

Capaciteits
orgaan



Capaciteitsplan 2008

*voor de medische, vervolgopleidingen
Infectieziektebestrijding*

Utrecht, oktober 2008

Capaciteitsplan 2008

Voor de medische vervolgopleidingen

Infectieziektebestrijding

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	9
2. Positionering vakgebied	12
3. Ontwikkeling aantal artsen infectieziektebestrijding	15
4. Ontwikkeling opleiding	21
5. Blik naar de toekomst	24
5.1 Aanbod	24
5.1.1 Werkzame artsen	24
5.1.2 Opleiding	24
5.2 Zorgvraag	26
5.2.1 Demografische ontwikkelingen	27
5.2.2 Epidemiologische ontwikkelingen	29
5.2.3 Sociaal culturele ontwikkelingen	30
5.2.4 Onvervulde vraag	31
5.3 Werkproces	32
5.3.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen / technologie	33
5.3.2 Efficiency	33
5.3.3 Horizontale taakherschikking	34
5.3.4 Verticale taakherschikking	34
5.3.5 Arbeidstijdverandering	36
6. Behoefteraming aantal artsen infectieziektebestrijding	38
7. Benodigde instroom opleidingen	42
8. Overwegingen en advies	43
8.1 Overwegingen	43
8.2 Advies instroom	51
8.3 Ontwikkeling Opleidingscapaciteit	52
Bijlagen	
Bijlage 1 Model Capaciteitsorgaan	55
Bijlage 2 Procedure en betrokken experts	56
Bijlage 3 Literatuurlijst	58

Samenvatting

In voorliggende rapportage is het advies uitgewerkt over de instroom van artsen in de vervolgoopleidingen infectieziektebestrijding. Het gaat daarbij zowel over de profielopleiding infectieziektebestrijding als de specialistische vervolgopleiding Maatschappij & Gezondheid voor artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding.

In het Capaciteitsplan 2008, dat in februari 2008 is verschenen, is slechts globaal ingegaan op het specialisme Maatschappij & Gezondheid, en dan vooral om een uitspraak te kunnen doen over de benodigde instroom in de initiële opleiding geneeskunde. De dynamiek waarin zowel de beleidsmakers, de (gefaseerde) opleiding, als de beroepsgroep zelf verkeren, maakte het moeilijk om een betrouwbare raming op te stellen met betrekking tot de benodigde instroom.

Ook verandering in de financiering van de opleiding, die voor vier van de zeven profielopleidingen (maar geen van de specialistische vervolgoopleidingen) sinds kort plaatsvindt vanuit het Opleidingsfonds, kan hierbij leiden tot onvoorziene ontwikkelingen. Verder signaleert het Capaciteitsorgaan inhoudelijke ontwikkelingen in aanpalende velden (tuberculosebestrijding, medische microbiologie) die het opstellen van een raming niet gemakkelijker maken. Tegelijkertijd wordt de infectieziektebestrijding van overheidswege versterkt en wordt de samenwerking tussen GGD 'en en de veiligheidsregio's geïntensiveerd. Bij verschillende partijen bestaat echter ondanks deze beschreven dynamiek wel behoefte aan inzicht in de benodigde instroom van specifieke richtingen in het specialisme Maatschappij & Gezondheid. Mede op verzoek van het Ministerie van VWS is in dit rapport een raming opgesteld van de benodigde instroom aan artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding.

De infectieziektebestrijding is een taakgebied dat van oudsher in het publieke domein verankerd is. De meeste taken binnen de infectieziektebestrijding worden in de praktijk uitgevoerd door GGD 'en. De verschillende verantwoordelijkheden zijn onder andere in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de Wet Infectieziektebestrijding, en de Quarantainewet vastgelegd. Wetgeving op het terrein van de openbare gezondheid wordt momenteel herzien. De Wet Publieke Gezondheid zal op korte termijn de eerder genoemde drie wetten vervangen.

Er werken begin 2008 99 artsen in de infectieziektebestrijding. Hiervan zijn er 90 binnen GGD 'en werkzaam zijn en 9 bij andere organisaties, met name bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Daarnaast zijn er 147 verpleegkundigen werkzaam in de infectieziektebestrijding. Van de artsen Izb is 72% arts Maatschappij & Gezondheid, dat wil zeggen specialist in het kader van de wet BIG. 11% heeft de (nieuwe) profielopleiding infectieziektebestrijding gevolgd. 17% is basisarts en heeft al dan niet een cursus of module gevolgd gericht op de infectieziektebestrijding.

Van de totale groep werkzame artsen infectieziektebestrijding is 35% vrouw. Uitgesplitst naar opleidingsniveau zijn grote verschillen zichtbaar: bij de artsen Maatschappij & Gezondheid is 28% vrouw, bij zowel de profielartsen infectieziektebestrijding als de basisartsen is meer dan de helft (respectievelijk 55% en 53%) vrouw.

De beroepsgroep is ten opzichte van het gemiddelde van alle Nederlandse artsen groepen samen jong: 37% is 50 jaar en ouder, vergeleken met 43% bij alle specialismen samen. Uitgesplitst naar opleidingsniveau zijn wederom verschillen zichtbaar: van de artsen Maatschappij & Gezondheid is 41% 50 jaar of ouder. Van de profielartsen infectieziektebestrijding is dit 36% en van de basisartsen 24%. Op basis van de leeftijdsverdeling wordt dan ook geen bijzondere vervangingsvraag verwacht.

Een arts infectieziektebestrijding werkt naar schatting gemiddeld 0,85 fte. Mannen werken gemiddeld 0,90 fte, vrouwen 0,75 fte. Het grootste deel van hun dienstverband zijn de artsen werkzaam in de algemene infectieziektebestrijding, een kleiner deel in onder andere de SOA-bestrijding en reizigersadviesing. Naar opleidingsniveau zijn kleine verschillen zichtbaar, vanwege het verschil in het aandeel vrouwen: de artsen Maatschappij & Gezondheid werken gemiddeld 0,86 fte, de profielartsen infectieziektebestrijding en basisartsen 0,82 fte.

Tabel I: Geaggregeerde gegevens over artsen infectieziektebestrijding (maart 2008)

	Arts M&G	Profielarts Izb	Basisarts	Totaal
Absoluut aantal artsen	71	11	17	99
Opleidingsniveau	72%	11%	17%	100%
Vrouwen	28%	55%	53%	35%
50 plus	41%	36%	24%	37%
Gemiddelde fte's	0,86	0,82	0,82	0,85

Bron: sectie infectieziektebestrijding VIZ en Clb, bewerkingen van het Nivel

Sinds 2006 is de opleiding Maatschappij & Gezondheid opnieuw vormgegeven. Voorheen werden gerichte cursussen en een module infectieziektebestrijding aangeboden. De huidige vierjarige opleiding is opgedeeld in een tweejarige profielopleiding (de zogenaamde eerste fase) en een tweejarige vervolgoopleiding, die leidt tot de specialistentitel arts Maatschappij & Gezondheid (de zogenaamde tweede fase). De profielopleiding infectieziektebestrijding is een van de zeven mogelijke profielopleidingen binnen het domein Maatschappij en Gezondheid. De profielopleiding wordt momenteel eens in de twee jaar opgestart, de twee fase start jaarlijks.

In de (eerste) profielopleiding zijn in 2006 6 artsen ingestroomd, en in 2008 zullen naar verwachting 10 artsen instromen. In 2008 zullen naar verwachting 6 artsen instromen in de tweede fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid. In 2006 zijn geen artsen ingestroomd in de tweede fase.

Rekening houdend met de verschillende ontwikkelingen in zowel aanbod, zorgvraag als werkproces, is door het Nivel de benodigde artsencapaciteit berekend volgens het model van het Capaciteitsorgaan. Ook taakherschikking tussen arts en verpleegkundige is in de berekeningen opgenomen. Hierbij is in de berekeningen uitgegaan van een te bereiken evenwicht tussen vraag en aanbod in 2019 en 2025. De situatie waarin wordt uitgegaan van de huidige situatie voor wat betreft opleidingsniveau's wordt het basisscenario genoemd. Vanwege de dynamiek in het veld zijn daarnaast vier andere scenario's in het model van het Capaciteitsorgaan uitgewerkt en door het Nivel vertaald in benodigde artsencapaciteit infectieziektebestrijding.

- De eerste is het 'JGZ-scenario', waarin de in 2007 aangegeven gewenste opleidingsverhoudingen binnen de jeugdgezondheidszorg (27% arts M&G, 57% profielarts, 17% basisarts) zijn gehanteerd voor de doorrekening. Vanwege de slecht vergelijkbare taakgebieden wordt dit scenario overigens door experts als niet realistisch beschouwd.
- De tweede is het 'GHOR-scenario', dat uitgaat van verdere samenvoeging van GGD 'en naar het niveau van de 25 veiligheidsregio's in Nederland. Hierbij is uitgegaan van een daling van de totale behoefte aan artsen infectieziektebestrijding in 2025 van 121 naar 84 personen, met dezelfde opleidingsverhoudingen als in het basisscenario.
- De derde is het 'scenario met vergaande centralisering', waarin is aangenomen dat tien specialisten Maatschappij & Gezondheid binnen het Centrum voor Infectieziektebestrijding werkzaam zijn, vijf specialisten op regio-niveau werkzaam zijn, en per GGD volgens de indeling in 25 regio's één specialist werkzaam is naast 2 andere artsen, die deels tot profielarts Izb zijn opgeleid. Hierdoor zijn minder artsen nodig en verschuift het opleidingsniveau ten gunste van de profielartsen infectieziektebestrijding. Dit scenario wordt overigens door de experts eveneens niet als realistisch beschouwd.
- De vierde is het 'scenario met inzet verpleegkundig specialist'. In dit scenario wordt bovenop de taakherschikking die in het basisscenario is meegewogen, extra invloed verwacht van de inzet van een verpleegkundig specialist op de benodigde inzet van profielartsen infectieziektebestrijding.

In het uiteindelijke advies is gekozen voor evenwicht in 2025, om wisselingen in de benodigde instroom in de opleidingen na 2015 te voorkomen. Hierbij zijn verschillende andere factoren meegewogen volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend na 2019. Deze lage combinatievariant kan worden beschouwd als middenvariant. In onderstaande tabel is zichtbaar dat in de instroom in met name de profielopleiding infectieziektebestrijding weinig verschillen zichtbaar zijn tussen de verschillende scenario's. Als het (verworpen) JGZ-scenario buiten beschouwing gelaten wordt, zijn de verschillen voor wat betreft de tweede fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid voor artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding eveneens gering, zij het iets groter.

Tabel II: Benodigde jaarlijkse instroom volgens de verschillende scenario's voor de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en evenwicht in 2025

	Benodigde instroom profielopleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Benodigde instroom tweede fase opleiding M&G
Basisscenario	7	6
JGZ scenario	7	1
GHOR scenario	5	5
Scenario vergaande centralisering	6	3
Scenario met inzet verpleegkundig specialist	7	6

Bron: Nivel

Vanwege verschillende onzekerheden binnen deze raming, door onder andere de beleidsgevoeligheid van de sector, actuele wetswijzigingen en nauwelijks historisch vergelijkingsmateriaal door verandering van de opleidingsstructuur, is gekozen voor het basisscenario.

De instroom komt daarmee vanaf 2009 uit op **jaarlijks in totaal 7 artsen in de profielopleiding infectieziektebestrijding (eerste fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid), en jaarlijks 6 artsen in de tweede fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid.**

Dit komt overigens overeen met de benodigde instroom volgens het scenario met inzet verpleegkundig specialist.

Het totaal aantal artsen dat in opleiding is binnen de infectieziektebestrijding, de zogenaamde opleidingscapaciteit, komt daarmee vanaf 2010 uit op 14 tot 15 in de profielopleiding infectieziektebestrijding en 12 tot 13 in de tweede fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid.

Vanwege de genoemde onzekerheden wordt geadviseerd over drie jaar opnieuw een raming uit te brengen, gelijktijdig met het verwachte integrale Capaciteitsplan.

1. Inleiding

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) per 1 januari 1989 heeft de landelijke overheid onder andere de verantwoordelijkheid op zich genomen voor de toegankelijkheid van de preventieve zorg op het gebied van infectieziektebestrijding¹. De WCPV wordt uitgevoerd door gemeenten, die het gespecialiseerde werk van de infectieziektebestrijding om praktische redenen laten uitvoeren door onder meer daartoe opgerichte Gemeenschappelijke (of Gemeentelijke) GezondheidsDiensten (GGD 'en). Binnen GGD 'en is de infectieziektebestrijding ingericht rond gespecialiseerde artsen, verpleegkundigen, en overig ondersteunend personeel. Om de toegankelijkheid van deze vorm van preventie te waarborgen is voldoende capaciteit nodig van elk van deze disciplines. Zij moeten daarnaast ook over de benodigde deskundigheid beschikken op het terrein van de infectieziektebestrijding. Daarvoor is opleiding en bij/ nascholing (met de bijbehorende consequenties voor de capaciteit van onder andere opleidingsplaatsen en opleiders) noodzakelijk.

De opleiding Maatschappij en Gezondheid, waar de infectieziektebestrijding deel van uitmaakt, is in 2005 herzien. De opleiding was al verlengd van twee en een half jaar naar vier jaar. Daarbij is nieuw dat men na twee jaar een profielregistratie kan behalen. Het Capaciteitsorgaan heeft in het Capaciteitsplan 2008 aangegeven dat het mogelijk is om adviezen uit te brengen voor de gefaseerde opleidingen Maatschappij & Gezondheid (opleiding M&G²) nu de nieuwe opleiding gestart is, ook al is er nog weinig historische ervaring om op voort te bouwen.

Mede op verzoek van het Ministerie van VWS heeft het Capaciteitsorgaan besloten om een raming op te stellen van de benodigde capaciteit, toegespitst op de arts infectieziektebestrijding (arts Izb³). In dit rapport wordt een advies uitgebracht over de hoogte van de instroom van artsen in de vervolgoopleidingen infectieziektebestrijding vanaf 2009. Het gaat daarbij zowel om de tweejarige profielopleiding infectieziektebestrijding (eerste fase van de opleiding M&G), als de tweejarige opleiding daarna (tweede fase van de opleiding M&G), die leidt tot erkenning als specialist in de sociale geneeskunde in de hoofdrichting Maatschappij & Gezondheid voor de artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding.

Dit is niet eenvoudig in vergelijking met veel andere medische specialismen. Het specialisme infectieziektebestrijding is nog niet zolang geleden formeel erkend als een afstudeerrichting in de sociale geneeskunde, al bestaat er al langer een instroom

¹ Voorbereidingen zijn gaande de WCPV op korte termijn te vervangen door de Wet Publieke Gezondheid. In deze rapportage wordt nog gesproken over de WCPV.

² In deze rapportage zal de afkorting M&G gebruikt worden als het gaat om de opleiding, het register of de artsen voor Maatschappij & Gezondheid.

³ In deze rapportage wordt de arts die werkzaam is in het taakgebied infectieziektebestrijding ongeacht opleidingsniveau aangeduid met arts Izb.

in de vorm van cursussen en de module infectieziektebestrijding. Bovendien is zeer recent het scholingspakket grondig veranderd. Om die twee redenen is er weinig traditie om op voort te bouwen voor de toekomstige capaciteit en mate van scholing.

Ook is het niet eenvoudig de wettelijke taken voor de infectieziektebestrijding goed af te bakenen van andere taken die GGD 'en verrichten op het terrein van de infectieziekten, bijvoorbeeld SOA-bestrijding⁴, hygiënisch toezicht, vaccinaties en tuberculosebestrijding. De taak tuberculosebestrijding wordt uitgevoerd door de arts tuberculosebestrijding, die als aparte specialist binnen het domein arts M&G is geregistreerd. De taken SOA bestrijding, hygiënisch toezicht, en vaccinaties worden voor de medische aspecten van oudsher tot het taakveld van de arts Izb gerekend.

Wetgeving

Het veld van de infectieziektebestrijding is ook door wetsontwikkeling in beweging. Op het gebied van de SOA-bestrijding is de preventieve zorg, die GGD 'en van oudsher aan de bevolking leveren, onlangs uitgebreid met aanvullende curatieve zorg middels de zogenaamde drempelvrije SOA-poliklinieken. Het ministerie van VWS heeft hiervoor in 2007 een landelijk dekkend netwerk in het leven geroepen. Deze poliklinieken bestonden reeds langer in de grote steden.

Op het gebied van het hygiënisch toezicht zijn met name de ontwikkelingen in de kinderopvang en de tattoo- en piercing shops relevant. Vanaf 2007 vallen ook deze branches onder het toezicht van GGD 'en.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de Infectieziektewet, en de Quarantainewet worden binnenkort geïntegreerd in de Wet Publieke Gezondheid. De belangrijkste reden voor deze nieuwe wet is het gegeven dat de International Health Regulations (IHR) in de Nederlandse wetgeving moet worden geïntroduceerd. Deze wetgeving heeft op het gebied van de infectieziektebestrijding verschillende consequenties ten aanzien van meldingsplichtige ziekten, maar ook voorzieningen voor aangewezen (lucht)havens en het afgeven van Ship Sanitation Certificates. In de bijbehorende concept Maatregel van Bestuur wordt de arts Izb vastgelegd als een arts M&G, die eerder een profielregistratie in de infectieziektebestrijding heeft gehad. De uitwerking hiervan ten aanzien van de benodigde capaciteit van artsen infectieziektebestrijding is nog onvoldoende duidelijk, mede gezien het feit dat de WCPV een Maatregel van Bestuur met een soortgelijke passage kende, die in de praktijk niet eenduidig werd uitgelegd.

⁴ SOA is de afkorting voor seksueel overdraagbare aandoeningen.

Beleid ministerie VWS

Verder heeft het ministerie van VWS in het kader van het programma 'versterking infectieziektebestrijding' via het Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib⁵) aan de GGD regio's een aantal artsen infectieziektebestrijding ter beschikking gesteld, die moeten zorgen voor de borging van de relatie tussen de lokale en de nationale inspanningen. Ook dit initiatief kan qua ontwikkeling en uiteindelijke omvang nog moeilijk worden ingeschat.

Tenslotte bestaat er momenteel aandacht voor het vergroten van de samenhang tussen infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding, longziekten en medische microbiologie. Ook is niet ondenkbaar dat het werk van medisch adviseurs binnen de entadministraties, dat nu met name gedaan wordt door artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg en door een enkele arts Izb, gaat verschuiven naar het domein van de infectieziektebestrijding⁶. Wat de consequenties hiervan zijn voor de benodigde capaciteit aan artsen Izb is nu nog niet goed te overzien.

De beroepsgroep en de werkgevers schatten de huidige capaciteit van bijna 100 werkzame artsen Izb in als suboptimaal. Om die reden zijn door hen in 2005 initiatieven genomen om kengetallen te ontwikkelen voor een adequate invulling van de diverse disciplines binnen de infectieziektebestrijding.

