



Capaciteitsplan 2021-2024

Artsen
infectieziektebestrijding
&
Jeugdartsen

Een tussentijds advies

Capaciteitsplan 2021-2024

**Artsen infectieziektebestrijding
&
Jeugdartsen**

Een tussentijds advies

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

Samenvatting	1
Advies	6
1 Inleiding	7
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	8
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	9
1.3 Specifieke aandachtspunten jeugdarts en arts infectieziektebestrijding	10
1.4 Indeling van dit deelrapport	12
1.5 Het rekenmodel voor capaciteitsramingen	13
1.6 Totstandkoming van dit rapport	15
2 Positionering artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding	17
2.1 Inleiding	17
2.1.1 Jeugdgezondheidszorg	17
2.1.2 Infectieziektebestrijding	17
2.2 Ontwikkelingen	18
2.2.1 Jeugdgezondheidszorg	19
2.2.2 Infectieziektebestrijding	21
2.3 Werkgevers	22
2.3.1 Jeugdgezondheidszorg	22
2.3.2 Infectieziektebestrijding	22
2.4 Tekorten	24
2.5 Aanverwante disciplines	25
2.5.1 Aanverwante disciplines jeugdgezondheidszorg	25
2.5.2 Aanverwante disciplines infectieziektebestrijding	27
2.6 Aanverwante medische beroepsgroepen	28
2.6.1 Jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid	28
2.6.2 Arts infectieziektebestrijding	29
2.6.3 Vertrouwensarts	30
2.6.4 Forensisch arts	30
2.6.5 Bedrijfsarts	31
2.6.6 Psychiater	31
2.6.7 Huisarts	32
2.6.8 Kinderarts	32
2.6.9 Arts microbioloog en infectioloog	33
2.6.10 Klinisch Geneeskundig specialist	33
2.6.11 Specialist ouderengeneeskunde	33
2.6.12 Arts verstandelijk gehandicapten	34
3 Opleiding	35
3.1 Inleiding	35
3.2 Huidige opleidingssituatie	35

3.3	Ontwikkelingen opleiding	36
3.4	Realisatie opleidingen	36
3.4.1	Aantal momenteel in opleiding	36
3.4.2	Intern rendement	38
3.4.3	Opleidingsduur	39
3.4.4	Extern rendement	39
3.5	Conclusie: parameters opleiding	40
4	Zorgvraag	43
4.1	Inleiding	43
4.2	Onvervulde vraag	44
4.3	Demografie	44
4.4	Epidemiologie	45
4.4.1	Artsen infectieziektebestrijding	45
4.4.2	Artsen jeugdgezondheid	46
4.5	Sociaal-culturele factoren	47
4.5.1	Artsen infectieziektebestrijding	47
4.5.2	Artsen jeugdgezondheid	48
4.6	Conclusie: parameters zorgvraagontwikkelingen	48
5	Zorgaanbod	51
5.1	Inleiding	51
5.2	Aantal werkzamen	51
5.3	Uitstroom	52
5.4	Conclusie: parameters zorgaanbod	53
5.4.1	Artsen infectieziektebestrijding	53
5.4.2	Artsen Jeugdgezondheid	54
6	Werkproces	55
6.1	Inleiding	55
6.2	Vaktechnische ontwikkelingen	55
6.2.1	Artsen infectieziektebestrijding	55
6.2.2	Artsen jeugdgezondheid	56
6.3	Efficiëntie	56
6.3.1	Artsen infectieziektebestrijding	57
6.3.2	Artsen jeugdgezondheid	57
6.4	Horizontale substitutie	57
6.4.1	Artsen infectieziektebestrijding	58
6.4.2	Artsen jeugdgezondheid	58
6.5	Verticale substitutie	58
6.5.1	Artsen infectieziektebestrijding	59
6.5.2	Artsen jeugdgezondheid	59
6.6	Arbeidstijdverandering	60
6.6.1	Artsen infectieziektebestrijding	60
6.6.2	Artsen jeugdgezondheid	60

6.7	Sociaal-cultureel	60
6.7.1	Artsen infectieziektebestrijding	61
6.7.2	Artsen jeugdgezondheid	61
6.8	Conclusie: parameters werkproces	62
7	Scenario's	63
7.1	Inleiding	63
7.2	Scenario's	63
7.2.1	Tijdelijke en doorlopende trend	64
7.2.2	Evenwichtsjaar	64
7.3	Artsen M+G/ infectieziektebestrijding	64
7.3.1	Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar	64
7.3.2	Benodigd aanbod in de komende 20 jaar	65
7.3.3	Conclusie diverse scenario's' arts M+G/ infectieziektebestrijding	66
7.4	Artsen infectieziektebestrijding KNMG	66
7.4.1	Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar	66
7.4.2	Benodigd aanbod in de komende 20 jaar	67
7.4.3	Conclusie diverse scenario's' artsen infectieziektebestrijding KNMG	68
7.5	Artsen M+G/ jeugdgezondheid	68
7.5.1	Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar	68
7.5.2	Benodigd aanbod in de komende 20 jaar	69
7.5.3	Conclusie diverse scenario's' artsen M+G/ Jeugdgezondheid	70
7.6	Jeugdarts KNMG	70
7.6.1	Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar	70
7.6.2	Benodigd aanbod in de komende 20 jaar	71
7.6.3	Conclusie diverse scenario's jeugdartsen KNMG	72
8	Overwegingen en advies	73
8.1	Inleiding	73
8.2	Advies instroom infectieziektebestrijding	73
8.2.1	Arts infectieziektebestrijding KNMG	73
8.2.2	Arts M+G/ infectieziektebestrijding	74
8.3	Advies instroom jeugdgezondheidszorg	74
8.3.1	Jeugdarts KNMG	74
8.3.2	Arts M+G/ jeugdgezondheid	75
8.4	Ten slotte	75
Bijlage 1	Brieven	77
A)	Brandbrief artsen M+G/ jeugdgezondheid	77
B)	Brandbrief Capaciteitstekorten infectieziektenbestrijding	81
C)	Reactie VWS op Brandbrief artsen M+G/ jeugdgezondheid	85
D)	Reactie van VWS op Brandbrief Capaciteitstekorten infectieziektebestrijding	87
E)	Verzoek van VWS aan Capaciteitsorgaan voor tussentijdse raming	89

Bijlage 2:	Betrokken experts	90
Bijlage 3:	Procedure	91
Bijlage 4:	Lijst van afkortingen en begrippen	92

Samenvatting

Jeugdgezondheidszorg

De opleiding tot arts M+G kent twee fasen van 2 jaar. De 1e fase leidt op tot een profielregistratie, de 2e fase is de opleiding tot geneeskundig specialist 'arts Maatschappij en gezondheid', als zodanig geregistreerd in het BIG-register.

Bij de jeugdgezondheidszorg knelt de opleidings situatie op twee manieren. Enerzijds is de verhouding tussen opleidingsplaatsen in de 1^e en de 2^e fase aanzienlijk uit balans, vanwege een verandering in de gewenste verhouding tussen het aantal jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid. Daarbij geldt als extra handicap de beperkte doorstroommogelijkheden van de 1^e naar de 2^e fase. Anderzijds is er de grote uitdaging om de organisatie en invulling van de jeugdgezondheidszorg aan te passen aan de maatschappelijke vraag.

In de Delphi-raadpleging 'jeugdgezondheid' wordt de volgende gezondheidsproblematiek gesignaleerd: Een toename van Infectieziekten & multiresistentie, van visusproblematiek, chronische aandoeningen, leefstijl gerelateerde ziekten en toenemende aandacht voor preventie hiervan. Deze toename is er ook op het vlak van sociale en psychische problematiek: eenzaamheid, stress, prestatiedruk, psychische problematiek en schooluitval onder scholieren.

Ook worden in deze Delphi-raadpleging de volgende sociaal maatschappelijke ontwikkelingen genoemd: Een toenemende diversiteit en sociale ongelijkheid, met een negatief effect vooral voor de lagere sociale klassen en lagere inkomensgroepen, met een toename van bijvoorbeeld eenoudergezinnen en van laaggeletterdheid. Daarnaast is er sprake van een afnemend vertrouwen in de overheid, een toenemend gebruik van internet en nieuwe media, een groeiende mondigheid en een neiging tot problematisering/medicalisering. Verder wordt het onderwijs geconfronteerd met een lerarentekort en heeft moeite om uitvoering te geven aan het bieden van passend onderwijs en het nemen van maatregelen om schoolverzuim tegen te gaan. Dit heeft grote impact op de gezondheid van kinderen. Tenslotte neemt het belang van vroegtijdige signalering en preventie toe, evenals de behoefte aan goede voorlichting en steun hierbij.

Omdat er ook in de jeugdgezondheidszorg een steeds krappere arbeidsmarkt is, bestaat er grote urgentie om opleidingsdoelstellingen voor de jeugdartsen bij te stellen. Vooral het aantal opleidingsplaatsen voor de arts maatschappij en gezondheid/ jeugdgezondheid (arts M+G/ jeugdgezondheid) vraagt om een bijstelling in de verhouding tussen de aantallen artsen M+G/ jeugdgezondheid en jeugdartsen KNMG. Dit gezien het veranderend speelveld in de jeugdgezondheidszorg met een toenemende behoefte aan een breder opgeleide specialist.

Belangstellende jeugdartsen KNMG kunnen niet doorstromen naar de 2^e fase opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid. Dit is schadelijk voor zowel de aantrekkelijkheid als voor het imago van de jeugdgezondheidszorg. Dit geldt niet alleen voor belangstellende jeugdartsen KNMG, maar ook voor (basis-)artsen die zouden kunnen kiezen voor een carrière in de jeugdgezondheidszorg.

Infectieziektebestrijding

De infectieziektebestrijding heeft de laatste tijd volop in de belangstelling gestaan. De COVID-19 epidemie is uitgegroeid tot een crisis van ongekende omvang, met grote gevolgen voor de volksgezondheid, maatschappij en economie. Dit heeft al veel langer spelende knelpunten bij de infectieziektebestrijding uitvergroot en het tekort aan artsen maatschappij en gezondheid/ infectieziektebestrijding (artsen M+G/ infectieziektebestrijding) wordt nu als nog acuter ervaren.

Op zowel de korte als de langere termijn zijn er grote uitdagingen voor de infectieziektebestrijding. Klimaatverandering zorgt voor introductie van nieuwe infectieziekten met grotere kans op een pandemie of grootschalige uitbraak. Vanwege globalisering en een veranderend reisgedrag van mensen en verkeer van dieren en producten komen er steeds meer ziekten in Nederland voor die eerder niet endemisch waren. De aanhoudende dreiging van introductie van nieuwe micro-organismen met pandemische potentie vraagt om een geïntegreerde aanpak van zoönoosen. Dit dient multidisciplinair te gebeuren door infectieziektebestrijding samen met milieukunde (MMK), dierenartsen etc. De dreiging van een pandemie vraagt om meer Public Health expertise¹. Ook de toenemende antibioticaresistentie vraagt om een geïntegreerde aanpak én om meer Public Health expertise.

Sociaal-culturele factoren zorgen voor een toenemende vraag naar artsen M+G/ infectieziektebestrijding. Bij de Delphi-raadpleging infectieziektebestrijding wordt een toename van kwetsbare groepen met weinig gezondheidsvaardigheden gesignaleerd. De trend om langer thuis te wonen leidt tot meer complexe casuïstiek. Ook de multi-etnische samenleving met toenemende sociaal economische verschillen en diverse opvattingen over infectieziekten (bestrijding) en seksueel overdraagbare aandoeningen vragen om een meer geïntegreerde aanpak. Ook zijn als gevolg van de Corona-pandemie burger en politiek kritischer, veeleisender en mogelijk angstiger ten aanzien van infectieziekten en de bestrijding ervan. 'Vaccinatie weerstand' leidt tot toename van 'vaccine preventable diseases' en tot minder steun voor maatregelen uit solidariteit of gemeenschapszin. Er wordt een toename gezien van extreem gedrag enerzijds en anderzijds verminderd besef van risico's, die aanleiding zouden moeten geven tot aanpassing van gedrag. Als het niet goed gaat kijkt men naar de overheid om het op te lossen. Dit leidt tot een grotere adviesvraag over infectieziekten.

Tenslotte is er meer bewustwording van risico's van infectieziekten en een toenemende aandacht voor de verschuiving 'van nazorg naar voorzorg'. Dat is van belang voor een goede gezondheid en om de zorg betaalbaar te houden. Onder meer deze ontwikkelingen vragen dringend om meer (inzet van) artsen M+G/ infectieziektebestrijding.

Tussentijdse raming

Deze tussentijdse raming heeft plaatsgevonden in de dynamische context van sterke maatschappelijke veranderingen en vakinhoudelijke ontwikkelingen, zoals hiervoor beschreven. Deze veranderingen en ontwikkelingen brengen de nodige onzekerheden met zich mee.

¹ Public health is de wetenschap en kunst van het voorkomen van ziekten, het verlengen van het leven en het verbeteren van de kwaliteit van leven door middel van georganiseerde inspanningen en geïnformeerde keuzes van de samenleving, organisaties (publiek en privaat), gemeenschappen en individuen.

De onzekerheden in het vak voor arts maatschappij en gezondheid, versterkt door het uitblijven van implementatie van het landelijk opleidingsplan M+G (LOP-M+G), heeft niet alleen een negatieve invloed op de aantrekkelijkheid van het vak en de daarbij onderscheiden profielen. Ook de ramingen van het Capaciteitsorgaan worden erdoor beïnvloed.²

De tekorten aan jeugdartsen en artsen infectieziektebestrijding zijn niet alleen op te lossen door verhoging van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Immers, al jaren is er een gebrek aan belangstelling voor zowel de profielopleidingen en zijn er knelpunten bij de specialisatieopleiding tot arts M+G. De beroepsgroep kan alleen maar groeien als de daadwerkelijke instroom in de betreffende opleidingen toeneemt, oftewel: de instroomadviezen moeten ook uitgevoerd kunnen worden.

Adequate financiering van de benodigde opleidingsplaatsen is een eerste stap om de structurele tekorten aan te pakken. Daarnaast zijn passende flankerende maatregelen noodzakelijk om tot een hogere instroom te komen. Deze flankerende maatregelen bestaan uit een aantal elementen:

- 1) *Bekendheid van en met het vak.*
Zorg al in het basiscurriculum voor kennismaking met de sociale geneeskunde en de arts M+G. Bied voldoende aantrekkelijke coschappen en verdiepingsstages. Maak werk van serieuze academisering van het vak van de arts M+G.
Bekendheid is een randvoorwaarde om het vak te kunnen omarmen.
- 2) *Perspectieven qua opleiding(-structuur) en erkenning van het beroep.*
Zorg voor een structurele invulling van de financiering van de opleiding tot arts M+G, zodat ook op termijn voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar zijn. Dit en ook een zo spoedig mogelijke implementatie van het LOP-M+G zorgt voor een duidelijk toekomstperspectief voor de geïnteresseerde arts.
- 3) *Aantrekkelijk werk en arbeidsvoorwaarden in lijn met andere geneeskundig specialisten.*
Zorg voor een aantrekkelijk en gedifferentieerd takenpakket dat past bij het competentieprofiel en de specifieke belangstelling van de individuele arts en een daarbij passende salariering.
In vergelijking met andere geneeskundig specialismen blijft de salariering van de gemiddelde arts M+G achter. Ook secundaire arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld de compensatie van diensten buiten kantooruren) zijn voor verbetering vatbaar.
- 4) *Adequate financiering van de sector.*
Zorg voor passende financiële kaders voor de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Zonder financiering die past bij de inhoudelijke en maatschappelijke uitdagingen is er geen ruimte om extra artsen aan te stellen op deze vakgebieden.

² Momenteel worden binnen het specialisme M+G negen profielen onderscheiden, die in de (concept)voorstellen van het College Geneeskundig Specialisten (CGS) vervangen moeten worden door vijf deskundigheidsgebieden. In het huidige opleidingsplan zijn er twee fasen in de opleiding tot arts M+G. De nieuwe opleidingsstructuur gaat uit van een 4-jarige opleiding. Ramingen van het Capaciteitsorgaan gaan normaliter uit van een raming per opleiding. Dat geeft bij 'gekoppelde', maar niet integrale opleidingen, extra complexiteit en onzekerheden in de raming.

5) *Public Health een volwaardige plek in het volksgezondheidsbeleid.*

Meer aandacht en ruimte is nodig voor publieke gezondheidszorg en preventie. Dat betreft zowel de aandacht vanuit de politiek, als de inbedding ervan in het zorgstelsel en de financiering ervan. Daarvoor is niet alleen een duidelijke erkenning van het belang van Public Health noodzakelijk, maar zeker ook een structurele investering in een passende infrastructuur, inclusief de daarbij behorende bemensing.

Kortom, flankerende maatregelen vergroten de kansen om de instroom op een gewenst niveau te krijgen en de tekorten in te lopen. Hiervoor is een gezamenlijke inspanning van betrokken partijen nodig. Alleen dan kunnen tekorten aan jeugdartsen en artsen infectieziektebestrijding worden opgelost.

Er is niet één partij die al deze flankerende maatregelen kan effectueren. Afstemming en gelijkgerichte actie van alle betrokken partijen zoals, beroepsverenigingen, werkgevers, opleidingsinstellingen, gemeenten en verantwoordelijk ministerie, is hiervoor nodig.

Na het uitbrengen van dit advies zal het Capaciteitsorgaan, begin 2022, initiatief nemen om tot een gezamenlijk beraad te komen.

Instroomadvies jeugdgezondheidszorg

Er is al jaren te weinig instroom in de opleiding tot jeugdarts KNMG, terwijl er inmiddels onvoldoende capaciteit is voor de opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid. Dit heeft geleid tot oplopende tekorten. De verandering in de gewenste verhouding tussen het aantal jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid leidt logischerwijze tot een veranderde verhouding in het aantal gewenste opleidingsplaatsen voor deze opleidingen. Op grond daarvan is recent de gehanteerde verhouding tussen basisartsen, jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid losgelaten.

Daarnaast zijn er forse veranderingen in het opleidingslandschap op komst met een nieuw LOP-M+G, waarbij de 2-fasen structuur vervangen wordt door een 4-jarige opleiding. Tenslotte is er een toename van medische problematiek in de doelgroep van de jeugdgezondheidszorg in combinatie met sociaal-culturele ontwikkelingen, die beide leiden tot een toename van de vraag naar jeugdartsen.

Er zijn verschillende scenario's van de capaciteitsramingen doorgerekend. De twee scenario's met *verticale substitutie*³ leiden tot de meest reële inschatting van de benodigde instroom in de opleidingen om tot evenwicht tussen vraag en aanbod te komen.

Gezien de geschetste context en de onzekerheden over ontwikkeling van de trends op korte termijn is voor beide scenario's een *tijdelijke trend*⁴ het meest passend, zowel voor de jeugdarts

³ In het verticale substitutiescenario worden alle zorgvraagparameters, de factor arbeidstijdverandering, de werkprocesparameters en de verticale substitutie doorberekend voor 10 en 20 jaar. Dit is het meest beleidsrijke scenario.

⁴ De trends in het werkproces kunnen 10 jaar na het basisjaar stoppen (tijdelijke trends). De trends kunnen ook gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (doorlopende trends). De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig doorgaan. Sommige eindigen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar.

KNMG als voor de arts M+G/ jeugdgezondheid. Een snelle aanpassing van de verhoudingen tussen de twee beroepsgroepen is gewenst omdat er sprake is van grote en urgente capaciteitsproblemen die liefst zo snel mogelijk opgelost moeten worden. Daarom is er een voorkeur voor het vroege evenwichtsjaar (2033).

Jeugdarts KNMG

Dat leidt, voor het evenwichtsjaar 2033, tot een instroomadvies voor de jeugdarts KNMG van **121** en bij evenwichtsjaar 2039 tot een instroomadvies van jaarlijks **194** artsen in opleiding tot specialist (aios). Hierbij heeft het Capaciteitsorgaan een voorkeur voor een instroom van jaarlijks 121 aios.

Arts M+G/ jeugdgezondheid

Bij de arts M+G/ jeugdgezondheid geldt het instroomadvies voor het evenwichtsjaar 2033 om **185** aios en voor 2039 om **127** aios in te laten stromen. De bandbreedte is dan 127-185.

Gezien de behoefte aan meer artsen M+G en de andere verhouding tot de jeugdarts KNMG is het gewenst dat alle jeugdartsen die de 1^e fase hebben afgerond door kunnen stromen naar de 2^e fase van de opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid. Daarnaast is het, gezien de gewenste verhouding, nodig dat er extra capaciteit beschikbaar is om tegelijk ook jeugdartsen KNMG vanuit het huidige reservoir op te leiden tot arts M+G/ jeugdgezondheid.

Daarom heeft het Capaciteitsorgaan, ook gezien de gewenste snelle aanpassing, een voorkeur voor een instroom van jaarlijks 185 aios.

Instroomadvies infectieziektebestrijding

Op het terrein van de infectieziektebestrijding is er momenteel sprake van een forse hectiek. Sinds de COVID-19 uitbraak is er een nog duidelijkere en acutere behoefte aan deze artsen. Dat speelt zowel bij de arts infectieziektebestrijding KNMG als bij de arts M+G/ infectieziektebestrijding.

Van de verschillende scenario's van de capaciteitsramingen voor de artsen infectieziektebestrijding geven de twee scenario's met verticale substitutie ook hier de meest reële inschatting van de benodigde instroom in de opleidingen voor een evenwicht tussen vraag en aanbod.

De onzekerheden over de trends en de context maken ook bij deze beroepsgroepen een tijdelijke trend voor de hand liggend. Gezien de aanzienlijke knelpunten in de capaciteit is er ook hier een voorkeur voor een vroeg evenwichtsjaar (2033).

Arts infectieziektebestrijding KNMG

Voor het evenwichtsjaar 2033 geeft dit een instroomadvies voor de arts infectieziektebestrijding KNMG van **23** en bij evenwichtsjaar 2039 een instroomadvies van jaarlijks **25** aios. Daarbij is er dus een bandbreedte van **23-25**. Binnen deze bandbreedte heeft het Capaciteitsorgaan (CO) een voorkeur voor een instroom van jaarlijks 23 aios.

Arts M+G/ infectieziektebestrijding

De bandbreedte voor de arts M+G/ infectieziektebestrijding is **17-25**, voor de evenwichts jaren 2033 en 2039. Bij de infectieziektebestrijding volgen feitelijk alle werkzame artsen infectieziektebestrijding KNMG ook al de 2^e fase opleiding tot arts M+G/ infectieziektebestrijding. Dit is ook voor de toekomst de verwachting. Mede gezien deze samenhang van de 1^e en 2^e fase van de opleiding kiest het Capaciteitsorgaan dan ook voor een instroom van *jaarlijks 23 aios*.

Advies

Het Capaciteitsorgaan kiest bij zowel de jeugdartsen als bij de artsen infectieziektebestrijding voor het verticale substitutiescenario met tijdelijke trend en een vroeg evenwichtsjaar. De bijbehorende instroomadviezen in de opleidingen zijn jaarlijks:

- Jeugdarts KNMG **121** aios
- Arts M+G/ jeugdgezondheid **185** aios
- Arts infectieziektebestrijding KNMG **23** aios
- Arts M+G/ infectieziektebestrijding **23** aios

Zie Tabel 0.1 voor de instroomadviezen van de laatste ramingen voor de artsen infectieziektebestrijding en de jeugdartsen.

Tabel 0.1: Adviezen Capaciteitsorgaan

Specialisme/profiel	2016	2019	bijgesteld 2020	2021
M&G + infectieziektebestrijding	11	12	13	23
M&G + jeugdarts	30	43	45	185
Arts infectieziektebestrijding	14	15	16	23
Jeugdarts	80	111	116	121

1 Inleiding

Dit rapport is een tussentijdse raming en geeft een instroomadvies voor vier opleidingen:

- 1) de arts infectieziektebestrijding KNMG;
- 2) de jeugdarts KNMG;
- 3) arts maatschappij en gezondheid/ infectieziektebestrijding⁵ ;
- 4) de arts maatschappij en gezondheid/ jeugdgezondheid⁶.

Het rapport bevat gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt. Het meest relevante daarbij is het Nivel-rapport 'De jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G /jeugdgezondheid/infectieziektebestrijding in Nederland, Een tussentijdse capaciteitsraming voor de periode 2021-2041'⁷. Dit rapport is grotendeels opgenomen dan wel verwerkt in deze rapportage.

Aanleiding voor deze tussentijdse raming zijn twee brandbrieven die het voorjaar 2021 werden verzonden aan het ministerie van VWS. Het betrof een brandbrief vanuit de jeugdgezondheidszorg sector (dd. 18 maart; Bijlage 1A), waarin wordt aangedrongen op financiering van extra opleidingsplaatsen voor de 2^e fase arts M+G/ jeugdgezondheid. De tweede brandbrief werd verzonden door GGD-GHOR Nederland, mede namens een aantal andere partijen (dd. 12 april; Bijlage 1B), waarin wordt verzocht om extra plekken voor de opleiding tot arts infectieziektebestrijding, zowel voor de 1^e fase voor de arts infectieziektebestrijding KNMG⁸ als de 2^e fase van de opleiding tot arts M+G/ infectieziektebestrijding.

De minister van VWS reageerde op beide brieven dat het beschikbare aantal opleidingsplaatsen is vastgesteld op basis van het voorkeursadvies uit de raming van het Capaciteitsorgaan uit 2019. Dit geldt zowel voor de 2^e fase opleiding van de artsen M+G/ jeugdgezondheid (zie brief dd. 2 april; Bijlage 1C), als de 1^e en 2^e fase voor artsen infectieziektebestrijding (zie brief dd. 1 juni; Bijlage 1D). Vanwege beide signalen, uit de sector jeugdgezondheidszorg en vanuit GGD-GHOR Nederland, heeft de minister van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd een tussentijdse raming te maken.

Op 8 juni jl. ontving het Capaciteitsorgaan het verzoek van het ministerie van VWS om twee tussentijdse ramingen te maken; voor de opleiding tot jeugdarts KNMG en de arts M+G/ jeugdgezondheid én voor de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G/ infectieziektebestrijding (Bijlage 1E).

Het ministerie van VWS gaf hierbij aan dat het zal bezien of en in hoeverre het aantal beschikbaar gestelde plaatsen kan worden aangepast als uit de tussentijdse raming blijkt dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn.

⁵ De arts M+G met het profiel infectieziektebestrijding.

⁶ De arts M+G met het profiel jeugdgezondheid

⁷ L. Flinterman, E. Vis, R. Batenburg; De jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G /jeugdgezondheid/infectieziektebestrijding in Nederland, Een tussentijdse capaciteitsraming voor de periode 2021-2041. (Nivel, Utrecht oktober 2021)

⁸ De arts infectieziektebestrijding die na de 1e fase van de opleiding tot arts infectieziektebestrijding is ingeschreven in het register voor de arts infectieziektebestrijding KNMG

De vroegste aanpassing van het aantal opleidingsplaatsen zou dan kunnen gelden voor het jaar 2022, onder voorwaarde dat het bijgestelde advies nog in 2021 zou worden gezonden naar het ministerie. De werkzaamheden voor deze raming hebben plaatsgevonden van maart tot en met oktober 2021.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 als stichting 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 van en informatievoorziening voor zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

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

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen 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 capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiëntie maatregelen 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 om de ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en met sommige landen zelfs te vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties.^{9,10} 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 de start. In 2020 is het Capaciteitsorgaan aangewezen als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB). Daarmee is de subsidierelatie met het ministerie van VWS veranderd in een compensatieregeling.

⁹ Health Workforce Policies in OECD countries; right jobs, right skills, right places (OECD, 2016)

¹⁰ Malgieri, A. et al: Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries (EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015)

1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn benut om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen, die zich beperkten tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, geleidelijk aan ingezet op aanverwante terreinen:

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling in de tweedelijns tandheelkundige beroepen 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 vanaf 2008 tot 2014 op verzoek van het ministerie van VWS de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en vervolgens gemonitord. Deze activiteit is in 2018 op verzoek van het ministerie van VWS opnieuw opgestart.
- 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 (de GZ-psycholoog, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de psychotherapeut en de verpleegkundig specialist GGZ). In 2011, 2013, 2015 en 2018 zijn adviezen over de gewenste instroom in de corresponderende opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS maakt van deze adviezen gebruik in haar afwegingen rond het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze beroepen. Sinds 2018 is de verslavingsarts aan de beroepen GG toegevoegd.
- In 2012 heeft het Capaciteitsorgaan ingestemd met een verzoek van het ministerie van VWS om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. 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 vanwege de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het eerste richtinggevend advies met bijbehorende ramingen voor de FZO-beroepen is medio 2014 opgeleverd. Sindsdien wordt op verzoek van het veld elk jaar een raming voor de 12 regio's opgesteld en eens in de twee jaar een landelijke raming. Inmiddels zijn aan deze beroepen toegevoegd: de extramuraal kinderverpleegkundige, de oncologieverpleegkundige en de ambulanceverpleegkundige.
- In 2018 heeft het Capaciteitsorgaan het verzoek van het ministerie van VWS gekregen om capaciteitsramingen en instroomadviezen op te stellen voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant. De eerste capaciteitsramingen en instroomadviezen zijn in 2019 opgeleverd.
- Ad hoc zijn de afgelopen drie jaar adviezen opgeleverd over de benodigde capaciteit aan openbaar apothekers, aan abortusartsen en aan artsen jeugdgezondheid.

1.3 Specifieke aandachtspunten jeugdarts¹¹ en arts infectieziektebestrijding

De raming voor de jeugdartsen kent de volgende specifieke aandachts- en uitgangspunten:

1. **Aanbod:** De arts M+G/ jeugdgezondheid en de arts M+G / infectieziektebestrijding worden als geneeskundig specialisme erkend door het ministerie van VWS. De KNMG heeft een profielregistratie voor de (profiel) jeugdarts KNMG en voor de (profiel) arts infectieziektebestrijding KNMG gedeponereerd. Dat betekent dat er formele erkenningen voor deze beroepen en voor de opleiding bestaan.
2. **Opleiding:** De opleiding tot jeugdarts en de arts M+G/ jeugdgezondheid is bedoeld voor artsen die een bijdrage willen leveren aan het gezond, veilig en kansrijk opgroeien van kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar.¹²

De opleiding tot arts infectieziektebestrijding leidt artsen op die zich willen richten op het voorkómen van verspreiding van infectieziekten en de bestrijding van uitbraken van besmettelijke ziekten.

Beide opleidingen bestaan momenteel uit twee fases. Beide fases zijn erkende duale medische vervolgopleidingen bij een opleidingsinstelling. Daarbij is de praktijkopleiding de belangrijkste kern, aangevuld met een (modulaire) theoretische opleiding en stages. De opleiding wordt individueel samengesteld op basis van een individueel opleidingsplan.

De 1^e fase is vooral gericht op het aanleren van de basale vaardigheden die nodig zijn in het vak van het betreffende profiel. Na afronding van de 1^e fase volgt inschrijving in het betreffende profielregister van de KNMG.

De 2^e fase van de opleiding tot arts M+G is profiel-overstijgend en gericht op beleidsadvies, innovatie, bestuurlijke advisering, management en wetenschappelijk onderzoek. Na afronding van de 2^e fase volgt een registratie als arts M+G met het profiel jeugdgezondheid of infectieziektebestrijding in het register van geneeskundig specialisten. Inschrijving (en herregistratie) in dit register leidt automatisch tot inschrijving in het BIG-register met het specialisme maatschappij en gezondheid.

3. **Solliciteren:** Voor de opleiding tot jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding, arts M+ G/ jeugdgezondheid dan wel arts M+G/ infectieziektebestrijding moet men solliciteren bij een landelijke selectiecommissie van de Stichting Sogeon¹³. Na selectie wijst

¹¹ **Jeugdarts** is de algemene term die gebruikt wordt voor artsen die werken in de Jeugdgezondheid. Dat kunnen ook basisartsen zijn of artsen met een ander specialisme.

Jeugdarts KNMG (synoniem van de profielarts Jeugdgezondheid) zijn artsen die zijn opgeleid in de 1^e fase Jeugdgezondheid en als zodanig zijn ingeschreven in het KNMG-register Jeugdgezondheid.

Artsen M+G/ jeugdgezondheid zijn artsen die de 2^e fase opleiding Jeugdgezondheid hebben doorlopen en als zodanig zijn ingeschreven in het BIG-register.

¹² Als de wijziging van de Wet publieke gezondheid (naar verwachting in 2022) ingaat, verschuift de scope van de jeugdgezondheidszorg ook naar het ongeboren kind en zwangeren. Daarnaast zijn deze artsen in de praktijk, afhankelijk van afspraken in gemeenten, ook betrokken bij de preventieve zorg rondom jongvolwassenen.

¹³ De Stichting Sogeon (Sociaal Geneeskundige Opleidingen in Nederland) heeft als doel de kwaliteit van de opleidingen M+G te verhogen en de instroom van nieuwe artsen in deze opleidingen te bevorderen. Sogeon is de spil in alle activiteiten die dit doel ondersteunen en verricht taken op het terrein van coördinatie tussen de instituten, de beroepsvereniging, de regelgevende, toezichthoudende organen (CGS en RGS) en andere betrokkenen rond de opleidingen voor artsen sociale geneeskunde. Sogeon faciliteert en stimuleert de samenwerking tussen de opleidingsinstituten in het werkveld Maatschappij en Gezondheid (M+G). Hieronder vallen de profielopleidingen tot Jeugdarts, arts infectieziektebestrijding,

Sogeon de aios toe aan een opleidingsplaats en komt de aios in dienst bij de SBOH¹⁴, de landelijke werkgever. Sinds de invoering van het landelijke werkgeverschap in 2019 worden gesubsidieerde opleidingsplekken verdeeld over het hele land.

Voor de opleiding tot jeugdarts 2^e fase is er in 2022 een groot aantal kandidaten dat nog wil starten met de 2^e fase vóór eind 2022. Echter hiervoor zijn onvoldoende gesubsidieerde opleidingsplekken beschikbaar. In overleg tussen samenwerkende partijen is daarom een verdeelmodel vastgesteld voor de sollicitanten arts M+G/ jeugdgezondheid voor het cohort maart 2022. Er wordt geloot en toegewezen op basis van opgegeven voorkeuren.

4. **Werkgeverschap:** Als aios ben je vanaf 1 januari 2019 niet meer in dienst van de instelling waar je je opleiding volgt, maar bij de SBOH.¹⁵
5. **Registratie:** De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) beheert het specialistenregister en het profielartsenregister. Zij toetst periodiek of artsen en opleidingen aan de regels van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) voldoen. Voldoet een arts aan de regels dan mag hij/zij de betreffende wettelijke titel voeren. Voldoen opleiders en opleidingsinstututen/-inrichtingen aan de aan hen gestelde eisen, dan worden zij als zodanig erkend door de RGS. De registers zijn openbaar.
6. **Bekostiging:** De opleidingen tot jeugdarts KNMG, tot arts infectieziektebestrijding KNMG, en de 2^e fase van deze profielen wordt bekostigd via een subsidieregeling van het ministerie van VWS. Deze 1^e en 2^e fase opleidingen worden gefinancierd via de SBOH, de landelijk werkgever.

Jeugdgezondheid

In 2021 zijn er 111 opleidingsplaatsen beschikbaar voor de 1^e fase, waarvan er 60 zijn ingevuld. Voor de 2^e fase zijn er 43 opleidingsplaatsen, die sinds 2019/2020 alle opgevuld zijn. Er is momenteel een groep 1^e fase artsen in de 'wachtstand' die met de 2^e fase wil beginnen en komende rondes moet meeloten voor een opleidingsplek .

Infectieziektebestrijding

Voor 2021 zijn er 15 opleidingsplaatsen beschikbaar voor de 1^e fase, waarvan er 22 zijn ingevuld¹⁶. Voor de 2^e fase zijn er 12 opleidingsplaatsen, waarvan er 9 zijn ingevuld.¹⁷

arts Medische Milieukunde, arts Tuberculosebestrijding en arts Forensische Geneeskunde en de 2efase van deze opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid.

¹⁴ De stichting SBOH, een non-profit / semipublieke organisatie, is de werkgever voor onder meer van artsen in opleiding tot arts Maatschappij + Gezondheid, met de profielen: jeugdgezondheidszorg, Infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde en forensische geneeskunde. Aios hebben bij de SBOH een arbeidsovereenkomst voor de duur van de opleiding. Daarbij financiert de SBOH alle activiteiten voor de opleiding van haar aios. Hierbij verdeelt de SBOH de beschikbare financiële middelen over de aios (werkgeverskosten), de opleidingsinstututen (kosten voor het theoretisch onderwijs), de opleiders (vergoeding van onkosten die samenhangen met het opleiden) en voor innovatie-, kwaliteits- en samenwerkingsprojecten. Voor de aios Maatschappij & Gezondheid ontvangt SBOH subsidie vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarnaast verkrijgt de SBOH inkomsten uit het valueren van arbeid geleverd door de aios.

¹⁵ Er zijn wat uitzonderingen voor 2e fase artsen in de oude stijl; die kunnen, tot 2023, in dienst blijven bij de eigen opleidingsinstelling.

¹⁶ Er zijn in 2021 7 extra plaatsten gecreëerd via extra financiering door de SBOH uit de reserve, met instemming hiervoor vanuit VWS.

¹⁷ Cijfers 2021 o.b.v. Schriftelijke mededeling SBOH op 28-9-2021

7. **Erkenning:** De KNMG heeft een nieuw Besluit maatschappij en gezondheid voor de minister van VWS in voorbereiding. In dit Besluit worden op termijn de huidige profielen opgeheven. Er worden nieuwe deskundigheidsgebieden geformuleerd, waaronder de 'Jeugdgezondheid' en de 'Infectieziektebestrijding Tuberculosebestrijding en Medische milieukunde'. Het College geneeskundig specialisten (CGS)¹⁸ is bezig met de voorbereiding hiervan. Besluitvorming door het ministerie van VWS vindt op zijn vroegst in 2022 plaats.
8. **Opleidingsinstituut:** De NSPOH¹⁹ en TNO²⁰ verzorgen de theoretische opleiding tot jeugdarts KNMG, de NSPOH die voor arts infectieziektebestrijding KNMG en de opleidingen tot arts M+G/ jeugdgezondheid en tot arts M+G/ infectieziektebestrijding.
9. **Tekorten:** Met het oog op de tekorten in de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding is het Capaciteitsorgaan gevraagd om een advies uit te brengen over de omvang van de jaarlijkse instroom die nodig is om te zorgen voor een stabiele arbeidsmarkt voor deze artsen.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positionering van de jeugdarts en de arts infectieziektebestrijding en de ontwikkelingen daarin behandeld. Ook worden aanverwante disciplines en beroepsgroepen geïnventariseerd.

Hoofdstuk 3 gaat over de opleidingen tot jeugdarts KNMG, arts M+G/ jeugdgezondheid, de arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G/ infectieziektebestrijding. De actuele stand van zaken, relevante ontwikkelingen en wat er momenteel gerealiseerd wordt, worden beschreven. Afsluitend komen de parameters die hieruit voortvloeien aan bod.

Hoofdstuk 4 behandelt de zorgvraag, ofwel het benodigde aanbod aan artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding. Dat gaat over ontwikkelingen van de verschillende parameters die invloed hebben op de vraag naar artsen jeugdgezondheid en artsen infectieziektebestrijding over 10 jaar en langer. Dat begint met de huidige vraag inclusief de onvervulde vraag. Daarna worden de volgende parameters besproken: ontwikkelingen in demografie, epidemiologie en sociaal-culturele factoren.

Hoofdstuk 5 gaat over het zorgaanbod ofwel het beschikbare aanbod aan artsen jeugdgezondheid en artsen infectieziektebestrijding. Het betreft de huidige omvang van de beroepsgroep in personen en fte, het dienstverband en de verwachte uitstroom. Tot slot worden de parameters samengevat.

Hoofdstuk 6 behandelt de werkproces-parameters. Het werkproces wordt beschreven in termen van de verwachte vaktechnische ontwikkelingen, ontwikkelingen van de efficiëntie, de horizontale en verticale substitutie, arbeidstijd en ten slotte sociaal-culturele veranderingen.

¹⁸ Het CGS stelt regels vast voor de opleidingen, de erkenning van opleidingen en opleiders en de (her)registratie van specialisten en profielartsen.

¹⁹ De NSPOH (Netherlands School of Public & Occupational Health) leidt - non-profit - professionals op voor de public en occupational health. Onder meer in de 1^e fase tot Jeugdarts KNMG en tot arts infectieziektebestrijding KNMG als in de 2^e fase tot specialist M+G in deze twee profielen.

²⁰ Ook TNO is een erkend opleidingsinstituut en wel in de 1^e fase tot jeugdarts KNMG. De opleiding maakt deel uit van de TNO-afdeling Child Health dat ook wetenschappelijk onderzoek uitvoert in de JGZ:

Hoofdstuk 7 bespreekt de verschillende scenario's voor de 4 geraamde opleidingen. Deze kunnen worden onderscheiden aan de hand van de eerder genoemde parameters. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie welke scenario's het beste passen bij de toekomstige omstandigheden. De bijbehorende instroomramingen vormen de bandbreedte van het advies.

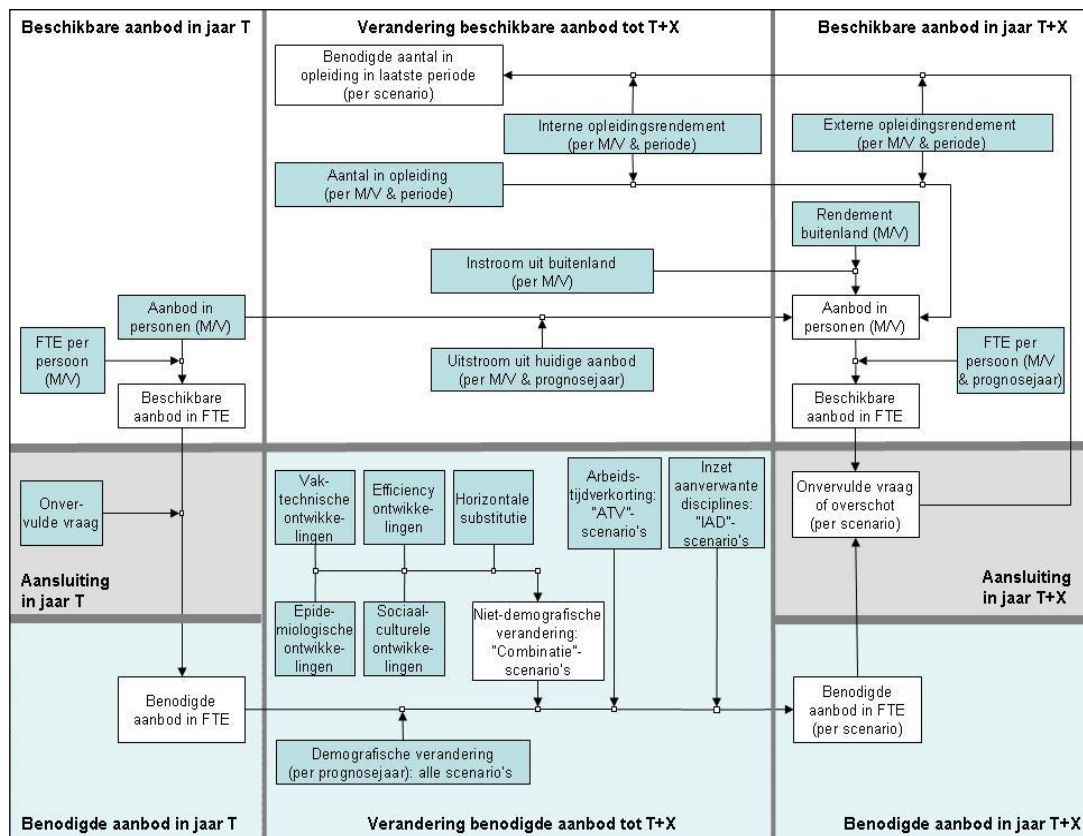
Hoofdstuk 8 is de afsluiting van dit rapport met overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor de twee meest waarschijnlijke toekomstscenario's en het uiteindelijke advies.

1.5 Het rekenmodel voor capaciteitsramingen

Om een advies uit te kunnen brengen over het aantal op te leiden zorgprofessionals is sinds 1999 het rekenmodel capaciteitsramingen voor medische beroepen ontwikkeld. Dit model is ontwikkeld door het Nivel in samenwerking met het Capaciteitsorgaan en wordt regelmatig geëvalueerd en verbeterd. Het model wordt schematisch weergegeven in Figuur 2.1.

Het model is opgedeeld in twee delen. De bovenste helft van de figuur gaat over het **beschikbare aanbod** van een beroepsgroep, in dit geval artsen jeugdgezondheid en de artsen infectieziektebestrijding. De onderste helft van de figuur gaat over het **benodigde aanbod** van of de vraag naar diensten van een beroepsgroep. Daarnaast kent het model drie kolommen: het heden (jaar T, de linker kolom), de toekomst (jaar T+X, de rechter kolom) en wat daartussen gaat veranderen (verandering tot T+X, de middelste kolom). Tussen de lagen en kolommen is ruimte gemaakt voor blokken die gaan over de aansluiting van beschikbaar en benodigd aanbod in het heden (jaar T) en de in de toekomst (jaar T+X).

Figuur 1.1 Schematische weergave van het rekenmodel voor capaciteitsramingen



De werking van het rekenmodel is vervolgens uit te leggen in drie stappen.

1. Allereerst bepaalt het Capaciteitsorgaan hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich in de huidige situatie tot elkaar verhouden. Hier wordt dus gekeken of er in de huidige situatie sprake is van een overschot of tekort aan artsen jeugdgezondheid en artsen infectieziektebestrijding, uitgedrukt in een percentage van het huidige aantal fte²¹ aan werkzame artsen.
2. Ten tweede schat het Capaciteitsorgaan hoe het beschikbare en benodigde aanbod zich zal ontwikkelen tot aan een bepaald evenwichtsjaar (jaar T+X). Meestal wordt 10 à 20 jaar vooruit gerekend, in stappen van 5 jaar vanaf het basisjaar X.
 - a. Aan de bovenkant van de figuur bevinden zich de belangrijkste factoren die het beschikbare aanbod in het prognosejaar bepalen. Het gaat hier (1) om het huidige aanbod uitgedrukt in fte en (2) de verandering van dit aanbod door instroom en uitstroom. De instroom wordt voornamelijk bepaald door het aantal personen dat de komende jaren de opleiding afrondt. Daarbij is het percentage dat de opleiding succesvol afrondt

²¹ Fte Full Time Equivalent. Deze meeteenheid voor 'werkzaamheid' is primair bedoeld om rekening te houden met werken in deeltijd (ook wel de deeltijd-factor genoemd). Per definitie staat fulltime werken gelijk aan 1 fte, parttime werken is dan uitgedrukt in proporties van 1 fte. Als voorbeeld: werkt men 4 dagen en wordt in het beroep of de sector 5 dagen als de standaard werkweek beschouwd, dan is dat 0,8 fte. Een standaard werkweek kan ook uitgedrukt worden in uren, en indien van toepassing, uitgesplitst naar kantooruuren en avond-, nacht- en weekenddiensten. Hoe uren en fte zich tot elkaar verhouden kan per beroep en sector verschillen. Hoe dat in dit onderzoek is gedaan voor de arts jeugdgezondheid en de arts infectieziektebestrijding wordt nader toegelicht in hoofdstuk 2.

(intern rendement opleiding) en het percentage dat daarna aan de slag gaat en aan de slag blijft (extern rendement opleiding) van belang. De uitstroom betreft voornamelijk uittreding uit de beroepsgroep door bijvoorbeeld pensionering. Ook houdt het model rekening met voortijdige uitstroom, een verandering van het gemiddeld aantal fte dat de artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding werken, of instroom vanuit het buitenland.

- b. Aan de onderkant van de figuur worden de belangrijkste factoren geschat die de ontwikkeling van de zorgvraag (het benodigde aanbod) tussen jaar T en jaar T+X bepalen. Deze factoren zijn grofweg in te delen in factoren die de zorgvraag verhogen of verlagen. Dit gebeurt op basis van directe en indirecte vraagparameters. Directe vraagparameters zijn: demografie, epidemiologie en sociaal-culturele factoren. Er zijn ook indirecte vraagparameters uit het werkproces, zijn: ontwikkelingen in het vakgebied, efficiëncymaatregelen en substitutie van of naar andere beroepsgroepen.
3. Ten slotte bepaalt het Capaciteitsorgaan hoe het beschikbare en benodigde aanbod zich tot elkaar verhouden in jaar T+X. Uit dit verschil leidt het Capaciteitsorgaan af hoeveel personen (meer of minder) in de periode tussen T en T+X moeten worden opgeleid om in jaar T+X evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Om tot een invulling van alle factoren (parameters) van het rekenmodel te komen worden verschillende bronnen gebruikt. Hiermee kan het capaciteitsramingsmodel voor de artsen jeugdgezondheid en de artsen infectieziektebestrijding in Nederland opgesteld worden. Belangrijke bronnen voor de zorgaanbodkant van het model zijn: de gegevens van de RGS, de werkgevers-enquête²² en sociaal statistisch bestand van het CBS (Zie Bijlage 5). Voor het invullen van de parameters aan de zorgvraagkant is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en gegevens van het CBS. Ook is de input gebruikt van artsen jeugdgezondheid en van de artsen infectieziektebestrijding en andere betrokkenen, onder meer door middel van twee Delphi-raadplegingen.²³ Deze worden in de volgende paragrafen nader toegelicht.

1.6 Totstandkoming van dit rapport

Voor de totstandkoming van dit rapport zijn verschillende ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor artsen jeugdgezondheid en voor artsen infectieziektebestrijding in kaart gebracht.

Hiervoor heeft het Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan

²² De werkgeversenquête is gebruikt om de volgende parameters te onderbouwen: het aantal fte dat wordt gewerkt, arbeidstijdverandering, onvervulde vraag, horizontale substitutie en verticale substitutie. Er is een korte en zo eenvoudig mogelijk in te vullen vragenlijst ontwikkeld door het Nivel, het Capaciteitsorgaan en betrokkene uit het veld. De dataverzameling is gestart op 1 september en afgerond op 29 september 2021.

²³ De Delphi-sessies zijn georganiseerd door het Capaciteitsorgaan en ondersteund door het Nivel. Voor de bijeenkomst zijn enkele vragenlijsten verstuurd waarin gevraagd werd aan de deelnemers om aan te geven welke trends zij verwachtten voor de komende 10 jaar in hun vakgebied. Deze trends zijn geclusterd in overkoepelende trends en daarna is de deelnemers gevraagd via nog een korte vragenlijst aan te geven hoe waarschijnlijk zij het achtten dat de trends zich zouden voordoen en in welke mate impact op het benodigd zorgaanbod werd verwacht (meer of minder artsen nodig vanwege de specifieke trend). Tijdens een online bijeenkomst zijn de resultaten van de vragenlijsten besproken en is de deelnemers vervolgens gevraagd een inschatting te maken in procenten van hoe de trend impact zou kunnen hebben op het benodigd zorgaanbod. Deze resultaten zijn vervolgens ook weer met de groep besproken, zodat zij hierover met elkaar in discussie konden gaan en hun inschatting op basis daarvan eventueel nog zouden kunnen bijstellen. De resultaten zijn in de raming verwerkt door per parameter de mediaan van de inschattingen te gebruiken als lage parameterwaarde en de maximale inschatting als hoge parameterwaarde.

naar primaire dataverzamelingen en secundaire bronnen.²⁴ De uitkomsten en de parameterwaarden worden geanalyseerd en ingevoerd in het ramingsmodel. Dat resulteert in een overzicht en toelichting op de vier sociaalgeneeskundige beroepen/opleidingen van deze raming. Daarnaast beschrijft het Nivel de uitkomsten van de ramingen in termen van de instroomadviezen voor deze opleidingen in een aantal scenario's.

Voor de verwachte ontwikkelingen in het aanbod van artsen jeugdgezondheid en van de artsen infectieziektebestrijding is gekeken naar de huidige beroepsgroep, bijvoorbeeld: hoeveel uren werken zij en hoe lang willen ze nog blijven werken? Ook is gekeken naar de verwachte instroom in de opleiding, inclusief het in- en extern rendement. Voor de ontwikkeling van de vraag naar artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding zijn demografische trends bekeken. Tenslotte is in kaart gebracht welke toekomstige ontwikkelingen kunnen spelen die de vraag naar artsen jeugdgezondheid en aan artsen infectieziektebestrijding kunnen veranderen. Het Capaciteitsorgaan vertaalt deze vraag- en aanbodontwikkelingen in concrete parameterwaarden en rekt deze door in verschillende scenario's van het ramingsmodel. Zo bepaalt het Capaciteitsorgaan de jaarlijkse instroom in de opleiding om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken binnen 12 à 18 jaar. De uitkomsten van dit proces zijn besproken en geaccordeerd in de begeleidingscommissie 'Tussentijdse Ramingen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding', en in de Kamer Sociale Geneeskunde, die de concept-rapportage heeft vastgesteld. Ten slotte zijn deze op 4 november 2021 vastgesteld in het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan.

De uitkomsten van deze capaciteitsraming bieden inzichten en handvatten om via instroomaanpassingen de knelpunten op de arbeidsmarkt voor artsen jeugdgezondheid en voor de artsen infectieziektebestrijding aan te pakken. Passende flankerende maatregelen zijn gewenst om te komen tot voldoende aantrekkingskracht voor de opleiding tot jeugdarts KNMG, arts M+G/jeugdgezondheid en voor de opleiding tot arts KNMG infectieziektebestrijding, en arts M+G/infectieziektebestrijding, zoals:

1. een duidelijk toekomstperspectief op de positionering van het vak op termijn²⁵ en
2. een arbeidsvoorwaardenbeleid dat recht doet aan zowel de zwaarte van het beroep als aan wat op de arbeidsmarkt voor artsen gangbaar is.
3. een duidelijk beleid vanuit de centrale overheid voor de Publieke gezondheid, met bijbehorende wettelijke kaders en passende financiering.

²⁴ L. Flinterman, E. Vis, R. Batenburg; De jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G /jeugdgezondheid/infectieziektebestrijding in Nederland, Een tussentijdse capaciteitsraming voor de periode 2021-2041. (Nivel, Utrecht oktober 2021)

²⁵ Gezien de discussies over het LOP-M+G en dus de mogelijke opheffing van de profielen en invoering van deskundheidsgebieden in het specialisme Maatschappij en Gezondheid. Met de huidige 2 fasen opleiding worden in de 1^e fase vooral basale vaardigheden aangeleerd. Daarna is een twee fase zeer gewenst waarin, naast algemene vorming, vooral verdieping en verbreding van de blik plaats, nodig voor een brede public-health bril.

In het nieuwe LOP-M+G wordt deze 2-fasen structuur gelukkig vervangen door een solide 4-jarige opleiding, die nodig is voor een stevige professionele positionering die nodig is in de publieke gezondheidszorg.

2 Positionering artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding

2.1 Inleiding

2.1.1 Jeugdgezondheidszorg

Voor de jeugdarts KNMG en de arts M+G/ jeugdgezondheid is samenwerking erg belangrijk. Deze artsen hebben niet alleen te maken met andere professionals in de jeugdgezondheidszorg. Zij werken ook samen met: geneeskundig specialisten, zoals huisartsen en kinderartsen, verloskundigen en (para)medici, jeugdhulpprofessionals in lokale teams jeugd en daarbuiten, beleidsmakers van gemeenten, vertegenwoordigers van sociale wijkteams, jeugdteams, scholen en kinderopvang is belangrijk.

De jeugdarts KNMG en de arts M+G/ jeugdgezondheid volgen (aanstaande) ouders en jongeren bij het gezond opgroeien en ondersteunt hen bij hun vragen. Zij signaleren tijdig gezondheids- en ontwikkelingsproblemen op individueel én collectief niveau en zetten in op effectieve preventie. Extra aandacht wordt gegeven aan kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties en met de grootste gezondheidsachterstand.

De jeugdarts KNMG, maar vooral de arts M+G/ jeugdgezondheid, geeft beleidsadviezen over lichamelijke en mentale gezondheid aan gemeenten, scholen en anderen. Daarnaast is hij betrokken bij regionaal, landelijk of internationaal onderzoek. De arts M+G/ jeugdgezondheid werkt in gemeenten en in wijken in de bredere context van zowel de publieke gezondheidszorg als het gehele jeugdstelsel. Vaak werkt deze arts in een multidisciplinair team, bijvoorbeeld bij een GGD, één van de thuiszorgorganisaties, of een onafhankelijke jeugdgezondheidszorginstelling.

2.1.2 Infectieziektebestrijding

De arts infectieziektebestrijding KNMG en de arts M+G/ infectieziektebestrijding zorgen voor goede voorlichting en preventief beleid, mede door overleg met collega's uit de kliniek – zoals medisch microbiologen, internisten en infectiologen - overheden en andere betrokkenen. Bij (grootschalige) interventies zorgt deze voor een snelle en adequate respons ter bestrijding van uitbraken. Hij geeft aan wanneer en op welke schaal er ingegrepen moet worden om verdere verspreiding van besmettelijke ziekten te voorkomen. Hierbij wordt het maatschappelijke belang afgewogen tegen het risico voor het individu, hetgeen hij vertaalt naar beleid. Verder is de arts infectieziektebestrijding betrokken bij surveillance en regionaal, landelijk of internationaal onderzoek.

De arts infectieziektebestrijding werkt vaak in een multidisciplinair team, bijvoorbeeld bij een GGD of bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Hij werkt ook vaak in internationaal verband, zoals bij het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) of de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Ook kan deze arts (deels) werken bij een universiteit, het ministerie van VWS of een ngo.

2.2 Ontwikkelingen

Het gezondheidsbeleid is in grotendeels gedecentraliseerd en vooral de verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten maken beleidsmatig en bestuurlijk afwegingen voor de inzet van schaarse financiële middelen. Hierbij wordt het volksgezondheidsbelang afgewogen tegen vele andere dringende zaken. Dit heeft geleid tot onvolkomenheden in het huidige financieringssysteem van gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en infectieziektebestrijding. De COVID-19 epidemie heeft laten zien dat de huidige invulling van de publieke gezondheidstaken tekortschiet.

De gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en infectieziektebestrijding, zowel op lokaal- en regionaal niveau als op landelijk niveau is vrijblijvend geweest. Het ontbreekt aan duidelijke kaders en normen, bijvoorbeeld over welke deskundigheid en bemensing minimaal noodzakelijk is voor een verantwoorde publieke gezondheidszorg. In de loop der tijd heeft dit veelal geleid tot beperkte financiering van de lokaal/regionale openbare gezondheidszorg. Daarbij komt dat er in de lokale praktijk niet altijd optimaal gebruik is gemaakt van wetenschappelijk onderbouwde kennis, in combinatie met practice-based kennis.

Preventie is een breed vraagstuk. Voor het realiseren van gezondheidswinst en het voorkomen van gezondheidsverlies is een integrale, langdurige en domein-overstijgende aanpak nodig²⁶. Voor de rol van de GGD'en bij preventie is er meer focus en gerichte langjarige financiering nodig.²⁷ In de jeugdgezondheidszorg geldt dit ook voor thuiszorg en voor onafhankelijke jeugdgezondheidszorg-organisaties.

Grote uitdagingen zijn er ook in de digitalisering, bijvoorbeeld zinvol gebruik van big data voor monitoring, signalering en beleid dat ook aansluit bij behoeften van de burger. Een andere uitdaging is het ontwikkelen van door artsen en verpleegkundigen bruikbare EPD's en digitale monitoring. Ook communicatie is steeds relevanter, maar ook complexer geworden, door de snelheid van nieuwsplatforms en sociale media. Het innovatief digitaal inspelen op sociale media en andere digitale communicatie is in het huidige tijdsgewricht dringend gewenst.

Zaken als aangescherpte (her-)registratie-eisen en parttime werken nemen meer tijd van de beroepsgroep. Tegelijkertijd vermindert door de uit-/doorstroom naar andere artsen-specialisaties het aantal opgeleide (profiel-)artsen M+G.

Voor het gehele vakgebied M+G geldt dat het uitblijven van de implementatie van het nieuwe LOP M+G een steeds urgenter probleem is. Het CGS is bezig met de voorbereiding van het Besluit maatschappij en gezondheid. Hierin wordt opheffing op termijn van de huidige profielen opgenomen, terwijl er nieuwe deskundigheidsgebieden worden geformuleerd. Deze betreffen: 'Jeugdgezondheid' en 'Infectieziektebestrijding, Tuberculosebestrijding en Medische milieukunde'. Besluitvorming door het ministerie van VWS vindt op zijn vroegst in 2022 plaats.

²⁶ Een eerlijke kans op gezond leven. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Den Haag (2021), auteurs. Zie: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2021/04/07/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven>

²⁷ Onno de Zwart, Andrew Britt (juni 2021). Versterking van de publieke gezondheid, Advies over het belang van een sterke publieke gezondheid en gezondheidsbevordering. En geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie. Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.

Basisartsen en andere artsen die zich oriënteren op een vakgebied houden niet van een onzeker toekomstperspectief. Dat maakt momenteel de profielen en het specialisme M+G minder aantrekkelijk, terwijl juist daar ook grote tekorten aan deskundige professionals bestaan.

Door allerlei ontwikkelingen, epidemiologische (zie § 4.4) en sociaal-culturele (§ 4.5), maar ook vaktechnische, is er meer behoefte aan (profiel-)artsen M+G.

In § 2.2.1. en § 2.2.2. worden specifieke ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding nader beschreven.

2.2.1 Jeugdgezondheidszorg

Vele organisaties en adviezen pleiten voor de noodzaak tot versterking van de jeugdgezondheidszorg zoals die door GGD'en en (andere) jeugdgezondheidszorgorganisaties wordt uitgevoerd. Kern hierbij is dat de jeugdgezondheidszorg bijna alle jeugdigen ziet en volgt in hun gezondheid en ontwikkeling. Tevens biedt de jeugdgezondheidszorg een goede infrastructuur om kinderen, jongeren en ouders te bereiken. Dit maakt dat de jeugdgezondheidszorg - in de preventieketen en in het vroegtijdig signaleren - een centrale rol kan spelen, zowel in de curatieve zorg, als in de jeugdhulp en in het bredere sociale domein.

Met de uitbreiding leeftijds-scope JGZ (van -10 maanden tot 23 jaar²⁸) worden jeugdartsen steeds meer ingezet ter bevordering van prenatale, vroege signalering (en kosteneffectiviteit!) en het beïnvloeden van een(on-)gezonde omgeving. Daarnaast zijn jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid in de praktijk ook betrokken bij de preventieve zorg rondom jongvolwassenen. Dit hangt af van afspraken in gemeenten.

Jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid richten zich naast kind en gezin ook op de omgeving waarin gezinnen leven. Deze omgeving is complex. We zien in de maatschappij dat er sprake is van ongelijke kansen op gezondheid tussen (groepen) kinderen en gezinnen. Duidelijk is dat de oorzaken van gezondheidsachterstanden complex zijn en veelal maatschappelijk bepaald. We staan in de maatschappij en in de jeugdgezondheidszorg voor de uitdaging om optimaal bij te dragen aan een brede en domein overstijgende aanpak om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden te bestrijden. Het is noodzakelijk dat met name artsen M+G/ jeugdgezondheid deel uitmaken van zo'n aanpak die niet alleen gericht is op het individu, maar op de gehele samenleving. Jeugdartsen moeten nu en in de toekomst hierbij nog meer de verbinding met het sociale, medische en maatschappelijk domeinen leggen. Ook is binnen de jeugdgezondheidszorg behoefte aan artsen M+G/ jeugdgezondheid voor wetenschappelijk onderzoek, het geven van onderwijs en als praktijkopleiders. Hiervoor zijn goed opgeleide en ervaren artsen nodig.

Door het al jaren bestaande tekort aan artsen jeugdgezondheid is de situatie inmiddels zo nijpend dat er ook een dreigend tekort is aan ervaren opleiders arts M+G/ jeugdgezondheid.

Tijdens de COVID-19 pandemie hebben jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid meer collectieve taken opgepakt, veelal in de samenwerking met artsen infectieziektebestrijding. Zoals advisering in zogenaamde 'scholenlijnen', vaccinatiestraten en teststraten, maar ook

²⁸ Als de wijziging van de Wet publieke gezondheid (naar verwachting in 2022) ingaat. Voor onderbouwing zie ook <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/de-eerste-duizend-dagen-van-het-kind/>

door middel van Webinars voor kinderopvang en onderwijs en groepen burgers en ouders. Ook zijn zij op collectief niveau bij andere crises dan die in infectieziektebestrijding inzetbaar binnen de publieke gezondheid.

Er is een toename van professional bij het Van Wiechen Onderzoek door ouders zelf ('meekijk-blik'). Begeleiding daarvan kan ook door andere disciplines, maar voor een meer overkoepelende inzet van artsen is er meer capaciteit nodig van de jeugdarts KNMG of de arts M+G/ jeugdgezondheid.

Binnen de jeugdgezondheidszorg is er een extra complicatie bij het uitblijven van implementatie van het LOP M+G. Het grootste deel van de artsen wordt namelijk slechts opgeleid in de 1^e fase tot profielarts, terwijl juist dat profiel op termijn wordt opgeheven. Artsen die willen instromen in het vak jeugdgezondheidszorg zijn tegenwoordig minder dan voorheen geïnteresseerd in een opleiding die beperkt is tot de 1^e fase. Zij willen meteen kunnen doorstromen naar de 2^e fase. Het is dan ook wrang dat er momenteel (2021) meer vraag is naar opleidingsplaatsen 2^e fase, terwijl er gesubsidieerde en beschikbare opleidingsplaatsen in de 1^e fase onvervuld blijven.

Beperkingen in de doorstroommogelijkheid naar de 2^e fase maakt dat jeugdartsen KNMG in toenemende mate geneigd zijn om over te stappen naar een ander specialisme. Enerzijds vanwege onduidelijkheden over toekomstperspectieven en anderzijds door een tekort aan opleidingsplaatsen voor het completeren van het specialisme in de 2^e fase. Daarom is het van belang dat artsen die momenteel de opleiding 2^e fase M+G willen volgen, zo snel mogelijk in kunnen stromen in de opleiding. Daardoor wordt de kwaliteit van zorg geborgd en worden tekorten aan opgeleide artsen M+G/ jeugdgezondheid verminderd. Ook wordt het perspectief voor een toekomst in de jeugdgezondheidszorg voor basisartsen verbeterd. Dit raakt aan het brede knelpunt van arbeidsmarktproblematiek in de jeugdgezondheidszorg.

Ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg vragen meer inzet van goed opgeleide professionals, waaronder artsen. Vraag is of die aantallen wel haalbaar zijn. Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt er gepleit voor 'omdenken', om ook tot een andere inzet te komen met minder beslag op de schaarse menskrachten.²⁹

²⁹ Een van de knelpunten in de JGZ is dat steeds het grootste deel van de beschikbare tijd opgaat in de individuele zorg van 'kinderen zien' op spreekuren. Zeker de artsen M+G/ Jeugdgezondheid zouden zich meer bezig kunnen houden met collectieve vraagstukken en gezondheidsbevordering. Dat past bij hun opleiding en de vraag vanuit de maatschappij. Tijdens de Delphi-raadpleging voor de artsen Jeugdgezondheid werden diverse opmerkingen gemaakt over de noodzaak om de inrichting van de Jeugdgezondheid structureel te heroriënteren:

- 'Ergens zal toch iemand het signaal moeten afgeven dat als we op deze manier blijven doen wat we deden, dan gaan we de problemen niet echt oplossen.'
- 'Als we steeds meer jeugdartsen nodig hebben terwijl ze er niet zijn, dan hebben we een heel ander probleem dan alleen het opleiden van artsen jeugdgezondheid.'
- 'Ik voorzie binnen nu en 10 jaar hele andere problemen ook op andere gebieden dan de JGZ. 'We kijken heel erg vanuit de bestaande wereld en hoe het van daaruit verbeterd kan worden. Het is goed om in de beschouwing daar aandacht aan te geven; een andere kleur en een andere klank is nodig.'
- 'De jeugdarts M+G is zich aan het ontwikkelen en aan het verrijken is, net als de jeugdverpleegkundige. We hebben voorlopig zwaar te weinig mensen om de omslag te kunnen maken naar een andere werkwijze en naar een nieuw systeem.'
- 'We moeten omdenken, maar op sommige vlakken heb je ook meer jeugdartsen nodig als je wilt gaan omdenken. Als je minder capaciteit hebt krijg je ook een selffulfilling professie waarin je minder mensen gaat opleiden...'

2.2.2 Infectieziektebestrijding

De wereld is complexer geworden en infectieziektebestrijding ook.

Het belang van eenduidig en grootschalig handelen is duidelijk geworden bij de COVID-19-crisis. Deze heeft laten zien dat er bij grote infectieziektecrisisen een gedegen structuur nodig is voor aansturing en ondersteuning bij opschaling door de decentrale uitvoeringsorganisaties. Hierbij zijn innovatieve lokaal/regionale uitvoeringsprogramma's nodig en een landelijk/regionale infrastructuur van alle relevante spelers, zoals RIVM, GGD'en, (universitaire) kenniscentra en laboratoria. Uitvoering van het grootschalig optreden, zoals bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren vraagt, zeker óók decentraal, voldoende kennis, kunde en menskracht.

De COVID-19-epidemie maakt het belang duidelijk van landelijke en lokale vertegenwoordiging van artsen infectieziektebestrijding in allerlei gremia, zoals (richtlijn-) commissies, beleidstafels, multidisciplinaire overleg tafels, OMT, subsidie organisaties, ngo's, RIVM, Gezondheidsraad, etc. Ook binnen de academische wereld zijn artsen infectieziektebestrijding nodig voor goed wetenschappelijk onderzoek, het geven van onderwijs en als praktijkopleiders.

Er is een toenemende vraag naar inhoudelijke en bestuurlijke adviezen, zoals bij vergunningen voor evenementen, intensieve veehouderij, risico's in vleesverwerkende industrie en steeds vaker bij juridische procedures (bijv. legionella bij een bedrijf). Hiervoor zijn te weinig artsen M+G/ infectieziektebestrijding beschikbaar.

Tijdens de COVID-19-epidemie werd pijnlijk duidelijk dat er op alle niveaus tekorten zijn aan artsen infectieziektebestrijding. Bij de grotendeels decentraal georganiseerde en aangestuurde infectieziektebestrijding werden deze knelpunten zichtbaar, niet alleen in het aantal beschikbare artsen infectieziektebestrijding, maar ook in de landelijk coördinatie en de communicatie. Er is jarenlang gewaarschuwd dat de GGD'en onvoldoende voorbereid zijn op een pandemie. De eerste rapporten waarin wordt geconcludeerd dat Nederland onvoldoende is voorbereid op een pandemie, dateren uit 2000. Er werd gewaarschuwd dat de draaiboeken 'ondermaats' waren en dat opschaling 'niet kan worden verzekerd'. Terwijl een pandemie niet onwaarschijnlijk leek, waren de omstandigheden die een dergelijke pandemie veroorzaken in de jaren daarna 'steeds nadrukkelijker aanwezig'.³⁰

In 2015 (en eerder) constateerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat het aantal deskundigen binnen een GGD op het terrein van de infectieziektebestrijding beperkt is en daardoor kwetsbaar is in situaties waarin opgeschaald moet worden.

Inmiddels heeft een brandbrief vanuit GGD-GHOR Nederland een aanzet gegeven tot een tussentijdse raming voor het Capaciteitsorgaan. Hierin wordt een actueel advies gegeven voor het aantal op te leiden artsen infectieziektebestrijding om op termijn tot een evenwicht in vraag en aanbod te komen.

³⁰ Marcia Nieuwenhuis (17 apr. 2021). Alarm over slagkracht GGD weggehoond: 'Bewindsman zei: 'Infectieziekten zijn toch voorbij''. AD. Zie <https://www.ad.nl/binnenland/alarm-over-slagkracht-ggd-weggehoond-bewindsman-zei-infectieziekten-zijn-toch-voorbij~a594f3b2b/> geraadpleegd op 29-09-2021.

Inmiddels is GGD GHOR Nederland een project 'Versterking professionele bezetting infectieziektebestrijding' gestart, gericht op de kwantitatieve en kwalitatieve versterking van het team infectieziektebestrijding bij de GGD. Het project zal onder andere samen met relevante betrokken stakeholders de rollen en taken van artsen, verpleegkundigen, deskundigen infectiepreventie en overig personeel opnieuw bekijken, beschrijven en normeren. Dit gebeurt in het licht van de opgedane corona-ervaringen.

2.3 Werkgevers

2.3.1 Jeugdgezondheidszorg

Iedere gemeente bepaalt zelf waar het de uitvoering van de jeugdgezondheidszorgstaken onderbrengt. De bekostiging van de jeugdgezondheidszorg vanuit de Rijksoverheid loopt voornamelijk via financiering vanuit de gemeente die hiervoor geld ontvangt uit het gemeentefonds. Gemeenten mogen overigens zelf bepalen waar ze dit geld aan besteden. Zij leggen daarover verantwoording af aan de gemeenteraad.

Er zijn twee grote groepen werkgevers voor de jeugdarts KNMG en de arts M+G/ jeugdgezondheid; de grootste werkgever zijn de GGD'en. Thuiszorgorganisaties hebben een kleiner marktaandeel, dat ook geleidelijk afneemt door overgang van de jeugdzorgtaken naar de GGD'en. Ook zijn er nog een aantal onafhankelijke organisaties voor jeugdgezondheidszorg. Daarnaast kunnen er artsen M+G/jeugdgezondheid werkzaam zijn bij bijvoorbeeld het RIVM, de jeugdzorg, de IGJ of een universiteit.

Afdelingen jeugdgezondheid kunnen sterk verschillen in takenpakket, organisatie en invulling qua menskracht. De afdeling bestaat meestal uit een afdelingshoofd/coördinator/manager, stafarts of medisch strategisch adviseur, artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten en ondersteuning beleid en bedrijfsvoering.

Het afdelingshoofd stuurt aan en kan worden ondersteund door leidinggevend en coördinatoren voor de artsen, verpleegkundigen en (dokters-)assistenten. Overige functies kunnen zijn: epidemiologen, functionarissen gezondheidsbevordering, tandheelkundig preventief medewerkers, preventief logopedisten, psychologen, pedagogen, planners, beleidsmedewerkers, applicatiebeheerders, financials, secretariael en administratief medewerkers.

2.3.2 Infectieziektebestrijding

De arts infectieziektebestrijding werkt vaak in een multidisciplinair team. Er zijn in Nederland twee grote werkgevers voor de arts infectieziektebestrijding, de GGD'en en het RIVM.

2.3.2.1 GGD

De bekostiging van de infectieziektebestrijding vanuit de GGD'en loopt vooral via financiering vanuit de gemeente die hiervoor geld ontvangt uit het gemeentefonds.

Afdelingen infectieziektebestrijding bij de GGD kunnen sterk verschillen in organisatie en invulling qua menskracht. Het basale takenpakket kent 9 deeltaken:

- Surveillance
- Taken voor de meldingsplicht
- Beleidsadvisering
- Preventie
- Bron- en contactopsporing/screening, onderzoek en partnerwaarschuwing
- Regie- en netwerk
- Vangnet
- Outbreakmanagement
- Onderzoek

In veel GGD'en worden extra taken uitgevoerd, zoals soa-bestrijding³¹, vaccinatie op maat en reizigersadvisering.

In de praktijk zijn bij GGD'en drie secties te onderscheiden in de infectieziektebestrijding, vaak ook met een verschillende invulling qua deskundigheid:

- 1) Infectieziektebestrijding in algemene zin
- 2) Seksuele gezondheid (soa)
- 3) Advisering over vaccinaties (reizigers en specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld immuun-gecompromitteerden).

Kernfuncties zijn hier de arts, de verpleegkundige infectieziektebestrijding, en (dokters-)assistenten en/of secretariael/administratief medewerkers. Sinds enkele jaren is vaak ook de Deskundige Infectieziektepreventie (DI) en de epidemioloog toegevoegd aan het kernteam, terwijl een toezichhoudende apotheker zorgdraagt voor de controle op de 'koude keten' en het beheer van vaccins en medicatie. Overige functies zijn: planner en communicatie/persvoorlichter.

Het werkveld van de infectieziektebestrijding is toenemend complex, mede als gevolg van de toenemende druk van onder meer zoönosen en antibioticaresistentie (ABR). Zo werken artsen infectieziektebestrijding buiten de eigen instelling bijvoorbeeld samen in regionale zorgnetwerken ABR. Ook wordt er nauw samengewerkt en afgestemd met RIVM, de NVWA en bijvoorbeeld dierenartsen. Ook het 'COVID-netwerk' vraagt (zowel lokaal/regionaal als landelijk) intensieve inzet.

2.3.2.2 RIVM

Het RIVM is een onafhankelijk instituut. De rijksoverheid financiert het op structurele basis. Het instituut zet zich - op basis van wetenschappelijk onderzoek - in voor een gezonde bevolking en een duurzame, veilige en gezonde leefomgeving. Dit onder meer door advisering aan overheid, professionals en burgers. Hiervoor verzamelt, analyseert en interpreteert het RIVM gegevens van infectieziekten van onder andere (laboratorium-)onderzoek, waarbij intensief wordt

³¹ Op basis van de Subsidieregeling publieke gezondheid.

samengewerkt met organisaties in binnen- en buitenland. Ook organiseert het RIVM het Rijksvaccinatieprogramma.

Onderdeel van het RIVM is het Centrum infectieziektebestrijding (CIb; Centre for Infectious Disease Control) dat de bestrijding van infectieziekten coördineert. Dat helpt GGD'en met de bestrijding van een lokale of regionale uitbraak. Bij een grote uitbraak of (verdenking van) een A-ziekte (zoals bij het coronavirus, Q-koorts, een voedselinfectie, ebola en lassakoorts), coördineert het RIVM de bestrijding ervan.

Overigens steunt het RIVM ook de infectieziektebestrijding in de overzeese gebieden van het Koninkrijk. Dit gebeurt onder andere door uitzending van artsen infectieziektebestrijding naar het Caribisch gebied.

2.4 Tekorten

Er is al jaren een tekort aan jeugdartsen KNMG, artsen M+G/ jeugdgezondheid, artsen infectieziektebestrijding KNMG en artsen M+G/ infectieziektebestrijding. De beschikbare opleidingsplaatsen worden al meer dan 15 jaar niet volledig benut; niet in de 1^e, maar ook niet in de 2e fase³².

De invoering van het landelijk werkgeverschap in 2019 - mede bedoeld om de instroom te verhogen - heeft vooralsnog niet geleid tot een hogere instroom bij de opleiding tot jeugdarts. Daar komt bij dat er inmiddels - mede naar aanleiding van de COVID-19-epidemie - een breed gevoelde noodzaak is om te komen tot een nieuw, versterkt, langjarig beleid. Dit dient gericht te zijn op het realiseren van gezondheidswinst, het verminderen van gezondheidsachterstand en het versterken van gezondheidsbescherming. Dat vraagt een grootschalige en langdurige innovatie en ontwikkelings- en veranderingsprogramma, waarin ook de artsen M+G/ jeugdgezondheid en M+G/ infectieziektebestrijding een cruciale rol hebben. Zij hebben niet alleen een rol als uitvoerder, maar zeker ook als onderzoek en beleidsadviseur; zowel lokaal als landelijk.

In de infectieziektebestrijding was en is het crisis. Op allerlei plaatsen wordt er nu gevraagd om extra artsen infectieziektebestrijding. Soms voor uitbreiding, zoals bij het RIVM en bij de GGD, maar ook als extra deskundigheid - die gemist wordt - zoals in de 'GGD GHOR Nederland Corona Programma Organisatie' die nieuw is opgericht. Voorheen waren hier geen medici aan verbonden. Het betreft meestal extra werk (géén vervanging van werk dat toch al gedaan wordt) en dat heeft invloed op de benodigde capaciteit.

Ook jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid hebben tijdens de COVID-19-pandemie op landelijk en lokaal niveau substantieel bijgedragen aan de (preventieve) aanpak en aan het COVID-19-vaccinatieprogramma. In dat kader is er zowel in de jeugdgezondheidszorg als in de infectieziektebestrijding veel werk bijgekomen. Op veel plaatsen is er extra vraag naar deskundige advisering.

In 2019 is een groep artsen de opleiding tot jeugdarts KNMG gestart in dienst van de SBOH, met een nieuw curriculum. Een groot deel daarvan is deze opleiding begonnen omdat in 2021 het LOP M+G van start zou gaan en zij verwachtten door te kunnen stromen in de opleiding M+G 2^e

³² Met uitzondering van de 1e fase ISB in 2021 en de 2e fase opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid vanaf 2020.

fase. De tweedeling van financiering van 1^e en 2^e fase plekken voor de opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid zorgt voor een beperking in de doorstroom. De huidige situatie van meer belangstelling voor de 2^e fase was al voorzien in het rapport van het Capaciteitsorgaan uit 2019.³³

2.5 Aanverwante disciplines

2.5.1 Aanverwante disciplines jeugdgezondheidszorg

In § 2.3.1. is beschreven dat afdelingen jeugdgezondheidszorg sterk kunnen verschillen in takenpakket, functies en aantallen. De inhoudelijke medewerkers die beschouwd kunnen worden als disciplines verwant aan jeugdartsen zijn:

2.5.1.1 (Dokters-)assistent

Assistenten (consultatiebureau- en doktersassistenten) besteden het grootste deel van hun tijd aan monitoring.³⁴ Tot de taken van de (dokters-)assistent kunnen behoren:

- *Zorgdragen voor intake, voorlichting en advies.* Dit omvat jeugdmonitoring en signalering door het uitvoeren van screenings, het geven van individuele en groepsvoorlichting en het uitreiken van relevante folders, het meewerken aan gerichte screenings- en voorlichtingsprojecten over bijvoorbeeld genotmiddelen, leefstijl of gezond gewicht.
- *Bijdragen aan medische zorg:* het assisteren tijdens Preventief Gezondheid Onderzoek (PGO)³⁵, het verrichten van controleonderzoeken en het geven van adviezen volgens protocol. Het verrichten van hielprik en neonatale gehoorscreening, het zo nodig verwijzen volgens protocol en het vaccineren volgens het schema van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).
- *Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden taken:* de assistent is vaak de spil van het JGZ-team vanwege de centrale positie als contactpersoon voor scholen en andere disciplines, het beheer van de administratie en de agenda's, de registratie- en planningsfunctie (van allerlei overleggen, werkgroepen huisbezoeken, contactmomenten).

2.5.1.2 Verpleegkundige jeugdgezondheidszorg

Jeugdverpleegkundigen spenderen de meeste tijd aan de kerntaken monitoring, gezondheidsbevordering en preventie³⁶. De verpleegkundige volgt de ontwikkeling van kinderen van 0 tot en met 18 jaar en werkt samen met ouders, artsen, logopedisten, pedagogen en maatschappelijk

³³ De overgang van profielopleidingen naar deskundigheidsgebieden is een ingrijpende verandering in het opleidingsplan voor de artsen M+G. De overgang heeft ook consequenties voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan. In dit Capaciteitsplan wordt waarschijnlijk voor de laatste keer een instroom- advies gegeven voor de 8 verschillende profielen en de 2^e fase van de opleiding tot arts M+G. Omdat het instroomadvies pas in 2021 van kracht wordt, zal in 2021 wellicht een synthese van de profielen én de 2^e fase opleiding moeten worden gemaakt. Dat zal op zich naar verwachting niet leiden tot andere totaalaantallen, maar tot een herschikking van de invulling van het advies conform de nieuwe opleidingsstructuur.

³⁴ Factsheet Landelijke capaciteit meting in de Jeugdgezondheidszorg; AMC 2014

³⁵ Met taken als anamnese afnemen, audiogram en visustest en hoofdлуisonderzoek, bepalen van lengte en gewicht, de groei uitzetten in een groeicurve, motorische testjes, vaccinaties controleren en voorlichting geven.

³⁶ In sommige organisaties wordt screening van neonatale gehoorscreening en hielprikscreening door verpleegkundigen gedaan, in andere organisaties door specifiek opgeleide en bekwame screeningsassistenten in de functie van screener neonatale gehoorscreening en hielprikscreening.

werkers. De zorg wordt ook afgestemd met andere ketenpartners zoals school, kinderdagverblijf, wijkteam, jeugdzorg en leerplicht.

- De jeugdverpleegkundige voor de jongste kinderen houdt zich voornamelijk bezig met de lichamelijke-, psychische-, en cognitieve ontwikkeling. Hierbij worden standaard metingen uitgevoerd, zoals wegen, meten, gehoor- en ogentest waarmee een verpleegkundige diagnose wordt gesteld. Daarnaast speelt de verpleegkundige een belangrijke rol bij de ondersteuning van ouders bij de bio-psychosociale ontwikkeling van kinderen.
- Als de kinderen de basisschoolleeftijd bereiken focust de jeugdverpleegkundige zich meer op de psychosociale ontwikkeling; de ontwikkeling van het kind in relatie tot zijn sociale omgeving. Vanaf het voortgezet onderwijs wordt ook gekeken naar de maatschappelijke ontwikkeling.
- De jeugdverpleegkundige houdt zich - naast voorgenoemde taken – bezig met het uitvoeren van het standaard deel van het lichamelijk onderzoek bij kinderen, netwerken en met onderzoek en innovatie. Dit laatste is vooral een taak van gespecialiseerde verpleegkundigen.

2.5.1.3 Gedragswetenschapper

De gedragswetenschapper is een maatschappelijk werkende, psycholoog, orthopedagoog of socioloog. Deze richt zich op psychosociale en gezinsproblematiek bij jeugdigen van 0 t/m 18 jaar.

De gedragswetenschapper werkt samen in een multidisciplinair team, draagt bij aan verdere ontwikkeling van de deskundigheid en expertise van de JGZ-medewerkers. De gedragswetenschapper ontwikkelt en implementeert hiervoor beleid en adviseert en coacht jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen bij specifieke casuïstiek. Ook worden samen met de arts en/of verpleegkundige jeugdgezondheid verzuimgesprekken gevoerd met jongeren en/of ouders. Verder worden contacten onderhouden met scholen en andere betrokken zorgverleners rondom de leerlingzorg. Daarbij worden ook adviezen gegeven voor ontheffing van de leerplicht.

Al met al draagt de gedragswetenschapper bij aan vroegsignalering en richt zich daarbij vooral op screeningsdiagnostiek op het gebied van de GGZ, triage, kortdurende behandeling en overbruggingszorg. Ook helpt de gedragswetenschapper de drempel naar hulpverlening (jeugd-GGZ) voor ouders te verlagen, biedt hij de mogelijkheid voor overbruggingshulp en fungeert hij als filter voor vervolgbegeleiding.

2.5.1.4 Epidemioloog

De epidemioloog kijkt breed en onderzoekt hoe gezond de regionale bevolking is. De epidemioloog werkt ook ondersteunend voor de JGZ. Deze doet bijvoorbeeld tweejaarlijkse peilingen over de bio-psychosociale gezondheid van de jeugd. Hierbij worden de belangrijkste gebeurtenissen en de ziektelast in kaart gebracht en gemonitord. Alle gegevens zijn een basis voor lokaal gezondheidsbeleid en preventieactiviteiten. De epidemioloog is (mede) verantwoordelijk voor vroegsignalering, inschatting van ziektelast en –kosten. Hij werkt ook mee aan het versterken en benutten van de landelijke surveillancesystemen. De epidemioloog werkt op het snijvlak van onderzoek en beleid, in nauwe samenwerking met het eigen team en regionale en landelijke

(arts)epidemiologen, statistici, datamanagers, en (micro)biologen. De onderzoeksgegevens van de epidemioloog worden ook gebruikt door gemeenten, regionale organisaties en het RIVM.

2.5.2 Aanverwante disciplines infectieziektebestrijding

Disciplines die verwant zijn aan artsen infectieziektebestrijding zijn:

2.5.2.1 (Dokters-)assistent

Tot de taken van de (dokters-)assistent behoren:

1. *Zorgdragen voor intake, voorlichting en advies*: Triage aan de telefoon, het geven van individuele en groepsvoorlichting, het meewerken aan gerichte screenings- en voorlichtingsprojecten.
2. *Bijdragen aan medische zorg*: Onderzoek doen, zoals bemonstering. Dit omvat het afnemen van monsters en testen.
3. *Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden taken*: de assistent heeft vaak een centrale positie als contactpersoon, door het beheer van de administratie en de agenda's, de registratie- en planningsfunctie en door het registreren van meldingen van bijvoorbeeld huisartsen en laboratoria.

Zo nodig is er, bijvoorbeeld bij de inzet in verband met COVID-19, ook inzet op andere taken, zoals hand- en spandiensten bij het callcenter en bijvoorbeeld bij de werkzaamheden in en rond de teststraat.

2.5.2.2 Verpleegkundige infectieziektebestrijding

De 'curatieve sector', te weten de eerste lijn (huisarts), tweede lijn (specialist) en/of de derde lijn is gericht op de diagnostiek en behandeling van de patiënt. Na melding bij de GGD verwerkt de verpleegkundige de meldingen van infectieziekten, voert bron- en contactopsporing uit en neemt preventieve maatregelen voor de patiënt en zijn omgeving. Daarbij wordt gekeken voor wie voorlichting is geïndiceerd en met welk doel (preventie of beperken van ongerustheid) en met welke voorlichtingsmethodiek en niveau. Ook houdt de verpleegkundige (telefonisch) spreekuur voor algemene infectieziekten. Verder geeft deze publieksvoorlichting en voorlichting aan instellingen en zorgverleners. Ook neemt de verpleegkundige deel aan (voorbereidende) activiteiten voor outbreak management, houdt het overzicht bij en handelt adequaat in ingewikkelde situaties.

Tenslotte beheert de verpleegkundige infectieziektebestrijding de cliëntendossiers en draagt zorg voor de rapportages aan huisarts, specialist of cliënt. Kortom, de verpleegkundige is bezig met het bestrijden van allerlei ziektes, zoals kinkhoest, hepatitis, legionella en tbc. Maar ook op internationaal vlak met bijvoorbeeld SARS, MERS, ebola en nu natuurlijk COVID-19.

2.5.2.3 Deskundige infectiepreventie

Samen met de teammedewerkers houdt de deskundige infectiepreventie (DI) zich bezig met de ontwikkeling en verbetering van de infectiepreventie in de publieke gezondheid. De DI geeft gevraagd en ongevraagd advies aan interne medewerkers, cliënten, professionals en

zorgaanbieders. De DI verzorgt deskundigheidsbevordering aan teamleden en aan medewerkers van externe organisaties, stelt beleidsadviezen op en voert ze uit. Ook zet de DI preventieprojecten op, voert ze uit en stimuleert infectiepreventie bij zorginstellingen, thuiszorgorganisaties en ander ketenpartners. Daarbij hoort ook het opzetten en onderhouden van netwerken en advisering aan gemeenten en andere netwerkpartners. Tenslotte heeft de DI de regie en coördinatie bij uitbraken van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) en geeft de DI voorlichting en advies bij bijvoorbeeld antibioticaresistentie.

2.5.2.4 Epidemioloog

Het voorkomen en terugdringen van infecties is van levensbelang. De epidemioloog brengt de stand van zaken op het gebied van infectieziekten in kaart en is medeverantwoordelijk voor het tijdig signaleren van (verheffingen van) infectieziekten. De belangrijkste gebeurtenissen en de ziektelast worden in kaart gebracht en gemonitord. De epidemioloog is (mede) verantwoordelijk voor vroegsignalering en inschatting van ziektelast en –kosten. Ook werkt hij mee aan het versterken en benutten van de landelijke surveillancesystemen. De epidemioloog werkt op het snijvlak van onderzoek en beleid. Dit doet hij in nauwe samenwerking met het eigen team en regionale en landelijke (arts)epidemiologen, statistici, datamanagers, en (micro)biologen. De epidemioloog kijkt breed (niet alleen naar infectieziekten) en onderzoekt hoe gezond de regionale bevolking is. Gemeenten, regionale organisaties en het RIVM maken gebruik van de onderzoeksgegevens die de basis zijn voor lokaal gezondheidsbeleid en preventieactiviteiten.

2.5.2.5 Apotheker

De apotheker wordt vaak ‘ingehuurd’ en is verantwoordelijk voor het logistieke proces van de vaccins en andere medicatie, net als voor de kwaliteit van de bijbehorende werkzaamheden.

De apotheker houdt toezicht op en controleert - op locatie en in de keten - de kwaliteit van de ‘cold chain’ van de vaccins en geneesmiddelen en implementeert de ‘cold chain’-updates van de LCI-richtlijn.

De apotheker is (mede) verantwoordelijk voor het trainen van de prikkers/optrekkers. Ook is hij verantwoordelijk voor het klaarmaken van geneesmiddelen conform de standaard ziekenhuis-apothekers en het toezicht op de hygiënestandaarden bij de bereiding en de distributie van de voorraden in de keten. Tenslotte voert de apotheker steekproeven uit ter controle van de kwaliteit van deze werkzaamheden.

2.6 Aanverwante medische beroepsgroepen

2.6.1 Jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid

Jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid volgen, in samenspraak met ouders, kinderen en jongeren bij het gezond opgroeien. Ook ondersteunen zij hen op maat bij hun vragen. Daarbij kijkt deze arts niet alleen naar het kind en het gezin, maar ook naar de leefomgeving in brede zin.

De jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid normaliseert waar dat kan, signaleert tijdig gezondheids- en ontwikkelingsproblemen van kinderen en jongeren en leidt hen toe naar passende zorg waar nodig. De arts indiceert vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma, zet in op effectieve preventie en geeft hierbij extra aandacht aan kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties en met de grootste gezondheidsachterstand. Afhankelijk van hun ervaring en opleiding richten de jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid zich op enkelvoudige of meervoudige complexe problematiek en zoomt hierbij in- of uit, op individueel en/of collectief niveau. Hierbij wordt in de gemeente en ook landelijk samengewerkt met bijvoorbeeld het RIVM, VWS, brancheorganisaties. Deze artsen analyseren gezondheidsvraagstukken en geven beleidsadviezen binnen hun organisaties, aan gemeenten, scholen e.a. en zijn daarnaast betrokken bij onderzoek. Ook dragen ze bij aan crisesbestrijding, zoals recent tijdens de COVID-19-pandemie.

Voor de jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid is samenwerking erg belangrijk. Niet alleen hebben deze artsen te maken met andere professionals in de jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheid (infectieziektebestrijding, forensische geneeskunde, Veilig Thuis e.a.). Deze artsen werken ook samen met: huisartsen, verloskundigen en (para)medici, jeugdhulpprofessionals in lokale teams jeugd en daarbuiten, beleidsmakers van gemeenten en landelijke overheid, vertegenwoordigers van scholen en kinderopvang en informele netwerken rondom gezinnen. Deze uitgebreide samenwerking is een belangrijk onderdeel van het werk.

Naast de jeugdarts KNMG en de Arts M+G/ jeugdgezondheid werken ook andere artsen in de jeugdgezondheidszorg. Dat kunnen basisartsen zijn of artsen met een ander specialisme. In algemene zin wordt voor alle artsen die in de jeugdgezondheidszorg werken, de algemene term 'jeugdarts' gebruikt.

2.6.2 Arts infectieziektebestrijding

De arts infectieziektebestrijding is veelal bezig met de omgeving van de patiënt en richt zich op het voorkomen van infectieziekten en op bestrijding van uitbraken van besmettelijke ziekten. De arts infectieziektebestrijding stelt meestal niet zelf de diagnose bij de patiënt, maar is juist bezig met de mogelijke risico's voor de omgeving. Hij heeft hierbij te maken met ziekten die van mens op mens overdraagbaar zijn, zoals hepatitis A, B en C en soa's. Ook heeft hij te maken met ziekten die dieren op mensen kunnen overdragen, zoals salmonella, vogelgriep en Q-koorts en ziekten die zich via andere routes verspreiden, zoals legionella.

De arts infectieziektebestrijding zorg voor goede voorlichting en preventief beleid. Hiervoor overlegt hij onder andere met collega's uit de kliniek - zoals medisch microbiologen, internisten en infectiologen -, overheden en andere betrokkenen. Bij (grootschalige) interventies geeft deze aan wanneer en op welke schaal er ingegrepen moet worden om een uitbraak of verdere verspreiding van een infectieziekte te voorkomen.

De arts infectieziektebestrijding signaleert tijdig gezondheidsrisico's. Hij zet in op effectieve preventie en geeft hierbij extra aandacht mensen in kwetsbare situaties. Met name de arts M+G/ infectieziektebestrijding analyseert gezondheidsvraagstukken en geeft beleidsadviezen, zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten. Hierbij gaat het vaak om crisissituaties en

meervoudige complexe problematiek, waarvoor het vaak nodig is om in en uit te zoomen, van individueel niveau naar collectief niveau. Hierbij wordt regionaal, maar ook landelijk samengewerkt tussen GGD, het RIVM, universiteit of internationale organisaties. Daarbij zijn zij vaak ook betrokken bij onderzoek.

2.6.2.1 Samenwerking arts infectieziektebestrijding en jeugdarts

In de afgelopen periode (Corona-tijd) was het realiteit dat er nauwe samenwerking en afstemming is tussen artsen in deze twee (en andere) profielen. Jeugdartsen hebben een grote bijdrage geleverd in de opschaling van infectieziektebestrijding en de ondersteuning en tijdelijke substitutie van collega's infectieziektebestrijding binnen GGD'en. De artsen Jeugdgezondheid kregen meer taken vanwege het enorme tekort aan artsen IZB.

Maar er is ook om inhoudelijke redenen een toenemende samenwerking tussen artsen Jeugdgezondheid en artsen IZB als het gaat om jongeren, ouders van jonge kinderen, scholen en kinderdagverblijven. De JGZ-afdeling heeft een goede relatie en contacten met de scholen en kinderdagverblijven. En met name ook infectieziekten hebben invloed op de jeugd, zowel binnen als buiten de school.

Daarom is de samenwerking een win-win situatie die niet zal stoppen. Eerder is het de verwachting dat dit doorgaat en dat de artsen jeugdgezondheid meer vanuit de publieke gezondheidszorg overstijgend gaan werken, onder meer op het gebied van infectieziekten, hygiëne en advisering op collectief niveau. De coronacrisis heeft laten zien dat jeugdartsen breder ingezet kunnen en moeten worden binnen de publieke gezondheidszorg, met bredere taken zoals collectieve ondersteuning en advisering voor (groepen) burgers, kinderopvang, scholen en daarbuiten.

Het is plausibel dat bij toekomstige gezondheids crises de jeugdartsen, net zoals andere sociaal geneeskundige disciplines, opnieuw flexibel worden inzet.

Bij de sense-poli's, centra voor seksuele gezondheid, kunnen jongeren anoniem terecht met vragen over soa, zwangerschap, anticonceptie en seksualiteit. Ook hier kunnen artsen jeugdgezondheid een zinvolle rol vervullen naast de arts infectieziektebestrijding.

2.6.3 Vertrouwensarts

De vertrouwensarts is werkzaam binnen Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. De medische expertise van de vertrouwensarts is nodig bij meldingen waarbij bijvoorbeeld sprake is van lichamelijke mishandeling, levensbedreigende situaties voor kinderen of seksueel misbruik. De vertrouwensarts werkt op het snijvlak van medische en sociaal-maatschappelijke problematiek en heeft regelmatig contact met bijvoorbeeld de jeugdarts over individuele casuïstiek.

2.6.4 Forensisch arts

Een forensisch arts heeft diverse taken. Dit zijn bijvoorbeeld: het verrichten van lijkschouwen bij (vermoeden van) niet-natuurlijk overlijden, het opstellen van letselverklaringen, medische

beoordeling of behandeling van personen die op een politiebureau zijn ingesloten, het afnemen van lichaamsmateriaal (bloed, urine, DNA) bij slachtoffers of verdachten van een misdrijf en het opstellen van expertiserapporten voor het openbaar ministerie of de rechtbank over het ontstaan van letsel of over de doodsoorzaak van een slachtoffer.

Vanuit de aard van het vak komt de forensisch geneeskundige ook in aanraking met zaken waarbij kinderen gemoeid zijn, zoals kindermishandeling en huiselijk geweld. Binnen de forensische geneeskunde is kindermishandeling een apart expertisegebied. Artsen met deze expertise kunnen vaststellen of letsel bij een kind een gevolg kan zijn van mishandeling. Forensisch medische expertise bij kindermishandeling (FMEK) is onderdeel van en sluit aan bij het landelijke programma Geweld Hoort Nergens Thuis.³⁷ Er zijn dus raakvlakken met de arts jeugdgezondheid, maar ook met de arts infectieziektebestrijding, bijvoorbeeld bij prik- en bijtincidenten en voor arrestantenzorg.

2.6.5 Bedrijfsarts

De bedrijfsarts richt zich op behoud van gezondheid en inzetbaarheid in werk. Hij is arbeidsgezondheidskundige en is in staat beroepsziekten en beroepsgebonden aandoeningen te beoordelen, te begeleiden en daarover preventief te adviseren. Preventief advies van gezondheidsproblemen en ziekteverzuim richt zich op zowel individuele medewerkers als de organisatie. De preventiemaatregelen komen voort uit de risicoanalyse of preventief medisch onderzoek. De bedrijfsarts richt de bedrijfsgeneeskundige zorg op kwetsbare groepen, zoals jongeren, zwangere, ouderen, werkenden met een verstoorde afweer en mensen met een chronische aandoening. Hij adviseert bij verzuimbegeleiding en over de arbozorg bij kleine en grote organisaties. Ook adviseert hij over de aanpak van het ziekteverzuim en de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Daarbij houdt de bedrijfsarts bedrijfsgeneeskundig spreekuur en begeleidt hij de reïntegratie van zieke werknemers. Hij heeft contact met de arts infectieziektebestrijding over onder meer infectieziekten en BRMO, maar de laatste periode zeker ook over COVID-19. De jeugd- en bedrijfsartsen houden zich met dezelfde aspecten bezig in andere levensfasen (school/werk). Helaas er is een groot tekort aan bedrijfsartsen. Hierdoor zijn er weinig mogelijkheden voor samenwerking met of substitutie van taken van de jeugdarts.

2.6.6 Psychiater

De psychiater richt zich op diagnostiek, indicatiestelling, behandeling, functieherstel en preventie van psychiatrische aandoeningen. De psychiater werkt intensief samen met andere disciplines zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Hij is met name gericht op psychische aandoeningen die complexer, ernstiger en risicovoller zijn dan de problemen waarop de andere artsen zich richten. De psychiater heeft binnen de Wettelijke kaders een autonome bevoegdheid betreffende dwangtoepassingen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Er is een groot tekort aan psychiaters. In de jeugdgezondheidszorg kan de arts jeugdgezondheid de kinderen en jongeren al niet meer 'kwijt' aan de psychiatrie. Gevolg is dat ze – noodgedwongen - bij de jeugdgezondheidszorg in zorg blijven. Er zijn ook trajecten waarbij de jeugdarts

³⁷ Zie ook: <https://ggdghor.nl/thema/forensisch-medische-expertise-bij-kindermishandeling/>

taken overneemt van psychiaters vanwege de andere positie (op de school), maar met name ook vanwege de contacten en de setting. De jeugdarts werkt dicht bij mensen thuis en is meer gericht op normaliseren.

2.6.7 Huisarts

Huisartsen kiezen vaak voor hun vak vanwege de afwisseling en diversiteit van het werk en vanwege de diverse patiëntenpopulatie. Het werk omvat zowel diagnostiek en therapie als preventie en begeleiding. De huisarts is een generalist met het hele leven als werkgebied. Hij staat dicht bij de patiënten en kent hun sociale en maatschappelijke context.

Huisartsen werken steeds meer samen met artsen jeugdgezondheid met name in kwetsbare thuissituaties. Artsen jeugdgezondheid hebben ook een signalerende rol voor de huisarts die zicht heeft op alle leden van het gezin.

Ook bij de huisartsen is er toenemende krapte. Als kinderen hier niet doorverwezen kunnen worden, blijven ze bij de jeugdgezondheidszorg; bij de functie 'vangnet en advies'. Ook komt het voor dat huisartsen aan de arts jeugdgezondheid vragen om zaken 'over te nemen'. Dat gaat niet zozeer om tekorten (bij de huisartsen), maar om de meerwaarde van preventie en de JGZ. Daarnaast speelt de trend om 'dichter bij het normaal' te werken en dus naar de JGZ te verwijzen. Bij huisartsen speelt ook de trend van substitutie van tweede naar eerste lijn, bijvoorbeeld in pilots waarbij de jeugdarts aanhaakt bij de HAP.

Bij besmettelijke ziekten, antibioticaresistentie of vragen over vaccinaties heeft de huisarts contact met de arts infectieziektebestrijding, zoals in het kader van de meldingsplicht.

2.6.8 Kinderarts

De kinderarts houdt zich bezig met het diagnosticeren en behandelen van ziekten en aandoeningen die voorkomen bij kinderen en adolescenten. Dit begint bij de opvang van de prematuur geboren en eindigt op 18-jarige leeftijd. Daarbij heeft de kinderarts kennis over de groei en ontwikkeling van kinderen in verschillende levensfasen. Ook heeft hij kennis over de integratie van lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van kinderen. De kinderarts werkt niet alleen curatief, maar ook preventief en heeft een rol in ethische besluitvorming. Daarbij betreft hij ouders of verzorgers bij de opvang, onderzoek, behandeling of nazorg. Gezien de positie van de kindergeneeskunde, de aard van het vak en de cliëntpopulatie is de kinderarts geregeld betrokken bij het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld.

In sommige regio's verschuiven taken van kinderartsen naar de arts jeugdgezondheid. Dit gebeurt soms in een afgesproken traject vanwege de contacten, de setting en omdat de jeugdzorg dicht bij de mensen thuis staat en meer gericht is op normaliseren.

De kinderarts heeft ook regelmatig contact met de arts infectieziektebestrijding, bijvoorbeeld in verband met besmettelijke ziekten, antibioticaresistentie, vragen over vaccinaties of in het kader van de meldingsplicht.

2.6.9 Arts microbioloog en infectioloog

De arts microbioloog houdt zich bezig met het diagnosticeren, behandelen en voorkomen van infecties en infectieziekten. Hij heeft een goed overzicht van de infectieziekten en ziekteverwekkers in de regio. De arts microbioloog is daarom vaak de eerste die een verheffing op het spoor komt die in het ziekenhuis of daarbuiten optreedt. De arts microbioloog verricht ook zelf diagnostiek. Verder is hij bezig met: intercollegiale consulten, beleidsvorming en ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, epidemiologie van infectieziekten en ziekenhuishygiëne, openbare gezondheidszorg, voorlichting, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Er is steeds meer (netwerk-)samenwerking van de arts infectieziektebestrijding met ziekenhuizen (infectiologen, microbiologen) bv. bij infectiepreventie, bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) of vaccinatiezorg. Potentieel vindt hier ook taakverschuiving plaats.

2.6.10 Klinisch Geneeskundig specialist

Van alle artsen wordt een actieve houding en alertheid verwacht op signalen van problematiek bij kinderen om zo nodig passende hulp te bieden. Hierbij is onder meer de herziene KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld met een wettelijk verplicht afwegingskader relevant. Dat leidt niet alleen tot contacten van de klinische geneeskundig specialist met de vertrouwensarts, maar ook tot contacten met de jeugdarts maar ook tot overleg over of adviezen tot behandeling.

De jeugdarts verwijst kinderen direct door naar de KNO-arts, de oogarts en radioloog/orthopeed en onderhoudt hiervoor de benodigde contacten.

In veel specialismen spelen infectieziekten, antibioticaresistentie en/of bijzonder resistente micro-organismen een rol. Naast de arts microbiologie vindt ook afstemming plaats met de arts infectieziektebestrijding. Als er een meldplicht bestaat, gebeurt dat bij de lokale GGD.

Bij de diagnostisering en behandeling van soa's is er soms een intensieve samenwerking van met name dermatologen en internisten met de arts infectieziektebestrijding.

2.6.11 Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde houdt zich bezig met chronisch zieke patiënten met een complexe zorgvraag, meestal kwetsbare ouderen, maar soms ook jongere patiënten, in een verpleeghuis of thuis. Zij behandelen patiënten met dementie en complexe chronische aandoeningen. Zij zorgen voor de revalidatie of voor bijvoorbeeld terminale zorg. De expertise richt zich op het herstellen of het behouden van het dagelijks functioneren. Als hoofdbehandelaar werkt de specialist ouderenzorg multidisciplinair en voert deze de regie, diagnosticeert en behandelt. Dat kan in loondienst of als zelfstandig ondernemer.

Er is geregeld contact met de arts infectieziektebestrijding voor ondersteuning bij bijvoorbeeld infectieziekten en bijzonder resistente micro-organismen.

2.6.12 Arts verstandelijk gehandicapten

De Arts verstandelijk gehandicapten (AVG) is gericht op het bewaken en bevorderen van de gezondheidstoestand van mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij gaat het zowel over behandeling van gezondheidsproblemen als adviezen hierover aan de patiënt, patiëntvertegenwoordigers, begeleiders en (para)medici betrokken bij de behandeling. De AVG werkt in een multidisciplinair team en beschikt over een netwerk met (para)medische disciplines, zowel binnen de zorgorganisatie als daarbuiten. De arts werkt vaak in een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking, maar in toenemende mate ook poliklinisch voor mensen met een verstandelijke beperking die niet in een zorginstelling wonen.

Ook de AVG heeft regelmatig contact met de arts infectieziektebestrijding voor ondersteuning bij infectieziekten en antibioticaresistente in de ouderenzorg.

3 Opleiding

3.1 Inleiding

Artsen die willen gaan werken als jeugdarts worden geacht in ieder geval de 1^e fase-opleiding tot jeugdarts KNMG te volgen. Zij worden arts in opleiding tot specialist (aios) en als zodanig ingeschreven in het opleidingsregister van de RGS. Geregeld volgt daarna de 2^e fase-opleiding tot arts M+G/ jeugdgezondheid, dan volgt wederom inschrijving als aios in het opleidingsregister van de RGS.

Artsen die gaan werken in de infectieziektebestrijding gaan eigenlijk altijd in opleiding, eerst tot arts infectieziektebestrijding KNMG en daarna gaan zij vrijwel altijd door met de 2^e fase opleiding tot arts M+G/ infectieziektebestrijding.

De aios wordt meestal lid van de wetenschappelijke beroepsvereniging, die zich ten doel stelt de kwaliteit van het beroep te bewaken en de belangen van de arts te behartigen. De AJN is dé wetenschappelijke vereniging van én voor arts jeugdgezondheid. Voor de arts infectieziektebestrijding is dat de Nederlandse Vereniging voor Artsen infectieziektebestrijding.

3.2 Huidige opleidings situatie

De aios maakt een individueel opleidingsplan; een uitwerking van het opleidingsplan van het betreffende specialisme. Het opleidingsplan bevat: mentorgesprekken, scholingsmodules (bijvoorbeeld op het terrein van de forensische geneeskunde, de jeugdgezondheidszorg, de infectieziektebestrijding e.d.) en intercollegiale toetsing (ICT). De opleidingsduur is minimaal 3 jaar voor de totale opleiding tot arts M+G, maar in de praktijk meestal 4-5 jaar of meer.

Binnen de infectieziektebestrijding is het gebruikelijk om na de 1^e fase door te stromen naar de 2^e fase. Dit is zeer gewenst gezien de context van het vakgebied, waarin onder meer geadviseerd wordt over bestuurlijke maatregelen. Hiervoor is een registratie als arts M+G/ infectieziektebestrijding vereist.

Met name bij de jeugdgezondheidszorg was doorstroming naar de 2^e fase opleiding niet vanzelfsprekend. Men ging vaak aan de slag als jeugdarts KNMG zonder verdere specialisatie in de 2^e fase tot arts M+G/ jeugdgezondheid. Dit was ook het gevolg van afspraken die in het verleden gemaakt zijn over de optimale verhouding tussen de verschillende medische professionals in de jeugdgezondheidszorg. Dat betrof een verhouding van 13% basisartsen, 61% jeugdartsen KNMG en 26% artsen M+G/ jeugdgezondheid. Dit werd in het verleden gezien als optimaal. Echter bij het ontwikkelen van het LOP M+G (vanaf 2015) werd duidelijk dat deze casemix niet meer aansluit bij de behoeften van professionals, werkgevers en maatschappij. Inmiddels is deze casemix komen te vervallen en wordt gestreefd naar infasering van vooral artsen M+G/-jeugdgezondheid. Hetgeen inhoudt dat ook binnen de jeugdgezondheidszorg het streven is dat alle artsen doorstromen naar de 2^e fase na afronding van de 1^e fase.

3.3 Ontwikkelingen opleiding

Op 8 april 2020 heeft het CGS het ontwerp Besluit maatschappij en gezondheid (M&G)³⁸ en het ontwerp Kaderbesluit profielen³⁹ vastgesteld. Gelijktijdig is het LOP M+G 2020⁴⁰ voorlopig vastgesteld. De grootste verandering in de opleiding is dat de acht profielen die nu nog de 1^e fase vormen van de opleiding M&G komen te vervallen. Daarvoor in de plaats komt er één alomvattende opleiding tot arts voor maatschappij en gezondheid met daarbinnen vijf deskundigheidsgebieden.⁴¹

Diverse relevante partijen hebben inmiddels naar aanleiding van de besluiten gereageerd bij het CSG. Momenteel worden deze reacties verwerkt in de ontwerpbesluiten, waarna het CGS de aangepaste ontwerpbesluiten vaststelt. Het vastgestelde Besluit maatschappij en gezondheid wordt ten slotte aan de minister van VWS voorgelegd.⁴²

Inmiddels wordt gestreefd naar inwerkingtreding met ingang van 1-1-2022. Voorwaarde daarvoor is onder meer dat de financiering van de nieuwe opleidingsstructuur M&G rond is.

In het huidige ontwerp Besluit M&G is opgenomen dat de opleiding plaats vindt in twee of meer deskundigheidsgebieden, waaronder dat van 'jeugdgezondheid' en 'infectieziektebestrijding, Tuberculosebestrijding en Medische Milieukunde'.

Profielartsen die momenteel als zodanig in het KNMG register staan ingeschreven, kunnen blijven werken als profielarts met alleen de huidige erkenning⁴³. Ze kunnen straks ook alsnog instromen in de 2 jarige 2^e fase opleiding tot arts M&G als zij de titel van arts M+G willen behalen. Daarbij wordt individueel bekeken in hoeverre vrijstellingen mogelijk zijn. De zijinstroomregeling uit het Kaderbesluit CGS voor het specialistenregister M&G is in het nieuwe Besluit M&G van toepassing. Momenteel wordt door de KAMG⁴⁴, CGS en RGS gewerkt aan een nieuw curriculum en aan een overgangsregeling voor onder andere de huidige profielartsen.

3.4 Realisatie opleidingen

3.4.1 Aantal momenteel in opleiding

In Tabel 3.1 wordt het totaal aantal geregistreerde aios weergegeven per 1-1-2019 (de parame-terwaarde gebruikt voor laatste capaciteitsraming), en hoe deze aantallen zich daarna hebben

³⁸ Zie: [file:///H:/Userenv/Downloads/20-D%201126%20ontwerpbesluit%20maatschappij%20en%20gezondheid%20over-sie%20schoon%20\(3\).pdf](file:///H:/Userenv/Downloads/20-D%201126%20ontwerpbesluit%20maatschappij%20en%20gezondheid%20over-sie%20schoon%20(3).pdf). Geraadpleegd op 22 oktober 2020.

³⁹ Zie: <https://www.knmg.nl/web/file?uud=27558d17-5ef4-4d15-b746-f2ffa761de60&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=81295&elementid=2388152> Geraadpleegd op 22 oktober 2020.

⁴⁰ Zie: [file:///H:/Userenv/Downloads/20-I%201106%20CONCEPT%20LOP%20M&G%20-%20instemming%20CGS%208%20april%202020%20-%20inw.%201%20januari%202021%20\(4\).pdf](file:///H:/Userenv/Downloads/20-I%201106%20CONCEPT%20LOP%20M&G%20-%20instemming%20CGS%208%20april%202020%20-%20inw.%201%20januari%202021%20(4).pdf) Geraadpleegd op 22 oktober 2020.

⁴¹ Dat betekent onder andere dat het CGS de acht profielen op termijn opheft. Uiteindelijk verdwijnen de profielartsen behorende bij het specialisme M&G en zijn er alleen nog artsen M&G. In het Kaderbesluit profielen worden de profielen M&G opgeheven per 1 januari 2051. In de tussentijd worden de profielartsen-registers in 2026 gesloten voor nieuwe inschrijvingen.

⁴² De minister van VWS moet ingevolge artikel 14, vierde lid, van de Wet BIG formeel instemmen met het besluit. Pas na publicatie van het instemmingsbesluit van de minister van VWS in de Staatscourant is het besluit in werking.

⁴³ Zittende profielartsen zijn niet verplicht alsnog arts M+G te worden.

⁴⁴ De KAMG – Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid- is eindverantwoordelijk voor het Landelijk Opleidingsplan Maatschappij + Gezondheid, waar ook deze opleiding onderdeel van uit zal maken. De AJN is aangesloten is bij de KAMG.

ontwikkeld tot en met 2021 (vetgedrukt). Het vorige ramingsrapport maakte geen onderscheid in het aantal in opleiding voor de verschillende artsen M+G in opleiding. Vandaar dat hier 2019 leeg is gelaten.

Tabel 3.1: Totaal aantal geregistreerde aios per 1 januari 2019-2021 naar opleiding/opleidingsgroep

Specialisme/profiel KNMG	2019	2020	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding		29	23
Arts M+G/ jeugdgezondheid		91	96
Arts infectieziektebestrijding KNMG	19	25	33
Jeugdarts KNMG	226	211	178

Bron: RGS (bewerking Nivel)

In twee van de vier opleidingsgroepen is er sprake van een toename tussen 2019 en 2021. Het meest opvallend is die tussen 2019-2020 en 2020-2021 voor de aios arts infectieziektebestrijding KNMG. In beide perioden een toename van 32%. Het aantal aios in opleiding tot jeugdarts KNMG daalde juist tussen 2019 en 2021, met 7% (2019-2020) en 16% (2020-2021).

Voor deze capaciteitsraming 2021 is voor de jeugdarts en arts infectieziektebestrijding KNMG het aantal per jaar in opleiding bepaald op basis van het gemiddeld aantal aios in opleiding in de afgelopen 3 jaar, namelijk:

- 50 voor de opleiding tot Jeugdarts KNMG,
- 15 voor de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG.

Voor de artsen M+G geldt voor beide opleidingen dat deze de aantallen in de 1^e fase van de opleiding volgen en alleen worden gecorrigeerd voor het interne rendement van de 1^e fase opleiding. Het aantal in opleiding wordt daardoor voor deze beroepsgroepen:

- 14 voor de opleiding tot Arts M+G/ infectieziektebestrijding,
- 45 voor de opleiding tot Arts M+G/ jeugdgezondheid.

Voor de aanbodschatting in het ramingsmodel wordt nu verondersteld dat dit aantal in de ramingsperiode (tot en met 2041) constant zal blijven. Op basis van het verschil tussen het verwachte aanbod (de *beschikbare* capaciteit in de toekomst) en de verwachte vraag (de *benodigde* capaciteit in de toekomst), rekent het ramingsmodel vervolgens door hoeveel de instroom in de verschillende opleidingen vanaf 2021 *bijgesteld* zal moeten worden om in 2033/2039 evenwicht te bereiken.⁴⁵ Deze uitkomsten worden gepresenteerd in hoofdstuk 7.

⁴⁵ Bij de bepaling van de benodigde opleidingsinstroom vanaf 2021 wordt in eerste instantie een periode van 20 jaar gehanteerd om de beschikbare en benodigde aanbod op de arbeidsmarkten van deze vier beroepen te schatten. Gegeven deze schattingen over de periode 2021-2041, wordt vervolgens berekend wat vanaf 2021 de benodigde instroom in de opleidingen zou moeten zijn om over 12 en 18 jaar evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. De gehanteerde 'evenwichtsjaren' zijn dus 2033 en 2039; waarbij 2033 beschouwd kan worden als het bereiken van evenwicht door bijstelling van de opleidingsinstroom op relatief korte termijn (na 12 jaar), en 2039 als een relatief lange termijn (na 18 jaar) waarop evenwicht op de arbeidsmarkten wordt bereikt.

Beide termijnen, van 12 en 18 jaar, zijn ten eerste gebaseerd op het feit dat het gaat om groepen die eerst de zesjarige geneeskundeopleiding moeten hebben afgerond om aan de betreffende opleidingen te mogen beginnen. Ten tweede moet rekening worden gehouden met een minimale doorstroomperiode van twee jaar voor de overgang van de eerste naar de 2^e fase arts M+G-opleidingen, en het feit dat basisartsen maar ook gespecialiseerde artsen later in hun carrière kunnen kiezen voor instroom in de eerste en 2^e fase arts M+G-opleidingen. En ten derde vergt verandering van de benodigde opleidingsinstroom tijd en investeringen in het creëren van opleidingsplaatsen, bij werkgeversorganisaties maar ook bij opleidingsinstituten en het opleiden van opleiders.

3.4.2 Intern rendement

Bepalend voor de toekomstige beschikbare capaciteit is, naast het aantal aios, het intern rendement van de verschillende opleidingen. Net als voor de capaciteitsraming in 2019 is dit berekend op basis van opleidingscijfers van de RGS over de afgelopen 10 jaar, maar dan nu met 2 jaar geactualiseerd. In 2019 zijn de uitval- en rendementscijfers berekend voor cohorten die tussen 2006 en 2016 in opleiding waren. Nu gebruiken we cijfers over de opleidingscohorten tussen 2008 en 2018. Het laatste cohortjaar (2018) ligt daarbij 3 jaar af van het huidige jaar (2021). We nemen alleen cohorten in beschouwing die ook daadwerkelijk de kans hebben gehad om de opleiding af te ronden.

In Tabel 3.2 staan de parameterwaarden voor het intern rendement van de vier verschillende opleidingen voor deze raming van 2021 (vetgedrukt). En ter vergelijking ook de intern rendementscijfers voor de ramingen van de vier opleidingen in 2013, 2016 en 2019.

Tabel 3.2: Intern rendement naar opleiding voor de ramingen in 2013, 2016 en 2019, en deze raming van 2021

Specialisme/profiel KNMG	2013	2016	2019	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	88%	95%	95,4%	94,0%
Arts M+G/ jeugdgezondheid	88%	96%	95,4%	95,9%
Arts infectieziektebestrijding KNMG	98%	95%	91,8%	91,8%
Jeugdarts KNMG	98%	95%	91,8%	95,3%

Bron: RGS (bewerking Nivel)

Tabel 3.2 laat zien dat voor de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG het (relatief) laagste interne rendement in 2021 wordt aangehouden van 91,8%. Het intern rendement voor deze raming van 2021 ligt voor opleidingen in de jeugdgezondheidszorg wat hoger dan de intern rendementscijfers voor de vorige raming in 2019. Bekijken we de gehele trend vanaf 2013, dan zien we dat de aangehouden interne rendementen per opleiding schommelen. Voor sommige opleidingen werden in 2016 hogere rendementen dan in 2019 en 2021 aangehouden, voor andere opleidingen lagen deze in 2013 wat hoger dan in 2019 en 2021.

In het ramingsmodel wordt het interne rendement *voor de aios die 'nu' in opleiding zijn*, apart berekend. Het grootste deel van de uitval vindt in het eerste jaar plaats. Het intern rendement van deze groepen is hoger dan het interne rendement van degenen die nog in opleiding gaan komen. Het gaat hierbij om de cohorten die het eerste jaar als het ware al hebben 'doorstaan', en een relatief grote kans hebben om opleiding af te ronden. Tabel 3.3 laat zien welke interne rendementscijfers voor de groep aios die nu in opleiding zijn, worden gehanteerd; in deze raming van 2021 (vet) en hoe dat was in de vorige ramingen in 2016 en 2019.

Tabel 3.3 Intern rendement voor de aios die in het ramingsjaar in opleiding waren, in 2016, 2019 en in 2021

Specialisme/profiel KNMG	2016	2019	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	98%	97,7%	98,0%
Arts M+G/ jeugdgezondheid	98%	97,7%	98,0%
Arts infectieziektebestrijding KNMG	90%	92,6%	95,8%
Jeugdarts KNMG	90%	97,0%	99,5%

Bron RGS (bewerking Nivel)

Tabel 3.3 laat eenzelfde patroon zien als Tabel 3.2. Voor de huidige aios in opleiding tot jeugdarts KNMG, wordt in 2021 het hoogste interne rendement verondersteld van 99,5%. Voor de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG wordt het (relatief) laagste interne rendement in 2021 voor deze groep aangehouden (95,8%). Het intern rendement dat voor deze raming van 2021 voor deze groep wordt gehanteerd, ligt nu voor alle vier de opleidingen hoger dan de intern rendementscijfers voor de vorige raming in 2019 en ook in 2016.

3.4.3 Opleidingsduur

De gemiddelde, feitelijke opleidingsduur is ook van belang voor het berekenen van de verwachte capaciteit in de komende jaren. Het actualiseren van deze parameter is weer gebeurd op basis van RGS-cijfers, en de cohorten die de opleiding al afgerond kunnen hebben (i.c. de cohorten aios die gestart zijn in de periode 2008-2018). Tabel 3.4 laat de resultaten zien.

Tabel 3.4 Opleidingsduur naar opleiding voor de raming 2019 en 2021

Specialisme/profiel KNMG	2019	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	2,4	2,4
Arts M+G/ jeugdgezondheid	2,4	2,6
Arts infectieziektebestrijding KNMG	2,1	2,1
Jeugdarts KNMG	2,8	2,8

Bron: RGS (bewerking Nivel).

De gemiddelde duur van de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG is relatief het kortst met 2,1 jaar. Voor de andere opleidingen is de opleidingsduur in deze raming van 2021 langer: namelijk tussen de 2,4 en 2,8 jaar. De gemiddelde opleidingsduur is voor de meeste opleidingen gelijk gebleven aan de raming van 2019. Alleen de gemiddelde opleidingsduur van de arts M+G/ jeugdgezondheid is iets langer geworden.

3.4.4 Extern rendement

De laatste opleidingsparameter die in het ramingsmodel wordt gebruikt, is het extern rendement. Hierbij gaat om het percentage van de cohorten die de opleiding succesvol hebben afgerond, en daarna ook in het betreffende beroep aan het werk gaan. Dit externe rendement kan afnemen naarmate de periode na diplomering langer is, omdat de gelegenheid tot 'uitval uit het beroep' ook steeds groter wordt. Dit is de reden waarom in het ramingsmodel onderscheid wordt gemaakt tussen het extern rendement van cohorten 1, 5, 10 en 15 jaar na diplomering. Het extern rendement kan echter ook al direct na diplomering hoog zijn, bijvoorbeeld als men doorstroomt naar een vervolgopleiding.

Voor deze tussentijdse raming zijn voor de artsen M+G dezelfde rendementscijfers gehanteerd als voor de raming in 2019. Voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG en jeugdartsen KNMG is het extern rendement omlaag bijgesteld. In beide gevallen is dit gedaan, omdat iedereen die nu en in de toekomst in opleiding is in principe gaat doorstromen naar de M+G opleiding. Dit effect is zichtbaar vanaf 5 jaar na de opleiding, omdat dan de meesten de opleiding tot M+G hebben afgerond en dus niet langer arts KNMG zijn. Een enkeling doet hier langer dan 5

jaar over. Na 10 jaar wordt verondersteld dat iedereen, die nu of in de toekomst in opleiding gaat tot arts KNMG, doorgestroomd is naar arts M+G of is gestopt. Zie Tabel 3.5.

Tabel 3.5 Extern rendement aios na 1,5,10 en 15 jaar in 2019 en in deze raming van 2021

Specialisme/profiel KNMG	1 jaar		5 jaar		10 jaar		15 jaar	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	96%	96%	80%	80%	72%	72%	63%	63%
Arts M+G/ jeugdgezondheid	96%	96%	80%	80%	72%	72%	63%	63%
Arts infectieziektebestrijding KNMG	96%	20%	80%	15%	72%	5%	63%	2,5%
Jeugdarts KNMG	96%	96%	80%	80%	72%	72%	63%	63%

Bron: RGS (bewerking Nivel).

3.5 Conclusie: parameters opleiding

Tabel 3.6 Parameterwaarden opleiding voor de artsen M+G/ infectieziektebestrijding

Parameterwaarden aanbod	Arts M+G/ infectieziektebestrijding		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instream in de opleiding tot 2021			
Gemiddeld aantal nog in de opleiding per leerjaar	0,9	5,1	6,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	16%	84%	100%
Opleidingsduur in jaren			4,5
Intern rendement			95,6%
Extern rendement na 1 jaar	96%	96%	96%
Extern rendement na 5 jaar	80%	80%	80%
Extern rendement na 10 jaar	72%	72%	72%
Extern rendement na 15 jaar	63%	63%	63%
Instream in de opleiding vanaf 2021 t/m 2022	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per leerjaar	0,9	5,1	6,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	16%	84%	100%
Opleidingsduur in jaren			4,5
Intern rendement			81,8%
Extern rendement 1 jaar na afronden	96%	96%	96%
Extern rendement 5 jaar na afronden	80%	80%	80%
Extern rendement 10 jaar na afronden	72%	72%	72%
Extern rendement 15 jaar na afronden	63%	63%	63%
Instream in de opleiding vanaf 2023	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per leerjaar	0,9	5,1	6,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	16%	84%	100%
Opleidingsduur in jaren			4,5
Intern rendement			81,8%
Extern rendement 1 jaar na afronden	96%	96%	96%
Extern rendement 5 jaar na afronden	80%	80%	80%
Extern rendement 10 jaar na afronden	72%	72%	72%
Extern rendement 15 jaar na afronden	63%	63%	63%
Instream uit het buitenland vanaf 2021	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instream per jaar uit het buitenland			0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	0%	1%	100%
Rendement buitenlandse instroom			1%

Tabel 3.7 Parameterwaarden opleiding voor de artsen M+G/ jeugdgezondheid

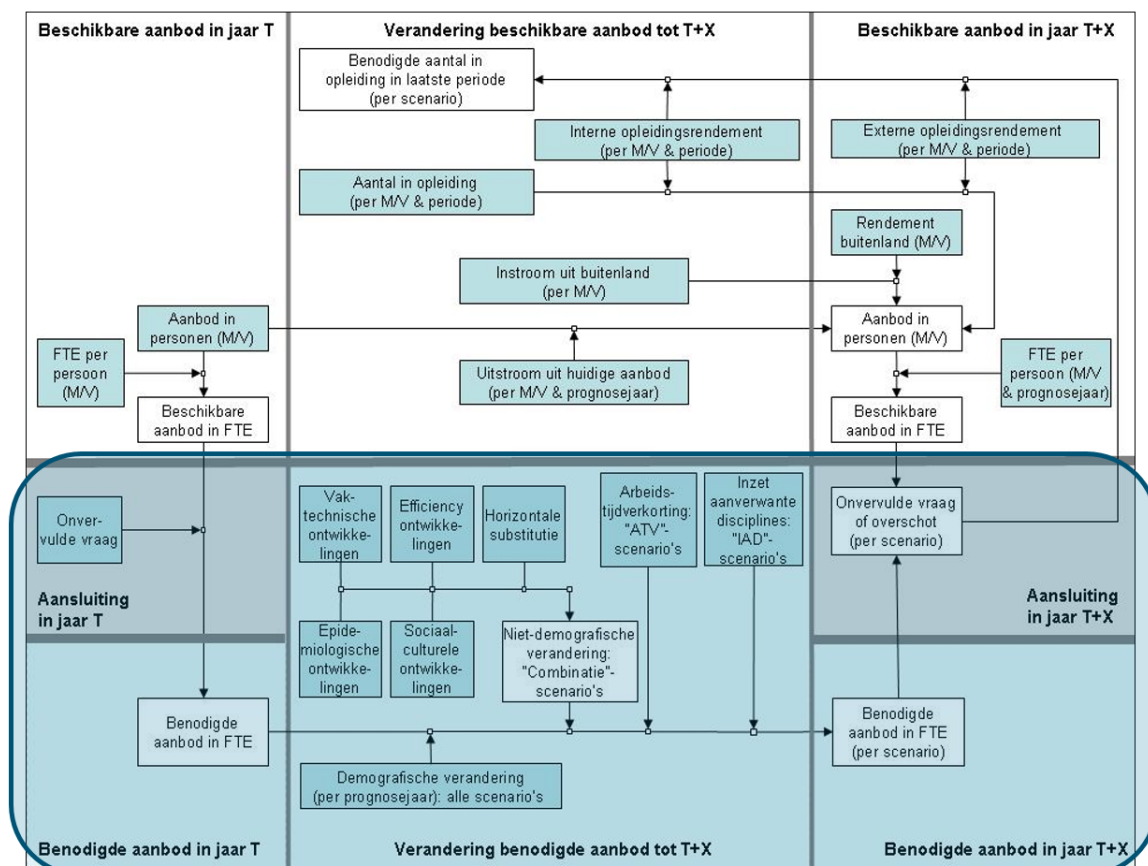
Parameterwaarden aanbod	Arts M+G/ jeugdgezondheid		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom in de opleiding tot 2021			
Gemiddeld aantal nog in de opleiding per leerjaar	5,3	39,7	45,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	12%	88%	100%
Opleidingsduur in jaren			2,6
Intern rendement			98%
Extern rendement 1 jaar na afronden	96%	96%	96%
Extern rendement 5 jaar na afronden	80%	80%	80%
Extern rendement 10 jaar na afronden	72%	72%	72%
Extern rendement 15 jaar na afronden	63%	63%	63%
Instroom in de opleiding vanaf 2021 t/m 2022			
Gemiddelde instroom in de opleiding per leerjaar	5,3	39,7	45,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	12%	88%	100%
Opleidingsduur in jaren			2,6
Intern rendement			95,9%
Extern rendement 1 jaar na afronden	96%	96%	96,%
Extern rendement 5 jaar na afronden	80%	80%	80,%
Extern rendement 10 jaar na afronden	72%	72%	72,%
Extern rendement 15 jaar na afronden	63%	63%	63,%
Instroom in de opleiding vanaf 2023			
Verwachte instroom in de opleiding per leerjaar	5,3	39,7	45,0
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	12%	88%	100%
Opleidingsduur in jaren			2,6
Intern rendement			95,9%
Extern rendement 1 jaar na afronden	96%	96%	96%
Extern rendement 5 jaar na afronden	80%	80%	80%
Extern rendement 10 jaar na afronden	72%	72%	72%
Extern rendement 15 jaar na afronden	63%	63%	63%
Instroom uit het buitenland vanaf 2021			
Instroom per jaar uit het buitenland			0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	0%	1%	100%
Rendement buitenlandse instroom			1,00%

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraagkant van de arbeidsmarkt van artsen jeugdgezondheid en infectieziektebestrijding in Nederland. Daarbij wordt de deelvraag over de zorgvraag beantwoord: Hoe zal de vraag naar deze artsen zich in de komende jaren ontwikkelen, onder invloed van demografische, epidemiologische en sociaal-culturele trends in de samenleving die bepalend zijn voor de vraag naar deze artsen?⁴⁶

Aan het einde van het hoofdstuk worden de resultaten samengevat in aanbodparameters voor het ramingsmodel:



⁴⁶ Voor het bepalen en actualiseren van de vraag-parameters zijn verschillende bronnen gebruikt. Naast het raadplegen van de beschikbare literatuur is er ook gebruik gemaakt van een enquête onder werkgevers en van twee Delphi-sessies. De resultaten hiervan worden hieronder per vraagparameter van het ramingsmodel besproken, waarbij iedere keer is geschat wat de impact zal zijn van de betreffende zorgvraagverandering op de benodigde capaciteit. Er is in de sessies geen onderscheid gemaakt in de 1^e en 2^e fase van de opleidingen tot Infectieziektebestrijding en Gezondheidszorg. We gaan ervan uit dat de verandering in zorgvraag hetzelfde is voor de twee fasen. In dit hoofdstuk wordt daarom gesproken over artsen infectieziektebestrijding en jeugdgezondheid, hiermee worden dus zowel artsen M+G als de artsen KNMG bedoeld. Een uitzondering hierop is de verticale substitutie bij de artsen jeugdgezondheid. Dit wordt bij de bespreking van deze parameter verder toegelicht.

4.2 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag is berekend op basis van een telling van online vacatures en het aantal vacatures dat is aangegeven in de enquête. Deze enquête is uitgezet onder werkgevers van artsen infectieziektebestrijding en jeugdgezondheid⁴⁷. Zie de Tabellen 4.3 tot 4.6 'Parameterwaarden benodigd aanbod...'

Uit de analyses van de vacatures die online staan, blijkt dat er momenteel voor 40 fte vacatures voor artsen jeugdgezondheid te vinden zijn en voor 6 fte artsen infectieziektebestrijding. Dit zou op de totale werkzame populatie neerkomen op een onvervulde vraag van respectievelijk 5,5% en 5,9%. Wanneer we kijken naar het aantal fte *moeilijk vervulbare* vacatures ten opzichte van het totaal aantal werkzamen dat is opgegeven in de werkgeverenquêtes, dan lijkt de onvervulde vraag lager voor de artsen jeugdgezondheid en hoger voor de artsen infectieziektebestrijding. Voor de artsen jeugdgezondheid komt de onvervulde vraag op basis van de vragenlijst op 3,6% en op 15% voor de artsen infectieziektebestrijding.

Er worden verschillende scenario's doorgerekend met de lage en hoge inschattingen van de onvervulde vraag.

4.3 Demografie

Voor de berekening van de zorgvraagontwikkeling door demografische ontwikkelingen is gekeken naar de verwachte ontwikkeling in de bevolkingssamenstelling, zoals berekend door het CBS voor de komende 20 jaar. Belangrijk hierbij is voor het beroep van arts infectieziektebestrijding de te verwachten ontwikkeling in de bevolking van 20 jaar en ouder. Voor de arts jeugdgezondheid is de ontwikkeling bij de 0-20 jarigen belangrijk. Hierbij wordt aangenomen dat een toe- of afname van de bevolking in de komende 20 jaar een evenredige toe- of afname geeft

⁴⁷ De werkgevers enquête is door het Nivel gebruikt om de volgende parameters te onderbouwen: het aantal fte dat wordt gewerkt, arbeidstijdverandering, onvervulde vraag, horizontale substitutie en verticale substitutie. Er is een korte en zo eenvoudig mogelijk in te vullen vragenlijst ontwikkeld. Er is als eerste een vraag gesteld over de huidige capaciteit aan beroepen werkzaam in de organisatie; uitgedrukt in personen en fte. Het doel was hier om ook de verhouding van de verschillende beroepen in kaart te brengen, dus is ook gevraagd naar relevante 'aanverwante' beroepen in de organisatie. Een tweede vraag ging over de verwachte benodigde capaciteit aan de genoemde beroepsgroepen. Dit vormt een indicator voor het inschatten van substitutieontwikkelingen, gebaseerd op de zorgvraag die de werkgever in de nabije toekomst verwacht. Een derde vraag was gericht op een uitvraag van de huidige vacaturegraad voor de verschillende beroepsgroepen inclusief het aantal moeilijk vervulbare vacatures. Ook zijn algemene vragen gesteld over de organisatie en functie van de invuller en was de mogelijkheid om antwoorden toe te lichten. Hieruit kan bijvoorbeeld zichtbaar worden welke redenen er zijn voor taakherschikking en onder welke voorwaarden dit al dan niet zou kunnen plaatsvinden.

De vragenlijsten zijn ontwikkeld in samenwerking met het Capaciteitsorgaan en betrokkenen uit het veld. De dataverzameling is gestart op 1 september en afgerond op 29 september 2021.

Voor de verzending zijn eerst zoveel mogelijk werkgevers in kaart gebracht. Onder andere met behulp van het Capaciteitsorgaan en de begeleidingscommissie van het onderzoek. Vervolgens is de vragenlijst verspreid onder: * Alle GGD'en;

* Alle jeugdgezondheidsinstellingen in Nederland en * Het RIVM

Hierbij kregen de GGD'en zowel de vragenlijst voor de jeugdartsen als de vragenlijst voor artsen infectieziektebestrijding. Voor een deel van de organisaties was een contactpersoon binnen de organisatie bekend. Zij zijn persoonlijk met een unieke link benaderd. Voor een deel is de verzending gegaan via een contactpersoon. In dat geval is een algemene link gebruikt. Na afloop is gecontroleerd op dubbelingen in de respons.

De werkgeversvragenlijst voor werkgevers van artsen infectieziektebestrijding is door 27 van de 49 (55%) aangeschreven werkgevers ingevuld, de vragenlijst voor werkgevers van artsen jeugdgezondheid door 26 van de 81 (32%) aangeschreven werkgevers ingevuld.

van de behoefte aan deze beroepsgroepen. Het resultaat hiervan in vergelijking met de raming van 2019 is te zien in Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Demografische ontwikkelingen in 2019 en 2021

	Jaren	Waarde 2019	Waarde 2021
Artsen infectieziektebestrijding	2021-2026	3,4%	4,1%
	2021-2031	5,4%	7,0%
	2021-2036	6,6%	8,9%
	2021-2041	7,0%	10,0%
Artsen jeugdgezondheid	2021-2026	-2,2%	-1,8%
	2021-2031	-1,0%	0,2%
	2021-2036	1,4%	3,8%
	2021-2041	4,3%	7,5%

4.4 Epidemiologie

Na demografie, is epidemiologie een van de parameters om het benodigde aanbod aan artsen te bepalen. Om de invloed te bepalen van epidemiologische ontwikkelingen op de benodigde capaciteit aan artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheid, wordt uitgegaan van de volgende definitie van deze vraagparameter:

‘De jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van veranderingen in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking.’

Bij de factor demografie wordt verondersteld dat de zorgvraag naar leeftijd en geslacht gelijk blijft (zie hiervoor). Bij de inschatting van epidemiologische ontwikkelingen kijken we juist naar veranderingen in de zorgvraag binnen leeftijds- en geslachtsgroepen. Tijdens de Delphi-sessie is de experts gevraagd verschillende epidemiologische trends te benoemen waarvan zij verwachten dat deze zullen spelen in de komende 10 jaar. Zie Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Jaarlijkse verwachte procentuele verandering zorgvraag door epidemiologische veranderingen

	2016	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	1,0% tot 2,0%	1,0% tot 2,0%	2,3% tot 5,0%
Artsen jeugdgezondheid	1,0% tot 2,0%	1,5% tot 2,0%	2,25% tot 3,0%

4.4.1 Artsen infectieziektebestrijding

Voor de artsen infectieziektebestrijding zijn Delphi-sessie met experts en stakeholders gehouden. Hieruit kwamen de volgende vraagontwikkelingen die impact zullen hebben op de benodigde capaciteit: klimaatverandering, globalisering, zoonosen en antibioticaresistentie. Andere bronnen tonen ook aan dat de verwachting is dat deze ontwikkelingen zich zullen voordoen. Verschillende rapporten van het RIVM en de kennisagenda Klimaat en Gezondheid van ZonMw

laten zien dat door klimaatverandering het risico op infectieziekten toeneemt^{48 49 50}, net als een toename in zoönosen. Daarnaast wordt er een toename in het aantal zoönosen verwacht als gevolg van een toename van dierentransporten, reizigersverkeer en ontbossing^{51 52 53}. Ook de steeds verdergaande globalisering zorgt ervoor dat veroorzakers van infecties zich makkelijker verspreiden^{54 55 56}.

Deze trends zijn ook in de afgelopen ramingen al meegenomen. Duidelijk is dat door de coronacrisis de impact of het belang hiervan duidelijker is.

De deelnemers aan de Delphi-sessies is vervolgens gevraagd een inschatting te maken van de richting (meer of minder artsen nodig vanwege de trends) en de sterkte (een percentage) van het effect. De deelnemers verwachten dat de trends waarschijnlijk een grotere behoefte aan artsen infectieziektebestrijding in de komende 20 jaar veroorzaken. De parameterwaarde epidemiologie heeft een gemiddelde van 2,3% per jaar en een maximum van 5% per jaar op de vraag van artsen infectieziektebestrijding. Hiermee komt deze parameterwaarde hoger uit dan in de raming van 2019. Zie Tabel 4.2.

4.4.2 Artsen jeugdgezondheid

Uit de Delphi-sessie voor artsen jeugdgezondheid kwamen verschillende epidemiologische trends naar voren:

- Toename van infectieziekten en multiresistente bacteriën, toename in chronische aandoeningen en leefstijl gerelateerde ziekten (inclusief preventie hiervan, zie vorige paragraaf.)⁵⁷
- Toename van psychische problematiek en eenzaamheid.
- Toename van leefstijl gerelateerde aandoeningen en chronische aandoeningen. Het percentage jongeren (van 12-17 jaar) met overgewicht is sinds de jaren '90 bijvoorbeeld gestegen⁵⁸ en ook de prevalentie van bepaalde psychische klachten (hyperactiviteit, emotionele problemen)⁵⁹ is toegenomen.
- Meer inzet op preventie, van zowel de fysieke gezondheid als de mentale gezondheid van jongeren en kinderen, en het vroeg signaleren van problematiek⁶⁰. Maar ook bijvoorbeeld door middel van het beïnvloeden van een gezonde omgeving. Hierover is echter nog geen

⁴⁸ Hall EF, Maas RJM, Limaheluw J, Betgen CD. Mondiaal klimaatbeleid: gezondheidswinst in Nederland bij minder klimaatverandering. RIVM Bilthoven 2020.

⁴⁹ Huynen M, Vliet A van, Staatsen B, Hall L, Zwartkruis J, Kruize H, Betgen C, Verboom J, Martens P. Kennisagenda Klimaat en Gezondheid. ZonMw Den Haag 2019.

⁵⁰ Husman AM de, Schets FM. Climate change and recreational waterrelated infectious diseases. RIVM Bilthoven 2010.

⁵¹ Bekedam H, Stegeman A, Boer F de, Fouchier R, Kluytmans J, Koenraadt S, Kuiken T, Poel W van der, Reis R, Schaik G van, Visser L. Zoönosen in het vizier. Rapport van de expertgroep zoönosen. 2021.

⁵² Vlaanderen F, Maassen K. Staat van Zoönosen 2019. RIVM Bilthoven 2019.

⁵³ Steenbergen J van. Zoönosen, voorkomen in Nederland en dreiging voor de toekomst. RIVM Bilthoven 2019.

⁵⁴ BWM. Ongewenste wereldreizigers. Infectieziekten. Bio-Wetenschappen en Maatschappij 2011:1.

⁵⁵ NTVMM: Thema Epidemiologie en Infectieziekten. Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie 2016:2.

⁵⁶ Wiersinga WJ, Koopmans MPG, Dissel JT van. Opkomst en dreiging van infectieziekten. NTVG 2019.

⁵⁷ Zoals ook bij de artsen infectieziektebestrijding benoemd, toont ook de literatuur aan dat het waarschijnlijk is dat er een toename zal zijn in infectieziekten en multiresistente bacteriën.

⁵⁸ RIVM. Volksgezondheid en zorg. 2020. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-kinderen-naar-leeftijd>

⁵⁹ RIVM. Volksgezondheid en zorg. 2017. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/cijfers-context/trends#node-trends-prevalentie-psychische-klachten-bij-scholieren>

⁶⁰ <https://www.ncj.nl/themadossiers/jgz-preventieagenda/over-de-jgz-preventieagenda/>

officieel besluit en ook is nog niet duidelijk hoeveel extra werk dit zou kunnen opleveren voor artsen jeugdgezondheid

Wat ook speelt is de leeftijdsuitbreiding van de doelgroep voor jeugdartsen. Met een uitbreiding van de leeftijdsscope van -10 maanden naar 23 jaar zullen jeugdartsen ook ingezet worden voor vroege signalering van problemen, zelfs al voor de geboorte.

In de Delphi-raadpleging werd geconcludeerd dat alle benoemde epidemiologische ontwikkelingen voor de artsen jeugdgezondheid waarschijnlijk leiden tot een groei in zorgvraag. In de Delphi-sessie is de impact van epidemiologische veranderingen voor de artsen jeugdgezondheid concreet ingeschat zoals in Tabel 4.2 is weergegeven. Deze inschattingen liggen wat hoger dan in 2016 en 2019.

4.5 Sociaal-culturele factoren

Naast demografische en epidemiologische ontwikkelingen, zijn ook sociaal-culturele ontwikkelingen onderdeel van het ramingsmodel. Om de invloed van sociaal-culturele ontwikkelingen op de benodigde capaciteit aan artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheid binnen het capaciteitsramingsmodel te bepalen, wordt uitgegaan van de volgende definitie van deze vraagparameter:

‘Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociaal culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg.’

De inschattingen van de deelnemers worden hieronder besproken.

4.5.1 Artsen infectieziektebestrijding

Voor de artsen infectieziektebestrijding kwamen de volgende thema’s naar voren: vaccinatie weerstand, meer kwetsbare groepen in de samenleving, mondigere burgers en meer aandacht voor preventie. Ook in de literatuur komen deze onderwerpen naar voren. Uit het jaarlijkse vaccinatie jaarverslag van het RIVM blijkt dat de vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma de laatste paar jaren na een lichte daling lijkt te stabiliseren^{61 62}. Hiermee samenhangend is preventie een belangrijk onderdeel van het werk van artsen infectieziektebestrijding. De coronapandemie heeft het belang van infectieziektebestrijding en met name preventie ervan aangetoond en volgens de deelnemers van de Delphi-sessie zal dit er mogelijk voor zorgen dat meer geïnvesteerd zal worden in de preventie van nieuwe pandemieën. Daarnaast is er ook breder steeds meer aandacht voor preventie.

Het merendeel van de deelnemers aan de Delphi-sessie was van mening dat de trends zullen leiden tot een toename in de vraag naar artsen infectieziektebestrijding. De deelnemers schatten gemiddeld een groei van 2% per jaar in. Als maximum is 4% groei per jaar ingeschat. Zie Tabel 4.3.

⁶¹ Lier EA van, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Hament JM, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, Melker HE de. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2020. RIVM Bilthoven 2021.

⁶² Lier EA van, Kamp L, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Hament JM, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, Melker HE de. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2019. RIVM Bilthoven 2020.

4.5.2 Artsen jeugdgezondheid

In de Delphi-sessie voor de artsen jeugdgezondheid werden de volgende sociaal-culturele trends benoemd die van belang zijn voor de behoefte aan artsen jeugdgezondheid: toenemende sociale ongelijkheid en diversiteit, afnemend vertrouwen in de overheid, (de-)medicalisering, en het lerarentekorten en problemen rond passend onderwijs. De deelnemers verwachtten dat door een toename van sociale ongelijkheid en diversiteit (migratie, andere gezinsvormen) bij vooral de lagere klassen meer problemen en een grotere zorgvraag zal ontstaan. De cijfers van het CBS laten echter zien dat inkomensongelijkheid in de afgelopen jaren stabiel was en vermogensongelijkheid is gedaald, maar wel nam het risico op armoede toe⁶³. De coronapandemie en bijbehorende maatregelen zorgden voor een risico op toename van ongelijkheid in de maatschappij⁶⁴. Ten tijde van deze raming zijn er echter nauwelijks coronamaatregelen meer en is het dus de vraag hoe de ongelijkheid zich zal ontwikkelen in de komende jaren. Hetzelfde geldt voor vertrouwen in de overheid. Ook hier is de vraag hoe dit zich in de toekomst verder zal ontwikkelen. Wat betreft (de)medicalisering zijn verschillende punten genoemd door de deelnemers van de Delphi-sessie. Een aantal deelnemers verwacht dat er minder acceptatie zal zijn van (kleine) kwalen, waardoor de zorgvraag zal toenemen. Aan de andere kant verwacht een aantal deelnemers ook dat er een trend zal komen naar 'normalisering' van bepaalde problemen, waardoor minder zorgvragen bij jeugdzorg terecht zullen komen. De deelnemers verwachtten verder dat door het lerarentekort ruimte ontstaat voor de artsen jeugdgezondheid om sommige taken op scholen meer op te pakken en er een leidende rol in te nemen.

De deelnemers schatten in dat deze trends zullen zorgen voor een toename van de vraag naar artsen jeugdgezondheid met 2% tot 2,5% per jaar. Zie Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door sociaal-culturele veranderingen

	2016	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	0,5% tot 1,0%	1,5% tot 3,0%	2,0% tot 4,0%
Artsen jeugdgezondheid	1,0% tot 2,0%	1,5% tot 2,0%	2,0% tot 2,5%

4.6 Conclusie: parameters zorgvraagontwikkelingen

Tabel 4.4 Parameterwaarden zorgvraag voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG

Vraag in 2021 ontwikkeling tot aan 2041	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde vraag in 2021	5,9%	10,0%	15,0%
Demografische verandering tot aan 2026	4,1%	4,1%	4,1%
Demografische verandering tot aan 2031	7,0%	7,0%	7,0%
Demografische verandering tot aan 2036	8,9%	8,9%	8,9%
Demografische verandering tot aan 2041	10,0%	10,0%	10,0%
Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	1,0%	2,3%	5,0%
Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	1,0%	2,0%	4,0%

⁶³ CBS. Welvaart in Nederland 2019. CBS, Den Haag 2019.

⁶⁴ SCP. Zicht op de samenleving in coronatijd: eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke gevolgen en implicaties voor beleid. SCP Den Haag 2020.

Tabel 4.5 Parameterwaarden benodigd aanbod voor de artsen M+G/ infectieziektebestrijding

Vraag in 2021 ontwikkeling tot aan 2041	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde vraag in 2021	5,90%	5,90%	15,00%
Demografische verandering tot aan 2026	4,10%	4,10%	4,10%
Demografische verandering tot aan 2031	7,00%	7,00%	7,00%
Demografische verandering tot aan 2036	8,90%	8,90%	8,90%
Demografische verandering tot aan 2041	10,00%	10,00%	10,00%
Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	2,30%	2,30%	5,00%
Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	2,00%	2,00%	4,00%

Tabel 4.6 Parameterwaarden benodigd aanbod voor de jeugdartsen KNMG

Vraag in 2021 ontwikkeling tot aan 2041	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde vraag in 2021	3,60%	3,60%	5,00%
Demografische verandering tot aan 2026	-1,80%	-1,80%	-1,80%
Demografische verandering tot aan 2031	0,20%	0,20%	0,20%
Demografische verandering tot aan 2036	3,80%	3,80%	3,80%
Demografische verandering tot aan 2041	7,50%	7,50%	7,50%
Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	2,25%	2,25%	3,00%
Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	2,00%	2,00%	2,50%

Tabel 4.7 Parameterwaarden benodigd aanbod voor de artsen M+G/ jeugdgezondheid

Vraag in 2021 ontwikkeling tot aan 2041	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde vraag in 2021	3,60%	3,60%	5,50%
Demografische verandering tot aan 2026	-1,80%	-1,80%	-1,80%
Demografische verandering tot aan 2031	0,20%	0,20%	0,20%
Demografische verandering tot aan 2036	3,80%	3,80%	3,80%
Demografische verandering tot aan 2041	7,50%	7,50%	7,50%
Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	2,25%	2,25%	3,00%
Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	2,00%	2,00%	2,50%

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft alle parameters die van toepassing zijn op de huidige beroepsgroep. Aan de hand van deze parameters berekent het Capaciteitsorgaan de toekomstig beschikbare arbeidscapaciteit uit de zittende beroepsgroep. Dit combineert het Capaciteitsorgaan met de arbeidscapaciteit die de komende jaren nog toegevoegd wordt uit de bestaande opleidingsstromen, na correctie voor het intern en het extern rendement (hoofdstuk 4). Dan is duidelijk welke arbeidscapaciteit in 2032 en 2038 resteert uit het huidige zorgaanbod en de huidige opleiding.

5.2 Aantal werkzamen

Een basisparameter in het ramingsmodel is het huidige aantal werkzame personen in een beroep op 1 januari van het basisjaar; voor deze raming dus 1/1/2021. Het is de 'startcapaciteit' van de beroepsgroep, die gaandeweg de ramingsperiode zal afnemen door voortijdige uitstroom naar een ander beroep of pensionering. Het betreft dus het huidige cohort 'werkzamen', en niet de cohorten nieuwe aanwas die voortkomen uit de opleiding.

De parameter aantal werkzame artsen is geactualiseerd op basis van twee bronnen. Ten eerste is bij de RGS het meest recente aantal geregistreerden opgevraagd. Daarna is dit aantal per beroepsgroep gecorrigeerd voor het percentage dat ook daadwerkelijk werkzaam is in het beroep op de peildatum. Dit percentage heeft voornamelijk betrekking op artsen die voor hun herregistratieperiode andere activiteiten (zijn gaan) doen. Dit percentage is gelijk gehouden aan dat in de raming van 2019.

Ten tweede is voor de groep werkzame artsen geactualiseerd hoeveel fte zij werken; een verdiscontering van de deeltijdfactor om hun beschikbare capaciteit nauwkeuriger te kunnen bepalen. Voor deze parameter is nagegaan wat het gemiddeld aantal personen én fte was dat werkgevers per beroep opgaven, als zijnde werkzaam in hun organisatie. De enquête is in het najaar van 2021 gehouden. De respons op de enquête onder de werkgevers was voldoende representatief om zo de gemiddelde deeltijdfactor, oftewel het gemiddeld aantal fte per werkzame persoon, per functie en anno 2021 te kunnen bepalen.

Tabel 5.1 Aantal werkzame personen, % vrouwen en gemiddeld aantal fte per werkzame man en vrouw naar beroep, uit de ramingen in 2019 en 2021.

Specialisme/profiel KNMG	Aantal werkzaam		% vrouwen		fte mannen		Fte vrouwen	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	87	100	57,5	55,2	0,71	0,81	0,75	0,79
Arts M+G/ jeugdgezondheid	272	331	89,7	88,9	0,79	0,62	0,64	0,54
Arts infectieziektebestrijding KNMG	40	30	65,0	80,0	0,71	0,71	0,75	0,62
Jeugdarts KNMG	700	802	95	95,1	0,79	0,76	0,64	0,55

Bron: RGS

De capaciteit van alle beroepsgroepen is tussen 2019 en 2021 toegenomen, behalve voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG. Het aantal werkzamen nam toe, en bij de mannelijke artsen M+G/ infectieziektebestrijding zien we dat ook het gemiddeld fte in 2021 hoger ligt dan in 2019 werd aangehouden (0,81 versus 0,71). Dit kan mogelijk veroorzaakt zijn door een intensievere inzet en langere werkweken in de coronapandemie. Artsen M+G/ infectieziektebestrijding hebben bijvoorbeeld eindverantwoordelijkheid gekregen bij priklocaties en bij bron- en contactonderzoek.

5.3 Uitstroom

De uitstroomparameter in het ramingsmodel heeft betrekking op de huidige groep werkzamen. Voor de actualisatie van deze parameter zijn (net als in 2019) gegevens van de RGS gebruikt, in combinatie met in- en uitstroomgegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS.

Tabel 5.2 laat zien dat voor de artsen M+G de uitstroom in 2021 hetzelfde is als in 2019. Opmerkelijk is dat het onderscheid voor afzonderlijke specialisaties van de M+G opleiding niet gemaakt kan worden op basis van de beschikbare gegevens. Voor de groep artsen M+G *als geheel* is dus de uitstroom ten opzichte van 2019 vergelijkbaar gebleven en zijn ook voor deze specialisaties vergelijkbare cijfers als in 2019 aangehouden.

Voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG en jeugdartsen KNMG is er voor de uitstroom na 5 en 10 jaar ook gekeken naar het percentage dat doorstroomt van de 1^e naar de 2^e fase opleiding, maar tussendoor minimaal 1 jaar niet in opleiding was. Dit geeft met name grote verschillen voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG. Doordat een groot deel van deze artsen doorstroomt naar de 2^e fase opleiding zijn de percentages uitstroom voor deze groepen ook groter geworden. Zie Tabel 5.2. Voor de jeugdartsen KNMG is uitgegaan van een extra uitstroom van 20 personen per jaar (het huidige aantal personen dat uitgeloot wordt voor de 2^e fase opleiding). De uitstroompercentages zijn daardoor met 12-16% verhoogd ten opzichte van de vorige raming.

Tabel 5.2 Verwachte uitstroom uit het beroep van de nu werkzame personen in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar.

Specialisme/profiel	Jaar	% na 5 jaar		% na 10 jaar		% na 15 jaar		% na 20 jaar	
		M	V	M	V	M	V	M	V
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	2019	25,3	7,8	50,5	19,2	72,6	38,4	80,5	60,0
	2021	25,3	7,8	50,5	19,2	72,6	38,4	80,5	60,0
Arts M+G/ jeugdgezondheid	2019	35,9	21,8	63,4	44,2	84,1	67,5	93,8	86,3
	2021	35,9	21,8	63,4	44,2	84,1	67,5	93,8	86,3
Arts infectieziektebestrijding KNMG	2019	0,0	3,0	8,6	3,7	18,6	8,1	34,3	13,3
	2021	80,0	80,0	85,0	85,0	90,0	90,0	95,5	95,0
Jeugdarts KNMG	2019	13,3	11,0	23,3	24,3	44,4	41,0	63,9	55,2
	2021	29,4	23,7	35,3	36,3	56,4	53,0	75,9	67,2

Bron: CBS & RGS

5.4 Conclusie: parameters zorgaanbod

5.4.1 Artsen infectieziektebestrijding

Tabel 5.3 Parameterwaarden beschikbaar aanbod aan artsen infectieziektebestrijding KNMG

Parameterwaarden aanbod	Arts infectieziektebestrijding KNMG		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzamen in 2021 en hun ontwikkeling tot aan 2041			
Aantal werkzame personen in het jaar 2021	5,2	20,8	26,0
Percentage mannen / vrouwen werkzaam in het jaar 2021	20%	80%	100%
Gemiddeld fte per persoon in het jaar 2021	0,710	0,620	0,638
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2026	0,710	0,620	0,638
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2031	0,710	0,620	0,638
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2036	0,710	0,620	0,638
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2041	0,710	0,620	0,638
Uitstroom van werkzame personen binnen 5 jaar (tot aan 2026)	80,00%	80,00%	80,00%
Uitstroom van werkzame personen binnen 10 jaar (tot aan 2031)	85,00%	85,00%	85,00%
Uitstroom van werkzame personen binnen 15 jaar (tot aan 2036)	90,00%	90,00%	90,00%
Uitstroom van werkzame personen binnen 20 jaar (tot aan 2041)	95,00%	95,00%	95,00%

Tabel 5.4 Parameterwaarden beschikbaar aanbod aan artsen M+G/ infectieziektebestrijding

Parameterwaarden aanbod	Arts M+G/ infectieziektebestrijding		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzamen in 2021 en hun ontwikkeling tot aan 2041			
Aantal werkzame personen in het jaar 2021	37,0	50,0	87,0
Percentage mannen / vrouwen werkzaam in het jaar 2021	43%	57%	100%
Gemiddeld aantal fte per persoon in het jaar 2021	0,710	0,750	0,733
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2026	0,710	0,750	0,733
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2031	0,710	0,750	0,733
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2036	0,710	0,750	0,733
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2041	0,710	0,750	0,733
Uitstroom van werkzame personen binnen 5 jaar (tot aan 2026)	25,30%	7,80%	15,24%
Uitstroom van werkzame personen binnen 10 jaar (tot aan 2031)	50,50%	19,20%	32,50%
Uitstroom van werkzame personen binnen 15 jaar (tot aan 2036)	72,60%	38,40%	52,94%
Uitstroom van werkzame personen binnen 20 jaar (tot aan 2041)	80,50%	60,00%	68,71%

5.4.2 Artsen Jeugdgezondheid

Tabel 5.5 Parameterwaarden beschikbaar aanbod jeugdartsen KNMG

Parameterwaarden aanbod	Jeugdarts KNMG		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzamen in 2021 en hun ontwikkeling tot aan 2041			
Aantal werkzame personen in het jaar 2021	39,3	762,7	802,0
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2021	5%	95%	100%
Gemiddeld aantal fte per persoon in het jaar 2021	0,760	0,550	0,560
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2026	0,760	0,550	0,560
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2031	0,760	0,550	0,560
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2036	0,760	0,550	0,560
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2041	0,760	0,550	0,560
Uitstroom van werkzame personen binnen 5 jaar (tot aan 2026)	29,40%	23,70%	23,98%
Uitstroom van werkzame personen binnen 10 jaar (tot aan 2031)	35,30%	36,30%	36,25%
Uitstroom van werkzame personen binnen 15 jaar (tot aan 2036)	56,40%	53,00%	53,17%
Uitstroom van werkzame personen binnen 20 jaar (tot aan 2041)	75,90%	67,20%	67,63%

Tabel 5.6 Parameterwaarden beschikbaar aanbod artsen M+G/ jeugdgezondheid

Parameterwaarden aanbod	Arts M+G/ jeugdgezondheid		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzamen in 2021 en hun ontwikkeling tot aan 2041			
Aantal werkzame personen in het jaar 2021	36,7	294,3	331,0
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2021	11%	89%	100%
Gemiddeld fte per persoon in het jaar 2021	0,620	0,540	0,549
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2026	0,620	0,540	0,549
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2031	0,620	0,540	0,549
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2036	0,620	0,540	0,549
Gemiddeld fte per werkzame persoon in 2041	0,620	0,540	0,549
Uitstroom van werkzame personen binnen 5 jaar (tot aan 2026)	35,90%	21,80%	23,37%
Uitstroom van werkzame personen binnen 10 jaar (tot aan 2031)	63,40%	44,20%	46,33%
Uitstroom van werkzame personen binnen 15 jaar (tot aan 2036)	84,10%	67,50%	69,34%
Uitstroom van werkzame personen binnen 20 jaar (tot aan 2041)	93,80%	86,30%	87,13%

6 Werkproces

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraagkant van de arbeidsmarkt van artsen jeugdgezondheid in Nederland. Daarbij worden de eerder geformuleerde deelvragen beantwoord. Hoe zal de vraag naar artsen jeugdgezondheid zich in de komende jaren ontwikkelen, onder invloed van veranderingen in het werkproces? Dit wordt gemeten in parameters op het gebied van: vakinhoud, efficiency, horizontale substitutie, verticale substitutie en arbeidstijdveranderingen.

6.2 Vaktechnische ontwikkelingen

Onder vaktechnische ontwikkelingen in het ramingsmodel verstaan we alle ontwikkelingen in het vakgebied van technische en wetenschappelijke aard. Er werd tijdens de Delphi-sessies uitgegaan van de volgende definitie:

‘Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied.’

De deelnemers is gevraagd de belangrijkste trends te benoemen en vervolgens in te schatten in welke mate dit effect zal hebben op het aantal benodigde artsen. De uitkomsten hiervan worden in de volgende twee paragrafen besproken.

6.2.1 Artsen infectieziektebestrijding

Er zijn in de Delphi-sessie drie ontwikkelingen genoemd: toename van kennisontwikkeling en academisering, grotere rol voor veiligheidsregio's, de GGD en arts infectieziektebestrijding in 'pandemic preparedness', en een breder wordend takenpakket van de arts infectieziektebestrijding.

Deze genoemde vaktechnische trends speelden deels al, maar de noodzaak is door de coronacrisis extra duidelijk geworden. Volgens de deelnemers is gebleken dat er meer kennis nodig is en dat er meer evidence based gewerkt moet worden. Ook is er structureel meer tijd en expertise nodig voor bijvoorbeeld omgevings surveillance zoals rioolwatermetingen. Naar verwachting zullen er in de toekomst nog meer ziekten komen waarover de artsen infectieziektebestrijding kennis moeten hebben. Ook benoemd is dat artsen infectieziektebestrijding steeds meer bezig moeten zijn met het op een goede en duidelijke manier overbrengen van kennis aan het publiek, om bijvoorbeeld vaccinatiebereidheid te vergroten. Het beroep en het belang ervan is zichtbaarder geworden en zorgt hiermee voor een grotere zorgvraag.

Daarnaast zijn er andere vakinhoudelijke ontwikkelingen in de beroepsgroep. Dit zijn bijvoorbeeld: ontwikkelingen in diagnostiek en testmethodes, een grotere rol in regionale advisering, samenwerkingen om verspreiding van resistente bacteriën te voorkomen en de ontwikkeling van onderzoeksprogramma's.

De deelnemers aan de Delphi-sessies is vervolgens gevraagd een inschatting te maken van de richting (meer of minder artsen nodig vanwege deze vaktechnische ontwikkelingen) en de

sterkte (een percentage) van het effect. De deelnemers verwachten dat de trends waarschijnlijk een grotere behoefte aan artsen infectieziektebestrijding in de komende 20 jaar veroorzaken, en wel met 3% tot 4% per jaar. Zie Tabel 6.1.

6.2.2 Artsen jeugdgezondheid

Als vaktechnische trends voor de artsen jeugdgezondheid zijn in de Delphi-sessie drie trends onderscheiden: de decentralisatie van de zorg naar gemeenten met wijkteams, toenemende trend naar wetenschappelijk onderbouwd beleid en werk, en toename van betrokkenheid van ouders bij Van Wiechenonderzoek.⁶⁵

De deelnemers signaleren dat ouders steeds vaker zelf aan de slag gaan met onderzoeken zoals Van Wiechen. Zij geven aan dat voor een goede interpretatie de input en blik van een arts nodig is, omdat veel ouders onderzoeken niet goed kunnen interpreteren. Het begeleiden van deze ouders kost tijd. De vraag is echter of deze taak meer bij de artsen of eerder bij verpleegkundigen zal komen te liggen.

Daarnaast hebben deelnemers aangegeven dat de decentralisatie van de zorg meer inzet van artsen jeugdgezondheid vergt, zowel overkoepelend als in de spreekkamer als in overleg. Er wordt meer samengewerkt en ook in meerdere sectoren gewerkt dan voorheen. Ook gaven de deelnemers aan dat er een trend is naar meer evidence based, datagestuurd en wijkgericht en doelgroepgericht werken.

Ook hier is de deelnemers gevraagd een inschatting te maken van de richting en de sterkte van het effect. De deelnemers verwachten dat de trends waarschijnlijk een grotere behoefte aan artsen jeugdgezondheid in de komende twintig jaar veroorzaken van 1 tot 2% per jaar. Zie tabel 6.1.

Tabel 6.1 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door vaktechnische ontwikkelingen

	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	2,8%	3,0% tot 4,0%
Artsen jeugdgezondheid	1,0%	1,0% tot 2,0%

6.3 Efficiëntie

Om de invloed van efficiency-ontwikkelingen op de benodigde capaciteit binnen het capaciteitsramingsmodel te bepalen, wordt uitgegaan van de volgende definitie van deze vraagparameter:

‘De jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van de efficiency van de werkprocessen van de beroepsgroepen en de organisaties waarin zij werken.’

⁶⁵ Het Van Wiechenonderzoek is in Nederland de gouden standaard voor het begeleiden van de ontwikkeling van het jonge kind (0–4 jaar) en het hierbij zo goed mogelijk betrekken van de ouders. Daarnaast draagt het bij aan het tijdig opsporen van ontwikkelingsproblemen en -stoornissen en kan het de noodzaak tot verder onderzoek onderbouwen. Het Van Wiechenonderzoek wordt uitgevoerd om de ontwikkeling van zuigelingen en peuters te volgen en is ondersteunend aan zowel ouder als professional om de ontwikkeling van het kind te bespreken.

De inschattingen die de deelnemers van de Delphi-sessies hebben gemaakt over efficiëntie-ontwikkelingen worden hieronder besproken.

6.3.1 Artsen infectieziektebestrijding

Deelnemers van de Delphi-sessie noemden hier twee relevante trends: ten eerste schaalvergroting en toenemende samenwerking, en ten tweede ontwikkelingen in diagnostiek en digitalisering. Deze trends sluiten deels aan bij de vaktechnische trends. Hier focussen we echter meer op de inrichting en het proces eromheen. De deelnemers van de Delphi-sessie hebben voornamelijk aangegeven dat voor schaalvergroting en samenwerking ICT-ontwikkelingen nodig zijn. Hierop en op digitalisering en e-health wordt al ingezet. Dit lijkt volgens de deelnemers eerst alleen meer werk op te leveren. Er moet namelijk goed nagedacht worden over veiligheid en geïnvesteerd worden in het design en men moet wennen aan het gebruik. Of deze trends uiteindelijk ook tijdswinst opleveren, is nog niet helemaal duidelijk. De meeste deelnemers van de Delphi-sessie schatten in dat (zeker in eerste instantie) meer werk en investering nodig is voor deze trends. Daarom komen zij uit op een percentage benodigd aanbod van 1% tot 2% extra per jaar. Zie Tabel 6.2.

6.3.2 Artsen jeugdgezondheid

Deelnemers van de Delphi-sessie noemden drie efficiëntie-trends: een versnelde invoering van informatietechnologie, een trend naar meer cliëntgericht werken waarbij tegelijkertijd ook screenende contactmomenten worden vervangen door vragenlijsten, en toename in samenwerking (multi- en interdisciplinair) in het sociaal domein. Ook voor de artsen jeugdgezondheid is de vraag of deze ontwikkelingen zullen leiden tot tijdswinst. De deelnemers gaven aan dat administratieve taken mogelijk juist toenemen door toenemende samenwerking en digitalisering. Daarnaast is het verminderen van screenende contactmomenten op de lange termijn mogelijk niet efficiënter. Bij screening kunnen namelijk problemen vroegtijdig gesignaleerd worden en dit heeft een belangrijke preventieve werking. Mogelijk zorgt het op de lange termijn dus voor meer werk. Daarom werd ook tijdens deze Delphi-sessie de inschatting gemaakt door de deelnemers dat er door deze ontwikkelingen waarschijnlijk een grotere vraag naar artsen jeugdgezondheid zal komen. Concreet in percentages, kwamen de deelnemers uit op 1% tot 1,5% per jaar.

Tabel 6.2 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door efficiëntie ontwikkelingen

	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	0,0%	1,0% tot 2,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,2%	1,0% tot 1,5%

6.4 Horizontale substitutie

Om de invloed van horizontale substitutie op de benodigde capaciteit aan artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheid binnen het capaciteitsramingsmodel te bepalen, wordt uitgegaan van de volgende definitie van deze vraagparameter:

‘Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau.’

Het gaat hier dus om een overname van taken of patiënten tussen medische beroepen. Het kan zowel zo zijn dat taken verschuiven van de artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheid naar andere artsenberoepen, als andersom.

In de volgende twee paragrafen bespreken we welke vormen van horizontale substitutie zijn besproken tijdens de Delphi-sessies.

6.4.1 Artsen infectieziektebestrijding

Tijdens de Delphi-sessie is benoemd dat er meer samenwerking zal ontstaan met artsen in de eigen organisatie, met verbreding van de taken binnen de GGD, en met externen zoals met onderzoekers. Ook werd genoemd de samenwerking met dierenartsen en artsen jeugdgezondheid. Samenwerking hoeft echter nog niet te betekenen dat er daadwerkelijk taken worden gesubstitueerd naar anderen. Een deel van de deelnemers verwacht dat de samenwerking uiteindelijk kan leiden tot taakverschuiving. Een ander deel ziet juist een uitbreiding van de taken door deze samenwerking. Hoewel enkele deelnemers denken aan een afname van werk door horizontale substitutie, verwachten de meesten dat er toch meer werk zal ontstaan door de trends die onder deze factor zijn geschaard. Al met al komt de lage inschatting uit op 0,5% per jaar en de hoge inschatting op 1% per jaar.

6.4.2 Artsen jeugdgezondheid

De deelnemers van de Delphi-sessie noemen een verschuiving van taken naar de artsen jeugdgezondheid (bijvoorbeeld vanuit huisartsen, psychiaters en kinderartsen). Dit heeft volgens hen deels te maken met arbeidsmarkttekorten bij die beroepsgroepen en deels met een toename in focus op positieve gezondheid. Ook benoemden zij dat door arbeidsmarkttekorten het niet meer goed lukt om werk van jeugdartsen naar andere artsen te substitueren. De deelnemers verwachten vooral vanwege de eerste trend (huisartsen, psychiaters en kinderartsen die taken substitueren naar jeugdartsen) dat de vraag naar artsen jeugdgezondheid zal toenemen. Concreet uitgedrukt in percentages komen zij uit op 2 tot 3% per jaar. Zie Tabel 6.3.

Tabel 6.3 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door horizontale substitutie

	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	0,5%	0,5% tot 1,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,3%	2,0% tot 3,0%

6.5 Verticale substitutie

Naast horizontale substitutie is er de parameter verticale substitutie. De volgende definitie wordt hiervoor gebruikt:

‘Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een ander opleidingsniveau.’

Bij verticale substitutie gaat het dus in eerste instantie om verschuiving van werk naar bijvoorbeeld verpleegkundigen of andere beroepsgroepen met een ander opleidingsniveau.

De inschattingen van de deelnemers van de Delphi-sessies voor de factor verticale substitutie worden hieronder besproken.

6.5.1 Artsen infectieziektebestrijding

In de Delphi-sessie werd verwacht dat er taken zullen verplaatsen naar microbiologen, deskundigen infectiepreventie (DI), epidemiologen, verpleegkundigen, gezondheidswetenschappers, data-scientists en administratieve functies. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld zelfstandig (met een arts in superviserende rol) soa-diagnostiek doen. Echter zijn er wel tekorten aan deze beroepsgroep, wat verticale substitutie tegen zou kunnen werken. Daarnaast gaf men aan dat er nog ruimte is om bijvoorbeeld administratieve en onderzoekstaken uit te laten voeren door administratieve krachten en data-scientists. Sommige deelnemers zien meer mogelijkheden tot substitutie dan anderen. Daarom wordt een percentage genomen van -0,75% tot -2%. Zo is er ruimte voor verschillende visies op mogelijkheden tot verticale substitutie van artsen infectieziektebestrijding naar andere beroepen. Zie Tabel 6.4.

6.5.2 Artsen jeugdgezondheid

De deelnemers van de Delphi-sessies zien dat reguliere consulten van jeugdartsen worden overgenomen door andere disciplines. De POH-jeugd en wijkteams nemen taken over van de artsen jeugdgezondheid. Tegelijkertijd benoemen de deelnemers dat tekorten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, gedragsdeskundigen en doktersassistenten substitutie stagneert. Over de wenselijkheid van deze substitutie verschilden de meningen overigens. Zo bestaan er ook zorgen over een mogelijk verlies en tekort aan expertise door substitutie.

Vanuit de Delphi-sessie is er daarom geconcludeerd dat er voor de beroepsgroep als geheel (dus artsen KNMG en artsen M+G) nauwelijks substitutie plaats gaat vinden.

De factor verticale substitutie is voor de raming van de artsen jeugdgezondheid ook op aanvullende wijze bepaald.

Binnen het beroep van arts jeugdgezondheid zal namelijk in de toekomst meer vraag naar artsen M+G jeugdgezondheid ontstaan en minder vraag naar jeugdartsen KNMG door (1) versnelling van de huidige doorstroom van 1^e naar 2^e fase opleiding, en (2) de verwachte volledige doorstroom tussen de 1^e en 2^e fase in de nabije toekomst (Zie hoofdstuk 3). De capaciteitsverhouding tussen deze twee beroepen, die nu 30/70 (jeugdartsen KNMG / artsen M+G jeugdgezondheid) is, zal dus structureel veranderen. Dit beschouwen we als een vorm van verticale substitutie, omdat nagenoeg alle capaciteit aan jeugdartsen KNMG op den duur ingezet gaat worden als arts M+G/ jeugdgezondheid. Deze ‘aanvullende’ vorm van verticale substitutie is berekend voor beide beroepsgroepen. Dit is gedaan op basis van de huidige verhouding van beide beroepsgroepen (30/70). Berekend is hoeveel de twee

beroepsgroepen procentueel moeten toe- of afnemen om over 12 jaar (het eerste evenwichtsjaar) de verhouding om te draaien tussen jeugdartsen KNMG en artsen M+G jeugdgezondheid. Deze verhouding van 30% jeugdartsen KNMG en 70% artsen M+G jeugdgezondheid in 2033 is de meest waarschijnlijke verhouding. Hierbij gaan we uit van de gevolgen van voorgenomen hervorming van de opleiding tot artsen Jeugdgezondheid, zoals beschreven in hoofdstuk 3.

De uiteindelijke bepaling van de verticale substitutiefactoren voor de opleidingen staan in Tabel 6.4. Voor de Jeugdarts KNMG is hierin meegenomen dat deze opgeleide capaciteit zal substitueren ten gunste van de Arts M+G/ jeugdgezondheid. Vandaar dat de factor voor de Jeugdarts KNMG negatief en die voor de Arts M+G/ jeugdgezondheid positief is.

Tabel 6.4 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door verticale substitutie

Specialisme/profiel KNMG	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	-1,0% tot -2,0%	-0,75% tot -2,0%
Jeugdarts KNMG	-0,5% tot -1,0%	-5,0%
Arts M+G/ jeugdgezondheid	-0,5% tot -1,0%	12,2%

6.6 Arbeidstijdverandering

Arbeidstijdverandering heeft invloed op de benodigde capaciteit en is dan ook onderdeel van het ramingsmodel. We gaan uit van de volgende definitie van deze vraagparameter:

'Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verandering in het aantal uur dat een beroepsgroep formeel kan of mag werken, vastgelegd in cao's of andere regelgeving.'

6.6.1 Artsen infectieziektebestrijding

Deelnemers aan de Delphi-sessie verwachtten geen veranderingen in de CAO wat betreft arbeidstijd per week. Wel verwacht men een toename van diensten bovenop de reguliere werktijd en dat dit zal doorzetten.

6.6.2 Artsen jeugdgezondheid

Ook voor de artsen jeugdgezondheid kwam uit de Delphi-sessie dezelfde verwachting naar voren. Men verwacht dat de arbeidstijd in de CAO onveranderd blijft, maar mogelijk wel meer uren per fte aan diensten en coördinatie besteed zal gaan worden.

Tabel 6.5 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door arbeidstijdveranderingen

	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	0,0%	0,0% tot 1,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,0%	0,0% tot 1,0%

6.7 Sociaal-cultureel

Naast demografische en epidemiologische ontwikkelingen, zijn ook sociaal-culturele ontwikkelingen onderdeel van het ramingsmodel. Om de invloed van sociaal-culturele

ontwikkelingen op de benodigde capaciteit aan artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheid te bepalen, wordt uitgegaan van de volgende definitie van deze vraagparameter:

‘Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociaal culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg.’

De inschattingen van de deelnemers worden hieronder besproken.

6.7.1 Artsen infectieziektebestrijding

Voor de artsen infectieziektebestrijding kwamen de volgende thema's naar voren: vaccinatie weerstand, meer kwetsbare groepen in de samenleving, mondigere burgers en meer aandacht voor preventie. Ook in de literatuur komen deze onderwerpen naar voren. Uit het jaarlijkse vaccinatie jaarverslag van het RIVM blijkt dat de vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma de laatste paar jaren na een lichte daling lijkt te stabiliseren^{66 67}. Hiermee samenhangend is preventie een belangrijk onderdeel van het werk van artsen infectieziektebestrijding. De coronapandemie heeft het belang van infectieziektebestrijding en met name preventie ervan aangetoond. Volgens de deelnemers van de Delphi-sessie zal dit er mogelijk voor zorgen dat meer geïnvesteerd zal worden in de preventie van nieuwe pandemieën. Daarnaast is er ook breder steeds meer aandacht voor preventie.

De meeste deelnemers waren van mening dat deze trends zullen leiden tot een toename in de vraag naar artsen infectieziektebestrijding. De deelnemers schatten gemiddeld een groei van 2% per jaar in. Als maximum is 4% per jaar ingeschat. Zie tabel 6.5.

6.7.2 Artsen jeugdgezondheid

In de Delphi-sessie voor de artsen jeugdgezondheid werden diverse sociaal-culturele trends benoemd die van belang zijn voor de behoefte aan artsen jeugdgezondheid. Dit waren: toenemende sociale ongelijkheid en diversiteit, afnemend vertrouwen in de overheid, (de-)medicalisering, en het lerarentekorten en problemen rond passend onderwijs. De deelnemers verwachtten dat vooral bij de lagere klassen meer problemen en een grotere zorgvraag zal ontstaan. Dit komt door een toename van sociale ongelijkheid en diversiteit (migratie, andere gezinsvormen). De cijfers van het CBS laten echter zien dat inkomensongelijkheid in de afgelopen jaren stabiel was en vermogensongelijkheid is gedaald, maar wel nam het risico op armoede toe⁶⁸. De coronapandemie en bijbehorende maatregelen zorgden voor een risico op toename van ongelijkheid in de maatschappij⁶⁹. Ten tijde van deze raming zijn er echter nauwelijks coronamaatregelen meer en is het dus de vraag hoe de ongelijkheid zich zal ontwikkelen in de komende jaren. Hetzelfde geldt voor vertrouwen in de overheid. Ook hier is

⁶⁶ Lier EA van, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Hament JM, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, Melker HE de. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2020. RIVM Bilthoven 2021.

⁶⁷ Lier EA van, Kamp L, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Hament JM, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF, Melker HE de. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2019. RIVM Bilthoven 2020.

⁶⁸ CBS. Welvaart in Nederland 2019. CBS, Den Haag 2019.

⁶⁹ SCP. Zicht op de samenleving in coronatijd: eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke gevolgen en implicaties voor beleid. SCP Den Haag 2020.

de vraag hoe dit zich in de toekomst verder zal ontwikkelen. Wat betreft (de)medicalisering zijn verschillende punten genoemd door de deelnemers van de Delphi-sessie. Een aantal deelnemers verwacht dat er minder acceptatie zal zijn van (kleine) kwalen, waardoor de zorgvraag zal toenemen. Aan de andere kant verwacht een aantal deelnemers ook dat er een trend zal komen naar 'normalisering' van bepaalde problemen, waardoor minder zorgvragen bij jeugdzorg terecht zullen komen. De deelnemers verwachtten verder dat door het lerarentekort ruimte ontstaat voor de artsen jeugdgezondheid om sommige taken op scholen meer op te pakken en er een leidende rol in aan te nemen.

De deelnemers schatten in dat deze trends zullen zorgen voor een toename in het benodigd aanbod aan artsen jeugdgezondheid met 2% tot 2,5% per jaar. Zie Tabel 6.5.

Tabel 6.5 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door sociaal-culturele veranderingen

	2016	2019	2021
Artsen infectieziektebestrijding	0,5% tot 1,0%	1,5% tot 3,0%	2,0% tot 4,0%
Artsen jeugdgezondheid	1,0% tot 2,0%	1,5% tot 2,0%	2,0% tot 2,5%

6.8 Conclusie: parameters werkproces

Tabel 6.1 Jaarlijkse procentuele verandering zorgvraag door

Specialisme/profiel KNMG	2019	2021
vaktechnische ontwikkelingen		
Artsen infectieziektebestrijding	2,8%	3,0% tot 4,0%
Artsen jeugdgezondheid	1,0%	1,0% tot 2,0%
efficiëntie ontwikkelingen		
Artsen infectieziektebestrijding	0,0%	1,0% tot 2,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,2%	1,0% tot 1,5%
horizontale substitutie		
Artsen infectieziektebestrijding	0,5%	0,5% tot 1,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,3%	2,0% tot 3,0%
verticale substitutie		
Artsen infectieziektebestrijding	-1,0% tot -2,0%	-0,75% tot -2,0%
Jeugdarts KNMG	-0,5% tot -1,0%	-5,0%
Arts M+G/ jeugdgezondheid	-0,5% tot -1,0%	12,2%
arbeidstijdveranderingen		
Artsen infectieziektebestrijding	0,0%	0,0% tot 1,0%
Artsen jeugdgezondheid	0,0%	0,0% tot 1,0%

7 Scenario's

7.1 Inleiding

In de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 is alle informatie beschreven die nodig is om een raming op te stellen.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de tussentijdse raming gepresenteerd per beroepsgroep. Per beroepsgroep wordt eerst een overzicht gegeven van het verwachte beschikbare aanbod aan personen in de komende 20 jaar. Dan wordt een overzicht gegeven van het verwachte benodigde aanbod voor negen verschillende scenario's. Vervolgens wordt het jaarlijks aantal op te leiden personen gepresenteerd om over 12 of 18 jaar evenwicht tussen beschikbaar en benodigd aanbod te krijgen voor deze negen afzonderlijke scenario's.

De bijsturings- en evenwichtsjaren⁷⁰ waarmee gerekend wordt, zijn anders voor de artsen KNMG infectieziektebestrijding dan voor de artsen M+G infectieziektebestrijding.

De opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG wordt altijd gevolgd door de opleiding tot arts M+G. Daarom loopt de opleidingsbehoefte van deze opleiding 2 jaar achter op de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG. Het bijsturingsjaar en evenwichtsjaar voor deze opleidingen is daarom ook op 2 jaar later gesteld.

Bij de artsen jeugdgezondheid is deze aanpassing niet gedaan. Bij deze opleidingen bestaat er een reservoir aan jeugdartsen KNMG dat de opleiding tot arts M+G wil volgen. Deze artsen kunnen versneld worden opgeleid wanneer het bijsturings- en evenwichtsjaar voor beide opleidingen gelijk wordt gehouden.

7.2 Scenario's

In dit hoofdstuk wordt met negen verschillende scenario's gerekend om te bepalen of er evenwicht is tussen beschikbaar en benodigd aanbod voor de vier beroepsgroepen. In deze box worden deze scenario's kort toegelicht.

Scenario 1	Het demografiescenario is de situatie waarbij alleen rekening wordt gehouden met veranderingen in het benodigde aanbod door veranderingen in de demografische samenstelling van de populatie en de onvervulde vraag. Alle andere factoren die besproken zijn in hoofdstuk 3 t/m 5 worden in dit scenario niet meegenomen.
Scenario 2 & 3	In het werkproces scenario worden naast onvervulde vraag en demografie ook de factoren epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vaktechnische ontwikkelingen, efficiency ontwikkelingen en horizontale substitutie meegenomen. In scenario 2 wordt het jaarlijkse effect van deze extra factoren voor 10 jaar meegenomen en in scenario 3 voor de hele periode van 20 jaar.

⁷⁰ Zie Bijlage 4: lijst van afkortingen en begrippen.

Scenario 4 & 5	In het arbeidstijdsценario wordt naast de factoren uit scenario 2&3 ook arbeidstijdverandering meegenomen. De effecten van de factoren in scenario 4 hebben 10 jaar effect en in scenario 5 is dit 20 jaar.
Scenario 6 & 7	In het verticale substitutiesценario wordt naast alle factoren uit het arbeidstijdsценario ook de invloed van verticale substitutie meegenomen, wederom voor 10 en 20 jaar.
Scenario 8 & 9	In het maximale waarden сценario wordt voor alle vraagfactoren de hoge waarde ingevuld in plaats van de lage waarde (zoals in scenario 2 t/m 7).

7.2.1 Tijdelijke en doorlopende trend

De trends in het werkproces kunnen 10 jaar na het basisjaar stoppen (tijdelijke trends). De trends kunnen ook gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (doorlopende trends). De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig doorgaan. Sommige eindigen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar.

Soms is een tijdelijke trend passender dan een doorlopende trend. Dit hangt bijvoorbeeld ook af van hoe het werkveld in de praktijk op veranderingen reageert. Daarbij speelt ook de grootte van de gehanteerde parameters een rol. Zijn die fors, dan is het risico op een grote foutmarge in de raming op termijn ook groter.

7.2.2 Evenwichtsjaar

De zorgvraag wordt geraamd voor de twee evenwichts jaren. Vervolgens bepaalt het Capaciteitsorgaan de huidige beschikbare capaciteit en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios. Op basis hiervan wordt berekend hoeveel van deze artsen in 2033 en 2039 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2033/2039 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2023.

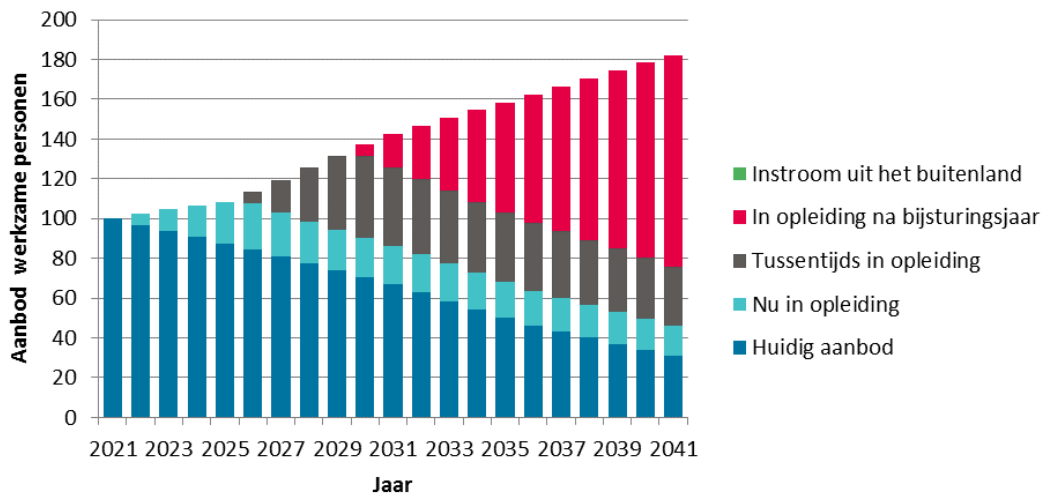
Een vroeg evenwichtsjaar is passend bij grote urgente capaciteitsproblemen die liefst zo snel mogelijk opgelost moeten worden. Maar grote aanpassingen in de opleidingsstroom doen wellicht ook een (te) groot beroep op een opleidingscapaciteit en kunnen ook bijdragen aan een minder stabiele opleidingsketen.

7.3 Artsen M+G/ infectieziektebestrijding

7.3.1 Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.1 laat het verwachte beschikbare aanbod voor de artsen M+G/ infectieziektebestrijding zien tot aan 2041. Hierbij is te zien dat het beschikbare aanbod van werkzame personen in de komende 20 jaar zal toenemen. Er geen sprake is van instroom uit het buitenland.

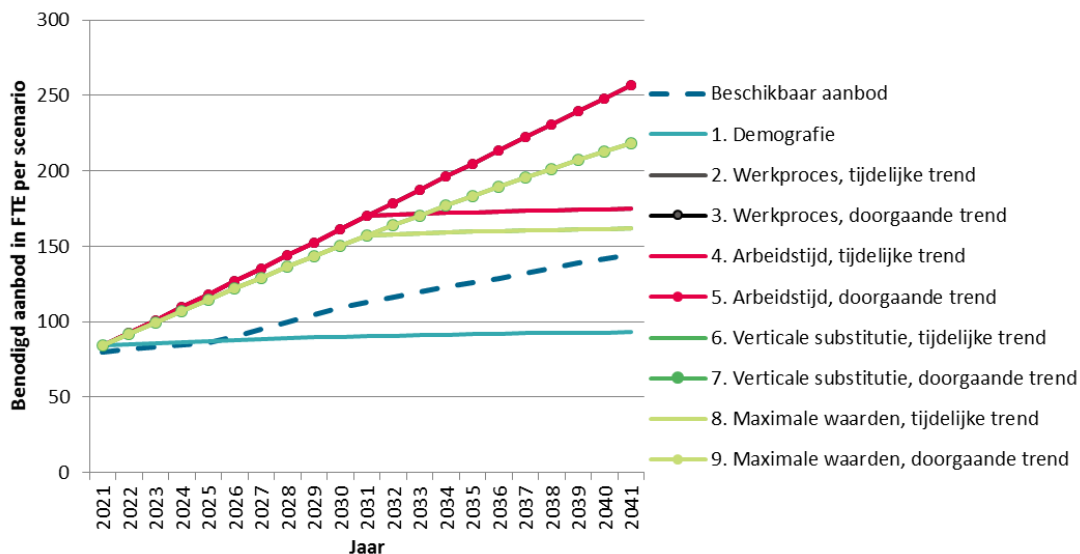
Figuur 7.1 Verwachte beschikbare aanbod werkzame artsen M+G/ infectieziektebestrijding tot 2041



7.3.2 Benodigd aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.2 laat het verwachte benodigde aanbod zien voor negen verschillende scenario's, afgezet tegen het hierboven getoonde verwachte beschikbare aanbod (de stippellijn). Te zien is dat voor acht van de negen scenario's het verwachte benodigde aanbod hoger is dan het verwachte beschikbare aanbod. Bij een voortzetting van de huidige in- en uitstroom uit de opleiding en het beroep zal er in de toekomst een (groter) tekort ontstaan.

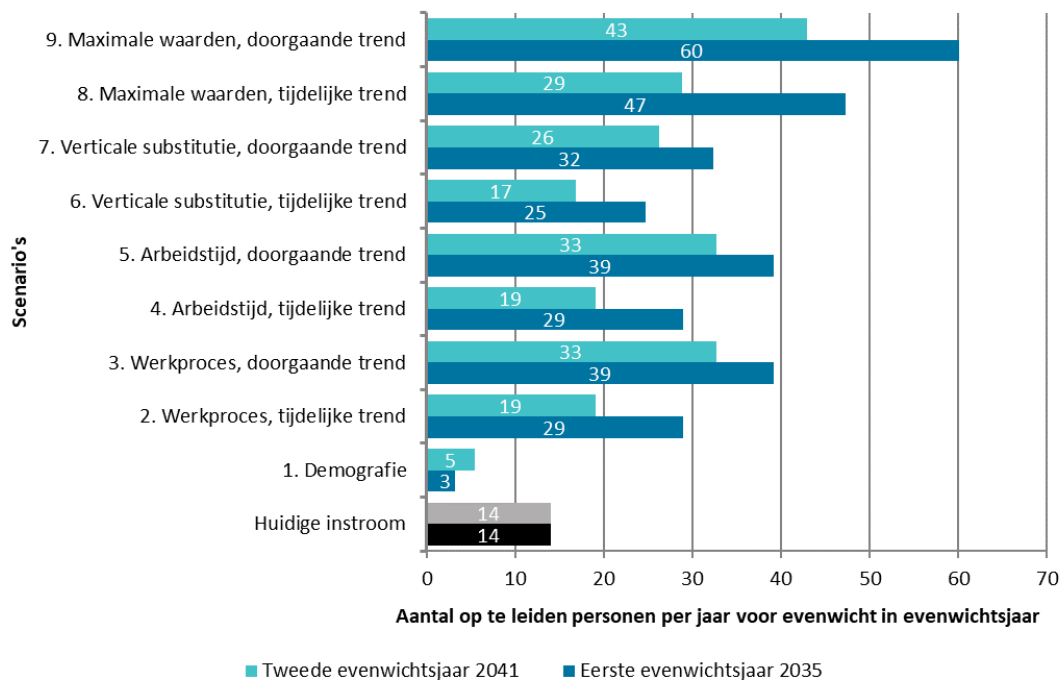
Figuur 7.2 Verwachte benodigde aanbod voor artsen M+G/ infectieziektebestrijding tot 2041, voor 9 verschillende scenario's



7.3.3 Conclusie diverse scenario's' arts M+G/ infectieziektebestrijding

Figuur 7.3 laat tenslotte voor de artsen M+G/ infectieziektebestrijding zien hoeveel personen er jaarlijks opgeleid moeten worden om over 12 of 18 jaar evenwicht te behalen tussen beschikbaar en benodigd aanbod per scenario. Dit is afgezet tegen het huidige aantal personen dat per jaar wordt opgeleid.

Figuur 7.3 Jaarlijks aantal op te leiden artsen M+G/ infectieziektebestrijding voor evenwicht over 12 of 18 jaar



Momenteel stromen er jaarlijks gemiddeld 14 personen in de opleiding tot arts M+G/ infectieziektebestrijding in. Om evenwicht te bereiken zouden er jaarlijks 3-60 personen moeten instromen, afhankelijk van het gekozen scenario en evenwichtsjaar. Gegeven de te verwachten ontwikkelingen is het huidige aantal personen in opleiding te laag om het verschil tussen beschikbaar en benodigd aanbod op te heffen⁷¹.

7.4 Artsen infectieziektebestrijding KNMG

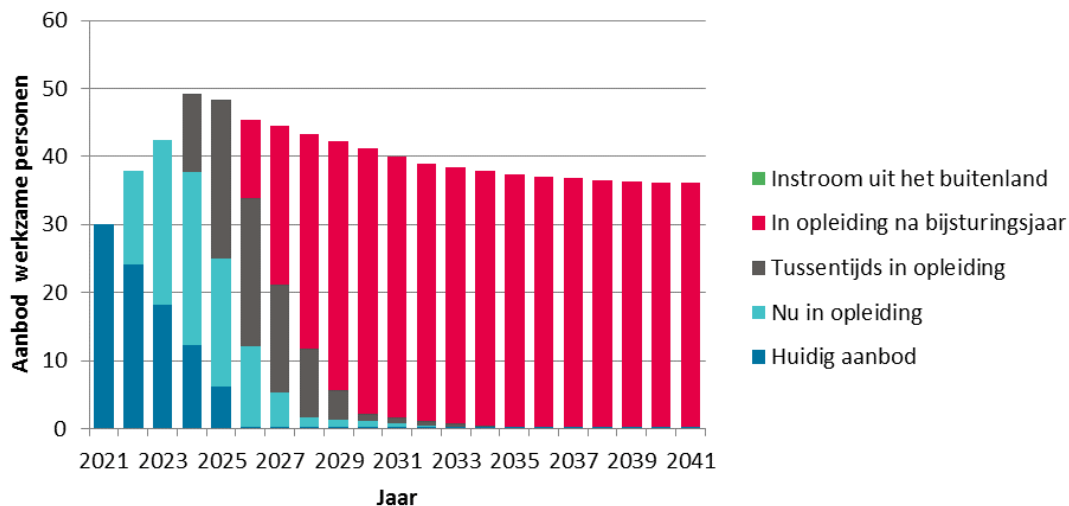
7.4.1 Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.4 laat het verwachte beschikbare aanbod aan artsen infectieziektebestrijding KNMG zien in de komende 20 jaar. In deze figuur is te zien dat naar verwachting deze groep van werkzame personen over de tijd gaat toenemen, na 5 jaar weer iets afneemt en na 10 jaar zal stabiliseren. Dit komt overeen met het beeld dat de meeste artsen die deze opleiding volgen, doormerken naar de 2^e fase van de opleiding. De opleidingsinstroom is recent verhoogd. Hierdoor

⁷¹ Met uitzondering van het niet realistische scenario 1.

groeit de beroepsgroep eerst, om vervolgens te stabiliseren op het nieuwe niveau. Er overigens geen sprake is van instroom uit het buitenland.

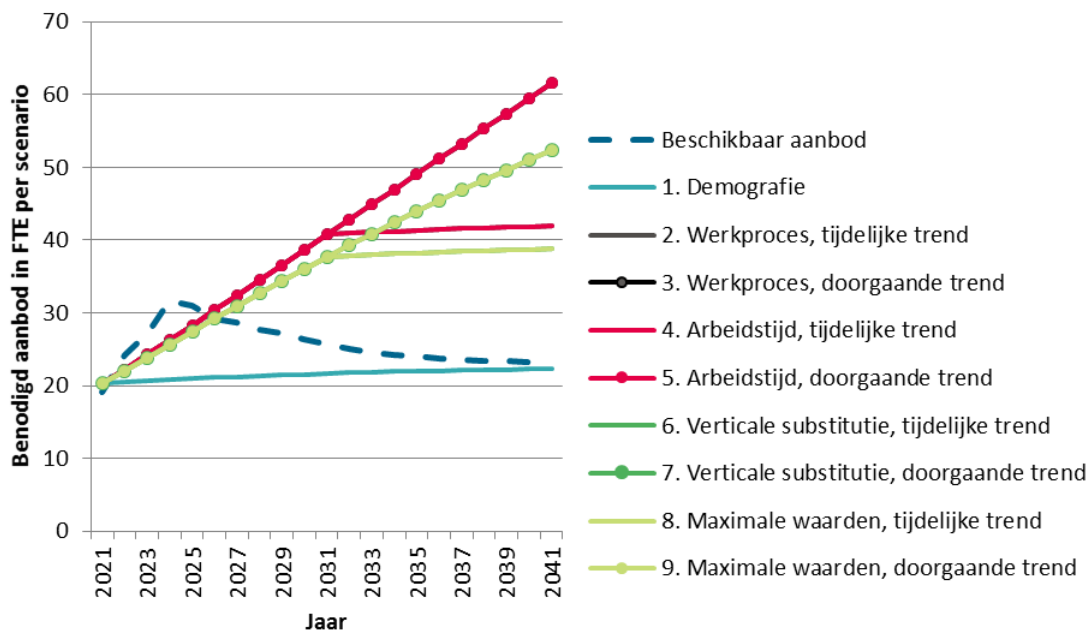
Figuur 7.4 Verwachte beschikbare aanbod werkzame artsen infectieziektebestrijding KNMG tot 2041



7.4.2 Benodigd aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.5 laat zien dat er een naar verwachting een tekort is van artsen infectieziektebestrijding KNMG.

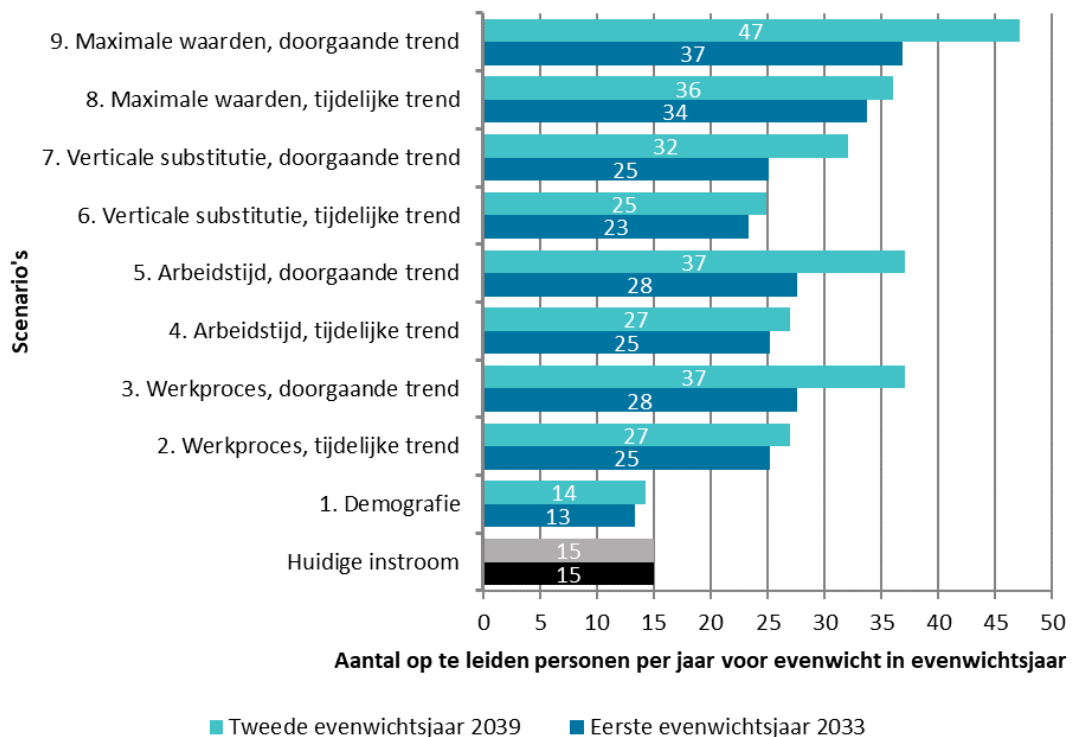
Figuur 7.5 Verwachte benodigde aanbod voor artsen infectieziektebestrijding KNMG tot aan 2041, voor 9 verschillende scenario's



7.4.3 Conclusie diverse scenario's' artsen infectieziektebestrijding KNMG

In Figuur 7.6 wordt voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG weergegeven wat het aantal op te leiden personen jaarlijks moet zijn om evenwicht te verkrijgen tussen beschikbaar en benodigd aanbod over 12 en 18 jaar. Momenteel stromen er jaarlijks 15 personen in de opleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG in. Figuur 7.6 laat zien dat het huidige aantal personen dat jaarlijks wordt opgeleid tot arts infectieziektebestrijding KNMG mogelijk iets te laag is, afhankelijk van het scenario. Afhankelijk van het gekozen scenario en evenwichtsjaar moeten er jaarlijks tussen de 13 en 47 artsen infectieziektebestrijding KNMG worden opgeleid.

Figuur 7.6 Jaarlijks aantal op te leiden artsen infectieziektebestrijding KNMG voor evenwicht over 12 of 18 jaar



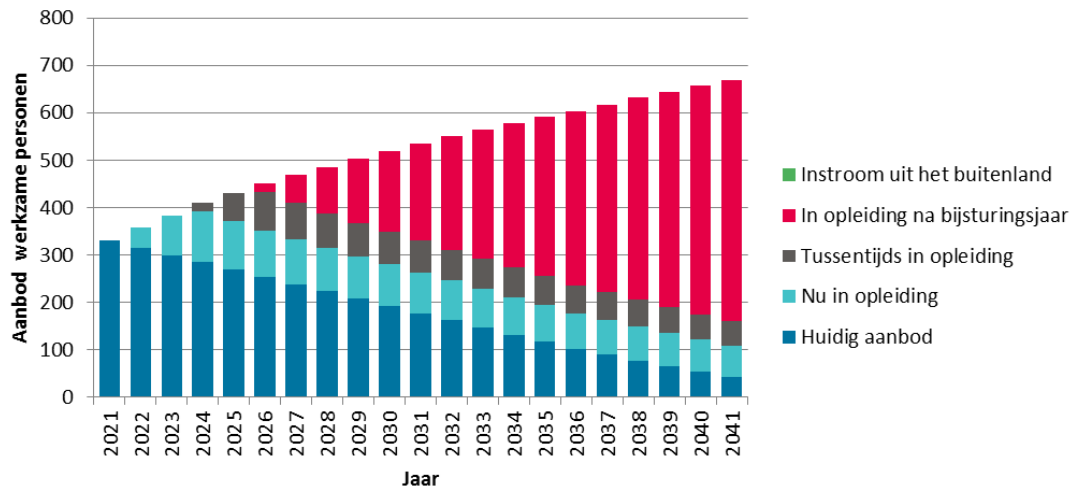
7.5 Artsen M+G/ jeugdgezondheid

7.5.1 Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar

In Figuur 7.7 is te zien dat naar verwachting het aantal werkzame artsen M+G/ jeugdgezondheid in de komende 20 jaar zal stijgen. Deze stijging wordt verklaard door een toename van het aantal plekken voor de 2^e fase opleiding jeugdgezondheid. Wanneer het huidige aantal in opleiding gehandhaafd wordt, zal het aantal artsen M+G/ jeugdgezondheid in de komende jaren toenemen. Ook hier is er geen sprake is van instroom uit het buitenland.

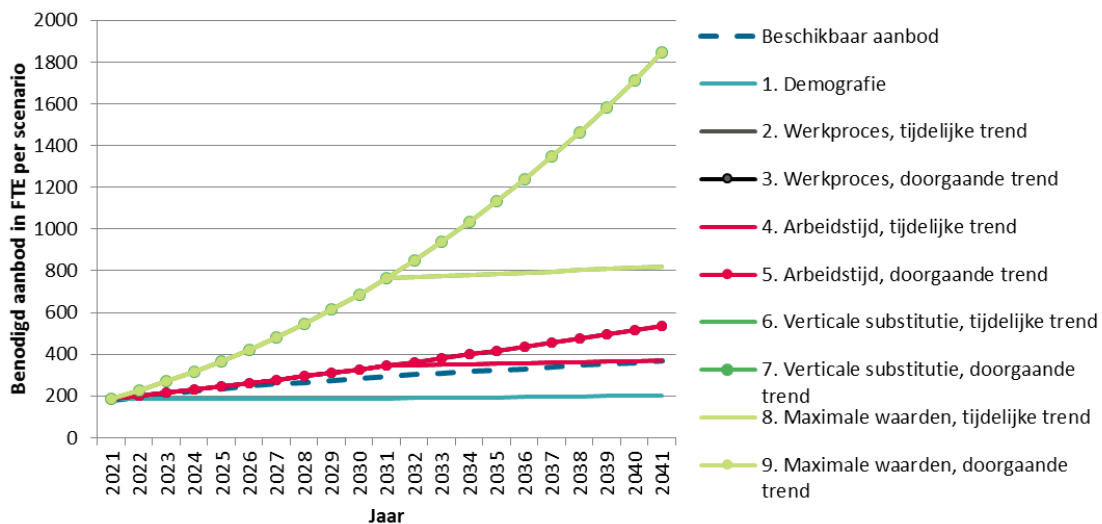
7.5.2 Benodigd aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.7 Verwachte beschikbare aanbod voor artsen M+G/ jeugdgezondheid tot 2041



Figuur 7.8 laat zien dat het stijgende beschikbare aanbod aan werkzame artsen M+G/ jeugdgezondheid niet voldoende is om aan de verwachte benodigde vraag naar deze artsen te voldoen. Alleen wanneer men het demografiescenario volgt, zou er een overschot aan artsen M+G/ jeugdgezondheid kunnen ontstaan. Dit scenario is echter, gegeven alle andere veranderingen in het veld, niet het meest waarschijnlijke scenario. Grote veranderingen zijn de verwachte substitutie en doorstroom van 1^e naar 2^e fase artsen jeugdgezondheid,.

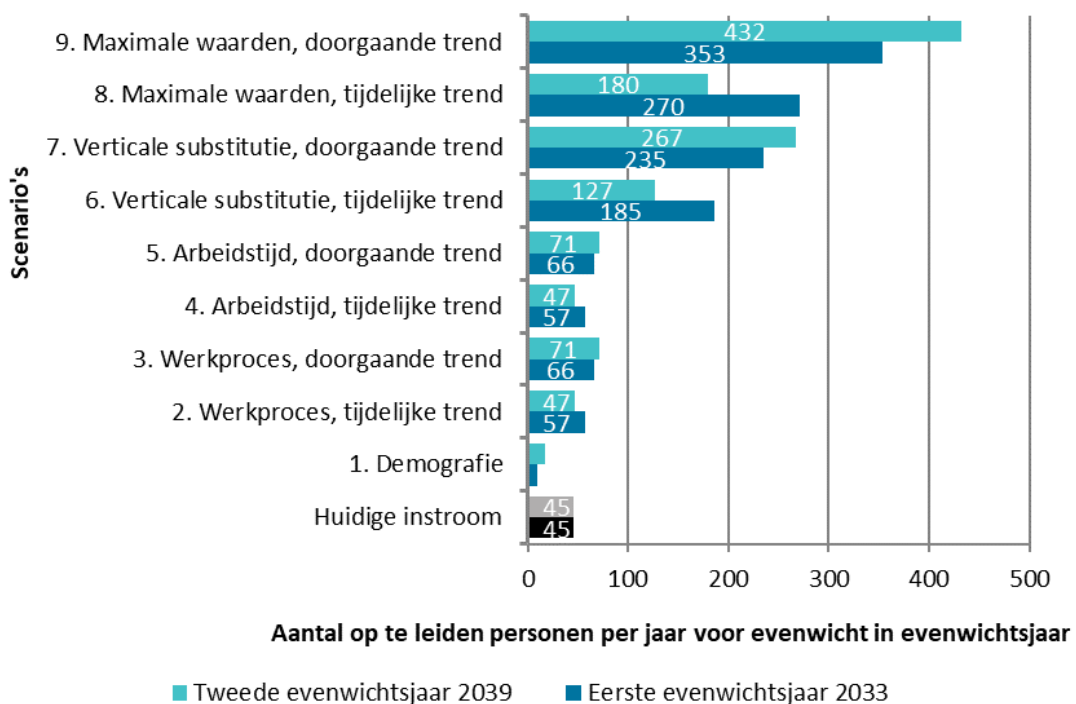
Figuur 7.8 Verwachte benodigde aanbod voor artsen M+G jeugdgezondheid tot aan 2041, voor 9 verschillende scenario's



7.5.3 Conclusie diverse scenario's' artsen M+G/ Jeugdgezondheid

Figuur 7.9 laat zien hoeveel personen er jaarlijks opgeleid moeten worden om evenwicht te krijgen tussen het beschikbare en benodigde aanbod aan artsen M+G/ jeugdgezondheid. Momenteel starten er gemiddeld jaarlijks 29 personen met de opleiding. In de figuur is te zien dat dit aantal voor de scenario's 2 tot en met 9 te laag is. Om evenwicht te verkrijgen zouden er jaarlijks 47-432 artsen M+G jeugdgezondheid opgeleid moeten worden, afhankelijk van het gekozen scenario en evenwichtsjaar.

Figuur 7.9 Jaarlijks aantal op te leiden artsen M+G/ jeugdgezondheid voor evenwicht over 12 of 18 jaar

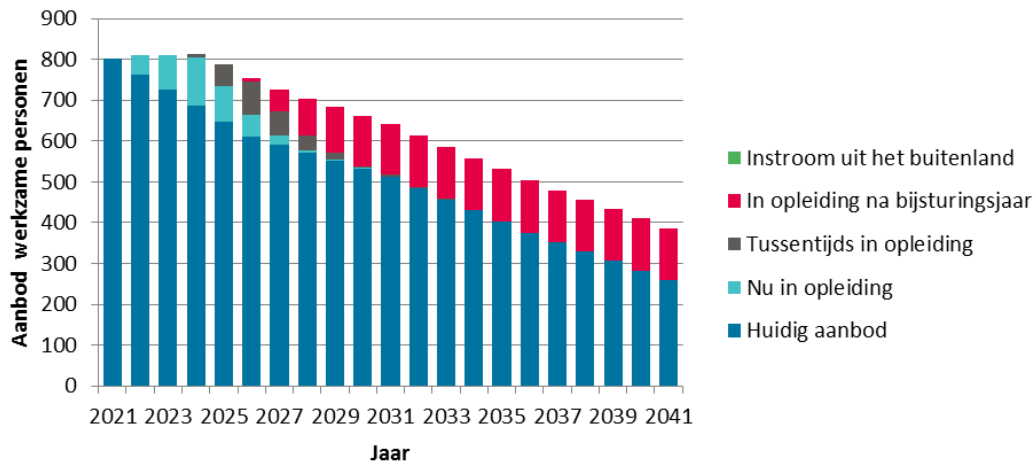


7.6 Jeugdarts KNMG

7.6.1 Beschikbaar aanbod in de komende 20 jaar

In Figuur 7.10 wordt het verwachte beschikbare aanbod voor de komende 20 jaar weergegeven voor de jeugdarts KNMG. Hierin is te zien dat ook het beschikbare aanbod van deze artsen in de komende 20 jaar zal afnemen. Deze afname wordt verklaard door de verwachte extra uitstroom van de huidige beroepsgroep. Ook wordt er vanuit gegaan dat de personen die nu of in de toekomst de opleiding jeugdarts KNMG volgen, zullen doorstromen naar de opleiding arts M+G/ jeugdgezondheid of het vak verlaten, dit laatste is vertaald in de factor verticale substitutie, zie paragraaf 6.5.2). Er geen sprake van instroom uit het buitenland.

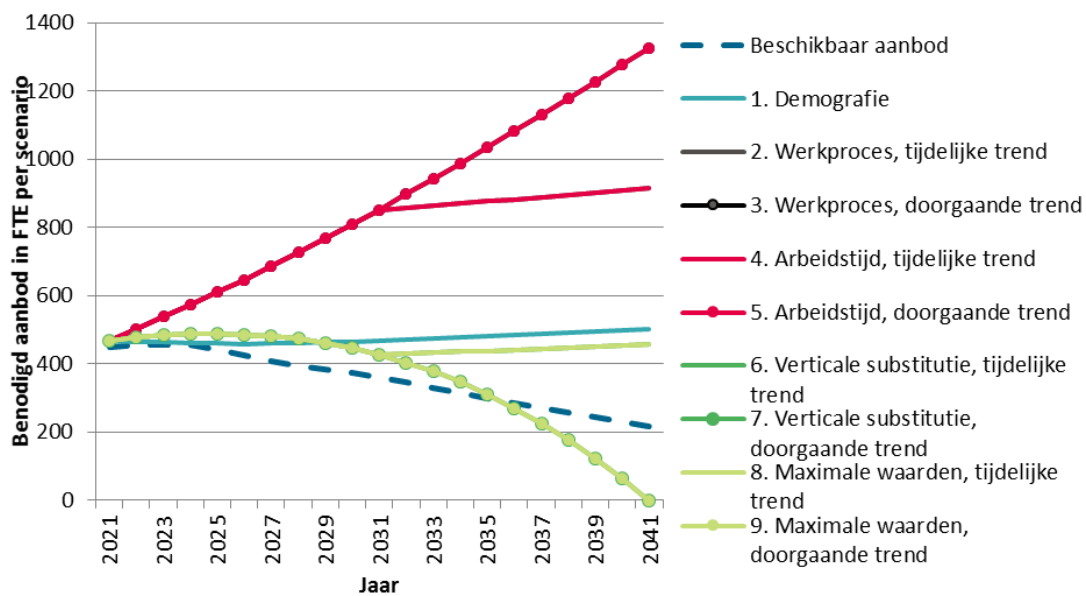
Figuur 7.10 Verwachte beschikbare aanbod voor jeugdartsen KNMG tot 2041.



7.6.2 Benodigd aanbod in de komende 20 jaar

Figuur 7.11 laat zien dat het beschikbare aanbod onvoldoende is om aan de verwachte toekomstige vraag naar jeugdartsen KNMG te voldoen. Alleen voor het verticale substitutiescenario en maximale waarden scenario met doorgaande trend (scenario's 7 & 9) worden momenteel voldoende mensen opgeleid om aan de verwachte vraag te kunnen voldoen.

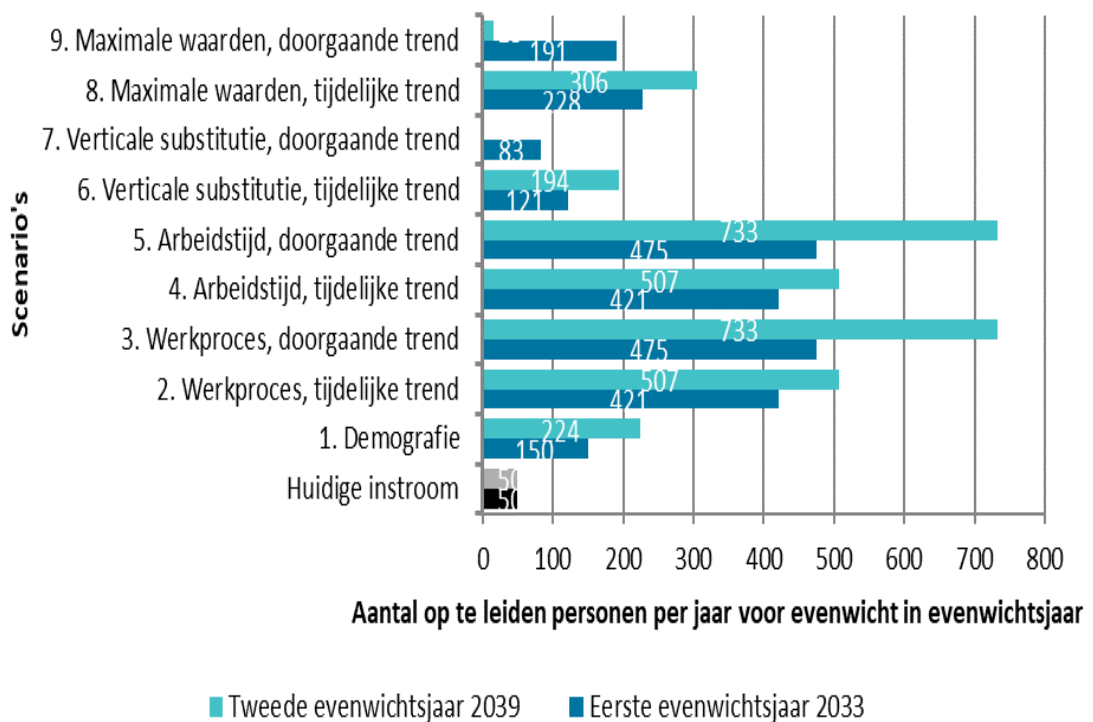
Figuur 7.11 Verwachte benodigde aanbod voor jeugdartsen KNMG tot aan 2041, voor 9 verschillende scenario's.



7.6.3 Conclusie diverse scenario's jeugdartsen KNMG

Figuur 7.12 laat het jaarlijks aantal op te leiden personen zien voor de jeugdartsen KNMG in de negen scenario's. Momenteel starten jaarlijks rond de 50 personen met deze opleiding. Om aan de verwachte benodigde vraag te kunnen voldoen, zouden er jaarlijks voor de meeste scenario's meer personen opgeleid moeten worden. Uitzondering hierop zijn scenario 7 & 9 (doorgaande trends) wanneer uitgegaan wordt van het tweede evenwichtsjaar.

Figuur 7.12 Jaarlijks aantal op te leiden jeugdartsen KNMG voor evenwicht over 12 of 18 jaar, uitgangspunt aanbod huidig rendement



8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Het doel van dit Capaciteitsplan is het berekenen van de benodigde instroom in de opleidingen voor artsen jeugdgezondheid en artsen infectieziektebestrijding. De raming geeft de beleidsbepalers inzicht in de mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden. Deze scenario's bepalen de bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkeling.

In dit laatste hoofdstuk wordt toegelicht welke van de scenario's uit hoofdstuk 7 het Capaciteitsorgaan het meest passend acht voor het advies over de jaarlijkse instroom in de betreffende opleidingen met ingang van 2023.

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 en 8.3 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke scenario's het meest waarschijnlijk zijn voor de betreffende erkende medische vervolgoopleidingen. In de vervolgparagrafen staat het advies voor de minister over de instroom voor de arts M+G/ infectieziektebestrijding (8.2.1), arts infectieziektebestrijding KNMG (8.2.2), respectievelijk de jeugdarts KNMG (8.3.1), de arts M+H/ jeugdgezondheid (8.3.2).

Ten slotte geeft het Capaciteitsorgaan in paragraaf 8.4 aan waarom het ophogen van het aantal opleidingsplaatsen op zich niet voldoende is om de capaciteitsproblemen voor deze beroepen op te lossen.

8.2 Advies instroom infectieziektebestrijding

- ✓ De COVID-19 epidemie heeft al veel langer spelende knelpunten bij de infectieziektebestrijding uitvergroot en gemaakt dat het tekort aan artsen M+G/ infectieziektebestrijding acuut gevoeld werd.
- ✓ Van de verschillende scenario's van de capaciteitsramingen voor de artsen infectieziektebestrijding geven de scenario's met **verticale substitutie** ook hier de meest reële inschatting van de benodigde instroom in de opleidingen voor een evenwicht tussen vraag en aanbod.
- ✓ De onzekerheden over de trends en de context maken ook bij deze beroepsgroepen een **tijdelijke trend** en dus scenario 6 voor de hand liggend.
- ✓ Gezien de aanmerkelijke knelpunten in de capaciteit is er een voorkeur voor een vroeg evenwichtsjaar.

8.2.1 Arts infectieziektebestrijding KNMG

- ✓ Voor het evenwichtsjaar 2033 leidt scenario 6 tot een instroomadvies voor de arts infectieziektebestrijding KNMG van **23** en bij evenwichtsjaar 2039 een instroomadvies van jaarlijks **25** aios. De bandbreedte is dan **23-25**.

- ✓ Binnen deze bandbreedte is het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan jaarlijks **23 artsen in opleiding**.

8.2.2 Arts M+G/ infectieziektebestrijding

- ✓ Bij de arts M+G/ infectieziektebestrijding is het instroomadvies voor het evenwichtsjaar 2033 **25** aios en voor 2039 **17** aios. De bandbreedte is dan **17-25**.
- ✓ Gezien de samenhang van de 1^e en 2^e fase van de opleiding, waarbij artsen die de 1^e fase hebben afgerond doorstromen naar de 2^e fase, kiest het Capaciteitsorgaan nadrukkelijk voor een koppeling van het instroomadvies voor de arts M+G/ infectieziektebestrijding aan dat van de arts infectieziektebestrijding KNMG.
- ✓ Het instroomadvies voor de arts M+G/ infectieziektebestrijding is jaarlijks **23 artsen in opleiding**.

8.3 Advies instroom jeugdgezondheidszorg

- ✓ Door een al jaren bestaand tekort aan instroom in het vak zijn er oplopende tekorten aan zowel de jeugdarts KNMG als aan de arts M+G/ jeugdgezondheid. Daarbij is er verandering gekomen in de gewenste verhouding tussen het aantal jeugdartsen KNMG en artsen M+G/ jeugdgezondheid. Logischerwijze leidt dat tot een veranderde verhouding in het aantal gewenste opleidingsplaatsen voor deze opleidingen.
- ✓ Van de verschillende scenario's van de capaciteitsramingen zijn de scenario's met **verticale substitutie** het meest beleidsrijk. Die leiden naar de mening van het Capaciteitsorgaan tot de meest reële inschatting van de benodigde instroom in de opleidingen om tot evenwicht tussen vraag en aanbod te komen.
- ✓ Gezien de in dit rapport geschetste context en de onzekerheden over hoe de trends zich op korte termijn zullen ontwikkelen, is een **tijdelijke trend** - en dus scenario 6 het meest passend. Dit geldt zowel voor de jeugdarts KNMG als voor de arts M+G/ jeugdgezondheid.
- ✓ Met het oog op de gewenste snelle aanpassingen is het voor de hand liggend om voor een vroeg evenwichtsjaar te kiezen.

8.3.1 Jeugdarts KNMG

- ✓ Scenario 6 leidt voor het evenwichtsjaar 2033 tot een instroomadvies voor de jeugdarts KNMG van **121** en bij evenwichtsjaar 2039 tot een instroomadvies van jaarlijks **194**. Daarbij is er dus een bandbreedte van **121-194**.
- ✓ Binnen deze bandbreedte heeft het Capaciteitsorgaan, gezien de gewenste snelle aanpassingen van de ratio jeugdarts KNMG en arts M+G/ jeugdgezondheid, de voorkeur voor jaarlijks **121 artsen in opleiding**.

8.3.2 Arts M+G/ jeugdgezondheid

- ✓ Bij de arts M+G/ jeugdgezondheid geldt bij scenario 6 een instroomadvies voor het evenwichtsjaar 2033 van **185** aios en voor 2039 van **127** aios. De bandbreedte is dan **127-185**.
- ✓ Gezien de gewenste snelle aanpassing van de ratio jeugdarts KNMG - arts M+G/ jeugdgezondheid is het instroomadvies jaarlijks **185 artsen in opleiding**.

8.4 Ten slotte

Adequate financiering van de benodigde opleidingsplaatsen is een eerste stap om de structurele tekorten aan te pakken. Echter de personele problemen bij de jeugdartsen en de artsen infectieziektebestrijding zijn niet alleen op te lossen door aanpassing van het aantal gesubsidiëerde opleidingsplaatsen. Immers, al jaren is er een gebrek aan belangstelling voor zowel de profielopleidingen als voor de specialistenopleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid.

Om tot het aantal benodigde artsen te komen, is het van groot belang dat ook de daadwerkelijke instroom in de betreffende opleidingen toeneemt. Daarvoor zijn adequate flankerende maatregelen noodzakelijk. Deze flankerende maatregelen bestaan uit een aantal elementen:

- 1) *Bekendheid van en met het vak*
Zorg al in het basiscurriculum voor kennismaking met de sociale geneeskunde en de arts M+G. Bied voldoende aantrekkelijke coschappen en verdiepingsstages en maak werk van serieuze academisering van het vak van de arts M+G.
Bekendheid is een randvoorwaarde om het vak te kunnen omarmen.
- 2) *Perspectieven qua opleiding(-structuur) en erkenning van het beroep*
Zorg voor een structurele oplossing problemen rondom de financiering van de opleiding tot arts M+G, zodat ook op termijn voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar zijn en implementeer het LOP M+G zo spoedig mogelijk⁷². Dat zorgt voor een duidelijk toekomstperspectief voor de geïnteresseerde arts.
- 3) *Aantrekkelijk werk en arbeidsvoorwaarden in lijn met andere geneeskundig specialisten.*
Zorg voor een aantrekkelijk en gedifferentieerd takenpakket dat past bij het competentieprofiel en de specifieke belangstelling van de individuele arts. Bied een daarbij passende salariering.
In vergelijking met andere geneeskundig specialismen blijft de inschaling van de gemiddelde arts M+G achter. Ook secundaire arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld de compensatie van diensten buiten kantoor tijden) zijn voor verbetering vatbaar.

⁷² De onzekerheden in het vak arts Maatschappij en Gezondheid worden versterkt door het alsmaar uitblijven van het landelijk opleidingsplan M+G. Dat heeft niet alleen een negatieve invloed op de aantrekkelijkheid van het vak en de daarbij onderscheiden profielen; ook de ramingen van het Capaciteitsorgaan worden erdoor beïnvloed.

4) *Adequate financiering van de sector*

Zorg voor passende financiële kaders voor de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Zonder financiering die past bij de inhoudelijke en maatschappelijke uitdagingen is er geen ruimte om extra artsen aan te stellen op deze vakgebieden.

5) *Public Health een volwaardige plek in het volksgezondheidsbeleid.*

Meer aandacht en ruimte is nodig voor publieke gezondheidszorg en preventie. Dat betreft zowel de aandacht vanuit de politiek, als de inbedding ervan in het zorgstelsel als ook de financiering ervan. Daarvoor is niet alleen een duidelijke erkenning van het belang hiervan noodzakelijk, maar zeker ook een structurele investering in een passende infrastructuur, inclusief de daarbij behorende bemensing.

Er is niet één partij die al deze flankerende maatregelen kan effectueren. Afstemming en gelijkgerichte actie van betrokken partijen is hiervoor nodig.

Zonder flankerende maatregelen die onder meer ook de positie op de arbeidsmarkt en het perspectief op werk in een passende functie verbeteren, gaat het niet lukken om de instroom op een gewenst niveau te krijgen en de tekorten in te lopen.

Het Capaciteitsorgaan adviseert de partijen die belang hebben bij voldoende bekwame artsen in de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding om met elkaar in overleg te gaan. Dat zijn onder meer de werkgevers, beroepsgroepen, opleidingsinstituten, gemeenten en het verantwoordelijk ministerie. Dit om te komen tot afstemming en gelijkgerichte actie om zo de tekorten en knelpunten adequaat aan te kunnen pakken.

Na het uitbrengen van dit advies zal het Capaciteitsorgaan, begin 2022, initiatief nemen om tot een gezamenlijk beraad te komen.

Bijlage 1 Brieven

A) Brandbrief artsen M+G/ jeugdgezondheid

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. L.M.N. Kroon, directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Mw. F.L.H.M. L'Ortye, directie Publieke Gezondheid
Cc: R. de Nood (MEVA), K. de Graaf (MEVA), D. Höppener (PG), F. van der Windt (PG)

18 maart 2021

Onderwerp: Effectief inzetten bestaand budget opleiding arts M+G Jeugd

Geachte mevr. Kroon en mevr. L'Ortye,

Ondergetekenden maken zich grote zorgen over het ontstane capaciteitstekort aan gesubsidieerde opleidingsplaatsen tweede fase opleiding arts M+G Jeugd. Met deze brief luiden wij de noodklok over dit tekort en pleiten wij voor een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G Jeugd. Wij zien mogelijkheden in een budget neutrale oplossing, waarmee het bestaand budget van de opleiding effectief wordt ingezet ten gunste van de tweede fase.

Capaciteitstekort: mismatch vraag en aanbod opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G

We zien binnen de jeugdgezondheidszorg momenteel een toename van de vraag naar opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G Jeugd. Voor 20 beschikbare (gesubsidieerde) opleidingsplaatsen van het cohort september 2021 hebben 46 jeugdartsen gesolliciteerd. Dit maakt dat er een acuut capaciteitstekort van 26 plaatsen is. De toename van de vraag heeft ondermeer te maken met het volgende:

- Huidige artsen eerste fase hebben de ambitie arts M+G te worden en willen direct doorstromen naar de tweede fase;
- Jeugdartsen KNMG (afgeronde eerste fase) willen voorafgaand aan de start van de vierjarige opleiding arts M+G doorstromen naar de tweede fase. Zij hebben nog onvoldoende garantie dat zij ná invoering van de vierjarige opleiding alsnog hun opleiding tot arts M+G kunnen afmaken;
- Werkgevers hebben - in de huidige maatschappelijke context en door de lessen zoals geleerd tijdens de coronacrisis- behoefte aan kwalitatief goed opgeleide en breed georiënteerde artsen in de publieke gezondheid en stimuleren hun artsen de opleiding tot arts M+G te gaan doen.

Aanpassing ramingen Capaciteitsorgaan nodig

Het Capaciteitsorgaan heeft de toegenomen vraag niet meegenomen in de raming. De laatste raming van het Capaciteitsorgaan uit 2019 is gebaseerd op een casemix voor artsen binnen de jeugdgezondheidszorg die de door ons verwachte ontwikkeling nog niet heeft meegenomen. Ook is bij de raming 2021-2024 geen rekening gehouden met de gevolgen van de ingezette maatregelen om de instroom in de opleiding van artsen M+G te vergroten noch met de coronacrisis. Hierdoor sluit de geraamde capaciteit onvoldoende aan op de actuele behoeften van zowel professionals als werkgevers in de publieke gezondheid. De juiste instroom op de juiste plek wordt hierdoor belemmerd. AJN en KAMG hebben onlangs het Capaciteitsorgaan verzocht om de casemix voor artsen binnen de jeugdgezondheidszorg zoals vastgesteld in 2015 los te laten. Om ervoor te zorgen dat de instroom van artsen M+G in de publieke gezondheid geborgd blijft pleiten wij voor een nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan voor 2021 en verder waarbij rekening gehouden wordt met de huidige ontwikkelingen. Het Capaciteitsorgaan heeft inmiddels een aantal initiatieven, zoals een

pilot in samenwerking met jeugdgezondheidszorgorganisaties, in gang gezet ten behoeve van langere termijn oplossingen.

Instroom arts M+G Jeugd borgen

De laatste jaren is er - met steun van VWS en de SBOH - op diverse manieren ingezet op het verhogen van de kwaliteit en de aantrekkelijkheid van het beroep en de opleiding tot arts M+G. Om hiermee de instroom van artsen M+G te vergroten. We zien nu de effecten van ingezette acties zoals de invoering van het landelijk werkgeverschap, een grote arbeidsmarktcampagne arts M+G, het Programma Versterking Publieke Gezondheid en het nieuwe Landelijke Opleidingsplan arts M+G. We hebben hiermee bereikt dat er inmiddels een grote groep jeugdartsen 'voor de opleiding en het vak van de breed opgeleide arts M+G Jeugd gaat'. We hebben echter op dit moment nog steeds een groot tekort aan artsen M+G. Het aantal artsen M+G is de afgelopen twintig jaar met ruim 40% afgenomen van 1200 naar minder dan 700 nu. De coronacrisis maakt des te meer zichtbaar en duidelijk dat we de artsen M+G in de publieke gezondheid heel hard nodig hebben. Het is op meerdere gronden onverantwoord dat de effecten van bovengenoemde brede inzet teniet worden gedaan.

Uitstroom en verminderde instroom voorkomen

Huidige nieuwe aios eerste fase zijn gedreven aan een vernieuwde opleiding begonnen, met een nieuw beroepsperspectief, als artsen met hart voor de publieke gezondheid in brede zin. Zij verkeerden in de veronderstelling dat zij arts M+G Jeugd konden worden. Hun teleurstelling en demotivatie is groot, nu blijkt dat zij de opleiding tot arts M+G Jeugd niet kunnen afronden. Als de capaciteit van de opleidingsplaatsen tweede fase niet wordt verruimd worden alleen al in 2021 26 artsen teleurgesteld in hun ambities. Dit heeft grote gevolgen voor het veld. Wij zien het als groot risico dat zij geen toekomst meer voor zichzelf zien in de publieke gezondheid en uitstromen naar meer toekomstbestendige opleidingen en beroepen buiten de publieke gezondheid. Dit geldt in het bijzonder voor aios waarvan het dienstverband (SBOH) stopt na afronden van de eerste fase. Graag wijzen wij u op de bijlage 1. bij deze brief, waarin de aios van nu vertellen hoe zij de ontstane situatie ervaren en welk effect deze situatie heeft op de keuzes die ze moeten maken.

Ook voor de instroom heeft het tekort aan opleidingsplekken gevolgen: de onzekerheid over de mogelijkheid om de opleiding tot geneeskundig specialist, de arts M+G, af te kunnen maken, zal veel artsen afschrikken. Daar kan geen arbeidsmarktcampagne tegenop.

Voor JGZ-organisaties c.q. GGD'en dreigt hiermee een toenemend tekort aan artsen te ontstaan. Dit tekort komt nog bovenop de huidige capaciteitsproblemen tijdens de coronacrisis, met onvoldoende adequate uitvoering van maatschappelijke opdrachten tot gevolg.

Voldoende praktijkopleiders voor de toekomst garanderen

Vanwege de verwachte uitstroom van huidige praktijkopleiders (vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd) is het noodzakelijk voor de toekomst om opleidingsplekken te garanderen om nieuwe praktijkopleiders op te leiden. Borging van een infrastructuur van praktijkopleiders is van groot belang voor de continuïteit en kwaliteit van de opleiding van aios.

Voorstel

Wij realiseren ons dat de huidige context van landelijk bestuur beperkingen in oplossingsmogelijkheden voor het ontstane capaciteitstekort met zich meebrengt. Daarom reiken wij hierbij graag een budget neutrale, praktische en haalbare oplossing aan. In 2021 zijn minimaal 44 opleidingsplaatsen eerste fase opleiding arts M+G Jeugd niet ingevuld. Er zijn 26 opleidingsplaatsen tekort voor de tweede fase opleiding arts M+G Jeugd. Opheffen van het schot tussen de eerste en tweede fase leidt ertoe dat het bestaand budget van de opleiding effectief ingezet kan worden. Hierdoor kan het aantal opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G Jeugd zodanig verruimd worden dat alle huidige sollicitanten verzekerd zijn van een opleidingsplaats.

Alleen als deze maatregelen op korte termijn doorgevoerd worden, lukt het -met continuering van de inspanningen van de afgelopen jaren- op langere termijn om structureel voldoende en passende instroom in de publieke gezondheid te borgen.

Met vriendelijke groet,

Astrid Nielen, voorzitter AJN Jeugdartsen Nederland

Elise Buiting, voorzitter Koepel voor Artsen Maatschappij + Gezondheid

Tijs Rutgers, voorzitter Landelijk Overleg Sociaal-Geneskundigen in Opleiding

Hugo Backx, directeur GGD GHOR Nederland

Angela Bransen, directeur ActiZ Jeugd

Jeannette de Boer, Arts M+G, Hoofd opleidingen M+G NSPOH

Milo Vedder, directeur Stichting Sociaal Geneeskundige Opleidingen in Nederland

Kees Esser, Voorzitter Raad van Bestuur SBOH

Karien Wielaart-Oomen, Hoofd opleiding arts M+G, profiel JGZ TNO – Innovation for life

Bijlage 1.

Quotes van aios die reageren op de onduidelijkheid rond tweede fase

'Door de onduidelijkheid rond de plaatsing van de 2e fase overweeg ik over te stappen naar een ander specialisme. Ik heb een weloverwogen beslissing genomen om mijn carrière voort te zetten in de jeugdgezondheidszorg. Een keuze waar ik nooit spijt van heb gehad. Tot nu. Ik ben 29 jaar oud en ik wil mijn carrière kunnen vormgeven. Ik wil de spreekkamer uit, wetenschappelijke ervaring opdoen, mijn weg vinden in grote gemeentelijke organisaties en richting geven aan het vakgebied. Op dit moment word ik hierin geremd doordat het onbekend is wanneer ik kan doorstromen naar de tweede fase. Daarmee is mijn toekomst onzeker.'

'Op dit moment overweeg ik om huisarts te worden. Als jonge arts heb ik in dat specialisme een beter toekomstperspectief en kan ik goede zorg leveren. Dat vind ik lastig, omdat Covid-19 het belang van ons (grotendeels preventieve) vakgebied nogmaals heeft onderstreept. Ook heb ik me erg ingezet om andere jonge artsen aan te trekken om ons vakgebied te versterken. Het is zo zonde dat we juist nu de kans niet krijgen om het verschil te kunnen maken als Arts Maatschappij + Gezondheid.'

'Vanuit de huisartsgeneeskunde heb ik de overstap gemaakt naar de JGZ. Ik vind het erg jammer dat ik nu alleen een profelaantekening heb en geen specialist ben. Daarvoor moet ik de 2e fase in. Maar door alle onduidelijkheid en de mogelijkheid dat je ver weg wordt geplaatst heb ik er geen motivatie meer voor. Opleider zou ik in de toekomst wel graag willen zijn maar dat wordt mij op deze manier wel moeilijk gemaakt.'

'Door corona is zelfs ruimte ontstaan om nog breder op beleidsniveau mee te denken, als arts maatschappij en gezondheid bij infectieziektebestrijding. Wat betekent het voor kinderen dat scholen sluiten en weer open gaan. Niet alleen voor de kinderen, maar voor de gehele maatschappij. En wat kan ik met mijn kennis bijdragen. Belangrijke redenen voor mij om de 2e fase te willen starten en niet te willen wachten, zoals ik dat bij de start van de opleiding voor ogen had. Ik wil mijzelf verder ontwikkelen als arts maatschappij en gezondheid. Het vakgebied kan nog naar een veel hoger niveau, ik ben ambitieus, een harde werker en heb oog voor het complete plaatje. Aangezien ik geen slachtoffer ben en wil zijn, heb ik naar mijn mogelijkheden gekeken. Dat betekent echter ook, dat ondanks dat ik enorm veel plezier heb in mijn huidige werk, ik nu ook kijk naar werkzaamheden buiten de jeugdgezondheidszorg.'

'Ik ben een ervaren jeugdarts en wil al lang de opleiding volgen. Door de komst van het landelijk werkgeverschap met de aantrekkelijke stages werd dat mogelijk. Het maakt me kwaad en verdrietig dat ik eerst 9 jaar hoor niet in opleiding te kunnen en nu na 2 jaar in opleiding te zijn, te horen krijg dat ik de opleiding niet kan afronden.'

'Als profiel arts stranden en niet kunnen door studeren voor arts maatschappij en gezondheid maakt dat ik niet of moeilijker in aanmerking zal komen voor het bekleden van bepaalde functies in de toekomst, zoals stafarts, in beleid of onderzoek of later als opleider van nieuwe jeugdartsen. Bovendien zal de titel profielarts jeugdgezondheidszorg over 30 jaar verlopen, wat betekent dat veel aios nog voor hun pensioen zelfs deze beschermde titel zullen kwijtraken.'

'Door het dreigende tekort aan tweede fase plekken is mijn carrière perspectief drastisch veranderd. Mijn plan was om na de eerste fase door te gaan met de tweede fase, omdat mijn ambitie groter is dan enkel het verrichten van werkzaamheden in de spreekkamer 'Nu het aantal kandidaten groter is dan het aantal opleidingsplekken is het zeer onzeker of ik volgend jaar wel kan beginnen aan de tweede fase. Dat demotiveert me enorm.'

'Ik ben met de opleiding begonnen met de toezegging dat ik een vierjarige opleiding (opgedeeld in 2x 2 jaar) tot specialist maatschappij en gezondheid, profiel JGZ zou gaan volgen. Door de onduidelijkheid rond plaatsing van de 2e fase ben ik enorm gaan twifelen over mijn toekomst.'

'Het is voor mij belangrijk om de 2e fase aansluitend aan 1e fase te volgen. Dit is iets waar ik ontzettend naar uitkijk omdat ik op die manier zowel mijn blik als mijn takenpakket kan verrijken en het zal me helpen bij het bereiken van mijn vol potentieel als professional.'

'Door de onduidelijkheid rond de plaatsing van de 2e fase staat mijn toekomst op losse schroeven. Ik heb 2 jaar geleden als ervaren medisch specialist kindergeneeskunde de stap gemaakt naar de opleiding arts M&G, om de switch te maken naar een ander specialisme, niet naar een profielregistratie. Ik ambieer een carrière in management en beleid en de 1e fase is voor mij een tussenstap naar mijn uiteindelijke doel. Dat dit doel ineens onbereikbaar lijkt en ik als pionier in de opleiding tussen wal en schip lijkt te raken frustrereert mij enorm. Zoveel, dat ik overweeg mijn oude specialisme weer op te pakken en hier mijn ambities ga proberen waar te maken.'

B) Brandbrief Capaciteitstekorten infectieziektenbestrijding



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ter attentie van dhr. H.M. de Jonge,
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
viceminister-president
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum: 2 april 2021
Kenmerk: D21-070.AR
Betreft: Capaciteitstekort opleidingsplaatsen arts infectieziektebestrijding

Geachte heer De Jonge,

Al jaren is bekend dat veel GGD'en structureel onderbezet zijn met artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding. Door de coronacrisis is dit feit manifest geworden. Relatief weinig belangstelling van gemeenten voor deze taak in de afgelopen jaren ligt hier mede aan ten grondslag. Voor goede infectieziektebestrijding (IZB) is een versterking nodig in brede zin: verder verbeteren van de methodiek, de ICT en zorgen voor voldoende en goed gekwalificeerd personeel. In deze brief gaan we alleen op dat laatste in, mede naar aanleiding van de aanbeveling van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) van september 2020 om de huidige krapte aan te pakken.

Aanleiding

In haar recente publicatie van september 2020 over de kwaliteit van het beleid t.a.v. testen en het bron- en contactonderzoek van GGD'en constateert de IGJ: 'GGD/GGD GHOR/VWS/Gemeenten: GGD'en gaven aan te kampen met een krapte in het aantal artsen infectieziektebestrijding (IZB). Volgens de GGD'en is de afgelopen jaren (te) weinig geïnvesteerd in de infectieziektebestrijding. In een crisis als deze kan dit een afbreukrisico zijn, omdat de IZB-arts verantwoordelijk is voor de infectieziektebestrijding. Mede door de vereiste opschaling kan een tekort ontstaan aan expertise op het gebied van infectieziektebestrijding.' De Inspectie doet de aanbeveling: 'Start met het (versneld) opleiden van (basis)artsen tot IZB-artsen'.

In 2013 is voor het laatst een herziene norm vastgesteld voor de benodigde bezetting met artsen en verpleegkundigen, de zgn. VISI-norm (VISI= Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg; een normering voor de formatie algemene infectieziektebestrijding). Deze norm wordt in veel GGD'en niet gehaald en is daarnaast aan herziening toe. In de huidige coronacrisis wordt des te duidelijker dat er een structureel tekort is



aan professionals in de infectieziektebestrijding, ook bij GGD'en waar de VISI-norm wel wordt gehaald.

Het Capaciteitsorgaan adviseert in haar bijgestelde advies van april 2020 een uitbreiding van de instroom in de opleiding tot arts infectieziektebestrijding. De bandbreedte die het Capaciteitsorgaan aangeeft is een instroom van 16-18 artsen per jaar.

Tekort aan opleidingsplaatsen

Met de tekorten aan artsen infectieziektebestrijding in het achterhoofd en de achterblijvende instroom is er een mogelijkheid om op de korte termijn achterstanden terug te brengen en op korte termijn meer op te leiden, door gebruik te maken van de huidige belangstelling voor de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid infectieziektebestrijding. Bij de instroom van zowel 2019 als 2020 bleven drie van de 20 beschikbare opleidingsplaatsen voor deze opleiding onbezet. Voor 2021 is de instroom voor de opleiding door VWS vastgesteld op 15 plekken. Per 1 maart 2021 zijn er 10 personen gestart. Voor de opleiding die per 1 september a.s. start zijn derhalve nog maar vijf plekken beschikbaar. Er hebben echter 20 personen bij SOGEON naar deze plekken gesolliciteerd. Het aanbieden van 15 extra opleidingsplekken voor het cohort september 2021 biedt een geweldige kans om op korte termijn iets aan het tekort te doen.

Vervolgens kan het overleg starten voor een oplossing op langere termijn. Bij GGD GHOR Nederland is een projectplan 'Versterking professionele bezetting IZB' in ontwikkeling. Naast de in deze brief aangehaalde acute kwestie met een hoog aantal sollicitanten en beperkte opleidingsplekken zal in het kader van dit project o.a. ook worden nagegaan welke structurele opleidingsbehoefte en -capaciteit voor de infectieziektebestrijding nodig is.

Vraag en financiële onderbouwing

Ons verzoek aan uw ministerie is om 15 extra plekken beschikbaar te stellen voor cohort september 2021 met de daarbij behorende subsidie. Voor deze tweejarige opleiding betekent dit financieel een verplichting gedurende 24 maanden. De berekening van de hiervoor benodigde subsidie is als volgt (met indexatie is rekening gehouden):

1e fase	2021	2022	2023
	4 mnd	12 mnd	8 mnd
€	33.079	€ 101.718	€ 69.507
15 aios	€ 496.184	€ 1.525.765	€ 1.042.606
			€ 3.064.554

Na de eerste fase van hun opleiding volgt de eveneens tweejarige tweede fase. De kosten hiervan zijn als volgt:



2e fase	2023		2024		2025	
	4 mnd		12 mnd		8 mnd	
	€	40.781	€	125.400	€	85.690
15 aios	€	611.708	€	1.881.003	€	1.285.352
				€	3.778.064	

De totale kosten voor eerste en tweede fase samen voor 15 artsen in de periode 2021 t/m 2025 bedragen volgens bovenstaande berekening € 6.842.618.

De stichting SBOH Maatschappij en Gezondheid is bereid om - onder voorbehoud van toestemming van haar Raad van Commissarissen - uit eigen middelen zo nodig een bedrag van € 2 miljoen te investeren in deze gewenste uitbreiding van de opleidingscapaciteit.

Graag vernemen wij op korte termijn uw reactie op ons verzoek. De selectieprocedure wordt afgerond op 16 april a.s. dus per die datum verwachten de geschikte sollicitanten duidelijkheid of zij daadwerkelijk met hun opleiding zullen kunnen starten.

Met vriendelijke groet,

André Rouvoet, voorzitter GGD GHOR Nederland



Everhard Hofstra, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Infectieziektebestrijding



Kees Esser, voorzitter Raad van Bestuur SBOH



Milo Vedder, directeur SOGEON





In afschrift aan:

L.M.N. Kroon, directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt

F.L.H.M. L'Ortye, directie Publieke Gezondheid

R. de Nood (MEVA)

K. de Graaf (MEVA)

D. Höppener (PG)

F. van der Windt (PG)



C) Reactie VWS op Brandbrief artsen M+G/ jeugdgezondheid

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Datum 2 april 2021
Betreft Reactie brief Effectief inzetten bestaand budget opleiding
arts M+G Jeugd

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team Opleidingen,
Beleidsadvies en Fin.

Bezoekadres:
Parmassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
K.M. de Graaf
(Senior) Beleidsmedewerker
km.d.graaf@minvws.nl

Kenmerk

Geachte mevrouw Bransen, de Boer, Buiting, Nielen, Wielaart-Oomen, en heer Backx, Esser, Rutgers en Vedder,

Bij brief van 18 maart 2021 heeft u mij kenbaar gemaakt dat u zich grote zorgen maakt over het aantal beschikbare gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de tweede fase van de opleiding arts M+G Jeugd. In uw brief verzoekt u mij het aantal opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G Jeugd per 2021 te verruimen en pleit u voor een nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan (hierna: CO) voor profielartsen en artsen M+G Jeugd voor 2021.

Laat ik voorop stellen dat ik verheugd ben te horen dat er een toenemende belangstelling is voor deze opleiding. Helaas moet ik ook constateren dat uw verzoeken niet zo makkelijk in te willigen zijn als door u verondersteld en gehoopt, hetgeen ik hieronder nader zal toelichten.

Het CO adviseert VWS op grond van onder meer de te verwachten zorgbehoefte en het aantal werkzame professionals over de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg en de daarbij behorende instroom in vervolgopleidingen. Aan de hand van de raming van het CO bepaalt VWS jaarlijks het maximaal beschikbare aantal opleidingsplaatsen per vervolgopleiding. Het beschikbare aantal opleidingsplaatsen voor 2021 voor de tweede fase opleiding arts M+G Jeugd is op basis van de raming van het CO vastgesteld in het voorjaar van 2020. Hierbij heeft VWS er voor gekozen het beschikbare aantal opleidingsplaatsen conform het voorkeursadvies van het CO beschikbaar te stellen.

In uw brief geeft u aan dat u binnen de jeugdgezondheidszorg momenteel een toename van de vraag naar opleidingsplaatsen tweede fase arts M+G Jeugd ziet die nog niet tot uitdrukking is gebracht in de huidige raming van het CO. Welk effect de door u genoemde ontwikkelingen zullen hebben op de raming zal moeten blijken uit de volgende raming van het CO. Een nieuwe raming van het CO wordt verwacht aan het einde van 2022. Deze raming vormt de basis voor besluitvorming over de opleidingsplaatsen per 2024.

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Mede gelet op het door u geuite signaal zal ik het CO vragen een tussentijdse raming te maken. Wanneer uit deze raming blijkt dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn voor deze opleiding zal worden gezien in hoeverre het aantal beschikbaar gestelde plaatsen hierop kan worden aangepast, zo mogelijk al voor 2022. Ik zie echter op dit moment geen mogelijkheid om reeds vooruitlopend op een nieuwe raming het aantal plaatsen voor de opleiding tweede fase arts M+G Jeugd conform uw voorstel te verhogen.

SG
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team Opleidingen,
Beleidsadvies en Fin.

Met vriendelijke groet,
de directeur Macro- Economische Vraagstukken
en Arbeidsmarkt,

Dr. L.M.N. Kroon



D) Reactie van VWS op Brandbrief Capaciteitstekorten infectieziektebestrijding



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

André Rouvoet
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
directie@ggdghor.nl

SG
directie Macro-
Economische
Vraagstukken en
Arbeidsmarkt
Team Opleidingen,
Beleidsadvies en Fin.

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Kenmerk
2342980-1006375-MEVA

Datum: 1 juni 2021

Betreft: Reactie brief Capaciteitstekort opleidingsplaatsen arts
Infectieziektebestrijding

Geachte heren,

Bij brief van 2 april 2021 heeft u de minister van VWS verzocht extra plaatsen beschikbaar te stellen voor de opleiding tot arts Infectieziektebestrijding voor 2021. De afgelopen jaren zijn er minder artsen Infectieziektebestrijding opgeleid dan dat gewenst was volgens de raming van het Capaciteitsorgaan en waarvoor financiering beschikbaar was vanuit VWS. Aangezien er op dit moment veel animo is voor de opleiding is dit volgens u het moment om meer opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen.

Het coronavirus heeft nogmaals het belang van een sterke publieke gezondheidszorg benadrukt en daarmee ook de rol van de arts

Infectieziektebestrijding. De inzet van de GGD-GHOR het afgelopen jaar heeft ervoor gezorgd dat we gezamenlijk corona het hoofd konden bieden. Dit vraagt nog steeds veel van de GGD - GHOR als organisatie, in het belangrijke en goede werk wat jullie dagelijks leveren. Laat ik daarom vooropstellen dat ik verheugd ben te horen dat er een toenemende belangstelling is voor deze opleiding.

Helaas moet ik ook constateren dat uw verzoek niet zo makkelijk in te willigen is. Hetgeen ik hieronder nader zal toelichten maar zeker ook met u over in gesprek wil.

Het Capaciteitsorgaan (hierna: CO) adviseert VWS op grond van onder meer de te verwachten zorgbehoefte en het aantal werkzame professionals over de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg en de daarbij behorende instroom in vervolgopleidingen. Dit doet hij mede aan de hand van van de sector verkregen informatie. De ramingen van het Capaciteitsorgaan verschijnen voor de meeste opleidingen elke drie jaar. Zo wordt rekening gehouden met actuele ontwikkelingen en wordt een zo stabiel mogelijke instroom over de jaren nagestreefd. Dit is van belang omdat, gegeven de opleidingsduur, bijsturing in veel gevallen pas na langere tijd effect sorteert.



Aan de hand van de raming van het CO bepaalt VWS jaarlijks het maximaal beschikbare aantal opleidingsplaatsen per vervolgopleiding. Waar mogelijk volgt VWS hierbij de adviezen van het CO op.

Ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen voor de opleiding arts infectieziektebestrijding voor het jaar 2021 is in het voorjaar van 2020 besloten om het 2021 is in het voorjaar van 2020 besloten om het voorkeursadvies van het CO van december 2019 te volgen.

In uw brief geeft u aan dat in de huidige coronacrisis des te duidelijker wordt dat er een structureel tekort is aan professionals in de infectieziektebestrijding en u verwijst naar een rapportage van de IGJ waarin ten behoeve van het vergroten van de kennis over infectieziektebestrijding onder andere geadviseerd wordt om artsen infectieziektebestrijding op te leiden. Uiteraard leert de COVID-crisis dat Nederland beter voorbereid moet zijn op het uitbreken van een epidemie of pandemie. Dit vraagt om versterking van het stelsel van infectieziektebestrijding over de hele linie van 'prevent, detect and respond'. Aanbevelingen uit nationale en internationale evaluaties van de COVID-19 aanpak, die de komende tijd worden uitgebracht, zijn daarbij richtinggevend. Deze raken uiteraard ook de positie en het handelingsperspectief van de IZB-artsen. Vanuit VWS zal het initiatief worden genomen om ook hierover nader met u in gesprek te gaan.

Het tekort aan infectieziekteartsen en de lage instroom in de opleiding is echter een reeds langer bestaand probleem. Omdat opleiden van artsen tijd kost, is dit geen oplossing voor het snel aanpakken van een langer bestaand probleem. Bovendien heeft het CO in zijn vorige raming de reeds bestaande tekorten meegenomen. Welk effect de huidige ontwikkelingen zullen hebben op het advies van het CO zal moeten blijken uit de volgende raming van het CO die wordt verwacht aan het einde van 2022. Deze raming vormt de basis voor besluitvorming over de opleidingsplaatsen per 2024.

Gelet op het door u geuite signaal en het verzoek om zo snel als kan te handelen, heb ik het CO gevraagd een tussentijds advies uit te brengen over de instroom in de opleiding tot arts Infectieziektebestrijding. Wanneer daaruit blijkt dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn voor deze opleiding, zal worden bezien in hoeverre het aantal beschikbaar gestelde plaatsen hierop kan worden aangepast, zo mogelijk al voor 2022. Ik zie op dit moment geen mogelijkheid vooruitlopend op een nieuw advies van het CO het aantal plaatsen voor de opleiding tot arts Infectieziektebestrijding voor dit jaar conform uw voorstel te verhogen. Wel wil ik dus met u in gesprek over het versterken van de infectieziektebestrijding uit de lessen van het afgelopen jaar en hoe het aantal opleidingsplaatsen arts Infectieziektebestrijding hieraan bij kan dragen.

Hoogachtend,
de Minister voor Medische Zorg en Sport ,

T. van Ark



E) Verzoek van VWS aan Capaciteitsorgaan voor tussentijdse raming



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Stichting Capaciteitsorgaan
t.a.v. dr. V.L. Eiff
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Datum 8 juni 2021
Betreft instroomaantallen 2021 HA, SO en AVGen IFZ

Geachte heer Eiff,

Bij brief van 18 maart 2021 hebben partijen binnen de Jeugdgezondheidszorg hun zorgen geuit omtrent het aantal beschikbare gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de tweede fase van de opleiding arts M+G Jeugd. Voorts hebben zij gepleit voor een nieuwe raming voor profielartsen Jeugd en artsen M+G Jeugd voor 2021. Bij brief van 2 april 2021 hebben partijen binnen de Infectieziektebestrijding voorts hun zorgen geuit omtrent de tekorten aan artsen infectieziektebestrijding, de achterblijvende instroom in de opleiding en wijzen zij op de thans bestaande animo voor deze opleiding, waarvan zij graag gebruik maken.

In reactie op deze brieven heb ik partijen kenbaar gemaakt dat ik u, gelet op de geuite signalen, zal vragen een tussentijdse raming te maken. Zowel de brief van 18 maart 2021 en 2 april 2021 als mijn reactie hierop heb ik als bijlagen bijgevoegd.

Gelet op de door partijen geuite signalen ondersteun ik het verzoek om een tussentijdse raming voor de opleiding tot profielarts Jeugd en arts M+G Jeugd en de opleiding tot profielarts Infectieziektebestrijding en arts M+G Infectieziektebestrijding. Indien mogelijk ontvangen wij uw raming en advies nog dit jaar.

Hoogachtend,

de directeur Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt,

dr. L.M.N. Kroon

SG

Macro-Economische
Vraagstukken en
Arbeidsmarkt

Team Opleidingen,
Beleidsadvies en Fin.

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

K.M. de Graaf
Senior Beleidsmedewerker

T 06 15580120
M km.d.graaf@minvws.nl

Kenmerk

2355892-1008129

Bijlage

1. Brief d.d. 18 maart 2021
2. Brief VWS d.d. 2 april 2021
3. Brief d.d. 2 april 2021
4. Brief VWS d.d. 1 juni 2021

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Bijlage 2: Betrokken experts

De samenstelling van de begeleidingscommissie 'Tussentijdse Ramingen jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding':

Leden:

- Mw. A. Bolt
- Dhr. E. Hofstra
- Mw. H. Treurniet
- Dhr. R. Stumpel
- Mw. A. Witt

Nivel:

- Dhr. R. Batenburg
- Mw. L. Flinterman
- Mw. E. Vis

Capaciteitsorgaan:

- Dhr. V. Eiff
- Dhr. A. Versteegde

De samenstelling van de deelnemers aan de Delphi-raadpleging jeugdgezondheidszorg:

Deelnemers:

- Mw. R. Abrahams
- Mw. K. Boode
- Dhr. R. Boumans
- Mw. F. Breman
- Mw. S. van Dam
- Dhr. M. Damen
- Dhr. J. Herweijer
- Mw. S. Hoogendoorn
- Mw. A. Nielen
- Mw. C. de Ruiters
- Dhr. R. Stumpel
- Mw. Y. Vanneste

Nivel:

- Dhr. R. Batenburg
- Mw. L. Flinterman
- Mw. E. Vis

Capaciteitsorgaan:

- Dhr. V. Eiff
- Dhr. A. Versteegde

De samenstelling van de deelnemers aan de Delphi-raadpleging infectieziektebestrijding:

Deelnemers:

- Mw. N. v.d. Berg-Lenstra
- Dhr. S. de Gouw
- Dhr. C. Hoebe
- Dhr. E. Hofstra
- Dhr. H. Lobach
- Mw. A. de Munter
- Mw. C. de Ruiters
- Mw. A. Schreijer
- Mw. C. Swaan,
- Mw. T. Waegemaekers
- Dhr. R. Westerhof
- Mw. D. Wijnberger
- Dhr. M. Uyen

Nivel:

- Dhr. R. Batenburg
- Mw. L. Flinterman
- Mw. E. Vis

Capaciteitsorgaan:

- Dhr. V. Eiff
- Dhr. A. Versteegde

Bijlage 3: Procedure

De Kamer Sociale geneeskunde heeft het advies in haar vergadering van **1 november 2021** besproken en **het definitieve concept vastgesteld**.

Het Algemeen Bestuur heeft dit advies van de Kamer Sociale geneeskunde in haar vergadering van **1 december 2021** besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de **Kamer Sociale geneeskunde** was op **1 november 2021** als volgt:

Leden:

- Mw. S. Van der Burg-Vermeulen
- Dhr. B. Dollekens
- Dhr. R. Stumpel (wnd. Vz.)
- Mw. H. Treurniet
- Mw. A. Witt

Overige leden hadden schriftelijke reacties

- Dhr. E. Sprong
- Mw. N. van den Berg-Lemstra
- Mw. A. Bolt
- Dhr. K. Decker
- Dhr. G. Breuker
- Dhr. J. Penders
- Mw. A. Bransen (voorzitter)
- Dhr. H. Raat

Nivel:

- Dhr. R. Batenburg
- Mw. L. Flinterman
- Mw. E. Vis

Capaciteitsorgaan:

- Dhr. V. Eiff
- Dhr. A. Versteegde

De samenstelling van het **Algemeen Bestuur** was op **1 december 2021** als volgt:

Organisatie van beroepsbeoefenaars

- Mw. R. Abrahams
- Dhr. T. Haasdijk
- Dhr. J.P.H. Drenth
- Dhr. R.D. Dutrieux
- Dhr. J.M. van Ingen
- Dhr. J. Kappert
- Dhr. G.J. Prozman
- Mw. A. Rühl

Organisatie van opleidingsinstellingen

- Dhr. H.N. Hagoort
- Dhr. A. Houtsma
- Mw. F. Haak- van der Lely
- Mw. P.P.C.W. Huijbregts
- Mw. H. van der Hek
- Mw. K.M. Leferink
- Dhr. C.H. Polman
- Dhr. M.J. Schalij
- Mw. T.N. Wijmenga

Organisatie van zorgverzekeraars

- Dhr. W. J. Adema (voorzitter)
- Dhr. J. Berkelmans
- Mw. M. Vissers

Bijlage 4: Lijst van afkortingen en begrippen

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

Afkorting/begrip	Betekenis
1 ^e en 2 ^e fase opleiding	Het specialisme van arts maatschappij en gezondheid (arts M+G) kent een opleidingsstructuur met 2 fasen. Na afronding van de 1 ^e fase kan de arts zich laten inschrijven in het KNMG-register van het profiel waarin men is opgeleid. Na afronding van de 2 ^e fase wordt men ingeschreven in het BIG-register als arts maatschappij en gezondheid (arts M+G)
ABR	Antibioticaresistentie
ActiZ	de brancheorganisatie van ondernemers in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg.
aios	Arts in opleiding tot specialist
AJN	Wetenschappelijke vereniging van en voor jeugdartsen.
Arts infectieziektebestrijding KNMG	Arts die is opgeleid in de 1e fase infectieziektebestrijding en als zodanig is ingeschreven in het KNMG-register Jeugdgezondheid. Synoniem is 'profielarts infectieziektebestrijding'.
Arts M+G	Arts Maatschappij en Gezondheid Heeft de 2 ^e fase Jeugdgezondheid doorlopen en is als zodanig ingeschreven in het BIG-register.
Arts M+G/ infectieziektebestrijding	Arts die de 2 ^e fase infectieziektebestrijding heeft doorlopen en als zodanig is ingeschreven in het BIG-register.
Arts M+G/ jeugdgezondheid	Arts die de 2 ^e fase jeugdgezondheid heeft doorlopen en als zodanig is ingeschreven in het BIG-register.
ATV	Arbeidstijdverkorting
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
Arbeidstijdverandering (factor)	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verandering in het aantal uur dat een beroepsgroep formeel kan of mag werken, vastgelegd in cao's of andere regelgeving.
Beroepen GG	Gz-psycholoog, Psychotherapeut, Klinisch psycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Verpleegkundig specialist ggz en verslavingsarts
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
Bijsturingsjaar	Het eerste jaar waarvoor de instroom in de opleiding bijgestuurd kan worden door beleid. Het is het startpunt van de bijsturingperiode, welke de (toekomstige) jaren beslaat waarin het aanbod bijgestuurd kan worden met behulp van regulering van de instroom in de opleiding. Bijsturingsjaar en bijsturingperiode zijn afhankelijk van het prognosejaar waarin evenwicht tussen vraag en aanbod wordt nagestreefd én de lengte van de opleiding.
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

	Wet- en regelgeving bedoeld om toepassing van dwang in de zorg mogelijk te maken en de patiënt daarbij zoveel mogelijk te beschermen tegen machtsmisbruik en willekeur. Per 1 januari 2020 vervangen door de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wet verplichte ggz, Wvvggz).
BRMO	Bijzonder resistente micro-organismen
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst Een schriftelijke overeenkomst met afspraken over arbeidsvoorwaarden, overeen gekomen tussen een of meer werkgevers of werkgeversorganisaties met een of meer werknemersorganisaties.
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGS	College Geneeskundige Specialismen Het CGS stelt regels vast voor de opleidingen, de erkenning van opleidingen en opleiders en de (her)registratie van specialisten en profielartsen. In het CGS zitten artsen en bestuurders, voorgedragen door beroeps- en brancheorganisaties.
Cib;	Centrum Infectieziektebestrijding, of 'Centre for Infectious Disease Control'
CO	Capaciteitsorgaan
COVID-19	Ziekte veroorzaakt door het coronavirus SARS CoV-2. SARS = severe acute respiratory syndrome, CoV = coronavirus
DAEB	Dienst van algemeen economisch belang
DI	Deskundige Infectieziektepreventie
DNA	Desoxyribonucleïnezuur; de belangrijkste chemische drager van erfelijke informatie.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
Efficiëntie (factor)	De jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van de efficiency van de werkprocessen van de beroepsgroepen en de organisaties waarin zij werken
e-health	de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren
EPD	Elektronisch patiëntendossier. Een softwaretoepassing waarbij medische patiëntengegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden.
Epidemiologie (factor)	De jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van veranderingen in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking.
Evenwichtsjaar	Het jaar waarin binnen behoefte-ramingen evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod (de beschikbare en benodigde zorgcapaciteit) gerealiseerd dient te zijn
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

FG	Forensische geneeskunde
FMEK	Forensisch medische expertise bij kindermishandeling
FZO	Fonds Ziekenhuisopleidingen
GGD	Gemeentelijke, gemeenschappelijke of gewestelijke gezondheidsdienst
GGD-GHOR Nederland	Overkoepelende brancheorganisatie van de 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR)
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg, Branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
Horizontale substitutie (factor)	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroeps-groep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau.
IAD	Inzet aanverwante disciplines
ICT (1)	Informatie- en communicatietechnologie
ICT (2)	Intercollegiale toetsing
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en jeugd
Intern rendement	Het percentage studenten van een studie dat het eindexamen behaalt. Dit wordt bepaald op of enkele jaren na de formele of nominale opleidingsduur.
IZB	Infectieziektebestrijding
Jeugdarts	Jeugdarts is de algemene term die gebruikt wordt voor artsen die werken in de Jeugdgezondheid. Dat kunnen ook basisartsen zijn of artsen met een ander specialisme.
Jeugdarts KNMG	Arts die is opgeleid in de 1e fase jeugdgezondheid en als zodanig is ingeschreven in het KNMG-register Jeugdgezondheid. Synoniem is 'profielarts jeugdgezondheid'.
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit is de federatie van beroepsverenigingen van artsen; behartigt de belangen van artsen in Nederland.
KNO-arts	Keel-neus-oorarts
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding Expertisecentrum van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en verantwoordelijk voor landelijke medische richtlijnen, stappenplannen en draaiboeken rond infectieziekten voor GGD'en, zorginstellingen en eerstelijnszorg- en Arbo professionals. Tevens verantwoordelijk voor de medische aspecten van het Rijksvaccinatieprogramma.
LOP	Landelijk opleidingsplan
MERS	Een acute luchtweginfectie: het Middle East respiratory syndrome (MERS) is een zoonose veroorzaakt door het Middle East respiratory syndrome coronavirus.
MMK	Medische milieukunde. Gaat over de invloed van de leefomgeving op de gezondheid van mensen.

ngo	Niet-gouvernementele organisatie (ook wel non-gouvernementele organisatie genoemd) is een organisatie die onafhankelijk is van de overheid en zich op een of andere manier richt op een verondersteld maatschappelijk belang.
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NSPOH	De NSPOH (Netherlands School of Public & Occupational Health) Opleidingsinstituut voor - non-profit - professionals op voor de public en occupational health. Leidt onder meer artsen op in de 1e fase tot Jeugdarts KNMG en tot arts infectieziektebestrijding KNMG als in de 2 ^e fase tot specialist M+G in deze twee profielen.
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit Ziet toezicht op de naleving van wetten en voorschriften bij bedrijven en instellingen, betreffende veiligheid van voedsel en consumentenproducten, dierenwelzijn en natuur
OMT	Outbreak Management Team Een adviesorgaan dat de minister van VWS en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) adviseert bij de bestrijding van een epidemie; het advies beperkt zich tot de medische invalshoek van de epidemie.
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor geneeskundige vervolgopleidingen
Opleidingsinstututen	Onderwijsinstellingen die de opleiding tot huisarts verzorgen
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-Jeugd	Praktijkondersteuner huisarts jeugd
Public health	De wetenschap en kunst van het voorkomen van ziekten, het verlengen van het leven en het verbeteren van de kwaliteit van leven door middel van georganiseerde inspanningen en geïnformeerde keuzes van de samenleving, organisaties (publiek en privaat), gemeenschappen en individuen.
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen De RGS beheert het specialistenregister en het profielartsenregister. Zij toetst of artsen en opleidingen aan de regels van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) voldoen.
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SARS	Infectieziekte veroorzaakt door het SARS-coronavirus of SARS-CoV.
Sociaal cultureel (factor)	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg.
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen De SBOH is de werkgever voor onder meer van artsen in opleiding tot arts M+G, met de profielen: JGZ, IZB, TB, MMK en FG.
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening Een besmettelijke ziekte die men doorgaans alleen kan krijgen als men in contact komt met iemand die de geslachtsziekte al heeft. Synoniem voor venerische ziekte.

	Ook gebruikt voor seksueel overdraagbare infectie (soi) die strikt genomen geen geslachtsziekten zijn, maar die wel vaak tijdens het vrijen worden overgebracht, omdat zij ook zonder geslachtsverkeer overgebracht kunnen worden.
Sogeon	Stichting sociaal geneeskundige opleidingen in Nederland Faciliteert en stimuleert de samenwerking tussen de opleidingsinstituten in het werkveld M+G. Met name de profielopleidingen tot Jeugdarts, arts IZB, arts MMK, arts TB, arts FG en de 2efase van deze opleiding tot arts M+G.
TB	Tuberculosebestrijding
TBC	Tuberculose
Tijdelijke trend	De trends in het werkproces kunnen 10 jaar na het basisjaar stoppen (tijdelijke trends). De trends kunnen ook gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (doorlopende trends).
TNO	Erkend opleidingsinstituut voor de 1e fase tot jeugdarts KNMG. De opleiding maakt deel uit van de TNO-afdeling Child Health dat ook wetenschappelijk onderzoek uitvoert in de JGZ:
Vaktechnische ontwikkelingen (factor)	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied.
Verticale substitutie (factor)	Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een ander opleidingsniveau.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
ZonMw	De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw, is een financieringsorganisatie van innovatie en onderzoek in de gezondheidszorg

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 2004510

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl