom in het specialisme AVG alleen nog mogelijk door het volgen van de erkende medische vervolgopleiding tot AVG. De positie van AVG is in de afgelopen jaren duidelijk die van tweedelijns specialist geworden; voor de algemene medische zorg moeten cliënten naar de huisarts.

AVG werken vooral in zorginstellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, maar verlenen ook in toenemende mate zorg aan thuiswonende (licht) verstandelijk beperkten en zwakbegaafden, via de VG-poliklinieken. De veranderingen in het aantal geregistreerde AVG zijn volledig toe te schrijven aan in- en uitschrijvingen in het register. Er is geen instroom uit het buitenland mogelijk, omdat het specialisme buiten Nederland niet officieel erkend is.

### Instroom is gedaald

De gerealiseerde instroom in de opleiding leek vanaf 2010 een gestage groei te kennen, met de hoogste instroom tot nu toe in 2015: in dat jaar startten 21 aios AVG met hun opleiding. Sindsdien is de instroom echter afgenomen, tot 15 nieuwe aios in 2018. Het blijkt moeilijk de belangstelling voor het vak te vergroten en geschikte kandidaten voor de opleiding te vinden. Het totaal aantal aios lag enige jaren boven de 50 maar is inmiddels gedaald naar 45. De gemiddelde leeftijd waarop aios met de opleiding beginnen, is 33 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aios AVG in de afgelopen jaren is 34 jaar. Het aandeel vrouwelijke aios is iets gedaald, van 87% in 2016 naar 84% in 2019. Dat is nog altijd een hoog percentage.

### Kleine beroepsgroep met veel jongere vrouwen

Per 1 januari 2019 zijn er 251 geregistreerde AVG. Van hen zijn ongeveer 243, bijna 97%, werkzaam voor gemiddeld 0,86 fte. Dit ligt 0,01 fte hoger dan in 2016, omdat zowel de mannen als de vrouwen iets meer zijn gaan werken. Het aandeel werkende vrouwelijke AVG is opnieuw met 4% gestegen, naar 78%. Dit is het gevolg van de toestroom van overwegend (jongere) vrouwen uit de opleiding tot AVG.

Er zijn ruim drie keer zoveel vrouwen als mannen geregistreerd als AVG. De meeste vrouwen zijn tussen de 30 en 50 jaar. Van de mannen is 67% 50 jaar of ouder, van de vrouwen is dit 32%. Van de mannen zal ruim de helft tot twee derde in de komende 10 à 15 jaar uitstromen vanwege pensionering. Bij de vrouwen ligt dit aandeel op een kwart tot ruim een derde.

### Grote onvervulde vraag

De markt van vraag en aanbod voor AVG is een vraagmarkt: de vraag naar AVG is groter dan het aanbod, gezien het aantal vacatures. Het vacaturepercentage ligt met een minimum inschatting van 20% zeer hoog, een verdubbeling in vergelijking met de vorige raming. Het specialisme behoort al jaren tot de medische beroepen met de hoogste onvervulde vraag. Dat blijkt ook uit de constatering



dat meer dan drie kwart van de vacatures voor AVG langdurig open staat. Ook worden er vaak basisartsen of huisartsen ingezet in zorginstellingen om het tekort aan AVG op te vangen. Maar ook voor deze beroepen zijn er veel vacatures die moeilijk vervulbaar zijn.

### **Vraag naar AVG stijgt**

Belangrijke factoren in de raming zijn vooral de ontwikkelingen op sociaal-cultureel vlak en op het gebied van taakherschikking. De hervormingen in de langdurige zorg en het extramuraliseringsbeleid van de overheid hebben ook in de VG-sector grote impact gehad. De maatschappij is steeds meer gericht op participatie, zelfregie en prestatie. De druk om zelfstandig te functioneren is toegenomen op mensen met een (licht) verstandelijke beperking en zwakbegaafden, maar de juiste vaardigheden en sociale netwerken daartoe hebben zij vaak niet. AVG merken terdege dat de zorgvraag vanuit deze groepen is gegroeid, zowel in volume als in complexiteit. Er wordt in toenemende mate naar AVG verwezen door huisartsen en kinderartsen, maar ook vanuit de ggz en de forensische zorg. Verbetering van de efficiency door administratieve ontlasting en technologische ontwikkelingen blijft vooralsnog uit. Als AVG hierin meer ondersteund zouden worden, zou dit al snel veel winst kunnen betekenen.

### **Ontwikkeling van verticale substitutie zet nog niet door**

Verticale substitutie speelt een steeds belangrijker rol in de zorg. Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg heerst de overtuiging dat het overnemen van taken van de AVG door zorgprofessionals als de VS en de PA belangrijk is. Het kan een middel zijn om capaciteitsproblemen te bestrijden en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Substantiële toename van verticale substitutie lijkt echter te worden belemmerd door tekorten bij de betrokken beroepsgroepen. Het aanhoudende tekort aan hbo-opleidbaar zorgpersoneel beperkt ook het aantal kandidaten voor de opleidingen tot VS en PA en de doorstroom naar deze beroepen.

### **Advies**

Het huidige tekort aan AVG is groot. De instroom in de opleiding is in de afgelopen jaren achtergebleven bij het aantal opleidingsplaatsen dat beschikbaar is. Het verbeteren van het imago van het beroep vergt veel tijd en inspanning. Er is een groot verschil tussen vraag en aanbod te overbruggen in de komende decennia. Als de instroom niet op korte termijn toeneemt, zal het tekort aan AVG nog ernstiger worden. Van verticale substitutie valt op de korte termijn geen directe oplossing te verwachten.

Voor de ondergrens van het instroomadvies is het uitgangspunt dat alle zorgvraag- en werkproces-trends, inclusief verticale substitutie, de komende 10 jaar hun effect zullen hebben (verticale substitutiescenario met tijdelijke trends). Voor het bepalen van de bovengrens is er rekening mee gehouden dat de trends langer dan 10 jaar doorwerken, maar dat de verticale substitutie mogelijk geen rol van belang kan spelen (werkprocesscenario met doorgaande trends). Er is bij beide scenario's gekozen voor het eerste evenwichtsjaar 2031. Het Capaciteitsorgaan adviseert op basis hiervan met ingang van 2021 een jaarlijkse minimum instroom van **48 aios** en een maximum instroom van **57 aios**.

Het nieuwe instroomadvies is fors hoger dan de adviezen in vorige jaren. Tabel 1 illustreert dit. Er zullen landelijk gezien grote inspanningen moeten worden geleverd om alle randvoorwaarden voor

een dergelijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit mogelijk te maken. Niet alleen moet er krachtig worden ingezet op de werving van aios voor de opleiding tot AVG, ook het aantal opleiders en praktijkopleiders zal moeten stijgen. Bovendien is het een overweging om het onderwijsdeel binnen de opleiding op meerdere plaatsen in het land aan te bieden. Dan moet ook het aantal docenten groeien. Al deze inzet is nodig om het tekort aan AVG niet nog verder te laten oplopen. Al kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij de haalbaarheid, de urgentie van capaciteitsuitbreiding leidt tot een **definitieve voorkeur van het Capaciteitsorgaan voor een jaarlijkse instroom van 57 aios.**

**Tabel 1: Adviezen en besluiten in ramingsjaren vanaf 2013**

Jaar van raming en advies	2013	2016	2018*	2019
Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan	20-24	16-18	21-29	48-57
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan	24	18	24	<b>57</b>
Besluit VWS op advies (m.i.v. 2 jaar later)	24	18	24	n.t.b.

\* Tussentijds advies



## 1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2021-2024 bevat de instroomadviezen voor de opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten. (Hierna AVG genoemd, zowel in enkelvoud als in meervoud). Dit rapport bevat alle gegevens en verwijzingen naar achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan voor de instroomadviezen heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2021-2024. Naast het integrale Capaciteitsplan en dit deelrapport zijn nog meer deelrapporten gepubliceerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de actuele instroomadviezen.

**Tabel 2: Overzicht actuele instroomadviezen Capaciteitsorgaan**

Naam rapport	Ramingsjaar	Publicatiedatum
Capaciteitsplan 2020-2024: Hoofdrapport voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 - Medische specialismen - Klinische technologische specialismen - Spoedeisende geneeskunde	2019	maart 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3a Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgen, Orthodontisten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg - Tandartsen - Mondhygiënisten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen - Arbeid en Gezondheid Bedrijfsartsen Verzekeringsartsen - Maatschappij en Gezondheid Artsen M&G Profielartsen M&G	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2024: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid - gezondheidszorgpsycholoog - psychotherapeut - klinisch psycholoog - klinisch neuropsycholoog - verpleegkundig specialist ggz	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2018-2021: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistants	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialisten	2019	december 2019

## 1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen zijn in 2015 aangepast en verruimd. De doelstellingen zijn als volgt omschreven:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. Advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse medische profiel- en vervolgoopleidingen en de tandheelkundige vervolgoopleidingen. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de daarvoor noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen. Deze ramingen hebben in het algemeen een bandbreedte, die als adviesrichting voor de overheid en het veld beschouwd kan worden. Overheid en veld kunnen binnen deze bandbreedte een finale keuze maken.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan zij gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod, verwachte effecten van efficiencymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie. Het doel hiervan was onze ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en zelfs te vergelijken met die van sommige landen. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties.<sup>1,2</sup>

Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert meetings' en klankbordsessies. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vullen ieder 9 zetels in. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan sinds 1999 volledig.

## 1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen. Deze beperkten zich tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en

<sup>1</sup> Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

<sup>2</sup> Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <http://healthworkforce.eu>

ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, ook geleidelijk ingezet op aanverwante terreinen.

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van het ministerie van VWS vanaf 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist in kaart gebracht en gemonitord. Dit zijn beide initiële opleidingen in de mondzorg. Na een korte onderbreking is het Capaciteitsorgaan in 2018 opnieuw gestart met het adviseren van het ministerie van VWS over de instroom van tandartsen en mondhygiënist in de initiële opleidingen.
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS maakt steeds vaker van deze adviezen gebruik in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) in kaart gebracht kan worden met de methodieken van het Capaciteitsorgaan. Het betrof vijftien beroepen, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO-regio's moesten worden opgesteld. Dit was nodig vanwege de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon door een aanpassing van zijn methodieken. Daarbij werd de cruciale, voor het Capaciteitsorgaan vaak kostbare, aanlevering van de data door de ziekenhuizen zelf gedaan. De eerste adviezen met bijbehorende ramingen voor de FZO-beroepen zijn in 2014, 2016 en 2018 aan de 12 FZO regio's opgeleverd. Geleidelijk aan benadert het Capaciteitsorgaan meer intra- en extramurale beroepen die om een regionale of lokale aanpak vragen met deze digitale uitvraagssystematiek. De ziekenhuizen gaan ook steeds meer vertrouwen op de juistheid van de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Daarom is in 2019 een pilot uitgevoerd voor het ramen van nog meer 'ziekenhuisberoepen' via het digitale uitvraag- en ramingsysteem.

### 1.3 Specifieke aandachtspunten AVG

Specifiek voor het specialisme AVG zijn de volgende aandachtspunten:

1. Het specialisme AVG is één van de jongere Nederlandse medische specialismen. Op 3 maart 2000 zijn de besluiten tot de oprichting van het specialisme in werking getreden. Het zijn besluiten van het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG).<sup>3</sup> De eerste inschrijvingen zijn massaal onder de voorwaarden van de overgangsregeling gerealiseerd. Veel informatie over de AVG, vanuit registraties en onderzoek, is pas sinds de afgelopen 5 tot 10 jaar beschikbaar.

<sup>3</sup> Het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) is in 2010 opgegaan in het College Geneeskundige Specialismen (CGS), samen met het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

2. De opleiding tot AVG duurt bij een fulltime dienstverband 3 jaar. Het curriculum bestaat uit 2 jaar leren en werken in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en 1 jaar stages in relevante vakgebieden, inclusief een leeronderzoek.
3. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de opleiding is 33 jaar; 84% van alle aios is vrouw.
4. Nederland kent één opleidingsinstituut voor AVG aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.
5. Tot 2000 werkte de AVG alleen intramuraal. Medio 2002 kwam er een aanpassing in de regelgeving in de toenmalige AWBZ. Dit maakte het mogelijk dat cliënten met een indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ<sup>4</sup>) voor langdurige zorg (inmiddels Wet langdurige zorg, Wlz) kunnen worden verwezen naar een AVG. Er kwam een tweede aanpassing van deze regelgeving door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Sindsdien is het mogelijk dat huisartsen patiënten met een verstandelijke handicap rechtstreeks verwijzen naar de AVG zonder CIZ-indicatie. De instelling waar de AVG aan verbonden is, moet hiervoor dan wel productieafspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor.
6. Er zijn 77 poliklinieken AVG in Nederland.<sup>5</sup>
7. Van de zittende AVG is 78% vrouwelijk; 67% van de mannen is ouder dan 50 jaar.
8. Verticale substitutie is in ontwikkeling. Er werken ca. 32 fte verpleegkundig specialisten en ca. 3 fte physician assistants in de sector.
9. Het specialisme AVG bestaat in het buitenland niet. Er is geen instroom van AVG uit het buitenland.
10. Het aantal vacatures voor AVG is een van de hoogste in het medische domein.

#### **1.4 Indeling van dit deelrapport**

Na de samenvatting en dit inleidende hoofdstuk volgen nog 7 hoofdstukken. Afsluitend vindt u de bijlagen waarnaar dit rapport verwijst.

#### **Hoofdstuk 2: Positionering Arts voor Verstandelijk Gehandicapten**

In hoofdstuk 2 wordt de positie besproken van de AVG in het zorgveld. Ook komen raakvlakken met aanverwante beroepen aan de orde en wordt duidelijk hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

#### **Hoofdstuk 3: Opleiding**

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgopleidingen. Daarmee anticipeert het Capaciteitsorgaan op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In hoofdstuk 3 staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005 en de daarop volgende besluiten van VWS. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2009. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de opleiding. Uitkomsten van

<sup>4</sup> Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is een onafhankelijke organisatie die beoordeelt of burgers recht hebben op zorg via de Wet langdurige zorg. Dit gebeurt op basis van uniforme en objectieve criteria, zodat de beoordeling overal in het land hetzelfde is. De criteria zijn een vertaling van de richtlijnen van het ministerie van VWS. Het CIZ bestaat sinds 2005.

<sup>5</sup> De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) houdt een lijst bij met alle poliklinieken AVG in Nederland die bij de NVAVG bekend zijn. Geraadpleegd op 21 november 2019 op <http://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart/>. Mogelijk is deze lijst niet compleet of betreft het meerdere locaties die bij eenzelfde zorginstelling horen.

deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2019 en 2020 en intern rendement.

#### **Hoofdstuk 4: Zorgvraag**

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling en verandering van de zorgvraag van 1 januari 2019 tot 1 januari 2031 en 1 januari 2037. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid op basis van dit advies zijn pas merkbaar in 2024. De erkende vervolgopleiding tot AVG duurt nominaal 3 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS in 2020 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2021. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn te verwachten vanaf 1 januari 2024. Het Capaciteitsorgaan stemt de instroom af op de verwachte vraag voor de 2 evenwichtsjaren 2031 en 2037. Er rest dus een 'venster' van 7 respectievelijk 13 jaar. Door het wijzigen van de instroom in de opleidingen kan de totale beschikbare arbeidscapaciteit in deze periode aangepast worden.

In het model wordt voor de zorgvraag rekening gehouden met vier parameters. Eén daarvan is de huidige onvervulde vraag. De overige drie zijn: de demografische effecten, de epidemiologische effecten en de sociaal-culturele effecten, waaronder beleid, op de toekomstige vraag naar zorg. Het Capaciteitsorgaan bestudeert daarvoor relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevraagt stakeholders en schakelt zo nodig op onderdelen externe experts in. Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

#### **Hoofdstuk 5: Zorgaanbod**

Het bestaande aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in hoofdstuk 5 aan bod. Een aantal karakteristieken wordt in dit hoofdstuk beschreven. Dit zijn onder meer de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, de werkzame beroepsbeoefenaren, het gemiddelde aantal fte en de uitstroom sinds 2009. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen mannelijke en vrouwelijke AVG omdat er tussen deze groepen verschillen bestaan, bijvoorbeeld ten aanzien van deeltijdwerken. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige uitstroom, het gemiddelde aantal fte en de beschikbare uren.

#### **Hoofdstuk 6: Werkproces**

In hoofdstuk 6 worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze parameters beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Net als bij de zorgvraag geldt ook hier dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn, maar gewerkt wordt met een minimum en een maximum waarde voor de parameters.

#### **Hoofdstuk 7: Scenario's**

Alle gegevens uit de eerste zes hoofdstukken worden voorgelegd aan de Werkgroep Arts Verstandelijk Gehandicapten (Werkgroep AVG), waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair vertegenwoordigd zijn. De Werkgroep AVG stelt de waarden vast van alle parameters.



De parameterwaarden uit hoofdstuk 3 tot en met 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de 2 evenwichts jaren en de bijbehorende instroom in de opleiding. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het op cumulatieve wijze opstellen en beschrijven van de scenario's gebeurt in hoofdstuk 7.

### ***Basisscenario***

Het basisscenario gaat uit van een onveranderde zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan meestal buiten beschouwing gelaten, omdat het zeer onwaarschijnlijk is.

### ***Demografiescenario***

Het demografiescenario houdt rekening met de bestaande onvervulde vraag. Het neemt daarbij de consequenties mee die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren.

### ***Werkprocesscenario met tijdelijke of doorlopende trends***

Vervolgens stelt het Capaciteitsorgaan de twee werkprocesscenario's op: een met tijdelijke en een met doorlopende trends. In deze twee scenario's zijn naast demografische ontwikkelingen ook andere factoren meegenomen die de zorgvraag beïnvloeden. Dit zijn de verwachte effecten van: epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, ontwikkelingen in efficiency en horizontale taakverschuiving. Het Capaciteitsorgaan hanteert hierbij de laagst ingeschatte waarden. De effecten kunnen zich geheel volgens de inschattingen voordoen, maar het is ook mogelijk dat zij slechts deels of helemaal niet optreden. De minimale parameterwaarden worden beschouwd als reële gemiddelden.

Vanwege de onzekerheden in alle verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden (scenario met tijdelijke trends), terwijl in het andere scenario (met doorlopende trends) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd.

### ***Arbeidstijdveranderingscenario met tijdelijke of doorlopende trends***

Daarna wordt aan de werkprocesscenario's het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Dit resulteert in de twee arbeidstijdveranderingscenario's. Ook hier houdt het Capaciteitsorgaan in het ene scenario met de veranderingen maar 10 jaar rekening (tijdelijke trends). In het andere scenario (met doorlopende trends) projecteert het Capaciteitsorgaan de verwachtingen over de volle 18 jaar.

### ***Verticale substitutiescenario met tijdelijke of doorlopende trends***

Vervolgens worden aan de hiervoor beschreven scenario's de extra effecten toegevoegd van verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit. Zo ontstaan de verticale substitutiescenario's. Het Capaciteitsorgaan berekent de trendeffecten weer voor een periode van 10 jaar (scenario met tijdelijke trends) en voor een onbeperkte periode (scenario met doorlopende trends). Ook dit gebeurt weer op basis van de laagst ingeschatte waarde.

***Maximale parameterscenario met tijdelijke of doorlopende trends***

In de hiervoor genoemde scenario's wordt telkens geraamd aan de hand van de laagst ingeschatte waarden in de bandbreedtes. De experts in de Werkgroep AVG hebben deze bandbreedtes vastgesteld voor een aantal parameters. De gedachte daarbij is dat sommige van deze ontwikkelingen zich helemaal niet zullen voordoen, terwijl andere wellicht een groter effect zullen hebben dan in de conservatieve aanname verondersteld werd. Dat de parameters op hun hoogst ingeschatte waarde zullen gaan doorwerken, is minder waarschijnlijk maar niet onmogelijk. Daarom worden ten slotte ook twee maximale parameterscenario's berekend. Hierbij worden alle parameters op de hoogste waarde in de bandbreedte gesteld. Dit gebeurt ook nu weer met een werkingsduur van 10 jaar en met een werkingsduur voor onbeperkte tijd.

Op deze manier ontstaat een overzicht van de ontwikkelingen gevat in negen verschillende scenario's. (Het basisscenario is hierbij niet meegeteld.)

**Hoofdstuk 8: Overwegingen en advies**

Ten slotte wordt in hoofdstuk 8 op basis van de belangrijkste beleidsontwikkelingen met de daarbij horende onzekerheden een keuze gemaakt voor de twee meest waarschijnlijke scenario's en twee bijbehorende instroomadviezen. Het Capaciteitsorgaan beschouwt deze twee instroomadviezen als de bandbreedte van het advies, dat vervolgens wordt aangeboden aan de minister van VWS en het veld. Daarbij spreekt het Capaciteitsorgaan soms ook een voorkeur uit voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies.



## 2 Positionering Arts Verstandelijk Gehandicapten

### 2.1 AVG vooral verbonden aan zorginstellingen

De AVG is gespecialiseerd in het verlenen van medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Van oudsher betrof het veelal ernstig verstandelijk gehandicapte bewoners van instellingen. Inmiddels richt de zorgverlening van de AVG zich ook op mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en bijkomende (ernstige) gedragsproblemen. Het grootste deel van de AVG is vrijwel volledig werkzaam in zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het betreft 165 instellingen die vaak over meerdere locaties verspreid hun zorg aanbieden.<sup>6</sup> Veel zorginstellingen hebben expertisecentra opgezet waar zij multidisciplinaire gespecialiseerde zorg aanbieden.<sup>7,8</sup> Zij ondervinden echter wel problemen vanwege schotten in de financiering, waardoor wachttijden voor diagnostiek kunnen oplopen en de multidisciplinaire behandeling versnipperd raakt.<sup>9</sup>

### 2.2 AVG heeft diverse cliëntgroepen en taken

Tegenwoordig verleent de AVG ook vaak zorg aan mensen met een (lichte) verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid die bij hun ouders of (begeleid) zelfstandig wonen. In 2002 maakte het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG<sup>10</sup>) het mogelijk dat de intramuraal werkende AVG poliklinische activiteiten ontplooië voor de huisarts. In 2008 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit aangepast waardoor het voor de huisarts mogelijk werd om ook voor cliënten zonder CIZ-indicatie voor langdurige zorg de AVG in te schakelen. De opkomst van poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten brengt de ambulante cliënten en verstandelijk gehandicapten in kleinschaligere woonvormen steeds meer in beeld. In 2012 waren er 57 van dergelijke poliklinieken.<sup>11</sup> In 2016 telde Nederland 88 poliklinieken, verspreid over alle provincies.<sup>12</sup> Eind 2019 zijn er 77 poliklinieken volgens het overzicht van de NVAVG. Zie ook paragraaf 1.3. Het aantal groeide in 7 jaar tijd dus flink.

Naast de reguliere activiteiten als arts voert een deel van de AVG werkzaamheden uit als adviseur voor beleid en management, onderzoeker en/of opleider.<sup>6</sup> Bijna 69% van de tijd besteedt de AVG aan cliëntgebonden taken, ongeveer 13% aan managementtaken, bijna 6% aan onderzoek en 4% aan het opleiden van aios. Van de cliëntgebonden activiteiten is 82% van de tijd voor intramurale cliënten en 18% voor extramurale cliënten.

<sup>6</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>7</sup> Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Poliklinieken voor mensen met verstandelijke beperkingen: Voorstellen voor inhoudelijke verbetering van het medisch en multidisciplinair aanbod*. Geraadpleegd op 27 augustus 2019 op <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/03/2017-Eindrapport-Poli-VG-inhoudelijke-kwaliteit.pdf>

<sup>8</sup> Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten et al. (2016). *Extramurale behandeling van mensen met verstandelijke beperkingen: Een voorstel voor interdisciplinaire co-morbiditeitsclusters*. Geraadpleegd op 28 november 2017 op <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/2016-06-Multidisciplinaire-clusters-van-comorbiditeit-extramurale-behandeling.pdf>

<sup>9</sup> In 2019 heeft de NVAVG enkele bijeenkomsten belegd voor ontwikkeling van de toekomstvisie op de positie van de AVG: Wat is de kern en de kracht van de AVG, wat is de doelgroep, welke rol spelen multidisciplinaire behandeling en taakherschikking, enz. De visievorming moet leiden tot speerpunten voor toekomstig beleid. Op het moment van publicatie van dit Capaciteitsplan is hierover nog niets gepubliceerd.

<sup>10</sup> Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) waren de rechtsvoorgangers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

<sup>11</sup> Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.

<sup>12</sup> Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.

## 2.3 Overzicht aanverwante disciplines

### 2.3.1 Huisarts voor de huisartsenzorg, AVG voor de specialistische zorg

De AVG is als geneeskundig specialisme erkend in 2000. Tot die tijd leverden hoofdzakelijk huisartsen de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) heeft in 2012 de verhouding beschreven tussen huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg door de AVG in de brochure 'Zorgaanbod van de AVG'.<sup>13</sup> Dit is voor instellingen en beroepsbeoefenaren een richtlijn voor de inzet van de AVG als:

- intramuraal geneeskundig specialist voor de specifieke zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg zal altijd geleverd worden onder de verantwoordelijkheid van de AVG of een gespecialiseerd huisarts.
- intramuraal arts voor de algemene zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg wordt echter in toenemende mate geleverd door een reguliere huisarts.
- extramuraal geneeskundig specialist, via de AVG-polikliniek, voor de ambulante verstandelijk gehandicapten (ca. 60% van de totale groep) en voor een deel van de licht verstandelijk gehandicapten, die (ernstige) gedragsproblemen vertonen. Deze functie zal altijd worden uitgevoerd door een AVG.

De keuze voor de behandeling van intramurale cliënten door de AVG en/of de huisarts is soms op historische gronden gemaakt. Ook inhoudelijke of pragmatische keuzes komen voor. Zorginstellingen kunnen voor de volledige intramurale zorg gebruik maken van de AVG, de eerstelijnszorg contractueel met een huisartsenpraktijk borgen of zelfs de volledige intramurale zorg door (gespecialiseerde) huisartsen laten uitvoeren. Over het algemeen is echter het uitgangspunt van zorginstellingen en huisartsen dat de AVG de medisch specialistische (handicapgebonden) zorg verleent en de huisarts de huisartsenzorg. De belangenverenigingen LHV en NVAVG hebben vastgelegd hoe de samenwerking tussen de beide beroepsgroepen idealiter wordt vormgegeven.<sup>14</sup>

Het herhaalonderzoek van Prismant uit 2018 laat zien dat 20% van de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten huisartsen in loondienst hebben.<sup>15</sup> In 2014 lag dat percentage op 35% en in 2010 op 64%. De instellingen hebben 15,7 fte huisartsen in loondienst in 2018. Hiervan wordt 13,5 fte besteed aan alleen huisartsenzorg en 2,2 fte aan zowel huisartsgeneeskundige als specialistische AVG-zorg. In 2014 werd 6,9 fte besteed aan alleen huisartsenzorg en 6,1 fte aan huisartsenzorg en specialistische zorg. Deze cijfers geven aan dat het aandeel dat huisartsen hebben in de medische bezetting van instellingen en het leveren van handicapgebonden zorg is afgenomen. Opvallend in het onderzoek is echter wel dat het aandeel organisaties dat 'beleidsmatig' aangeeft alle zorg te bieden door huisartsen of basisartsen behoorlijk is gestegen tussen 2014 en 2018. Vermoedelijk is dit een gevolg van het aanhoudende tekort aan AVG in de afgelopen jaren. Zie ook paragraaf 5.2.3.2.

<sup>13</sup> Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2012). *Zorgaanbod van de AVG: Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?* Enschede: Auteur.

<sup>14</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging, & Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Handreiking Samenwerking huisarts & AVG*. Geraadpleegd op 9 april 2019 op [https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking\\_huisarts\\_avg\\_2017.pdf](https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking_huisarts_avg_2017.pdf)

<sup>15</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

### 2.3.2 Basisartsen vangen tekort aan AVG op

Naast huisartsen zijn in de gehandicaptenzorgsector ook basisartsen structureel werkzaam. Volgens het onderzoek van Prismant waren in 2018 bijna 43 fte aan basisartsen in loondienst, 14% van de totale artsenbezetting bij de onderzochte zorginstellingen. In 2014 was dit een kleine 15 fte, 10% van de totale artsenformatie. In 2010 bestond 7% van de artsenformatie uit basisartsen. Naast de basisartsen in loondienst is er bij de instellingen ook een klein aantal basisartsen gedetacheerd of als zzp'er werkzaam, die niet in opleiding zijn. Een deel van de basisartsen is in afwachting van een opleidingsplaats, al dan niet in de verstandelijk gehandicaptengeneeskunde. De NVAVG en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn van mening dat de structurele inzet van basisartsen voor de levering van medische zorg aan verstandelijk gehandicapten onwenselijk is. Waarschijnlijk is het inzetten van basisartsen vooral een tijdelijke oplossing voor het heersende tekort aan AVG en een manier om artsen voor de opleiding tot AVG te interesseren. Zie paragraaf 5.2.3.2.

### 2.3.3 VS, PA en verpleegkundige kunnen taken van AVG overnemen

De huisarts en basisarts bieden de AVG mogelijkheden tot horizontale substitutie. Ook mogelijkheden voor verticale substitutie naar aanverwante disciplines op een lager opleidingsniveau worden in deze sector – zij het op bescheiden schaal - steeds zichtbaarder. Het betreft dan taakverschuiving naar de verpleegkundig specialist, de praktijkverpleegkundige en de physician assistant.<sup>16</sup> Uit het eerder genoemde herhaalonderzoek van Prismant naar de organisatie van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten blijkt dat in 2018 11% van de zorginstellingen met verpleegkundig specialisten (VS) werkt, 24% met (praktijk)verpleegkundigen en 2% met physician assistants (PA). In 2014 werkte 10% van de zorginstellingen met VS en 27% met verpleegkundigen. De inzet van deze professionals lijkt dus redelijk stabiel. De inzet van PA is in 2014 niet gemeten. Landelijk gezien zijn er naar schatting 31,7 fte aan VS, 126,5 fte aan (praktijk)verpleegkundigen en 2,6 fte aan PA werkzaam bij gehandicaptenzorgorganisaties.

De relatief beperkte inzet van bovengenoemde functies in de verstandelijk gehandicaptensector is terug te voeren op bestaande en verwachte tekorten aan verpleegkundig personeel. Daarbij is de sector niet populair bij de aanverwante disciplines en is er de mogelijkheid om basisartsen in te zetten. Binnen het werkveld VG is er vaak weinig tijd, prioriteit en capaciteit om VS en PA op te leiden.<sup>17</sup> VS en PA die in andere werkvelden zijn opgeleid, zullen niet snel de overstap maken naar het werkveld VG. Daarnaast is bij verstandelijk gehandicapte cliënten met gezondheidsproblemen een geprotocolleerde behandeling - een van de aangrijpingspunten van een verpleegkundig specialist - vaak onmogelijk door de kleine aantallen cliënten op de locaties waar de cliënten zijn gehuisvest.

<sup>16</sup> Vermeulen, D., & Trigt, M. van (2018). De verpleegkundig specialist binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg: Een aanwinst. *Dé Verpleegkundig Specialist*, 4, 25-29. Geraadpleegd op 30 augustus 2019 op <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/de-vs-binnen-de-verstandelijk-gehandicaptenzorg/>

<sup>17</sup> Gediplomeerde VS kunnen nieuwe VS opleiden. PA in opleiding moeten een medisch specialist als opleider hebben.

Prismant heeft onderzoek gedaan onder afgestudeerde VS en PA naar de inzet in verschillende werkvelden, waaronder de gehandicaptenzorg.<sup>18, 19</sup> Voor gegevens over de PA waren er in dit veld niet genoeg respondenten om goede resultaten te genereren, maar voor de VS wel. Alle VS die werken in de gehandicaptenzorg besteden tijd aan consulten, spreekuur of visites. Dit neemt ongeveer 45% van hun tijd in beslag. Twee derde van de VS (67%) neemt regelmatig deel aan overleg en afstemmingsmomenten. Van de VS in de gehandicaptenzorg geeft 63% aan dat er klachten of cliëntengroepen zijn die alleen door de AVG worden gezien. Het betreft bijvoorbeeld epilepsie en gedrags- of psychiatrische problematiek. Taken die VS juist op zich nemen en de AVG niet betreffen vooral kleine kwalen en basis huisartsenzorg.

---

<sup>18</sup> Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

<sup>19</sup> Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

## 3 Opleiding

### 3.1 Omvang en organisatie opleiding

#### 3.1.1 Voltijd opleiding tot AVG duurt 3 jaar

De opleiding tot AVG duurt 3 jaar indien men deze in voltijd volgt. Dit staat in het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Onder voltijd wordt verstaan dat de aios per week vier dagen onder supervisie van een ervaren AVG-opleider werkt in een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast neemt de aios tijdens het gehele curriculum gemiddeld 40 dagen per opleidingsjaar deel aan het cursorisch onderwijs verzorgd door het (enige) opleidingsinstituut. Dit is verbonden aan het Erasmus MC te Rotterdam, dat ook eindverantwoordelijk is voor de opleiding. Het eerste en het derde jaar van de opleiding werken de aios in hun opleidingsinstelling. In het tweede jaar kiest de aios 2 tot 6 stages in de clusters epilepsie/neurologie, psychiatrie en gedrag, somatiek (huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, klinische geriatrie, algemene kindergeneeskunde), genetica/etiologie/kindergeneeskunde EAA en revalidatie/motorische beperkingen. Ook voeren aios dan een eigen onderzoeksproject uit op het gebied van geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten. In het kader van de individualisering van de opleidingsduur is het mogelijk de opleiding te verlengen, te verkorten of te versnellen. Een opleidingstraject duurt altijd minimaal 1 jaar.<sup>20</sup>

#### 3.1.2 Gemiddelde opleidingsduur is ook feitelijk 3 jaar

Voor de huidige raming heeft het Capaciteitsorgaan de cijfers voor de opleidingsduur laten actualiseren. Daarvoor heeft het Nivel voor alle medische en geneeskundige vervolgopleidingen onderzocht wat de gemiddelde opleidingsduur is.<sup>21</sup> Die wordt berekend door van minimaal drie zo recent mogelijke jaarcohorten die al vrijwel volledig zijn uitgekristalliseerd de gemiddelde studieduur te bepalen. Dat betekent dat maximaal 5% van die cohorten nog met de opleiding bezig is. Het betreft dan alle mensen die hun diploma hebben behaald en degenen die naar verwachting hun diploma het komende jaar gaan behalen.

Voor de opleiding tot AVG wijst de berekening uit dat de gemiddelde feitelijke opleidingsduur gelijk is aan de nominale opleidingsduur: 3 jaar. De **parameter opleidingsduur** wordt voor deze raming daarom gesteld op **3 jaar**.

#### 3.1.3 Aios AVG arbeidsrechtelijk ondergebracht bij SBOH

Tot en met 2015 werden de aios door gecertificeerde opleidingsinstellingen decentraal geselecteerd en aangesteld. De financiering vond plaats vanuit de beschikbaarheidsbijdrage die via de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) werd toegewezen. Voor aios die de opleiding zijn gestart na 1 januari 2016 wordt de werving en selectie centraal georganiseerd door het opleidingsinstituut. Na selectie volgt de plaatsingsprocedure bij de opleidingsinstellingen. De aios komen in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH), waar ook de aios huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde in dienst zijn. De opleiding tot AVG is hiermee arbeidsrechtelijk gelijkgeschakeld aan

<sup>20</sup> Erasmus MC, Afdeling HAG/AVG-opleiding (2019). *Didact 2.0: Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Auteur.

<sup>21</sup> Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Notitie opleidingsduur voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.



de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde. De SBOH ontvangt voor de aios de beschikbaarheidsbijdrage via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZIN). Daarnaast betalen de opleidingsinstellingen een vergoeding aan de SBOH, vanwege de productieve arbeid die de aios verricht.

### **3.2 Adviezen en besluiten over instroom tot en met 2018**

Sinds de openstelling van het betreffende specialistenregister in 1999 heeft het Capaciteitsorgaan vijf adviesrapporten en twee tussentijdse adviezen uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG.

#### **3.2.1 2005: eerste richtinggevend advies voor 15 instromers per jaar**

Het eerste instroomadvies dateert van 2005. Het was een eerste richtinggevend en beleidsarm advies, gebaseerd op de op dat moment bekende schaarse gegevens. Er konden nog geen scenario's worden gemaakt. Gekozen werd voor een langzame groei naar een te bereiken evenwicht in 2020. Op basis van een verwachte demografische groei van 1,9% per jaar en een onvervulde vraag van 2% luidde het advies in 2005 om jaarlijks 15 aios in de opleiding te laten instromen.

#### **3.2.2 2008: hoge vervangingsvraag vereist 20-24 opleidingsplaatsen**

In het Capaciteitsplan 2008 hanteerde het Capaciteitsorgaan ook voor de AVG alle reguliere modelparameters. Verder werd nu in verband met de hoge vervangingsvraag op de korte termijn gekozen voor snel groeien naar een evenwicht in 2019. Het advies van het Capaciteitsorgaan luidde om jaarlijks ten minste 20 en zo mogelijk 24 aios te laten instromen in de opleiding tot AVG.

#### **3.2.3 2010: instroom kan omlaag naar 16 aios**

Het Capaciteitsplan 2010 belichtte enkele nieuwe ontwikkelingen. Zo werkten er binnen de verstandelijk gehandicaptensector meer huisartsen met gemiddeld een hogere deeltijdfactor dan verwacht. Ook was het gemiddelde fte van de werkzame AVG hoger dan in 2008 en was de AVG tussen 2008 en 2010 langer gaan doorwerken. Deze ontwikkelingen werden geduid als signalen dat er in totaliteit mogelijk met minder AVG gewerkt zou kunnen worden. De jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding werd in het advies voor de korte termijn gereduceerd van 20 à 24 naar 16 aios.

#### **3.2.4 2011: 20 aios per jaar nodig vanwege groei zorgvraag en vacatures**

Eind 2011 heeft het Capaciteitsorgaan een tussentijds advies uitgebracht voor de jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG. Aanleiding hiervoor waren twee signalen uit de reguliere monitoring. In de eerste plaats nam het aantal vacatures in de Arbeidsmarktmonitor gestaag toe. De eerdere duiding in 2010 van de toename van het gemiddelde aantal fte en het langer doorwerken van de AVG klopte waarschijnlijk niet. Achteraf bleken het signalen te zijn van een toenemende belasting van de 'schaarse' AVG en tijdelijke invulling van de onvervulde vraag. In de tweede plaats bleek de veronderstelling dat er geen demografische groei van het aantal verstandelijk gehandicapten was, niet correct te zijn. Diverse wetenschappelijke instituten, zoals het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en TNO, gingen hiervan uit in het eerste decennium van de 21<sup>e</sup> eeuw. Het instroomadvies werd tussen-

tijds bijgesteld naar 20 aios. Dit gebeurde op basis van nieuw gevonden literatuur over de toenemende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten, de onvervulde vacatures en de ontwikkelingen bij de groep licht verstandelijk gehandicapten met bijkomende problematiek.

### **3.2.5 2013: veel onzekerheid in ontwikkelingen, instroom weer naar 20-24 aios**

In het Capaciteitsplan 2013 werden grote onzekerheden geconstateerd over de ontwikkeling van de vraag, het aanbod en het werkproces. Dit kwam onder meer door de vernieuwde Wet langdurige zorg (Wlz), de aandacht voor extramuralisering, de rol van de huisartsen en de poliklinieken AVG, de al of niet doorzettende daling in de vertrekansen van zittende AVG en de (on)mogelijkheden van verticale substitutie. Vanwege het op dat moment grote tekort aan AVG is er gekozen voor een scenario waarmee de achterstand zo snel mogelijk ingelopen zou kunnen worden. Daarom is er geadviseerd vanaf 2015 opnieuw een structurele instroom van 20 tot 24 aios mogelijk te maken.

### **3.2.6 2016: bezetting opleiding en taakherschikking leiden tot lager advies**

In 2016 adviseerde het Capaciteitsorgaan om vanaf 2018 een aantal aios, 16 tot 18, tot de opleiding toe te laten. Het leek in de voorgaande jaren steeds beter te gaan met de bezetting van de opleidingsplaatsen. Ook waren er ontwikkelingen in de taakherschikking die de verwachting schiepen dat vraag naar en aanbod van AVG binnen enkele jaren goed in balans zouden raken, ook met minder instroom in de opleiding.

### **3.2.7 2018: terug naar 24 instromers per jaar door grote groei zorgvraag**

Begin 2018 bracht het Capaciteitsorgaan een tussentijds advies uit naar aanleiding van een publicatie uit 2017 over de geconstateerde toename van de zorgvraag in de laatste 3 jaar met gemiddeld 8% per jaar. Ook kwamen er sterke signalen uit het veld over aanhoudende tekorten aan AVG. De analyse van deze nieuwe gegevens leidde tot de overtuiging dat een aantal parameterwaarden voor de zorgvraag in 2016 te laag waren ingeschat. Een herberekening resulteerde in het advies de instroom voor de opleiding tot AVG per 2019 te verhogen naar 24 aios per jaar.

### **3.2.8 Besluiten VWS tot en met 2018 altijd conform adviezen**

In de periode tot 2006 werden de vervolgopleidingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten. Uitzonderingen hierop zijn de vervolgopleiding tot huisarts en de sociaal geneeskundige opleidingen. Tot 2006 bestond geen centrale regie op de besluitvorming over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Vanaf 2008 is er wel centrale regie. Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste Capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Sinds 2008 worden alle medisch erkende vervolgopleidingen centraal gesubsidieerd door het Opleidingsfonds dat gefinancierd wordt met belastinggelden. Dit fonds was tot 2013 een onderdeel van VWS. Vanaf 2013 betaalt de NZa vanuit premiegelden via het Zorginstituut Nederland (ZIN) de erkende medische vervolgopleidingen die onder de Zorgverzekeringswet of de Wlz (tot 2015 AWBZ) vallen. Dit zijn bijvoorbeeld de opleiding tot AVG en tot specialist ouderengeneeskunde.

De minister heeft de adviezen van het Capaciteitsorgaan over de gewenste instroom in de vervolgopleiding tot AVG telkens integraal overgenomen. Dit geldt ook voor het laatste tussentijds advies

uit 2018. Zo zijn met ingang van 2019 weer 24 gesubsidieerde opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld.<sup>22</sup>

### 3.3 Realisatie instroom tot en met 2018

#### 3.3.1 Beschikbare opleidingsplaatsen meestal niet gevuld

In tabel 3 staat de ontwikkeling van de instroom in de opleiding tot AVG in de afgelopen 10 jaar. Deze tabel illustreert dat VWS de adviezen van het Capaciteitsorgaan elke keer heeft opgevolgd. De gerealiseerde instroom in de opleiding AVG blijft echter in de meeste jaren achter bij de toegestane instroom, een paar uitzonderingen daargelaten.

Tabel 3: Instroom in de opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2009

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Advies Capaciteitsorgaan	20/24	20/24	20/24	16	20	20	20/24	20/24	20/24	18
Besluit VWS	20	24	24	16	20	25	24	24	24	18
Instroom*	19	15	14	20	17	18	21	19	17	15
Totaal aantal aios*	43	46	48	47	52	53	55	55	50	45
% vrouwen van totaal aantal aios	93%	89%	85%	81%	83%	83%	87%	85%	88%	84%

Bron: RGS, 8 februari 2019 | \* per 31 december van het betreffende jaar

In 2012 werden 20 nieuwe aios door de RGS in het opleidingsregister ingeschreven, 4 meer dan waarvoor subsidie was toegekend. Deels werden deze aios buiten het Opleidingsfonds om door de opleidingsinstellingen zelf (voor)gefinancierd. De opleidingsinstellingen hadden een grote behoefte aan AVG en waren daarom bereid om voor eigen rekening en risico aios te laten starten met de opleiding. Iets soortgelijks gebeurde in 2013/2014: in 2014 zijn er 18 aios ingestroomd, terwijl er 25 gesubsidieerd zijn. De reden hiervoor is dat er in 2013 vanwege het tekort aan AVG 7 aios met de opleiding waren gestart buiten de reguliere toekenning van opleidingsgelden om. Die opleidingsplaatsen kwamen via deze 'reparatie' alsnog voor overheidssubsidie in aanmerking.

#### 3.3.2 Weinig belangstelling voor specialisme AVG

Tot 2016 lag de verklaring voor de achterblijvende instroom vooral in de aanstellings- en bekostigingssystematiek. Zo was de subsidietitel tot en met 2015 niet overdraagbaar van de ene op de andere opleidingsinstelling. Wanneer een opleidingsinstelling, die subsidie toegewezen had gekregen, er niet in slaagde tijdig (dat wil zeggen vóór 1 november van het voorgaande jaar) een geschikte kandidaat voor de opleiding aan te trekken, bleef de subsidie onbenut. Hierin is per 1 januari 2016 verandering gekomen aangezien de toegekende beschikbaarheidsbijdrage vanaf die datum toevalt aan de SBOH, die hiermee de aanstellingen van de aios bekostigt. Zie paragraaf 3.1. Dit creëert meer flexibiliteit in het toewijzen van opleidingsplaatsen aan opleidingsin-

<sup>22</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 27 september). *Verdeelplan 2019 zorgopleidingen*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/documenten/publicaties/2019/01/01/verdeelplan-2019-zorgopleidingen>

stellingen. Maar ook in de laatste twee jaren zijn er minder aios gestart met de opleiding dan er opleidingsplaatsen worden gesubsidieerd. Dit heeft te maken met het beperkte aantal sollicitaties: de opleiding tot AVG behoort nog altijd tot de minder populaire medische vervolgoopleidingen. Dit blijkt ook uit recent herhaalonderzoek van Prismant. Dit onderzoek laat zien dat onder (pas afgestudeerde) basisartsen die een vervolgoopleiding willen doen 0,1% als eerste voorkeur de opleiding tot AVG heeft en 0,7% deze opleiding als tweede voorkeur opgeeft.<sup>23</sup> In 2016 lagen deze percentages respectievelijk op 0,2% en 0,8%. Basisartsen die in 2019 een voorkeur uitspreken voor de opleiding tot AVG zijn 30 tot 40 jaar; geen van de jongere of oudere basisartsen heeft momenteel belangstelling voor het vak. In 2016 vielen alle belangstellenden in de leeftijdscategorie tot 30 jaar. In 2013 waren het juist alleen maar 40-plussers die AVG wilden worden. De animo voor het specialisme, zeker onder pas afgestudeerde basisartsen, is al met al laag.

Verder blijkt het soms lastig om in perifere regio's opleidingsplaatsen gevuld te krijgen. Geïnteresseerde (basis)artsen wachten, zeker als zij al iets ouder zijn, liever langer op een plaats bij hen in de buurt dan dat zij voor een aantal jaren verhuizen of lange reistijd aangaan voor hun opleiding.

### 3.3.3 Daling parameterwaarden instroom

In 2018 zijn 15 aios AVG in de opleiding ingestroomd. Per 31 december 2018 zijn er in totaal 45 AVG in opleiding. Het totaal aantal aios vertoont een golfbeweging: tot 2016 is er een langzame maar zekere toename te zien. Daarna is de totale opleidingscapaciteit teruggelopen tot het niveau van 2009/2010. Het totale aantal bezette opleidingsplaatsen is daardoor niet goed op peil.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** (over de laatste 3 jaar) gewijzigd naar **17**. Dit was 19 in het Capaciteitsplan 2016 en 16 in 2013. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** was 21 in het Capaciteitsplan 2016 en wordt nu **15**.

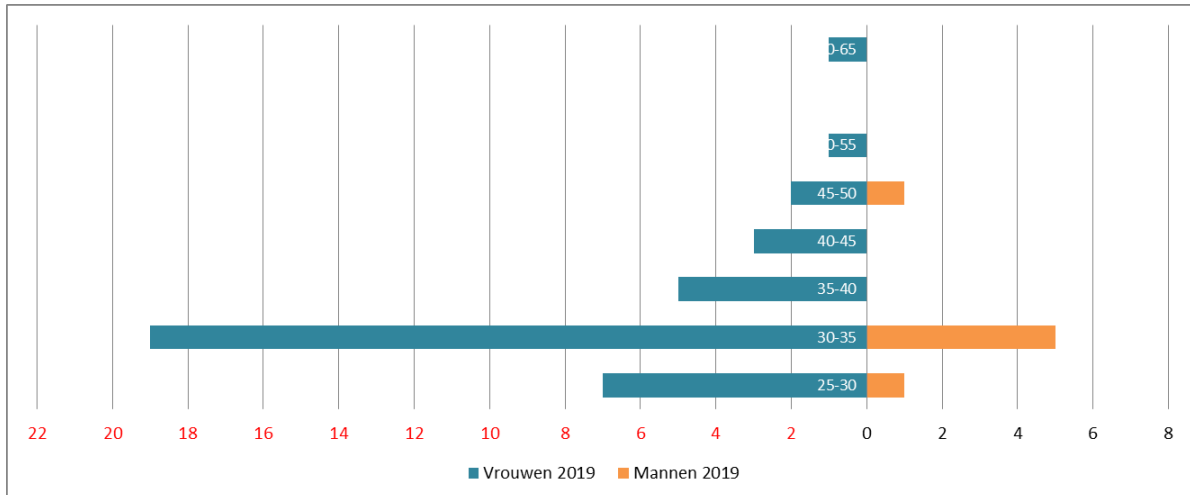
### 3.4 Grootste deel aios AVG is vrouw; gemiddelde leeftijd 34 jaar

De leeftijd- en geslachtsopbouw van de huidige groep aios AVG is weergegeven in figuur 1. De groep aios AVG wordt gedomineerd door vrouwen in de leeftijd van 25 tot 40 jaar. Zij vormen ruim twee derde (bijna 69%) van de totale groep aios. De 7 mannen onder de aios AVG vormen 15% van de totale groep. Het percentage vrouwen in de opleiding komt in 2018 uit op 84%, zie tabel 3.

---

<sup>23</sup> Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.

Figuur 1: Leeftijd- en geslachtsofbouw artsen in opleiding tot AVG per 1 januari 2019\*



Bron: RGS, 8 februari 2019 | \* daadwerkelijk aantal per 31 december, 24.00 uur, voorgaande jaar

Tabel 4 toont de gemiddelde leeftijd van eerstejaars aios in de periode 2010 - 2018. Gerekend over deze jaren ligt de gemiddelde aanvangsleeftijd op 35 jaar. De gemiddelde leeftijd van de totale groep aios varieert in de afgelopen jaren van 33 tot 36 jaar. In 2018 is de gemiddelde leeftijd van de totale groep aios 34 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke aios is 33 jaar, die van de vrouwen 35 jaar.

Tabel 4: Gemiddelde leeftijd van aios AVG 2010 - 2018

Jaar	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Gem. leeftijd aios bij start opleiding	33		49		32		37		33		33		34		34		33	
Gem. leeftijd aios, totale groep en naar geslacht	33		34		33		36		35		35		35		34		34	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
	41	32	43	33	37	32	41	35	39	34	33	35	33	35	30	34	33	35

Bron: RGS, 8 februari 2019

De beroepsgroep AVG als geheel is door het hoge percentage vrouwen onder de aios, 84% in 2018, in de afgelopen jaren sterk 'gefeminiseerd'. Dit heeft ook te maken met de (verwachte) pensionering van veel mannelijke AVG. Van de geregistreerde AVG was op 1 januari 2019 78% vrouw. Zie paragraaf 5.2.1. en 5.2.2.

De parameter **percentage vrouwen in opleiding** daalt, van 90% en 87% in de Capaciteitsplannen 2013 en 2016 naar **84%** in de huidige raming.

### 3.5 Ontwikkeling intern rendement

Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Het idee achter het gebruik van het interne rendement als parameter in het ramingsmodel is dat er op voorhand meer mensen moeten beginnen met een opleiding dan dat er uiteindelijk aan afgestudeerden nodig zijn. Gedurende het opleidingstraject vallen immers aios uit.

Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohort aios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen, wordt als vroege indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de jaarlijkse uitval.

### 3.5.1 Benadering uitvalpercentage en intern rendement

Tabel 5 laat zien hoeveel aios vanaf 2009 de opleiding tot AVG met succes hebben afgerond en hoeveel er jaarlijks voortijdig uitstroomden volgens de registraties van de RGS. In 2018 hebben 17 aios de opleiding voltooid; 2 aios hebben hun opleiding voortijdig afgebroken. Dit betekent een uitvalpercentage voor dat jaar van 4,4%. De hogere uitval in 2017 lijkt een toevallige uitschieter; uitval van 1 of 2 aios per jaar is normaal.

**Tabel 5: Afbreken van de opleiding tot AVG in relatie tot opleidingscapaciteit**

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal aios dat opleiding heeft voltooid*	10	10	11	20	11	12	17	18	15	17
Aantal aios dat tussentijds afbreekt*	8	2	2	2	1	2	2	1	6	2
Totaal aantal aios*	43	46	48	47	52	53	55	55	49	45
Uitvalpercentage	18,6%	4,3%	4,2%	4,3%	1,9%	3,8%	3,6%	1,8%	12,2%	4,4%
Benadering intern rendement (%)	81%	96%	96%	96%	98%	96%	96%	98%	88%	96%

Bron: RGS, 8 februari 2016

\*daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

### 3.5.2 Uitvalpercentage is stabiel

Het Nivel berekent sinds 2007 voor het Capaciteitsorgaan het interne rendement van de opleidingen tot medisch specialist. De verwachting voor de toekomst wordt daarbij gebaseerd op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij het recente verleden zwaarder weegt dan het verder weg gelegen verleden. De rekenmethode behelst het gebruik van de hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar, minus een correctie voor de 'nuldejaarsuitval' in de afgelopen 5 jaar. De hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar geeft een redelijk stabiele en realistische inschatting op basis van de totale uitval. Daarbij wordt de uitval eerder iets overschat dan onderschat, omdat het Capaciteitsorgaan een te lage instroom in de opleiding als een groter risico beschouwt dan een te hoge instroom. Verder wordt de parameter met deze rekenwijze minder afhankelijk van toevallige variaties. De uitstroom die plaatsvindt gedurende hetzelfde kalenderjaar als dat men instroomt (nuldejaarsuitval) mag meteen vervangen worden. Deze hoeft dus niet meegenomen te worden in de verwachting voor het interne rendement. Daarom wordt gecorrigeerd voor de nuldejaarsuitval van het meest recente 5-jaarscohort. Per specialisme gaat het meestal om een nuldejaarsuitval van 1-3%. De nuldejaarsuitval bij de opleiding tot AVG valt iets hoger uit; in de periode 2013-2017 is dit 3,3%.

Het Capaciteitsorgaan gaat uit van het door het Nivel berekende maximale 5-jaarsgemiddelde uitvalpercentage van de voorgaande 15 jaar. Dit is een betrouwbaarder cijfer dan bijvoorbeeld het uitvalpercentage in het laatste instroomjaar, zoals dat uit tabel 5 kan worden afgelezen. Voor de huidige raming betreft het de instroomjaren 2003 tot en met 2017, waarvoor de stand is bepaald op 17 augustus 2018. De uitval bij de opleiding tot AVG lijkt te zijn gegroeid van nog geen 10% in de periode 2003 tot en met 2006, naar ruim 16% vanaf 2008 tot en met 2014. De ‘laatst waargenomen uitval’ van 15,2% wijst daarbij op een min of meer stabiele uitval. Het hoogste 5-jaarsgemiddelde aan uitval van de afgelopen 15 jaar komt uit op 16,3%. Het uitvalpercentage is het hoogste 5-jaarsgemiddelde minus de nuldejaarsuitval van de meest recente 5 jaar (3,3%); dit komt uit op 13%.<sup>24</sup> Met ‘intern rendement’ wordt bedoeld ‘het percentage aios dat de opleiding behaalt’. Dit is gelijk aan 100% minus het percentage uitval. Het interne rendement voor deze raming komt daarmee uit op 87%.

### 3.5.3 Intern rendement naar beneden bijgesteld

Hoewel voor het vorige Capaciteitsplan (2016) de Nivel-berekening van het interne rendement ook uitkwam op 87%, is er toen voor gekozen de parameterwaarde te handhaven op 89%. De verwachting was namelijk dat door de veranderingen in de werving, selectie en aanstelling van aios AVG het eenvoudiger zou worden om nuldejaars uitval direct te vervangen. Dit zou het intern rendement kunnen doen stijgen. Er zijn echter onvoldoende kandidaten voor de opleiding (er is geen ‘wachtlijst’). Daardoor is het niet mogelijk om uitval te vervangen. De nieuwste berekeningen van het Nivel laten een stabiel uitvalcijfer en intern rendement zien. Daarom wordt de parameter voor het interne rendement voor de huidige raming naar beneden bijgesteld, op **87%**.

### 3.6 Conclusie opleiding: bijna alle parameterwaarden gedaald

Het leek in de jaren voorafgaand aan de vorige raming beter te lukken om de beschikbare opleidingsplaatsen in te vullen. De verwachting was dat met de wijzigingen in de organisatie van werving, selectie en aanstelling van aios AVG het nog gemakkelijker zou worden om de bezetting van opleidingsplaatsen goed op peil te krijgen. De praktijk van de laatste 3 jaar wijst echter uit dat er nog altijd aanzienlijk minder aios instromen in de opleiding dan er plaatsen beschikbaar zijn. Het beroep ondervindt nog altijd nadeel van onvoldoende bekendheid en geringe populariteit. Ook het interne rendement is tegen de verwachtingen in niet gestegen, maar gedaald.

---

<sup>24</sup> Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Resultaten actualisering interne rendement voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.

Tabel 6 vat de in dit hoofdstuk gedefinieerde parameters samen en toont de vergelijking met de parameterwaarden in 2013 en 2016.

**Tabel 6: Parameterwaarden opleiding AVG**

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	16	18	15
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	16	19	17
Instroom laatste jaar (2018)	20	21	15
Percentage vrouwen in opleiding	90%	87%	84%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	89%	89%	87%





## 4 Zorgvraag

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor het specialisme AVG. De zorgvraag betreft het aantal fte's aan AVG dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het huidige zorgaanbod, dat wil zeggen het aantal fte's aan werkzame AVG. Dit wordt aangevuld met de onvervulde vraag, oftewel het tekort of overschot aan AVG op het moment van de raming. De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.

In dit hoofdstuk komt eerst de onvervulde vraag aan bod. Vervolgens wordt ingegaan op de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de parameterwaarden.

### 4.2 Onvervulde vraag

De huidige zorgvraag, geoperationaliseerd als het huidige aanbod, wordt in het ramingsmodel eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Als de huidige zorgvraag groter is dan het bestaande aanbod komt dit vaak tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. De huidige zorgvraag kan ook kleiner zijn dan het bestaande aanbod (negatieve onvervulde vraag). Dit kan tot uiting komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het ontbreken van wachttijden.

Als graadmeter voor de onvervulde vraag gelden in het algemeen wachtlijsten en het al of niet bestaan van veel (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, of dat er niet optimaal wordt gewerkt. Ook de instroom van specialisten uit het buitenland en de inzet van basisartsen kunnen wijzen op onvervulde vraag. Instroom uit het buitenland is bij AVG niet van toepassing: het specialisme bestaat alleen in Nederland.

In 2018 deed Prismant herhaalonderzoek naar de organisatie van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten.<sup>25</sup> Uit dit onderzoek blijkt dat het aandeel basisartsen in de medische bezetting iets gestegen is, van 10% in 2014 naar 14% in 2018. Deze toename kan het gevolg zijn van het aanhoudende tekort aan AVG. Bovendien toont het onderzoek aan dat er veel vacatures voor medische professionals zijn in de organisaties voor gehandicaptenzorg. Bijna de helft van de organisaties met artsen geeft aan vacatures te hebben, waarvan ruim drie kwart langer dan 6 maanden openstaat. Voor bijna alle medici is er een toename in het aantal vacatures te zien sinds 2014. Daarbij is de vacaturegraad, oftewel het percentage fte vacatures in relatie tot aantal fte bezette arbeidsplaatsen, bij AVG met 28% opmerkelijk hoog. Maar ook de vacaturegraad voor basisartsen en huisartsen ligt hoog: respectievelijk bijna 29% en ruim 19%.

---

<sup>25</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Het Capaciteitsorgaan hanteert in zijn Arbeidsmarktmonitor een andere definitie van vacaturepercentage: het aantal nieuw gepubliceerde vacatures per kwartaal per 100 geregistreerde artsen.<sup>26</sup> Volgens de cijfers uit de Arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan varieerde het vacaturepercentage (aantal nieuw gepubliceerde vacatures per kwartaal per 100 geregistreerde artsen) voor de AVG in 2017 tussen de 10% en 21% en in 2018 tussen de 7% en 11%. In het eerste half jaar van 2019 werd een vacaturepercentage van ongeveer 12% gemeten.<sup>27</sup> Dat Prismant en het Capaciteitsorgaan zulke verschillende percentages vinden, komt mogelijk doordat organisaties hun vacatures niet publiceren vanwege de grote tekorten en de kleine succeskans bij het werven via vacatureplaatsing. Ook kan het zijn dat grotere organisaties met meerdere vacatures voor AVG doorgaans maar één vacature plaatsen. Onderzoek van het UWV uit 2018 geeft aan dat ongeveer 9% van de vacatures in de zorgsector niet via het internet worden gepubliceerd.<sup>28</sup>

De experts uit het veld zijn van mening dat de vacaturepercentages volgens de Arbeidsmarktmonitor waarschijnlijk te laag zijn. Daarom wordt voor de huidige raming meer waarde gehecht aan het vacatureonderzoek van Prismant. In het vorige Capaciteitsplan (2016) is uitgegaan van een onvervulde vraag van 6% tot 12%. In het tussentijdse advies uit 2018 zijn deze waarden bijgesteld naar 7% tot 13%. Voor de huidige raming wordt de **minimumwaarde ingeschat op +20% en de maximumwaarde op +26%**. Hierbij is rekening gehouden met de bevindingen van Prismant. Ook is gecorrigeerd voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2% vanwege natuurlijk verloop.

### 4.3 Demografie

De vooronderstelling bij vaststelling van deze parameter is dat de leeftijd- en geslachtsspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zal veranderen. De zorgconsumptie kan wel veranderen, maar dat is dan het gevolg van apart benoemde wijzigingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters. Zie paragraaf 4.4 en 4.5.

AVG leveren medische zorg aan cliënten die verblijven in organisaties voor gehandicaptenzorg (o.b.v. de Wlz) en aan cliënten die extramurale behandelen ontvangen volgens de Zvw. Het Capaciteitsorgaan heeft aan Prismant de opdracht gegeven om de ontwikkeling van dit zorggebruik in de komende jaren te berekenen. Als bron hiervoor is aan Vektis gevraagd informatie te leveren over het zorggebruik van de cliënten die door de beroepsgroep worden behandeld.<sup>29</sup> Prismant heeft op basis

<sup>26</sup> De Arbeidsmarktmonitor is in 2006 gestart door Medisch Contact. De monitor biedt per medisch specialisme een kwartaaloverzicht van vacatureaantallen en het vacaturepercentage (aantal nieuwe vacatures per 100 geregistreerde artsen). In januari 2014 heeft het Capaciteitsorgaan het verzamelen en bewerken van de vacaturegegevens overgenomen van de redactie van Medisch Contact en verder ontwikkeld. Vanaf 2016 worden vacaturegegevens vanuit Jobfeed gebruikt, een geautomatiseerd vacaturezoeksysteem van het Nederlandse bedrijf Textkernel. Door middel van intelligente semantische zoektechnologie doorzoekt de Jobfeed-spider dagelijks het internet op nieuwe vacatures. Daarbij worden vele duizenden websites bezocht. Door 'machine learning'-technologie worden vacatureteksten van andersoortige teksten onderscheiden. Alle vacatures worden met elkaar vergeleken en dubbele vacatures worden uitgefilterd. De overzichten werden tot en met 2018 ieder kwartaal in Medisch Contact gepubliceerd. In 2019 is het Capaciteitsorgaan overgegaan op een nieuwe wijze van presenteren van vacaturecijfers, met meer nadruk op trendmatige ontwikkelingen.

<sup>27</sup> Medisch Contact (2019). *Tekorten aan huisartsen zichtbaar*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/tekorten-aan-huisartsen-zichtbaar.htm>

<sup>28</sup> Wagenaar, S., & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en -advies.

<sup>29</sup> Stoof, R., & Leegwater, E. (2019). *Input voor ramingen specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten* [Interne notitie]. Zeist: Vektis.

van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2018) berekend hoe de samenstelling van de bevolking zich de komende jaren ontwikkelt, naar leeftijd en geslacht. Na vermenigvuldiging hiervan met het zorggebruik naar leeftijd en geslacht levert dit het toekomstig gebruik op wanneer alleen de demografische verandering een rol zou spelen.<sup>30</sup>

#### 4.3.1 Declaraties ZZP's als indicator voor huidig zorggebruik

Er bestaat geen systematische landelijke registratie van de cliënten van de AVG. Daarom gebruikt het Capaciteitsorgaan de data van Vektis over de declaraties van langdurige zorg, inclusief de extramurale behandelenzorg.<sup>31</sup> In de informatie van Vektis zijn de relevante zorggebruikgegevens van de langdurige zorg (op basis van de Wlz) en de extramurale behandelenzorg door de AVG als volgt uitgesplitst:

##### Wlz

- Cliënten met een zorgprofiel ZZP VG 3-8 met behandeling.
- Cliënten met een zorgprofiel LVG 1-5/SGLVG (is altijd met behandeling).
- Cliënten met een VPT LVG/SGLVG (is altijd met behandeling).
- Cliënten met een VPT VG 3-8 met behandeling: specialistische AVG zorg valt onder de Wlz, algemene geneeskundige zorg (huisartsenzorg) niet.

##### Extramurale behandelenzorg

- Behandeling van cliënten met een ZZP/VPT/MPT zonder behandeling.
- Extramurale behandelenzorg voor cliënten zonder Wlz indicatie.

Dit betreft de primaire doelgroep van de AVG. Het zorggebruik door cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling en door cliënten die extramurale behandelenzorg ontvangen, wordt hieronder afzonderlijk behandeld.<sup>32</sup>

##### 4.3.1.1 Cliënten met een Wlz-zorgprofiel met behandeling naar leeftijd en geslacht

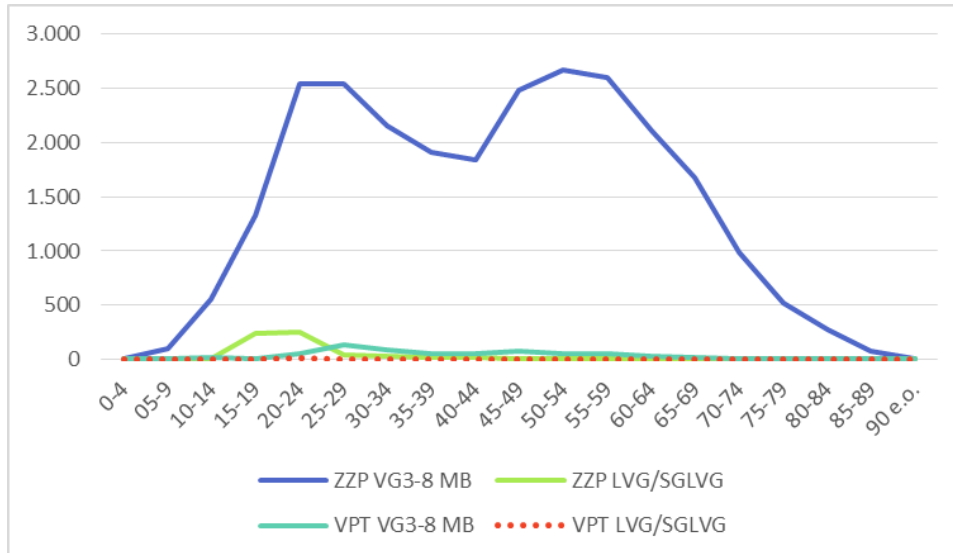
In figuur 2 en 3 is het aantal cliënten met een zorgprofiel 'met behandeling' weergegeven, voor mannen (figuur 2) en voor vrouwen (figuur 3). Het gaat hier zowel om cliënten die verblijven in een organisatie voor gehandicaptenzorg (ZZP), als voor cliënten die thuis wonen (VPT). Het aantal cliënten is berekend in 'cliëntjaren', op basis van het totale aantal zorgdagen in 2017 gedeeld door 365.

<sup>30</sup> Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *De factor demografie voor de benodigde capaciteit aan AVG* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.

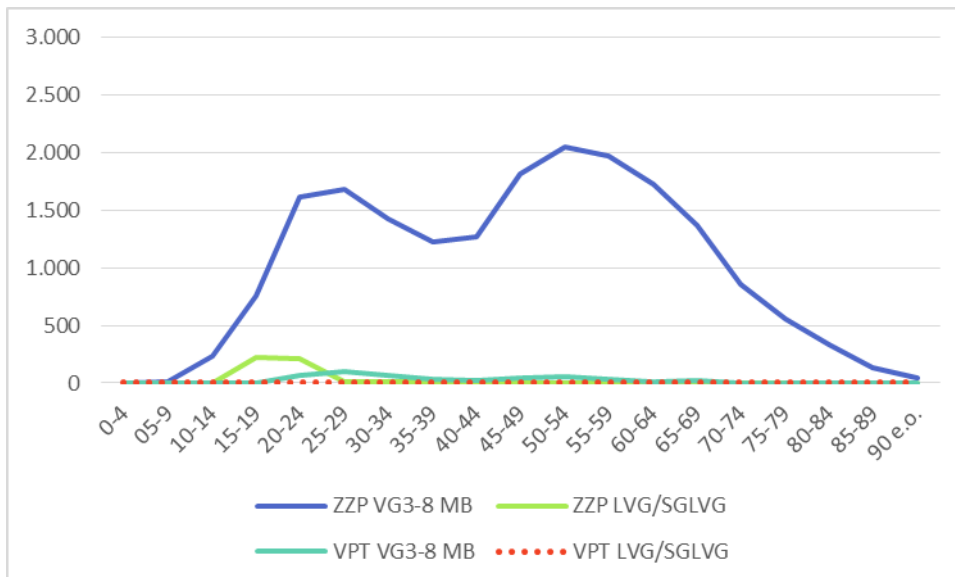
<sup>31</sup> Het gaat hier om zorg die wordt gefinancierd vanuit de 'tijdelijke subsidieregeling extramurale behandelenzorg' in afwachting van overheveling van deze extramurale zorg naar de zorgverzekeringswet in 2020.

<sup>32</sup> Uit de Vektis-gegevens blijkt dat Eerstelijnsverblijf niet voorkomt in de gehandicaptenzorg.

**Figuur 2: Het aantal mannelijke cliënten in cliëntjaren, met een indicatie 'met behandeling', naar indicatie en leeftijd in 2017**



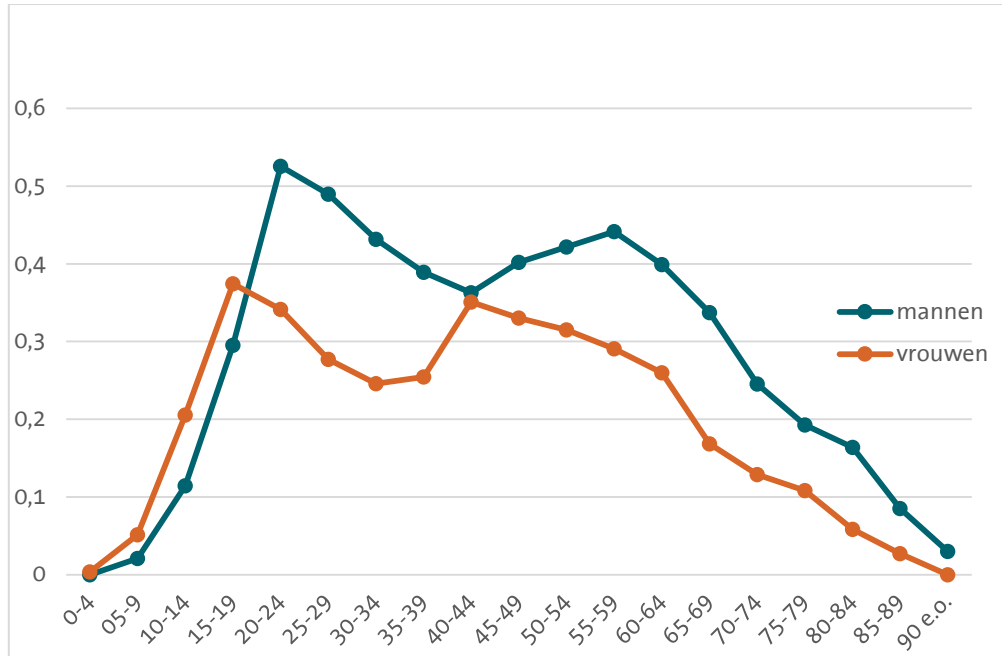
**Figuur 3: Het aantal vrouwelijke cliënten in cliëntjaren, met een indicatie 'met behandeling', naar indicatie en leeftijd in 2017**



Bron: Prismant 2019

In figuur 4 is te zien welk aandeel van de bevolking in de verschillende leeftijdscategorieën geïndiceerd is volgens de genoemde zorgprofielen met behandeling.

Figuur 4: Het aandeel cliënten met een zorgprofiel met behandeling (VG3-8, LVG en SGLVG) per leeftijdscategorie en geslacht in percentage van de bevolking in 2017



Bron: Prismant 2019

Uit de figuur wordt duidelijk dat het aandeel verstandelijk gehandicapte verblijfscliënten met behandeling weliswaar afneemt met de leeftijd, maar dat dat slechts geleidelijk gebeurt.

### Meerzorg

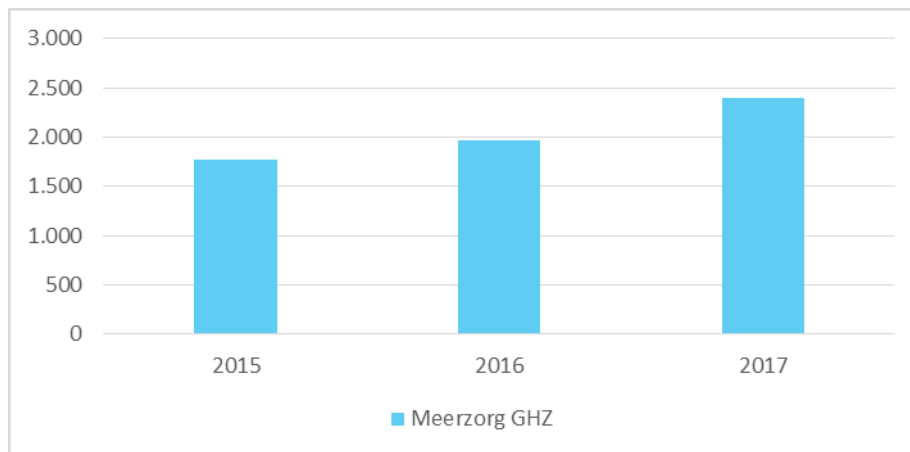
De regeling 'Meerzorg' binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) maakt het mogelijk om aanvullende zorg te financieren voor cliënten waarvoor het best passende zorgprofiel te weinig mogelijkheden biedt om de extra zorg te krijgen die noodzakelijk is.<sup>33</sup> Meerzorg kan worden toegekend aan Wlz-cliënten die minstens 25% meer zorg nodig hebben dan het zorgprofiel biedt. Meerzorg is mogelijk voor specifieke zorgprofielen. In de organisaties voor gehandicaptenzorg betreft het Wlz-cliënten met een lichamelijke beperking (LG), verstandelijke beperking (VG), zintuigelijke beperking (ZG) of psychische aandoening (GGZ-B) en specifieke zorgprofielen binnen deze typen cliënten. Binnen de doelgroep van de AVG gaat het om cliënten met zorgprofielen VG5, VG 7, VG 8, LVG 4, LVG 5 en SGLVG, en GGZ-B 6 en GGZ-B 7.

De meerzorgcliënten kunnen niet meetellen als 'extra' cliënten in het zorggebruik. Het gaat hier immers om cliënten die al een behandelindicatie hebben en als zodanig zijn meegeteld bij de cliënten met een VG-indicatie. Zie figuur 2 en 3. Informatief is echter hoe de omvang van meerzorg zich ontwikkelt. Dit kan indicatief zijn voor de zorgzwaarte van cliënten in de gehandicaptenzorg. Vanuit de beschikbare gegevens kan de omvang van meerzorg over de jaren 2015 tot en met 2017 worden gepresenteerd. Zie figuur 5. Hierbij is het uitgangspunt dat 85% van de meerzorg wordt geleverd aan

<sup>33</sup> Zie <https://www.informatielangdurigezorg.nl/meerzorg> en <https://www.cce.nl/meerzorg/regeling-meerzorg>. Vanaf 2019 kan meerzorg ook op groepsniveau worden toegepast.

verstandelijk gehandicapten.<sup>34</sup> Het totale aantal dagen is omgerekend naar cliëntjaren (door te delen door 365). Tussen 2015 en 2017 stijgt dit aantal in absolute zin met 35%. In 2017 betreft het 9,4% van de cliënten met de zorgprofielen die toegang geven tot meerzorg<sup>35</sup>, tegenover 7,2% in 2015. Dit is een toename van ruim 30%. Dit kan een indicatie zijn van een toename in zorgcomplexiteit bij cliënten.

**Figuur 5: Aantal cliënten (in cliëntjaren) met meerzorg in de gehandicaptenzorg in 2015, 2016 en 2017**



Bron: Vektis, 2019

#### 4.3.1.2 Extramurale behandeling door de AVG

Zoals eerder aangegeven gaat het bij de extramurale behandeling om zorg die wordt gefinancierd vanuit de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling'.<sup>36</sup> Deze gegevens van Vektis zijn per 1 januari 2016 uit te splitsen naar specialisten ouderengeneeskunde en AVG. Voor 2015 geldt dat de cijfers alleen voor deze medische professionals gezamenlijk beschikbaar zijn. De gegevens uit 2015 blijven daarom buiten beschouwing.

In figuur 6 en 7 is de ontwikkeling in de omvang van de extramurale behandeling te zien tussen 2016 en 2017. De Vektis-data zijn aangeleverd in aantallen minuten.<sup>37</sup> In de figuren staan de uren tijdsbesteding voor extramurale behandeling door de AVG.<sup>38</sup> Het betreft zorg door de AVG aan cliënten met een Wlz-indicatie VG 1 of 2, waarbij geen behandeling is inbegrepen. In figuur 6 zijn deze cliënten aangeduid met ZZP/VPT/MPT ZB). Het gaat ook om zorg aan cliënten die helemaal geen Wlz-indicatie hebben. Omgerekend naar fte AVG komt dit ongeveer overeen met 13 à 14 fte AVG in 2017. Het Capaciteitsorgaan gaat daarbij uit van netto 1.500 uren per jaar per fte AVG. Opmerkelijk in figuur 6 is dat de totale omvang van de extramurale behandeling vrijwel gelijk blijft tussen 2016 en 2017, maar dat er een verschuiving is in de verdeling over cliënten die wel en die niet

<sup>34</sup> Deze aanname is gebaseerd op een inschatting van Vektis. De Vektis data over meerzorg zijn niet uitgesplitst naar branche en/of zorgprofiel. Vektis geeft aan dat het zwaartepunt bij meerzorg ligt bij de gehandicaptenzorg, vooral bij de VG: 85% van de cliënten met Meerzorg is VG.

<sup>35</sup> Exclusief de GGZ-zorgprofielen.

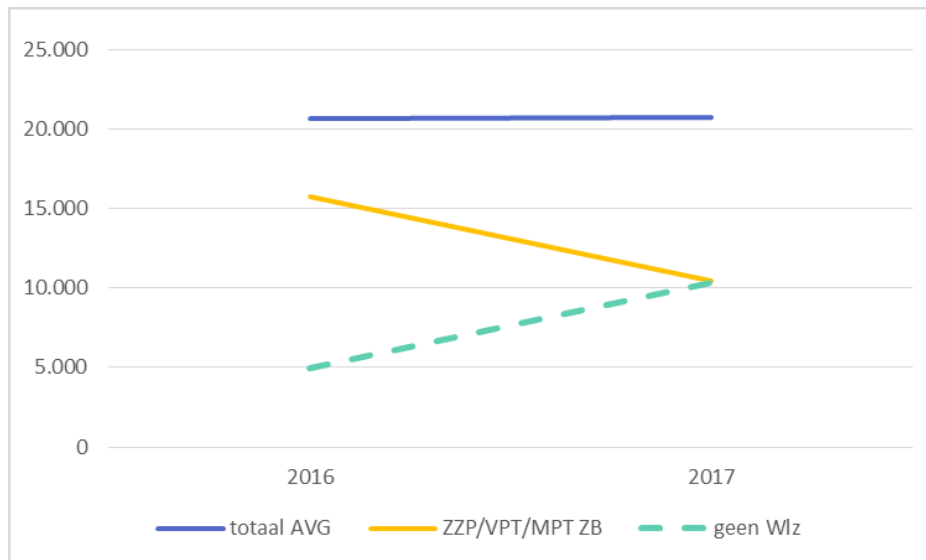
<sup>36</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op 14 mei 2019 op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2019-01-01/>

<sup>37</sup> Het percentage ontbrekende aantallen minuten is 0,7% gezien het verschil tussen het opgegeven volume extramurale behandeling en de aangeleverde randtotalen.

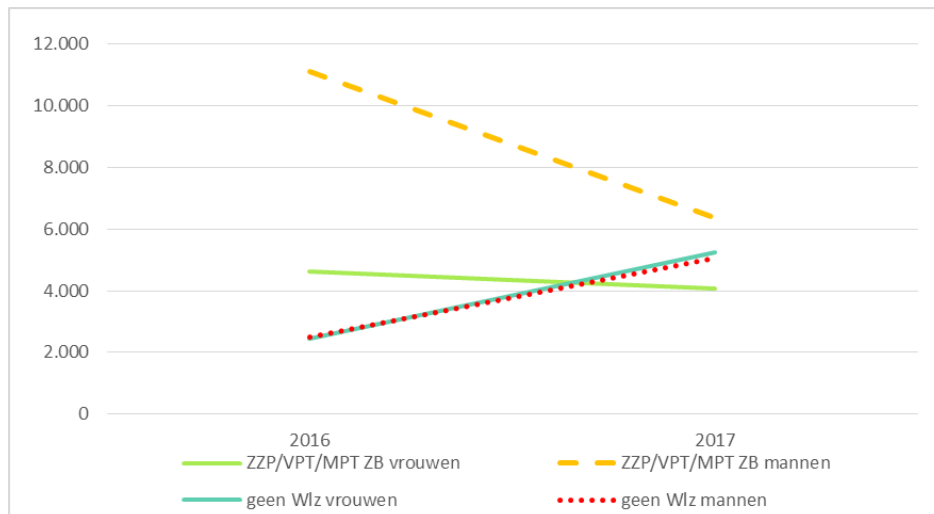
<sup>38</sup> Hierbij geldt de kanttekening dat er ook op behandelgroepsniveau wordt gedeclareerd, waarbij mogelijk niet kan worden onderscheiden wat de individuele tijdsinzet van de AVG is.

een Wlz-indicatie hebben. Zorggebruik door cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling neemt af. Zorggebruik door cliënten zonder Wlz-indicatie neemt juist toe.

**Figuur 6: Uren extramurale behandelzorg door de AVG in 2016 en 2017, uitgesplitst naar cliënten met een Wlz-indicatie 'zonder behandeling' en cliënten zonder Wlz-indicatie**



**Figuur 7: Extramurale behandelzorg door de AVG in 2016 en 2017, uitgesplitst naar mannelijke en vrouwelijke cliënten**



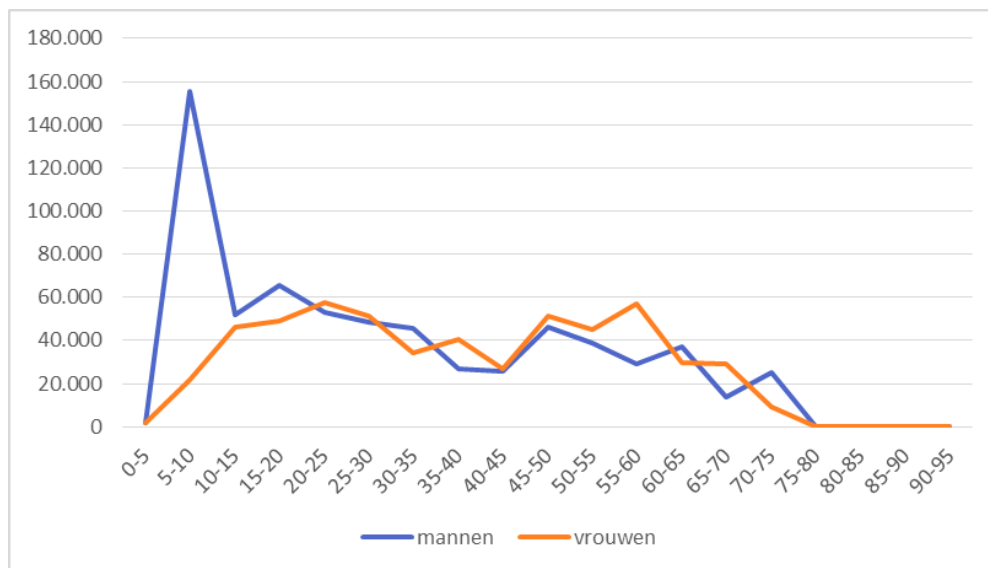
**Bron: Prismant 2019**

Figuur 7 laat vervolgens zien dat de afname in extramurale behandelzorg onder cliënten met een ZZP/VPT/MPT zonder behandeling (bijna) volledig wordt veroorzaakt door de afname in tijdsbesteding aan mannelijke cliënten. Bij het zorggebruik door deze categorie cliënten is er een sterke afname te zien tussen 2016 en 2017, bij de vrouwelijke cliënten is slechts een lichte afname te zien.

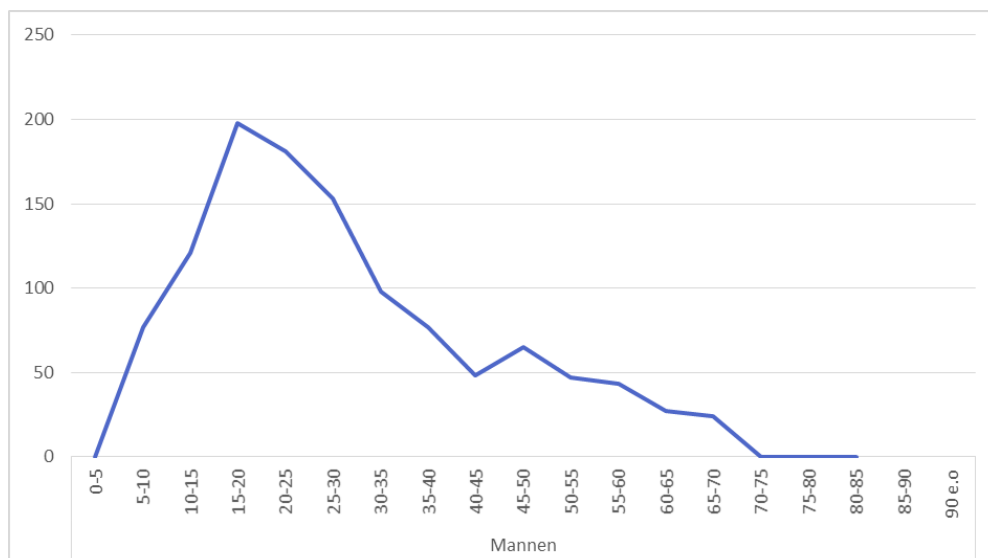


Figuur 8 en 9 geven meer in detail een beeld van de verdeling van het zorggebruik extramurale behandeling aan Wlz-geïndiceerden (VG 1 en 2) over 2017. Figuur 8 toont een opmerkelijke piek bij het zorggebruik door mannelijke cliënten van 5-10 jaar. Een eenduidige verklaring hiervoor is volgens de experts uit het veld niet te geven. Wel is bekend dat de eerste verwijzing naar de AVG vaak plaatsvindt rond de leeftijd 6 tot 8 jaar.

**Figuur 8: Extramurale behandelzorg door de AVG (in minuten) in 2017 aan cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht**



**Figuur 9: Aantal mannelijke cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling in 2017**



#### Prismant 2019

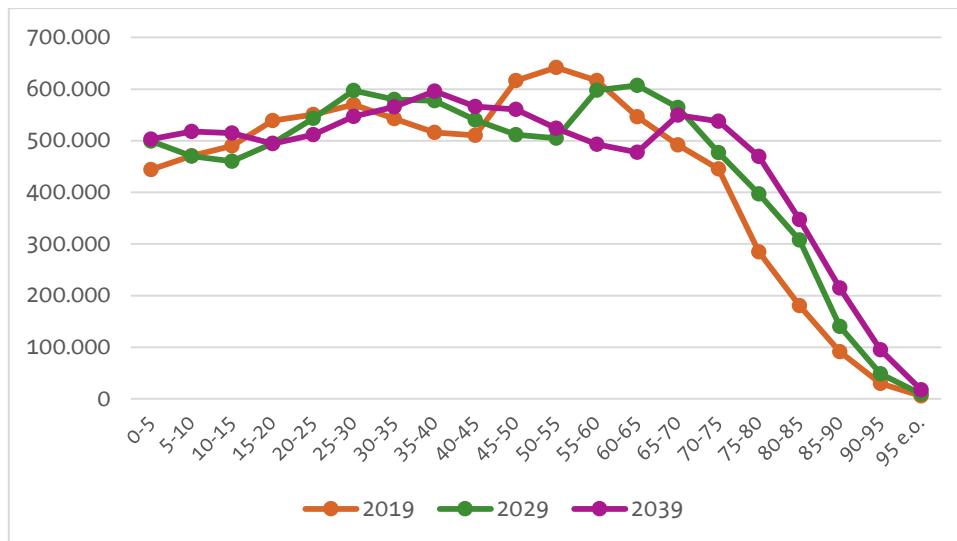
In figuur 8 en 9 is nog een andere piek zichtbaar, namelijk bij de 15-20 jarigen. Dit is deels te verklaren door de levensfase van deze cliënten, die veel veranderingen en moeilijkheden en daarmee een verhoogde zorgvraag met zich meebrengt. Bovendien ontvangen personen vanaf 18 jaar geen zorg meer van de kinderarts en de jeugdzorg. Zij komen dan via de huisarts bij de VG-poliklinieken.

Het lijkt er ook op dat bij de leeftijdsgroep 5-14 jaar aanmerkelijk meer zorg per cliënt wordt ingezet. Wel lijkt dat in de jaren te veranderen. In 2017 en 2018 lijkt de piek bij 5-14 jaar af te vlakken.<sup>39</sup>

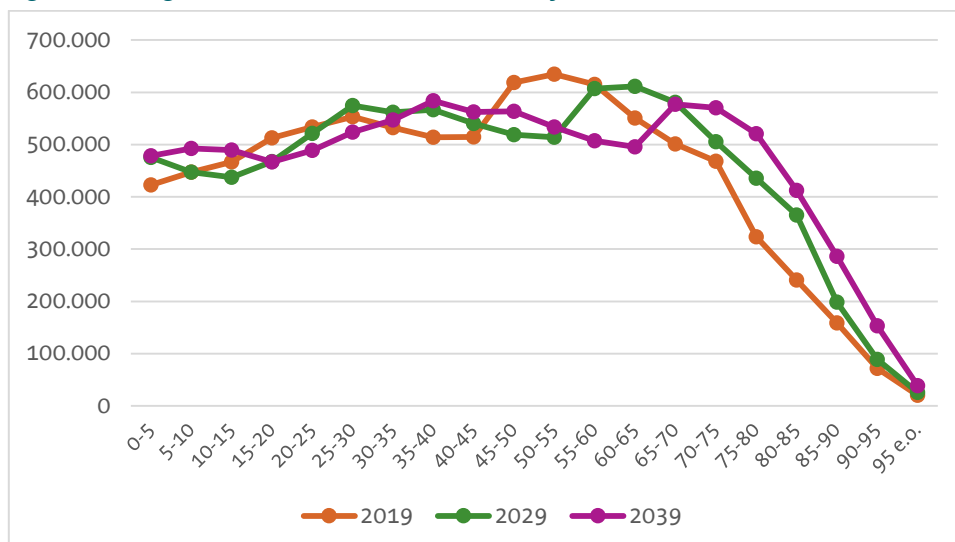
### 4.3.2 Bevolkingsprognose CBS

Voor de berekening van de toekomstige vraag naar zorg door de AVG maken we gebruik van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS. De figuren 10 en 11 laten voor respectievelijk mannen en vrouwen de verwachte leeftijdsopbouw nu en in de komende 10 en 20 jaar zien.

**Figuur 10: Het geraamde aantal mannen naar leeftijd in 2019, 2029 en 2039**



**Figuur 11: Het geraamde aantal vrouwen naar leeftijd in 2019, 2029 en 2039**



Bron: CBS, december 2018

<sup>39</sup> Bron: e-mail van Vektis aan Prismant d.d. 9 mei 2019

De figuren 10 en 11 laten de verdere vergrijzing zien bij mannen en vrouwen. De totale bevolking groeit vanaf 2019 tot 2039 naar verwachting met 6,4%. In de figuren is zowel bij mannen als bij vrouwen te zien dat het aantal 65-plussers toeneemt tussen 2019 en 2039. Afnames zien we bij de 15- tot 30-jarigen en 45- tot 60-jarigen.

Er is een kanttekening bij het gebruik van de ontwikkeling van de omvang en samenstelling van de bevolking voor de prognose van het zorggebruik door cliënten van de AVG. Het is namelijk niet zeker of de demografische ontwikkeling van de groep verstandelijk gehandicapten hiermee helemaal parallel loopt. Bronnen die voor de vorige raming in 2016 zijn geraadpleegd, suggereerden dat alleen de levensverwachting van de groep licht verstandelijk gehandicapten zich ontwikkelt zoals bij de algemene bevolking. Maar recent (Nederlands) onderzoek is hierover niet beschikbaar. Net als in 2016 wordt daarom in deze raming de werkwijze gehanteerd, die ook bij andere beroepsgroepen van toepassing is. Het uitgangspunt is derhalve dat de toename van de levensverwachting bij verstandelijk gehandicapten in grote lijnen dezelfde ontwikkeling volgt als bij de algemene bevolking. Een specifiek punt van aandacht hierbij is dat verschillende AVG verwachten dat de levensverwachting van cliënten met een verstandelijke beperking verder zal toenemen, waardoor het relatieve zorggebruik van de groep cliënten van 75-plus in de toekomst zal toenemen.<sup>40</sup> Echter, omdat het huidige relatieve zorggebruik van 75-pluscliënten<sup>41</sup> in de gehandicaptenzorg gering is, wordt deze ontwikkeling mogelijk in onvoldoende mate meegenomen bij de demografische projectie.

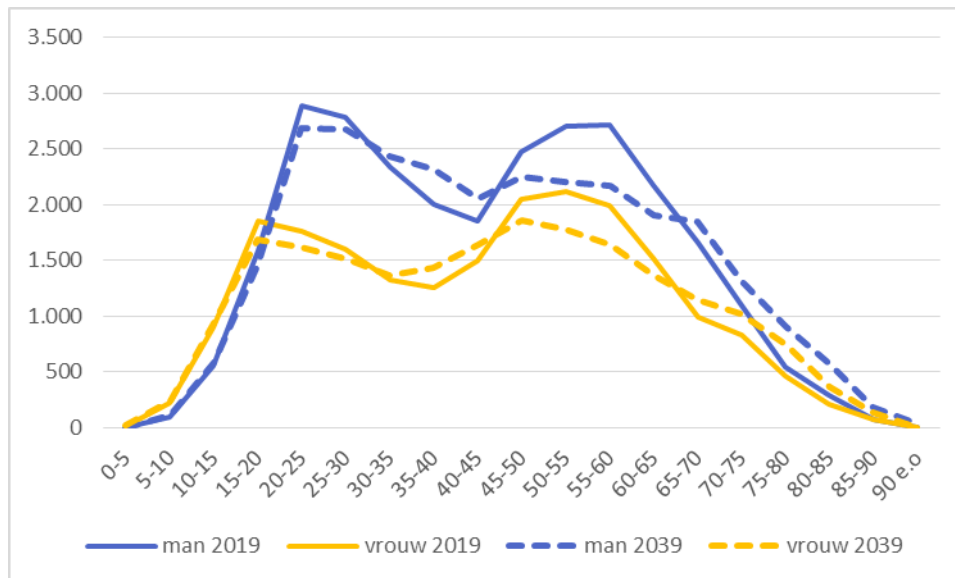
### **4.3.3 Toekomstig zorggebruik in de verstandelijk gehandicaptenzorg**

Het CBS heeft voor de jaren 2024, 2029, 2034 en 2039 een bevolkingsprognose opgesteld, zoals beschreven in de vorige paragraaf. Het Capaciteitsorgaan berekent het toekomstige zorggebruik als gevolg van demografische veranderingen. Dit gebeurt op basis van de demografische groeicijfers ten opzichte van 2019 en de gebruikscijfers van figuur 2 en 3 in paragraaf 4.2.1. Figuur 12 en de onderliggende tabel 7 uit paragraaf 4.3.4 geven grafisch en cijfermatig een beeld van het absolute aantal ZZP's met behandeling in de periode 2019-2039. Hierbij is het uitgangspunt dat de ontwikkeling van de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking. Uitgangspunt is ook dat de toekenningspercentages naar leeftijd en geslacht na 5, 10, 15 en 20 jaar gelijk blijven aan de huidige situatie, die gebaseerd is op de Vektis-data uit 2017. Dit zijn de meest recente data. Zie figuur 4. Zoals eerder aangegeven kunnen hier vraagtekens bij worden gezet: mogelijk neemt het zorggebruik door 75-plussers meer toe dan nu is doorgerekend.

<sup>40</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>41</sup> Aandeel 75-plussers dat gebruik maakt van VG-zorg.

**Figuur 12: Het aantal ZZP/VPT/MPT met behandeling, in cliëntjaren, in de verstandelijk gehandicaptenzorg naar leeftijd en geslacht in 2019 en 2039**



Bronnen: CBS en Vektis

Figuur 12 laat zien dat het gebruik van ZZP's met behandeling bij mannen in de leeftijdsgroepen tot 20 jaar in 2039 weinig verschilt van 2019. In de leeftijd van 20 tot 30 jaar neemt het gebruik in 2039 iets af ten opzichte van 2019, terwijl het in de leeftijd van 30 tot 45 jaar weer toeneemt. De groep mannen van 45 tot 65 jaar gebruikt in 2039 ten opzichte van 2019 beduidend minder zorg. Vanaf 65 jaar ligt het gebruik in 2039 juist weer iets hoger dan in 2019.

Ook bij de vrouwen tot 20 jaar is het zorggebruik in 2039 ten opzichte van 2019 vrijwel gelijk. Bij de vrouwen tussen 20 en 35 jaar ligt het gebruik in 2039 iets lager dan in 2019. In de leeftijdsgroepen van 35 tot 45 wordt iets meer zorg gebruikt in 2039 dan in 2019. Vanaf 50 jaar is in 2039 het zorggebruik bij de vrouwen duidelijk lager in vergelijking met 2019. Vanaf 65 jaar gebruiken de vrouwen, net als de mannen, in 2039 juist weer iets meer zorg dan in 2019.

#### 4.3.4 De toekomstige vraag vanwege demografie

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan berekent de verandering in de vraag naar AVG als gevolg van veranderingen in de demografische samenstelling van de cliëntengroep na 5, 10, 15 en 20 jaar. Het gaat om de verandering ten opzichte van 1 januari 2019. Voor de berekening van de toekomstige behoefte aan AVG op basis van demografische ontwikkelingen zijn alle ZZP's even zwaar mee gewogen. Tabel 7 en 8 geven inzicht in de benodigde groei aan AVG wanneer alleen de veranderingen op basis van de demografische ontwikkeling de komende jaren een rol zouden spelen.

Tabel 7: Raming van het aantal zorgprofielen met behandeling in de verstandelijk gehandicaptenzorg naar leeftijd en geslacht in 2019-2039 (x 1.000)

	2019	2024	2029	2034	2039
<b>Mannen</b>					
0-4	2	2	2	2	2
5-9	154	148	154	166	170
10-14	51	50	48	50	54
15-19	66	62	61	59	61
20-24	54	56	53	52	50
25-29	50	50	52	49	48
30-34	47	50	50	52	49
35-39	27	29	30	30	31
40-44	25	26	27	28	28
45-49	45	37	37	39	41
50-54	39	37	30	30	32
55-59	30	31	29	24	24
60-64	38	41	42	40	33
65-69	13	14	15	16	15
70-74	27	28	29	32	33
75-79	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0
85-89	0	0	0	0	0
90 e.o.	0	0	0	0	0
totaal mannen	667	661	660	668	669
<b>Vrouwen</b>					
0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-9	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
10-14	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9
15-19	1,9	1,7	1,7	1,6	1,7
20-24	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6
25-29	1,6	1,6	1,7	1,6	1,5
30-34	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4
35-39	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
40-44	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6
45-49	2,0	1,7	1,7	1,8	1,9
50-54	2,1	2,1	1,7	1,7	1,8
55-59	2,0	2,0	2,0	1,6	1,6
60-64	1,5	1,7	1,7	1,6	1,4
65-69	1,0	1,1	1,2	1,2	1,1
70-74	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
75-79	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7
80-84	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
85-89	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
90 e.o.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
totaal vrouwen	20,7	20,8	20,7	20,6	20,5
<b>Totaal</b>	<b>48,6</b>	<b>49,2</b>	<b>49,0</b>	<b>48,6</b>	<b>48,3</b>
Groefactor t.o.v. 2019		1,0120	1,0081	0,9990	0,9929

Bron: Prismant 2019

In tabel 8 staan de waarden uit de ramingen van 2013, 2016 en 2019 naast elkaar. Ondanks de toename van de bevolking (6,4% tussen 2019 en 2039) is de benodigde groei voor AVG alleen op basis van demografische ontwikkelingen op de langere termijn negatief. Dit komt omdat juist bij de groepen cliënten waar het zorggebruik het hoogst is, een relatieve afname van de bevolking plaatsvindt.

**Tabel 8: De benodigde groei aan AVG vanwege demografische ontwikkelingen, in 2013, 2016 en 2019 in %**

	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016	Berekening voor 2019
5 jaar	2,5	2,6	1,2
10 jaar	5	3,2	0,8
15 jaar	7,5	2,6	-0,1
20 jaar	10	1,7	-0,7

**Bron: Prismant 2019**

De extramurale zorg en meerzorg zijn in tabel 8 niet meegenomen, vanwege de onzekerheden over de volledigheid en interpretatie van de cijfers. Dat het totale gebruik van extramurale behandelen niet is toegenomen, heeft waarschijnlijk te maken met de aanhoudende tekorten aan AVG. In paragraaf 6.5.2 wordt hier nader op ingegaan. Als we factoren voor de extramurale behandelen uitdrukken in een afzonderlijk groeipercentage op basis van demografische ontwikkelingen, dan gelden de volgende groeicijfers na 5, 10, 15 en 20 jaar: -0,6%, -0,6%, 0% en 0%.

Op basis van deze gegevens worden de nieuwe waarden voor de parameter demografie in 2019 vastgesteld op **1,2% in 5 jaar, 0,8% in 10 jaar, -0,1% in 15 jaar en -0,7% in 20 jaar**.

## 4.4 Epidemiologie

In 2018 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn 4-jaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht.<sup>42</sup> Hierin wordt gerapporteerd over de laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, preventie, zorg, gezondheidsdeterminanten en regionale en internationale gezondheidsverschillen. Er is in vergelijking met de vorige VTV (2014) geen specifieke nieuwe informatie opgenomen over mensen met een verstandelijke beperking. Daarom is onderstaande tekst deels gebaseerd op de VTV 2014 en het Capaciteitsplan 2016.

### 4.4.1 Prevalentie neemt toe

Het RIVM neemt aan dat het aantal mensen met een verstandelijke beperking in de toekomst zal toenemen:

- Door medisch-technologische verbeteringen zijn de overlevingskansen van kinderen met een genetische of aangeboren afwijking toegenomen.
- De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten is toegenomen waardoor er meer verstandelijk gehandicapten, met name onder de oudere leeftijdsgroepen, zullen zijn. Dit geldt zowel voor ernstig verstandelijk gehandicapten als voor mensen met minder ernstige aandoeningen. Dat betekent ook dat er meer verstandelijk gehandicapten met comorbiditeit zullen zijn,

<sup>42</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Geraadpleegd op 27 februari 2018 op <https://www.vtv2018.nl/>

dus met meerdere ziekten zoals dementie, diabetes, andere chronische ziekten of een psychiatrische aandoening.

- Het aantal zwakbegaafden met bijkomende problematiek in de sociale redzaamheid neemt toe; zij worden tot de (licht) verstandelijk beperkten gerekend. Dit betreft in feite een sociaal-culturele ontwikkeling. Hierover staat meer in paragraaf 4.4.

De meest recente internationale literatuur over de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten stelt dat de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten in de laatste decennia is gestegen. Dit komt overeen met de literatuur waarnaar in het Capaciteitsplan 2016 is verwezen. Hoewel de levensverwachting van sommige (minder ernstig) verstandelijk gehandicapten dichtbij die van de algemene bevolking is gekomen, hebben mensen met een verstandelijke beperking gemiddeld een kortere levensverwachting dan de algemene bevolking.<sup>43,44,45,46,47,48</sup> De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten kan oplopen tot boven de 70 jaar.<sup>47</sup> Voor mensen met het Down Syndroom (DS) ligt dit vaak wat lager.<sup>44,45,47</sup> Volgens de VTV 2018 ligt de levensverwachting voor de algemene bevolking in Nederland momenteel op 82 jaar.

#### 4.4.2 Generatieverschillen kunnen zorgvraag beïnvloeden

In Nederland is onderzoek gestart naar het verschil tussen twee generaties volwassenen met DS, een groep jongvolwassenen tot 20 jaar en een groep van 45 jaar en ouder.<sup>49</sup> De leefomstandigheden, ontwikkelmogelijkheden en maatschappelijke positie van de jonge generatie verstandelijk gehandicapten zijn heel anders dan die van de oudere groep toen zij 20 waren. De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat de jongere generatie zowel fysiek als sociaal actiever is. Dit is te verklaren door de betere medische zorg en hulpmiddelen en andere vormen van onderwijs, dagbesteding en werk die voor hen beschikbaar zijn. Mogelijk is de groep jongvolwassen verstandelijk gehandicapten van nu over 25 jaar ook gezonder en actiever dan de huidige groep 45-plussers. Het is nu nog niet bekend welke gevolgen dit zal hebben voor de zorgvraag van verschillende generaties verstandelijk gehandicapten. Mogelijk tempert dit op termijn de vraag naar zorg door de AVG. Daarbij moet aangekend worden dat verstandelijk gehandicapten, met name diegenen met ernstig meervoudige beperkingen, kwetsbaar zijn en vaak een leven lang op intensieve zorg zijn aangewezen.<sup>50</sup>

<sup>43</sup> Arvio, M., Salokivi, T., & Bjelogrić-Laakso, N. (2017). Age at death in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 782–785. doi: 10.1111/jar.12269

<sup>44</sup> Glasson, E., Hussain, R., Dye, D., Bittles, A. (2017). Trends in aging for people with down syndrome: A 56-year cohort study in Western Australia. *Innovation in Aging*, 1(1), 1334. doi: 10.1093/geroni/igx004.4892

<sup>45</sup> Larsen, F., & Kirkevold, Ø. (2016). The development of life expectancy for people with Down Syndrome in Norway between 1969 and 2050. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(7,8), 693.

<sup>46</sup> McGinley, J. M. (2016). From nonissue to healthcare crisis: A historical review of aging and dying with an intellectual and developmental disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(2), 151–156. doi: 10.1352/1934-9556-54.2.151

<sup>47</sup> Ng, N., Flygare Wallén, E., & Ahlström, G. (2017). Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: A Swedish national retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17, 269–281. doi 10.1186/s12877-017-0665-3

<sup>48</sup> O'Leary, L., Cooper, S.-A., & Hughes-McCormack, L. (2018). Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31, 325–342. doi: 10.1111/jar.12417

<sup>49</sup> Coppus, A. (2017). Comparing generational differences in persons with down syndrome. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(2), 118–123. doi: 10.1111/jppi.12214

<sup>50</sup> Wagemans, A. A., & Bokhoven, M. A. van (2018). Tijdig nadenken over toekomstige zorg: Advance care planning bij mensen met een verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162(D2512), 42–46.

#### 4.4.3 Incidentie neemt niet af

De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, stijgt.<sup>51</sup> De levenskansen van te vroeg geboren kinderen of baby's met een ernstige afwijking zijn toegenomen.<sup>52</sup> Kinderen worden tijdens de zwangerschap meer dan vroeger blootgesteld aan milieuverontreiniging.<sup>53,54,55,56,57</sup> Dit verhoogt de kans op de geboorte van kinderen met een verstandelijke beperking. Verbeterde technologie (onder meer Next Generation Sequencing) en prenatale diagnostiek compenseren voor deze toename.<sup>52,58,59</sup> Het aandeel zwangerschapsafbrekingen gerelateerd aan prenatale diagnostiek is de afgelopen jaren echter relatief stabiel gebleven.<sup>60</sup> In Nederland is de 'Niet Invasieve Prenatale Test' (NIPT) vanaf 1 april 2017 beschikbaar voor alle zwangere vrouwen. De eerste indruk is dat er niet veel meer wordt getest op afwijkingen bij ongeboren kinderen dan voorheen.<sup>61,62,63,64</sup> Onderzoek door onder meer de Nijmeegse hoogleraar Brunner heeft bovendien aangetoond dat 40 tot 60 procent van de verstandelijke handicaps ontstaat door spontane genmutaties.<sup>65</sup> Dit alles maakt het niet aannemelijk dat de incidentie van verstandelijke beperking door selectieve prenatale screeningen en preventieve abortussen veel zal afnemen.

<sup>51</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). *Vrouwen steeds later moeder*. Geraadpleegd op 26 april 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/05/vrouwen-steeeds-later-moeder>

<sup>52</sup> Schipper, K. (2014). Stand van zaken mensen met een verstandelijke beperking: De feiten op een rij. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158: B1105.

<sup>53</sup> Guxens, M., Lubczyńska, M. J., Muetzel, R., Dalmau-Bueno, A., Jaddoe, V. W. V., Hoek, G., ... El Marroun, H. (2018). Air pollution exposure during fetal life, brain morphology, and cognitive function in school-age children. *Biological Psychiatry*. Online voor publicatie. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.01.016.

<sup>54</sup> Peterson, B. S., Rauh, V. A., Bansal, R., Hao, X., Toth, Z., Nati, G., ... Perera F. (2015). Effects of prenatal exposure to air pollutants (polycyclic aromatic hydrocarbons) on the development of brain white matter, cognition, and behavior in later childhood. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 531-540. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.57

<sup>55</sup> Raz, R., Roberts, A. L., Lyall, K., Hart, J. E., Just, A. C., Laden, F., Weisskopf, M. G. (2015). Autism Spectrum Disorder and particulate matter air pollution before, during, and after pregnancy: A nested case-control analysis within the Nurses' Health Study II cohort. *Environmental Health Perspectives*, 123(3), 264-270. doi: 10.1289/ehp.1408133

<sup>56</sup> Rzhetsky, A., Bagley, S. C., Wang, K., Lyttle, C. S., Cook, E. H., Altman, R. B., Gibbons, R. D., (2014). Environmental and state-level regulatory factors affect the incidence of autism and intellectual disability. *PLoS Computational Biology*, 10(3), e1003518. doi: 10.1371/journal.pcbi.1003518

<sup>57</sup> Tyler Jr., C. V., White-Scott, S., Ekvall, S. M., & Abulafia, L. (2008). Environmental health and developmental disabilities: A life span approach. *Family & Community Health*, 31(4), 287-304.

<sup>58</sup> Harripaul, R., Noor, A., Ayub, M., & Vincent, J. B. (2017). The use of Next-Generation Sequencing for research and diagnostics for intellectual disability. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 7, 1-13. doi: 10.1101/cshperspect.a026864

<sup>59</sup> Hes, F., Nesselrooij, B. van, Verheij, J., & Kievit, A. (2017). Meer mogelijk door gerichte genoomdiagnostiek. *Medisch Contact*, 45, 30-33.

<sup>60</sup> Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap*. Geraadpleegd op 26 april 2018 op <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/01/16/jaarrapportage-2016-van-de-wet-afbreking-zwangerschap> en <https://fiom.nl/kenniscollectie/abortus/cijfers-en-feiten>

<sup>61</sup> Houwelingen, H. van (2017, 22 september). *Stormloop zwangeren op NIPT-test blijft uit*. Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.ad.nl/binnenland/stormloop-zwangeren-op-nip-test-blijft-uit~a0a0e295/> Invoering NIPT leidt niet tot meer screening zwangeren (2017, 22 september). Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/22/invoering-nipt-leidt-niet-tot-meer-screening-zwangeren-13128906-a1574486>

<sup>62</sup> Huisman, C. (2017, 22 september). *Zwangere vrouwen hebben weinig interesse in gesubsidieerde NIPT-test*. Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.volkskrant.nl/magazine/zwangere-vrouwen-hebben-weinig-interesse-in-gesubsidieerde-nipt-test~a4518023/>

<sup>63</sup> Invoering NIPT leidt niet tot meer screening zwangeren (2017, 22 september). Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/22/invoering-nipt-leidt-niet-tot-meer-screening-zwangeren-13128906-a1574486>

<sup>64</sup> Sterke afname aantal baby's met Down in Vlaanderen (2017, 2 november). Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.rtlnieuws.nl/buitenland/sterke-afname-aantal-babys-met-down-in-vlaanderen>

<sup>65</sup> Brunner, H.G., Gilissen, C., Hehir-Kwa, J.Y., Thung, D.T., Vorst, M. van de, Bon, B.W.M. van, . . . Veltman, J.A. (2014). Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. *Nature*, Vol. 511, pp. 344-347. doi: 10.1038/nature13394



#### 4.4.4 Parameterwaarden gehandhaafd

Op basis van bovenstaande informatie, die grotendeels overeenkomt met de factoren genoemd in het Capaciteitsplan 2016, is de parameter **epidemiologie** gehandhaafd op **+0,1% tot +0,2% per jaar**.

#### 4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In het Capaciteitsplan 2016 is uitgebreid stilgestaan bij de toenemende vraag naar zorg door verstandelijk gehandicapten in het laatste decennium. De hervormingen van de langdurige zorg, het extramuraliseringsbeleid en het participatiebeleid hebben gevolgen voor kwetsbare groepen, zoals ouderen en verstandelijk gehandicapten. Er wordt steeds meer zelfredzaamheid en ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk verwacht. Het overheidsbeleid stimuleert dat mensen met een beperking zoveel mogelijk zelfstandig wonen en deelnemen aan de samenleving, onderwijs en werk. De praktijk wijst echter uit dat dit niet voor iedereen haalbaar is. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld lang niet altijd kiezen waar en met wie ze wonen.<sup>66</sup> Ook is het vinden en behouden van betaald werk voor hen vaak veel moeilijker dan voor de algemene bevolking.<sup>67</sup>

##### 4.5.1 Vooral intramurale zorgvraag gegroeid sinds 2012

Halverwege 2017 verscheen er een rapport in opdracht van VWS waaruit bleek dat er in de periode 2012 - 2016 een grote groei van 8% per jaar is geweest in het aantal afgegeven indicaties VG4 tot en met VG8.<sup>68</sup> Dit zijn de indicaties voor intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg met behandeling door de AVG. Als verklaring voor deze groei noemen de onderzoekers:

- druk vanuit de maatschappij en het ontbreken van een sociaal vangnet;
- het verbrede en verbeterde zorgaanbod;
- toestroom vanuit de sectoren GGZ en forensische zorg;
- het opschalen van indicaties van voorheen extramuraal geïndiceerde cliënten na invoering van de Wlz, zonder afschalen als dat zou kunnen;
- de toename van de vraag onder niet-westerse verstandelijk gehandicapten.

De experts die door het Capaciteitsorgaan worden geraadpleegd, bevestigen dat de vraag naar zorg van de AVG in de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Men merkt vooral dat er meer cliënten bij de AVG komen vanuit de GGZ en de forensische zorg. Ook zien AVG steeds meer thuiswonende verstandelijk gehandicapten.

##### 4.5.2 Tussentijds advies 2018 vanwege sterke stijging zorgvraag

De sterke groei in intramurale indicaties en de aanhoudende hoge vacaturegraad waren voor het Capaciteitsorgaan aanleiding voor een tussentijds advies aan VWS. Hierin pleitte het Capaciteitsorgaan voor het terugdraaien van de verlaging van de instroom in de opleiding tot AVG.<sup>69</sup> In 2016 adviseerde het Capaciteitsorgaan om met ingang van 2018 terug te gaan van 24 naar 18 aiosplaatsen per jaar. In 2018 is echter aan VWS voorgesteld opnieuw 24 plekken beschikbaar te stellen. VWS

<sup>66</sup> Putter, I. de, Oldenkamp, M., Hulsbosch, L., & Boeije, H. (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap: Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.

<sup>67</sup> Sadiraj, K., Hoff, S., & Versantvoort, M. (2018). *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachtlijst vergaan?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

<sup>68</sup> RebelGroup Executives bv. (2017). *Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg: Onderzoek naar de ontwikkeling van het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016*. Rotterdam: Auteur.

<sup>69</sup> Drenth, J. Ph. (2018, 4 april). *Brief 'Tussentijds advies arts verstandelijk gehandicapten (AVG)'*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

heeft dit advies overgenomen en subsidieert per 2019 weer 24 opleidingsplaatsen voor startende aios AVG.<sup>70</sup>

#### 4.5.3 Groei intramurale indicaties VG-zorg sinds 2017 afgevlakt

Uit de kwartaalrapportages van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) uit de jaren 2017 en 2018 blijkt dat de groei van het aantal indicaties inmiddels is afgenomen tot ongeveer 3% per jaar.<sup>71</sup> Daarmee ligt het jaarlijkse groeipercentage onder het minimumpercentage van de bandbreedte voor de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen uit het Tussentijds advies AVG 2018. In dit advies stelde het Capaciteitsorgaan de groei van het aantal indicaties op 4%.

#### 4.5.4 Toegenomen zorgvraag is internationale trend

Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) benoemt de sterke stijging van de zorgvraag van verstandelijk gehandicapten in Nederland in de afgelopen decennia in zijn rapport uit 2018.<sup>72</sup> Deze tendens blijkt zich ook in andere landen af te tekenen. De verklaring van de toenemende zorgvraag wordt in het algemeen gezien in maatschappelijke ontwikkelingen die een negatieve impact hebben op verstandelijk gehandicapten. Deze ontwikkelingen zijn:

- De samenleving is complexer geworden.
- Inclusie en participatie vragen om extra ondersteuning aan kwetsbare groepen, terwijl deze ondersteuning door bezuinigingen en beleidsmaatregelen vaak juist minder beschikbaar is.
- Digitalisering maakt het leven lastig (hoewel technologie ook kan helpen).
- Goede sociale netwerken om op terug te vallen ontbreken vaak.
- Er is geen goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt voor mensen met een verstandelijke beperking.

Vooraf mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafden hebben het steeds moeilijker gekregen door alle veranderingen en de eisen die aan hen worden gesteld. Onder deze groepen is de vraag naar zorg dan ook vooral toegenomen.

#### 4.5.5 Extramurale behandeling naar Zvw in 2020

In het Capaciteitsplan 2016 is aangegeven dat de overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw zeker tot 2018 zou duren. Inmiddels heeft de minister besloten de bekostiging van 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke groepen in de eerste lijn', ofwel de extramurale behandeling, per 1 januari 2020 op te nemen in de Zvw.<sup>73</sup> Tot die tijd geldt de 'subsidieregeling extramurale behandeling', die in de afgelopen jaren de nodige verbetering heeft ondergaan. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld extramuraal wonende mensen met een verstandelijke handicap naar een AVG verwijzen. Er zijn eind 2019 in Nederland 77 poliklinieken voor zorg aan verstandelijk gehandicapten.<sup>74</sup> Met ingang van 2019 zijn tariefsverhogingen en regelversoepelingen ingevoerd voor de extramurale behandeling en modulaire zorg door AVG, zodat op dit gebied ook meer maatwerk mogelijk

<sup>70</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 24 juli). *Brief 'Instroom AVG 2019'*. Den Haag: Auteur.

<sup>71</sup> Kwartaalrapportages CIZ geraadpleegd op <https://www.ciz.nl/over-ciz/meer-informatie/archief-feiten-en-cijfers>

<sup>72</sup> Woittiez, I., Eggink, E., Putman, L., & Ras, M. (2018). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in internationaal perspectief: Een verkenning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

<sup>73</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief 'Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patiëntgroepen>

<sup>74</sup> Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (2019). *Lijst met poliklinieken*. Geraadpleegd op 21 november 2019 op <https://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart/>

wordt.<sup>75,76</sup> Het wegvallen van financiële belemmeringen zal de extramurale inzet van de AVG naar verwachting aanzienlijk vereenvoudigen. Dat de kosten van deze zorg mee gaan tellen voor het eigen risico kan voor cliënten echter een drempel zijn om gebruik te maken van deze zorg.<sup>77</sup>

#### 4.5.6 Nieuwe richtlijn ten behoeve van volwassenen met downsyndroom

Voor het opzetten van een richtlijn voor de medische begeleiding van volwassenen met het syndroom van Down is in 2018 door ZonMW subsidie toegekend.<sup>78</sup> De richtlijn moet binnen 2 jaar klaar zijn. Een van de doelstellingen van deze richtlijn is het ontwikkelen van een multidisciplinaire polikliniek voor volwassenen met downsyndroom in opvolging van de kinderopklinik. Het zal aan de AVG zijn de nieuwe richtlijn te implementeren. Dit betekent dat AVG de coördinatie van complexe medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in multidisciplinaire poliklinieken op zich nemen. Verbeterde toegang tot zorg voor volwassen verstandelijk gehandicapten kan de vraag naar de AVG doen toenemen.

#### 4.5.7 Parameterwaarden sociaal-culturele ontwikkelingen hoger dan in 2016

Maatschappelijke ontwikkelingen zorgen voor een toenemende vraag naar zorg van de AVG door verstandelijk gehandicapten. Dit stond al in het Capaciteitsplan 2016. De jaarlijkse groei werd destijds nog iets te voorzichtig ingeschat: op +1% tot +3%. In het tussentijds advies van 2018 zijn deze waarden bijgesteld naar +4% tot +8%. Inmiddels is de groei van het aantal intramurale indicaties afgenomen tot rond de 3%. De zorg voor thuiswonende LVB en zwakbegaafden is echter een groeiende groep. Verder zullen naar verwachting de extramurale inzet en de vraag naar AVG in de poliklinieken toenemen. Daarom is besloten de minimumwaarde van de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen te verhogen. De nieuwe parameterwaarden komen daarmee uit op **minimaal +5% tot maximaal +8% jaarlijkse groei**.

<sup>75</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 - BR/REG-19120*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_242529\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/)

<sup>76</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Informatiekaart beleid en regels voor de langdurige zorg 2019*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_245618\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245618_22/1/)

<sup>77</sup> Veldman, D., Soffer, I., & Laterveer, M. (2019, 14 juni). *Algemeen Overleg Pakketbeheer 26 juni* [Brief aan Tweede Kamer]. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, leder(in), LOC Zeggenschap in zorg.

<sup>78</sup> Coppus, T. (2018). Richtlijnen voor de medische begeleiding van volwassenen met het Downsyndroom: Een multidisciplinaire aanpak, een taak voor de AVG! *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 36(2), 57-59.

#### 4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 9 staan de parameterwaarden voor de zorgvraag die in deze raming worden gehanteerd. Ter vergelijking toont de tabel de gehanteerde waarden in de Capaciteitsplannen 2013 en 2016 en het tussentijds advies uit 2018.

**Tabel 9: Parameterwaarden zorgvraag**

Parameter	Capaciteitsplan			
	2013	2016	2018*	2021-2024
Demografie				
5 jaar	2,5%	2,6%	2,6%	1,2%
10 jaar	5%	3,2%	3,2%	0,8%
15 jaar	7,5%	2,6%	2,6%	-0,1%
20 jaar	10%	1,7%	1,7%	-0,7%
Epidemiologie	+0,1% tot +0,2%	+0,1% tot +0,2%	+0,1% tot +0,2%	+0,1% tot +0,2%
Sociaal-cultureel	+0,5% tot +1,5%	+1% tot +3%	+4% tot +8%	+5% tot +8%
Onvervulde vraag	+13% tot +17%	+6% tot +12%	+7% tot +13%	+20% tot +26%

\*Tussentijds advies



## 5 Zorgaanbod

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de huidige beroepsgroep AVG beschreven. Op basis van deze samenstelling en andere beschikbare gegevens heeft het Capaciteitsorgaan een verwachting over de ontwikkeling van de capaciteit aan AVG in de toekomst. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van een daarvoor ingesteld register. In 2002 is het beroepsregister AVG opengesteld door de toenmalige Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC). Sinds 1 januari 2013 zijn de registratiegegevens opgenomen in het Register Geneeskundig Specialisten (RGS).

Andere gegevens zijn verzameld door analyse van andere datacollecties, zoals bestanden van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), onderzoeken van Prismant en Nivel en/of navraag bij deskundigen. Deze geven een indicatie van bijvoorbeeld het percentage werkende AVG of de verwachte pensioenleeftijd.

### 5.2 Omvang beroepsgroep

Onderstaande paragrafen beschrijven hoe de aantallen geregistreerde en werkzame AVG zich ontwikkelen en hoe de verdeling naar leeftijd en geslacht is.

#### 5.2.1 Aantal geregistreerde AVG

Tabel 10 laat zien dat er op 1 januari 2019 251 AVG ingeschreven staan in het register. Het aantal geregistreerde AVG per 1 januari 2009 bedroeg 166. Dit is een groei van 85 specialisten in 10 jaar, een toename van 51%.

Tabel 10: Aantal en geslacht geregistreerde AVG per 1 januari\*

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal	166	174	182	184	200	206	214	228	230	240	251
Index 2009	100	105	110	111	120	124	129	137	139	145	151
% vrouwen	64%	65%	67%	70%	73%	72%	73%	74%	76%	77%	78%

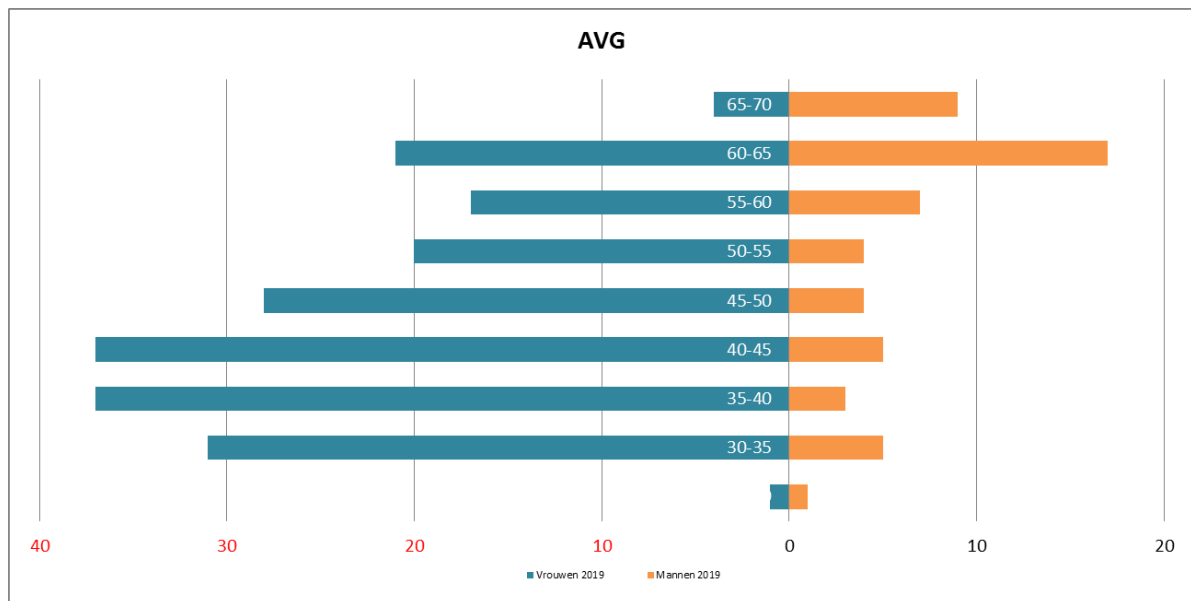
Bron: RGS, 10 januari 2019 | \*daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

De groeipercentages fluctueren door de jaren heen vanwege schommelingen in het saldo van de in- en uitstroom van geregistreerde AVG. Zie paragraaf 5.4 en 5.5.1. De jaarlijkse groei van de beroepsgroep verloopt gestaag en ligt de laatste jaren rond de 4%. Het percentage vrouwelijke AVG blijft langzaam stijgen en ligt per 1 januari 2019 op 78%. Dit hoge percentage illustreert de 'feminisering' die gaande is in het beroep. Afgaande op de ontwikkeling van het percentage vrouwen bij de aios (momenteel 84%) heeft de feminisering haar grens nog niet bereikt. Voor de huidige raming is de **parameter percentage werkzame vrouwelijke AVG gesteld op 78% en het percentage werkende mannen op 22%**.

### 5.2.2 Verdeling geregistreeerde AVG naar leeftijd en geslacht

In figuur 13 is de opbouw van de groep geregistreeerde AVG naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2019 weergegeven. Bij de groep vrouwelijke AVG bevindt het zwaartepunt zich in de leeftijdsgroepen tussen 30 en 50 jaar. De mannelijke AVG behoren overwegend tot de oudere leeftijdscategorieën.

Figuur 13: Leeftijd- en geslachtsopbouw geregistreeerde AVG per 1 januari 2019\*



Bron: RGS, 8 februari 2019 | \*daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

De groep vrouwen van 25 tot 50 jaar is aanzienlijk groter dan het aantal mannen in die leeftijdsrange. Van de vrouwen is 68% jonger dan 50 jaar, van de mannen is dat ongeveer 33%. Van de mannen is 67% 50 jaar of ouder, van de vrouwen is dit 32%. Het valt te verwachten dat in de komende jaren de uitstroom vanwege pensionering het hoogst zal zijn onder mannelijke AVG. Samen met de toestroom van overwegend jongere vrouwen, zorgt dit voor doorgaande 'feminisering' onder AVG. De gemiddelde leeftijd van de geregistreeerde beroepsgroep AVG ligt per 1 januari 2019 op 47 jaar. Uit gegevens van de RGS blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de AVG sinds 2011 langzaam van 48 naar 47 jaar is gedaald. Het totale aandeel AVG van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 39% van het totale aantal geregistreeerde AVG. In 2016 was dit 45%, in 2013 49% en in 2010 53%. Dit bevestigt de gestage verjonging van de beroepsgroep.

Op basis van dynamische analyses van gegevens over leeftijd en geslacht over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden berekend. De resultaten van die analyse staan in paragraaf 5.5 over de uitstroom uit het vak en in de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk.

### 5.2.3 Aantal werkzame artsen in de verstandelijk gehandicaptengeneeskunde

#### 5.2.3.1 Werkzame AVG

Het aantal in Nederland werkzame artsen is altijd lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag, omdat ze overleden zijn of omdat ze instromen in een ander beroep buiten de verstandelijk gehandicaptengeneeskunde. Dit kan bijvoorbeeld een ander specialisme zijn, een managementfunctie, een baan in de farmaceutische industrie of een functie in de onderwijs- of onderzoeksector. Deze laatstgenoemde functies worden wel meegenomen in de ramingen. AVG in die sector hebben namelijk wel een functie binnen het totale zorgaanbod voor verstandelijk gehandicaptten. Dit soort beroepen wordt ook blijvend ingevuld. De overige categorieën worden niet beschouwd als behorende bij het zorgaanbod van verstandelijk gehandicaptengeneeskunde in Nederland.

De titel AVG kent tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om hun titel te mogen blijven voeren. Sinds 2005 vindt om de 5 jaar herregistratie plaats. Het aantal nog geregistreerde specialisten dat is gestopt met de uitoefening van hun beroep is daarmee beperkt tot diegenen die in de afgelopen 1 tot 5 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

Prismant voert in opdracht van het Capaciteitsorgaan berekeningen uit van het aantal werkzame AVG. Sinds 2010 gebruikt het bureau daarvoor de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. In tabel 11 staan de percentages werkzame AVG ten opzichte van het aantal geregistreerde AVG in de periode 2008 - 2017.

Tabel 11: Percentage werkzame AVG

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
percentage werkzaam	92,59%	96,39%	97,14%	93,41%	100,00%	97,50%	97,09%	100,00%	96,49%	97,83%

Bron: CBS StatLine, 4 maart 2019

Het CBS werkt de data in het SSB ieder jaar bij. De jaarlijkse update is gebaseerd op de actuele gegevens van het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), de Basisregistratie Personen (BRP, voorheen Gemeentelijke Basisadministratie) en de Belastingdienst. De gegevens van het meest recente jaar zijn altijd voorlopig.

Op basis van het gemiddelde van de waarden over deze periode van 10 jaar wordt het **percentage werkzaam** voor de raming 2021-2024 gesteld op **96,84%** van de geregistreerde AVG. Die waarde ligt iets lager dan in de raming in 2016; toen werd uitgegaan van 97,6% werkzame AVG.

De **parameter aantal werkzame AVG** per 1 januari 2019 komt met dit nieuwe percentage uit op **243**.

#### 5.2.3.2 Huisartsen en basisartsen werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg

In zorginstellingen voor verstandelijk gehandicaptten zijn naast AVG o.a. ook huisartsen en basisartsen niet in opleiding tot specialist (anios) in dienstverband werkzaam. De huisartsen bieden daar



huisartsenzorg maar deels ook AVG-zorg. Zie ook hoofdstuk 2 paragraaf 2.2 en hoofdstuk 6 paragraaf 6.5. Een klein aantal van de basisartsen wacht op een opleidingsplaats tot AVG in hun regio of op een andere opleidingsplaats bij een vervolgopleiding van hun voorkeur. Sommige basisartsen hebben al een opleidingsplek maar overbruggen de tijd totdat hun vervolgopleiding start. Anderen maken bewust de keuze om basisarts te blijven.

Tabel 12 laat de gegevens van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) sinds 2007 zien. Hierin zijn gegevens van het BIG-register en het CBS gecombineerd. Deze gegevens worden niet per definitie op hetzelfde moment per kalenderjaar verzameld. Hierdoor heeft de absolute hoogte minder betekenis dan de zichtbare trends. De CBS-gegevens zijn onder meer afkomstig van de Belastingdienst. Om die reden zijn de gegevens over 2017 en 2018 nog niet beschikbaar. De gegevens van het meest recente jaar zijn altijd voorlopig. Verder zijn gegevens van de RGS over het aantal werkzame aios toegevoegd.

**Tabel 12: Aantal en deeltijdfactor in gehandicaptenzorg werkzame huisartsen en basisartsen en aantal aios**

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
aantal werkzame huisartsen	20	20	15	10	15	15	15	10	10	10
deeltijdfactor huisartsen	0,72	0,72	0,73	0,69	0,68	0,69	0,70	0,69	0,71	0,68
aantal werkzame basisartsen (incl. aios)	105	100	145	145	130	125	135	140	120	100
deeltijdfactor basisartsen	0,92	0,92	0,92	0,91	0,91	0,92	0,91	0,91	0,92	0,92
aantal aios AVG	38	43	46	48	47	52	53	55	55	50

Bron: CBS StatLine, 4 maart 2019 en RGS, 20 februari 2018

### Huisartsen

Volgens de laatste gegevens van het CBS zijn er 10 huisartsen met een deeltijdfactor van 0,68, dus 6,8 fte, werkzaam in de gehandicaptenzorg. Uit de gegevens van het CBS kan niet worden opgemaakt in hoeverre deze huisartsen algemene huisartsenzorg leveren of (ook) specialistische AVG-zorg. In voorgaande ramingen werd altijd rekening gehouden met het aantal in de gehandicaptenzorg werkzame huisartsen. Het Capaciteitsorgaan ging er daarbij vanuit dat zij deels AVG-zorg leveren, die op termijn vervangen wordt door geregistreerde AVG. Uit herhaalonderzoek van Prismant in 2018 naar de werkcontext van AVG blijkt dat 20% van de organisaties huisartsen in loondienst hebben, waarvan 13,5 fte alleen huisartsenzorg levert en 2,2 fte huisartsenzorg én AVG-zorg.<sup>79</sup> Opvallend in het onderzoek is dat tussen 2014 en 2018 het aandeel organisaties dat aangeeft dat *alle* zorg wordt geboden door huisartsen en/of basisartsen behoorlijk is gestegen. Het beleid van de beroepsgroep is echter al ettelijke jaren dat de specialistische AVG-zorg wordt geleverd door AVG en de algemeen medische zorg door huisartsen. Dat doet vermoeden dat het bieden van AVG-zorg door huisartsen vooral een manier is om te voorzien in het tekort aan AVG. In dat geval moet het aantal fte huisartsen in de gehandicaptenzorg juist niet als beschikbare AVG-capaciteit worden aangemerkt.

<sup>79</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Gezien bovengenoemde gegevens en ontwikkelingen wordt het aantal werkzame huisartsen in de gehandicaptenzorg niet meer aangemerkt als beschikbare capaciteit aan AVG. Vandaar dat deze buiten de raming wordt gehouden.

### Basisartsen

In de ramingen van 2013 en 2016 is de ingezette capaciteit aan basisartsen buiten beschouwing gelaten. De cijfers van het CBS in tabel 12 tonen aan dat er in de laatste jaren gemiddeld zo'n 120 basisartsen in de gehandicaptenzorg werkzaam zijn. Hierbij moet opgemerkt worden dat aios ook als basisartsen ingeschreven staan in het BIG-register, dat als bron dient voor het CBS. Van de 100 basisartsen die in 2017 in de gehandicaptenzorg werkzaam waren, waren er 50 aios AVG en dus 50 anios. Zie ook tabel 3 in paragraaf 3.3.1. Volgens het herhaalonderzoek naar de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten van Prismant zijn er in 2018 60 basisartsen werkzaam in de sector.<sup>80</sup> De onderzoekers van Prismant constateren dat het aandeel basisartsen (niet in opleiding tot specialist) in de artsenformatie van de onderzochte zorginstellingen is toegenomen in de periode 2010-2018. Prismant benoemt dat deze stijging mogelijk heeft te maken met de verdere positionering van de AVG als specialist in de zorgorganisaties. Daarbij blijven ondersteunende (basis)artsen aanwezig maar wordt tegelijkertijd de echte huisartsenzorg door huisartsen al of niet in loondienst van de instelling geleverd. Ook het aanhoudende tekort aan AVG kan voor instellingen een reden zijn om meer basisartsen in te zetten, als tijdelijke oplossing voor het borgen van de medische zorg. Ook worden basisartsen mogelijk aangenomen in de hoop dat zij geïnteresseerd raken in een opleidingsplaats tot AVG. Het lijkt gezien de stabiliteit van deze gegevens passend om de inzet van basisartsen ook in de huidige en toekomstige ramingen niet mee te rekenen bij het zorgaanbod AVG.

### 5.3 Omvang dienstverband AVG

Tabel 13 toont de ontwikkeling van de deeltijdfactor voor de AVG naar geslacht. Voor de berekeningen zijn gegevens gebruikt uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. In dit bestand zijn alle werkzame AVG geregistreerd op deeltijdfactor. In de tabel is de gemiddelde deeltijdfactor van mannen en vrouwen in de laatste 10 jaar opgenomen. De gegevens uit 2017 zijn het meest recent, maar nog wel voorlopig.

Tabel 13: Deeltijdfactor van AVG per jaar

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Deeltijdfactor mannen	0,96	0,96	0,96	0,94	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,93
Deeltijdfactor vrouwen	0,81	0,83	0,82	0,81	0,80	0,82	0,81	0,82	0,85	0,84
Deeltijdfactor totaal	0,86	0,87	0,87	0,85	0,84	0,85	0,84	0,84	0,87	0,86

Bron: CBS StatLine, 4 maart 2019

De cijfers van het CBS laten zien dat de deeltijdfactor van de mannelijke AVG na 2010 is afgenomen en in 2017 op 0,93 staat. Bij de vrouwen schommelt de deeltijdfactor in de periode 2008-2017 tussen de 0,81 en 0,85.

<sup>80</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Ook Prismant berekende in het herhaalonderzoek naar de werkcontext van de AVG in 2018 de contractomvang van de AVG. De gemiddelde contractomvang van AVG bleek 90% te zijn.<sup>80</sup> Voor de mannen was dit 98% en voor de vrouwen 88%. Deze cijfers liggen hoger dan de berekeningen op basis van de CBS-gegevens. Mogelijk zijn AVG die fulltime werken eerder geneigd deel te nemen aan het onderzoek dan parttime werkenden. Door dergelijke responsbias zouden de cijfers van Prismant tot een overschatting van de deeltijdfactor kunnen leiden. Daarom baseren we de parameterwaarden voor deze raming op de gegevens van het CBS uit 2017. **De parameter gemiddeld fte voor mannen komt uit op 0,93. Voor vrouwen is dit 0,84. De parameter gemiddeld fte totaal is 0,86.** In de raming van 2016 waren deze waarden respectievelijk op 0,92 en 0,82 en 0,85 geschat.

In de raming 2013 werd aangegeven dat de arbeidstijd sinds 2002 mogelijk met 0,03 fte was toegenomen, maar dat er voor die veronderstelling geen definitief bewijs was. Daarom werd toen en ook in 2016 niet uitgegaan van een trendmatige verandering in het gemiddelde fte. Er is geen reden om voor de huidige raming hiervan af te wijken. De **arbeidstijdverandering** is daarom op **0%** gesteld.

## 5.4 Instroom in het vak

Instroom in het beroep van AVG is alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de erkende vervolgopleiding. Instroom van AVG uit het buitenland is niet mogelijk, omdat het specialisme alleen in Nederland bestaat. De inschrijving in het register is daarmee een vrijwel exclusieve weerspiegeling van de resultaten van de opleiding tot AVG. Herintreding is ook mogelijk. In tabel 14 zijn de jaarlijkse nieuwe inschrijvingen in het register van AVG sinds 2009 weergegeven.

**Tabel 14: Aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het specialistenregister**

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inschrijvingen	10	10	11	21	12	14	17	19	16	17

Bron: RGS, 8 februari 2019

Het aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het register weerspiegelt de instroom in de opleiding 3 jaar eerder. Deze is gecorrigeerd voor tussentijdse uitval en tussentijdse verlenging van de opleidingsduur door parttime werken of tijdelijke uitval, bijvoorbeeld door zwangerschap. De instroom van nieuw geregistreerde AVG toont een gestage groei, met pieken in 2012 en 2016. In 2018 waren er 17 nieuwe inschrijvingen.

## 5.5 Uitstroom uit het vak

### 5.5.1 Uitstroom uit het specialistenregister

Uitschrijving uit het register van AVG geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt normaliter eens in de 5 jaar door de AVG aangevraagd bij de RGS.

Om voor volledige herregistratie in aanmerking te komen, dient de AVG gedurende 5 jaar direct voorafgaande aan de vervaldatum van de registratie gemiddeld 16 uur per week als AVG werkzaam te zijn geweest. De minimumeis om voor herregistratie voor een beperkte periode in aanmerking te komen is per 1 januari 2016 aangepast. Als AVG kunnen aantonen dat zij in de 5 jaar direct voorafgaand aan de vervaldatum van de registratie gedurende gemiddeld 8 uur per week als zodanig

werkzaam zijn geweest, kan de herregistratie voor beperkte duur worden hernieuwd, mits aan de overige eisen is voldaan.

AVG moeten verder aantonen dat zij in de voorgaande 5 jaar hebben deelgenomen aan minimaal 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en dat zij ten minste 250 uur avond-, nacht en weekenddiensten hebben verricht. Het laatste is inmiddels opgenomen in het nieuwe besluit geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten.<sup>81</sup> Bij herregistratie op of na 1 januari 2020 gelden naast de bestaande herregistratie-eisen ook de eisen dat AVG voldoende hebben deelgenomen aan regelmatige evaluatie van individueel functioneren en aan externe kwaliteitsevaluatie. Het afronden van het visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging (NVAVG) voldoet daarbij voor deelname aan beide evaluaties.<sup>82</sup>

In tabel 15 zijn de uitschrijvingen uit het register van AVG sinds 2009 weergegeven. De pieken in de uitschrijvingen in 2011 en 2016 worden veroorzaakt door de herregistratietrajecten onder AVG. In 2018 waren er 6 uitschrijvingen.

**Tabel 15: Aantal uitschrijvingen van AVG uit het specialistenregister**

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Uitschrijvingen	1	2	10	5	6	5	3	17	6	6

Bron: RGS, 8 februari 2019

### 5.5.2 Uitstroom van werkzame AVG

Voor de ramingen in de Capaciteitsplannen is een schatting nodig voor de komende 20 jaar van de uitstroom van de nu werkzame artsen. Prismant voerde in opdracht van het Capaciteitsorgaan een analyse uit van gegevens over de uitstroom van werkzame artsen op grond van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. Het CBS onderscheidt in het SSB of medisch geschoolden werkzaam zijn en zo ja waar. De berekeningen hebben plaatsgevonden met een model op basis van de maatwerkbestanden van het CBS. Prismant zorgde voor de bewerking en actualisatie hiervan. Hiermee berekende Prismant de uitstroombeparameters voor de medisch specialisten.<sup>83</sup>

Prismant maakte een raming van de uitstroom voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar, met daarin specifiek aandacht voor pensionering, volgens deze stappen:

1. Berekening van het aantal werkzame AVG naar leeftijd en geslacht.
2. Op basis van de CBS-maatwerkbestanden is vastgesteld wat de uitstroomkans van AVG is geweest tussen 2006 en 2016. Het gaat hier om alle vormen van uitstroom, niet alleen over uitstroom vanwege pensionering. Dit resulteert in een uitstroomkans naar leeftijd en geslacht in tien jaar.

<sup>81</sup> College Geneeskundige Specialismen (2019, 16 januari). *Besluit geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/geneeskunde-voor-verstandelijk-gehandicapten-2.htm>

<sup>82</sup> Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2018, 29 juni). *Brief over nieuwe voorwaarden voor herregistratie per 2020*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistreren/veranderde-herregistratie-eisen-brieven-aan-specialisten-en-profielartsen.htm>

<sup>83</sup> Vandermeulen, L. (2019). *Aantal werkzame specialisten per specialisme en uitstroom van specialisten in de komende 20 jaar: Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.

3. De uitstroomkansen naar leeftijd en geslacht zijn vervolgens toegepast op het aantal werkzame AVG per 1 januari 2019 om de uitstroom tot 2029 te bepalen. Voor het vaststellen van de uitstroom in de daarop volgende periode van 10 jaar zijn de uitstroomkansen opnieuw toegepast op de in 2029 overgebleven groep specialisten.
4. Daarna zijn de berekeningen uitgevoerd voor de tussenliggende periodes van 5 en 15 jaar. Daarbij is rekening gehouden met de logica dat de uitstroomkans toeneemt naarmate men ouder is.
5. Correctie voor de verandering in pensioenintredeleeftijd.
6. Vaststelling van de uitstroompercentages na 5, 10, 15 en 20 jaar, uitgesplitst naar geslacht.

#### 5.5.2.1 Uitstroom naar leeftijd en geslacht

Via het Capaciteitsorgaan heeft Prismant de meest recente cijfers ontvangen van het RGS met het aantal geregistreerde medisch specialisten per 1-1-2019. Er zijn per die datum 251 AVG geregistreerd. Op basis van gegevens van het CBS is het percentage werkzame AVG vastgesteld. Dit percentage werkzame AVG komt uit op 96,84%. Het betreft het 10-jaars gemiddelde. Zie paragraaf 5.2.3.1.

Dit percentage is toegepast op de aantallen geregistreerde AVG om de aantallen werkzamen naar 5-jaars leeftijdscategoriën en geslacht in beeld te brengen. Tabel 16 geeft deze gegevens weer.

**Tabel 16: Aantal geregistreerde en werkzame AVG naar leeftijd en geslacht per 1-1-2019**

Leeftijd	Man	werkzaam	Vrouw	werkzaam
25-30	1	1,0	1	1,0
30-35	5	4,8	31	30,0
35-40	3	2,9	37	35,8
40-45	5	4,8	37	35,8
45-50	4	3,9	28	27,1
50-55	4	3,9	20	19,4
55-60	7	6,8	17	16,5
60-65	17	16,5	21	20,3
65-70	9	8,7	4	3,9
<b>totaal</b>	<b>55</b>	<b>53,3</b>	<b>196</b>	<b>189,8</b>

Bron: RGS, CBS

Op basis van CBS maatwerkbestanden is vastgesteld wat de uitstroomkans van AVG is geweest tussen 2006 en 2016. Deze uitstroomkansen staan vermeld in tabel 17.

**Tabel 17: Uitstroomkansen AVG 2006-2016 naar leeftijd en geslacht**

Leeftijd	Man	Vrouw
25-30	0,0%	0,0%
30-35	0,0%	0,0%
35-40	0,0%	0,0%
40-45	0,0%	0,0%
45-50	0,0%	33,3%
50-55	25,0%	33,3%
55-60	100,0%	100,0%
60-65	100,0%	100,0%
65-70	100,0%	100,0%
totaal	40,0%	38,9%

**Bron: CBS maatwerkbestand, bewerkt door Prismant**

Vervolgens zijn met deze data de stappen 3 tot en met 6 toegepast, zoals beschreven in de vorige paragraaf. Vanuit de CBS-data zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over 10-jaarsperioden (2006-2016) en niet over perioden van 5 jaar. Prismant hanteert daarom de geraamde uitstroom na 10 en 20 jaar als ankerpunten. Op basis van het geraamde uitstroompercentage na 10 jaar is bepaald wat de uitstroom na 5 jaar is. Op basis van het verschil tussen de 10-jaars- en de 20-jaarsuitstroom is berekend wat het uitstroompercentage is na 15 jaar. De resultaten hiervan staan in tabel 18 voor de mannen en tabel 19 voor de vrouwen.

**Tabel 18: Uitstroom werkzame mannelijke AVG per leeftijdscategorie na 5, 10, 15 en 20 jaar**

Mannen Werkzaam	Uitstroom na			
	5 jr	10 jr	15 jr	20 jr
25 /m 29	0	0	0	0
30 t/m 34	0	0	0	0
35 t/m 39	0	0	0	0
40 t/m 44	0	0	0	1
45 t/m 49	0	0	1	4
50 t/m 54	0	1	2	4
55 t/m 59	2	7	7	7
60 t/m 64	8	16	16	16
65 en ouder	4	9	9	9
Totaal	15	33	36	41
Uitstroom-%	28%	62%	67%	77%
<b>idem na correctie pensioen</b>	<b>25%</b>	<b>57%</b>	<b>66%</b>	<b>74%</b>

**Bron: Prismant 2019**

Tabel 19: Uitstroom werkzame vrouwelijke AVG per leeftijdscategorie na 5, 10, 15 en 20 jaar

Vrouwen	Uitstroom na			
	5 jr	10 jr	15 jr	20 jr
<b>Werkzaam</b>				
25 /m 29	0	0	0	0
30 t/m 34	0	0	0	0
35 t/m 39	0	0	3	12
40 t/m 44	0	0	6	12
45 t/m 49	2	9	15	27
50 t/m 54	3	6	13	19
55 t/m 59	5	16	16	16
60 t/m 64	10	20	20	20
65 en ouder	2	4	4	4
Totaal	23	56	78	111
Uitstroom-%	12%	30%	41%	59%
<b>idem na correctie pensioen</b>	<b>11%</b>	<b>26%</b>	<b>38%</b>	<b>53%</b>

Bron: Prismant 2019

### 5.5.2.2 Ontwikkeling pensioenleeftijd

Het is gezien alle ontwikkelingen rond pensionering aannemelijk dat de pensioenleeftijd in 2029 aanmerkelijk hoger zal liggen dan nu, ook al heeft het kabinet in 2019 besloten dat de AOW-leeftijd de komende jaren minder snel zal stijgen dan oorspronkelijk was bepaald.<sup>84,85</sup> De AOW-leeftijd wordt de komende twee jaar vastgezet op 66 jaar en 4 maanden. Daarna stijgt de AOW-leeftijd door naar 67 jaar in 2024. Vanaf 2025 zal de AOW-leeftijd 8 maanden stijgen per jaar dat we gemiddeld langer leven en niet 1 jaar zoals eerst de bedoeling was. De AOW-leeftijd blijft dus gekoppeld aan de levensverwachting maar in mindere mate.

Voor de raming van de uitstroom tot 2029 is uitgegaan van het gegeven dat de pensioenleeftijd toeneemt tot 67 jaar. Dit betekent dat van de leeftijdscategorie 55-59 jaar er in de eerste 10 jaar minder AVG vertrekken omdat zij 2 jaar langer doorwerken. Kijken we naar de situatie over 20 jaar dan geldt hetzelfde voor de groep die nu valt in de leeftijdscategorie 45-49 jaar. Prismant heeft dit in de berekeningen verdisconteerd.

### 5.5.2.3 Raming van uitstroom werkzame AVG de komende jaren

Door de uitstroomcijfers van het specialisme AVG toe te passen op het aantal dat per 1-1-2019 werkzaam was, heeft Prismant berekend welk aandeel 5, 10, 15 en 20 jaar later nog werkzaam is. Tabel 20 geeft samenvattend de verwachting weer voor de uitstroom van AVG in 2019 ten opzichte van 2016. Bij de mannelijke specialisten is de verwachting dat 57% over 10 jaar niet meer in het vak werkzaam is, bij de vrouwelijke AVG is dat 26%. Over 20 jaar betreft het bij de mannen 74% en bij de vrouwen 53%.

<sup>84</sup> Sociale Verzekeringsbank (2019). *AOW-pensioen: Wanneer krijgt u AOW*. Geraadpleegd op 9 mei 2019 op [https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat\\_is\\_de\\_aow/wanneer\\_aow/](https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat_is_de_aow/wanneer_aow/)

<sup>85</sup> Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2019, 5 juni). *Principeakkoord vernieuwing pensioenstelsel*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/05/kamerbrief-principeakkoord-vernieuwing-pensioenstelsel>

Tabel 20: De geraamde uitstroom over 5, 10, 15 en 20 jaar in percentage van thans werkzame AVG

Vertrekkans per periode	Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar	26%	15%	25%	11%
Na 10 jaar	45%	27%	57%	26%
Na 15 jaar	61%	41%	66%	38%
Na 20 jaar	72%	51%	74%	53%

Bron: Prismant 2019

De tabel laat zien dat de vertrekkans per periode ten opzichte van 2016 is veranderd. Bij de mannen is een lichte daling van de vertrekkans te zien na 5 jaar door de stijging van de pensioenleeftijd. In de perioden na 10, 15 en 20 jaar is de vertrekkans ten opzichte van 2016 gestegen, door het grote aandeel oudere mannen. Bij de vrouwen is een daling te zien van de vertrekkans na 5, 10 en 15 jaar, veroorzaakt door de ontwikkelingen in de pensioenleeftijd en een afname van het aandeel 50-plussers. De vertrekkans van vrouwen na 20 jaar is iets gestegen, doordat de groep 45- tot 50-jarigen nu iets groter is dan in 2016.

## 5.6 Extern rendement

Naast de uitstroom door het vertrek van werkzame specialisten is in de ramingen ook rekening gehouden met eventueel toekomstige uitstroom van specialisten die nog op de markt moeten komen: specialisten die momenteel in opleiding zijn of nog in opleiding zullen gaan en in de ramingsperiode afstuderen. Over het algemeen zijn deze artsen jonger dan de zittende artsen. Zij kunnen echter wel besluiten om na hun specialisatie niet in het vak te gaan werken. Om die reden wordt bij de aanstaande generatie specialisten gewerkt met de 'blijfkans' in het vak. Dit wordt het externe rendement genoemd.

In 2018 heeft het Nivel nieuwe berekeningen gemaakt voor het Capaciteitsorgaan.<sup>86</sup> De wijze waarop het toekomstige externe rendement van een opleiding wordt geschat, bestaat uit een aantal stappen. Eerst is per specialisme gekeken naar gegevens van de RGS over alle artsen die 5, 10, 15 en 20 jaar geleden zijn gediplomeerd en toen dus voor het eerst geregistreerd zijn door de RGS. Dit vormt de 100%-basis. De tweede stap is nagaan hoeveel van hen 5, 10 of 15 jaar later nog steeds in het betreffende specialistenregister geregistreerd zijn. Van personen die niet meer geregistreerd zijn, wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn als arts in het betreffende specialisme in Nederland. De derde stap is het aanbrengen van een correctie door te kijken naar het aantal artsen dat inmiddels voor een ander specialisme is ingeschreven of in opleiding is gegaan voor een ander specialisme. Ook van hen wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn als arts in het oorspronkelijke specialisme in Nederland. De vierde stap is het maken van een correctie voor het aantal geregistreerde artsen dat geen woonadres in Nederland heeft. Ook voor hen geldt de veronderstelling dat zij niet meer werkzaam zijn in het betreffende specialisme in Nederland.

<sup>86</sup> Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapt en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.



De laatste stap is het toepassen van een correctie van 1,5% omdat niet iedere arts met een geldige registratie en zonder andere registratie, maar wel met een adres in Nederland, werkzaam is. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat in het algemeen niet 100% van de potentiële werkzame groep daadwerkelijk werkzaam is, maar eerder 98,5%.

Op basis van de voornoemde gegevens en berekeningen ontstaat een beeld van het aandeel artsen dat na 0-4, 5-9, 10-14 of 15-19 jaar na de diplomering werkzaam is in een bepaald specialisme. De gegevens die zo zijn verkregen, zijn daarna nog omgezet naar de stand na 1, 5, 10 en 15 jaar.

De opleiding tot AVG bestaat nog niet lang genoeg om het externe rendement te analyseren op de hierboven beschreven manier. Daarom wordt voor de AVG, net als bij voorgaande ramingen, uitgegaan van het externe rendement dat voor de specialisten ouderengeneeskunde verwacht wordt. De twee specialismen zijn daarvoor voldoende vergelijkbaar. Omdat voor de specialisten ouderengeneeskunde inmiddels een hoger rendement verwacht wordt, is dat dus ook het geval voor de artsen verstandelijk gehandicapt. In tabel 21 zijn de oude en de nieuwe percentages voor het externe rendement weergegeven.

**Tabel 21: Extern rendement voor AVG in percentages**

Extern rendement per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 1 jaar	98%	98%	99,0%	98,8%	98,6%	99,3%
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85,0%	90,5%	88,2%
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%

**Bron: Nivel 2019**

De stand na 1 jaar voor de mannen wordt nu ingeschat op 98,6% werkzaam, tegenover 99,0% in de vorige raming. Dat is dus een beetje lager. Voor de stand na 5 jaar wordt nu een iets hoger rendement verwacht, namelijk 92,2% tegenover 91,7%. Dit is een verschil van +0,5%. Voor de stand na 10 jaar is met 90,5% de verwachting 4,3% hoger dan de vorige keer. Voor de stand na 15 jaar wordt nu een 3,2% hoger rendement verwacht: 87,6% in plaats van 84,4%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van +1,9% voor de mannen: nu 92,2% en toen 90,3%.

Voor de vrouwen wordt voor de stand na 1 jaar voor de huidige raming uitgegaan van 99,3% in plaats van 98,8% rendement. Voor het volgende prognosemoment (na 5 jaar) wordt nu een 1,9% hoger rendement verwacht: 93,5% in plaats van 91,6%. Voor de stand na 10 jaar is het verwachte rendement nu 3,2% hoger en na 15 jaar 5,9% hoger. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van +2,8% voor de vrouwen: nu 91,1% en toen 88,3%.

De nieuwe berekeningen leiden tot een bijstelling van de parameterwaarden voor het externe rendement in deze raming. Het externe rendement van de opleiding tot AVG wordt nu voor zowel de mannen als de vrouwen wat hoger ingeschat dan in de vorige raming. Daarmee zal de benodigde opleidingscapaciteit bij verder ongewijzigde omstandigheden wat lager worden. Echter, de opleiding tot AVG kampt al enkele jaren met onderbenutting van het toegestane aantal opleidingsplaatsen. Te

weinig kandidaten melden zich aan voor de opleiding. Dit zal het effect van een hoger extern rendement op de benodigde opleidingscapaciteit deels of geheel teniet doen.

## 5.7 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2019 bedraagt het percentage mannen en vrouwen onder de 251 geregistreerde AVG respectievelijk **22%** en **78%**. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 84% van de huidige 45 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten (66%).<sup>87</sup> De hoge instroom van nieuwe vrouwelijke AVG in combinatie met de hoge leeftijdsgebonden uitstroom van mannelijke AVG zorgt voor een toenemende feminisering van het beroep.

De deeltijdfactor voor de mannen is ten opzichte van de raming 2016 iets gestegen: van 0,92 fte in 2016 naar **0,93 fte** in 2019. Voor de vrouwen is de deeltijdfactor ook licht gestegen, van 0,82 fte in 2016 naar **0,84 fte** in 2019. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,86 fte**. In het Capaciteitsplan 2016 was dit 0,85 fte.

Het aantal werkzame AVG in 2019 wordt op basis van de SSB-analyse geschat op **96,86%** van 251 geregistreerde AVG oftewel **243** werkzame AVG. Ervan uitgaande dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, is er een capaciteit aan AVG van **208 fte**. Met ingang van deze raming voegen we geen beschikbare capaciteit meer toe vanuit in de gehandicaptenzorgsector werkzame huisartsen, ervan uitgaande dat zij vooral huisartsenzorg bieden of AVG-zorg vanwege tekorten aan AVG. De beroepsgroep beschikt dus in totaal over **208 fte** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2016 werd uitgegaan van 197 fte.

Voor de AVG is een structurele arbeidstijdverandering (ATV) niet waarschijnlijk, omdat zij veelal in loondienst werken. Daarom stelt het Capaciteitsorgaan de parameter arbeidstijdverandering op **0%**.

In tabel 22 en 23 staan de parameterwaarden voor het zorgaanbod die het Capaciteitsorgaan in de raming 2021-2024 hanteert. De tabellen tonen ter vergelijking ook de parameterwaarden uit de Capaciteitsplannen 2013 en 2016.

**Tabel 22: Parameterwaarden zorgaanbod: omvang beroepsgroep**

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Werkzame specialisten	208	237 (incl. 15 huisartsen)	243
Aantal fte	178	197 (incl. 9 fte huisartsen)	208
Gemiddelde fte man	0,96	0,92	0,93
Gemiddelde fte vrouw	0,82	0,82	0,84
Gemiddeld fte totaal	0,87	0,85	0,86
% werkzame vrouwen	70%	74%	78%
% werkzame mannen	30%	26%	22%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%

<sup>87</sup> Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op [https://duo.nl/open\\_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschrevenen/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp](https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschrevenen/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp)

Tabel 23: Parameterwaarden zorgaanbod: uitstroom, extern rendement en instroom buitenland

Parameter	Capaciteitsplan					
	2013		2016		2021-2024	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Uitstroom						
Na 5 jaar	26%	10%	26%	15%	25%	11%
Na 10 jaar	63%	24%	45%	27%	57%	26%
Na 15 jaar	80%	34%	61%	41%	66%	38%
Na 20 jaar	87%	45%	72%	51%	74%	53%
Extern rendement						
Na 1 jaar	98%	98%	99%	98,8%	98,6%	99,3%
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85%	90,5%	88,2%
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%
Instroom buitenland	0		0		0	

## 6 Werkproces

### 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid voor de zorgvraag beschikbare tijd kan toe- of afnemen door bijvoorbeeld verbetering van de efficiency, veranderingen in cliëntgebonden en niet-cliantgebonden tijdsbesteding of verschuiving van taken naar andere zorgprofessionals. Parameters die te maken hebben met het werkproces gelden voor de totale groep werkzame specialisten. In de navolgende hoofdstukken wordt ingegaan op de parameters vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en taakherschikking/substitutie.

### 6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

#### 6.2.1 AVG meer in specialistische rol

In 2010 en in 2014 heeft Prismant (voorheen Kiwa Charity) onderzoek gedaan naar de organisatie van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en de ontwikkeling van het werk van de AVG.<sup>88,89</sup> In 2015 is hieraan een vergelijking toegevoegd van de resultaten van organisaties die zowel aan het onderzoek van 2010 als dat van 2014 hadden deelgenomen.<sup>90</sup> In 2018 is een herhaling van het onderzoek uitgevoerd.<sup>91</sup> Uit dit herhaalde onderzoek blijkt dat de AVG steeds meer de rol krijgt van tweedelijns specialist, terwijl de algemene geneeskundige zorg wordt geleverd door de huisarts. Dit is een trend die in de afgelopen jaren is doorgezet.

AVG besteden ongeveer twee derde van hun tijd aan cliëntgebonden taken. Het grootste deel daarvan, bijna 42%, is indirecte cliëntenzorg, bijvoorbeeld op consultbasis of als medebehandelaar. Van de totaal te besteden tijd is 27% directe cliëntgebonden tijd. In 2010 was deze verhouding vrijwel omgekeerd. In 2014 lagen deze percentages dicht bij elkaar met 31% indirecte cliëntenzorg en 36% directe cliëntenzorg. Wel is tussen 2014 en 2018 het aandeel organisaties dat aangeeft dat alle zorg wordt geboden door huisartsen en/of basisartsen toegenomen. Mogelijk is dit het gevolg van het tekort aan AVG. Ook is er ten opzichte van de resultaten in 2014 een daling in het aandeel organisaties en AVG dat aangeeft vrijwel alleen maar specialistische zorg te bieden. Onder de organisaties is deze daling meer dan onder de AVG. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat het voor zorginstellingen niet zo eenvoudig blijkt om huisartsen aan zich te binden voor de algemene medische zorg in de avonden en weekenden. Voor de dagdiensten lukt dat nog wel, maar het blijkt dat de huisartsposten onvoldoende toegerust zijn voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten en daarom terugverwijzen naar de zorginstellingen en de AVG. De experts uit het werkveld zien echter wel in de praktijk dat de AVG overdag steeds meer zijn specialistische rol uitoefent en geen huisartsenzorg meer biedt. Ook

<sup>88</sup> Bloemendaal, I., Windt, W. van der, Verijdt, F., & Albers, D. (2011). *Medische zorg door Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten: doelgroepen, context en tijdsbesteding. Onderzoek ten behoeve van de raming AVG's 2010*. Utrecht: Kiwa Prismant.

<sup>89</sup> Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.

<sup>90</sup> Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.

<sup>91</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

bevestigen de experts dat AVG steeds vaker cliënten met een complexere zorgbehoefte zien. Deze ontwikkeling wordt in meerdere onderzoeksrapporten benoemd.<sup>92,93,94</sup>

### 6.2.2 Tijd voor onderzoek en onderwijs staat onder druk

Tussen 2010 en 2014 was het aandeel tijd dat AVG besteden aan onderzoek en onderwijs gestegen van 6% naar 9%. Volgens het herhaalonderzoek van Prismant is dit in 2018 teruggelopen tot net onder de 6%. Mogelijk zijn de AVG zo druk met de reguliere werkzaamheden, dat er voor onderzoek en onderwijs minder tijd beschikbaar is. Wanneer de NVAVG prioriteit wil blijven geven aan wetenschappelijk onderzoek en richtlijnontwikkeling, vraagt dit onder de huidige omstandigheden meer AVG-capaciteit.

### 6.2.3 Taakverzwaring door invoering Wet zorg en dwang

De invoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) in 2020 zal AVG naar verwachting meer werk opleveren dan nu onder de Wet Bopz het geval is. Door de veranderde procedures moet men niet alleen meer beoordelings- en toezichttaken uitvoeren voor de eigen instelling, maar ook als extern deskundige voor andere organisaties. Hoe groot de taakverzwaring wordt, is deels nog afhankelijk van het regeringsbesluit of de taken ook door gedragskundigen mogen worden uitgevoerd. Dit zijn gz-psychologen of orthopedagoog-generalisten.<sup>95</sup>

### 6.2.4 Parameterwaarden verhoogd

Vanwege de geschetste ontwikkelingen in de voorgaande paragrafen, zijn de parameterwaarden ten opzichte van 2013 en 2016 naar boven bijgesteld. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen is gesteld op **+ 1,5% als minimale jaarlijkse verandering en + 2,5% als hoogst ingeschatte verandering** in de behoefte aan AVG per jaar. In 2013 en 2016 stonden deze waarden op minimaal +1% en maximaal +2%.

## 6.3 Technologische ontwikkelingen

Voor het Capaciteitsplan 2021-2024 geldt hetzelfde als wat in de Capaciteitsplannen van 2013 en 2016 werd benoemd: er zijn geen specifieke ontwikkelingen in medische technologie voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten die de behoefte aan AVG substantieel beïnvloeden. Wel hoog op de agenda bij belangenverenigingen in de gehandicaptenzorg staan onderwerpen als gegevensuitwisseling via elektronische cliëntendossiers, standaardisatie van informatievoorziening en de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen. Meer hierover staat in de volgende paragraaf over efficiency.

<sup>92</sup> Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse Gehandicaptenzorg 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.

<sup>93</sup> Woittiez, I., Eggink, E., Putman, L., & Ras, M. (2018). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in internationaal perspectief: Een verkenning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

<sup>94</sup> Centrum indicatiestelling zorg (2018). *Kwartaalrapportages Indicatiestelling Wlz 2016, 2017, 2018*. Geraadpleegd op 15 november 2018 op <https://www.ciz.nl/over-ciz/feiten-en-cijfers> en <https://www.ciz.nl/over-ciz/meer-informatie/archief-feiten-en-cijfers>

<sup>95</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 november). *Memorie van toelichting op wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris*. Geraadpleegd op 28 januari 2019 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A35087#activity-2018a05417>

De parameter technologische ontwikkelingen wordt gehandhaafd op de waarden uit 2013 en 2016: **tussen 0% en -0,2%.**

## 6.4 Efficiency

Er zijn factoren die de efficiency van de AVG kunnen verlagen. Dit zijn bijvoorbeeld extra handelingen om cliëntgebonden activiteiten vanuit defensieve geneeskunde te documenteren, dubbel uitgevoerde documentatiesystemen (handmatig én elektronisch), het uitvoeren van 'oneigenlijke', niet bij de functie horende, taken en/of (de)centralisatie van de huisvesting van cliënten. Er zijn ook factoren die de efficiency van de AVG kunnen verhogen. Dit zijn onder meer de vermindering van administratieve lasten en oneigenlijke taken of verbeteringen in de werking en het gebruik van elektronische cliëntendossiers en e-health<sup>96</sup>.

### 6.4.1 Meer administratieve ondersteuning voor AVG

Het herhaalonderzoek naar de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten van Prismant in 2018 laat zien dat AVG in vergelijking met 2014 en 2010 vaker ondersteund worden door een medisch secretariaat en/of een doktersassistent. Van de AVG in het onderzoek kon in 2018 65% rekenen op ondersteuning door een medisch secretariaat en 80% door een doktersassistent. In 2014 lagen deze cijfers op respectievelijk 49% en 58%. Het aantal uren ondersteuning per fte AVG door doktersassistenten en medisch secretariaat is tussen 2014 en 2018 toegenomen van 28,8 uur naar 40,7 uur. Dit levert efficiencywinst op doordat AVG minder belast worden met oneigenlijke administratieve taken.

### 6.4.2 Reistijd naar cliënten is toegenomen

Uit het herhaalonderzoek van Prismant blijkt dat AVG in 2018 gemiddeld 1,7 uur per week besteden aan reistijd voor de directe cliëntenzorg. Dat is meer dan in 2014 (1,15 uur/week) en iets meer dan in 2010 (1,5 uur/week). Mogelijk zijn de AVG meer tijd kwijt aan het bezoeken van cliënten in kleinschalige woonvormen buiten de hoofdlocaties van de zorginstellingen, al dan niet tijdens de ANW-diensten. Organisaties van gehandicaptenzorg bieden namelijk in 2018 minder vaak zorg aan op centrale instellingsterreinen dan in 2014 (68% versus 49%). Het aandeel organisaties met kleinschalige locaties in de wijk is gestegen.

### 6.4.3 Verandering in caseload niet direct te vertalen als efficiencywinst

Het aantal cliënten per fte arts in loondienst van de organisatie noemen we de 'caseload'. De gemiddelde caseload van de AVG is in 2018 berekend op 323 cliënten per fte AVG. De berekening is gedaan over alle cliënten, ongeacht of zij een indicatie met of zonder behandeling hebben. De variatie tussen zorginstellingen in de caseload van de AVG is groot: 167 tot 620 cliënten per fte AVG.

Er zijn veel factoren (organisatorisch en beleidsmatig) die van invloed kunnen zijn op hoeveel cliënten een arts kan behandelen. De berekende caseload kan dan ook niet als een norm gezien worden. Bij de onderzoeken in 2010 en 2014 is de caseload van de AVG op zich niet vastgesteld. Wel is voor die jaren de caseload van alle artsen in loondienst in kaart gebracht: respectievelijk 212 en 211 cliënten per fte arts.<sup>97</sup> In 2018 kwam dit uit op 246 cliënten per fte arts met opnieuw een grote variatie:

<sup>96</sup> E-health is het gebruik van hedendaagse informatie- en communicatietechnologie, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. E-health wordt ook wel digitale zorg genoemd.

<sup>97</sup> Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.

van 127 tot 408.<sup>98</sup> Er lijkt onder de artsen in loondienst dus een verbetering van de efficiency op te treden. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de toegenomen inzet van huisartsen in de wijk voor de algemene huisartsenzorg, zodat de artsen in loondienst meer cliënten specialistisch kunnen behandelen. De onderzoekers plaatsen echter de kanttekening dat de toegenomen caseload ook een uiting kan zijn van de schaarste onder AVG en andere artsen. De hogere caseload kan het gevolg zijn van meer werklast. Bovendien betreft de berekening alle cliënten, met en zonder behandeling. Het blijft daarom de vraag of er voor de AVG op dit vlak werkelijk efficiencywinst heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren.

#### 6.4.4 Administratieve regeldruk hoog; acties voor verbetering zijn ingezet

In 2018 lanceerde het ministerie van VWS in samenspraak met diverse partijen uit de zorgsector het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg'.<sup>99</sup> Het actieplan omvat afspraken die ervoor moeten zorgen dat het aantal administratieve handelingen de komende jaren afneemt. Het doel is dat zorgprofessionals hun tijd daadwerkelijk aan patiëntenzorg kunnen besteden en daarmee weer meer plezier krijgen in hun werk. In 2018 heeft VWS een nulmeting uitgevoerd. Hieruit blijkt dat zorgprofessionals in de gehandicaptenzorg ongeveer 25 procent van hun tijd aan administratieve taken besteden. Zij ervaren dit als belastend, want het gaat ten koste van de directe zorg voor bewoners en cliënten. De zorgprofessionals gaven zelf aan het acceptabel te vinden als zij 14 procent van hun werkbare tijd besteden aan administratie. Periodiek wordt onder zorgverleners onderzocht of en in hoeverre zij een daadwerkelijke afname van de regeldruk ervaren. Een groot deel van de zorgmedewerkers ervaart geen afname in de regeldruk. Dat blijkt uit recente onderzoeken van onder meer het CBS.<sup>100,101</sup> De gehandicaptenzorg lijkt in vergelijking met de andere sectoren de meeste vooruitgang te boeken op het gebied van de standaardisering van informatie-uitwisseling.<sup>100</sup>

#### 6.4.5 E-health vergt tijdsinvestering

Zoals ook in het Capaciteitsplan 2016 is aangehaald, is efficiencywinst voor AVG op termijn onder meer te behalen door het verbeteren van het beheer en de uitwisseling van cliëntgegevens via goedwerkende elektronische cliëntendossiers. Verder kan de implementatie van elektronische toedieningsregistratie (eTDR) het proces rondom medicatietoediening veel veiliger maken en de administratieve lasten aanzienlijk verlagen.<sup>102</sup> Het werken met beeldbellen, telemonitoring en toezichthoudende technieken is in de verstandelijk gehandicaptenzorg tussen 2015 en 2017 met 5 à 10% gestegen.<sup>103</sup> Het ontwikkelen van persoonlijke gezondheidsomgevingen<sup>104</sup> voor cliënten ondersteunt de wens van cliënten (en/of hun naasten) om regie te voeren over hun eigen gezondheid.

<sup>98</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>99</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieplan (Ont)regel de Zorg*. Geraadpleegd op 20 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>

<sup>100</sup> Ictivity (2019). *Dossier ICT - De digitale stand van zaken in de zorg: Een onderzoek naar de visie van zorgmedewerkers op ICT, digitale vooruitgang en administratieve handelingen*. Eindhoven: Auteur.

<sup>101</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>

<sup>102</sup> Huizinga, H., & Bravo Rebollo, T. (2018). *DOING! Digitaal Onbeperkt Informatievoorzieningsverbeteringen Nederlandse Gehandicaptenzorg: iAgenda GHZ*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

<sup>103</sup> Out, K., Swinkels, I., Wouters, M., Sinnige, J., & Veer, A. de (2017). *Het gebruik van eHealth in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Haag: Nivel/Nictiz.

<sup>104</sup> Een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) is een digitale omgeving die een cliënt toegang geeft tot zijn eigen gezondheidsgegevens, die vastgelegd zijn door bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist. Via een pgo heeft een cliënt inzage in



Daarbij helpt het zorgverleners een beter gesprek met hun cliënten te voeren en beter passende zorg te leveren. Al deze punten staan inmiddels hoog op de agenda bij de VGN.<sup>102</sup> De ontwikkeling en implementatie van dergelijke e-health toepassingen lijkt vooralsnog meer inspanning van de betrokkenen te vragen dan dat het directe tijdswinst oplevert.<sup>105</sup>

#### 6.4.6 Parameterwaarden bijgesteld: minder efficiencywinst

De hiervoor beschreven factoren oefenen een verhogende dan wel verlagende invloed uit op de behoefte aan AVG. De toenemende ondersteuning door een medisch secretariaat en doktersassistenten verhoogt de efficiency. De toename in reistijd en het vooralsnog uitblijven van tijdswinst door digitale zorg doen die efficiencywinst echter grotendeels teniet. Daarom worden de parameterwaarden voor efficiency voor het Capaciteitsplan 2021-2024 ten opzichte van 2016 iets bijgesteld. In 2016 stonden deze waarden op -0,2% als minimale en -1,5% als maximale jaarlijkse capaciteitsontwikkeling. Voor de nieuwe raming worden deze waarden gesteld op **minimaal 0,0% tot maximaal -0,5%**.

### 6.5 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft taken die verschuiven van de AVG naar andere medisch opgeleide professionals zoals de huisarts of de basisarts, of verschuiving van taken van deze professionals naar de AVG. Hierdoor wordt er minder of juist meer een beroep gedaan op de AVG.

#### 6.5.1 Overdracht algemeen medische zorg naar huisartsen niet optimaal

Voor thuiswonende of extramuraal wonende verstandelijk gehandicapten is steeds vaker de huisarts het eerste aanspreekpunt voor medische zorg. Ook bij de zorginstellingen wordt in de regel de huisarts ingezet voor de algemeen medische zorg.<sup>106,107,108</sup> Digitale hulpmiddelen zoals de website Naarjehuisarts.nl en kennis-apps voor zorgprofessionals maken dat verstandelijk beperkte cliënten beter voorbereid bij de huisarts komen.<sup>109</sup> Voor huisartsen en andere zorgverleners wordt het zo gemakkelijker om op de juiste manier met verstandelijk gehandicapten te communiceren en de juiste zorg aan hen te leveren. Zij hoeven dan in eerste instantie minder vaak de AVG om advies te vragen. Huisartsen geven echter, net als enkele jaren geleden, aan dat zij niet altijd voldoende toegerust zijn voor

---

gegevens uit meerdere zorgverlenerssystemen tegelijkertijd. De cliënt kan deze gegevens in de pgo zelf gebruiken en er ook eigen gegevens in opslaan.

<sup>105</sup> Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

<sup>106</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging, & Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Handreiking Samenwerking huisarts & AVG*. Geraadpleegd op 9 april 2019 op [https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking\\_huisarts\\_avg\\_2017.pdf](https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking_huisarts_avg_2017.pdf)

<sup>107</sup> Heutmekers, M., & Leusink, G. L. (2018). Mensen met een verstandelijke beperking op huisartsenpost: Meer zorgcontacten, minder urgent. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162, D2570

<sup>108</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>109</sup> Maassen, H. (2018, 14 maart). *Naarjehuisarts.nl: Met beperking naar de dokter* [Webartikel]. Geraadpleegd op 15 november 2018 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/boeken-en-films/media-en-cultuur/naarjehuisarts.nl.htm#reacties>



het omgaan met en de zorg voor verstandelijk gehandicapte patiënten in hun praktijk.<sup>110,111,112</sup> Zij hebben daarbij scholing en ondersteuning nodig. Het herhaalonderzoek van Prismant uit 2018 naar de organisatie van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en de tijdsbesteding van de AVG wijst uit dat de consultfunctie van de AVG is toegenomen.<sup>108</sup> Ditzelfde onderzoek laat echter ook zien dat de verdere overdracht van algemeen medische zorg ('huisartsenzorg') voor verstandelijk gehandicapten van de AVG naar de huisarts problemen ondervindt. Dat blijkt ook uit recente berichtgeving vanuit het veld: De LHV heeft een leidraad opgesteld waarin wordt gesteld dat de algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten die vanwege hun zorgbehoefte in een zorginstelling wonen *niet* valt onder het basisaanbod medische zorg dat een huisarts in de thuissituatie levert.<sup>113</sup> De VGN steunt deze opvatting niet en wijst op het recht van elk mens op algemeen medische zorg en het feit dat de specialistische AVG niet is opgeleid tot huisarts.<sup>114,115,116,117</sup>

### 6.5.2 Extramurale behandeling van cliënten zonder Wlz-indicatie neemt toe

In het Capaciteitsplan 2016 werd aangehaald dat huisartsen problemen ervaren bij het doorsturen van verstandelijk gehandicapte cliënten naar de AVG via de poliklinieken. Dit werd veroorzaakt door de bekostigingssystematiek en volumebeperkingen op de extramurale inzet van AVG.

De declaratiegegevens van Vektis geven inzicht in de ontwikkeling van de extramurale behandelen door de AVG in 2016 en 2017. Zie ook paragraaf 4.2.1.2. Uit de data blijkt dat de totale omvang van de extramurale behandeling in 2016 en 2017 per saldo niet is veranderd. Wel is het extramurale zorggebruik door cliënten met een Wlz-indicatie 'zonder behandeling' gedaald, terwijl de extramurale behandeling voor cliënten zonder Wlz-indicatie is toegenomen. Dit bevestigt het beeld zoals geschetst in paragraaf 4.4. over sociaal-culturele ontwikkelingen: AVG hebben steeds meer thuiswonende (licht) verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden onder behandeling, en cliënten vanuit de forensische en geestelijke gezondheidszorg.

Dat de extramurale behandelen in totaal niet in omvang is toegenomen, heeft mogelijk te maken met de huidige tekorten aan AVG binnen de zorginstellingen. Zowel de intramurale als de extramurale inzet staan onder druk, waarbij de extramurale behandelen wellicht minder prioriteit krijgt. Er zijn geen wachttijdgegevens voor extramurale behandelen bekend, maar vermoedelijk is de vraag groter dan uit de Vektis-gegevens blijkt.

<sup>110</sup> Mastebroek, M. (2017). *Joint efforts and shared responsibilities - Health information exchange in primary care for people with intellectual disabilities* [Proefschrift]. Geraadpleegd op 2 november 2017 op <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/176470/176470.pdf?sequence=1>

<sup>111</sup> Broersen, S. (2017). Huisartsenzorg voor verstandelijk gehandicapten soms lastig. *Medisch Contact*, 43, p. 27.

<sup>112</sup> Bakker-van Gijssel, E. J., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J., Driessen Mareeuw, F. A. van den, Dees, M.K., Assendelft, W. J. J., Schroyenstein Lantman-de Valk, H. M. J. van (2017). Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*, 60(8), 384-386.

<sup>113</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 9 juli). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.

<sup>114</sup> Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019, 30 juli). *Huisartsenzorg voor mensen met een beperking steeds meer in de knel* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <https://www.vgn.nl/artikel/27846>

<sup>115</sup> Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019). Factsheet Toegang tot huisartsenzorg voor mensen met een beperking. Utrecht: Auteur.

<sup>116</sup> Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2019, 30 september). *NVAVG deelt zorgen huisartsenzorg aan mensen met een beperking binnen Wlz-zorg* [Persbericht]. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/10/83.-persbericht-zorgen-over-huisartsenzorg.pdf>

<sup>117</sup> RTL Nieuws (2019, 30 september). *Geen huisarts voor duizenden mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4867136/gehandicaptenzorg-beperking-tekort-huisartsen-manifest-brief>

### 6.5.3 AVG neemt taken over van kinderartsen

Volgens de experts uit de beroepsgroep vindt er steeds vaker overdracht van taken plaats van kinderartsen naar AVG. Dit speelt vooral rond het 18<sup>e</sup> jaar van verstandelijk gehandicapte kinderen, wanneer zij niet meer onder de jeugdwet vallen, maar overgaan naar de Zvw en Wmo of de Wlz. Ook kinderneurologen en kinderrevalidatieartsen verwijzen regelmatig naar de AVG. Voor zorg aan oudere verstandelijk gehandicapten binnen zorginstellingen wordt daarentegen steeds vaker een specialist ouderengeneeskunde ingezet.

### 6.5.4 Meer taken bij AVG vereist capaciteit

Het lijkt erop dat er meer taken naar de AVG toevloeien dan dat de AVG overdoet aan andere medische professionals. Daarom stelt het Capaciteitsorgaan de parameterwaarde voor horizontale substitutie voor het Capaciteitsplan 2021-2024 op **+0,5% tot +1%**. Ook in 2016 werd uitgegaan van deze behoefte aan capaciteitsgroei bij AVG.

## 6.6 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van de AVG naar niet-medisch opgeleide professionals, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

### 6.6.1 Instroom verpleegkundig personeel belemmerd

Uit diverse onderzoeken en berichtgeving uit 2018 en 2019 blijkt dat er zorgen zijn over het grote aantal langdurige vacatures voor zorgmedewerkers, ook in de gehandicaptenzorg.<sup>118,119</sup> De aantrekkelijkheid van het werken in de zorg staat onder druk.<sup>120,121,122,123</sup> De toenemende werkdruk, het aantal administratieve taken, tekorten aan personeel en ongunstige arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden maken dat men niet altijd positief gestemd is over het werk in de (intramurale) zorg. Dit kan de toestroom van (hoger opgeleid) verpleegkundig personeel in de zorg in de weg staan.

### 6.6.2 Inzet VS, PA en verpleegkundigen niet toegenomen

VS en PA kunnen niet-complexe taken overnemen van de AVG, zodat deze zich meer kan richten op de complexe, specialistische zorg en behandeling. Het aandeel organisaties waarin AVG ondersteund worden door verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) of (praktijk)verpleegkundigen is gedaald van 56% in 2014 naar 50% in 2018. Dit blijkt uit het herhaalonderzoek van Prismant

<sup>118</sup> Prismant, & CAOP (2018). AZW Actueel: Actuele ontwikkelingen arbeidsmarkt zorg en welzijn. Geraadpleegd op 27 augustus 2018 op <https://www.azwinfo.nl/documents>

<sup>119</sup> Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse Gehandicaptenzorg 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.

<sup>120</sup> Brinkman, M., Veer, A. J. E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, & Francke, A. L. (2018). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg: Cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.

<sup>121</sup> Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.

<sup>122</sup> Charan, S., & Roders, F. (2018). *Arbeidsmarkt zorg in cijfers: Winnend werven in een krapper wordende arbeidsmarkt*. Rotterdam: Intelligence Group.

<sup>123</sup> Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: Auteur.

naar de werkcontext en de tijdsbesteding van de AVG.<sup>124</sup> Organisaties lijken vooral minder verpleegkundigen in dienst te hebben. Het aantal uren ondersteuning per fte AVG door de praktijkverpleegkundige is volgens de AVG niet veranderd. Volgens de behandeldiensten is dit licht toegenomen. De hoeveelheid ondersteuning ligt gemiddeld rond de 20 uur per fte AVG. Zowel de behandeldiensten als de AVG zelf geven aan dat het aantal uren ondersteuning door VS per fte AVG aanzienlijk is afgenomen. Het daalde van ongeveer 10 naar 5 uur per fte AVG. In het herhaalonderzoek is nu ook de inzet van de PA opgenomen. Dit betreft circa 0,5 uur ondersteuning per fte AVG.

In 2019 voerde Prismant nader onderzoek uit naar de werksetting van VS en PA. Dit was een herhaling van onderzoek uit 2016. Het onderzoek geeft onder meer inzicht in de inzet van deze beroepen in de verstandelijk gehandicaptenzorg.<sup>125, 126</sup> Uit de resultaten blijkt dat er in vergelijking met de voorgaande meting iets minder fte VS werken in de gehandicaptenzorg: 32 fte in 2019 tegen 34 fte in 2016. Van de responderende VS gaf 78% aan dat er een tekort is aan VS in hun werkveld. Van de VS die actief zijn in de gehandicaptenzorg geeft 44% aan dat er werkzaamheden zijn die door de AVG worden gedaan, terwijl die ook door de VS gedaan kunnen worden. Dit percentage is indicatief, vanwege het lage aantal respondenten. Verder geeft 63% van de VS aan dat er klachten/cliëntgroepen zijn, die niet door henzelf maar wel door de geneeskundig specialist worden gezien. Het betreft dan complexe zorg, epilepsie en gedrags- of psychiatrische problematiek. Volgens bijna 65% van de VS werkzaam in de sector zijn er taken die VS wel op zich nemen en AVG niet. Dit betreft vooral kleine kwalen of basishuisartsenzorg. Voor de PA zijn dergelijke gegevens over de inzet in de gehandicaptenzorg niet beschikbaar vanwege het te geringe aantal respondenten vanuit dit werkveld. Waarschijnlijk zijn er minder dan 10 fte PA in de sector werkzaam.<sup>127</sup>

De verticale substitutie binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg staat weliswaar zeer in de belangstelling, maar stagneert op dit moment vanwege gebrek aan tijd, capaciteit en prioriteit bij alle betrokken partijen. Dit blijkt uit onderzoek en veldraadplegingen in het kader van de raming van de opleidingscapaciteit voor VS en PA.<sup>128, 129, 130, 131</sup>

### 6.6.3 Parameterwaarden verticale substitutie ongewijzigd

Voornoemde ontwikkelingen duiden erop dat de mogelijkheden voor verticale substitutie vooralsnog niet substantieel toenemen. De experts uit het veld wijzen er wel op dat de NVAVG in haar

<sup>124</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>125</sup> Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

<sup>126</sup> Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

<sup>127</sup> Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

<sup>128</sup> Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten*. Enschede: Bureau HHM.

<sup>129</sup> Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Gehandicaptenzorg*. Enschede: Bureau HHM.

<sup>130</sup> Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht: Auteur.

<sup>131</sup> Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.

nieuwe visiebepaling een belangrijke rol ziet voor taakherschikking als oplossing bij het heersende tekort aan AVG. Daarom lijkt het redelijk om de parameterwaarden voor verticale substitutie voor het Capaciteitsplan 2021-2024 gelijk te stellen aan die van 2016: **-0,2% als conservatieve waarde tot -0,5% als maximale waarde.**

## 6.7 Conclusie werkproces

Tabel 24 toont de parameters uit het werkproces die in de huidige raming worden gehanteerd. Ter vergelijking zijn de overeenkomstige waarden uit de Capaciteitsplannen van 2013 en 2016 in de tabel opgenomen.

**Tabel 24: Parameterwaarden werkproces AVG sinds 2013**

Parameter	Capaciteitsplan					
	2013		2016		2021-2024	
	Minimaal	Maximaal	Minimaal	Maximaal	Minimaal	Maximaal
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+1%	+2%	+1%	+2%	+1,5%	+2,5%
Technologische ontwikkelingen	0%	-0,2%	0%	-0,2%	0%	-0,2%
Efficiency	-0,5%	-1%	-0,2%	-1,5%	0,0%	-0,5%
Horizontale substitutie	+0,4%	+0,8%	+0,5%	+1%	+0,5%	+1%
Verticale substitutie	-0,2%	-0,4%	-0,2%	-0,5%	-0,2%	-0,5%



## 7 Scenario's

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 3, 4, 5, en 6 staat alle beschikbare informatie over respectievelijk de opleiding, de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. De informatie in de hoofdstukken 3 (opleidingen) en 5 (aanbod) is grotendeels verkregen door raadpleging van databronnen (met name RGS en CBS) en enkele nieuwe onderzoeken door Prismant en Nivel. Deze gegevens zijn geverifieerd door de experts. De informatie in hoofdstuk 4 (ontwikkeling zorgvraag) is gebaseerd op onderzoek door Prismant, prognoses van derden (bijvoorbeeld CBS, RIVM), literatuuronderzoek en inschattingen door de experts. De informatie in hoofdstuk 6 (werkproces) is deels afkomstig van literatuuronderzoek, deels van de experts en deels gebaseerd op nieuw onderzoek. Alle hoofdstukken eindigden met de inschatting van het Capaciteitsorgaan hoe de afzonderlijke parameters (variabelen die bij de raming worden betrokken) zich de komende 5 tot 20 jaar gaan ontwikkelen. Voor sommige parameters is het niet mogelijk de verwachting adequaat te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden gehanteerd: een 'minimale' waarde (conservatieve schatting) en een 'maximale' waarde (extreme schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit; deze leidt tot de kleinste verandering van de zorgvraag. De bijlagen 2 en 3 geven een samenvattend overzicht van de parameterwaarden die uiteindelijk in het rekenmodel zijn gebruikt.

Afhankelijk van welke parameters het Capaciteitsorgaan gebruikt voor de berekening van de opleidingsbehoefte zijn er negen scenario's te onderscheiden. In tabel 25 is per scenario aangegeven welke parameters er een rol in spelen. Zie ook paragraaf 1.4.

De twee scenario's met de arbeidstijdverandering (4 en 5) zijn in dit deelrapport niet uitgewerkt. De waarden van scenario 4 en 5 zijn namelijk gelijk aan die van de voorgaande scenario's 2 en 3, omdat de arbeidstijdverandering voor AVG op 0% is gesteld. Dat is gedaan omdat een structurele arbeidstijdverandering bij de AVG, die veelal in loondienst werken, niet waarschijnlijk is. Scenario 4 en 5 zijn wel terug te vinden in het tabellenboek van Nivel en Prismant. Het tabellenboek is te vinden op de websites van het Capaciteitsorgaan en het Nivel. In de volgende paragrafen worden daarom naast het basisscenario (scenario 0) maar zeven van de negen alternatieve scenario's behandeld.

De opbouw van de scenario's is te zien in tabel 25.

Tabel 25: Gehanteerde parameters per scenario

Parameters/trends	Scenario's									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Vraag</b>										
Onvervulde vraag	-	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+
Demografie	-	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+
Epidemiologie, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Epidemiologie, maximale waarde	-								√-	√+
Sociaal-cultureel, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Sociaal-cultureel, maximale waarde	-								√-	√+
<b>Werkproces</b>										
Vakinhoudelijk, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Vakinhoudelijk, maximale waarde	-								√-	√+
Technologie, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Technologie, maximale waarde	-								√-	√+
Efficiency, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Efficiency, maximale waarde	-								√-	√+
Horizontale substitutie, minimale waarde	-		√-	√+	√-	√+	√-	√+		
Horizontale substitutie, maximale waarde	-								√-	√+
Verticale substitutie, minimale waarde	-						√-	√+		
Verticale substitutie, maximale waarde	-								√-	√+
<b>Aanbod</b>										
Arbeidstijdverandering	-				√-	√+	√-	√+	√-	√+
Huidige instroom in de opleiding	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+	√+

√-: parameter werkt 10 jaar door, tot 2029 (tijdelijke trends)

√+: parameter blijft onbeperkt doorwerken (doorlopende trends)

## 7.2 Basisscenario (0)

Het basisscenario is eigenlijk het theoretische vertrekscenari . In dit scenario wordt de huidige instroom in de opleiding gehanteerd als verwachte toekomstige instroom in de opleiding. Dit scenario focust volledig op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid van een dergelijk scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in de zorgvraag en het werkproces volledig worden genegeerd. Als er geen beleidsimpulsen komen, zal de huidige instroom in de opleiding tot AVG niet hoger of lager worden. Het basisscenario geeft dus weer wat de gevolgen van een beleidsvacu m zullen zijn. Dit scenario wordt in dit deelrapport verder niet gebruikt.

## 7.3 Demografiescenario (1)

Het demografiescenario bevat geen parameters die beleidsgevoelig zijn. Daarom wordt het ook wel het beleidsarme scenario genoemd. Het wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere scenario's. In het demografiescenario wordt de huidige zorgvraag berekend door het huidige aantal fte beroepsbeoefenaren aan te vullen met de huidige onvervulde vraag, gemeten in fte. Dat aantal fte is het uitgangspunt voor de zorgvraag. Dit cijfer wordt vervolgens geëxtrapoleerd op basis van de parameterwaarden die voor demografie zijn berekend. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2024, 2029, 2034 en 2039.

In de ramingen wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaar: 2031 voor de korte termijn en 2037 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang. Het eerste evenwichtsjaar, 2031, wordt immers pas over 12 jaar bereikt. Het advies uit dit deelrapport wordt echter in 2021 pas in de praktijk geïmplementeerd. In 2024, 3 jaar later, worden de eerste AVG van deze lichte ingeschreven in het register. De laatste specialisten die in het eerste evenwichtsjaar 2031 in het register komen, starten in 2028 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2028, oftewel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent het dat de opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2034, ofwel 13 jaar.

De zorgvraag wordt geraamd voor de twee evenwichtsjaar. Vervolgens bepaalt het Capaciteitsorgaan de huidige beschikbare capaciteit aan AVG en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios. Op basis hiervan wordt berekend hoeveel van deze AVG in 2031 en 2037 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2031/2037 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2021.

## 7.4 Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trends (3)

Deze twee scenario's vullen het demografiescenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen gecorrigeerd voor de onvervulde vraag en demografische ontwikkelingen, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Daarbij wordt nu gekeken naar een aantal geschatte parameters in het werkproces: vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Als een parameter twee waardes toegekend heeft gekregen, wordt de minimale (dichtst bij 0% liggende, behoudende) waarde gehanteerd in deze twee scenario's. De trends in het werkproces kunnen na 10 jaar stoppen (scenario 2, met tijdelijke trends) of gedurende



de hele ramingsperiode blijven doorlopen (scenario 3, met doorlopende trends). Onbekend is namelijk of alle parameters gedurende de hele looptijd van de raming zullen blijven doorwerken volgens de inschattingen.

De zorgvraag- en werkprocesparameters zijn gevoelig voor beleidsontwikkelingen. Dit wordt bevestigd door de expertinschattingen voor de AVG. Er was in de afgelopen jaren een duidelijke toename van de vraag naar AVG-zorg vanuit thuiswonende zwakbegaafde en LVB-cliënten en cliënten vanuit de forensische zorg en de ggz. Er wordt een groei van de extramurale behandelen verwacht, nu AVG een zelfstandige betaaltitel krijgen. AVG zien ook steeds meer cliënten met complexere aandoeeningen en krijgen meer werk door de vernieuwde Wzd. De efficiëntie in het werken lijkt bovendien eerder te dalen dan te stijgen. Dit vertaalt zich in verhoogde parameterwaarden voor sociaal-culturele ontwikkelingen (van +1% tot +3% jaarlijkse groei van de zorgvraag in 2016 naar +5% tot +8% in 2019) en voor vakinhoudelijke ontwikkeling (van +1,0% tot +2,0% in 2016 naar +1,5% tot +2,5% in 2019). De parameter efficiency krijgt minder sterke waarden: de waarden uit 2016 van -0,2% tot -1,5% zijn nu bijgesteld naar 0,0% tot -0,5%.

## **7.5 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trends (7)**

In het zesde en het zevende scenario berekent het Capaciteitsorgaan alle zorgvraag- en werkprocesparameters door. Ook het effect van verticale substitutie op de geraamde zorgvraag wordt dus meegenomen: als er taken verschuiven naar lager opgeleide professionals wordt de behoefte aan AVG minder. Dit zijn de meest beleidsrijke scenario's die het Capaciteitsorgaan hanteert. Verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de betrokken beroepsgroepen, de werkgevers, de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten.

Verticale substitutie lijkt binnen de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten geen vlotte opmars te maken, hoewel men bij het aanhoudende tekort aan AVG het belang ervan wel inziet. Het aantal VS dat in de VG-sector werkt, is in vergelijking met enkele jaren geleden iets teruggelopen. Het aantal in het werkveld werkzame PA is nog zeer gering, niet meer dan 10 fte. Het aanhoudende gebrek aan hoger opgeleide verpleegkundigen doet de instroom in de opleidingen tot VS en PA ook geen goed. Daarom hebben de experts de parameter verticale substitutie voor de AVG opnieuw behoudend vastgesteld op -0,2% tot -0,5% per jaar.

## **7.6 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trends (9)**

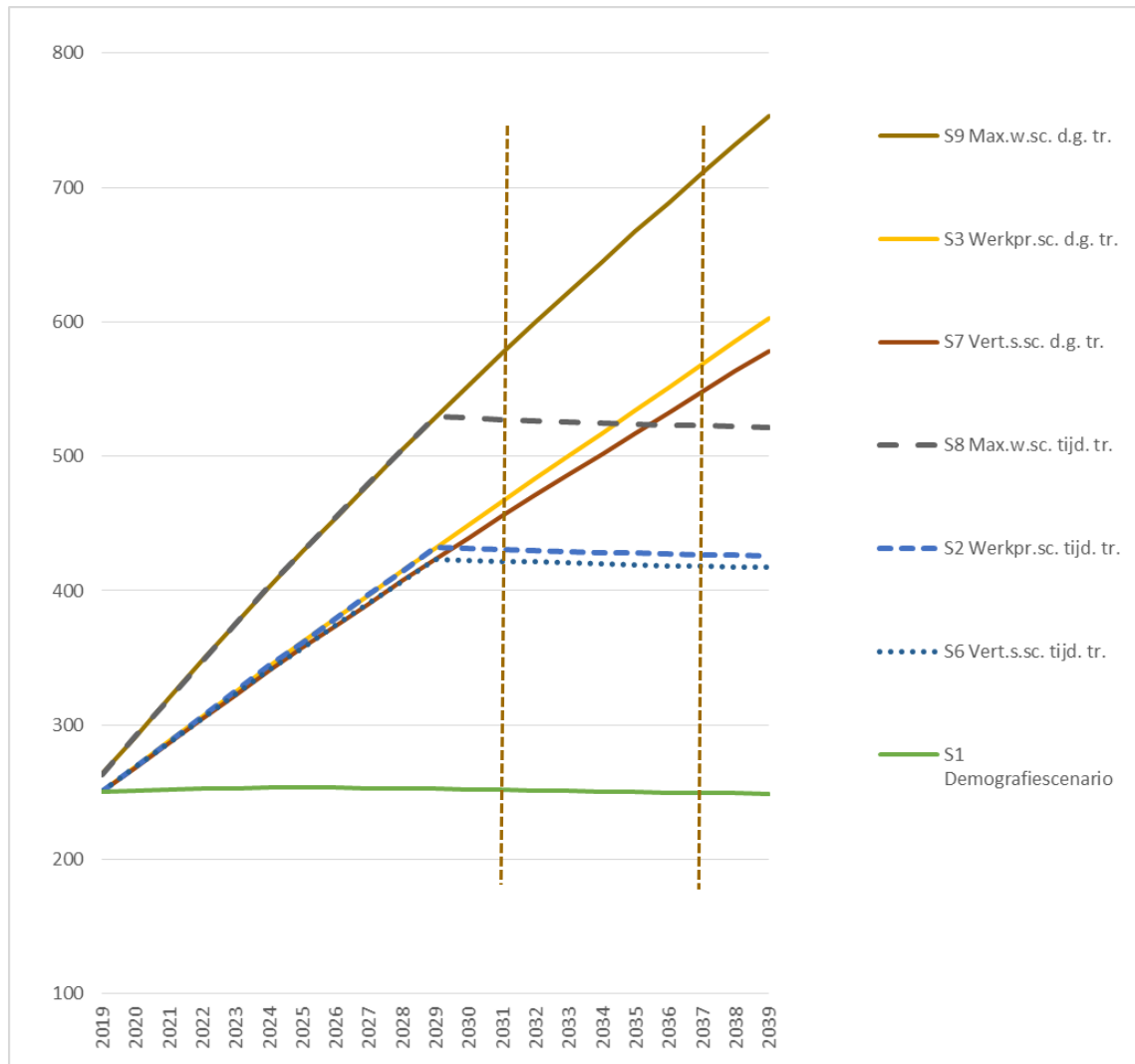
Ten slotte heeft het Capaciteitsorgaan voor de AVG twee scenario's uitgewerkt waarin voor alle parameterwaarden de maximale waarde is gehanteerd. De instroomaantallen die uit deze 'maximale scenario's met tijdelijke of doorgaande trends' volgen, geven informatie aan de beleidsmakers over de maximale bandbreedte die volgens de experts mogelijk is. De kans dat deze scenario's zich in werkelijkheid gaan voordoen - dus de kans dat alle parameters tegelijkertijd, voor de gehele looptijd van de raming, op hun meest extreme waarde zullen doorwerken - is klein.

## **7.7 Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario**

Figuur 14 geeft een voorspelling van de zorgvraag weer volgens de zeven relevante scenario's in de periode 2019 - 2039. De opbouw van de scenario's is cumulatief: bij elk volgend scenario worden

meer parameters betrokken. Beide evenwichtsjaar zijn in de figuur met verticale stippellijnen aangeduid.

**Figuur 14: Zorgvraag in benodigd aantal fte AVG voor 7 scenario's, 2019-2039**



Bron: Nivel 2019

In figuur 14 is te zien dat in het eerste scenario, het demografiescenario (S1), de zorgvraag niet verandert. In dit beleidsarme scenario worden naast de onvervulde vraag alleen de demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen. De zorgvraag is in 2019 251 fte AVG, in 2031 is dat 252 fte en in 2037 250 fte.

In scenario 2 en 3, de werkprocesscenario's, wordt naast met de onvervulde vraag en de demografie ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een aantal parameters uit het werkproces. Er komen bij: epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. Deze toevoeging resulteert in twee lijnen die een veel hogere hellingshoek hebben dan het demografiescenario. Daarbij

breekt de lijn met tijdelijke trend na 10 jaar af (blauwe lijn, S2) en krijgt dan dezelfde hellingshoek als het demografiescenario. De twee werkprocesscenario's leiden tot een verwachte vraag naar AVG van 431 fte (scenario 2 met tijdelijke trends) of 466 fte (scenario 3 met doorgaande trends) in 2031. In 2037 is de zorgvraag respectievelijk 427 fte (S2) en 569 fte (S3).

Arbeidstijdverandering (ATV) is voor de beroepsgroep AVG niet van toepassing. Daarom worden scenario 4 en 5, de scenario's met arbeidstijdverandering, buiten beschouwing gelaten.

Scenario 6 en 7 zijn de verticale substitutiescenario's met tijdelijke en met doorgaande trends. Deze bevatten behalve alle zorgvraag- en werkprocesparameters ook de effecten van verticale substitutie. De zorgvraag komt in deze twee scenario's uit op 422 fte (scenario 6 met tijdelijke trends) en 455 fte (scenario 7 met doorgaande trends) in 2031 en op 418 fte (S6) en 548 fte (S7) in 2037. De zorgvraag ligt in deze scenario's lager dan in de werkprocesscenario's (2 en 3). Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van de verschuiving van taken naar ondersteunende beroepen zoals de VS en PA: hierdoor zullen er minder AVG nodig zijn.

In de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) wordt voor alle parameters in plaats van de conservatieve, minimale waarde de hoogste waarde gebruikt. De voorspelde vraag naar AVG stijgt in 2031 naar 528 fte in het scenario met tijdelijke trends (S8) en naar 577 fte in het scenario met doorgaande trends (S9). In 2037 zal de zorgvraag volgens scenario 8 523 fte bedragen en volgens scenario 9 is dat 711 fte.

Van alle mogelijke scenario's vormen in 2031 een zorgvraag van 252 fte en 577 fte de onder- en bovengrens van de bandbreedte. In 2037 zijn een zorgvraag van 250 fte en 711 fte de twee uitersten. Dit is ook te zien in tabel 26, die de gegevens uit figuur 14 samenvat. Daarbij is naast de geraamde zorgvraag in fte ook het benodigde aantal personen per scenario weergegeven, met de focus op de twee evenwichtsjaar 2031 en 2037.

**Tabel 26: Geraamde zorgvraag AVG in aantal fte en aantal personen per scenario, bij evenwicht te bereiken in 2031 of in 2037**

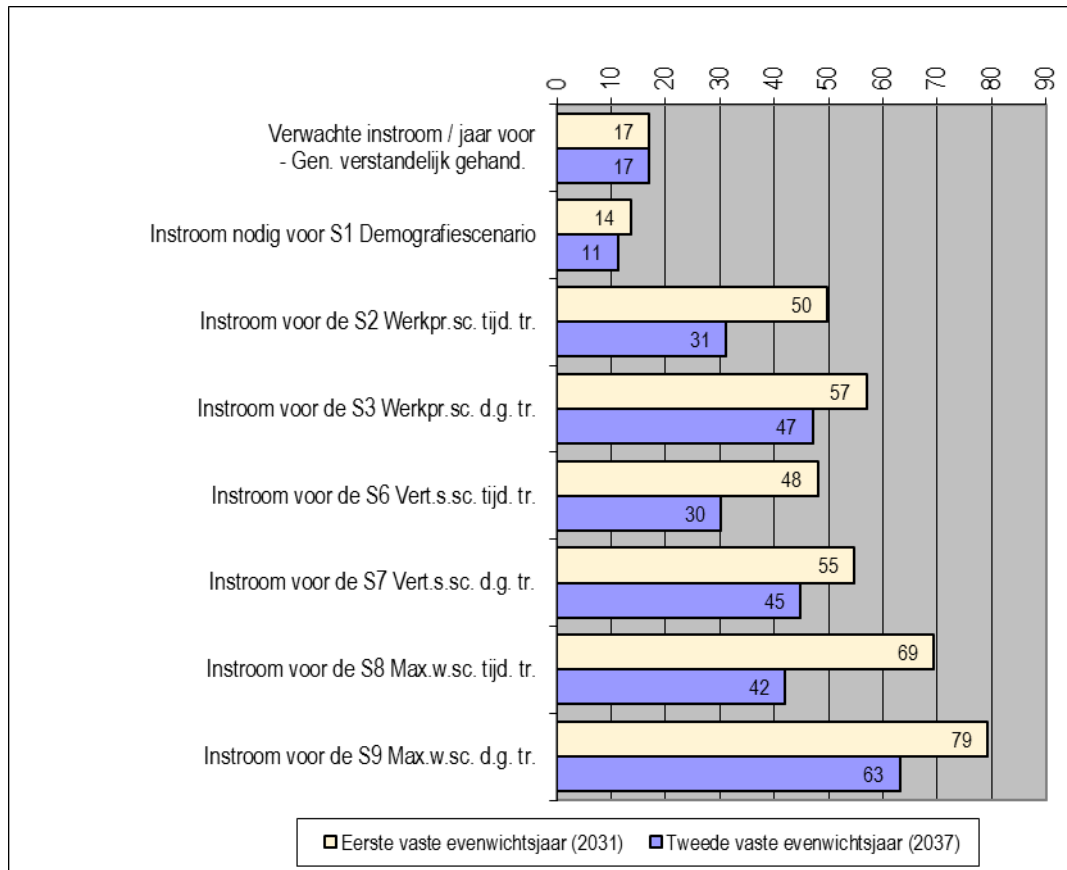
Scenario	Evenwichtsjaar	Benodigd aantal fte		Benodigde personen	
		2031	2037	2031	2037
1: demografiescenario		252 fte	250 fte	295	292
2: werkprocesscenario met tijdelijke trend		431 fte	427 fte	505	500
3: werkprocesscenario met doorlopende trend		466 fte	569 fte	546	666
6: verticale substitutiescenario met tijdelijke trend		422 fte	418 fte	494	490
7: verticale substitutiescenario met doorgaande trend		455 fte	548 fte	533	642
8: maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend		528 fte	523 fte	618	612
9: maximale parameterwaardenscenario met doorlopende trend		577 fte	711 fte	676	832

Bron: Nivel 2019

## 7.8 Benodigde instroom aios AVG per scenario

In figuur 15 wordt grafisch getoond welke instroom aan aios AVG vanaf 2021 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2031 of 2037 in evenwicht te brengen. Uit deze figuur blijkt dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG een bandbreedte heeft van 11 tot 79 aios.

**Figuur 15: Instroom aios AVG vanaf 2021 per scenario voor evenwicht in 2031 of 2037**



Bron: Nivel 2019

Het heeft effect op de geadviseerde instroom of een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2031 of 2037 bereikt moet worden. De periode waarover ingegrepen kan worden, start in 2021. Dan pas kan er een eventuele verandering zijn in de instroom in de opleiding. Als er evenwicht moet zijn in 2031 is 2028 het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2031 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt voor AVG. Keuze voor het evenwichtsjaar 2037 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen.

Uit figuur 15 blijkt dat bij alle scenario's voor het eerdere evenwichtsjaar (2031) een hogere instroom nodig is dan voor evenwicht op de langere termijn (2037), omdat er voor het eerste evenwichtsjaar minder tijd is om bij te sturen. Als er grote verschillen zijn tussen vraag en aanbod op dit moment kan het de voorkeur hebben voor snellere bijsturing te kiezen, al betekent dat een hogere jaarlijkse benodigde instroom. Een langere bijsturingperiode levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten, omdat de benodigde verandering over meer tijd gespreid kan worden.

De gemiddelde instroom over de laatste 3 jaar is 17 aios per jaar. De instroom zou in het beleidsarme demografiescenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de onvervulde vraag) toe kunnen met 14 aios per jaar voor evenwicht in 2031 en 11 voor evenwicht in 2037.

Als gekozen wordt voor werkprocesscenario 2 is een instroom van 31 tot 50 aios AVG nodig, afhankelijk van het gekozen evenwichtsjaar. Werkprocesscenario 2 is het demografiescenario met toevoeging van minimaal ingeschatte epidemiologische, sociaal-culturele factoren en een aantal werkprocesfactoren. Er wordt uitgegaan van het tijdelijk doorwerken van de trends, gedurende 10 jaar.

Werkprocesscenario 3, waarbij de trends voor onbepaalde tijd doorwerken, vraagt voor het bereiken van het evenwicht in 2031 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 57 aios. Als men voor het inlopen van het heersende tekort aan AVG 6 jaar langer de tijd neemt, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 47 aios.

In de volgende twee scenario's, 6 en 7, wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de scenario's 2 en 3. Arbeidstijdverandering is ook toegevoegd, maar de waarde is 0%, dus zonder effect. Dat leidt uiteraard tot een afname van de behoefte aan AVG en daarmee aan de benodigde instroom van aios. Bij het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends, scenario 6, wordt de instroom dan 48 aios bij een evenwicht in 2031 en 30 aios voor een in 2037 te bereiken evenwicht. Indien de trends doorwerken, zoals in scenario 7, komt de benodigde instroom voor een evenwicht in 2031 uit op 55 aios. Voor evenwicht in 2037 is in dit scenario een jaarlijkse instroom van 45 aios nodig.

De twee maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) gaan voor alle beschreven parameters uit van de meest extreme waarde waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trends (8) vraagt om een jaarlijkse instroom van 69 of 42 aios om in 2031 respectievelijk 2037 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij doorgaande trends (scenario 9) zijn voor evenwicht in 2031 79 nieuwe aios per jaar nodig. Bij streven naar evenwicht in 2037 vereist dit scenario een jaarlijkse instroom van 63 aios.

## 8 Overwegingen en advies

### 8.1 Inleiding

Het doel van dit Capaciteitsplan is het berekenen van de benodigde instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot AVG. De raming geeft de beleidsbeslissers inzicht in de mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden. Deze bepalen de bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkeling.

In dit laatste hoofdstuk licht het Capaciteitsorgaan toe welke van de scenario's uit hoofdstuk 7 bepalend zijn voor het advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot AVG met ingang van 2021. De scenariokeuze wordt bepaald door de al ingezette en verwachte beleidsontwikkelingen en trends op dit moment, zoals beschreven in hoofdstuk 3 tot en met 6. In paragraaf 8.2 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke twee scenario's het meest waarschijnlijk zijn. Ten slotte staat in paragraaf 8.3 het advies dat de minister in 2019 ontvangt over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot AVG.

### 8.2 Verticale substitutiescenario en werkprocesscenario meest realistisch

Het Capaciteitsorgaan kiest voor de AVG voor de volgende twee scenario's als meest passende het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (scenario 6) en het werkprocesscenario met doorlopende trends (scenario 3). In deze scenario's worden alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters, bij scenario 6 inclusief verticale substitutie, op hun minimaal ingeschatte waarden doorberekend.

De impact van de wijzigingen in de langdurige zorg en de nadruk op participatie en zelfregie hebben zich in de afgelopen jaren steeds duidelijker afgetekend in de VG-sector. Door ontwikkelingen in overheidsbeleid, de maatschappij, vakinhoud en –uitvoering is de vraag naar AVG toegenomen, zowel intramuraal als extramuraal. De ophanden zijnde verbeteringen in de financiering van de extramurale inzet van AVG, zal deze vraag mogelijk nog opstuwten. De verticale taakherschikking naar beroepen als verpleegkundig specialist en physician assistant is ook in de VG-sector op gang gekomen, maar lijkt momenteel te stagneren door tekorten bij de betreffende beroepsgroepen. Het aanhoudende tekort aan hbo-opgeleid zorgpersoneel beperkt ook het aantal kandidaten voor de opleidingen tot VS en PA en de doorstroom naar deze beroepen.

Het is de vraag of alle trends onveranderd kunnen blijven doorwerken. Daarom stopt in het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends de doorrekening van de trendeffecten na 10 jaar. Het is ook de vraag of verticale substitutie überhaupt een rol van belang kan spelen de komende jaren. Daarom wordt in het werkprocesscenario met doorgaande trends niet gerekend met verticale substitutie. Wel blijven de effecten van alle overige parameters voor onbepaalde tijd doorwerken.

In de gekozen scenario's wordt gerekend met de minimale (behoudende) waarden van alle parameters: de effecten kunnen zich geheel of deels voordoen in de relevante tijdsspanne, maar het is ook mogelijk dat zij helemaal niet in werking treden. De minimale parameterwaarden zijn reële gemiddelden.

Het Capaciteitsorgaan kiest bij beide scenario's voor evenwicht op de korte termijn (2031). Er is nu al een groot tekort aan AVG dat in de komende 5 jaar nog zal toenemen, omdat de instroom in de opleiding de afgelopen jaren is achtergebleven bij wat nodig was. De verticale substitutie lijkt in ontwikkeling te stagneren. Dat betekent dat de inzet van ondersteunende disciplines vooralsnog geen oplossing gaat bieden voor het tekort aan AVG. Er moet dus optimaal ingezet worden op meer opleiden en op een zo snel mogelijke overbrugging van het verschil tussen vraag en aanbod.

### 8.3 Advies instroom

Het Capaciteitsorgaan adviseert de ondergrens van de instroom te bepalen op basis van het **verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (scenario 6)**. Hierin wordt met alle zorgvraag- en werkprocesparameters rekening gehouden, inclusief verticale substitutie. Verder wordt in dit scenario gesteld dat er een grens is aan de duur van sociaal-culturele en werkprocesmatige trends. De effecten van de trends worden daarom na 10 jaar niet meer doorgerekend. Er wordt gestreefd naar evenwicht op de korte termijn (2031). Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **48 aios**. Daarmee kunnen, mits de interesse voor het beroep voldoende toeneemt, op den duur de vele (langdurige) vacatures worden opgevuld.

De bovengrens van dit advies wordt gevormd door het **werkprocesscenario met doorgaande trends (scenario 3)**. Hierin speelt verticale substitutie geen rol, waardoor de benodigde instroom hoger uitkomt. Ook hier wordt gestreefd naar evenwicht op de lange termijn (2037). Het resultaat is een instroomadvies van **57 aios**.

Beide scenario's hebben beduidend hogere instroomadviezen tot gevolg, in vergelijking met het Capaciteitsplan 2016 en het tussentijdse advies uit 2018. De verwachtingen in 2016 over het wegwerken van tekorten en een lagere benodigde instroom, bleken al snel te hoog gespannen. Het tekort aan AVG is in de afgelopen jaren juist verder opgelopen. De instroom in de opleiding zal flink moeten groeien om de kloof tussen vraag en aanbod op termijn te overbruggen. Het nu geadviseerde minimum aantal opleidingsplaatsen is al het dubbele van wat momenteel beschikbaar is. Dit betekent dat op alle fronten alle mogelijke inspanningen gedaan moeten worden.

In overleg met veldpartijen en VWS zal er krachtig campagne gevoerd moeten worden om (basis)artsen te interesseren voor het specialisme AVG. Dit is overigens een opdracht die meer niet-ziekenhuisgebonden specialismen betreft: ook de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde en diverse sociaal geneeskundige opleidingen kampen met een aanhoudend gebrek aan kandidaten. Tevens is het een uitdaging om bij de zorginstellingen voldoende opleiders en praktijkopleiders te vinden voor een grotere groep instromers. Het blijkt vaak moeilijk om voldoende tijd vrij te maken voor de opleidingstaken in nu al onderbezette opleidingspraktijken met overbelaste AVG. Dit kan afbreuk doen aan het doel om een kwalitatief goede en verantwoorde opleiding in te richten.

Verder is het van belang te overwegen of niet alleen in Rotterdam maar op meerdere plaatsen in het land het onderwijsgedeelte van de opleiding tot AVG aangeboden kan worden. Een substantieel aantal beschikbare opleidingsplaatsen is dan wel noodzakelijk. De opgave is dan ook om over voldoende docenten te beschikken.

De experts in de Werkgroep AVG realiseren zich dat het de vraag is of een kleine beroepsgroep als de AVG een grote verhoging van de opleidingscapaciteit in korte tijd kan faciliteren. Tegelijkertijd is de urgentie tot het uitbreiden van de beroepscapaciteit en daarmee van de instroom zeer hoog.

**Het Capaciteitsorgaan adviseert daarom een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2021) van 48 tot 57 aios in de medische vervolgopleiding tot AVG. Daarbij gaat de voorkeur van het Capaciteitsorgaan uit naar een instroom van 57 aios per jaar.**

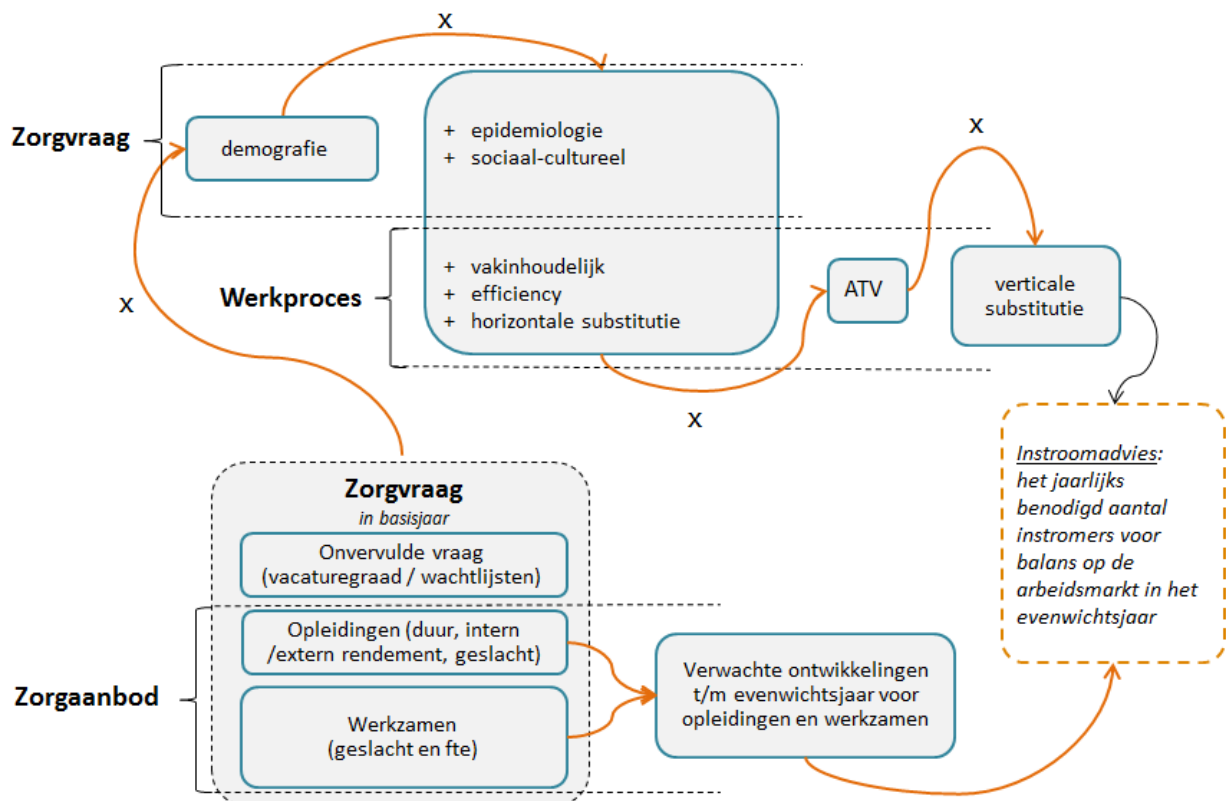




## Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. In dit ramingsmodel worden parameterwaarden doorerekend. Zie bijlagen 2 en 3. Deze parameterwaarden zijn in samenspraak met de Werkgroep Arts voor Verstandelijk Gehandicapten vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit. In bijlage 4 is informatie over de betrokkenen en de procedure opgenomen.

De onderstaande figuur betreft een conceptuele weergave van het ramingsmodel.



## Bijlage 2: Overzicht aannames per parameter 2011 - 2019

Parameter	Capaciteitsplan									
	2011*		2013		2016		2018*		2021-2024**	
<b>Opleiding</b>										
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	15		16		18		18		15	
Instream gemiddeld laatste 3 jaar	16		16		19		19		17	
Instream opleiding laatste jaar	19		20		21		21		15	
% vrouwen in opleiding	90%		90%		87%		87%		84%	
Opleidingsduur	3 jaar		3 jaar		3 jaar		3 jaar		3 jaar	
Opleidingsrendement	89%		89%		89%		89%		87%	
<b>Zorgvraag</b>										
Factor demografie										
Na 5 jaar	2,5%		2,5%		2,6%		2,6%		1,2%	
Na 10 jaar	5%		5%		3,2%		3,2%		0,8%	
Na 15 jaar	7,5%		7,5%		2,6%		2,6%		-0,1%	
Na 20 jaar	10%		10%		1,7%		1,7%		-0,7%	
Factor epidemiologie	+0,1% tot +0,2%		+0,1% tot +0,2%		+0,1% tot +0,2%		+0,1% tot +0,2%		+0,1% tot +0,2%	
Factor sociaal-cultureel	+0,8% tot +1,3%		+0,5% tot +1,5%		+1% tot +3%		+4% tot +8%		+5% tot +8%	
Onvervulde vraag	+8% tot +14%		+13% tot +17%		+6% tot +12%		+7% tot +13%		+20% tot +26%	
<b>Zorgvraag</b>										
Werkzame specialisten	192		208		237		237		243	
Aantal fte's	150		178		197		197		208	
Gemiddelde fte man	0,91		0,96		0,92		0,92		0,93	
Gemiddelde fte vrouw	0,80		0,82		0,82		0,82		0,84	
% werkzame vrouwen	65%		70%		74%		74%		78%	
Arbeidstijdverandering	0%		0%		0%		0%		0%	
Uitstroom	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>
Na 5 jaar	29%	15%	26%	10%	26%	15%	26%	15%	25%	11%
Na 10 jaar	53%	31%	63%	24%	45%	27%	45%	27%	57%	26%
Na 15 jaar	81%	65%	80%	34%	61%	41%	61%	41%	66%	38%
Na 20 jaar	89%	80%	87%	45%	72%	51%	72%	51%	74%	53%
Extern rendement					<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>
Na 1 jaar	98%		98%		99%	98,8%	99%	98,8%	98,6%	99,3%
Na 5 jaar	95%		95%		91,7%	91,6%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%
Na 10 jaar	90%		90%		86,2%	85%	86,2%	85%	90,5%	88,2%
Na 15 jaar	85%		85%		84,4%	77,7%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%
Instream buitenland	0		0		0		0		0	
<b>Werkproces</b>										
Vakinhoudelijk	+0,6% tot +1%		+1% tot +2%		+1% tot +2%		+1% tot +2%		+1,5% tot +2,5%	
Technologie	0% tot -0,2%		0% tot -0,2%		0% tot -0,2%		0% tot -0,2%		0% tot -0,2%	
Efficiency	0%		-0,5% tot -1,0%		-0,2% tot -1,5%		-0,2% tot -1,5%		0% tot -0,5%	
Substitutie horizontaal	0%		+0,4% tot +0,8%		+0,5% tot +1%		+0,5% tot +1%		+0,5% tot +1%	
Substitutie verticaal	0% tot -0,1%		-0,2% tot -0,4%		-0,2% tot -0,5%		-0,2% tot -0,5%		-0,2% tot -0,5%	

\* Tussentijdse adviezen

\*\* Vastgesteld in 2019

## Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Nivel/Prismant

Beroepsgroep: Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
AANBOD IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2019	53	190	243
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2019	22,0%	78,0%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2019	0,930	0,840	0,860
FTE per werkzame persoon in 2024	0,930	0,840	0,856
FTE per werkzame persoon in 2029	0,930	0,840	0,853
FTE per werkzame persoon in 2034	0,930	0,840	0,853
FTE per werkzame persoon in 2039	0,930	0,840	0,854
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2024	25,0%	11,0%	14,1%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2029	57,0%	26,0%	32,8%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2034	66,0%	38,0%	44,2%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2039	74,0%	53,0%	57,6%
VRAAG IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2019	20,0%		26,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2024		1,2%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2029		0,8%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2034		-0,1%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2039		-0,7%	
Verandering per jaar agv epidemiologische ontwikkelingen	0,10%		0,20%
Verandering per jaar agv sociaal-culturele ontwikkelingen	5,00%		8,00%
Verandering per jaar agv vakinhoudelijke ontwikkelingen	1,50%		2,50%
Verandering per jaar agv efficiency (incl. technologie)	0,00%		-0,70%
Verandering agv horizontale taakherschikking	0,50%		1,00%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,20%		-0,50%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2019	2,3	12,7	15,0
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2019	15,6%	84,4%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom tot aan het jaar 2019	3,0	3,0	3,0
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2019	95,5%	95,5%	95,5%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	87,6%	83,6%	84,2%

Beroepsgroep: Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2019 t/m 2020	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2019/2020	2,6	14,4	17,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2019/2020	16%	84,4%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom in 2019/2020	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2019/2020	87,0%	87,0%	87,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	87,6%	83,6%	84,2%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2021	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2021	2,6	14,4	17,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2021	15,6%	84,4%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom vanaf het jaar 2021	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2021	87,0%	87,0%	87,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	87,6%	83,6%	84,2%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2019	0	0	0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Rendement buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

## Bijlage 4: Procedure en betrokken experts

De Werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten heeft dit deelrapport vastgesteld op 17 september 2019. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken op 9 oktober 2019 en formeel vastgesteld op 9 oktober 2019.

De samenstelling van de Werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten was op **17 september 2019** als volgt:

### **Organisaties van beroepsbeoefenaars**

Mw. J.E.T.M. Goorts  
Dhr. A.C. Louisse  
Mw. M. van Remmerden

### **Organisaties van opleidingsinstellingen /opleidingsinstellingen**

Mw. H. Veeren  
Mw. M. Eising

### **Organisaties van zorgverzekeraars**

Dhr. J.J.W.H. Crasborn  
Mw. B. Vermeer

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **9 oktober 2019** als volgt:

### **Organisaties van beroepsbeoefenaars**

Dhr. L.W.P. van der Beek  
Dhr. J.J.M. Dekker  
Dhr. J.P.H. Drenth (vz Dagelijks Bestuur)  
Dhr. R.D. Dutrieux  
Dhr. T. Haasdijk  
Dhr. J.M. van Ingen  
Mw. C. Littooij  
Mw. C. van Mierlo  
Mw. A. Ruhl

### **Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen**

Mw. A.A.H.M. de Bresser  
Mw. F. Haak - van der Lely (lid Dagelijks Bestuur)  
Dhr. H.N. Hagoort  
Dhr. N.G.M. Oerlemans  
Dhr. C.H. Polman  
Mw. L.P. de Rijke  
Mw. E. Thewessen  
Dhr. A.G.J. van der Zee

### **Organisaties van zorgverzekeraars**

Dhr. W. Adema (lid Dagelijks Bestuur)  
Dhr. O. Gerrits  
Dhr. J.W.M.W. Gijzen

## Bijlage 5: Afkortingen en begrippen

De hiernavolgende lijst bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis.

Afkorting/begrip	Betekenis
Aios	Arts in opleiding tot specialist
AVG	Arts(en) voor Verstandelijk Gehandicapten
ATV	Arbeidstijdverandering
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
Bopz	Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBC(-zorgproduct)	Diagnose Behandel Combinatie; een DBC of DBC-zorgproduct bestaat uit alle handelingen van verschillende zorgverleners van het volledige zorgtraject.
ELV	Eerstelijnsverblijf
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
Fte	Fulltime-equivalent
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg, Branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
hbo	Hoger beroepsonderwijs
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVB	Licht verstandelijke beperkt
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MPT	Modulair pakket thuis
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor AVG
Opleidingsinstututen	Onderwijsinstellingen die de opleiding tot AVG verzorgen
PA	Physician Assistant(s)
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
VG	Verstandelijk gehandicapt(en)
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VPT	Volledig pakket thuis
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurig zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket, een term uit de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ). Sinds 1 januari 2015 bestaat de AWBZ niet meer. Het zorgzwaartepakket heet nu zorgprofiel. Een zorgprofiel geeft aan welke zorg cliënten kunnen krijgen als zij een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

## Literatuurlijst

- Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.
- Arvio, M., Salokivi, T., & Bjelogrić-Laakso, N. (2017). Age at death in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 782–785. doi: 10.1111/jar.12269
- Bakker-van Gijssel, E. J., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J., Driessen Mareeuw, F. A. van den, Dees, M.K., Assendelft, W. J. J., Schroyensteen Lantman-de Valk, H. M. J. van (2017). Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*, 60(8), 384-386.
- Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.
- Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.
- Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *De factor demografie voor de benodigde capaciteit aan AVG* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.
- Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.
- Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.
- Bloemendaal, I., Windt, W. van der, Verijdt, F., & Albers, D. (2011). *Medische zorg door Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten: doelgroepen, context en tijdsbesteding. Onderzoek ten behoeve van de raming AVG's 2010*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- Brinkman, M., Veer, A. J. E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, & Francke, A. L. (2018). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg: Cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Broersen, S. (2017). Huisartsenzorg voor verstandelijk gehandicapten soms lastig. *Medisch Contact*, 43, p. 27.
- Brunner, H.G., Gilissen, C., Hahir-Kwa, J.Y., Thung, D.T., Vorst, M. van de, Bon, B.W.M. van, . . . Veltman, J.A. (2014). Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. *Nature*, Vol. 511, pp. 344-347. doi: 10.1038/nature13394
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht: Auteur.
- CBS Statline (2018, 18 december). Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming. Ge raadpleegd op 2 september 2019 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70737ned/table?fromstatweb>



- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). *Vrouwen steeds later moeder*. Geraadpleegd op 26 april 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/05/vrouwen-steeds-later-moeder>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>
- Centrum indicatiestelling zorg (2018). *Kwartaalrapportages Indicatiestelling Wlz 2016, 2017, 2018*. Geraadpleegd op 15 november 2018 op <https://www.ciz.nl/over-ciz/feiten-en-cijfers> en <https://www.ciz.nl/over-ciz/meer-informatie/archief-feiten-en-cijfers>
- Charan, S., & Roders, F. (2018). *Arbeidsmarkt zorg in cijfers: Winnend werven in een krapper wordende arbeidsmarkt*. Rotterdam: Intelligence Group.
- College Geneeskundige Specialismen (2019, 16 januari). *Besluit geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/geneeskunde-voor-verstandelijk-gehandicapten-2.htm>
- Coppus, A. (2017). Comparing generational differences in persons with down syndrome. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(2), 118-123. doi: 10.1111/jppi.12214
- Coppus, T. (2018). Richtlijnen voor de medische begeleiding van volwassenen met het Downsyndroom: Een multidisciplinaire aanpak, een taak voor de AVG! *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 36(2), 57-59.
- Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op [https://duo.nl/open\\_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp](https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp)
- Drenth, J. Ph. (2018, 4 april). *Brief 'Tussentijds advies arts verstandelijk gehandicapten (AVG)'*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Erasmus MC, Afdeling HAG/AVG-opleiding (2019). *Didact 2.0: Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Auteur.
- Glasson, E.; Hussain, R.; Dye, D.; Bittles, A. (2017). Trends in aging for people with down syndrome: A 56-year cohort study in Western Australia. *Innovation in Aging*, 1(1), 1334. doi: 10.1093/geroni/igx004.4892
- Guxens, M., Lubczyńska, M. J., Muetzel, R., Dalmau-Bueno, A., Jaddoe, V. W. V., Hoek, G., ... El Marroun, H. (2018). Air pollution exposure during fetal life, brain morphology, and cognitive function in school-age children. *Biological Psychiatry*. Online voorpublicatie. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.01.016.
- Harripaul, R., Noor, A., Ayub, M., & Vincent, J. B. (2017). The use of Next-Generation Sequencing for research and diagnostics for intellectual disability. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 7, 1-13. doi: 10.1101/cshperspect.a026864
- Hes, F., Nesselrooij, B. van, Verheij, J., & Kievit, A. (2017). Meer mogelijk door gerichte genomdiagnostiek. *Medisch Contact*, 45, 30-33.
- Heutmekers, M., & Leusink, G. L. (2018). Mensen met een verstandelijke beperking op huisartsenpost: Meer zorgcontacten, minder urgent. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162, D2570
- Houwelingen, H. van (2017, 22 september). *Stormloop zwangeren op NIP-test blijft uit*. Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.ad.nl/binnenland/stormloop-zwangeren-op-nip-test-blijft-uit~a0a0e295/>

- Huisman, C. (2017, 22 september). *Zwangere vrouwen hebben weinig interesse in gesubsidieerde NIPT-test*. Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.volkskrant.nl/magazine/zwangere-vrouwen-hebben-weinig-interesse-in-gesubsidieerde-nipt-test~a4518023/>
- Huizinga, H., & Bravo Rebolledo, T. (2018). *DOING! Digitaal Onbeperkt Informatievoorzieningsverbeteringen Nederlandse Gehandicaptenzorg: iAgenda GHZ*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Ictivity (2019). *Dossier ICT - De digitale stand van zaken in de zorg: Een onderzoek naar de visie van zorgmedewerkers op ICT, digitale vooruitgang en administratieve handelingen*. Eindhoven: Auteur.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap*. Geraadpleegd op 26 april 2018 op <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/01/16/jaarrapportage-2016-van-de-wet-afbreking-zwangerschap> en <https://fiom.nl/kenniscollectie/abortus/cijfers-en-feiten>
- Invoering NIPT leidt niet tot meer screening zwangeren (2017, 22 september). Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/22/invoering-nipt-leidt-niet-tot-meer-screening-zwangeren-13128906-a1574486>
- Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten*. Enschede: Bureau HHM.
- Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Gehandicaptenzorg*. Enschede: Bureau HHM.
- Kwartaalrapportages CIZ geraadpleegd op <https://www.ciz.nl/over-ciz/meer-informatie/archief-feiten-en-cijfers>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 9 juli). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, & Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Handreiking Samenwerking huisarts & AVG*. Geraadpleegd op 9 april 2019 op [https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking\\_huisarts\\_avg\\_2017.pdf](https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/handreiking_huisarts_avg_2017.pdf)
- Larsen, F., & Kirkevold, Ø. (2016). The development of life expectancy for people with Down Syndrome in Norway between 1969 and 2050. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(7,8), 693.
- Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.
- Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse Gehandicaptenzorg 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.
- Maassen, H. (2018, 14 maart). *Naarjehuisarts.nl: Met beperking naar de dokter* [Webartikel]. Geraadpleegd op 15 november 2018 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/boeken-en-films/media-en-cultuur/naarjehuisarts.nl.htm#reacties>
- Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <http://healthworkforce.eu>

- Mastebroek, M. (2017). *Joint efforts and shared responsibilities - Health information exchange in primary care for people with intellectual disabilities* [Proefschrift]. Geraadpleegd op 2 november 2017 op <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/176470/176470.pdf?sequence=1>
- McGinley, J. M. (2016). From nonissue to healthcare crisis: A historical review of aging and dying with an intellectual and developmental disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(2), 151–156. doi: 10.1352/1934-9556-54.2.151
- Medisch Contact (2019). *Tekorten aan huisartsen zichtbaar*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/tekorten-aan-huisartsen-zichtbaar.htm>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2019, 5 juni). *Principeakkoord vernieuwing pensioenstelsel*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/05/kamerbrief-principeakkoord-vernieuwing-pensioenstelsel>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 24 juli). *Brief 'Instroom AVG 2019'*. Den Haag: Auteur.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 27 september). *Verdeelplan 2019 zorgopleidingen*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/documenten/publicaties/2019/01/01/verdeelplan-2019-zorgopleidingen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 november). *Memorie van toelichting op wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris*. Geraadpleegd op 28 januari 2019 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A35087#activity-2018a05417>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieplan (Ont)regel de Zorg*. Geraadpleegd op 20 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief 'Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patientgroepen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op 14 mei 2019 op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2019-01-01/>
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2012). *Zorgaanbod van de AVG: Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?* Enschede: Auteur.
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten et al. (2016). *Extramurale behandeling van mensen met verstandelijke beperkingen: Een voorstel voor interdisciplinaire co-morbiditeitsclusters*. Geraadpleegd op 28 november 2017 op <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2016/02/2016-06-Multidisciplinaire-clusters-van-comorbiditeit-extramurale-behandeling.pdf>
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Poliklinieken voor mensen met verstandelijke beperkingen: Voorstellen voor inhoudelijke verbetering van het medisch en multidisciplinair aanbod*. Geraadpleegd op 27 augustus 2019 op <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/03/2017-Eindrapport-Poli-VG-inhoudelijke-kwaliteit.pdf>

- Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (2019). *Lijst met poliklinieken*. Geraadpleegd op 21 november 2019 op <https://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart/>
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2019, 30 september). *NVAVG deelt zorgen huisartsenzorg aan mensen met een beperking binnen Wlz-zorg* [Persbericht]. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/10/83.-persbericht-zorgen-over-huisartsenzorg.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 - BR/REG-19120*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_242529\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/)
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Informatiekaart beleid en regels voor de langdurige zorg 2019*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_245618\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245618_22/1/)
- Ng, N., Flygare Wallén, E., & Ahlström, G. (2017). Mortality patterns and risk among older men and women with intellectual disability: A Swedish national retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17, 269-281. doi 10.1186/s12877-017-0665-3
- O'Leary, L., Cooper, S.-A., & Hughes-McCormack, L. (2018). Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31, 325-342. doi: 10.1111/jar.12417
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Out, K., Swinkels, I., Wouters, M., Sinnige, J., & Veer, A. de (2017). *Het gebruik van eHealth in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Haag: Nivel/Nictiz.
- Peterson, B. S., Rauh, V. A., Bansal, R., Hao, X., Toth, Z., Nati, G., ... Perera F. (2015). Effects of prenatal exposure to air pollutants (polycyclic aromatic hydrocarbons) on the development of brain white matter, cognition, and behavior in later childhood. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 531-540. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.57
- Prismant, & CAOP (2018). *AZW Actueel: Actuele ontwikkelingen arbeidsmarkt zorg en welzijn*. Geraadpleegd op 27 augustus 2018 op <https://www.azwinfo.nl/documents>
- Putter, I. de, Oldenkamp, M., Hulsbosch, L., & Boeije, H. (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap: Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Raz, R., Roberts, A. L., Lyall, K., Hart, J. E., Just, A. C., Laden, F., Weiskopf, M. G. (2015). Autism Spectrum Disorder and particulate matter air pollution before, during, and after pregnancy: A nested case-control analysis within the Nurses' Health Study II cohort. *Environmental Health Perspectives*, 123(3), 264-270. doi: 10.1289/ehp.1408133
- RebelGroup Executives bv. (2017). *Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg: Onderzoek naar de ontwikkeling van het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016*. Rotterdam: Auteur.
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2018, 29 juni). *Brief over nieuwe voorwaarden voor herregistratie per 2020*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistreren/veranderde-herregistratie-eisen-brieven-aan-specialisten-en-profielartsen.htm>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Geraadpleegd op 27 februari 2018 op <https://www.vtv2018.nl/>

- RTL Nieuws (2019, 30 september). Geen huisarts voor duizenden mensen met een beperking. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4867136/gehandicaptenzorg-beperking-tekort-huisartsen-manifest-brief>
- Rzhetsky, A., Bagley, S. C., Wang, K., Lyttle, C. S., Cook, E. H., Altman, R. B., Gibbons, R. D., (2014). Environmental and state-level regulatory factors affect the incidence of autism and intellectual disability. *PLoS Computational Biology*, 10(3), e1003518. doi: 10.1371/journal.pcbi.1003518
- Sadiraj, K., Hoff, S., & Versantvoort, M. (2018). *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schipper, K. (2014). Stand van zaken mensen met een verstandelijke beperking: De feiten op een rij. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158: B1105.
- Sociale Verzekeringsbank (2019). *AOW-pensioen: Wanneer krijgt u AOW*. Geraadpleegd op 9 mei 2019 op [https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat\\_is\\_de\\_aow/wanneer\\_aow/](https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat_is_de_aow/wanneer_aow/)
- Sterke afname aantal baby's met Down in Vlaanderen (2017, 2 november). Geraadpleegd op 26 februari 2018 op <https://www.rtlnieuws.nl/buitenland/sterke-afname-aantal-babys-met-down-in-vlaanderen>
- Stoof, R., & Leegwater, E. (2019). *Input voor ramingen specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten* [Interne notitie]. Zeist: Vektis.
- Tyler Jr., C. V., White-Scott, S., Ekvall, S. M., & Abulafia, L. (2008). Environmental health and developmental disabilities: A life span approach. *Family & Community Health*, 31(4), 287–304.
- Vandermeulen, L. (2019). *Aantal werkzame specialisten per specialisme en uitstroom van specialisten in de komende 20 jaar: Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.
- Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Notitie opleidingsduur voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Resultaten actualisering interne rendement voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Veldman, D., Soffer, I., & Laterveer, M. (2019, 14 juni). *Algemeen Overleg Pakketbeheer 26 juni* [Brief aan Tweede Kamer]. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, leder(in), LOC Zeggenschap in zorg.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019, 30 juli). *Huisartsenzorg voor mensen met een beperking steeds meer in de knel* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <https://www.vgn.nl/artikel/27846>
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019). *Factsheet Toegang tot huisartsenzorg voor mensen met een beperking*. Utrecht: Auteur.
- Vermeulen, D., & Trigt, M. van (2018). De verpleegkundig specialist binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg: Een aanwinst. *Dé Verpleegkundig Specialist*, 4, 25-29. Geraadpleegd op 30 augustus 2019 op <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/de-vs-binnen-de-verstandelijk-gehandicaptenzorg/>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: Auteur.

- Wagemans, A. A., & Bokhoven, M. A. van (2018). Tijdig nadenken over toekomstige zorg: Advance care planning bij mensen met een verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 162(D2512), 42-46.
- Woittiez, I., Eggink, E., Putman, L., & Ras, M. (2018). *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in internationaal perspectief: Een verkenning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische  
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051  
3502 LB Utrecht**

**bezoekadres**  
**Domus Medica**  
**Mercatorlaan 1200**  
**3528 BL Utrecht**

**telefoon**  
**030 200 45 10**

**e-mail**  
**[info@capaciteitsorgaan.nl](mailto:info@capaciteitsorgaan.nl)**  
**[www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl)**