Vanwege alle genoemde onzekerheden wordt geadviseerd deze raming over drie jaar te herhalen. Het is aannemelijk dat dan een aantal ontwikkelingen in het werk- en opleidingsveld zich verder heeft uitgekristalliseerd.

De opbouw van deze rapportage is als volgt:

- In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de historie van de infectieziektebestrijding en de taken van de artsen Izb.
- In hoofdstuk 3 wordt het aantal artsen Izb besproken evenals nadere gegevens over leeftijd, geslacht en grootte van het dienstverband.
- Hoofdstuk 4 gaat in op de opleidingen binnen de infectieziektebestrijding.
- In hoofdstuk 5 wordt gekeken naar toekomstige ontwikkelingen binnen de infectieziektebestrijding, zowel wat betreft het aanbod, de zorgvraag, als het werkproces.
- Hoofdstuk 6 gaat in op de benodigde capaciteit van artsen Izb volgens de verschillende varianten van het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.
- In hoofdstuk 7 wordt vervolgens de bijbehorende instroom gepresenteerd.
- In hoofdstuk 8 worden verschillende afwegingen beschreven en wordt afgesloten met het advies van het Capaciteitsorgaan over de instroom van artsen Izb in de profielopleiding en de opleiding M&G.

⁵ Met Cib wordt in deze rapportage eveneens het Landelijk Coördinatiecentrum Infectieziektebestrijding (LCI) bedoeld, omdat deze organisaties hierbij is ondergebracht. Het Cib is overigens onderdeel van het RIVM.

⁶ Er zijn circa 10 medisch adviseurs werkzaam binnen entadministraties, waarvan 1 à 2 arts Izb zijn.

2. Positionering vakgebied

Historisch perspectief

De huidige wettelijke taken van artsen Izb binnen GGD 'en kennen een lange traditie. Het is nauwelijks voorstelbaar dat in de negentiende eeuw in Nederland nog regelmatig cholera-epidemieën voorkwamen. Vooral in steden was het aantal dodelijke slachtoffers groot. Telkens na een grote epidemie kwam de vraag aan de orde of het Rijk zich niet moest gaan bemoeien met hygiënevraagstukken. In de zogenaamde 'nachtwakersstaat' was dit een taak van autonome gemeenten en particuliere artsen.

Aan het eind van de jaren zestig van de negentiende eeuw maakte Thorbecke tegen alle weerstand in een begin met de landelijke aansturing van de infectieziektebestrijding middels wetgeving op het terrein van de volksgezondheid. In 1865 kwamen de Wet regelend het Geneeskundig Staatstoezicht en de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst tot stand. Daarmee werden voor zelfstandige artsen de eerste kaders gesteld. De invoering van de meldingsplicht voor artsen dateert uit die tijd.

In 1869 werd de Wet op de Lijkbezorging vastgesteld. Daarin kregen gemeenten de taak een verklaring van overlijden en van de doodsoorzaak op te laten stellen door een behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer. De doorbraak hier lag in het gegeven dat gemeenten daarmee voor het eerst een bij wet vastgelegde taak kregen. In 1872 ging men een stap verder met de Wet tot Voorziening tegen Besmettelijke Ziekten (beter bekend als Epidemiewet). Daarin kregen gemeenten de opdracht toe te zien op de hygiëne. Zij waren voortaan verplicht om gevallen van besmettelijke ziekten te melden bij het provinciebestuur en om voor goede ontsmettingsmogelijkheden te zorgen. In 1928 werd voor een groter aantal ziekten de meldingsplicht vastgelegd in de Besmettelijke Ziektenwet. In 1976 werd het aantal ziekten uitgebreid en de naam van de wet veranderd in Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken. In 1999 werden de wet en de lijst van meldingsplichtige ziekten opnieuw herzien, en de naam van de wet veranderd in Infectieziektenwet. Zeer binnenkort zal deze wet opgaan in de Wet Publieke Gezondheid.

In het verlengde van de Epidemiewet kwam in Amsterdam in 1893 de eerste gezondheidsdienst tot stand. Deze had een zuiver preventieve taak, gericht op de openbare hygiëne. Samen met taken op het gebied van de armenzorg, maar dan strikt aanvullend op het particulier initiatief, kwamen later Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdiensten tot stand. Dit type organisatie is inmiddels bekend als GGD. In de eerste decades waren het vooral grotere gemeenten die zelfstandig een GGD oprichtten. Later hebben kleinere gemeenten ook GGD 'en opgericht middels het instrumentarium van samenwerkingsverbanden en gemeenschappelijke regelingen. De Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten van het ministerie van VWS in 1982 heeft hierbij een belangrijke aanzet gegeven. De bedoeling was om in Nederland

een dekkend netwerk van GGD 'en te realiseren. Deze opzet is geslaagd. In 1980 werd ongeveer twee derde van de bevolking bediend door GGD 'en. Rond 1990 was het netwerk sluitend. Het aantal GGD 'en is daarna geleidelijk gedaald. De meest recente prikkel hiertoe is het kabinetsbeleid om de GGD regio 's congruent te laten zijn met de (buitengrenzen van de) 25 Veiligheidsregio 's. In april 2008 wordt de gehele Nederlandse bevolking bediend door 30 diensten⁷.

Taken

Een belangrijke taak in de uitvoering van de infectieziektebestrijding binnen GGD 'en betreft de lokale surveillance van 35 infectieziekten⁸. Behandelend artsen zijn wettelijk verplicht een groot deel hiervan te melden bij de GGD. Overigens valt daaronder nog steeds een enkel geval van (import) cholera per jaar. De GGD zet de meldingen door naar de Geneeskundige Inspectie (in de praktijk het RIVM) ten behoeve van landelijke surveillance. In het verlengde van de surveillance liggen taken op het gebied van bron- en contactopsporing, outbreakmanagement, preventieve activiteiten en beleidsadvisering. Als andere deeltaken binnen de infectieziektebestrijding worden genoemd regie en netwerk, infectieziektewet, vangnet en wetenschappelijk onderzoek.

Buiten deze wettelijke taken houden veel GGD 'en zich op het terrein van de preventie (en gedeeltelijk ook de curatie) van infectieziekten bezig met SOA bestrijding. Voor een deel is dit het werkveld van de arts Izb. Dit soort werk valt niet exclusief onder GGD 'en, en wordt ook gedaan door particuliere instellingen, zoals ziekenhuizen, of andere artsen, zoals huisartsen. De arts Izb wordt ook ingezet ter ondersteuning bij andere (GGD) activiteiten op het gebied van de infectieziektebestrijding, zoals de reizigersadvisering, de technische hygiënezorg en vaccinaties.

Aanverwant, maar wel wettelijk vastgelegd, is de tuberculosebestrijding, die eveneens is opgehangen aan GGD 'en. Dit is een afzonderlijk aandachtsgebied. Hier zijn artsen gespecialiseerd in de tuberculosebestrijding werkzaam, wat een volwaardige afstudeerrichting is binnen de richting Maatschappij & Gezondheid met een eigen profielopleiding. Het gaat om ruim 30 artsen. Voor de toekomst is het de vraag of deze aandachtsgebieden meer in elkaar gaan overlopen. Er is aandacht voor het vergroten van de samenhang tussen deze beroepen. In de opleiding bestaat al enige overlap in het lesaanbod. Vermeldenswaardig is dat longartsen zich kunnen specialiseren in de tuberculosebestrijding aan het einde van hun opleiding. Daarmee wordt een deel van de curatie, maar hoogst zelden de preventie, ook gedaan vanuit de ziekenhuizen. Omgekeerd werkt een enkele longarts bij een GGD in de tuberculosebestrijding. Zoals in de inleiding al genoemd werd, werkt ook een enkele arts Izb als medisch adviseur binnen een entadministratie. Het is niet ondenkbaar dat dit er in de toekomst meer zullen zijn.

⁷ Mondelinge informatie van GGD Nederland in april 2008.

⁸ Dit zullen er 42 worden in de binnenkort verwachte Wet Publieke Gezondheid. In deze rapportage wordt vooralsnog uitgegaan van de WCPV, omdat die nog steeds van kracht is.

Tot slot is vanuit de publieke taak van de GGD' en bij rampenbestrijding meer aandacht ontstaan voor terreurdreiging met biologische wapens. Daarbij wordt het mogelijk geacht dat de volksgezondheid gevaar kan lopen door het gebruik van bacteriën (bijvoorbeeld anthrax) en virussen door terroristen. Daarnaast zullen de GGD 'en als overheidsinstrument ook een belangrijke rol blijven spelen bij de bestrijding van epidemieën (bijvoorbeeld griep, polio). Het is begrijpelijk dat voor maatregelen ter bescherming van de bevolking de deskundigheid van de artsen Izb wordt ingezet. Overigens geldt dit in zekere mate ook voor de medisch microbiologen en andere specialisten werkzaam in het ziekenhuis.

Er zijn ook artsen Izb werkzaam binnen andere organisaties, waaronder het Clb. Dit komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

3. Ontwikkeling aantal artsen infectieziektebestrijding

Op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding zijn primair artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten actief⁹. Zonodig kunnen gezondheidsbevorderaars worden ingezet. Als het gaat om specifieke analyses kunnen epidemiologen en data-analisten ingeschakeld worden. Bij bredere beleidskwesties kan een rol weggelegd zijn voor beleidsmedewerkers. De epidemiologische taak en de beleidstaak kunnen overigens ook worden ingevuld door een arts M&G. Bij grotere campagnes, bijvoorbeeld bij een landelijke vaccinatiecampagne, kunnen andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld artsen jeugdgezondheidszorg, jeugdverpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen) ingezet worden. GGD 'en zijn ook in staat om onderling bijstand te verlenen.

Voor de raming infectieziektebestrijding wordt in eerste instantie uitgegaan van het huidige aanbod aan artsen Izb. Verpleegkundigen komen aan de orde in hoofdstuk 5 in de paragraaf over taakherschikking. Daarbij wordt, net als bij de artsen Izb, geen onderscheid gemaakt of zij zich bezig houden met de wettelijke kerntaak in de infectieziektebestrijding of met de bredere activiteiten in de algemene infectieziektebestrijding, waaronder de SOA-bestrijding.

Medio jaren '80 werd gestart met cursussen specifiek voor de richting infectieziektebestrijding, allereerst bij de Stichting Sociale Geneeskunde, die later is opgegaan in de NSPOH¹⁰. Deze cursussen werden als module infectieziektebestrijding aangeboden door de NSPOH. De module kende een doorlooptijd van één jaar. Recent is de opleiding M&G, waartoe de infectieziektebestrijding behoort, opnieuw vormgegeven. De module infectieziektebestrijding is nu vervangen door de tweejarige profielopleiding infectieziektebestrijding met enkele aanvullingen.

De artsen werkzaam binnen de infectieziektebestrijding hebben verschillende opleidingsniveaus. Een deel heeft de vierjarige opleiding M&G gevolgd, of een eerdere, gelijkgestelde opleiding tot sociaal geneeskundige. Hierna kan men zich inschrijven in het register M&G van de SGRC¹¹. Het is een specialisatie en leidt tot de titel arts M&G in het BIG-register. Hierbij is overigens niet meer zichtbaar in welke deelrichting van de opleiding M&G men de profielopleiding heeft gevolgd en/ of werkzaam is.

⁹ Bron: NPHF, Eindrapport Beroepskrachtenplanning Public health, een pleidooi voor systematische en integrale beroepskrachtenplanning in de public health. Juli 2007.

¹⁰ De afkorting NSPOH staat voor Netherlands School Of Public & Occupational Health. Dit opleidingsinstituut verzorgt naast de opleidingen Maatschappij & Gezondheid, onder andere opleidingen binnen de richting Arbeid & Gezondheid (verzekeringsgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde) en de Master of Public Health (MPH).

¹¹ Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie, een van de registratiecommissies binnen de KNMG.

Een ander deel heeft de module infectieziektebestrijding gevolgd, of de recent gestarte profielopleiding Izb. Sinds januari 2007 zijn een zevental profielregisters geopend door de SGRC, waaronder het profielregister infectieziektebestrijding¹². Het is mogelijk om na een tweejarige profielopleiding te worden ingeschreven in het profielregister van de SGRC. Hiermee is men geen specialist in het kader van de wet BIG. In het volgende hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan. Ook is een aantal basisartsen zonder verdere opleiding werkzaam in de infectieziektebestrijding. Over het opleidingsniveau van de verschillende artsen is in de AMvB van de WCPV de specificatie opgenomen dat *'de arts, belast met de bestrijding van infectieziekten, is ingeschreven als arts infectieziektebestrijding in het Register van Artsen Maatschappij en Gezondheid van de KNMG en opgeleid in de infectieziektebestrijding.'* Hier wordt in de praktijk blijkbaar anders mee omgegaan.

Aantal geregistreerde artsen Izb

In tegenstelling tot andere specialismen is het register van de SGRC beperkt bruikbaar voor gegevens over het aantal geregistreerde artsen Izb. In het register M&G wordt niet vastgelegd in welk aandachtsgebied de betreffende arts werkzaam is, zodat de artsen M&G werkzaam in de infectieziektebestrijding hier niet uit te selecteren zijn. Het profielregister infectieziektebestrijding is sinds begin 2007 geopend, maar zal niet alle artsen Izb registreren, omdat de artsen M&G die werkzaam zijn in de infectieziektebestrijding al geregistreerd zijn in het register M&G. Dubbele registratie in zowel profiel- als specialistenregister is niet verplicht en zal derhalve niet vaak voorkomen. Ook uit het profielregister is zodoende niet te achterhalen hoeveel artsen werkzaam zijn in de infectieziektebestrijding. Het aantal artsen Izb dat op 31 december 2007 is opgenomen in het profielregister infectieziektebestrijding bedraagt 10. Dit aantal zal de komende tijd naar verwachting gaan toenemen, nu het sinds kort mogelijk is de profielopleiding te volgen.

Aantal werkzame artsen Izb

Voor deze raming wordt gebruik gemaakt van het meest recente ledenbestand van de sectie Infectieziektebestrijding van de VIZ¹³ gecombineerd met een bestand van het Clb^{14,15}. Deze sectie van de VIZ kan gezien worden als beroepsvereniging van de artsen Izb. Een groot deel van de artsen Izb is aangesloten bij deze beroepsvereniging. Zonder de

¹² De andere zes profielregisters zijn: Jeugdgezondheidszorg, Tuberculosebestrijding, Medische Milieukunde, Forensische geneeskunde, Sociaal Medische Indicatiestelling en advisering, en Beleid en Advies.

¹³ VIZ staat voor de Vereniging voor Infectieziekten. Deze vereniging is opgebouwd uit verschillende secties die de verschillende disciplines van infectieziekten vertegenwoordigen: de sectie infectieziektebestrijding, de sectie pediatrie infectiologie en de werkgroep tropische geneeskunde.

¹⁴ Met dank aan mevrouw J. de Boer voor het bewerken en aanleveren van deze gegevens.

¹⁵ Hierbij worden de artsen die in opleiding zijn niet meegerekend. Daarnaast kan het zijn dat een aantal artsen ontbreken in de overzichten van de sectie infectieziektebestrijding van de VIZ en het Clb. In deze rapportage wordt nadrukkelijk uitgegaan van de bekende getallen.

buitengewone leden (enkele medisch microbiologen, kinderartsen en artsen jeugdgezondheidszorg) gaat het in maart 2008 om 67 artsen Izb die lid zijn van de sectie. Hiervan zijn 58 werkzaam bij GGD 'en, 6 bij het Clb, 2 bij de NSPOH en 1 bij Defensie. Uit het bestand van het Clb kunnen naast de leden van de sectie van de VIZ nog een aantal artsen achterhaald worden, die niet lid zijn van de beroepsvereniging, maar wel werkzaam zijn binnen de infectieziektebestrijding. Het gaat om 32 artsen, die allen werkzaam zijn bij GGD 'en. Totaal komen de gecombineerde bestanden uit op **99** artsen Izb, ongeacht hun werkplek. Van dit aantal wordt in de berekeningen uitgegaan.

Het aantal artsen dat volgens een onderzoek in opdracht van GGD Nederland in 2004 in loondienst was bij GGD 'en in het taakgebied infectieziekten, komt uit op 122 personen. Dit aantal is inclusief artsen werkzaam in de TBC-bestrijding. Volgens de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) waren er in 2004 35 GGD artsen werkzaam in de TBC-bestrijding, waardoor het aantal artsen Izb werkzaam binnen GGD 'en volgens deze bron uit zou komen op 87 personen in 2004. De cijfers van de sectie infectieziektebestrijding van de VIZ kwamen in 2008 voor de artsen Izb werkzaam bij GGD 'en uit op een aantal van 58 van het totaal aan artsen lid van een beroepsvereniging. De artsen die geen lid zijn van een beroepsvereniging werken alle 32 bij een GGD. Het totaal aantal artsen Izb dat in 2008 bij een GGD werkt komt hiermee uit op 90. Dit aantal ligt iets hoger dan in het genoemde onderzoek van GGD Nederland uit 2004. Dit heeft mogelijk te maken met een toename van het aantal artsen Izb tussen 2004 en 2008¹⁶, al gaat het maar om een klein verschil.

Opleidingsniveau werkzame artsen Izb

Als wordt gekeken naar het opleidingsniveau van de werkzame artsen Izb zijn er onder de artsen die lid zijn van de beroepsvereniging VIZ 52 artsen M&G, 9 artsen met de profielopleiding Izb¹⁷ en 6 basisartsen. Onder de niet-leden zijn dit 19 artsen M&G, 2 profielartsen Izb en 11 basisartsen. In totaal gaat het om 71 artsen M&G, 11 profielartsen Izb en 17 basisartsen. Procentueel is dit respectievelijk 72%, 11% en 17%. In het vervolg zal worden gerekend met de groep leden en niet-leden samen.

Tabel 1: Totaal aantal werkzame artsen infectieziektebestrijding naar opleidingsniveau

	Leden VIZ	Niet-leden VIZ	Totaal (absoluut)	Totaal (relatief)
Artsen M&G	52	19	71	72%
Profielartsen Izb	9	2	11	11%
Basisartsen	6	11	17	17%
Totaal	67	32	99	100%

Bron: sectie infectieziektebestrijding VIZ en Clb

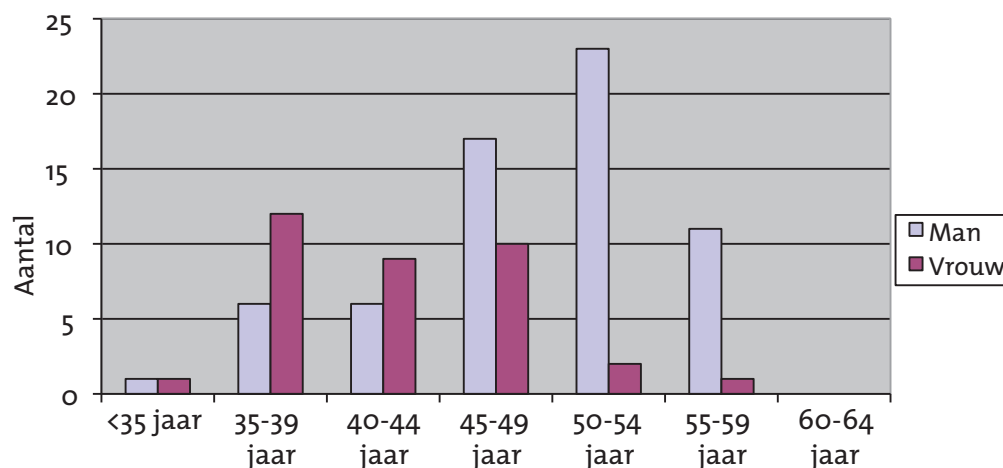
¹⁶ Indruk van de verschillende bij dit advies betrokken experts.

¹⁷ Deze artsen met profielopleiding Izb worden in het vervolg 'profielarts Izb' genoemd, overigens geen formele benaming.

Geslacht

Van de geregistreerde artsen M&G, voor de leden en niet-leden gecombineerd, is 28% vrouw. Onder de profielartsen Izb is 55% vrouw en onder de basisartsen is 53% vrouw. Duidelijk is dat bij de artsen M&G de mannen oververtegenwoordigd zijn, terwijl de man-vrouw verhouding ongeveer gelijk is bij de profielartsen Izb en de basisartsen. Onder alle artsen Izb samen is 35% vrouw, ongeacht opleidingsniveau. In figuur 1 is zichtbaar dat de mannen met name oververtegenwoordigd zijn in de oudere leeftijdsgroepen. In de jongere leeftijdsgroepen zijn juist de vrouwen in de meerderheid.

Figuur 1: Aantal mannen en vrouwen per leeftijdsgroep onder werkzame artsen Izb, ongeacht opleidingsniveau, maart 2008



Bron: sectie infectieziektebestrijding VIZ en Clb

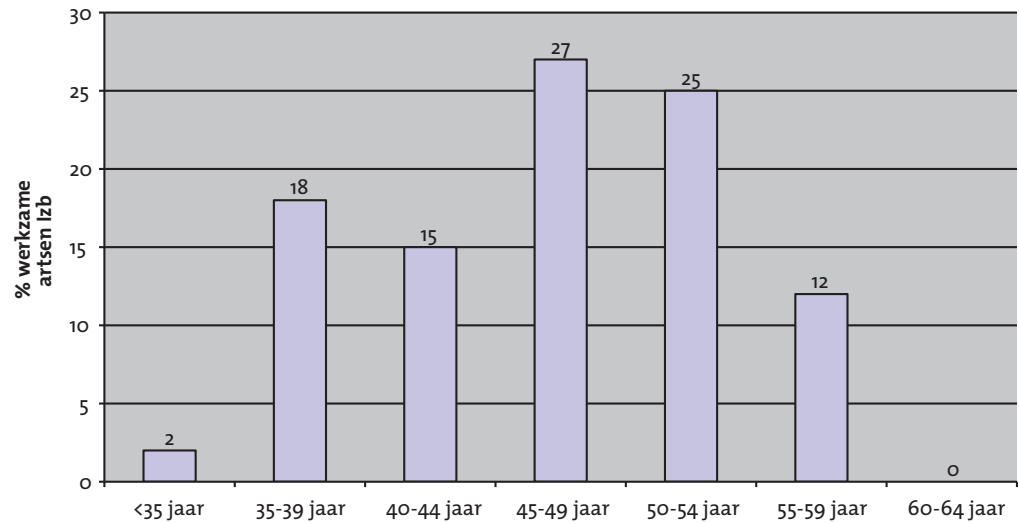
Deze man- vrouw verdeling verschilt wezenlijk van de man- vrouw verdeling in de jeugdgezondheidszorg. Deze laatste beroepsgroep omvatte eind 2006 10% mannen en 90% vrouwen. Binnen GGD 'en was circa 85% vrouw.

Leeftijdsverdeling

Uit de leeftijdsverdeling in figuur 2 kan worden afgeleid dat 37% van de artsen Izb 50 jaar of ouder is. Dit ligt flink lager dan het gemiddelde van alle specialismen samen, dat volgens het Capaciteitsplan 2008 in 2007 43% bedroeg. Voor artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg ligt het percentage artsen van 50 jaar en ouder in 2007 hoger (45%).

⁴ Ook nu gaat het weer uitsluitend om de reguliere huisartsen. Zie ook voetnoot 1.

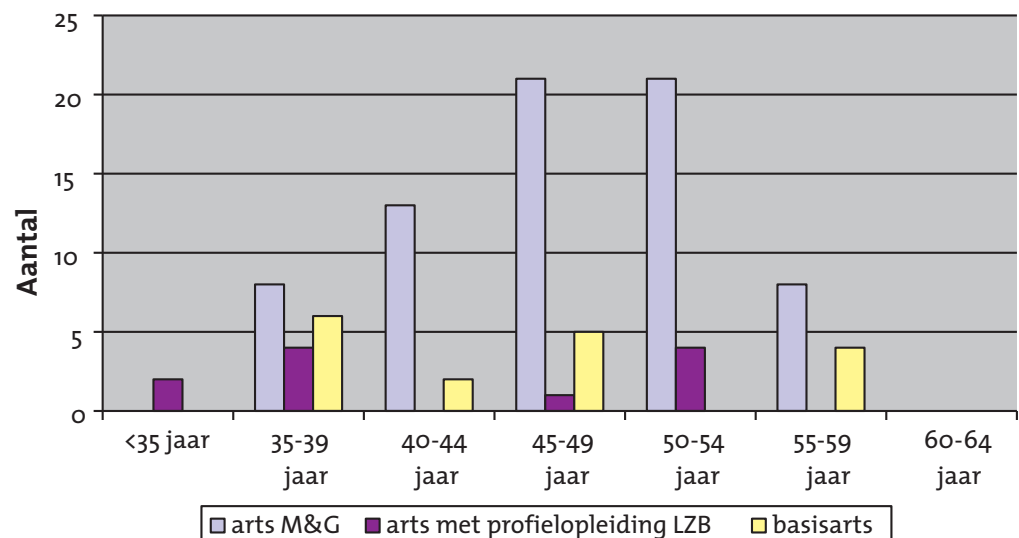
Figuur 2: leeftijdsverdeling werkzame artsen Izb, maart 2008



Bron: sectie infectieziektebestrijding VIZ en Clb

Noemenswaardig is dat er verschillen in de leeftijdsverdeling zichtbaar zijn als wordt gekeken naar het opleidingsniveau van de artsen Izb, zie figuur 3. De geregistreerde artsen M&G die werkzaam zijn in de infectieziektebestrijding zijn relatief het oudst. Van hen is 41% 50 jaar en ouder. Dat percentage is echter nog steeds lager dan het gemiddelde voor alle specialismen tezamen. Voor de artsen met de profielopleiding Izb is dit 36%, en voor de basisartsen werkzaam in de infectieziektebestrijding 24%. In onderstaande figuur is de leeftijdsverdeling van artsen Izb in absolute aantallen naar opleidingsniveau weergegeven.

Figuur 3: leeftijdsverdeling werkzame artsen Izb naar opleidingsniveau, maart 2008



Bron: sectie infectieziektebestrijding VIZ en Clb

Tenslotte kan worden geconstateerd dat het aantal geregistreerde artsen M&G jonger dan 35 jaar in het domein infectieziektebestrijding nul bedraagt. Zoals in het Capaciteitsplan 2008 al werd geconstateerd, kiezen veel artsen pas op latere leeftijd voor een opleiding in de sociale geneeskunde.

Omvang dienstverband

Naar schatting van de beroepsvereniging werken artsen Izb gemiddeld **0,85 fte**. Binnen deze 0,85 fte is het gangbaar dat de betreffende arts voor een deel van zijn/haar dienstverband werkzaam is in bijvoorbeeld de SOA-bestrijding of reizigersadviesing. Aangenomen wordt dat dit onveranderd blijft en deel uit zal blijven maken van de werkzaamheden van de arts. Derhalve wordt 0,85 fte aangehouden in de berekeningen.

Aangenomen wordt voorts dat vrouwen gemiddeld 0,75 fte werken en mannen 0,90 fte. De fte's berusten op een schatting. De beroepsgroep schatte het gemiddeld aantal fte's exclusief SOA-bestrijding op 0,70 fte, inclusief op 0,85 fte. Naar analogie van het verschil in gewerkte fte's tussen mannen en vrouwen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg van 0,15 fte, wordt hier uitgegaan van 0,75 fte voor vrouwen en 0,90 fte voor mannen.

Vanwege het verschil in man-vrouw verhouding komen de gemiddelde fte's anders uit per opleidingsniveau. De fte's komen voor de geregistreerde artsen M&G gemiddeld uit op 0,86 fte, voor de artsen met de profielopleiding Izb op gemiddeld 0,82 fte en voor de basisartsen eveneens op 0,82 fte.

4. Ontwikkeling opleiding

Historisch perspectief opleiding

In de jaren '80 werden de eerste praktijkgerichte cursussen infectieziektebestrijding opgezet vanuit de behoefte van GGD 'en om artsen extra scholing te geven in dit specifieke taakgebied. Pioniers onder de eerste groepen van cursisten hebben zich ingespannen dit kennisdomein te laten erkennen als een afstudeerrichting binnen de sociale geneeskunde in de hoofdrichting Maatschappij & Gezondheid. Van oorsprong was er binnen de opleiding sociale geneeskunde een specialisme 'Algemene gezondheidszorg', dat door relatief veel artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding gedaan werd. Een deel van de artsen Izb is eerst begonnen met cursussen of de module infectieziektebestrijding en heeft daarna de opleiding tot sociaal geneeskundige gevolgd. Een ander deel heeft eerst de opleiding tot sociaal geneeskundige gevolgd en zich daarna ter verdieping extra geschoold in de infectieziektebestrijding. Destijds bestond nog geen aparte registratie voor deze specialisatie.

Begin 2000 is de sociaal geneeskundige opleiding grondig herzien. Diverse richtingen zijn samengevoegd onder de gemeenschappelijke noemer 'Maatschappij & Gezondheid'. Deze opleiding kende een wetenschappelijke basis, waarna men zich kon specialiseren in een bepaalde richting, waaronder de infectieziektebestrijding. De opleiding bleek om diverse redenen niet te voldoen en kwam in 2005 volledig stil te liggen. Recent is de opleiding Maatschappij & Gezondheid opnieuw herzien en als het ware omgedraaid. Hiermee is de opbouw vergelijkbaar met de opleiding vóór 2000, toen veel artsen begonnen met een praktijkgerichte opleiding in de vorm van bijvoorbeeld de module infectieziektebestrijding, en in tweede instantie de opleiding tot sociaal geneeskundige volgden. Sinds 2006 is het mogelijk een tweejarige profielopleiding te volgen binnen zeven verschillende richtingen van het specialisme Maatschappij & Gezondheid, waaronder de infectieziektebestrijding. Deze profielopleidingen worden ook wel aangeduid als eerste fase van de opleiding M&G. Daarna kan men zich in laten schrijven in het profielregister infectieziektebestrijding van de SGRC, maar blijft men, zoals eerder al aan de orde kwam, in het kader van de Wet BIG basisarts.

Dit profielregister biedt, vereenvoudigd geformuleerd, een civiel effect in die zin dat werkgevers mogen aannemen dat artsen na de profielopleiding infectieziektebestrijding gekwalificeerd zijn voor een aantal basale werkzaamheden in de infectieziektebestrijding. Mogelijk dat deze aanpak werkgevers meer aanspreekt, omdat de artsen in de eerste fase van de opleiding praktisch en theoretisch geschoold worden specifiek in hun taakgebied en daarmee sneller productief zijn. Wellicht zal het de artsen van nu aanspreken als een geleidelijke opbouw van een (flexibelere) carrière. Het past overigens ook in de denkbeelden van het rapport 'De arts van straks'¹⁸, waarin gepleit wordt voor gefaseerd opleiden. Na de

¹⁸ Meyboom-de Jong, B. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Oktober 2002.

profielopleiding kan men, eventueel na een onderbreking, nog een verdiepende tweejarige studie volgen, waarin meer aandacht is voor onder andere beleid, management en wetenschap. Dit vervolgtraject wordt ook wel de tweede fase van de opleiding M&G genoemd. Na deze fase kan men geregistreerd worden als arts M&G bij de SGRC, en is men specialist in het kader van de Wet BIG.

Aantal aios infectieziektebestrijding

Er zijn nauwelijks historische gegevens beschikbaar over de instroom in de opleiding, omdat sprake is van een fundamenteel herzien scholingstraject. Zoals eerder aan de orde kwam, is tot 2007 niet bekend bij de SGRC hoeveel artsen een opleiding of cursus in de richting infectieziektebestrijding volgden, omdat de SGRC tot die tijd alleen de aios die een specialistenopleiding volgden registreerde, in dit geval de opleiding M&G. In deze opleiding werd het specifieke werkgebied van de aios niet vastgelegd, waardoor nader onderscheid niet mogelijk is. Hierbij wordt benadrukt dat er bij de NSPOH wel degelijk artsen opgeleid zijn door middel van cursussen en de module infectieziektebestrijding. Het ging hierbij een tijdlang om circa 5 personen per jaar.

Het opleidingsinstituut voor de sociaal geneeskundige opleidingen, de NSPOH, heeft cijfers beschikbaar voor de module en opleidingen binnen de infectieziektebestrijding. Deze worden vanaf 2004 weergegeven in tabel 2. Zichtbaar is dat in 2006 de eerste aios startten met de (nieuwe) profielopleiding infectieziektebestrijding. In 2006 was de instroom in de profielopleiding zes. De losse module leidt niet tot een aparte registratie en wordt in de berekeningen derhalve niet meegeteld. In 2008 is de verwachte instroom in de profielopleiding, voor zover nu bekend, tien.

Tabel 2: Instroom opleiding infectieziektebestrijding¹⁹

	2004	2006	Verwacht in 2008
Losse module Izb	11	1	-
Profielopleiding Izb	-	6 ²⁰	10
2e fase opleiding M&G bij richting Izb	-	0	6
Module Izb voor artsen M&G	14	6	-

Bron: NSPOH

Het aantal artsen dat na de profielopleiding infectieziektebestrijding, of daarmee gelijk gestelde vooropleiding, in 2008 verder gaat met de tweede fase van de opleiding M&G bedraagt, voor zover nu bekend bij de NSPOH, zes. Deze laatste artsen kunnen zich na het slagen voor de tweede fase laten inschrijven in het specialistenregister M&G van de SGRC.

¹⁹ De opleiding startte eenmaal per twee jaar.

²⁰ Waarvan 1 de profielopleiding infectieziektebestrijding doet als onderdeel van de Master of Public Health.

In de berekeningen van het Capaciteitsorgaan zijn de gegevens over de instroom in de opleidingen van de NSPOH gecombineerd met de gegevens van de sectie infectieziektebestrijding van de VIZ en het Clb over het aantal aios.

Opleidingsniveau

In het vorige hoofdstuk kwam het opleidingsniveau van de artsen Izb al aan de orde. Gemakshalve wordt hier verwezen naar tabel 1 op pagina 17. Voor alle artsen samen komen de verhoudingen in opleidingsniveau uit op 72% artsen M&G, 11% profielartsen Izb en 17% basisartsen. Met deze verhouding is in eerste instantie gerekend. Het is echter niet ondenkbaar dat deze verhoudingen zullen veranderen, omdat het pas sinds kort mogelijk is de profielopleiding Izb te doen. Daarnaast is ook de norm van de wetenschappelijke sectie binnen de VIZ relevant. Deze kwaliteitsnorm stelt dat de arts infectieziektebestrijding moet zijn geregistreerd als specialist M&G. Het is de vraag in hoeverre deze norm, die tevens is vastgelegd in de Algemene Maatregel van Bestuur horende bij de concept Wet Publieke Gezondheid, leidt tot veranderingen in de verhoudingen tussen artsen M&G, profielartsen, en basisartsen. In de vorm van verschillende scenario's zullen andere verhoudingen in opleidingsniveaus aan de orde komen onder de overwegingen in hoofdstuk 8.

5. **Blik naar de toekomst**

Volgens het model van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1) zijn op de ramingen ruim 30 factoren van toepassing die worden geordend in drie hoofdcompartimenten: aanbod, zorgvraag en werkproces. De drie hoofdcompartimenten worden hieronder uitgewerkt.

5.1 **Aanbod**

Dit onderdeel valt uiteen in diverse parameters, waarvan de belangrijkste voor de artsen Izb besproken worden.

5.1.1 **Werkzame artsen**

- Zoals in hoofdstuk 3 al naar voren kwam, wordt uitgegaan van 99 werkzame artsen Izb.
- Aangenomen wordt dat feminisering in deze beroepsgroep verder zal doorzetten. Hierbij wordt in de ramingen rekening gehouden met het geslacht van de aios volgens de verschillende opleidingsniveaus (zie figuur 3). Omdat het om kleine aantallen aios gaat, is enige voorzichtigheid op zijn plaats. Ontwikkelingen in de man-vrouw verhouding binnen de beroepsgroep zullen over drie jaar opnieuw worden beoordeeld.
- Als pensioenleeftijd voor de mannen wordt 65 jaar aangenomen, voor de vrouwen 60 jaar. Hierbij is rekening gehouden met de verwachting dat de pensioenleeftijd voor beide geslachten zal toenemen.
- De komende 15 jaar wordt geen opvallende uitstroom verwacht op basis van leeftijd. 41% van de artsen M&G is 50 jaar en ouder, waardoor verwacht kan worden dat over 15 jaar in elk geval 41% is uitgestroomd op basis van leeftijd. Omdat vrouwen gemiddeld eerder stoppen, komt dit percentage in de berekeningen hoger uit. Van de artsen met de profielopleiding Izb is 36% 50 jaar of ouder.
- Naast vertrek vanwege pensioen, zal ook een aantal artsen eerder gestopt zijn met werken in de infectieziektebestrijding om andere redenen. Daarbij kan gedacht worden aan het aannemen van een andere functie, arbeidsongeschiktheid, overlijden of stoppen met werken. Deze extra uitval wordt gesteld op 2% per jaar binnen de groep die niet vanwege pensioen vertrekt uit de infectieziektebestrijding. Dit is wat hoger dan bij andere artsgroepen, maar berust op de ervaring van betrokken experts.

5.1.2 **Opleiding**

- De opbouw van de opleiding in twee fases roept de vraag op hoeveel van de artsen in dienen te stromen in de profielopleiding infectieziektebestrijding en hoeveel van hen daarna doorstromen in de opleiding tot arts M&G. Een afgeleide vraag, die in het midden gelaten wordt, is hoelang de tussenliggende periode zal zijn. Aangezien deze vorm van opleiden nieuw is, zijn er voor het advies van het Capaciteitsorgaan geen historische, empirische gegevens beschikbaar, al zijn er

parallelle te trekken met de eerdere module. Er zal daarom een schatting gedaan moeten worden.

- De beroepsgroep neemt het standpunt in dat alle artsen Izb specialisten moeten zijn, dat wil zeggen geregistreerd arts M&G, zie eerdergenoemde norm van de wetenschappelijke sectie binnen de VIZ. Er worden in het veld echter ook geluiden gehoord dat per organisatie volstaan kan worden met een aantal specialisten en een aantal profielartsen Izb. In de gezamenlijke conceptrapportage van de V&VN en de VIZ over taakschikking binnen de infectieziektebestrijding²¹ wordt rekening gehouden met artsen op drie niveaus. Niveau 1 is basisarts, niveau 2 profielarts Izb en niveau 3 arts M&G met profiel Izb.
- In 2004 is uit een enquête onder directies van GGD 'en gebleken dat met name in de infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg belang gehecht wordt aan registratie in het specialistenregister M&G²². Voor de infectieziektebestrijding acht bijna 40% het zeer belangrijk, en ruim 40% het belangrijk dat taken op het gebied van infectieziektebestrijding worden uitgevoerd door geregistreerde sociaal geneeskundigen. Voor de jeugdgezondheidszorg ging het om respectievelijk ruim 10% en bijna 70%²³.
- Uit onderzoek voor het Capaciteitsorgaan in 2006²⁴ is gebleken dat binnen GGD 'en voor de Jeugdgezondheidszorg voor 4 tot 19 jarigen de wens bestaat dat 27% arts M&G is en dat 57% de profielopleiding JGZ heeft gedaan²⁵. De daadwerkelijke opleidingsverhouding in 2007 was binnen GGD 'en voor de jeugdgezondheidszorg voor 4 tot 19 jarigen 50% arts M&G en 3% artsen met de profielopleiding jgz (overigens grotendeels nog in opleiding). Aangenomen wordt dat binnen de infectieziektebestrijding de wens om artsen M&G in te zetten vanuit de werkgever groter is dan binnen de jeugdgezondheidszorg.

²¹ V&VN en VIZ: Taakschikking professionals binnen de GGD infectieziektebestrijding. Concept januari 2008. In deze rapportage worden de taken binnen de infectieziektebestrijding verdeeld over drie niveaus artsen en drie niveaus verpleegkundigen. In de rapportage wordt gesproken over taakschikking in plaats van taakherschikking. In dit capaciteitsplan wordt in navolging van eerdere Capaciteitsplannen, gesproken over taakherschikking, met uitzondering van de situatie waarbij specifiek bedoeld wordt op het rapport Taakschikking.

²² Quickscan opleidingsbehoefte Sociaal Geneeskundigen, eindrapport. Een onderzoek in opdracht van GGD Nederland. Door Research voor Beleid BV, 2004.

²³ De andere twee richtingen waarover directies zijn gevraagd naar het belang van registratie als sociaal geneeskundige zijn Openbare Gezondheidszorg en Sociaal Medische Indicatiestelling en Advisering. In de Openbare Gezondheidszorg vond bijna 15% het zeer belangrijk en bijna 50% het belangrijk dat de artsen geregistreerd sociaal geneeskundige waren, binnen de Sociaal Medische Indicatiestelling en Advisering was dit respectievelijk 0% en bijna 40%.

²⁴ Onderzoek werd verricht door de Vreelandgroep. De gegevens zijn verwerkt in het Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleidingen jeugdgezondheidszorg.

²⁵ Overigens gaat het bij deze percentages om een realistisch geachte verhouding. Voor de ideale situatie werd aangegeven dat 56% van de artsen een profielopleiding JGZ zou hebben gedaan en 38% arts M&G was.

- De verhouding die als basis zal liggen aan de berekeningen in deze rapportage, is de huidige verhouding in opleidingsniveaus binnen de infectieziektebestrijding uit de laatste kolom van tabel 1: 72% artsen M&G, 11% artsen met de profielopleiding Izb en 17% basisartsen. Naast deze verhouding worden in hoofdstuk 8 vier andere scenario's, het zogenaamde 'JGZ- scenario', waarbij de gewenste verhoudingen in opleidingsniveau binnen de jeugdgezondheidszorg worden gehanteerd, het zogenaamde 'GHOR- scenario', dat uitgaat van verdere schaalvergroting conform de GHOR-regio's, het 'scenario vergaande centralisering', dat uitgaat van verdere centralisering van specialistische expertise, en het scenario 'inzet verpleegkundig specialist', waarin de substitutie omvangrijkere vorm aanneemt, uitgewerkt.
- In navolging van de zogenaamde 'eerste tranche' van de nieuwe systematiek van bekostigen van de opleidingen, ook wel het Opleidingsfonds genoemd, is in 2008 de 'tweede tranche' van start gegaan. In deze tweede tranche zijn onder andere vier profielopleidingen binnen de opleiding M&G geplaatst, waaronder de profielopleiding infectieziektebestrijding²⁶. Het is goed mogelijk dat de mate waarin GGD directies bereid zijn medewerkers te scholen beïnvloed wordt door de (hoogte van de) subsidie van de opleiding door VWS.
- Voor het intern rendement van de opleiding²⁷ wordt vanwege gebrek aan ervaring met deze nieuwe opleidingsstructuur, uitgegaan van 98%, conform de meeste specialistenopleidingen. De reden hiervoor is dat de NSPOH tot nu toe de ervaring heeft dat er nauwelijks tot geen uitval is. Voor de jeugdgezondheidszorg werd overigens uitgegaan van een intern rendement van 95%.
- Voor wat betreft het extern rendement²⁸ wordt uitgegaan van 70% over 15 jaar. Dit is, net als de uitval van werkzame artsen Izb om andere redenen dan pensioen, hoger dan bij andere artsengroepen.

5.2 Zorgvraag²⁹

Ontwikkelingen van de zorgvraag worden in het model van het Capaciteitsorgaan gesplitst in demografische ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen en sociaal culturele ontwikkelingen. Ook wordt hier de zogenaamde onvervulde vraag geplaatst. Hiermee wordt de vraag bedoeld die de beroepsgroep niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van ramen. In het navolgende komen de verschillende factoren een voor een aan bod.

²⁶ De andere richtingen zijn Jeugdgezondheidszorg, TBC-bestrijding en Medische Milieukunde.

²⁷ Met intern rendement wordt bedoeld: het aantal personen dat de opleiding met goed gevolg afrondt ten opzichte van het aantal personen dat aan de opleiding begint. Het is een maat voor de uitval tijdens de opleiding.

²⁸ Met extern rendement wordt bedoeld: het aantal personen dat op het moment van de raming nog moet afstuderen en dat een bepaald aantal jaren later nog werkt ten opzichte van het aantal dat nog moet afstuderen op het moment van de raming.

²⁹ De geschatte percentages hebben betrekking op de periode 2008-2018.

5.2.1 Demografische ontwikkelingen

Een deel van de vraag in de infectieziektebestrijding draait om wettelijk verplichte meldingen van een groot aantal infectieziekten door hulpverleners bij de GGD. In de Infectieziektenwet is vastgelegd welke ziekten gemeld dienen te worden. Andere infectieziekten worden soms ook wel gemeld aan de arts Izb, maar worden dan niet doorgemeld aan de Geneeskundige Inspectie. Uit de surveillance van dit soort ziekten vloeien andere taken voort, zoals bron- en contactonderzoek, voorlichting, advisering, en waar nodig 'outbreakmanagement'. Artsen Izb houden zich met name bezig met wetenschappelijk onderzoek, beleidsmatige werkzaamheden, surveillance en complexere infectieziekten. Overige taken worden voornamelijk door verpleegkundigen verricht.

Om een beeld te krijgen van mogelijke toekomstige ontwikkelingen van de zorgvraag op basis van demografische- en epidemiologische ontwikkelingen wordt hier de ontwikkeling van de meldingen getoond, zoals terug te vinden is bij het RIVM³⁰. De totaalcijfers vanaf 2000 worden in onderstaande tabel weergegeven³¹.

Tabel 3: Aantal meldingen van meldingsplichtige infectieziekten in de periode 2000 tot en met 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal meldingen	12.793	13.647	12.020	8.157	14.097	11.970	8.762	12.037

Bron: Staat van Infectieziekten in Nederland, 2006 en 2007

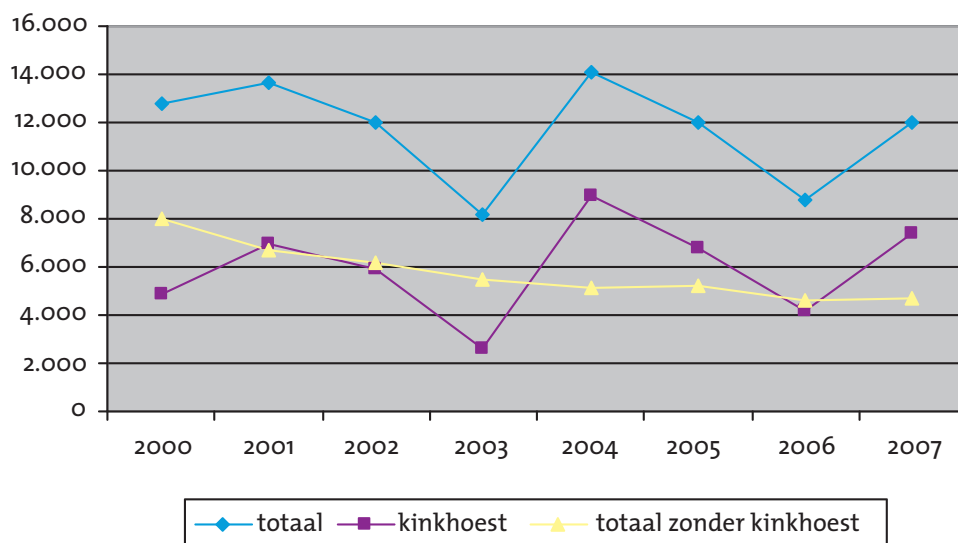
De meldingen liggen tussen ruim 8.000 tot ruim 14.000 per jaar en wisselen sterk. Dat is inherent aan het karakter van infectieziekten. Belangrijk voor de inschatting van de toekomst is dat het lastig lijkt een trend in de tijd in deze getallen vast te stellen. Indien het totaal aantal meldingen gecorrigeerd wordt voor de meldingen van kinkhoest lijkt een dalende trend in het aantal meldingen aanwezig, zie figuur 4. Deze dalende trend dient echter genuanceerd te worden. Drie infectieziekten, die vrijwel niet voorkwamen, waarvoor geen maatregelen nodig waren en waarvoor geen surveillance belang bestond, zijn niet langer meldingsplichtig. Met de nieuwe Wet Publieke Gezondheid komen er echter tien meldingsplichtige infectieziekten bij die wel invloed zullen hebben op de hoeveelheid meldingen, met name op de meldingen exclusief kinkhoest (gele lijn). De verwachting is dan ook dat de gele lijn niet verder zal dalen.

³⁰ Bron: Staat van infectieziekten in Nederland 2006 en 2007 van het RIVM.

³¹ Hier wordt met nadruk gesteld dat het aantal meldingen sec geen maat is voor de hoeveelheid werk die een arts heeft met de betreffende ziekte. Dit hangt eerder samen met andere factoren, waaronder de complexiteit van een bepaalde ziekte, resistentieproblematiek, eventuele clustering en de setting waarin de geïnfecteerde persoon zich bevindt, bijvoorbeeld in een verzorgingshuis, verpleeghuis of kinderdagverblijf.

Op basis van de surveillance door de artsen Izb heeft het ministerie van VWS in 2006 overigens besloten om de kinkhoestcomponent in het DKTP vaccin te vervangen door een andere, beter werkzame component. De verwachting is dat dit op de middellange termijn zal leiden tot een daling van het aantal meldingen van kinkhoest bij kinderen.

Figuur 4: Aantal meldingen van meldingsplichtige infectieziekten in de periode 2000 tot en met 2007



Bron: Staat van Infectieziekten in Nederland, 2006 en 2007

Als specifiek gekeken wordt naar demografische factoren, is allereerst een bescheiden toename van de bevolking geprognosticeerd door het CBS, met 2,4% toename tussen 2007 en 2020, dat wil zeggen 0,18% per jaar. Dit zou enige ophoging van de meldingen kunnen geven, hoewel dit niet gebleken is in de afgelopen jaren. Tegelijk zal er ontgroening en vergrijzing plaats vinden. Een niet onaanzienlijk deel van de meldingen heeft betrekking op infecties bij kinderen, met als belangrijkste kinkhoest. Als voor de inschatting van de ontwikkeling van de zorgvraag alleen naar de meldingen gekeken wordt, zou de conclusie zijn dat bij ontgroening de hoeveelheid werk voor de arts Izb afneemt, zoals zichtbaar is in figuur 4. Dit is echter niet juist. De tijdsbesteding van artsen Izb rond een bepaalde ziekte hangt naast het vóórkomen in sterke mate af van de complexiteit van de ziekte, resistentieproblematiek en afgeleide taken, zoals outbreakmanagement. Bij kinkhoest spelen deze taken nauwelijks een rol. Bij bijvoorbeeld legionellose en zoönosen, met als recent voorbeeld de veelvuldig in de media genoemde Q-koorts, is dit veel meer het geval. Ook nieuwere infectieziekten vragen over het algemeen veel aandacht van artsen Izb. Verder hebben artsen Izb steeds meer bemoeienis met ouderen, vanwege hun betrokkenheid bij verpleeghuizen en andere bijzondere (kwetsbare) verblijfssituaties in het kader van het zogenaamde artikel 7 uit de Wet Infectieziektebestrijding.

Een andere demografische factor, migratie, is ook van belang voor de hoeveelheid werk van artsen Izb. Migrantten kunnen een bron van (nieuwe) infectieziekten of

therapieresistente infectieziekten zijn. Daarbij valt te denken aan HIV, Hepatitis B, malaria en tuberculose. Tussen 2007 en 2020 prognosticeert het CBS een groei van het aandeel migranten ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking van 19,4% naar 21,7%. Omgerekend naar 10 jaar is dit een toename van 1,8%.

Vanwege de bescheiden groei van de bevolking, de vergrijzing en ontgroening, en de groei van het aantal migranten, wordt de factor demografie zowel voor de hoge schatting als de lage schatting op 1% gesteld. De komende jaren zal worden gevolgd of dit percentage moet worden bijgesteld.

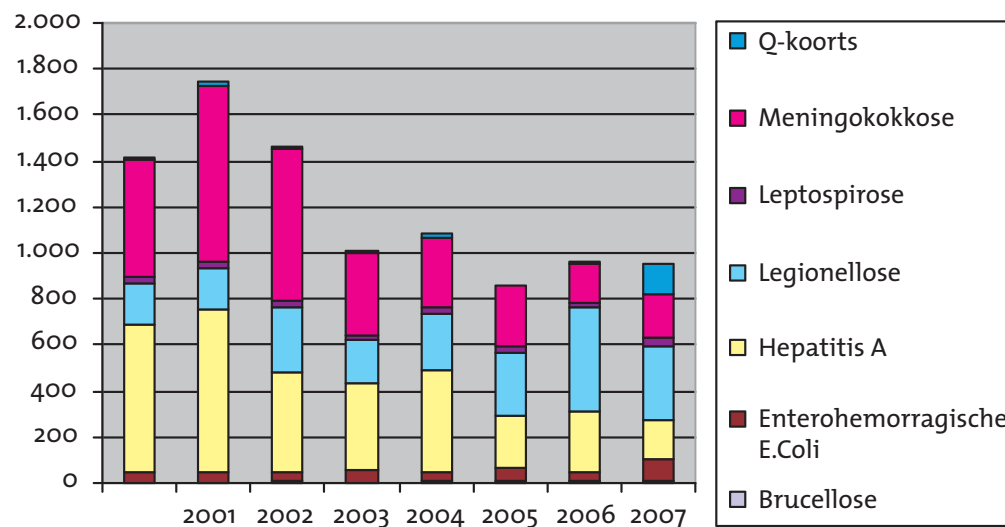
5.2.2 Epidemiologische ontwikkelingen

Het is aannemelijk dat de complexiteit van infectieziekten gaat toenemen. Uit het verleden kan afgeleid worden dat een deel van de infectieziekten door preventieve maatregelen zo goed als zeker zullen verdwijnen. Een ander deel zal echter na aanvankelijk optimisme toch moeilijk te bestrijden zijn, zoals begin dit jaar in de media naar voren kwam rond de import naar Nederland van voor therapie resistente varianten van tuberculose. Bovendien is het aannemelijk dat zich nieuwe infecties gaan voordoen, zoals in het afgelopen decennium het geval was bij SARS en vogelgriep. Zoönosen nemen hierbij een belangrijke plaats in. Een bijkomend gegeven is dat bij toenemend mondiaal verkeer, zowel zakelijk als privé, de kans op snelle import van (voor Nederland) nieuwe en onbekende ziektebeelden zal toenemen. Een soortgelijk effect kan verwacht worden van de geleidelijk stijgende jaartemperatuur in Nederland.

De kans op een te late herkenning/ onderkenning van een in Nederland onbekend ziektebeeld is reëel en vergroot de kans op uitbraak van een epidemie. Voor de toekomst van de infectieziektebestrijding is voorts van groot belang dat deskundigen wereldwijd voorspellen dat het niet zozeer de vraag is óf de komende jaren een grieppandemie zal uitbreken, maar wanneer dit zal gebeuren. In alle landelijke draaiboeken die hiervoor in de afgelopen jaren in Nederland gemaakt zijn spelen GGD 'en een belangrijke rol.

In figuur 5 wordt de ontwikkeling van een aantal ziekten weergegeven waarbij bemoeienis van de arts Izb gebruikelijk is, zonder daarbij volledig te willen zijn. De meeste ziekten vragen overigens met name bij clustering aandacht van de arts Izb.

Figuur 5: Aantal meldingen van verschillende infectieziekten waarbij bemoeienis van de arts Izb gebruikelijk is, periode 2000 tot en met 2007³²



Bron: Staat van Infectieziekten in Nederland, 2006 en 2007

Een andere epidemiologisch gegeven is de dreiging van bioterrorisme. Gebleken is onder andere in Japan en Amerika dat dit een reëel gevaar is. Het gebruik van bacteriën is overigens eeuwenoud. In de oudheid werden al aan besmettelijke ziekten overleden dieren en/of mensen over de muren van belegerde steden gegooid om het verzet met ziekten te breken. Het lokaal implementeren van landelijk ontwikkelde draaiboeken en het regelmatig deelnemen aan multidisciplinaire oefeningen zijn hierbij voor de arts Izb tijdsintensieve bezigheden. In de Wet Publieke Gezondheid wordt met name aandacht besteed aan taken en bevoegdheden van het lokale en het nationale gezag. De effecten van de op handen zijnde introductie van deze wet zijn voorshands nog niet bekend.

Concluderend is voor de komende tien jaar waarschijnlijk een blijvende, verhoogde staat van alertheid nodig voor bestaande en nieuwe infectieziekten in een globaliserende wereld, mogelijk versterkt door klimaatsveranderingen en de dreiging van bioterrorisme. Deze factor wordt gesteld op **5%** in de lage schatting en **10%** in de hoge schatting³³.

5.2.3 Sociaal culturele ontwikkelingen

Met het oog op bioterrorisme en de opkomst van voor Nederland nieuwe infectieziekten is aannemelijk dat vanuit de bevolking steeds meer aangedrongen

³² Hierbij wordt nadrukkelijk vermeld dat de gekozen infectieziekten niet het volledige werkaanbod van de arts Izb betreffen maar voorbeelden zijn van infectieziekten waarbij artsen Izb betrokken zijn.

³³ Dit is tamelijke bescheiden, maar zo wordt dubbel telling met de factor sociaal culturele ontwikkelingen voorkomen.

wordt op pro-actie en preventie vanuit de overheid. Anderzijds dient de overheid in het kader van de vigerende wetgeving ook meer maatregelen te nemen. Als men beziet hoeveel aandacht er de laatste jaren bestaat in de media voor mogelijke (wereldwijde) epidemieën, dan mag men stellen dat er al een trend in deze richting bestaat. Dit komt onder andere tot uiting in de versterking van landelijke instituties die zich bezig houden met infectieziektebestrijding. In dat kader is vermeldenswaardig dat het ministerie van VWS in 2004 met een brief aan de Tweede Kamer heeft aangegeven de infectieziektebestrijding te willen versterken. Onderdeel van deze versterking is de ontwikkeling van het Centrum voor Infectieziektebestrijding bij het RIVM (Cib), de versterking van de lokale en regionale infectieziektebestrijding en het verbeteren van de samenhang binnen de gehele keten. Het Cib en GGD Nederland zijn gevraagd dit verder uit te werken³⁴. Daarnaast wordt ook de samenwerking met de veiligheidsketen, in het bijzonder de GHOR, in de komende periode onderwerp van aandacht.

De factor sociaal culturele ontwikkelingen wordt gesteld op 10% in de lage schatting en 20% in de hoge schatting.

5.2.4 Onvervulde vraag

Om de werkelijke zorgvraag te benaderen, wordt gekeken naar de mate waarin de beroepsgroep de bestaande vraag niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van ramen, de zogenaamde onvervulde vraag. Ook suboptimaal werken wordt hieronder geschaard. Als graadmeter hiervoor kan in de eerste plaats gedacht worden aan wachtlijsten. Wachtlijsten zijn echter geen goede graadmeter binnen de infectieziektebestrijding, omdat ze niet bestaan in de collectieve preventie. In de tweede plaats kan gedacht worden aan het aantal vacatures en dan met name de moeilijk te vervullen vacatures. Dit geeft een indicatie of er vraag blijft liggen. Men zou dan over meer capaciteit willen beschikken om de vraag aan te kunnen, dan wel de werkdruk van de werkzame specialisten te verminderen. In de infectieziektebestrijding zijn niet opvallend veel vacatures bekend. Mogelijk spelen bij de vacaturestelling echter ook financiële argumenten een rol: als het budget binnen een GGD voor de infectieziektebestrijding laag is, zal er ook extra kritisch naar openvallende vacatures gekeken worden. De conclusie is gerechtvaardigd dat ook het aantal vacatures binnen de infectieziektebestrijding geen betrouwbare indicator is voor de grootte van de onvervulde vraag.

Wat voor een inschatting van de onvervulde vraag binnen de infectieziektebestrijding wel gebruikt kan worden, zijn de onderzoeksresultaten van een onderzoek door GGD Nederland in 2005³⁵. Hieruit bleek dat er zowel voor artsen Izb als verpleegkundigen in dit taakgebied een formatietekort bestond. Dit wordt in onderstaande tabel weergegeven.

³⁴ Zie website GGD Nederland: www.ggd.nl, Projectplan Versterken van de driehoek Centrum Izb – GGD Nederland – samenwerkingsverbanden GGD 'en (november 2005).

³⁵ GGD Nederland. Onderzoeksresultaten en aanbevelingen normering van GGD-capaciteit voor de Algemene infectieziektebestrijding. Project Izb. GGD Nederland; mei 2005.

Tabel 4: Vergelijking normatieve en werkelijke formatie algemene infectieziektebestrijding van artsen en verpleegkundigen in GGD 'en in 2004³⁶

	Werkelijke formatie in fte's	Normatieve formatie in fte's	Tekort absoluut in fte's	Tekort procentueel
Artsen	38,47	60,20	21,73	56%
Verpleegkundigen	51,20	79,04	27,84	54%

Bron: GGD Nederland, Project Izb 2005

In bovenstaande tabel is zichtbaar dat er op het moment van meten in de loop van 2004 voor beide disciplines onvoldoende capaciteit was voor de invulling van de wettelijke taken. Bij zowel artsen als verpleegkundigen ging het om ruim 50%. Wat de achtergrond is dat de formatie zo duidelijk achterwege is gebleven wordt in het midden gelaten. Voor de raming van het benodigde aantal artsen Izb wordt volstaan met de constatering uit dit onderzoek dat er bij beide disciplines een fors verschil lijkt te bestaan tussen de werkelijke- en normatieve formatie, wat als een aanwijzing voor een bestaand tekort beschouwd kan worden.

Het tekort aan fte's kan bij benadering omgezet worden naar een schatting van de onvervulde vraag op dit moment. Aangenomen wordt dat artsen Izb binnen GGD 'en gemiddeld ongeveer 0,7 fte werken, exclusief SOA bestrijding en andere aanverwante taken. Het normatieve tekort van 21,73 fte zou dan ingevuld kunnen worden door 31 personen, 31% van het totaal aantal momenteel werkzame artsen Izb. Hiermee zou de onvervulde vraag op 31% kunnen worden gesteld.

Omdat de normatieve formatie mogelijk niet volledig gerealiseerd zal worden, het waarschijnlijk is dat intussen actie is ondernomen naar aanleiding van het rapport in 2005³⁷, en recentere gegevens ontbreken, wordt de onvervulde vraag voor zowel de hoge schatting als de lage schatting hier voorzichtigheidshalve gesteld op **10%**.

5.3 Werkproces

Onder het werkproces worden naast vakinhoudelijke ontwikkelingen efficiency en taakherschikking geschaard. Onder efficiency worden veranderingen in de tijdsbesteding van artsen Izb verstaan door wijzigingen in het werkproces. Taakherschikking kan plaatsvinden naar artsen met een lager opleidingsniveau en ander, lager opgeleid personeel (verticale taakherschikking), maar ook tussen verschillende artsen van eenzelfde opleidingsniveau (horizontale taakherschikking).

Bij vakinhoudelijke ontwikkelingen moet veelal gedacht worden aan een combinatie van wetenschap en technologie. Deze factor leidt niet altijd tot meer capaciteit.

³⁶ Voor de normatieve formatie is gekeken naar de wettelijke taken binnen de infectieziektebestrijding en de hiervoor theoretisch benodigde formatie artsen en verpleegkundigen.

³⁷ Mondelinge informatie GGD Nederland in april 2008.

5.3.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen / technologie

Zoals eerder al aan de orde kwam, is de infectieziektebestrijding een betrekkelijk jong en klein specialisme, met een afstudeerrichting in de sociale geneeskunde richting Maatschappij & Gezondheid. Voor de ontwikkeling van een vak is een bepaalde schaalgrootte van belang. Deze is momenteel nog bijzonder klein, wat een snelle ontwikkeling bemoeilijkt.

De ontwikkeling van een vak hangt naast schaalgrootte samen met de stand van de wetenschap op dit terrein. Hierbij is van belang of er verbindingen zijn tussen de werkvloer, in dit geval de infectieziektebestrijding in GGD 'en, en universiteiten en andere wetenschappelijke centra. Voor het taakgebied infectieziektebestrijding zijn er verbanden tussen de grotere GGD 'en en dichtbij gelegen UMC's. Daarnaast is er een bijzonder intensieve relatie met het Clb. Het Clb detacheert artsen Izb in de verschillende regionale samenwerkingsverbanden van GGD 'en. Bovendien is sprake van beleidsontwikkeling op dit terrein vanuit VWS, vanuit de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van het preventiebeleid³⁸. Daarbij wordt aangesloten bij het 'Communautair Actieprogramma op het gebied van de Volksgezondheid'.

Nederland draagt daarin bij aan een Europees Centrum voor preventie en bestrijding van infectieziekten. Verder is noemenswaardig dat vanuit ZonMW sinds 2006 de realisatie van academische werkplaatsen binnen de infectieziektebestrijding wordt gestimuleerd. Het is daarnaast aannemelijk dat vanuit de tweede fase van de opleiding M&G meer wetenschappelijke artikelen zullen worden geschreven. Ook zal verdere richtlijn- en draaiboekontwikkeling plaatsvinden, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan draaiboeken voor mazelen en polio.

Gelet op de verankering in de academische wereld, de stevige thuisbasis binnen het RIVM en de internationale verankering van beleid, mag verwacht worden dat het vak infectieziektebestrijding de komende jaren een stevige verdere ontwikkeling zal doormaken. Voor deze factor wordt derhalve een percentage van **10%** voor de lage variant en **20%** voor de hoge variant aangenomen.

5.3.2 Efficiency

Het is bekend dat het aantal GGD 'en de laatste jaren gestaag is gedaald, mede als gevolg van de landelijke realisatie van de 25 Veiligheidsregio's. Er zijn begin 2008 30 GGD 'en. De vraag is of de daling nog verder door zal zetten en of dit consequenties heeft voor de capaciteit van artsen Izb. Op het gebied van infectieziektebestrijding bestaan van oudsher samenwerkingsverbanden tussen verschillende GGD 'en. In 2005 zijn het Clb en GGD Nederland in opdracht van VWS gestart met plannen voor het versterken van de onderlinge samenwerking tussen het Clb, GGD Nederland en

³⁸ Zie ook voetnoot 36: website GGD Nederland: www.ggd.nl, Projectplan Versterken van de driehoek Centrum IZB – GGD Nederland – samenwerkingsverbanden GGD 'en (november 2005).

samenwerkingsverbanden van GGD 'en. Het is niet ondenkbaar dat verdere schaalvergroting wordt gerealiseerd. Hierop wordt later in hoofdstuk 8 teruggekomen in de vorm van twee scenario's: het zogenaamde 'GHOR-scenario' en het 'scenario met vergaande centralisering'.

Bij aanhouden van de huidige schaal is de vraag gerechtvaardigd of efficiencywinst te verwachten is op basis van de samenwerking met het Clb. Het is aannemelijk dat kennis van het Clb over infectieziektebestrijding zich verspreidt over meerdere GGD 'en, waardoor kwaliteitsverbetering kan optreden. Kwaliteitsverbetering kan leiden tot efficiënter werken, zoals bijvoorbeeld al zichtbaar is bij het gebruik van landelijke protocollen die ontwikkeld zijn door het Clb.

Verder is automatisering in ontwikkeling. Er zijn in een paar GGD regio's ICT pilots gaande met als doel verbetering van de informatie-uitwisseling tussen professionals, en tussen verschillende GGD 'en. De inschatting is dat dit vooral tot kwaliteitsverbetering zal leiden, maar niet tot hogere productie. Deze factor wordt hier gesteld op **-3%** in de lage schatting en **-6%** in de hoge schatting, dat wil zeggen iets efficiënter werken van artsen Izb.

5.3.3 Horizontale taakherschikking

Een apart vraagstuk is of in de nabije toekomst de verwantschap met enkele andere vakgebieden tot een herverdeling van specialismen zal gaan leiden. Het betreft dan op de eerste plaats de tuberculosebestrijding. Dit werk wordt in 2008 gedaan door 33 TBC-artsen, eveneens verbonden aan GGD 'en. Er wordt momenteel met name op regionaal niveau gekeken naar versterken van de samenwerking. Samenhangend met de TBC-bestrijding gaat het verder om longartsen en is er enige verwantschap met een ander (klinisch) specialisme, de medische microbiologie. Zoals eerder al aan de orde kwam, wordt op verschillende plaatsen al gekeken naar een nauwere samenhang tussen deze specialismen. Daarnaast zijn de effecten van het opheffen van de streeklaboratoria voor de volksgezondheid nog niet duidelijk en is toename van de inzet van artsen Izb binnen de entadministraties niet denkbeeldig. In afwachting van verder uitkristalliseren van alle mogelijke ontwikkelingen wordt deze factor vooralsnog in beide schattingen op **0%** gesteld.

5.3.4 Verticale taakherschikking

Het aantal verpleegkundigen werkzaam op het uitvoerende terrein van de infectieziektebestrijding in bredere zin is met 150³⁹ ongeveer anderhalf keer zo groot als het aantal artsen Izb. Hieruit blijkt dat uitvoerende taken binnen de infectieziektebestrijding voor een groot deel verricht worden door lager opgeleide disciplines. De betreffende organisaties in de preventieve sector, in het bijzonder de GGD 'en, stellen zelf in het algemeen dat ze weinig financiële ruimte hebben. Gelet op de wettelijke achtergrond van de meldingen van infectieziekten, een hoogwaardige taak, zullen echter niet alle taken zomaar volledig aan verpleegkundigen met een

³⁹ Bron: NPHF, Eindrapport Beroepskrachtenplanning Public health, een pleidooi voor systematische en integrale beroepskrachtenplanning in de public health. Juli 2007.

lager opleidingsniveau overgedragen kunnen worden. De geleidelijke protocollisering van grote delen van de activiteiten, mede bevorderd door de voortschrijdende HKZ certificatie van GGD 'en, leidt er echter wel toe dat steeds meer activiteiten in aanmerking kunnen komen voor overdracht.

De beroepsgroepen van artsen Izb en verpleegkundigen Izb stellen in de eerder genoemde gezamenlijke rapportage over taakshikking binnen de infectieziektebestrijding dat herverdeling van taken kan plaatsvinden. In deze rapportage worden bij artsen en verpleegkundigen 3 opleidingsniveaus onderscheiden. Voor artsen de door ons onderscheiden niveaus: arts M&G, profielarts Izb en basisarts. Voor verpleegkundigen de niveau's HBO-verpleegkundige met vervolgopleiding op master-niveau, de HBO-verpleegkundige met profiel infectieziektebestrijding en de HBO-verpleegkundige die tijdelijk werkzaam is of in afwachting is van verdere opleiding. Daarbij wordt gesteld dat *'het zwaartepunt van de werkzaamheden van artsen op medisch-inhoudelijk, adviserend en voorwaardenscheppend niveau liggen. De verpleegkundige werkzaamheden liggen met name op het vlak van de uitvoering van de kerntaken rondom de Infectieziektenwet, preventie, bron- en contactonderzoek en daaruit voortvloeiende taken in het outbreakmanagement.'* Er wordt gepleit voor een heldere toedeling van verantwoordelijkheden. Diagnostiek wordt als voorbeeld genoemd van een taak specifiek voor artsen. De Geneeskundige Inspectie heeft in haar rapport over taakherschikking⁴⁰ de mogelijkheden van verticale taakherschikking in een aantal situaties, waaronder de infectieziektebestrijding, bestudeerd. Zij kwam tot de conclusie dat taakherschikking tussen de arts Izb en sociaal verpleegkundigen binnen de infectieziektebestrijding onder een aantal voorwaarden goed mogelijk is vanwege het sterk geprotocolleerde karakter van de werkzaamheden.

In de rapportage van de V&VN en de VIZ komt aan de orde dat er nog situaties zijn waarin artsen Izb werkzaamheden verrichten die onder hun competentieniveau liggen. In dat kader kan bij het uitzuiveren van oneigenlijke taken verwacht worden dat er minder artsen capaciteit nodig is. Hierbij zal het gebleken formatietekort bij verpleegkundigen in de infectieziektebestrijding (zie tabel 4) deze uitzuivering kunnen bemoeilijken. De inzet van nurse practitioners (opgeleide verpleegkundigen op master niveau) binnen de infectieziektebestrijding wordt beperkt mogelijk geacht. In de overwegingen, in hoofdstuk 8, wordt dit als een extra 'scenario met inzet van verpleegkundig specialisten' meegenomen.

Alles wegende wordt de factor verticale taakherschikking, waarmee hier bedoeld wordt op het uitzuiveren van oneigenlijke taken, gesteld op **-4%** in de lage schatting en **-8%** in de hoge schatting.

⁴⁰ Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag; december 2007.

5.3.5 Arbeidstijdverandering

Uit evaluatiegegevens over de eerste periode van vijf jaar van 2000 tot 2005 is gebleken dat de arbeidstijd van artsen die in loondienst werkten nauwelijks gedaald is⁴¹. Dit was tegen de verwachtingen van het jaar 2000 in. Achteraf kan beter overzien worden dat de werktijden voor specialismen waarbij vrijwel iedereen in dienstverband werkt, door vigerende wetgeving (Arbeidstijdenwet/ Arbowet) al eerder beperkt zijn, in tegenstelling tot die specialismen waarbij men veelal zelfstandig gevestigd is of in maatschappen werkt.

De vraag is nu aan de orde hoe de arbeidstijd zich de komende tijd richting 2019 gaat ontwikkelen. Daarbij kan buiten beschouwing gelaten worden dat de pensioenleeftijd waarschijnlijk gaat oplopen richting 65 jaar. Dit aspect is al verwerkt in de aanbodontwikkelingen bij de vervangingsvraag. De stijgende pensioenleeftijd geeft wel aan dat er bredere maatschappelijke veranderingen gaande zijn ten aanzien van opvattingen over arbeid. Dit kan gaan meespelen in de mate waarin het geaccepteerd blijft dat men kleinere parttime banen wenst, wat vooral geldt voor vrouwen. Zeker als het aanbod van basisartsen gaat toenemen en de instroommogelijkheden in banen en opleidingen gelijk blijven is het aannemelijk dat er meer eisen gesteld gaan worden aan de arbeidstijd en dat deze omhoog gaat. Dit is echter tot nu toe niet gebleken.

Denkbaar is wel dat artsen de laatste jaren voor hun pensioen minder gaan werken, dat wil zeggen een kleiner dienstverband gaan vervullen. Dit zal de komende jaren moeten worden gevolgd. Als hierover specifiekere gegevens voorhanden zijn en als grote verschuivingen blijken op te treden ten opzichte van de huidige situatie, kan hiermee in de volgende raming rekening gehouden worden.

Alles wegend wordt gesteld dat er geen verandering zal optreden in de arbeidstijd voor artsen Izb. Deze factor wordt hiermee op 0% gezet.

In het Capaciteitsplan 2008 wordt voor de medische specialismen samen nog uitgegaan van een verdere daling van de arbeidstijd van 2%. Voor huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten wordt net als voor de arts Izb geen verandering in de arbeidstijd verwacht. Niet uitgesloten wordt echter dat er tegen 2019 minder capaciteit nodig is omdat men weer langere werkdagen gaat maken, ook de vrouwen. Dit zal de komende jaren worden gevolgd.

⁴¹ Capaciteitsplan 2008, zie met name verpleeghuisartsen.

Overzicht percentages

In onderstaande tabel worden de verschillende prognoses nog eens overzichtelijk gepresenteerd.

**Tabel 5: Ontwikkelingen binnen infectieziektebestrijding volgens experts
(percentage groei van 2008-2018)**

		Lage prognose	Hoge prognose
Demografie		1%	1%
Onvervulde vraag		10%	10%
Zorgvraag	Epidemiologische ontwikkelingen	5%	10%
	Sociaal culturele ontwikkelingen	10%	20%
Werkproces	Vakinhoudelijke/technologische ontwikkelingen	10%	20%
	Efficiency	-3%	-6%
	Horizontale taakherschikking	0%	0%
	Verticale taakherschikking	-4%	-8%
	Arbeidstijdverandering	0%	0%

Bron: Prognoses Capaciteitsorgaan

6. Behoefteraming aantal artsen Izb

Op basis van de hiervoor aangegeven feitelijke stand van zaken en rekening houdend met verwachte veranderingen, kan tot een benadering van het daarvoor benodigde toekomstige aantal artsen Izb worden gekomen. Hierbij worden de jaren 2019 en 2025 als tijdshorizon genomen en worden een drietal varianten uitgewerkt.

Om onderscheid aan te brengen met de verschillende scenario's die in hoofdstuk 8 worden uitgewerkt, wordt de situatie waarbij uitgegaan wordt van het huidige aantal artsen en de huidige opleidingsverhoudingen, aangeduid met 'basisscenario'⁴². In hoofdstuk 8 worden naast het basisscenario nog vier andere scenario's uitgewerkt: het 'scenario met inzet verpleegkundig specialisten', het 'JGZ-scenario', het 'GHOR-scenario' en het 'scenario met vergaande centralisering'.

De gebruikte percentages worden in onderstaande tabel weergegeven, en zijn afgeleid van tabel 5.

Tabel 6: Weging factoren voor de verschillende varianten

	Basisvariant	Lage combinatievariant, trend stopt in 2018	Lage combinatievariant met doorgaande trend
Aanbodontwikkelingen	ja	ja	Ja
Demografische ontwikkelingen	1% voor 10 jaar, 1,1% tot 2019 1,7% tot 2025	1% voor 10 jaar, 1,1% tot 2019 1,7% tot 2025	1% voor 10 jaar 1,1% tot 2019 1,7% tot 2025
Onvervulde vraag	10% in 2008	10% in 2008	10% in 2008
Zorgvraag en werkproces ontwikkelingen	Niet meegewogen	18% voor 10 jaar, blijft 18% tot 2019 en 2025	18% voor 10 jaar 19,8% tot 2019 30,6% tot 2025

Bron: Prognoses Capaciteitsorgaan, bewerking percentages Nivel

Het gaat daarbij als eerste om de zogenaamde basisvariant, waarin wordt gerekend met demografische vraagontwikkelingen (1% voor 10 jaar), onvervulde vraag (10%) en met veranderingen in de samenstelling van de beroepsgroep (aanbodontwikkelingen). Onder dit laatste worden onder andere feminisering en uitstroom op basis van leeftijd meegewogen. Deze basisvariant kan als uitgangspunt worden beschouwd.

De tweede variant is de lage combinatievariant, waarin naast de factoren waarmee in de basisvariant gewerkt wordt, een aantal ontwikkelingen in de zorgvraag en het werkproces worden meegeteld volgens de lage prognoses. Het extra percentage ontwikkelingen komt voor de artsen Izb in totaal uit op 18% meer capaciteit voor de periode 2008-2018. Dit kan als een soort van middenvariant gezien worden. De lage combinatievariant wordt opgedeeld in een variant met, en een variant zonder

⁴² Let wel: het basis-scenario betreft de situatie waarbij 99 artsen Izb met de huidige opleidingsverhoudingen wordt uitgewerkt. Onderscheid met de basisvariant is van belang. Deze basisvariant is een van de varianten die voor alle scenario's wordt uitgewerkt.

doorlopende trend. In de lage combinatievariant zonder doorgaande trend, de tweede variant waarmee wordt gerekend, wordt ervan uitgegaan dat de verwachte ontwikkelingen tot 2018 lopen en dan stoppen.

In de lage combinatievariant met doorgaande trend, de derde variant, wordt ervan uitgegaan dat de verwachte ontwikkelingen na 2018 blijven doorgaan. Met een tijdshorizon op 2019 gaat het daarbij om één extra jaar, voor 2025 om zeven extra jaren. In de lage combinatievarianten is, in navolging van andere specialismen, gebruik gemaakt van de lage prognoses uit tabel 5. Naar de mening van de experts is gelijktijdige realisatie van alle hoge prognoses onwaarschijnlijk.

Voor de artsen Izb is geen zogenaamde ‘arbeidstijdverandering–variant’ berekend, omdat de arbeidstijd naar verwachting niet zal veranderen de komende jaren. De artsen Izb zijn grotendeels in loondienst en vallen al onder de reikwijdte van de Arbeidstijdenwet. Veranderingen in de arbeidstijd op basis van voortschrijdende feminisering worden in de verschillende varianten al meegewogen in de verwachte veranderingen in de samenstelling van de beroepsgroep.

In onderstaande twee tabellen wordt het aantal werkzame personen en het aantal fte’s weergegeven voor de drie verschillende varianten voor de evenwichts jaren 2019 en 2025, inclusief groeipercentage ten opzichte van het aantal werkzame artsen Izb in 2008 en de bijbehorende fte’s.

De eerste tabel is gericht op de geregistreerde artsen M&G die werkzaam zijn binnen de Izb, de tweede tabel op de artsen met (alleen de) profielopleiding Izb. Hierbij wordt in herinnering gebracht dat voor het totale aantal werkzame artsen Izb in 2008 wordt uitgegaan van 99 artsen Izb (84 fte). Bij de geregistreerde artsen M&G gaat het om 71 personen (61 fte), bij de profielartsen Izb om 11 artsen (9 fte).

In de eerste rij wordt telkens getoond wat het aantal personen en fte’s zal zijn bij ongewijzigde instroom in de opleiding. In de rijen daaronder is zichtbaar wat het aantal personen en fte’s zal zijn dat men nodig heeft volgens de drie verschillende varianten.

In tabel 7 is zichtbaar dat het aantal geregistreerde artsen M&G, werkzaam in de Izb, zal afnemen als de huidige instroom wordt gehandhaafd, met name vanaf 2019. Als de instroom wordt aangepast op basis van de drie verschillende varianten, zal het aantal artsen M&G toenemen, met name in de lage combinatievariant met doorgaande trend.

Tabel 7: Basisscenario: aantal werkzame artsen M&G binnen de Izb per variant in 2019 en 2025 (percentage groei ten opzichte van 71 werkzame artsen M&G binnen de Izb met 61 fte in 2008)

	Evenwichtsjaar 2019		Evenwichtsjaar 2025	
	Personen	Fte's	Personen	Fte's
0. Op basis van huidige instroom	70 (-1%)	59 (-2%)	58 (-18%)	48 (-21%)
1. Volgens basisvariant	80 (13%)	68 (11%)	82 (16%)	68 (12%)
2. Volgens lage combinatievariant, trend stopt in 2018	94 (33%)	79 (30%)	96 (36%)	80 (31%)
3. Volgens lage combinatievariant met doorgaande trend	96 (35%)	80 (32%)	105 (48%)	87 (43%)

Bron: Nivel

In tabel 8 is zichtbaar dat het aantal profielartsen Izb fors zal toenemen als de huidige instroom wordt gehandhaafd. Als wordt opgeleid volgens de verschillende varianten, is de groei van het aantal profielartsen Izb vergelijkbaar met de groei van het aantal artsen M&G binnen de infectieziektebestrijding.

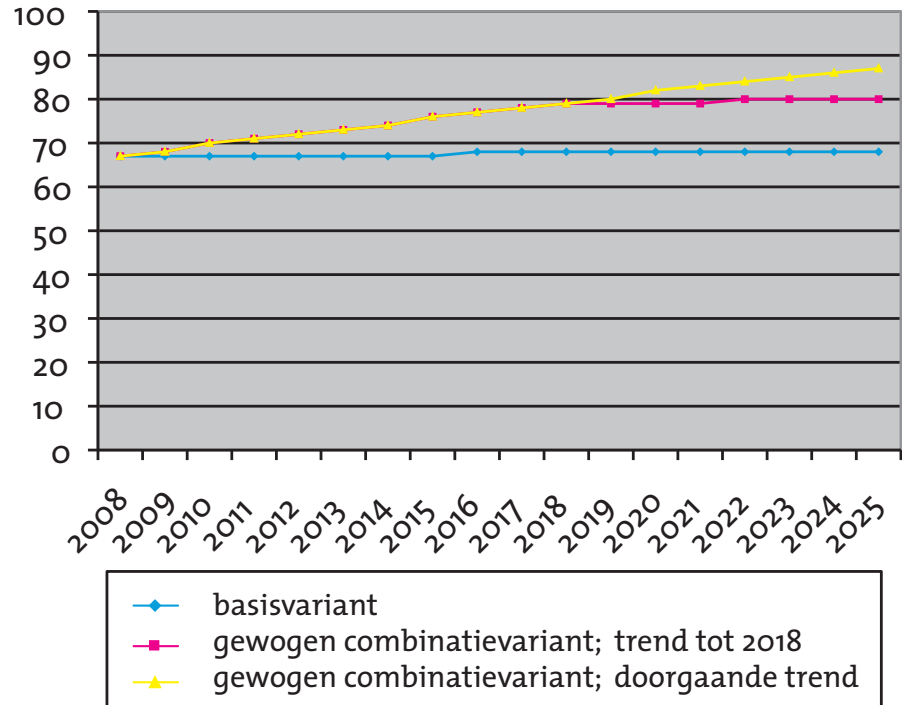
Tabel 8: Basisscenario: aantal werkzame profielartsen Izb per variant in 2019 en 2025 (percentage groei ten opzichte van 11 werkzame profielartsen Izb met 9 fte in 2008)

	Evenwichtsjaar 2019		Evenwichtsjaar 2025	
	Personen	Fte's	Personen	Fte's
0. Op basis van huidige instroom	51 (368%)	41(353%)	69 (527%)	54 (503%)
1. Volgens basisvariant	12 (13%)	10 (11%)	13 (17%)	10 (12%)
2. Volgens lage combinatievariant, trend stopt in 2018	15 (33%)	12 (30%)	15 (37%)	12 (31%)
3. Volgens lage combinatievariant met doorgaande trend	15 (35%)	12 (32%)	16 (49%)	13 (43%)

Bron: Nivel

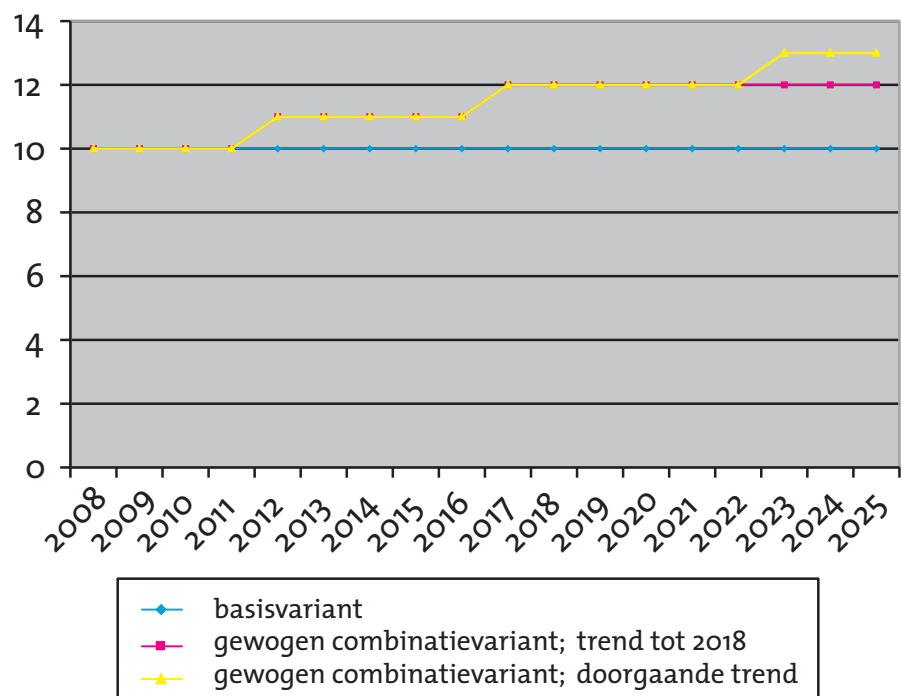
In figuur 6 en 7 wordt de ontwikkeling van de fte's van artsen Izb volgens de verschillende varianten in het basisscenario nog eens grafisch weergegeven.

Figuur 6: Basisscenario: benodigde fte's geregistreerde artsen M&G werkzaam binnen Izb volgens verschillende varianten



Bron: Nivel

Figuur 7: Basisscenario: benodigde fte's artsen met profielopleiding Izb volgens verschillende varianten



Bron: Nivel

7. Benodigde instroom opleidingen

Met bovenstaande prognoses is door het Nivel de instroom in de opleiding berekend volgens de verschillende varianten. In onderstaande tabel worden de uitkomsten voor de benodigde instroom in de profielopleiding Izb en de opleiding M&G voor artsen Izb volgens het basisscenario weergegeven. Hierbij wordt opgemerkt dat het aantal artsen dat dient in te stromen in de profielopleiding Izb de som is van het aantal artsen dat de profielopleiding doet met als einddoel profielarts Izb te worden, plus het aantal artsen dat de profielopleiding doet als eerste fase van de opleiding M&G, met als einddoel arts M&G te worden binnen de infectieziektebestrijding.

Tabel 9: Benodigde jaarlijkse instroom volgens basisscenario per variant vanaf 2009 met 2019 en 2025 als jaren van evenwicht

	Instroom 2009 t/m 2014 voor evenwicht in 2019		Instroom 2015 t/m 2021 voor evenwicht in 2025		Instroom 2009 t/m 2021 voor evenwicht in 2025	
	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase op- leiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase op- leiding M&G
1. Basisvariant	4	4	6	6	5	5
2. Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	6	6	7	6	7	6
3. Lage combinatievariant met doorgaande trend	7	7	9	8	8	7

Bron: berekeningen Nivel

In de eerste kolom met getallen is zichtbaar dat voor evenwicht in 2019 volgens de verschillende varianten 4 tot 7 artsen dienen in te stromen in de profielopleiding Izb, afhankelijk van de gekozen variant. Voor de tweede fase van de opleiding M&G is eveneens een instroom nodig van 4 tot 7 per jaar (tweede kolom). Dat wil zeggen: alle artsen dienen te worden opgeleid tot arts M&G.

Als 2025 als horizon wordt gekozen, en daar in tweede instantie vanaf 2015 op wordt afgekoerst, is een instroom van 6 tot 9 per jaar nodig voor de profielopleiding Izb (derde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 6 tot 8 per jaar (vierde kolom). Dat wil zeggen: in de lage combinatievariant met en zonder trend dient tussen 2015 en 2021 voor evenwicht in 2025 1 arts de profielopleiding te doen om te worden opgeleid tot profielarts. De overige artsen doen de profielopleiding als eerste fase van de opleiding M&G.

Als 2025 als horizon wordt gekozen en daar vanaf 2009 op wordt afgekoerst, is een instroom van 5 tot 8 per jaar nodig voor de profielopleiding Izb (vijfde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 5 tot 7 per jaar (zesde kolom). Dat wil zeggen: in de lage combinatievariant met en zonder trend dient tussen 2009 en 2021 voor evenwicht in 2025 eveneens 1 arts de profielopleiding te doen om te worden opgeleid tot profielarts. De overige artsen doen de profielopleiding als eerste fase van de opleiding M&G.

8. Overwegingen en advies

8.1 Overwegingen

Beleidsgevoeligheid

De infectieziektebestrijding is een relatief beleidsgevoelig taakgebied. Sociaal geneeskundige beroepen staan altijd met één been in publieke taken. De mate van regelgeving kan daarom sterk veranderen afhankelijk van de politieke kleur van regeringen. Dit is in de afgelopen jaren gebleken bij wijzigingen in de wetgeving vanuit het ministerie van Sociale Zaken (Arbowet en WIA). Voor grote groepen bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen, twee specialismen die samen circa 3.000 geregistreerde specialisten kennen, heeft dit geleid tot onzekerheid op de arbeidsmarkt.

Het is geen toeval dat infectieziektebestrijding tot op zekere hoogte bij wet is geregeld. Er wordt van oudsher groot belang gehecht aan deze publieke taak. Dit neemt niet weg dat de opvatting kan veranderen of het hier om een publieke taak gaat of om een taak die (voor een deel) overgelaten kan worden aan particuliere initiatieven. Vooralsnog lijkt de publieke aandacht voor het terrein van de infectieziektebestrijding eerder toe te nemen. In het algemeen geldt dat een voortgaande globalisering vraagt om versterkte aandacht voor preventie van uitheemse ziekten en uitbraak van pandemieën. Daarnaast is recent meer aandacht gekomen voor een mogelijke dreiging van bioterrorisme. Zeker dit laatste vraagt van de GGD 'en meer aandacht binnen het publieke domein van de rampenbestrijding. Al deze factoren zijn bij de verschillende ontwikkelingen in hoofdstuk 5 al aan de orde geweest, maar zouden bij wijziging van beleid kunnen veranderen.

Onzekerheden

Zoals op verschillende plaatsen in deze rapportage naar voren is gekomen, spelen er in de raming voor artsen Izb veel onzekerheden. Naarmate een specialisme groter is en een langere traditie heeft waardoor meer historische gegevens bekend zijn, kan de toekomst beter voorspeld worden. En dan ook weer beter als er vanuit de context waarin aanbod, vraag en werkproces zich bevinden weinig beleidsimpulsen leiden tot verandering. De infectieziektebestrijding is echter zowel een klein en jong specialisme, als een beleidsgevoelig taakgebied met grote onzekerheid over de verschillende mogelijke ontwikkelingen.

Door recente veranderingen in de opleiding bestaat daarnaast onzekerheid over de toekomstige gewenste verhouding in opleidingsniveaus van artsen Izb en kan niet terug worden gegrepen op historische gegevens over de instroom in de verschillende opleidingen. Met de sinds januari 2007 bestaande profielregistratie, is de huidige verdeling tussen basisartsen, profielartsen Izb, en geregistreerde artsen M&G binnen de infectieziektebestrijding, mogelijk niet zonder meer door te trekken naar de toekomst. Om deze reden worden hieronder in twee scenario's (het 'JGZ-scenario' en het 'scenario met vergaande centralisering') twee andere mogelijke ontwikkelingen in

het aantal benodigde artsen lzb en opleidingsniveaus uitgewerkt. Verder zal duidelijk zijn dat met het aantal aanmeldingen in de profielopleiding van twee jaar nog weinig statistiek te bedrijven is.

Een aparte complicatie is dat de mate waarin VWS de opleidingen subsidieert de instroom in de opleidingen zou kunnen beïnvloeden. Nu VWS alleen de profielopleiding subsidieert, is de vraag in hoeverre directies van GGD 'en bereid zijn de laatste twee jaar van de specialistische opleiding tot arts M&G te bekostigen. Met het oog op de verschillende onzekerheden en de beleidsgevoeligheid van het onderwerp wordt dit advies daarom voor drie jaar uitgebracht. De komende tijd zal het verloop van de verschillende ontwikkelingen met aandacht worden gevolgd en worden meegenomen in het volgende advies.

In het navolgende worden vier verschillende scenario's naast het basisscenario beschreven: het JGZ scenario, het GHOR scenario, het scenario met vergaande centralisering, en het scenario met inzet verpleegkundig specialist.

1. JGZ-scenario

Zoals al werd aangekondigd in hoofdstuk 5 onder de paragraaf opleidingen, wordt hier een zogenaamd 'JGZ-scenario' uitgewerkt. In dit scenario worden de opleidingsverhoudingen conform de gewenste verhoudingen binnen GGD 'en voor de opleidingsniveaus van artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen, gebruikt. De Vreelandgroep heeft in 2006 in opdracht van het Capaciteitsorgaan geïnventariseerd welke behoeften binnen GGD 'en bestonden aan de verschillende opleidingsniveau's van artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. Daaruit kwam naar voren dat de reëel geachte wens bestaat dat 27% geregistreerd arts M&G is, 57% van de artsen de profielopleiding JGZ heeft gedaan en 17% basisarts is⁴³. Als deze verhouding wordt doorgerekend voor de drie verschillende varianten (tabel 10) wordt zichtbaar dat de instroom in alleen de profielopleiding binnen alle varianten fors toeneemt ten koste van de benodigde instroom in de opleiding M&G. Dit is verklaarbaar vanuit het verschil in de opleidingsverhoudingen tussen het basisscenario en het JGZ-scenario ten gunste van de artsen met profielopleiding lzb.

De totale instroom in de profielopleiding, dat wil zeggen voor de artsen die alleen de profielopleiding doen plus de artsen die de profielopleiding doen als eerste fase van hun opleiding M&G, ligt voor het evenwichtsjaar 2019 wat hoger dan in het basisscenario (eerste kolom met getallen). Als in tweede instantie wordt afgekoerst op 2025, is zichtbaar dat de instroom in de profielopleiding in totaal lager ligt (derde kolom). Voor het evenwichtsjaar 2025 is de benodigde instroom ongeveer gelijk aan het basisscenario (vijfde kolom). De instroom in de tweede fase van de opleiding M&G

⁴³ Idealiter zou men meer artsen M&G en minder basisartsen in dienst willen hebben in de jeugdgezondheidszorg: 38% artsen M&G, 56% artsen met de profielopleiding JGZ en 6% basisartsen.

is voor alle evenwichts jaren en varianten beduidend lager dan in het basisscenario (kolom 2, 4 en 6).

Tabel 10: Benodigde jaarlijkse instroom volgens JGZ-scenario per variant vanaf 2009 met 2019 en 2025 als jaar van evenwicht (verschil met zogenaamde basisscenario van tabel 9)

	Instroom 2009 t/m 2014 voor evenwicht in 2019		Instroom 2015 t/m 2021 voor evenwicht in 2025		Instroom 2009 t/m 2021 voor evenwicht in 2025	
	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G
1. Basisvariant	7 (+3)	0 (-4)	3 (-3)	2 (-4)	5 (=)	1 (-5)
2. Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	9 (+3)	0 (-6)	5 (-2)	3 (-3)	7 (=)	1 (-5)
3. Lage combinatievariant met doorgaande trend	9 (+2)	0 (-7)	7 (-2)	3 (-5)	8 (=)	1 (-6)

Bron: berekeningen Nivel

Het Capaciteitsorgaan wil de consequenties van deze overweging hiermee inzichtelijk maken. Dit voorliggend JGZ-scenario is echter unaniem verworpen door de bij de totstandkoming van dit advies betrokken experts, vanwege de volstrekt verschillende taakgebieden. Binnen de jeugdgezondheidszorg ligt voor de artsen de nadruk meer op uitvoerende werkzaamheden. Binnen de infectieziektebestrijding heeft de arts meer te maken met beleidsaspecten, waarvoor een (volledige) opleiding M&G gewenst is. Ook uit onderzoek van GGD Nederland in 2004 is gebleken (zie voetnoot 22) dat door directies van GGD 'en meer belang gehecht wordt aan een hoger percentage specialisten (dat wil zeggen geregistreerde artsen M&G) binnen de infectieziektebestrijding dan binnen de jeugdgezondheidszorg. Bovendien wordt, vanwege het niveau van de communicatie met ketenpartners, een specialistenopleiding wenselijk geacht.

2. GHOR-scenario⁴⁴

In hoofdstuk 5 kwam bij ontwikkelingen van het werkproces onder het kopje efficiency al aan de orde dat verdergaande schaalvergroting niet denkbeeldig is. Voor efficiency werd een bescheiden percentage van -3% aangenomen, met name vanwege de verwachting dat de samenwerking tussen GGD 'en, GGD Nederland en het Clb in de komende jaren zal worden versterkt. Verdergaande schaalvergroting op het niveau van specialistische taken in de infectieziektebestrijding is echter zeer wel denkbaar. Zowel bij een eventuele pandemie als bioterrorisme speelt de GHOR een prominente rol in de rampenbestrijding. De GHOR werkt samen met politie en brandweer binnen de zogenaamde Veiligheidsregio's. De GHOR zal in dat geval een beroep doen op de

⁴⁴ GHOR staat voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

deskundigheid die aanwezig is bij de GGD 'en. In dat kader is sprake van een regio-indeling, die invloed kan hebben op de huidige schaal en regio-indeling van de GGD 'en. Als wordt aangesloten bij de schaal van de 25 Veiligheidsregio's zou sprake zijn van een verdere schaalvergroting dan nu het geval is. De meeste GHOR bureau 's zijn overigens ondergebracht bij de GGD 'en.

Als wordt uitgegaan van 90 werkzame artsen IZB binnen 30 GGD 'en⁴⁵, dan is zichtbaar dat gemiddeld 3 artsen Izb werkzaam zijn per GGD. Als diezelfde verhouding wordt aangehouden voor het zogenaamde GHOR-scenario, kan worden berekend dat in de 25 regio's 75 artsen Izb zullen werken. Daarbij werken dan nog 9 artsen buiten GGD 'en, waarmee het totaal aantal artsen Izb in dit scenario uitkomt op 84. Hiervan wordt aangenomen dat het opleidingsniveau dezelfde verhouding heeft als in het basisscenario, dat wil zeggen 72% artsen M&G, 11% profielartsen Izb en 17% basisartsen.

Als dit wordt doorgerekend is in onderstaand tabel zichtbaar dat het aantal artsen dat moet worden opgeleid over de gehele linie wat naar beneden kan. Dit is logisch, omdat in dit scenario minder artsen nodig zijn, maar de opleidingsverhoudingen gelijk blijven.

Tabel 11: Benodigde jaarlijkse instroom volgens GHOR-scenario per variant vanaf 2009 met 2019 en 2025 als jaar van evenwicht (verschil met zogenaamde basisscenario van tabel 9)

	Instroom 2009 t/m 2014 voor evenwicht in 2019		Instroom 2015 t/m 2021 voor evenwicht in 2025		Instroom 2009 t/m 2021 voor evenwicht in 2025	
	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase op- leiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase op- leiding M&G
1. Basisvariant	3 (-1)	3 (-1)	6 (=)	6 (=)	4 (-1)	4 (-1)
2. Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	4 (-2)	4 (-2)	6 (-1)	6 (=)	5 (-2)	5 (-1)
3. Lage combinatievariant met doorgaande trend	5 (-2)	5 (-2)	8 (-1)	7 (-1)	6 (-2)	6 (-1)

Bron: berekeningen Nivel

In de eerste kolom met getallen is zichtbaar dat voor evenwicht in 2019 volgens de verschillende varianten 3 tot 5 artsen dienen in te stromen in de profielopleiding Izb, afhankelijk van de gekozen variant. Voor de tweede fase van de opleiding M&G is eveneens een instroom nodig van 3 tot 5 per jaar (tweede kolom). Dat wil zeggen: alle artsen dienen te worden opgeleid tot arts M&G.

⁴⁵ Zie hoofdstuk 3, aantal werkzame artsen Izb.

Als 2025 als horizon wordt gekozen, en daar in tweede instantie vanaf 2015 op wordt afgekoerst, is een instroom van 6 tot 8 per jaar nodig voor de profielopleiding Izb (derde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 6 tot 7 per jaar (vierde kolom). Dat wil zeggen: in de lage combinatievariant met doorgaande trend dient tussen 2015 en 2021 voor evenwicht in 2025 1 arts de profielopleiding te doen om te worden opgeleid tot profielarts Izb. De overige artsen doen de profielopleiding als eerste fase van de opleiding M&G.

Als 2025 als horizon wordt gekozen en daar vanaf 2009 op wordt afgekoerst, is een instroom van 4 tot 6 per jaar nodig voor de profielopleiding Izb (vijfde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is eveneens een instroom nodig van 4 tot 6 per jaar (zesde kolom). Dat wil zeggen: alle artsen dienen te worden opgeleid tot arts M&G.

3. Scenario met vergaande centralisering

In 2004 is het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS gestart met de opzet van een centrum dat de infectieziektebestrijding landelijk zou coördineren en versterken. In 2006 is het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) geopend door de minister van VWS. Zoals het Cib dit zelf stelt heeft het *'de taak en de ambitie om een brug te vormen tussen wetenschap, beleid en praktijk'*. In het zogenaamde 'scenario met vergaande centralisering' wordt ervan uitgegaan dat gekozen wordt voor het vergaand centraliseren van specialistische kennis over infectieziektebestrijding bij het Cib. Door de bij het advies betrokken experts wordt het realiteitsgehalte van dit scenario overigens in twijfel getrokken. Ook wordt dit scenario niet wenselijk geacht vanuit het oogpunt van inzet van hoogwaardige professionals in het taakgebied infectieziektebestrijding. Het scenario is toch uitgewerkt, om beleidsmakers de consequenties te laten zien van dit scenario voor de instroom in de verschillende opleidingen infectieziektebestrijding.

Er wordt vanuit gegaan dat binnen het Cib 10 artsen M&G werkzaam zijn voor de infectieziektebestrijding. Vooruitlopend op ontwikkelingen rond centralisering, wordt verder aangenomen dat in 5 samenwerkende regio's totaal 5 artsen M&G werkzaam zijn voor de infectieziektebestrijding en op het niveau van 25 GGD 'en totaal 25.

In totaal zouden dan 40 artsen M&G werkzaam zijn binnen de infectieziektebestrijding. Als daarnaast op het niveau van de 25 GGD 'en nog 2 artsen zonder specialistentitel werkzaam zijn per GGD (conform de gemiddeld 3 artsen Izb per GGD), komt het totaal aantal artsen uit op 90. Het aandeel artsen M&G komt daarmee uit op 44%. Als nog steeds wordt uitgegaan van 17% basisartsen⁴⁶, zal 39% de profielopleiding hebben gedaan. Als deze verhouding wordt doorgerekend, is het advies over de instroom in de verschillende opleidingen zichtbaar in onderstaande tabel.

⁴⁶ Er zal altijd een aantal basisartsen werkzaam zijn, dat wacht op een opleiding of tijdelijk werkzaam is, bijvoorbeeld in afwachting van een andere opleiding.

Tabel 12: Benodigde jaarlijkse instroom volgens scenario met vergaande centralisering per variant vanaf 2009 met 2019 en 2025 als jaar van evenwicht (verschil met zogenaamde basis-scenario van tabel 9)

	Instroom 2009 t/m 2014 voor evenwicht in 2019		Instroom 2015 t/m 2021 voor evenwicht in 2025		Instroom 2009 t/m 2021 voor evenwicht in 2025	
	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding lzb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G
1. Basisvariant	3 (-1)	0 (-4)	6 (=)	5 (-1)	5 (=)	2 (-3)
2. Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	5 (-1)	0 (-6)	7 (=)	6 (=)	6 (-1)	3 (-3)
3. Lage combinatievariant met doorgaande trend	5 (-2)	1 (-6)	9 (=)	6 (-2)	7 (-1)	3 (-4)

Bron: berekeningen Nivel

Omdat er naar verhouding minder artsen M&G dienen te worden opgeleid, is de instroom in met name de opleiding M&G afgenomen ten opzichte van het basisscenario. Omdat het totaal aantal benodigde artsen eveneens kleiner is dan in het basisscenario, is ook de totale instroom in de profielopleiding lzb lager.

In de eerste kolom met getallen is zichtbaar dat voor evenwicht in 2019 volgens de verschillende varianten 3 tot 5 artsen dienen in te stromen in de profielopleiding lzb, afhankelijk van de gekozen variant. Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 0 tot 1 per jaar (tweede kolom). Dat wil zeggen: alleen in de lage combinatievariant met doorgaande trend dient 1 arts te worden opgeleid tot arts M&G. Als 2025 als horizon wordt gekozen, en daar in tweede instantie vanaf 2015 op wordt afgekoerst, is een instroom van 6 tot 9 per jaar nodig voor de profielopleiding lzb (derde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 5 tot 6 per jaar (vierde kolom). Dat wil zeggen: in alle varianten doet een groot deel van de artsen de profielopleiding als eerste fase van de opleiding M&G. Als 2025 als horizon wordt gekozen en daar vanaf 2009 op wordt afgekoerst, is een instroom van 5 tot 7 per jaar nodig voor de profielopleiding lzb (vijfde kolom). Voor de tweede fase van de opleiding M&G is een instroom nodig van 2 tot 3 per jaar (zesde kolom). Dat wil zeggen: bijna de helft van de artsen die de profielopleiding doet, dient verder opgeleid te worden tot arts M&G.

4. Scenario verpleegkundig specialist

Taakherschikking met verticale substitutie is beleidsmatig alom aan de orde als het gaat om inzet van verpleegkundigen. Het gaat om sociaal verpleegkundigen, waarvan er in de infectieziektebestrijding bijna 150 werkzaam zijn⁴⁷. Hierop is in hoofdstuk 5

⁴⁷ Bron: NPHF, Eindrapport Beroepskrachtenplanning Public health, een pleidooi voor systematische en integrale beroepskrachtenplanning in de public health. Juli 2007.

onder verticale taakherschikking al ingegaan. Daarnaast speelt de vraag of het zinrijk is om verpleegkundigen met een hoger opleidingsniveau in te gaan zetten, de zogenaamde 'verpleegkundig specialisten'. In de indeling volgens de VBOC zou het voor de infectieziektebestrijding gaan om verpleegkundig specialisten met specialisatie in de preventie⁴⁸. Eerder kwam al aan de orde dat in de rapportage over taakschikking van de V&VN en de VIZ wordt gesproken over verpleegkundigen die net als de artsen Izb in drie opleidingsniveaus worden verdeeld⁴⁹.

Bij de artsen gaat het bij niveau 1 om basisartsen, bij niveau 2 om profielartsen Izb en bij niveau 3 om artsen M&G. Bij de verpleegkundigen gaat het dan respectievelijk om HBO-verpleegkundigen die tijdelijk werkzaam zijn binnen de infectieziektebestrijding of in afwachting zijn van verdere opleiding, verpleegkundigen met profielopleiding infectieziektebestrijding en HBO-verpleegkundigen met een vervolgopleiding op masterniveau. Als de meeste artsen Izb alleen een tweejarige scholing volgen, is het onderscheid met verpleegkundig specialisten wellicht te klein om zich veel inspanning te getroosten om taakherschikking tot stand te brengen. Aangezien het grootste deel van de artsen Izb de vierjarige opleiding, of een daarmee gelijk gestelde opleiding heeft gedaan, is denkbaar dat voor bepaalde taken in de infectieziektebestrijding taakherschikking mogelijk is.

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat voor taakherschikking met echte substitutie van werk van de artsen er in ieder geval voldoende aanbod van het betreffende werk moet zijn⁵⁰. Dit kan dan geprotocolleerd worden, om zorg te dragen voor borging van de kwaliteit. In een expertmeeting begin 2006, raadde mevrouw Roodbol (sinds 2007 lector verpleegkundige innovatie en positionering bij de Hanzehogeschool Groningen) de inzet van nurse practitioners in de infectieziektebestrijding nog af, vanwege het kleine werkgebied en het ontbreken van een specifieke patiëntencategorie⁵¹. In haar ogen was niet taakherschikking, maar taakschikking aan de orde. Omdat in de notitie over taakschikking van de V&VN en de VIZ wel gesproken wordt over inzet van een verpleegkundige op masterniveau, wordt dit hier toch in een apart scenario uitgewerkt.

⁴⁸ Zie publicatie Verpleegkundige Toekomst in goede Banen van de VBOC en AVVV (nu V&VN).

⁴⁹ Conceptrapportage van V&VN en VIZ van januari 2008 Taakschikking professionals binnen de GGD infectieziektebestrijding.

⁵⁰ Bussemakers, H.J.J.M. Taakherschikking in de huisartsenzorg. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen. STG/Health management Forum; Leiden, 2005.

⁵¹ Expertmeeting op 12 januari 2006 over taakverdeling en opleiding GGD artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding, georganiseerd door de LCI. Hierbij was onder andere mevrouw Petrie Roodbol aanwezig, die het proefschrift 'Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen, onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen' schreef in 2005. Zij is hoofd Opleidingen bij het UMCG en sinds 2007 lector verpleegkundige innovatie en positionering bij de Hanzehogeschool Groningen.

Bij echte substitutie van werk van artsen, zou dit in een ‘beleidsrijke’ raming kunnen betekenen dat minder artsen geschoold hoeven te worden. Voorwaarde is uiteraard wel dat dit nieuwe opleidingsbeleid voor verpleegkundigen en de voornemens tot taakherschikking de komende jaren door zullen zetten. Net als in het Capaciteitsplan 2007 voor de artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, wordt van de inzet van deze verpleegkundig specialisten alleen effect verwacht op de inzet van profielartsen. Verwacht wordt dat het werk dat gedaan wordt door gespecialiseerde artsen M&G niet overgenomen wordt door deze verpleegkundigen, omdat artsen M&G specifieke taken verrichten op hoog niveau.

Het wordt aannemelijk bevonden dat deze verpleegkundig specialisten kunnen worden ingezet binnen de 5 tot 10 grote GGD ‘en in Nederland en binnen bepaalde landelijke instellingen. Aangenomen wordt dat hierdoor nog eens 2% minder profielartsen Izb nodig zijn dan binnen de twee combinatievarianten waarin al rekening gehouden wordt met 4% minder artsen vanwege verticale taakherschikking (zie tabel 5 in hoofdstuk 5).

In onderstaande tabel worden de uitkomsten van de benodigde instroom volgens de verschillende varianten weergegeven voor de profielartsen Izb. De instroom in de opleiding M&G blijft onveranderd.

Tabel 13: Benodigde jaarlijkse instroom per variant vanaf 2009 met 2009 en 2025 als jaar van evenwicht, met extra inzet verpleegkundig specialist bij 2% minder artsen (verschil met basisscenario zonder inzet verpleegkundig specialist)

	Instroom 2009 t/m 2014 voor evenwicht in 2019		Instroom 2015 t/m 2021 voor evenwicht in 2025		Instroom 2009 t/m 2021 voor evenwicht in 2025	
	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G
1. Basisvariant	4 (=)	4 (=)	6 (=)	6 (=)	5 (=)	5 (=)
2. Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	6 (=)	6 (=)	7 (=)	6 (=)	7 (=)	6 (=)
3. Lage combinatievariant met doorgaande trend	7 (=)	7 (=)	9 (=)	8 (=)	8 (=)	7 (=)

Bron: berekeningen Nivel

Tabel 13 toont dat op geen van de uitkomsten van de instroom in de verschillende opleidingen effect zichtbaar is door de inzet van verpleegkundig specialisten.

Vanwege de bescheiden schatting over het effect van de inzet van verpleegkundig specialisten is door het Nivel separaat berekend wat de instroom moet zijn als door de inzet van verpleegkundig specialist 5% minder profielartsen Izb nodig zijn in plaats van 2%. De kleine verschillen die er dan zijn in de uitkomsten, vervallen volledig bij afronding.

Daarnaast is separaat berekend door het Nivel wat de instroom moet zijn volgens het GHOR-scenario en het scenario met vergaande taakherschikking als binnen deze scenario's een verpleegkundig specialist zou worden ingezet. Ook hier is gerekend met zowel -2% als -5% invloed op de capaciteit van de profielarts Izb.

In het GHOR scenario bleken de uitkomsten na afronding niet te verschillen van het GHOR-scenario zonder inzet van de verpleegkundig specialist.

In het scenario met vergaande centralisering bleken alleen verschillen in de uitkomsten op te treden binnen de lage combinatievariant met doorgaande trend. Volstaan wordt met het benoemen van de verschillen.

Bij -2% invloed van de verpleegkundig specialist dienen er jaarlijks 6 in plaats van 7 artsen in te stromen in de profielopleiding Izb tussen 2009 en 2021 als gericht wordt op evenwicht in 2025.

Bij -5% invloed van de verpleegkundig specialist dienen er jaarlijks eveneens 6 in plaats van 7 artsen in te stromen in de profielopleiding Izb tussen 2009 en 2021 als gericht wordt op evenwicht in 2025. Als in twee stappen gericht wordt op 2025, is de jaarlijkse instroom tussen 2015 en 2021 eveneens 1 lager, namelijk 8 in plaats van 9. Vooruitlopend op paragraaf 8.2 wordt hier alvast gemeld dat deze verschillen optreden in de variant die niet gebruikt wordt in het uiteindelijke advies.

Haalbaarheid

Met het oog op de haalbaarheid voor zowel de opleidingsinstelling (de NSPOH) als de opleidingsinrichtingen, waar het praktische deel van de opleiding wordt gedaan, kan bij deze lage jaarlijkse instroom in de profielopleiding overwogen worden deze opleiding eenmaal per twee jaar te laten starten, zoals momenteel al gebruikelijk is. Het Capaciteitsorgaan blijft, zoals te doen gebruikelijk, buiten deze discussie, en laat beslissingen hieromtrent over aan de betreffende partijen. Voor de tweede fase van de opleiding wordt deze overweging overigens niet meegegeven.

Naar verwachting zal de werving van voldoende artsen voor de opleidingen in de infectieziektebestrijding weinig problemen opleveren. Binnen de publieke gezondheidszorg heeft dit vakgebied een duidelijke medisch imago. Verder zal de komende jaren sprake zijn van een toenemende groep basisartsen die afstuderen, waarvan een groot deel een vervolgopleiding wil volgen⁵² ⁵³, waardoor het aannemelijk is dat meer artsen zullen solliciteren op een baan bij GGD'en. Door instelling van de profielopleiding zal dit nog aantrekkelijker worden, omdat men de gefaseerde opleiding kan combineren met gezinsontwikkeling.

8.2 Advies instroom

Om fluctuaties in de instroom te voorkomen, wordt over het algemeen gekozen voor de tweede tijdshorizon, in deze raming 2025. Als daarbij gekozen wordt voor de lage combinatievariant en vanwege de onzekerheid van de ontwikkelingen, met name

⁵² Zie Capaciteitsplan 2008, hoofdstuk 7.2 en 7.3.

⁵³ Scaudit, Brus e.a, 2002.

beleidsmatig, gekozen wordt voor de variant zonder doorgaande trend, ziet de instroom volgens de verschillende scenario's eruit als in tabel 14.

Tabel 14: Benodigde jaarlijkse instroom volgens de verschillende scenario's voor de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en evenwicht in 2025

	Benodigde instroom profielopleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G ⁵⁴	Benodigde instroom tweede fase opleiding M&G
Basisscenario	7	6
JGZ scenario	7	1
GHOR scenario	5	5
Scenario vergaande centralisering	6	3
Scenario met inzet verpleegkundig specialist	7	6

Bron: Nivel

Omdat eerder in dit hoofdstuk al geconstateerd is dat de onzekerheden rond deze raming groot zijn, is in dit advies gekozen voor het basisscenario. De andere scenario's zijn uitgewerkt om de marges van deze raming te kunnen laten zien.

Geadviseerd wordt jaarlijks 7 artsen in te laten stromen in de profielopleiding Izb, en 6 in de tweede fase van de opleiding M&G.

Gezien de doorlooptijd van dit advies wordt aanbevolen om voor de volgende advisering aan te sluiten bij het volgende integrale capaciteitsplan over 3 jaar.

8.3 Ontwikkeling opleidingscapaciteit

Uitgangspunten bij berekening opleidingscapaciteit

Het totaal aantal aios bedraagt begin 2008 10 voor de profielopleiding en 6 voor de tweede fase van de opleiding M&G voor artsen Izb⁵⁵. Voor de ontwikkeling van de capaciteit wordt de som genomen van de instroom volgens het advies in het jaar zelf (de aios in het eerste jaar van de betreffende opleiding), de instroom van het vorige jaar (de aios in het tweede jaar van de betreffende opleiding) en 10% van de instroom 2 jaar eerder. Aangenomen wordt namelijk dat 10% van aios langer dan twee jaar doet

⁵⁴ Het aantal dat genoemd wordt bij de profielopleiding, is de som van het aantal artsen dat alleen de profielopleiding doet en het aantal dat de profielopleiding doet als eerste fase van de opleiding M&G.

⁵⁵ Let wel, deze instroom vond voorheen eens per twee jaar plaats, zie tabel 2. Omdat het advies in deze rapportage ingaat per 2009, wordt de instroom in 2008 hier als jaar instroom weergegeven.

⁵⁶ Volgens intern rendement van 98%, dat wil zeggen 1% per jaar gedurende twee jaar.

over hun opleiding, maar afstudeert in het derde jaar dat ze bezig zijn met hun opleiding.

Verder wordt aangenomen dat de uitval in de opleiding⁵⁶ verspreid plaatsvindt in het eerste en tweede jaar. Omdat het om zeer kleine aantallen gaat, vertekent afronding de getallen. Daarom is ervoor gekozen om uitval per twee jaar weer te geven, waardoor de opleidingscapaciteit per jaar schommelt.

Berekening opleidingscapaciteit

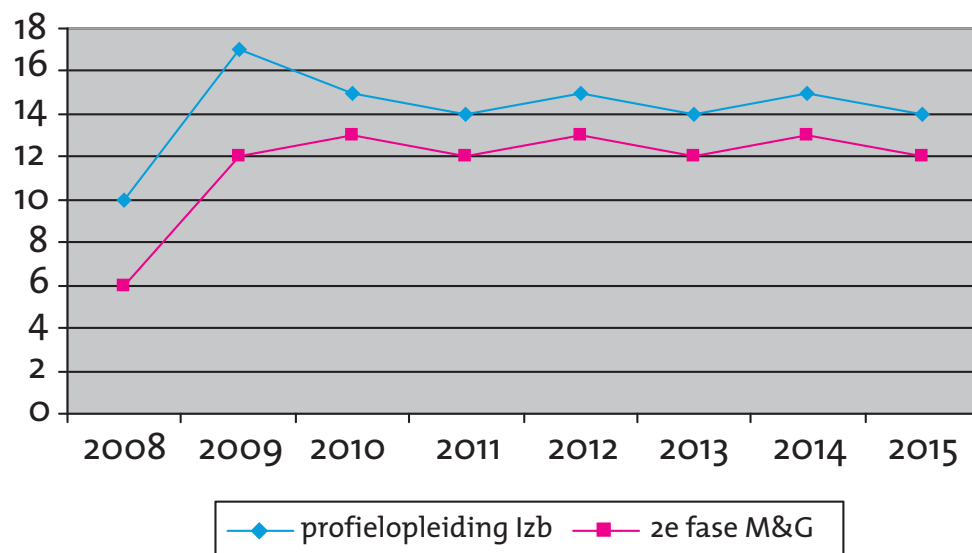
In onderstaande tabel wordt de opleidingscapaciteit weergegeven voor de profielopleiding Izb en de tweede fase van de opleiding M&G voor de artsen Izb. Zichtbaar is dat de capaciteit vanwege de korte opleidingsduur snel stabiliseert naar 14 tot 15 aiOS in de profielopleiding Izb en 12 tot 13 in de tweede fase van de opleiding M&G. In de figuur 8 wordt dit nog eens grafisch weergegeven.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Profiel opleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G	Profiel opleiding Izb/ eerste fase opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G
Instroom zelfde jaar -1% uitval vlgs intern rende- ment	10	6	7	6	7	6	7	6	7	6
Instroom vorige jaar -2% uitval vlgs intern rende- ment	0	0	10	6	7	6	7	6	7	6
10% instroom 2 jaar eerder - 2% uitval vlgs intern rende- ment	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
TOTAAL	10	6	17	12	15	13	14	12	15	13

Tabel 15: Opleidingscapaciteit per opleiding Izb per jaar

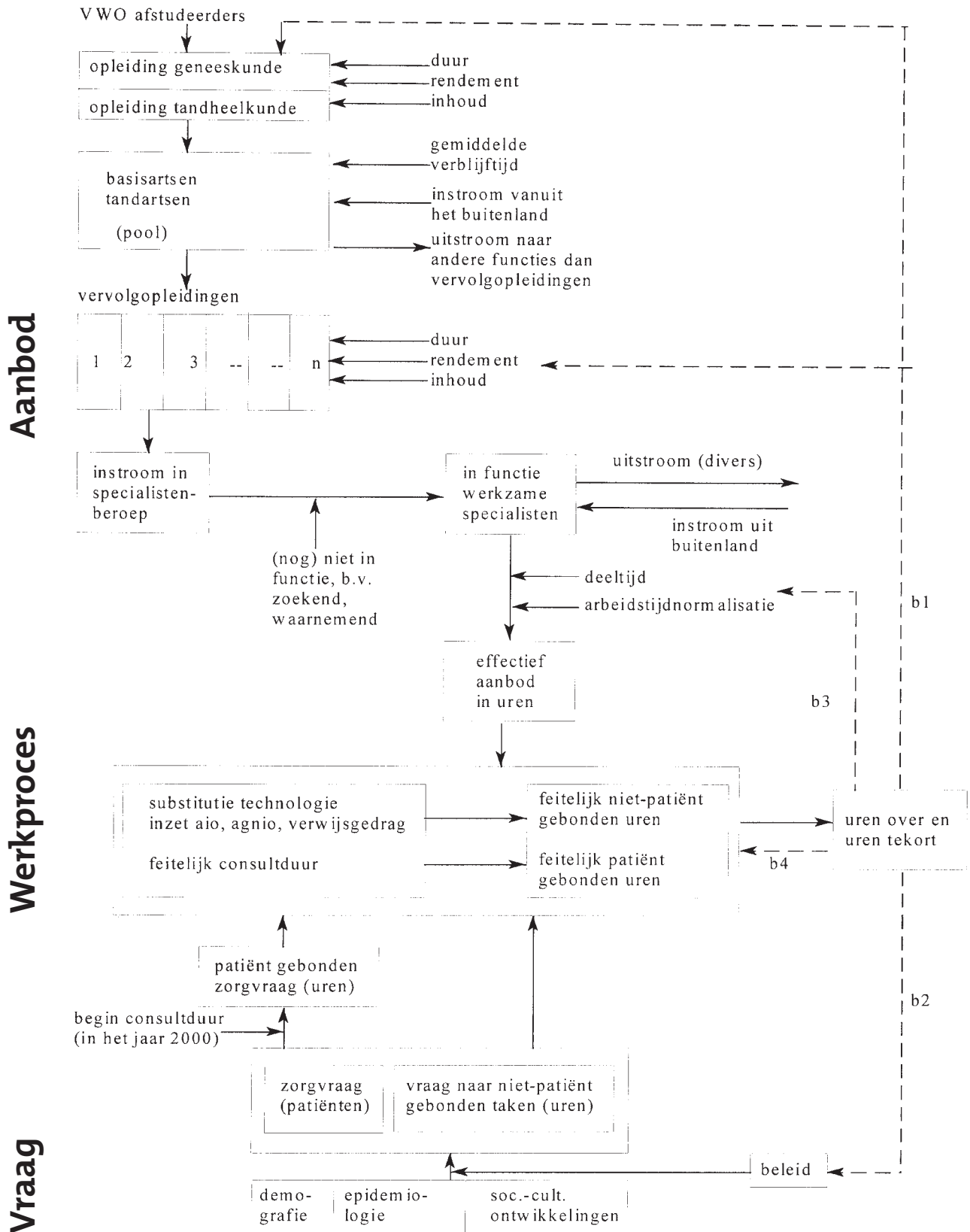
Bron: Berekeningen Capaciteitsorgaan

Figuur 8: Opleidingscapaciteit per opleiding Izb per jaar



Bron: Berekeningen Capaciteitsorgaan

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Procedure

De Werkgroep Infectieziektebestrijding is in de eerste helft van 2008 betrokken geweest bij het opstellen van het Capaciteitsplan 2008 voor de medische vervolgopleidingen infectieziektebestrijding. De leden van de Werkgroep zijn afkomstig uit de beroepsgroep (vanuit de sectie Infectieziektebestrijding van de VIZ en het Centrum voor Infectieziektebestrijding, onderdeel van het RIVM), de koepel van werkgevers (GGD Nederland) en de opleidingsinstelling (NSPOH).

De Kamer Sociaal Geneeskundigen heeft het advies op 4 september 2008 geaccordeerd.

Het Plenair Orgaan heeft het advies op 13 oktober 2008 vastgesteld.

Betrokken experts

Plenair Orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen

Dhr. dr. R.A. van Eijck

Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn, ondervoorzitter DB

Mw. Dr. M.J. Kaljouw

Dhr. C.J.G. Theeuwes

Dhr. A.M.J. Veer

Dhr. dr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Bey

Dhr. drs. P.J.L. van Heugten

Dhr. F.C.A. Jaspers, voorzitter DB

Dhr. drs. P. de Jonge

Dhr. dr. S.J. Noorda

Dhr. prof.dr. H.A.P. Pols

Dhr. drs. P.M.L. Smits

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers, lid DB

Dhr. A.M. van Houten

Dhr. J.W. Schouten

Dhr. J.Ph.P. Stenger

Kamer Sociale Geneeskunde

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. B.J. Burggraaff
Dhr. J.B.J. Drewes
Dhr. R.H.C.J. Mentink
Mevr. H.M. Sachse-Bonhof
Dhr. F.G. Vlutters (adviserend lid)

Organisaties van opleidingsinstellingen/werkgevers

Dhr. H. Kroneman
Mevr. I. Steinbuch
Mevr. drs. V.R.E. Verdegaaal
Dhr. M.H. Waterman

Werkgroep Infectieziektebestrijding

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. drs. J.H.T.C. van den Kerkhof
Dhr. J. van Steenbergen
Mevr. C. Swaan

Organisaties van opleidingsinstellingen/werkgevers

Mevr. J. de Boer
Dhr. J. Doosje
Dhr. drs. P.A.M. Meyknecht

Bijlage 3: Literatuurlijst

Brus, ER e.a. Keuzeprocessen en keuzebepalende factoren bij recent afgestudeerde basisartsen. Scaudit Performance Group & E-Consult. Buren; november 2002.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleidingen jeugdgezondheidszorg. Utrecht; mei 2007.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen. Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde, beide vanaf 2009. Utrecht; februari 2008.

GGD Nederland. Onderzoeksresultaten en aanbevelingen normering van GGD-capaciteit voor de Algemene infectieziektebestrijding. Project Izb. GGD Nederland; mei 2005.

Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag; december 2007.

Kerkhoff AHM. Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige diensten. Bussum; 1994.

Kleffens, T, Donk, J van den. Arts M&G; met uitsterven bedreigd. Werkgeversperspectief opleiding arts Maatschappij & Gezondheid. GGD Nederland; Utrecht, 21 juni 2005.

Lier, EA van, Rahamat-Langendoen, JC, Vliet, JA van. Staat van Infectieziekten in Nederland 2006. Rapport 210211002/2007. RIVM; juni 2007.

Petersen, A van, Bunt S, Scholten C. Quicksan opleidingsbehoefte Sociaal Geneeskundigen, eindrapport. Een onderzoek in opdracht van GGD Nederland. Research voor Beleid BV; Leiden, 2 maart 2004.

Rahamat-Langendoen, JC, Vliet, JA van, Lier, EA van. Staat van Infectieziekten in Nederland 2007. Rapport 210211004/2008. RIVM; 2008.

VBOC - AVVV. Verpleegkundige Toekomst in goede Banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht, mei 2006.

Vermij P, Boer A de. Centrum Infectieziektebestrijding. Jaarbeeld 2006. Bilthoven; juni 2007.

VIZ, sectie infectieziektebestrijding. Beroepsprofiel arts infectieziektebestrijding. Juli 2003.

V&VN en Vereniging voor infectieziekten. Werkgroep taakshikking infectieziektebestrijding. Taakshikking professionals binnen de GGD infectieziektebestrijding. Concept. Utrecht; januari 2008.

Weinans A, Warmenhoven N. Eindrapportage Beroepskrachtenplanning Public Health: een pleidooi voor systematische en integrale beroepskrachtenplanning in de public health. NPHF; Utrecht, juli 2007.

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl