

Capaciteits  
orgaan



# *Capaciteitsplan 2007*

*Voor de medische vervolgopleidingen*

*Jeugdgezondheidszorg*

*Utrecht, mei 2007*

# ***Capaciteitsplan 2007***

***voor de medische vervolgopleidingen***

***jeugdgezondheidszorg***



## Inhoudopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	9
2. Positionering Vakgebied	13
3. Regio en omvang verzorgingsgebied	18
4. Leeftijd, geslacht en omvang dienstverband	21
5. Opleiding	25
6. Blik naar de toekomst	33
6.1 Aanbod	33
6.2 Zorgvraag	38
6.3 Werkproces	40
6.4 Totaal	43
7. Varianten	44
7.1 Basisvariant	44
7.2 Lage Combinatievariant	45
7.2.1 Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	45
7.2.2 Lage combinatievariant met doorgaande trend	46
7.3 ATV-Variant	47
7.4 Totaaloverzicht Varianten	47
8. Overwegingen	49
9. Advies instroom	61

### Bijlagen:

1. Model Capaciteitsorgaan	64
2. Procedure en betrokken experts	65
3. Scenario verticale taakherschikking	67
4. Berekening uitval beroepsgroep	73
5. Berekening arbeidstijdverandering	75
6. Berekening NIVEL	77
7. Opleidingscapaciteit	86
8. Onderzoek Vreelandgroep	89
9. Literatuurlijst	92



## Samenvatting

Er is veel maatschappelijke en politieke aandacht voor zowel Jeugdzorg als ook, maar dan meer zijdelings, Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Vanuit de politieke verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid van de JGZ is er behoefte aan een raming voor artsen werkzaam in de JGZ.

In afwijking van voorgaande ramingen voor andere artsen, wordt in deze raming niet alleen een advies gegeven over de instroom in de opleiding tot specialist (in dit geval de opleiding tot arts Maatschappij&Gezondheid) maar ook over de instroom in de profielopleiding JGZ, die leidt tot registratie in het register van de SGRC maar niet tot een specialistentitel. Ook wordt in deze raming in tegenstelling tot andere ramingen, het aantal werkzame basisartsen meegenomen.

Door de Vreelandgroep is in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in verschillende gegevens over de beroepsgroep, waaronder het aantal werkzame artsen.

Er zijn eind 2006 1.712 artsen werkzaam in de JGZ. Hiervan werken 634 binnen 36 GGD'en en 1.078 binnen 54 Thuiszorginstellingen. Naast de artsen werken er nog eens bijna 2.400 verpleegkundigen, waarvan bijna 2.000 in de Thuiszorg en ongeveer 400 bij de GGD'en. Het totaal aantal aan hoger opgeleid personeel bedraagt zo ruim 4.100. Verdeeld naar werkgever ziet dit er als volgt uit.

**Tabel 1: Aantallen artsen en verpleegkundigen eind 2006 ingedeeld naar werkgever**

	Aantal artsen	Aantal verpleegkundigen	Totaal aantal	Aandeel verpleegkundigen
Thuiszorg	1.078	1.990	3.068	65%
GGD	634	400	1.034	39%
<b>Totaal</b>	<b>1.712</b>	<b>2.390</b>	<b>4.102</b>	<b>58%</b>

Bron: Vreelandgroep

Het merendeel van de artsen is vrouw, waarbij een klein verschil bestaat tussen GGD'en (85% vrouw) en Thuiszorginstellingen (94% vrouw).

In de leeftijdsverdeling valt op dat er sprake is van een verouderde beroepsgroep, zowel bij GGD'en als bij Thuiszorginstellingen. Bij GGD'en is 44% van de artsen 50 jaar of ouder, bij de Thuiszorginstellingen is dit 47%. Dit betekent dat er sprake is van een zeer grote vervangingsvraag, bij verder ongewijzigd beleid.

Het gemiddeld aantal fte's van de artsen bij de GGD'en is afgezien van oproepkrachten 0,64 fte. Dit is vergelijkbaar met vrouwelijke huisartsen. Bij de Thuiszorginstellingen is dit met gemiddeld 0,46 fte duidelijk kleiner.

In april 2006 is de nieuwe opleiding Maatschappij&Gezondheid van start gegaan. Deze bestaat allereerst uit een tweejarige profielopleiding in verschillende richtingen, waaronder de profielopleiding JGZ. Deze leidt tot de titel Jeugdarts (JA). Daarna

bestaat de mogelijkheid om nog eens twee jaar opleiding te volgen. Wordt deze succesvol afgesloten dan leidt dit tot de specialisatie maatschappij en gezondheid en de titel arts maatschappij en gezondheid (AM&G). Deze innovatie in de opleidingsstructuur is in de geest van het rapport 'Arts van straks'.

Vanwege de nieuwe opleidingsstructuur is er momenteel nog een beperkte instroom gerealiseerd en een beperkte totale opleidingscapaciteit.

De titel JA, of gelijksoortige titels, bestond in het verleden niet. In de overgangperiode naar de nieuwe opleiding M&G zijn wel verschillende vormen van scholing aangeboden die kunnen leiden tot opname in het profielregister JGZ. Hierdoor kan worden uitgegaan van circa 200 JA bij start van het profielregister, waarvan circa 40 werkzaam zijn binnen GGD'en en 160 binnen de Thuiszorg.

Er is een groot verschil in het aantal artsen M&G dat eind 2006 werkzaam is binnen de verschillende instellingen: binnen GGD'en is dit 50%, in de Thuiszorg is dit 6%.

Uitgaande van de cijfers uit het onderzoek van de Vreelandgroep, is, in combinatie met de in het onderzoek gevraagde, realistisch geachte, verhouding tussen aantal werkzame basisartsen, jeugdartsen en artsen M&G, door het NIVEL de instroom voor de periode 2009-2019 berekend in zowel de profielopleiding JGZ als de opleiding M&G voor specifiek de artsen werkzaam in de JGZ. In het onderzoek van de Vreelandgroep is de instellingen gevraagd om een realistische opgave te doen van de verhoudingen tussen de verschillende opleidingsniveaus, rekening houdend met financierings- en praktische bezwaren. Daarnaast is gevraagd naar een ideale verhouding.

De realistische opgave wordt gebruikt voor de raming. Desondanks is niet uitgesloten dat de verhoudingen anders gaan uitvallen. Veel hangt af van de financiering al dan niet uit het opleidingsfonds. Het Capaciteitsorgaan adviseert ongeacht de financieringsmogelijkheden.

Er blijkt bij zowel GGD'en als Thuiszorginstellingen een grote interesse te bestaan voor het opleidingsniveau JA. Beide instellingen willen rond de 60% JA in dienst hebben.

Verder wil men blijkbaar af van niet specifiek geschoolde basisartsen. Bij de Thuiszorg is de gewenste verhouding 17% basisartsen, 67% JA en 17% AM&G. Bij GGD'en ligt deze verhouding op 17% basisartsen, 57% JA en 27% AM&G. Als wordt gekeken naar het huidige opleidingsniveau, is met name voor de Thuiszorg een grote veranderingsopgave zichtbaar, zie tabel 2.

**Tabel 2: Vergelijking scholingsniveau eind 2006 met gewenste scholingsniveau in 2019 ingedeeld naar werkgever**

	Basisartsen		JA		AM&G	
	2006	2019	2006	2019	2006	2019
Thuiszorg	94%	17%	0%	67%	6%	17%
GGD	50%	17%	0%	57%	50%	27%
<b>Totaal</b>	<b>75%</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>	<b>63%</b>	<b>25%</b>	<b>21%</b>

Bron: Vreelandgroep

Uit de berekeningen bleken met name deze gewenste verschillen tussen eind 2006 en 2019 in de verhouding tussen de opleidingsniveaus basisarts, jeugdarts en arts M&G binnen de instellingen van grote invloed te zijn op de uitkomsten.

Voor de berekeningen is gekozen voor een evenwicht in 2019 tussen vraag en aanbod van de medisch preventieve zorg in de jeugdgezondheidszorg. Het eerste jaar van implementatie van de adviezen is 2009. Uit de berekening van de benodigde instroom in de opleidingen volgens de gebruikelijke varianten van het Capaciteitsorgaan komen betrekkelijk kleine bandbreedtes naar voren. Dit wijkt nogal sterk af van andere ramingen. Dit komt vooral door de grote uitstroom uit het vak, die sterk bepalend is ten opzichte van allerlei andere factoren, en de verhouding in opleidingsniveau.

Er is een instroom berekend van 137 tot 152 per jaar voor de profielopleiding JGZ (exclusief artsen die de volledige opleiding M&G gaan doen), waarvan 91 tot 101 voor de Thuiszorg en 46 tot 51 voor GGD'en.

Voor diezelfde periode komt een bandbreedte naar voren van 23 tot 27 per jaar voor de volledige opleiding M&G, waarvan 17 tot 19 voor de Thuiszorg en 6 tot 8 voor GGD'en. Deze opleiding loopt voor wat betreft de eerste fase parallel met de profielopleiding JGZ.

**Tabel 3: Benodigde bandbreedtes van de instroom in profielopleiding JGZ en opleiding M&G vanaf 2009 voor evenwicht in 2019 volgens gebruikelijke varianten**

	Profiel JGZ	M&G	Totaal
Thuiszorg	91-101	17-19	108-120
GGD	46-51	6-8	52-59
<b>Totaal</b>	<b>137-152</b>	<b>23-27</b>	<b>160-179</b>

Bron: NIVEL

Er werken al veel verpleegkundigen in deze sector, vooral bij de Thuiszorginstellingen. Er bestaat vermoedelijk al een lichte trend om het werk verder te verschuiven van artsen naar verpleegkundigen. Voor het geval beleidsmakers overwegen dit gestructureerd te gaan doen is een scenario opgesteld voor verdergaande taakherschikking naar verpleegkundigen. Dit scenario is niet gebaseerd op onderzoek in de praktijk van de JGZ maar opgesteld naar analogie van andere ramingen. Als men 6% van de vraag zou wegvangen bij de JA en het werk zou laten doen door inzet van extra gespecialiseerde verpleegkundigen kan de instroom in de opleiding tot JA jaarlijks 9 lager liggen. Dit is toevallig ook een daling van ongeveer 6%.

Hierbij worden twee kanttekeningen geplaatst. Ook die verpleegkundigen moeten opgeleid worden. Verder zijn er diverse voorspellingen dat bij een toenemende vergrijzing en doorzettende ontgroening er richting 2020-2025 grote tekorten dreigen in het algemeen aan verplegend en verzorgend personeel. Zonder nader beleid zal het waarschijnlijk niet eenvoudig zijn om voor verpleegkundigen de JGZ voldoende aantrekkelijk te laten blijven.



Alles wegend adviseert het Capaciteitsorgaan te streven naar een instroom in de opleiding JA van ruim 140 en in de opleiding M&G van 25. Deze aantallen zijn als volgt verdeeld over de werkvelden:

**Tabel 4: Advies instroom profielopleiding JGZ en opleiding M&G naar werkveld**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	93	18
GGD'en	49	7
<b>Totaal</b>	<b>142</b>	<b>25</b>

Bron: Uitkomst van berekening Nivel voor de gebruikelijke variant van voorkeur van het Capaciteitsorgaan.

Dit is om diverse redenen niet eenvoudig te realiseren, wat betreft de organisatie van de opleidingen. Met name geldt dit voor het grote aantal dat nodig is voor de opleiding tot JA.

Historisch kwam een instroom in de oude opleiding sociale geneeskunde jeugdgezondheidszorg voor van ongeveer 50 in de jaren '80. Deze is in de jaren '90 gehalveerd naar ongeveer 25 per jaar. Die opleiding was van een vergelijkbare duur, toen ruim twee en een half jaar.

Het overgrote deel van die instroom was toen werkzaam bij GGD'en. Dit is voor die eerste periode goed vergelijkbaar met de benodigde instroom nu bij de GGD'en van 50.

De instroom van ruim 90 bij de Thuiszorginstellingen is volstrekt nieuw. Daarmee wordt aangegeven dat men in het werk van de artsen voor de 0 tot 4 jarigen een grote kwaliteitsslag wil gaan maken.

Tot slot is het de vraag of men in staat zal zijn de verwachte, grote uitstroom van artsen, waarvan een aanzienlijk deel sociaal geneeskundige is, op te vangen, en of er voldoende belangstelling voor deze sectoren bestaat onder basisartsen. Voorspeld wordt een uitstroom op jaarbasis in totaal van 90 per jaar. Weliswaar groeit de pool van basisartsen sinds enkele jaren weer, maar het aanbieden van de mogelijkheid om een opleiding van twee jaar te volgen zal de wervingskracht van GGD'en en Thuiszorginstellingen op de arbeidsmarkt vergroten.

## 1. Inleiding

De laatste jaren is er steeds meer maatschappelijke en politieke belangstelling voor Jeugdzorg en meer zijdelings ook voor Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Diverse drama's worden breed uitgemeten in de pers. Recent werd besloten tot het instellen van een nieuwe ministerpost voor 'Jeugd en Gezin' bij het ministerie van VWS.

De politieke verantwoordelijkheid voor de JGZ is sinds begin jaren '90 vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). In deze wet zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid beschreven. De wet kent drie deelgebieden: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

Op het moment van de besluitvorming over dit plan waren de beleidsvoornemens van dit kabinet ten aanzien van de jeugd nog niet bekend. De in deze rapportage verwerkte mogelijke trends spelen dan ook alleen in op de lopende ontwikkelingen, waarvan overigens de instelling van een apart ministerschap een voorbeeld is, evenals het verschijnsel dat op gemeentelijk niveau er wethouders gekomen zijn voor jeugdbeleid. De uitvoering van de JGZ vindt plaats vanuit GGD'en en Thuiszorginstellingen. In ontwikkeling zijn de zogenaamde Centra voor Jeugd en Gezin. Daarnaast is per 1 januari 2006 het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM opgericht. Het heeft als doel kennis over JGZ te bundelen en de kwaliteit van de jeugdgezondheid en de JGZ te verbeteren. Al dit soort ontwikkelingen kunnen nog grote betekenis gaan krijgen voor de benodigde capaciteit. Vooralsnog is in de voorliggende raming alleen meegenomen, en dan in de vorm van een bescheiden trend, dat er wat meer vraag zal komen naar medische jeugdgezondheidszorg.

VWS is via de WCPV politiek (eind)verantwoordelijk voor onder andere de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg. In dat verband is verzocht een raming van het benodigde aantal artsen op te stellen. Dit was niet mogelijk bij het laatste integrale Capaciteitsplan 2005, vanwege herbezinning op de opleiding M&G. Inmiddels is de regelgeving van de vernieuwde opleiding bekend. Het gaat om een echte vernieuwing, ook in vergelijking met andere vervolgopleidingen. Men kan in het vervolg beginnen met een scholing gericht op de praktijk van de JGZ van twee jaar, waarna men een zogenaamde 'profielregistratie' ontvangt. Men is dan jeugdarts (JA) geworden. Dit is geen officiële titel in de zin van de wet BIG. In dat register blijft men opgenomen als basisarts. Daarna kan men, al of niet na onderbreking, de opleiding vervolgen met nog eens twee jaar. Dan wordt men geregistreerd als specialist (breed gedefinieerd) met de titel 'arts maatschappij en gezondheid' (AM&G). Voor het opstellen van ramingen is dit een vernieuwing. Het gaat nu om twee opleidingen, die in elkaars verlengde liggen. Met deze nieuwe regelgeving kan nu een raming opgesteld worden.

Daarnaast was sprake van een zekere mate van urgentie. Het volgende integrale Capaciteitsplan zal eind 2007 uitkomen. VWS heeft besloten in het kader van de nieuwe wijze van bekostigen van vervolgopleidingen een viertal zogenaamde profielopleidingen in het opleidingsfonds op te nemen, en niet de volledige vierjarige opleiding M&G. Het gaat om de profielen JGZ (men is dan JA geworden), infectieziektebestrijding, medische milieukunde en tuberculosebestrijding. Deze

opleidingen vallen onder de zogenaamde tweede tranche van het opleidingsfonds. Het voornemen is dat deze tranche budgettair neutraal in 2008 in werking treedt. Het jaar 2008 zou dan een overgangsjaar zijn. Vanuit het Capaciteitsorgaan kon voorzien worden dat een veel hogere instroom in de opleidingen nodig is dan voorheen. Er was al een zekere achterstand opgelopen. Het leek derhalve verstandig spoedig een advies uit te brengen, zodat VWS en veldpartijen tijdig voorbereidingen kunnen treffen. Het Capaciteitsorgaan treedt niet in de (huidige verdeling aangaande de) verantwoordelijkheden ten aanzien van de financiering van (delen van) opleidingen.

Taken binnen de JGZ worden met name verricht door artsen en verpleegkundigen. In deze rapportage is prioriteit gegeven aan de artsen. De verpleegkundigen komen aan bod in het kader van eventuele taakherschikking.

Het gaat om een nieuw opleidingssysteem. Ook in dit opzicht kunnen de jaren 2006 tot en met 2008 als overgangsjaren gezien worden. In het jaar 2006 is men al begonnen met opleiden volgens het nieuwe systeem en ook in 2007 is er al enige instroom in de eerste fase van de nieuwe opleiding. In 2007 zullen de eersten geregistreerd worden tot JA. Het jaar 2008 is vervolgens het eerste jaar van de nieuwe financieringswijze. Voor het integrale Capaciteitsplan 2007 is om diverse redenen het jaar 2009 als horizon gekozen.<sup>1</sup> Het eerste jaar van implementatie van de adviezen van het integrale Capaciteitsplan 2007 is 2009. Bij de voorliggende raming van de capaciteit van alle artsen in de JGZ zal voor de adviezen over de hoogte van de benodigde instroom in de scholing tot JA en de opleiding tot AM&G het jaar 2009 ook het eerste jaar van echte implementatie zijn na de overgangsjaren tot en met 2008. Gelet op de prille start spelen er veel onzekerheden, die op verschillende plaatsen in deze rapportage zullen worden weergegeven.

Wel is gewoon gewerkt volgens het model van het Capaciteitsorgaan, zoals weergegeven in bijlage 1.

Hierboven werd gesproken over het ramen van de capaciteit van 'alle' artsen in de JGZ. Hierin ligt nog een vernieuwing besloten. Tot nu toe keek het Capaciteitsorgaan alleen naar de capaciteit van de specialisten (breed gedefinieerd). De basisartsen werden daarbij buiten beschouwing gelaten. Aangenomen mag echter worden dat zij werkzaamheden verrichten. Dit geldt zeker voor veel delen van de sociaal

<sup>1</sup> In deze raming is, in aansluiting op de aanpak van het eind 2007 uit te komen integrale Capaciteitsplan, gekozen voor de periode 2009 tot 2019, vanwege de verwachting dat 2009 het eerste jaar van implementatie van het advies zal zijn. Het jaar van evenwicht ligt dan op 2019, de gangbare doorlooperperiode van tien jaar. Vanwege uitkomen van het advies begin 2007 en de start van de tweede tranche van het opleidingsfonds in 2008 zal ook de korte termijn (2007 en 2008) worden meegewogen. Over het algemeen wordt gestreefd de hoogte van de instroom niet teveel te laten schommelen, om te grote jojo-effecten te voorkomen. Als er nu begin 2007 schattingen gedaan worden voor een aantal trends in tien jaar, dan betreft dit de periode tot 1 januari 2017. De eventueel doorgaande trends beslaan dan een periode van twee jaar, namelijk 2017 en 2018. Het is van belang dit te beseffen, met name als bij de schattingen grote onzekerheden spelen.

geneeskundige sector. Daarin bekleden nogal wat artsen functies zonder een erkende opleiding gevolgd te hebben. Bij de gebruikelijke aanpak werd dan verondersteld, dat het aantal basisartsen in de loop van de tijd gelijk zou blijven.<sup>2</sup> Besloten is in deze raming niet alleen de JA's en AM&G's te betrekken, maar ook de basisartsen. Vooruitlopend op bevindingen uit onderzoek voor deze raming wordt gemeld dat het totale aantal artsen, ongeacht hun scholingsgraad, lag op ruim 1.700. Dit is ook in vergelijking met andere sectoren inclusief basisartsen, behoorlijk omvangrijk. Van die 1.700 is 75% basisarts.

De rapportage is met behulp van verschillende experts vastgesteld. Voor de procedure en betrokken experts zie bijlage 2.

De uitkomsten van deze raming zullen voor degenen die eerdere rapporten van het Capaciteitsorgaan volgen niet verrassen. Dit orgaan is medio 1999 opgericht. In de eerste rapporten van 2000 en 2001 is direct al geadviseerd om de instroom in de toenmalige opleiding sociale geneeskunde in de richting JGZ behoorlijk stevig op te hogen. Toen lag de horizon om evenwicht te bereiken nog op 2010. De laatste raming is opgenomen in het Capaciteitsplan 2002 met de horizon op 2012. Daarin werd een ophoging geadviseerd van een gemiddelde instroom in de opleiding in voorgaande jaren van 23 naar maar liefst 64. In het jaar 2000 waren ongeveer 550 sociaal geneeskundigen jeugdgezondheidszorg werkzaam.<sup>3</sup> Een zeer belangrijk element in dit advies was de verwachte hoge uitstroom uit dit vak. Het aandeel dat 50 jaar of ouder was lag in 2000 op 42% en hoorde aldus bij de top zeven van de specialismen met veel ouderen. Er bestaat dan bij verder ongewijzigd beleid een grote vervangingsvraag.<sup>4</sup> In het Capaciteitsplan 2003 werden geen nieuwe ramingen uitgebracht, maar werd een tussenbalans opgemaakt. Daarin werd gewaarschuwd voor overschotten en tekorten bij specialismen richting 2012, als men de instroom in de opleiding zou handhaven op het bestaande niveau en bij verder ongewijzigd beleid. Vier specialismen werden toen in dit plan expliciet genoemd, waarvoor toen voorspeld werd dat het tekort op 20% of meer zou uitkomen. Daarbinnen kwamen de sociaal geneeskundigen jeugdgezondheidszorg met 30% het hoogste uit.<sup>5</sup> Bekend was dat in

<sup>2</sup> Dit is niet altijd correct. Zo is gebleken uit deelonderzoek van Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan dat in de afgelopen jaren het aantal basisartsen in de verpleeghuiszorg is toegenomen. Ook is goed onderzocht dat het aantal anios in de ziekenhuizen in de periode 2001 en 2002, toen het aantal aios sterk groeide, afnam.

<sup>3</sup> Dat er in 2000 ongeveer 550 sociaal geneeskundigen van deze soort werkten en in 2006 in totaal 1.700 artsen werkzaam waren wil niet zeggen dat het aandeel basisartsen intussen sterk is toegenomen. Ook in 2000 werkten er veel basisartsen, ongeveer 1.000, en dan in de zorg voor de 0-4 jarigen op consultatiebureaus van Thuiszorginstellingen. Daarnaast waren en zijn in deze sector weinig sociaal geneeskundigen werkzaam.

<sup>4</sup> Er werd toen een raming opgesteld voor 37 onderscheiden specialismen. De hoogste uitkomst voor het aspect leeftijd kwam naar voren in snijdende vakken, waaronder algemene heelkunde met 49%, de kaakchirurgie met 46% en de orthopedie met 45%.

<sup>5</sup> De andere specialismen waren: kaakchirurgen (28%), oogartsen (23%) en huisartsen (21%).  
Bron: Raming 2003-2012 NIVEL/Prismant, pagina 71. Publicatie van mei 2003.

2002 een toen ook al vernieuwde opleiding van start was gegaan met een veel lagere instroom voor de jeugdgezondheidszorg dan in voorgaande jaren, toen deze nog op ruim 20 lag. In de loop van datzelfde jaar 2003 bleek dat de instroom verder stakte. De opleiding werd in 2004 stil gelegd. Men ging zich opnieuw bezinnen op de opleidingsstructuur. Om die reden is er in het integrale Capaciteitsplan 2005 geen raming voor deze groep van deelspecialismen uitgebracht. Duidelijk was wel dat inmiddels de uitstroom uit het vak versterkt doorzette en dat een nog groter tekort dreigde dan eerder voorspeld was. Dit probleem blijft doorklinken in de voorliggende raming. Wel is het zo dat er niet alleen nieuw beleid is op opleidingsgebied met de introductie van twee fases van opleiden maar ook dat het veld voorstander lijkt te zijn van een nieuwe mix van deskundigheidsniveaus. In die zin is dit, wat men wel noemt, een beleidsrijke raming. Er is gebruik gemaakt van beleidsimpulsen van buiten. Het Capaciteitsorgaan zelf heeft overigens niet de positie om inhoudelijk beleid te maken, maar verwerkt dit wel in ramingen.

De opbouw van dit plan is als volgt.

- In deze rapportage zal in hoofdstuk 2 worden ingegaan op de huidige positionering van de artsen JGZ, dat wil zeggen hun werkzaamheden en de aantallen werkzame artsen JGZ in de verschillende instellingen en voor de verschillende doelgroepen. Ook zal worden ingegaan op de opleidingsniveaus en naamgeving van de verschillende artsen die werkzaam zijn in de JGZ.
- In hoofdstuk 3 wordt kort ingegaan op het werkgebied en het aantal kinderen dat de artsen in zorg hebben.
- In hoofdstuk 4 wordt verder verdiepend ingegaan op de artsen werkzaam in de JGZ. Gegevens over leeftijd, geslacht en dienstverband worden gepresenteerd.
- In hoofdstuk 5 worden gegevens over de opleidingen binnen de JGZ weergegeven, met een doorkijkje naar 2007 en 2008.
- In hoofdstuk 6 zal vervolgens naar verdere toekomstige ontwikkelingen worden gekeken binnen de JGZ.
- In hoofdstuk 7 en 8 worden respectievelijk verschillende varianten gepresenteerd en overwegingen weergegeven.
- Afsluitend wordt in hoofdstuk 9 het advies over de instroom in de JGZ opleidingen gegeven.

## 2. Positionering vakgebied

De arts werkzaam in de JGZ houdt zich bezig met preventieve zorg aan kinderen van 0-19 jaar. Volgens de wet wordt uitgegaan van integrale gezondheidszorg. De meeste artsen werken binnen Thuiszorginstellingen en GGD'en. Een klein deel is werkzaam binnen de asielzoekerszorg (MOA's) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>6</sup> In de WCPV is vastgelegd dat de zorg voor 0-4 jarigen, die van oudsher vanuit de Thuiszorg wordt georganiseerd, en de zorg voor 4-19 jarigen, die door GGD'en wordt verzorgd, moeten integreren. Aanvankelijk is getracht dit via fusie te bereiken. Dit is op enkele uitzonderingen na niet gelukt vanwege financiële, culturele en organisatorische redenen. Dit houdt in dat de meeste artsen ofwel voor de groep 0-4 jarigen óf voor de groep 4-19 jarigen werkzaam zijn. In een vijftal GGD'en is de zorg wel geïntegreerd, waardoor zij de volledige jeugd van 0-19 jaar onder hun hoede hebben.

In een aantal regio's houden huisartsen zich bezig met de preventieve zorg aan 0-4 jarigen. Het gaat hierbij om de Flevopolder (destijds een keuze bij de opzet van de eerstelijns gezondheidszorg) en om enkele plattelandsgebieden in Groningen, Friesland en Zeeland.<sup>7</sup>

Dat twee soorten instanties zich bezig houden met preventieve zorg voor de jeugd kent een lange traditie, die nog stamt uit de tweede helft van de 19e eeuw. Toen al werd vanuit het landelijke niveau enige verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de bevolking neergelegd bij de gemeenten. In 1872 werd de burgemeester van een gemeente belast met het toezicht op de hygiëne. Daarnaast kwam er ook vanuit particulier initiatief aandacht voor gezondheidsaspecten. Zo werden in 1875 de eerste Kruisverenigingen opgericht. De Thuiszorginstellingen zijn de directe opvolgers van deze verenigingen. Dit heeft geleid tot een bijna landelijke tweedeling van de zorg voor de 0-4 jarigen en de 4-19 jarigen. Door heel de 20e eeuw is een zekere tweedeling blijven bestaan. Recent pas kregen de gemeenten de politieke verantwoordelijkheid over de hele groep van 0 tot 19 jaar.

In deze rapportage is er bewust voor gekozen de GGD'en voor de leeftijdsgroep 0-19 jarigen samen te nemen met de GGD'en voor 4-19 jarigen. Hiervoor waren verschillende redenen: uit het onderzoek van de Vreelandgroep bleken uit het eerste deel van de enquête weinig verschillen te bestaan tussen de antwoorden van beide instellingen. Op het tweede deel van de enquête was een zeer lage respons van de GGD'en voor 0-19 jarigen en konden de antwoorden zodoende niet als representatief voor de gehele groep voor 0-19 jarigen worden genomen. Daarnaast bestond in de Werkgroep de indruk dat cultuurverschillen meer terug te voeren waren op de achterliggende organisatie (GGD of Thuiszorg), dan op de doelgroep (kinderen van 0-4 jaar of 4-19 jaar).

<sup>6</sup> Binnen de GGZ zijn dit waarschijnlijk ongeveer 30 artsen. Mogelijk zijn zij ook (deels) werkzaam binnen GGD'en of Thuiszorginstellingen. Omdat het om een klein aantal gaat wordt deze groep niet meegeteld. Ditzelfde geldt voor de aJGZ werkzaam bij de MOA's, waarbij het eveneens gaat om kleine aantallen, tussen de 10 en de 20.

<sup>7</sup> Informatie uit Capaciteit jeugdartsen, resultaten verkennend onderzoek van de Vreelandgroep in 2005.

In het vervolg zullen waar gesproken wordt over GGD'en zowel de GGD'en voor 0-19 jarigen als de GGD'en voor 4-19 jarigen bedoeld worden.

De artsen in de JGZ houden zich naast de individuele contacten met kinderen bezig met verschillende werkzaamheden die zijn terug te vinden in het zogenaamde Basis Takenpakket (BTP). Naast screening van individuele kinderen, dient de arts in de JGZ de fysieke en psychische problemen van individuele kinderen of groepen kinderen te bezien in een bredere maatschappelijke context. Vanaf 1 januari 2003 wordt in het kader van de voorgenomen integratie van de zorg aan 0-4 jarigen en 4-19 jarigen zowel in de Thuiszorg als binnen GGD'en gewerkt met het BTP. Hierin is de openbare gezondheidszorg aan 0-19 jarigen door de overheid vastgelegd. Het bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. In het uniforme deel worden de producten beschreven die standaard aan alle kinderen van een bepaalde leeftijd moeten worden aangeboden. Het maatwerkdeel omvat producten die optioneel kunnen worden ingezet door gemeenten, afhankelijk van de lokale behoeften en prioriteiten.<sup>8</sup>

## Specialisaties

Voorheen werd onderscheid gemaakt tussen de 'consultatiebureau-arts', die zich bezighield met de zorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar en de 'schoolarts', die zich bezighield met de zorg voor kinderen van 4 tot 19 jaar. Nu worden de artsen, ongeacht de leeftijdsgroep waarvoor zij werkzaam zijn en ongeacht hun vooropleiding, 'arts JGZ' (aJGZ) genoemd.

Om misverstanden te voorkomen wordt ingegaan op de naamgeving van de verschillende artsen werkzaam in de JGZ. In deze rapportage wordt de titel arts JGZ (aJGZ) gebruikt voor de gehele groep artsen werkzaam in de JGZ, ongeacht het opleidingsniveau. De titel Jeugdarts (JA) wordt gereserveerd voor de artsen die zijn opgenomen in het profielregister JGZ van de SGRC, en de titel arts maatschappij en gezondheid (AM&G) voor de artsen die zijn opgenomen in het betreffende register van de SGRC. Tot deze laatste groep worden ook de artsen gerekend die voorheen sociaal geneeskundige genoemd werden.

De artsen werkzaam binnen de JGZ hebben verschillende opleidingsniveaus. Bovendien zijn er ook huisartsen werkzaam in de zorg voor 0-4 jarigen (in 2004 waren

<sup>8</sup> Het BTP bestaat uit zes productgroepen: 1. monitoring en signalering 2. inschatten zorgbehoefte 3. screenings en vaccinaties 4. voorlichting, advies, instructie en begeleiding 5. beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen en 6. zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking. Per productgroep is een aantal producten beschreven.

200 van de 1.200 aJGZ binnen Thuiszorginstellingen huisarts)<sup>9</sup>. Dit maakt het opstellen van een raming gecompliceerder dan gebruikelijk voor andere specialismen.

Het grootste deel van de aJGZ is basisarts en heeft al dan niet een korte cursus of opleiding gevolgd. Een klein deel heeft zodanige scholing gevolgd, dat zij per 1 januari 2007 in een overgangsregeling met aanvullende scholingen, waarschijnlijk kunnen worden opgenomen in het profielregister JGZ van de SGRC en de (overigens onbeschermd) titel JA verkrijgen.<sup>10</sup> Dit wordt echter niet als specialisatie gezien: met deze titel blijft men in het BIG-register geregistreerd als basisarts. Een ander deel heeft de opleiding tot sociaal geneeskundige gedaan (vrijwel iedereen volgde de oude opleiding van twee en een half jaar in de sociale geneeskunde JGZ en een zeer beperkt aantal vanaf 2002 de 4-jarige opleiding maatschappij en gezondheid), wat leidt tot opname in het register Maatschappij & Gezondheid van de SGRC. Dit wordt wel als specialisatie gezien en leidt tot de titel AM&G in het BIG-register. Hierbij is overigens niet meer zichtbaar in welke richting van de sociale geneeskunde men werkzaam is. Samenvattend is alleen sprake van een echte specialisatie bij de groep AM&G.

### Geregistreerd aanbod en aantal werkzame artsen

Tot voor kort werden alleen aantallen gespecialiseerde artsen, in dit geval AM&G (voorheen aangeduid als sociaal geneeskundigen), bijgehouden in het register van de SGRC. Deze werden niet uitgesplitst naar aandachtsgebied, zodat het aantal AM&G werkzaam in de JGZ hier niet uit af te lezen valt. Per 1 januari 2007 heeft de SGRC zeven eerder genoemde profielregisters geopend, waaronder het profiel JGZ. Er zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar op het moment van publicatie van deze rapportage, 5 maanden na het openen van deze registers. Wel is bekend dat totaal ruim 300 artsen een verzoek hebben ingediend om per 1 januari 2007 te worden opgenomen in het profielregister JGZ.

In deze raming is derhalve vooral gebruik gemaakt van gegevens uit het onderzoek van de Vreelandgroep.<sup>11</sup> De cijfers uit dit onderzoek geven een goede benadering van het aantal aJGZ dat werkzaam is binnen de verschillende instellingen. Deze worden hieronder weergegeven ongeacht hun registratie qua opleidingsniveau. Dat volgt later. Bijgewerkt voor de non-respons zijn er bij de GGD'en voor 4-19 jarigen 473 artsen werkzaam in de JGZ. Bij de GGD'en voor 0-19 jarigen zijn dit er 161 en bij de Thuiszorginstellingen 1.078. Het totaal aantal artsen dat werkzaam is in de JGZ komt

<sup>9</sup> Uit Capaciteit jeugdartsen, resultaten verkennend onderzoek van de Vreelandgroep in december 2005. Deze huisartsen hebben voor de preventieve zorg aan 0-4 jarigen een arbeidsovereenkomst met Thuiszorginstellingen, en zijn zo meegeteld bij de aJGZ werkzaam voor Thuiszorginstellingen.

<sup>10</sup> Er zijn zeven verschillende profielregisters: voor JGZ, Infectieziektenbestrijding, TBCbestrijding, Medische Milieukunde, Forensische geneeskunde, Sociaal Medische Indicering en Advies, en Beleid en Advies.

<sup>11</sup> In 2005-2007 gedaan in opdracht van het Capaciteitsorgaan, zie bijlage 8.



hiermee in totaal uit op 1.712. Zoals hierboven al werd gesteld, zullen in het vervolg de GGD'en voor 0-19 jarigen en 4-19 jarigen worden samengenomen.

**Tabel 5: Aantal werkzame aJGZ verdeeld naar soort organisatie<sup>12</sup>**

	GGD'en 4-19 jarigen	GGD'en 0-19 jarigen	Thuiszorg	Totaal
	473	161	1.078	1.712
<b>GGD'en totaal</b>	<b>634</b>			

Bron: Vreelandgroep

Het totaal aantal van ruim 1.700 aJGZ is betrouwbaar, gelet op enkele andere bronnen. Ter vergelijking: de AJN (Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland) gaat ervan uit dat tweederde van het totaal aantal aJGZ lid is van de vereniging. Bij een ledental van 1.200 zouden er totaal 1.800 aJGZ zijn in Nederland. Dit komt behoorlijk goed overeen met de getallen uit het onderzoek van de Vreelandgroep.

Verder heeft ActiZ in 2005 en 2006 in totaal 1.089 certificaten 'Standaard opsporing aangeboren hartafwijkingen' uitgereikt aan alle aJGZ werkzaam voor kinderen van 0-4 jaar. Het gaat hierbij om de artsen werkzaam in de Thuiszorg én een deel wat werkzaam is voor 0-4 jarigen binnen GGD'en die de zorg voor 0-19 jarigen verzorgen. Als wordt uitgegaan van 161 aJGZ binnen de GGD'en voor 0-19 jarigen, wordt geschat dat ongeveer de helft van hen (80) werkzaam is voor 0-4 jarigen.<sup>13</sup> Dan zou het om 1.010 aJGZ binnen de Thuiszorg moeten gaan. Het totale aantal aJGZ binnen de Thuiszorg zal zodoende tussen de 1.010 en 1.089 uitkomen.

In tabel 6 worden aantallen werkzame aJGZ weergegeven, gesplitst naar doelgroep en instelling.

**Tabel 6: Aantal artsen verdeeld naar instelling en doelgroep in 2006**

Doelgroep/instelling	GGD	Thuiszorg	Totaal
0-4 jaar	80	1.078	1.158
4-19 jaar	554	0	554
<b>Totaal</b>	<b>634</b>	<b>1.078</b>	<b>1.712</b>

<sup>12</sup> De aJGZ met een 0-urencontract worden hier wel meegeteld. Dit in tegenstelling tot het overzicht van het aantal fte's in hoofdstuk 4.

<sup>13</sup> Dit heeft te maken met het verschil in de hoeveelheid controles voor 0-4 jarigen en 4-19 jarigen: 0-4 jarigen hebben normaliter veel frequenter contact met de JGZ, alleen al vanwege de vaccinaties, dan 4-19 jarigen. Globaal zijn er 6 à 7 standaard contacten per kind van 0-4 jaar met een aJGZ, versus 1 à 2 contacten per kind van 4-19 jaar. (Hierbij zijn de contacten met een verpleegkundige al verrekend). In de JGZ voor 4-19 jarigen vraagt advisering en overleg met scholen daarentegen meer tijd. Er zijn overigens verschillen tussen instellingen. Het RIVM is momenteel bezig met het in kaart brengen van de verplichte taken per contactmoment.

In het verkennend onderzoek in 2005 door de Vreelandgroep, werd het aantal artsen in de Thuiszorg geschat op 1.200. Hiervan waren 830 werkzaam binnen de Thuiszorg, 200 huisarts, 100 oproepkracht en 70 stafarts, waarvan 30 tevens operationeel werkzaam in de zorg voor 0-4 jarigen. Het aantal artsen werkzaam binnen GGD'en werd in datzelfde onderzoek geschat op 650.

Dit is in totaal met 1850 meer dan nu gevonden is. Mogelijk was die schatting voor het jaar 2004 wat te hoog. Het echter ook mogelijk dat het aantal artsen nadien afgenomen is. Er heeft in elk geval al een behoorlijke uitstroom plaatsgevonden vooral van ouderen. Daarnaast is bekend dat GGD'en en Thuiszorginstellingen moeite hadden met het werven van artsen. Mogelijk dat er intussen wat meer verpleegkundigen werken en dat een vorm van taakherschikking plaatsvond.

### 3. Regio en omvang verzorgingsgebied

#### Regio's

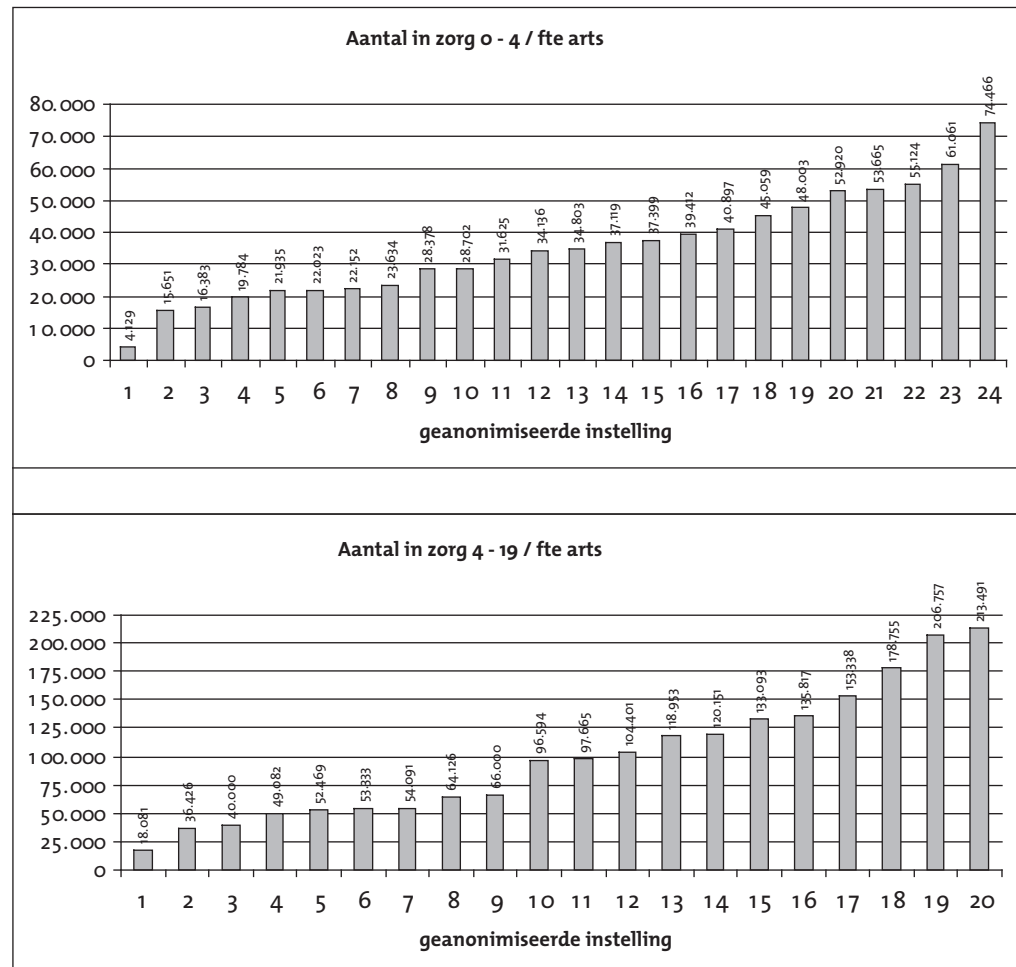
Er zijn momenteel na verschillende fusies 36 GGD'en in Nederland. 5 van deze GGD'en houden zich bezig met de JGZ voor 0-19 jarigen, de rest met die voor 4-19 jarigen. Zoals eerder gesteld, worden deze GGD'en in de rapportage samengenomen. Het is mogelijk dat in de toekomst nog meer fusies plaatsvinden en dat het totale aantal GGD'en nog verder af gaat nemen. De GGD'en liggen verspreid over Nederland en vallen in sommige gevallen samen met GHOR- regio's.<sup>14</sup> Het is aannemelijk dat dit in de toekomst voor meer GGD'en het geval zal zijn. VWS streeft samen met het ministerie van Binnenlandse Zaken naar 25 GGD'en, samenvallend met de veiligheidsregio's. Er is momenteel een groot aantal Thuiszorginstellingen, die in het kader van de recent ingevoerde Wet Maatschappelijke Ontwikkelingen (WMO) in allerlei marktontwikkelingen verwickeld zijn. Van deze instellingen voeren er 54, verspreid over het land, de preventieve zorg uit voor de 0-4 jarigen. Deze zorg kent geen marktwerking. Ook hier zal nog schaalvergroting kunnen gaan optreden.

#### Omvang jeugdafdeling in relatie tot omvang verzorgingsgebied

In het onderzoek van de Vreelandgroep werd gevraagd naar het aantal kinderen binnen het verzorgingsgebied van de betreffende instelling. Dit aantal geeft, gecombineerd met het aantal fte's van aJGZ van de betreffende instelling, zicht op het gemiddeld aantal kinderen per fte aJGZ. Zoals uit figuur 1 hieronder blijkt, zijn er grote variaties tussen de verschillende instellingen en is er, ook afgezien van enkele grote uitschieters, sprake van een grote bandbreedte. Binnen de Thuiszorginstellingen gaat het om 16.000 tot 60.000 kinderen per fte arts, met uitschieters van 4.000 en 74.000. Binnen GGD'en (specifiek voor de zorg van 4-19 jarigen, zie voetnoot 15) gaat het om 36.000 tot 200.000 kinderen per fte arts, met uitschieters van een kleine 18.000 en ruim 210.000. In hoeverre deze uitschieters te maken hebben met bijzondere omstandigheden of methodologische problemen van het onderzoek is niet te achterhalen. Als dit echter in werkelijkheid zo is, zou dit betekenen dat aJGZ in sommige instellingen veel meer kinderen onder hun hoede hebben.

<sup>14</sup> Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Er zijn momenteel 25 zogenaamde veiligheidsregio's, waar verder ook politie en brandweer deel van uitmaken.

Figuur 1: Aantal kinderen in zorg per fte arts<sup>15</sup>

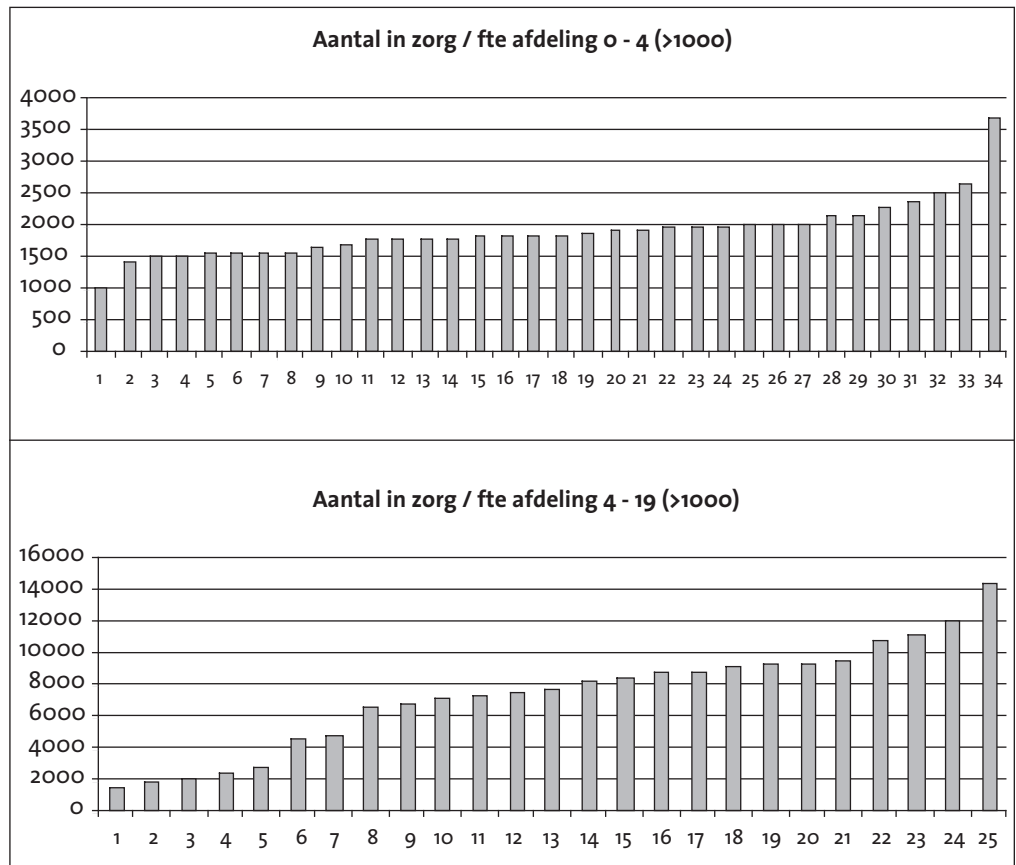


Bron: Vreelandgroep

Als wordt gekeken naar het aantal kinderen ten opzichte van het totale aantal fte's van een bepaalde afdeling (dus verpleegkundigen en ondersteunend personeel meegerekend), is de variatie minder groot, zie figuur 2. Dit kan gezien worden als een indicatie voor de variabele inzet van artsen en verpleegkundigen binnen de verschillende instellingen (weergegeven op de X-as) en zou iets kunnen zeggen over de mate van taakherschikking binnen de verschillende instellingen. Uit het onderzoek van de Vreelandgroep is dit niet zonder meer af te leiden. Later wordt teruggekomen op de inzet van verpleegkundigen in een apart scenario taakherschikking (zie bijlage 3).

<sup>15</sup> Nota bene: in deze overzichten zijn de GGD'en voor 0-19 jarigen niet verwerkt, omdat de zorg voor 0-4 jarigen in het onderzoek van de Vreelandgroep niet kon worden onderscheiden van de zorg voor 4-19 jarigen binnen deze instellingen.

Figuur 2: Aantal kinderen in zorg per fte's afdeling JGZ (inclusief andere disciplines)



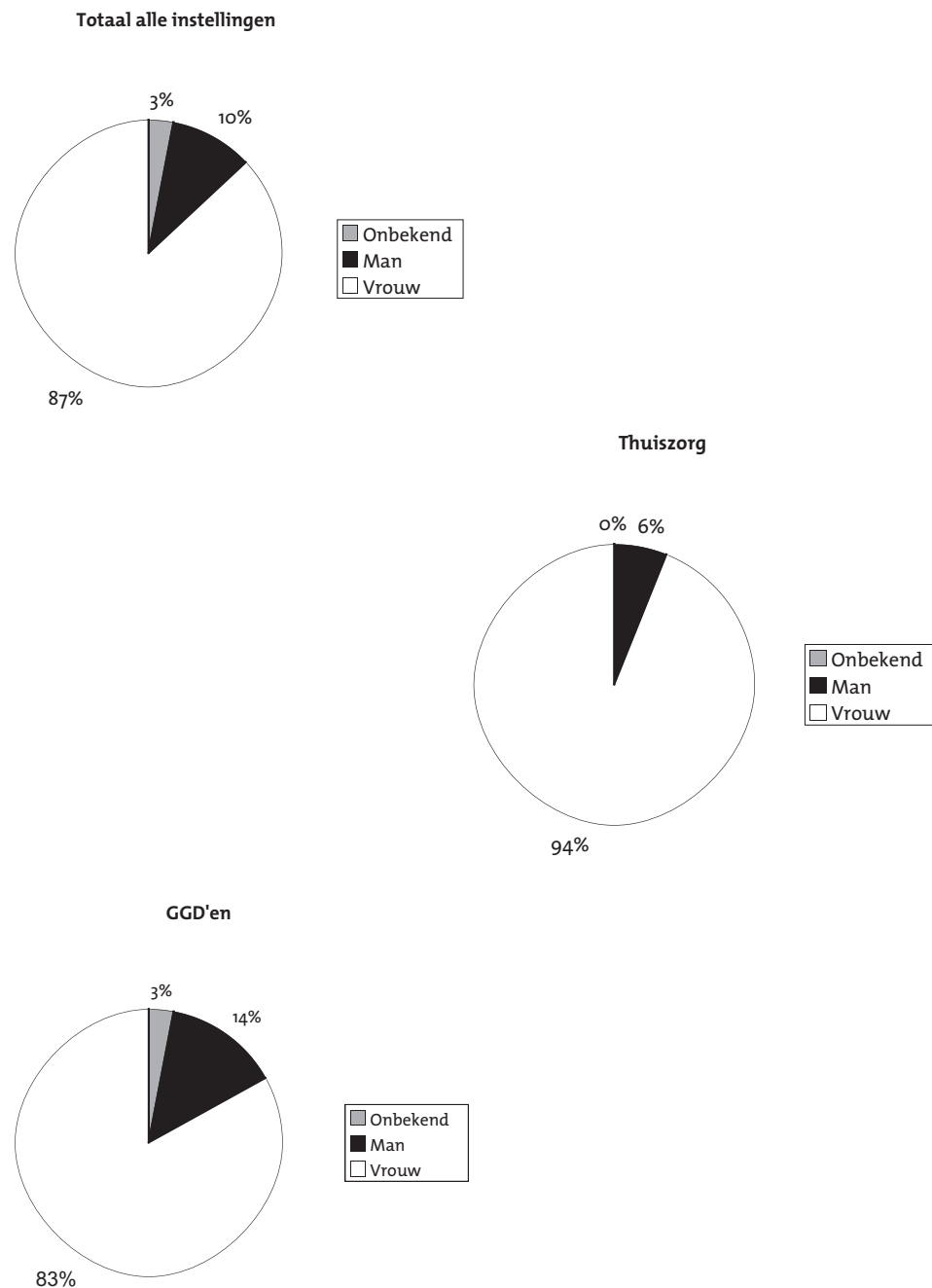
Bron: Vreelandgroep

## 4. Leeftijd, geslacht en omvang dienstverband

### Geslacht

Eind 2006 omvat de gehele beroepsgroep 10% mannen en 90% vrouwen. Bij uitsplitsing blijkt hierbij een verschil tussen GGD'en en Thuiszorginstellingen: binnen GGD'en is circa 85% vrouw en binnen Thuiszorginstellingen is dit 94%.<sup>16</sup>

**Figuur 3: Artsen JGZ naar geslacht (eind 2006)**



Bron: Vreelandgroep

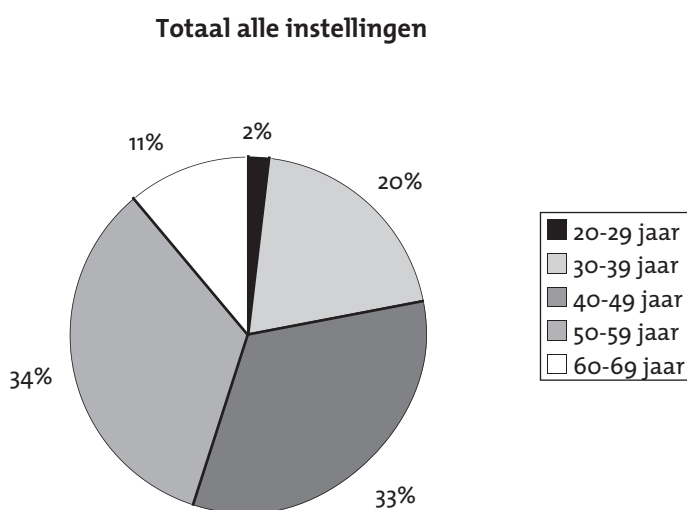
<sup>16</sup> Hierbij wordt het onbekende deel evenredig verwerkt.

Er zijn geen eerdere cijfers over de geslachtsverdeling van de gehele groep aJGZ bekend. In 2000 was 77% van de sociaal geneeskundigen dat werkzaam was in de JGZ vrouw (dat wil zeggen de groep die vergelijkbaar is met de huidige AM&G die werkzaam zijn in de JGZ).<sup>17</sup> Als dit vergeleken wordt met het percentage van ruim 80% vrouwelijke AM&G binnen GGD'en, komt dit aardig overeen.<sup>18</sup> Dit ondersteunt de inschatting van de Werkgroep dat de beroepsgroep niet verder gefeminiseerd is de afgelopen jaren, aangezien het van oudsher een sterk gefeminiseerde beroepsgroep betreft.

## Leeftijd

Uit de leeftijdsverdeling van de huidige aJGZ valt op te maken dat 44% van de aJGZ binnen GGD'en 50 jaar of ouder is, binnen Thuiszorginstellingen gaat het om 47%, zie figuur 4. Op basis van een 65-jarige pensioenleeftijd, betekent dit voor de komende 15 jaar tenminste een uitstroom van ruim 270 aJGZ binnen de totale groep GGD'en en van ruim 500 binnen Thuiszorginstellingen. Hieruit blijkt dat de zogenaamde vervangingsvraag op basis van pensioen nog steeds zeer hoog ligt voor de aJGZ, namelijk op ruim 770 voor GGD'en en Thuiszorginstellingen samen.<sup>19</sup>

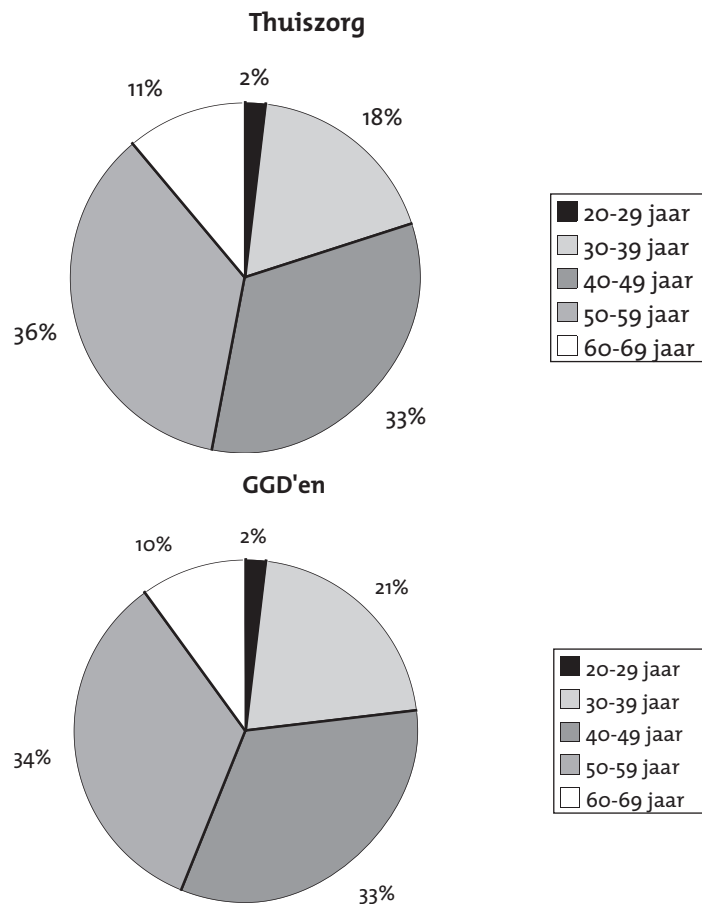
**Figuur 4: Artsen JGZ naar leeftijd (eind 2006)**



<sup>17</sup> NIVEL en Prismant, Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020.

<sup>18</sup> Zie bijlage 6 van NIVEL, tabel 9.

<sup>19</sup> Overigens wordt hier al opgemerkt dat binnen het gehanteerde rekenmodel wordt gerekend met een lagere pensioenleeftijd, zie bijlage 4.



Bron: Vreelandgroep

## Omvang dienstverband

Uit het onderzoek van de Vreelandgroep blijkt dat de aJGZ met name in de Thuiszorg een klein dienstverband heeft: gemiddeld 0,46 fte. Binnen GGD'en ligt dit hoger: 0,64. Voor alle instellingen samen ligt dit op 0,48.

**Tabel 7: Omvang gemiddelde dienstverband (eind 2006) <sup>20</sup>**

GGD'en	Thuiszorg	Totaal alle instellingen
0,64	0,46	0,48

Bron: Vreelandgroep

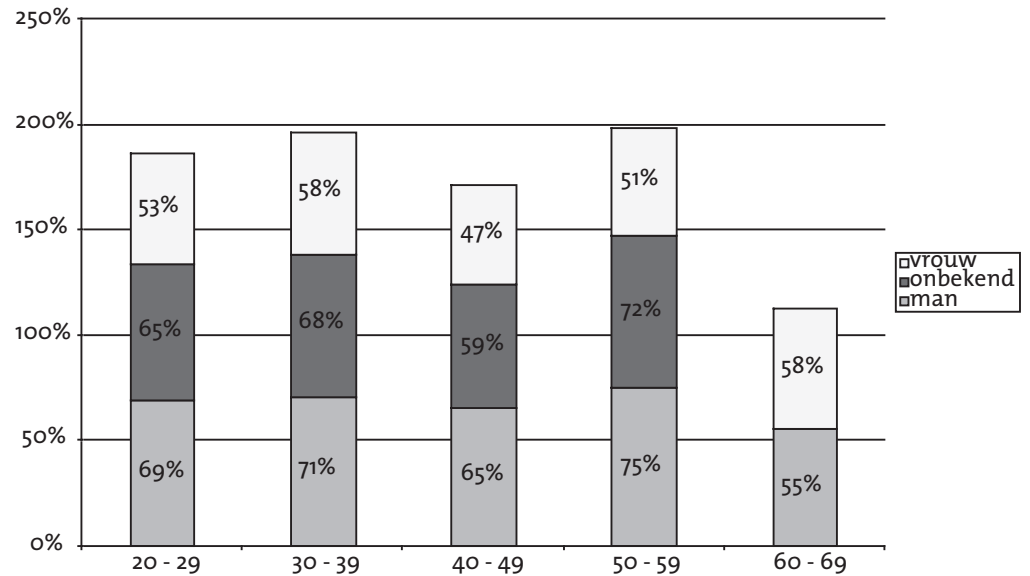
<sup>20</sup> Let wel: in deze overzichten zijn de artsen met een o-urencontract niet terug te vinden. Zij zijn wel meegerekend bij het totale aantal werkzame artsen, omdat ervan wordt uitgegaan dat zij zinvol werk verrichten dat in de toekomst ook nodig zal zijn. Het gaat bij de respondenten om totaal 109 oproepkrachten. Hiervan zijn 101 werkzaam bij 20 Thuiszorginstellingen en 8 bij 1 GGD. Zij zijn niet meegerekend in de overzichten van de fte's, omdat zij, als daar 0 uur zou worden ingevuld, het gemiddelde fte per arts teveel zouden vertekenen. In de bijlage van het NIVEL worden de artsen met o-urencontracten wel meegenomen in de berekening van de fte's, waarbij gemiddeld 0,15 fte wordt aangenomen per arts met o-urencontract. Hierdoor komt het gemiddelde fte's bij het NIVEL wat lager uit dan in deze tabel.



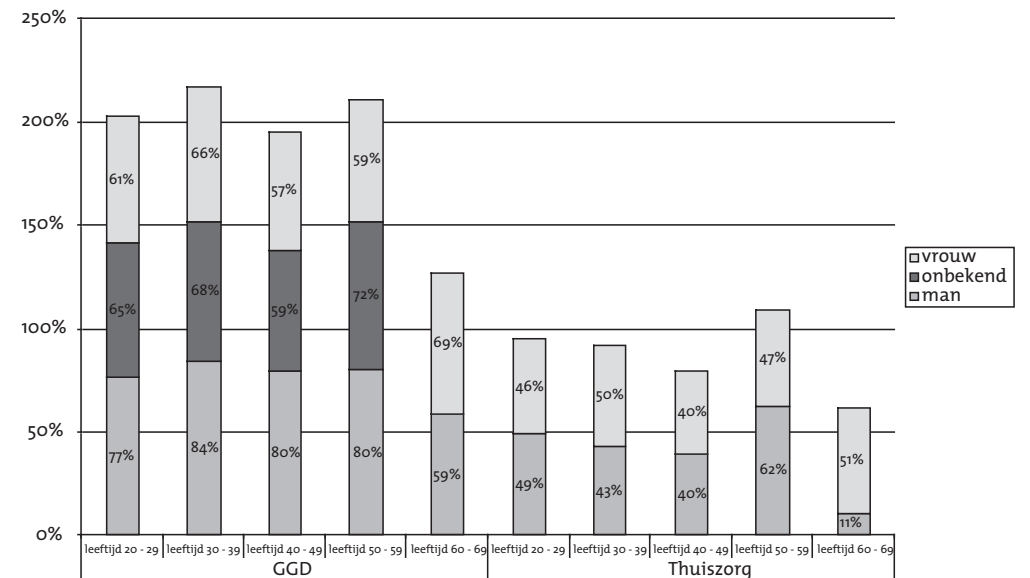
Als het dienstverband wordt afgezet tegen leeftijd en geslacht, zie figuur 5, is zichtbaar dat mannen binnen GGD'en een groter dienstverband hebben dan vrouwen. Binnen Thuiszorginstellingen is dit verschil niet zichtbaar.

**Figuur 5: Relatie leeftijd, geslacht en omvang dienstverband**

**Totaal voor alle instellingen**



**Voor GGD'en en Thuiszorginstellingen**



Bron: Vreelandgroep

## 5. Opleiding

### Nieuwe opleidingsstructuur

Zoals eerder al aan de orde kwam, is het opleidingsniveau bij aJGZ niet eenduidig. Voorheen waren er verschillende cursussen en opleidingen mogelijk. Om een paar te noemen: de CB-applicatiecursus, de 1-jarige scholing JGZ 0-19 jarigen en de opleiding tot sociaal geneeskundige.

De opnieuw vernieuwde opleiding M&G, die in 2006 van start is gegaan, heeft een duidelijke structuur. Deze gaat uit van een tweejarige basis: de profielopleiding (ook wel eerste fase van de opleiding M&G genoemd), die kan leiden tot opname in een van de profielregisters van de SGRC. Daar bovenop kan de eveneens tweejarige tweede fase van de opleiding M&G worden gedaan, die kan leiden tot opname in het M&G register van de SGRC en de specialistentitel AM&G. De totale opleiding M&G komt hiermee op 4 jaar. Deze vernieuwing en achterliggende motiveringen zijn tot stand gekomen in de geest van het rapport 'De arts van straks' uit 2002.<sup>21</sup> Daarin werden aanbevelingen gedaan voor innovatie van het hele traject van de opleiding tot arts en de vervolgopleidingen daarna. Het credo was samengevat: bekorting en flexibilisering. De nieuwe opleidingsstructuur M&G is daar het eerste voorbeeld van. Dit laat onverlet dat er in de overgangsfase nog verschillende andere opleidingen worden aangeboden: de SG-basismodule en het losse tweede jaar van de profielopleiding JGZ (die aansluit op de 1-jarige scholing JGZ 0-19 jarigen). Deze kunnen beide, afhankelijk van de genoten vooropleiding, leiden tot opname in het profielregister JGZ.

Uit de enquête gegevens over de behoefte aan scholing kan afgeleid worden dat het aannemelijk is dat de huidige, gefaseerde opleiding M&G beter aansluit bij wensen van werkgevers en artsen dan de eerder al vernieuwde opleiding die in 2002 gestart is, die verlengd was van twee en een half naar vier jaar en in 2004 vanwege onvoldoende belangstelling sloot. Met het nieuwe opleidingsmodel zullen de niveaus basisarts (zonder opleiding, met andersoortige vooropleiding, of bezig met opleiding), JA en AM&G in het advies centraal staan.<sup>22</sup>

### Verschil opleidingsniveau binnen Thuiszorg en GGD'en

In figuur 6 is zichtbaar dat er een groot verschil is tussen GGD'en en Thuiszorginstellingen wat betreft opleidingsniveaus van de aJGZ. Binnen GGD'en is

<sup>21</sup> De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm, onder voorzitterschap van prof. Dr. B. Meyboom-de Jong.

<sup>22</sup> Zoals eerder al ter sprake kwam, zijn een aantal huisartsen werkzaam voor met name de 0-4 jarigen. Dit zijn vooral huisartsen in plattelandspraktijken die consultatiebureaus verzorgen voor de kinderen uit hun eigen praktijk. De Werkgroep schat dat dit aantal huisartsen rond de 150 ligt (ten opzichte van de geschatte 200 in 2004, zie hoofdstuk 2) en dat dit aantal stabiel zal blijven de komende jaren. Zij worden vanwege het anders te complex worden van de berekeningen, geschaard onder de groep basisartsen, al doet dit hun opleidingsniveau tekort.

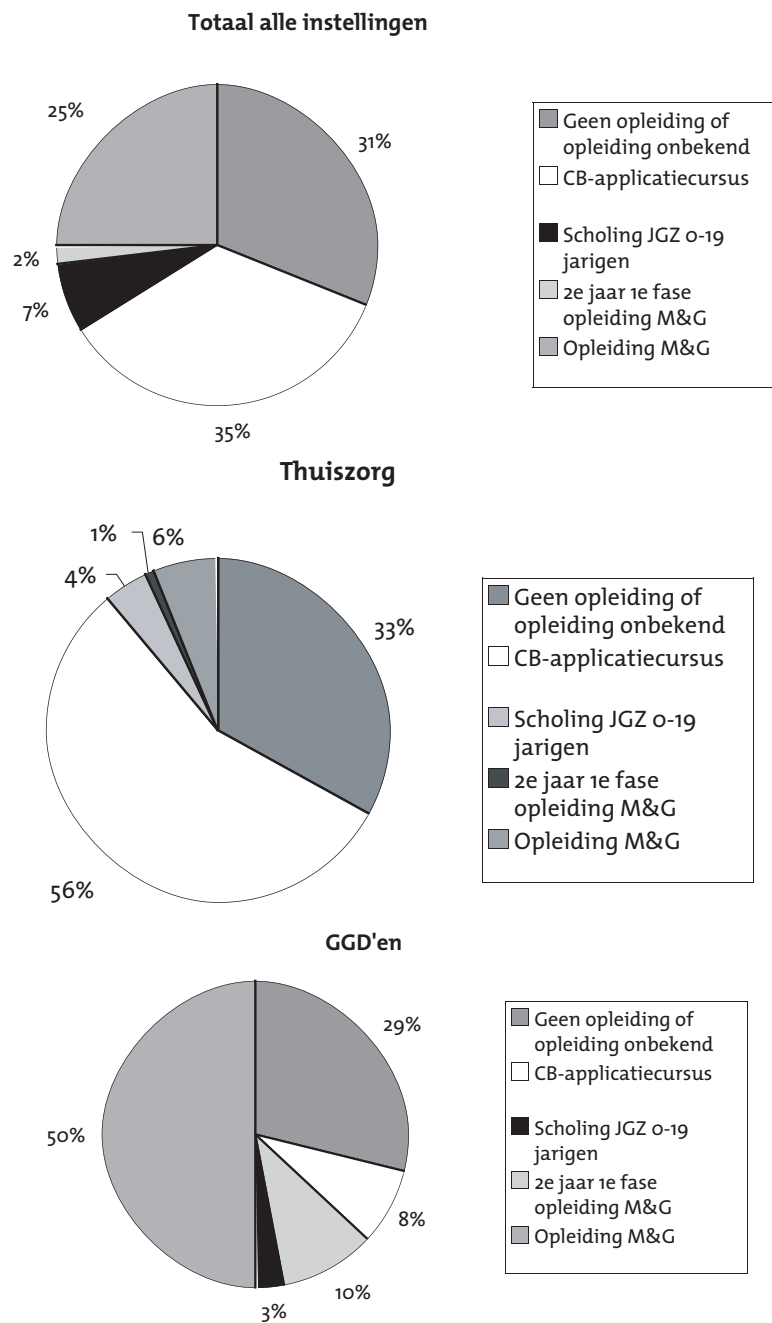
50% AM&G en binnen Thuiszorginstellingen is dit 6%. Als de instellingen samen worden genomen is 25% AM&G. Binnen Thuiszorginstellingen heeft 56% van de aJGZ alleen de CB-applicatiecursus gevolgd en 4% de scholing JGZ 0-19 jarigen, bij de GGD'en is dit respectievelijk 8% en 10%. Dit betekent dat binnen de totale groep GGD'en 317 AM&G werkzaam zijn en binnen Thuiszorginstellingen circa 65, dat wil zeggen voor de totale groep ruim 380. Het scholingsniveau binnen GGD'en is derhalve veel hoger dan binnen de Thuiszorg.

Wat hierbij een rol kan spelen, is dat binnen de WCPV voor aJGZ binnen GGD'en enige opleidingseisen geformuleerd zijn en voor de aJGZ in de Thuiszorg, als het gaat om door de SGRC erkende opleidingen, niet. Hoe dit ook verklaard wordt het bevestigt een al langer bestaand verschil tussen beide soorten organisaties wat betreft de opleidingsgraad.

De situatie is sinds 2000, toen het Capaciteitsorgaan de eerste ramingen uitbracht, ook voor de oude opleiding sociale geneeskunde in de JGZ, duidelijk verslechterd. Geconcludeerd kan worden dat het aantal sociaal geneeskundig opgeleide artsen sindsdien sterk is gedaald. Waren dit er toen nog 550, nu ligt het totaal op ruim 380. Er zijn nog wel sociaal geneeskundigen bijgekomen vanuit de opleidingen in de jaren 2000 en 2001 en een te verwaarlozen aantal uit de lichten van de verlengde opleiding van 2002, maar de uitstroom is veel groter. Dit stemt overeen met de voorspellingen van de Capaciteitsplannen 2000 tot en met 2002. Er heeft de afgelopen jaren al een behoorlijk verlies plaats gevonden van deskundigen met een vervolgopleiding. Degenen die nu opgeleid zijn als AM&G volgden vrijwel allemaal de oude opleiding sociale geneeskunde JGZ van twee en een half jaar. Zij zijn in de overgangsregeling erkend als AM&G. Bij de Thuiszorg waren er in 2000 vermoedelijk ongeveer 75 sociaal geneeskundigen werkzaam, eind 2006 waren dit er 65. Bij de GGD'en waren dit er toen vermoedelijk ongeveer 475, nu zijn het er ruim 380. Dit is een afname bij de GGD'en van 20%.

Verder is het aannemelijk dat er in 2000 wat meer aJGZ waren dan de 634 van nu. Als dit er toen 650 waren, lag de scholingsgraad bij GGD'en toen op 73%, momenteel nog maar op 50%. Opgeleide sociaal geneeskundigen zijn vervangen door basisartsen, al of niet met een zekere mate van kortere scholing, zoals af te lezen is uit figuur 6. Er tekent zich wel een streven af om tenminste de scholing tot JA te volgen, zoals blijkt uit de volgende paragraaf.

Figuur 6: Opleiding artsen JGZ gerelateerd aan totaal aantal artsen <sup>23</sup>



Bron: Vreelandgroep

### Instroom in de verschillende opleidingen tot en met 2006

Uit gegevens van TNO en NSPOH, de opleidingsinstellingen in Nederland die zich bezighouden met opleidingen op het gebied van M&G, blijkt dat scholing van artsen in de JGZ de afgelopen jaren niet volledig stil heeft gestaan. Blijkbaar was er wel een zekere

<sup>23</sup> Het 2e jaar van de 1e fase van de opleiding M&G binnen de JGZ is een andere naam voor het 2e jaar van de profielopleiding JGZ.

behoefte en sloot het alternatieve aanbod, buiten de nieuwe versie van de opleiding voor AM&G vanaf 2002, daar voldoende op aan. Voor de verschillende vormen van scholing wordt verwezen naar tabel 8. Het is een wat bonte mengeling van varianten. Uit deze tabel blijkt dat sinds 2001 alleen in 2002 en 2003 totaal 6 artsen zijn ingestroomd in de 4-jarige opleiding M&G. Dit heeft te maken met het al eerder genoemde stilvallen in 2004 van de (in 2002 gestarte) opleiding M&G. Uit de tabel blijkt eveneens het stoppen van de oude opleiding JGZ in 2004 en het stoppen van de JGZ scholing 0-19 jarigen in 2006. Ook is zichtbaar dat in 2006 werd gestart met de profielopleiding JGZ (ook wel aangeduid met 1e fase opleiding JGZ). Een aantal van 21 artsen is doorgestroomd vanuit de JGZ Scholing 0-19 jaar naar het tweede jaar van de profielopleiding JGZ. Dit kan na afronding leiden tot opname in het profielregister JGZ van de SGRC. Hierop wordt later terug gekomen.

**Tabel 8: Instroom verschillende JGZ opleidingen**

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
NSPOH	Opleiding M&G		4	2			
TNO	CB cursus	18	23	35			
	Oude opleiding JGZ	21	23	22			
	Scholing JGZ 0-19 jarigen (1jaar)			24	48	49	
	2e jaar 1e fase opleiding M&G (1jaar)						21
	1e fase opleiding M&G (2jaar)						26
<b>TOTAAL</b>		<b>39</b>	<b>50</b>	<b>83</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>47</b>

Bron: TNO en NSPOH

Belangrijk in deze tabel is dat het aanbod van de CB-cursus is gestopt in 2004. Dit was de gebruikelijke scholing van korte duur, die met name door het overgrote deel van de artsen in de Thuiszorginstellingen werd gevolgd.

Verder is van belang dat in de jaren 2004 en 2005 telkens een kleine 50 instromen in de scholing JGZ voor 0 tot 19 jarigen van één jaar. Een deel daarvan, met 21 minder dan de helft, ging in 2006 een tweede jaar in.

Tot slot is zichtbaar dat in 2006 de eerste 26 begonnen aan de recent vernieuwde opleiding. Het maakt zichtbaar dat de gefaseerde vorm van opleiden belangstelling trekt. Dat er nog maar een beperkte belangstelling voor is houdt vermoedelijk voor een deel verband met de kosten. Het is aannemelijk dat GGD'en en vooral de Thuiszorginstellingen afwachten hoe de financiering van de opleiding gaat lopen. Ook hierop wordt later terug gekomen.

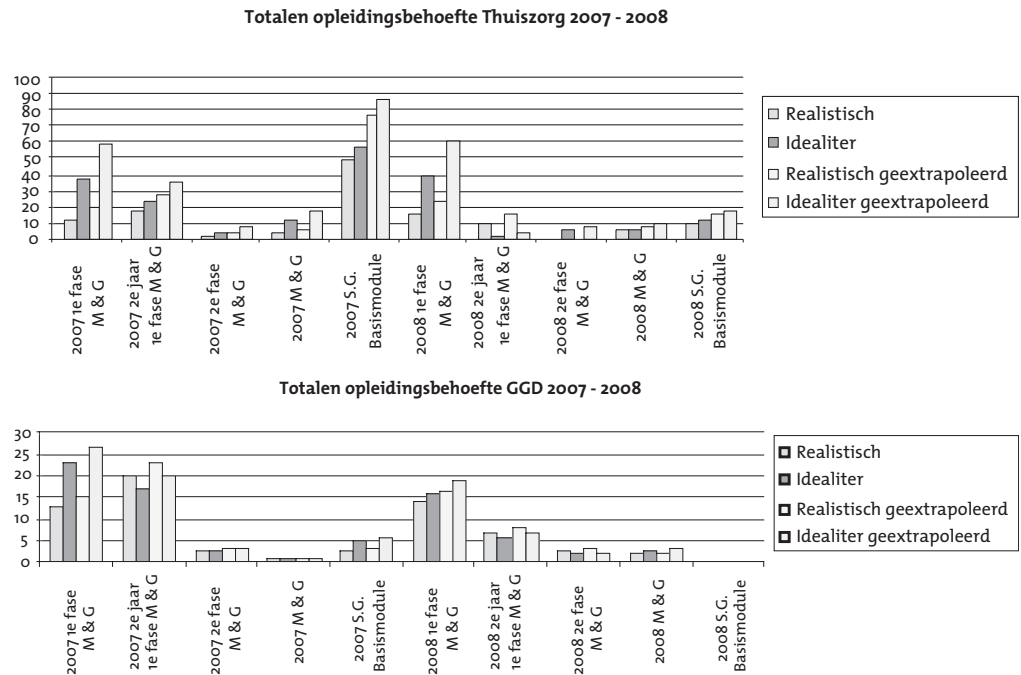
### **Instroom in de verschillende opleidingen in 2007 en 2008**

Vooruitlopend op het volgende hoofdstuk waarin naar de verdere toekomst wordt gekeken, te weten 2009-2019, wordt nu ingegaan op de bekende en verwachte instroom in het lopende jaar 2007 en komende jaar 2008.

In het onderzoek van de Vreelandgroep werd de instellingen gevraagd naar de opleidingsbehoefte op lange termijn (2009 en verder), maar ook voor 2007 en 2008. Er werd gevraagd naar de realistische behoefte, waarin de respondent rekening zou houden met de invloed van onder andere financiële factoren en productiefactoren op de daadwerkelijke opleidingsbehoefte. Daarnaast werd gevraagd naar de ideale opleidingsbehoefte waarbij geen rekening gehouden werd met deze praktische en financiële randvoorwaarden. Hieronder zal worden gerekend met de realistische, geëxtrapoleerde inschatting van de instellingen, omdat die de daadwerkelijke instroom waarschijnlijk het dichtst zal benaderen.<sup>24</sup> De vraag die hier opnieuw gesteld kan worden is of de realistische opgave te hoog zal zijn als de financiering vanuit het opleidingsfonds lager uitvalt dan gewenst. In figuur 7 zijn de gegevens naast elkaar te zien voor de verschillende opleidingen.

<sup>24</sup> In de geëxtrapoleerde weergave is de non-respons verdisconteerd.

Figuur 7: Opleidingsbehoefte 2007 en 2008



Bron: Vreelandgroep

*\* Opleidingsbehoefte profielopleiding JGZ (eerste fase opleiding M&G)*

In de Thuiszorg ligt de realistische behoefte aan de profielopleiding JGZ (ook wel 1e fase opleiding M&G genoemd) in 2007 op 20, in 2008 op circa 26. Voor GGD'en ligt deze op respectievelijk 15 en 16.

Totaal betekent dit voor 2007 een opleidingsbehoefte van 35 voor de profielopleiding JGZ en voor 2008 van 42. Waarschijnlijk zal de daadwerkelijke instroom in de profielopleiding dit getal naderen. De inschrijving voor de profielopleiding van september 2007 start in april 2007, zodat momenteel nog niet bekend is hoeveel artsen zullen starten in 2007 en 2008.

*\* Opleidingsbehoefte opleiding M&G*

In de Thuiszorg ligt de realistische behoefte aan de M&G opleiding in 2007 op 6, in 2008 op 9. Voor GGD'en ligt deze op respectievelijk 1 en 2.

Totaal betekent dit voor 2007 een opleidingsbehoefte van 7 voor de opleiding M&G en voor 2008 11. Hoeveel artsen in 2007 en 2008 daadwerkelijk gaan starten met deze opleiding is op moment van schrijven nog niet bekend.

Daarnaast is er behoefte aan opleidingen die in de overgangsfase van de nieuwe opleiding in elk geval nu nog mogelijk zijn. Het gaat om het losse tweede jaar van de profielopleiding en de sociaal geneeskundige basismodule, die beide na afronding, afhankelijk van de genoten vooropleiding, kunnen leiden tot opname in het

profielregister JGZ, en de losse tweede fase van de opleiding M&G, die na afronding kan leiden tot opname in het register M&G. Deze worden volledigheidshalve hieronder besproken.

*\* Opleidingsbehoefte losse tweede jaar van de profielopleiding en sociaal geneeskundige basismodule*

Deze opleidingen worden hier samen besproken, omdat ze beide na afronding, afhankelijk van de genoten vooropleiding, kunnen leiden tot opname in het profielregister JGZ van de SGRC.

In de Thuiszorg ligt de realistische behoefte aan de sociaal geneeskundige basismodule in 2007 op maar liefst 77, in 2008 op 17. Voor GGD'en ligt deze op respectievelijk 3 en 0. Totaal betekent dit voor 2007 een opleidingsbehoefte van 80 voor deze module en voor 2008 van 17. Het grootste deel van hen heeft naar verwachting al toelating tot het profielregister JGZ aangevraagd.

Voor het losse tweede jaar van de profielopleiding JGZ, een tijdelijke optie in de overgangssituatie van de nieuwe opleidingsstructuur, ligt in de Thuiszorg de realistische behoefte in 2007 op 28, in 2008 op 16. Voor GGD'en ligt deze op respectievelijk 23 en 8. Totaal betekent dit voor 2007 een opleidingsbehoefte van 51 voor het tweede jaar van de profielopleiding en voor 2008 van 24.

Voor 2007 hebben zich totaal 24 artsen ingeschreven voor specifiek het tweede jaar van de profielopleiding JGZ, in 2008 zijn dit waarschijnlijk 41.<sup>25</sup> Deze laatste getallen worden door het NIVEL gebruikt. Getallen over de sociaal geneeskundige basismodule zijn nog niet voorhanden.

*\* Opleidingsbehoefte tweede fase opleiding M&G*

In de Thuiszorg ligt de realistische behoefte aan deze scholing in 2007 op 4, in 2008 op 0. Voor GGD'en ligt deze voor beide jaren op 3.

Totaal betekent dit voor 2007 een opleidingsbehoefte van 7 voor de losse tweede fase en voor 2008 van 3.

<sup>25</sup> Informatie van TNO.



Tabel 9: Verwachte en bekende instroom verschillende opleidingen binnen JGZ in 2007 en 2008 <sup>26</sup>

		Profielopleiding JGZ				Opleiding M&G	
		Volledige eerste fase	Sociaal geneeskundige basismodule	Tweede jaar eerste fase		Volledige opleiding M&G	Tweede fase opleiding M&G
		verwacht	verwacht	verwacht	bekend	verwacht	verwacht
2007	Thuiszorg	20	77	28	6	6	4
	GGD'en	15	3	23	18 <sup>27</sup>	1	3
2008	Thuiszorg	26	17	16	13	9	0
	GGD'en	16	0	8	28 <sup>28</sup>	2	3

Bron: Vreelandgroep en TNO

Het beeld dat hier naar voren komt is dat zich in de eerste kolom een regelmatige instroom aftekent van ongeveer 30 tot 40 per jaar voor de profielopleiding. Opmerkelijk is dat juist de Thuiszorginstellingen een groter aantal opgeven dan de GGD'en. Zij hebben ook wel veel meer artsen dan de GGD'en, maar kennelijk bevat het dat er nu een aanbod is van een opleiding van twee jaar.

De tweede kolom met de hoge aantallen in 2007 geeft een aanduiding van de overgangsfase. Met deze sociaal geneeskundige basismodule is het mogelijk, afhankelijk van de genoten vooropleiding, in aanmerking te komen voor de profielregistratie. Dat het gaat om een soort eenmalige inhaalslag komt ook naar voren in de daling in het jaar 2008. Voorlopig kan men dus uitgaan van een instroom van 30 tot 40 per jaar voor de profielregistratie. In het volgende hoofdstuk komt naar voren dat de benodigde instroom vanaf 2009 veel hoger zou moeten liggen volgens de eigen opgave van de instellingen.

Ditzelfde geldt voor de opleiding tot AM&G. De instroom voor de volledige opleiding ligt in 2007 en 2008 op ongeveer 9 per jaar. Ook hier zal blijken dat de benodigde instroom vanaf 2009 veel hoger zou moeten zijn.

De indruk bestaat dat men wel zou willen maar dat men om diverse redenen nog niet de realistische behoefte effectueert. Uit diverse reacties vanuit het veld van respondenten op de enquête blijkt dat men onzeker is over de financiering, in het bijzonder wat de hoogte is van de bijdrage vanuit VWS. Kennelijk zijn er ook belemmeringen om de opleidingen uit eigen middelen te betalen, dan wel speelt strategisch gedrag in afwachting van een ruimere financiering.

<sup>26</sup> De 'bekende' instroom komt voort uit de inschrijvingen bij de opleidingsinstelling, terwijl de verwachte instroom is afgeleid uit de geëxtrapoleerde realistische behoefte van de instellingen. Deze verwachte opleidingsbehoefte is afgelezen uit het onderzoek van de Vreelandgroep (zie ook figuur 7).

<sup>27</sup> Hiervan zijn 16 afkomstig uit GGD'en, 1 uit MOA en 1 uit de GGZ.

<sup>28</sup> Hiervan zijn 27 afkomstig uit GGD'en en 1 uit MOA.

## 6. Blik naar de toekomst

Bij het vooruitkijken wordt zo goed mogelijk rekening gehouden met verwachte ontwikkelingen in de beroepsgroep zelf (aangeduid met ‘aanbod’), de zorgvraag en het werkproces. Dit zijn belangrijke onderdelen binnen het model van het Capaciteitsorgaan.<sup>29</sup> Achtereenvolgens wordt nu per onderdeel ingegaan op een aantal aspecten daarvan. Hierbij was de ervaring van het Capaciteitsorgaan ten aanzien van vergelijkbare ontwikkelingen bij andere beroepsgroepen, een belangrijke leidraad. Bij de schattingen door de Werkgroepleden aJGZ werden daarnaast de (middels de enquête door de Vreelandgroep verzamelde) meningen van GGD'en en Thuiszorginstellingen meegewogen. In dit hoofdstuk zal worden gekeken naar de instroom vanaf 2009. In het vorige hoofdstuk werd al even stilgestaan bij de instroom in de opleiding in 2007 en 2008.

Bij de schattingen in de Werkgroep kwam herhaaldelijk naar voren dat het beschikbare budget in belangrijke mate bepaalt hoeveel zorg er wordt geboden. Bij een krap budget zal de daadwerkelijke groei zoals voor sommige variabelen geschat werd, minder sterk zijn als bij een ruimer budget. Het beschikbare budget blijkt een belangrijke randvoorwaarde.

### 6.1 Aanbod

#### Werkzame artsen

\* De verhouding tussen het aandeel mannen en vrouwen zal naar verwachting in de toekomst niet veranderen, omdat het van oudsher al een sterk gefeminiseerd vak is.

\* Wat betreft de pensioenleeftijd zijn verschillende bewegingen te verwachten. Uit de betrekkelijk kleine dienstverbanden mag geconcludeerd worden dat een groot deel tweeverdiener is en geen kostwinner. Het is aannemelijk dat een behoorlijk deel hiervan eerder zal blijven stoppen dan wanneer ze vijftenzestig jaar zijn, omdat dat financieel mogelijk is. Ook het gebruikelijke leeftijdsverschil tussen mannen en vrouwen kan meespelen: als de man pensioneert, stopt in veel gevallen diens jongere echtgenote ook met werken. Aangezien veel aJGZ vrouw zijn, kan dit blijvend een rol spelen.

De pensioenleeftijd zal in het algemeen waarschijnlijk wat omhoog gaan richting 65 jaar. Op korte termijn speelt afschaffing van VUT-regelingen. Degenen die geboren zijn na 1949 zullen de komende jaren wat langer blijven werken. Dit zal een klein drukkend effect hebben op de vervangingsvraag. Belangrijker dan de VUT-regelingen is de vraag of er een algemene maatschappelijke trend zal ontstaan dat men langer blijft doorwerken. De werkgroep acht dit aannemelijk voor de aJGZ. In de bijlage van het NIVEL is gerekend met de berekening van de uitval uit de beroepsgroep uit bijlage 4. Deze gaat uit van een pensioenleeftijd van iets hoger dan 62 jaar. De komende jaren moet worden bezien of hier veranderingen in gaan plaatsvinden.

<sup>29</sup> Zie bijlage 1.

\* Per 1 januari 2007 zijn ook voor AM&G nieuwe registratie-eisen van toepassing, conform de eisen voor andere medische specialismen.<sup>30</sup> Deze eisen zijn gelijk aan de registratie-eisen voor JA. Dit betekent dat men nu wekelijks minimaal 16 uur moet werken om de registratie te behouden, wat overigens ook geldt voor de opleiding. AM&G en JA met kleine contracten zullen hierdoor genoodzaakt worden, als zij tenminste hun registratie willen behouden, meer uren te gaan werken. Een andersoortige ontwikkeling heeft hetzelfde effect, namelijk de toename van basisartsen de komende jaren vanwege hogere instroom in de initiële geneeskundeopleiding. Bij een groter aanbod is het waarschijnlijker dat meer artsen gevonden kunnen worden die grotere dienstverbanden willen werken. Met name in de Thuiszorg zijn artsen werkzaam met kleine contracten. Waarschijnlijk zal de arbeidstijd de komende jaren in grote lijnen gaan toenemen en zullen er minder aJGZ met kleine contracten werkzaam zijn. In bijlage 5 wordt dit nader uitgewerkt.

\* Aangenomen wordt dat het aantal o-urencontracten waarschijnlijk hetzelfde zal blijven, omdat er altijd behoefte zal zijn aan inval- en oproepkrachten. Er zal naar verwachting nog steeds een groep aJGZ werkzaam blijven met dergelijke contracten, waaronder gepensioneerden die nog een tijd blijven waarnemen. Dit wordt ook wel gezien als het 'smeermiddel voor continuïteit'.

\* Het aantal huisartsen dat werkzaam is in de JGZ wordt verwacht te stabiliseren op circa 150 personen. Met dit aantal wordt in deze rapportage gerekend. Ten opzichte van de 200 in 2004 is dit aantal mogelijk licht afgenomen. Waarschijnlijk zal het voor huisartsen in bepaalde regio's, aantrekkelijk blijven om de preventieve zorg aan 0-4 jarigen te verzorgen. Het aantal huisartsen is met name van belang bij de opleidingswensen. Deze groep zal naar verwachting beperkt interesse hebben voor verdere opleiding tot JA of AM&G. De huisartsen worden, ondanks hun hogere opleidingsniveau, geschaard onder de groep basisartsen, zie voetnoot 22.

## Opleiding

\* Het interne rendement, dat wil zeggen het percentage artsen dat de opleiding afrondt, wordt gezien de huidige ervaringen van opleidingsinstellingen geschat op 95%.

\* Het externe rendement, dat wil zeggen het aantal artsen dat na afronding van de opleiding nog steeds werkzaam is als aJGZ tot het eind van de ramingsperiode, in dit geval 2009, komt aan de orde in de bijlage van het NIVEL en wordt geschat op 85%.

\* Het is waarschijnlijk dat de opleidingsvraag behoorlijk gaat toenemen de komende tijd, nu de nieuwe opleiding beter lijkt aan te sluiten bij de wensen van de instellingen. In het vorige hoofdstuk werd al een doorkijkje gegeven naar 2007 en 2008. Als belangrijke randvoorwaarde is wel noodzakelijk dat de capaciteit van

<sup>30</sup> Overigens zijn deze eisen formeel ingesteld per 1 januari 2005, maar met een overgangsregeling van toepassing per 1 januari 2007.

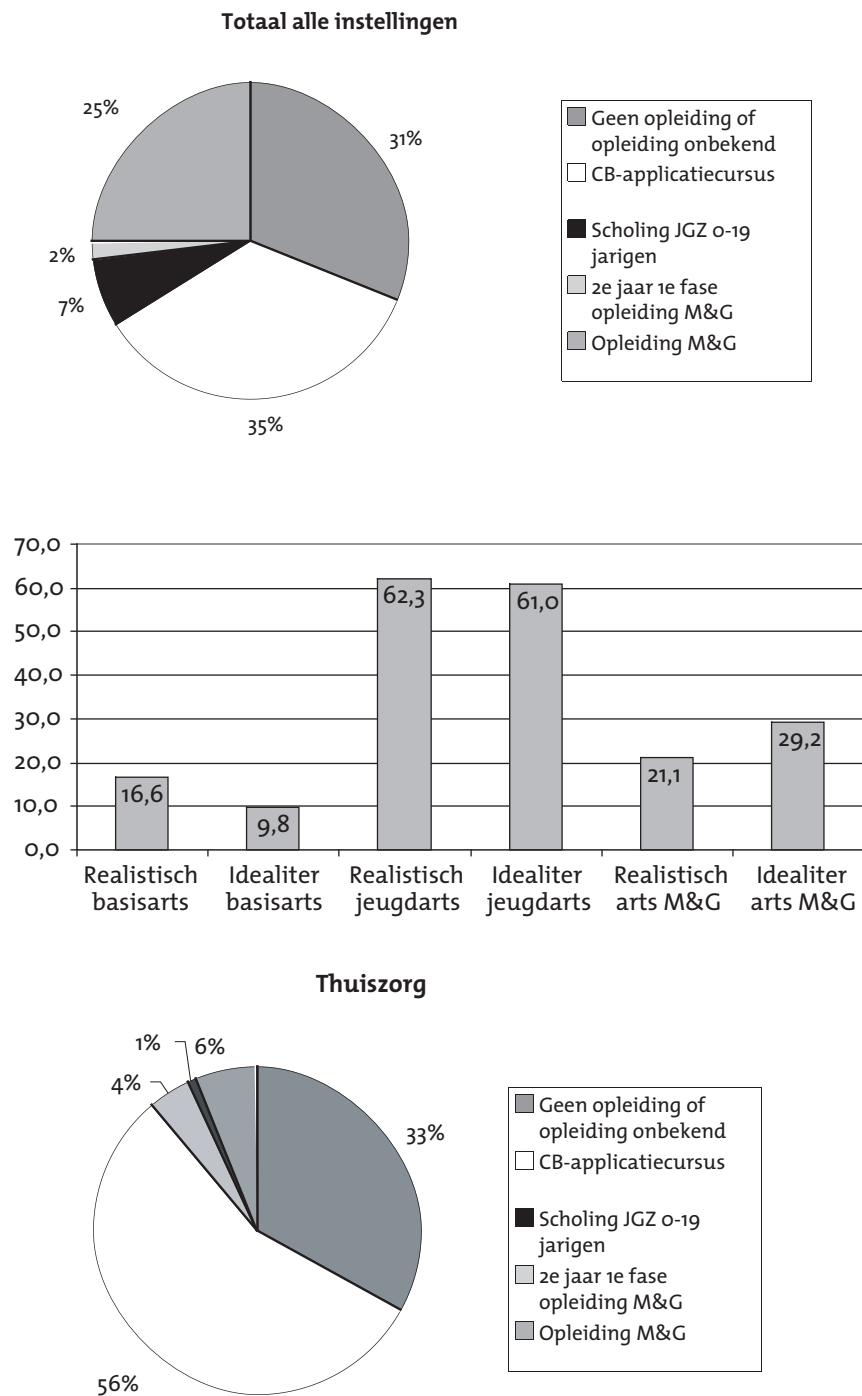
opleidingsinstellingen en opleidingsinrichtingen voldoende is om aan deze vraag te kunnen voldoen. Dit zal nog de nodige organisatie vergen.

\* Als wordt gekeken naar het verschil tussen het huidige opleidingsniveau en het wenselijke opleidingsniveau, is er nog een behoorlijke inhaalslag te maken, zie figuur 8. Voor de GGD'en valt op dat de behoefte aan AM&G in het realistische scenario lager ligt dan het huidige aandeel AM&G: 27% versus 50%. Dit geeft een wat vertekend beeld. Degenen die nu geregistreerd staan als AM&G zijn bijna allemaal opgeleid in de oude opleiding van twee en een half jaar, wat vergelijkbaar is met de nieuwe opleiding tot JA. Men kan dus ook stellen dat er een nieuwe behoefte is aan AM&G van ruim een kwart.

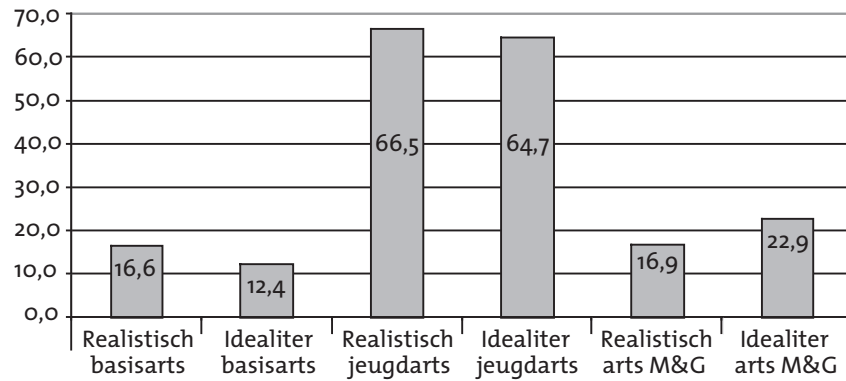
De behoefte aan JA ligt op 57%. De behoefte aan basisartsen ligt met 17% lager dan het huidige aandeel van 50%. Dit is tamelijk hoog en houdt zeker voor een deel verband met de uitstroom in de afgelopen jaren van sociaal geneeskundigen. Deze werden vervangen door artsen, waarvoor nog geen geschikte scholing was. Concluderend voor de GGD'en kan men stellen dat men in de toekomst een veel groter deel van de basisartsen wil opleiden tot JA en daarbovenop nog ruim een kwart naar een vierjarige opleiding wil sturen om zich verder te bekwamen. Dit gaat op als men de realistische opleidingsbehoefte ook echt wil of kan realiseren.

Voor Thuiszorginstellingen valt op dat de behoefte aan AM&G hoger ligt in het realistische scenario dan het huidige aandeel AM&G: 17% versus 6%. Ook daar geldt wat hierboven gesteld is. De opleiding AM&G is veel zwaarder dan oude opleiding sociale geneeskunde. Men vindt kennelijk dat bijna één op de vijf artsen veel meer scholing nodig heeft dan voorheen. De behoefte aan JA ligt op 67%. Dit is vergeleken met de historische bevindingen een omwenteling. Dit blijkt omgekeerd uit de cijfers over de behoefte aan basisartsen. Deze ligt met 17% veel lager dan het huidige aandeel van 94%. Dat wil zeggen: binnen Thuiszorginstellingen bestaat er in alle opzichten een veel hogere opleidingsbehoefte dan momenteel aanwezig is. Het is met het oog op de kleinere dienstverbanden van aJGZ binnen de Thuiszorg wel de vraag in hoeverre Thuiszorginstellingen hun artsen naar de opleidingen laten gaan en in wiens tijd dit zal gebeuren.

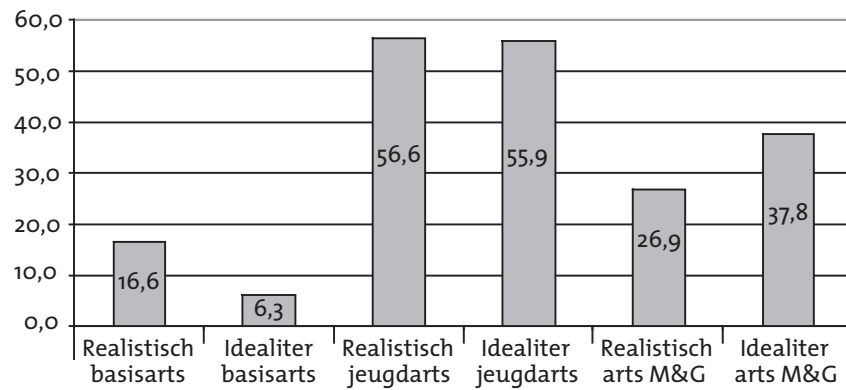
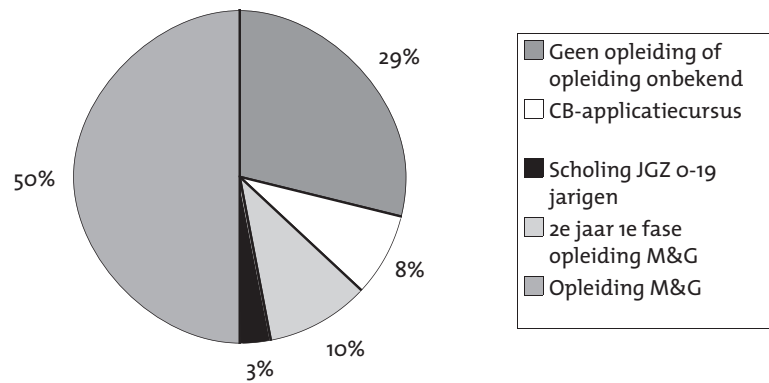
Figuur 8: Scholing artsen in relatie tot scholingsbehoefte <sup>31</sup>



<sup>31</sup> Verhoudingen basisarts, JA en AM&G afkomstig van responderende instellingen.



GGD'en



Bron: Vreelandgroep

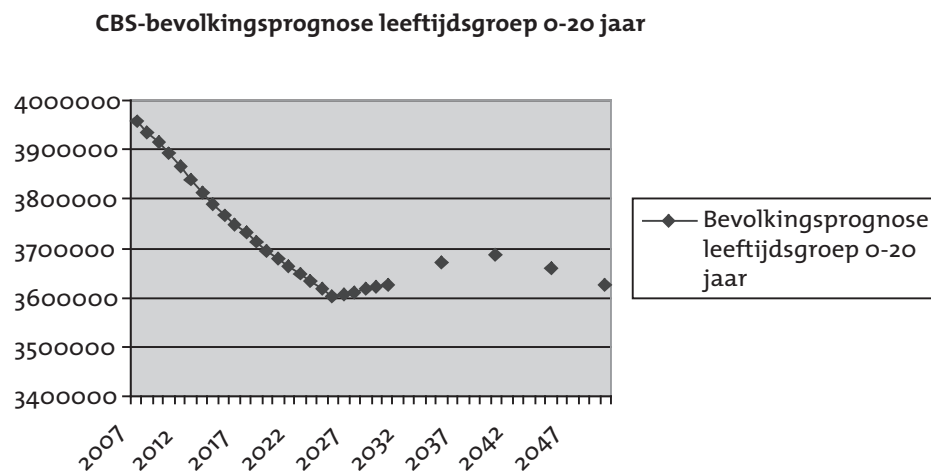
## 6.2 Zorgvraag <sup>32</sup>

### Demografie

Als wordt gekeken naar de prognoses van het CBS over de ontwikkeling van het aantal 0-20 jarigen in Nederland tussen 2007 en 2097, is er een afname zichtbaar van circa 6,6%, zie figuur 9.<sup>33</sup>

Van belang voor de afweging van het Capaciteitsorgaan is dat ook tot 2025 sprake is van een daling van het aantal 0-20 jarigen, maar dat tussen 2025 en 2030 het aantal weer licht gaat stijgen.

**Figuur 9: CBS-prognose aantal 0-20 jarigen**



Bron: CBS-statline (20 februari 2007)

Een tweede indicator voor de ontwikkeling van de toekomstige vraag is het aantal levendgeborenen. Dit zegt vooral iets voor het werk voor de 0-4 jarigen. Uit recente prognoses van het CBS blijkt er een golfpatroon te bestaan, zie figuur 10.<sup>34</sup> Tussen 2007 en 2019 is er in totaal sprake van een afname, en wel van 1,1%.

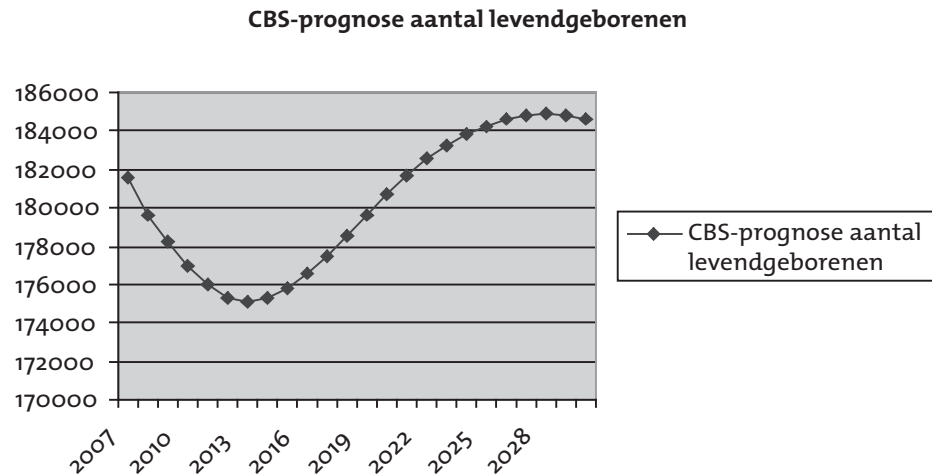
Bij nadere beschouwing blijkt het dieptepunt van de daling te liggen in 2013. In exactere percentages is er tussen 2007 en 2013 sprake van een afname van 3,6%. Tussen 2013 en 2019 is er sprake van een toename van 2,5% ten opzichte van 2007. Het aantal levendgeborenen zegt iets over de instroom in het leeftijdscohort 0-20 jarigen. Deze wordt een tijdlang iets lager, maar wordt pas later teruggezien in de figuur van het aantal 0-20 jarigen. Op het werk voor de 0-4 jarigen zal de tijdelijke afname van het aantal levendgeborenen eerder invloed hebben.

<sup>32</sup> De geschatte percentages hebben betrekking op de periode 2007-2017. Bij demografisch ontwikkelingen wordt gekeken naar de periode 2007-2019.

<sup>33</sup> Er zijn cijfers bekend voor de jaren 2007 tot en met 2015 afzonderlijk en vanaf 2015 voor 5-jaarsperiodes. De 6,6% afname is derhalve een benadering.

<sup>34</sup> Let op de schaal van deze figuur: er wordt een flink golfpatroon gesuggereerd, wat in feite wel meevalt.

Figuur 10: CBS-prognose aantal levendgeborenen



Bron: CBS-statline (20 februari 2007)

Het aantal kinderen in de leeftijdsgroep 0-20 jarigen wordt geacht het meest belangrijk te zijn voor de aJGZ. Voor de aJGZ specifiek werkzaam voor 0-4 jarigen ligt dit mogelijk iets genuanceerder, omdat zij eerder te maken zullen hebben met het effect van de afname van het aantal levendgeborenen. De groep aJGZ voor 4-19 jarigen zal pas later met het effect van afname van deze groep worden geconfronteerd.

Op basis van al deze informatie die met de nodige onzekerheden gepaard gaat (een deel van de kinderen moet immers nog geboren worden), lijkt het juist om het percentage voor de komende periode tot 2019 voorzichtig op **-5%** te zetten. Dit wordt ook toegepast op de JGZ voor 0-4 jarigen. Het gaat in de prognose van het CBS om een beperkte afname van het levendgeborenen, die van tijdelijke aard is. Dat enige voorzichtigheid is geboden bij het voorspellen van het aantal geboortes komt mede voort uit ervaringsgegevens dat bij het aantrekken van de economie het aantal geboortes na ongeveer twee jaar omhoog gaat. Dit zou zich kunnen gaan manifesteren in 2007 en 2008.

### Epidemiologische ontwikkelingen

Bij epidemiologische ontwikkelingen die van belang zijn binnen de JGZ, kan gedacht worden aan toenemende adipositas bij kinderen, toename van psychosociale problemen en ontwikkelingsstoornissen bij een toenemend aantal vroeggeborenen. Op grond van deze factor wordt een toename van de zorgvraag verwacht van **+4% tot +8%**.

### Sociaal-culturele ontwikkelingen

Het gaat hier om vraagveranderingen vanuit de bevolking in bredere zin, gedragen door de politiek.



Naar het inzicht van het Capaciteitsorgaan blijft het een moeilijke zaak om preventie 'te verkopen'. In de eeuw van het 'kostbare kind' is wel enige extra belangstelling te verwachten. Verder is het aannemelijk dat ook de politiek bereid zal zijn meer te investeren in preventieve programma's. Het toenemende geweld in de privé-sfeer en de aandacht voor de Jeugdzorg zal ook doorwerken in de aandacht voor de JGZ. Verder kan bij deze ontwikkelingen gedacht worden aan toenemende mondigheid bij ouders en mogelijke veranderingen in de taakstelling van aJGZ voor specifieke risicogroepen.

Op grond van deze ontwikkelingen wordt een toename van de zorgvraag verwacht van **+5 tot +10%**.

### Onvervulde vraag

Om de werkelijke zorgvraag te benaderen zijn schattingen gedaan voor de mate waarin de beroepsgroep de vraag van de bevolking niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van schatten, de zogenaamde onvervulde vraag. Als graadmeter hiervoor kan gedacht worden aan wachtlijsten (mits niet vervuld om politieke redenen) of ook het aantal vacatures. Nu zijn er altijd vacatures voor vervanging en in veel specialismen ook voor uitbreiding. Als deze moeilijk te vervullen zijn dan geeft dit een goede indicatie dat werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal gewerkt wordt.

Voor de aJGZ zijn er momenteel maar beperkte aanwijzingen dat er sprake is van moeilijk vervulbare vacatures. In het onderzoek van de Vreelandgroep is de instellingen gevraagd naar lastig vervulbare vacatures. Het aantal formatieplaatsen dat niet ingevuld is kwam voor de totale groep respondenten uit op 4. Voor verpleegkundigen kwam dit overigens uit op 42. Voor aJGZ kwamen uit dit onderzoek geen signalen van een grote hoeveelheid onvervulbare vacatures, al kan er door de manier van vragen sprake zijn van onderrapportage.

In de digitale JGZ-Nieuwsbrief van de JGZ Zorgmediatheek werd recent (februari 2007) gemeld dat JGZ-vacatures op hun website sterk in trek waren en er veel reacties waren geweest op een vacature binnen de AJN. Reden te meer om de onvervulbare vraag in de JGZ niet te hoog te stellen.

Deze factor wordt derhalve geschat op **+2% tot +6%**.

### 6.3 Werkproces

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

## Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Bij vakinhoudelijke ontwikkelingen moet veelal gedacht worden aan een combinatie van wetenschap en technologie. Deze factor leidt niet altijd tot meer capaciteit. Zo is er ook binnen de JGZ meer aandacht voor evidence based zorg. Daaruit komen aanwijzingen dat onderdelen van het werk mogelijk niet (meer) zinvol zijn. Er zijn echter signalen dat oud gedrag moeilijk af te leren is. Verder is het aannemelijk dat binnen de JGZ meer screening en vroegdiagnostiek gevraagd gaat worden vanuit de Jeugdzorg. Op grond van deze factor wordt een bescheiden toename van de benodigde capaciteit verwacht van **+1% tot + 5%**.

## Efficiency

Onder efficiency worden veranderingen in de tijdsbesteding van artsen verstaan door wijzigingen in het werkproces. Voorbeelden hierbij zijn toename van ondersteuning door ICT, waaronder het Elektronisch Kinddossier, en verwijsmogelijkheden naar de tweede lijn. De aanscherping van administratieve eisen vanwege toenemende juridisering is een ander voorbeeld. Verwacht kan worden dat vanuit de politiek aangedrongen wordt op meer samenhang met de Jeugdzorg. Dit zal een langzaam proces worden dat vijf tot tien jaar zal duren en in die periode veel extra mankracht zal vragen. Het zal daarna ook blijvend tijd kosten aan overleg tussen allerlei betrokkenen rond het kind.

ICT-ontwikkelingen over sectoren heen zullen nog moeilijker blijken te zijn dan binnen een sector. De huidige ervaring van de werkgroep met het Elektronisch KindDossier (EKD) is dat het een tijdsintensief systeem is, tijdelijk vanwege de implementatie, maar waarschijnlijk ook blijvend vanwege de grote hoeveelheid gegevens die moet worden vastgelegd. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat het systeem voor beleidsmakers, administratieve krachten en epidemiologische bewerkingen een meerwaarde en mogelijk tijds winst oplevert. Voor de uitvoerende professionals, aJGZ en verpleegkundige, wordt dit echter niet verwacht.

Aan de andere kant is de vraag of schaalvergroting geen zoden aan de dijk zal zetten. Met de toenemende focus op eerder genoemde veiligheidsregio's (zie hoofdstuk 3) is het mogelijk dat de GGD'en deze indeling gaan volgen en gaan fuseren. Het aantal GGD'en zal dan dalen van 36 naar 25. Ook binnen de Thuiszorg is schaalvergroting niet uitgesloten. Ondanks dat dit zogenaamde 'synergievoordelen' zou kunnen geven, wordt niet verwacht dat dit invloed zal hebben op het benodigde aantal werkzame aJGZ. Reden hiervoor is dat gemeenten, vanuit hun verantwoordelijkheid op wijkniveau, JGZ dicht bij de burger aan zullen blijven bieden, waardoor op lokaal niveau voldoende professionals noodzakelijk blijven. Mogelijk dat dit door beleidsontwikkelingen nog geïntensiveerd zal worden, wat nog enig verlies van efficiency kan betekenen. Aan de andere kant zal wellicht door schaalvergroting het aantal leidinggevenden wel afnemen. Dit zijn in de Thuiszorg lang niet altijd artsen, in de GGD'en vaak wel. Deze zijn veelal opgeleid tot volledig AM&G. Het is denkbaar dat er daarom op termijn minder opgeleiden tot AM&G nodig zijn. Beide mogelijke bewegingen worden verder verwaarloosd.

Al met al wordt verondersteld dat eventuele winst van ICT en schaalvergroting niet opweegt tegen de benodigde versterking van overleg. Op grond hiervan wordt voor de factor 'efficiency' juist niet verwacht dat minder capaciteit nodig is maar wat meer. Er wordt een groei van de capaciteit verwacht van **+2% tot +4%**.

### Horizontale taakherschikking

Evenals bij andere specialismen lijkt het zinvol ook deze optie serieus onder ogen te zien. Er zijn drie mogelijke bewegingen zichtbaar, die elkaar nog kunnen versterken in dezelfde richting.

Het jarenlange pleidooi voor een meer gelijke financiering als de curatieve sector zou eindelijk tot een doorbraak kunnen leiden. Dit kan wel tot gevolg hebben dat men meer in concurrentie komt met andere aanbieders van preventie vanuit de curatieve sector. In de tweede plaats is denkbaar dat verzekeraars preventie in hun (aanvullend) pakket gaan opnemen als er een vorm gevonden wordt om inspanningen op dit terrein te kunnen verrekenen, als een verzekerde overstapt naar een andere verzekeraar.<sup>35</sup>

In de derde plaats en het meest concreet is er in de nieuwe financiering van huisartsen sinds 2006 meer ruimte gekomen voor preventieve programma's. Met name als huisartsen grotere eenheden gaan vormen is goed denkbaar dat zij een echte concurrent gaan worden.

Voorlopig zijn dit speculaties en sterk afhankelijk van het komende kabinet en de vraag of 'gereguleerde marktwerking' in de zorg door zal zetten. Verwacht kan worden dat marktwerking wel wat doorzet en dat met name de eerste lijn een deel van de werkzaamheden zal gaan overnemen.

Hiertegenover staat dat aJGZ sinds kort direct kunnen verwijzen naar de 2e lijn. Dit zal enige versterking geven van de preventieve zorg voor de 0 tot 19 jarigen.

Alles wegend is de werkgroep van oordeel dat in totaal de zorg voor 0 tot 19 jarigen enig terrein zal verliezen.

Het saldo van de ontwikkelingen wordt geschat op **-2% tot -4%** capaciteit.

### Verticale taakherschikking

Onder verticale taakherschikking wordt herschikking verstaan van taken tussen artsen en lager opgeleid personeel. Er is hiervoor toenemend belangstelling van beleidsmakers. Er is echter nog geen goed Nederlands onderzoek dat substitutie, dat wil zeggen overnemen van taken van artsen, ondubbelzinnig aantoont in de zin dat zij daardoor minder werk krijgen. Wel is duidelijk dat enkele nieuwe disciplines werk oppakken dat wellicht anders bleef liggen, of in de toekomst wel opgepakt zou worden door specialismen als er meer opgeleid zijn. Dit is ook wel aangeduid met 'wegvangen' van werk.

<sup>35</sup> Er duiken de laatste twee jaar telkens ideeën hiervoor op, laatstelijk nog in een rapport van de Nationale Denktank, een platform van jonge, veelbelovende academici.

Vanwege de voorspelde schaarste aan mankracht in verpleging en verzorging is het maar zeer de vraag of en hoe sterk substitutie in de preventieve zorg zal plaatsvinden. Het is zelfs niet ondenkbaar dat al de komende jaren tekorten gaan ontstaan, zeker als de economie blijft aantrekken. Uitgaande van sombere scenario's zou het wel eens kunnen zijn dat tegen 2019 artsen juist meer het werk gaan doen dat momenteel nog door verpleegkundigen gedaan wordt.

Vooralsnog wordt echter uitgegaan van een bescheiden effect van taakherschikking. Deze factor wordt geschat op **-2% tot -6%**.

Bovenstaande schatting betreft een trend, die geleidelijk zal optreden. Er zijn bij deze raming overwegingen aan de orde geweest van GGD'en en mogelijk nog sterker van Thuiszorginstellingen om meer gestuurd te gaan inzetten op taakherschikking naar verpleegkundigen. Dit speelt vooral op bij schaarste aan artsen, waar mogelijk in de Thuiszorg wat meer sprake van is dan bij de GGD'en. Het kan zinvol zijn voor beleidsmakers de optie in deze richting te verkennen. Daarom wordt in dit rapport een apart scenario 'Taakherschikking' opgenomen, zie bijlage 3.

#### 6.4 Totaal

Als alle bovengenoemde factoren worden samengenomen, wordt voor de zorgvraag totaliter een groei verwacht van **+10% tot +25%**, zie tabel 10.

**Tabel 10: Geschatte percentages ontwikkelingen binnen JGZ (percentage groei van 2007-2017)**

		Lage schatting	Hoge schatting
<b>Onvervulde vraag</b>		2%	6%
<b>Zorgvraag</b>	<b>Epidemiologische ontwikkelingen</b>	4%	8%
	<b>Sociaal-culturele ontwikkelingen</b>	5%	10%
<b>Werkproces</b>	<b>Vakinhoudelijke ontwikkelingen</b>	1%	5%
	<b>Efficiency</b>	2%	6%
	<b>Verticale taakherschikking</b>	-2%	-6%
	<b>Horizontale taakherschikking</b>	-2%	-4%
<b>TOTAAL</b>		<b>+10%</b>	<b>+25%</b>

Bron: schattingen leden Werkgroep aJGZ

## 7. Varianten

Mede uitgaande van de hiervoor aangegeven ontwikkelingen wordt hieronder volgens de gebruikelijke aanpak van het Capaciteitsorgaan een aantal varianten weergegeven. Wat volgens deze varianten de hoogte is van de instroom in de opleidingen is door het NIVEL berekend, zie bijlage 6.

Het gaat om de zogenaamde basisvariant, de zogenaamde lage combinatievariant met en zonder doorgaande trends, en de zogenaamde arbeidstijdveranderingvariant (ATV-variant). Hieronder worden de verschillende varianten uitgewerkt.

Omdat geadviseerd wordt over de instroom in twee opleidingen, is het advies gesplitst in de instroom voor de profielopleiding JGZ en de opleiding M&G voor artsen werkzaam binnen de JGZ. Vanwege de verschillen in opleidingsbehoefte tussen GGD'en en Thuiszorginstellingen is de instroom voor de verschillende opleidingsniveaus weergegeven naar werkgever.

### 7.1 Basisvariant

De basisvariant omvat drie hoofdvariabelen, namelijk onvervulde vraag, demografische vraagontwikkelingen en veranderde samenstelling van de beroepsgroep.

Voor onvervulde vraag werd eerder een percentage van +2% aangenomen.<sup>36</sup>

Voor demografische vraagontwikkelingen werd in paragraaf 6.2 aangenomen dat met 5% minder capaciteit aJGZ volstaan kan worden.

De samenstelling van de beroepsgroep kan om verschillende redenen veranderen. Een daarvan is feminisering, ofwel veranderingen in de geslachtsverhoudingen binnen de beroepsgroep. Voor de aJGZ wordt aangenomen dat deze gelijk zullen blijven aan de huidige verhoudingen. Een andere reden is uitval vanwege het bereiken van de pensioenleeftijd of vanwege andere redenen als bijvoorbeeld ziekte, overlijden, aannemen van een andere functie of (tijdelijk) stoppen met werk.

Voor alle redenen voor uitval tezamen wordt 1.098 berekend, zie bijlage 4.

Volgens berekeningen van het NIVEL op basis van gegevens van de Vreelandgroep, moeten er binnen de Thuiszorg volgens de basisvariant jaarlijks 91 personen met de profielopleiding JGZ beginnen om in 2019 de gewenste hoeveelheid JA's te krijgen, voor GGD'en zijn dit er jaarlijks 46. Voor de profielopleiding JGZ zou dat jaarlijks een totale instroom betekenen van 137.

Voor de Thuiszorg moeten er volgens deze variant jaarlijks 17 personen met de opleiding M&G beginnen, voor GGD'en zijn dit er 6. Voor de gehele opleiding M&G zou dit jaarlijks op een instroom van 23 uitkomen. Deze artsen starten met de profielopleiding JGZ.

Het aantal benodigde aJGZ komt volgens deze variant uit op 1.635 personen in 2019.

<sup>36</sup> Lage schatting, zie paragraaf 6.2. In de bijlage van het NIVEL wordt voor de onvervulde vraag een veel hoger percentage genomen. Reden hiervoor is dat de gewenste verhoudingen tussen basisartsen, JA en AM&G op deze manier verwerkt worden.

Deze variant kan als een ondergrens gezien worden bij verder ongewijzigd beleid. Er zouden dan minder artsen nodig zijn dan de ruim 1.700 van momenteel. Dit komt vooral door de verwachte afname van het aantal kinderen.

**Tabel 11: Jaarlijkse instroom profielopleiding JGZ en opleiding M&G van 2009-2019 per soort instelling volgens basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	91	17
GGD'en	46	6
<b>Totaal</b>	<b>137</b>	<b>23</b>

Bron: NIVEL

## 7.2 Lage combinatievariant

In de zogenaamde lage combinatievariant wordt naast de factoren van de basisvariant, ook nog rekening gehouden met de lage schattingen van sociaal-culturele, epidemiologische en ontwikkelingen in het werkproces. Deze schattingen betreffen de periode 2007-2017. Omdat in deze raming gericht wordt op evenwicht in 2019, moeten voor 2017 en 2018 apart aannames worden gedaan. Er kunnen 2 subvarianten worden onderscheiden: de lage combinatievariant met evenwicht in 2019 zonder doorgaande trends en met doorgaande trend. Beide varianten zullen hieronder worden besproken.

### 7.2.1 Lage combinatievariant zonder doorgaande trend

In deze variant wordt verondersteld dat een aantal factoren volgens lage schattingen tegelijk voorkomen in de periode 2007 tot 2017 en daarna stoppen. Dit soort ontwikkelingen kunnen tussentijds getoetst worden en naarmate de opleiding korter is ook sneller worden bijgestuurd.

Voor de genoemde factoren wordt een toename van de benodigde capaciteit in 2019 geschat van 10%, zie tabel 10.

Volgens berekeningen van het NIVEL op basis van gegevens van de Vreelandgroep, moeten er binnen de Thuiszorg volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend jaarlijks 100 personen met de profielopleiding JGZ beginnen om in 2019 de gewenste hoeveelheid JA's te krijgen, voor GGD'en zijn dit jaarlijks 50. Voor de profielopleiding JGZ zou dat jaarlijks een totale instroom betekenen van 150. Voor de Thuiszorg moeten er volgens deze variant jaarlijks 19 personen met de opleiding M&G beginnen, voor GGD'en zijn dit er 8. Voor de gehele opleiding M&G zou dit jaarlijks op een instroom van 27 uitkomen. Deze artsen starten overigens met de profielopleiding JGZ.

Het aantal benodigde aJGZ komt volgens deze variant uit op 1.765 personen in 2019. Dit zouden er nu wat meer zijn dan momenteel. Dit komt door de combinatie van de lage schattingen voor een aantal mogelijke ontwikkelingen.

**Tabel 12: Jaarlijkse instroom profielopleiding JGZ en opleiding M&G van 2009-2019 per soort instelling volgens lage combinatievariant zonder doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	100	19
GGD'en	50	8
<b>Totaal</b>	<b>150</b>	<b>27</b>

Bron: NIVEL

### 7.2.2 Lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)

In deze variant wordt opnieuw verondersteld dat een aantal factoren volgens lage schattingen tegelijk voorkomen in de periode 2007 tot 2017, maar daarna doorgaan. Als de trends doorzetten in de jaren 2017 en 2018 dan komen er twee jaren bij op de eerdere berekening met tien jaren, dat wil zeggen dat globaal 20% meer capaciteit nodig is. In totaal wordt voor de hele periode dan geen 10% meer capaciteit gevraagd maar 12%.

Volgens berekeningen van het NIVEL op basis van gegevens van de Vreelandgroep, moeten er binnen de Thuiszorg volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend jaarlijks 101 personen met de profielopleiding JGZ beginnen om in 2019 de gewenste hoeveelheid JA's te krijgen, voor GGD'en zijn dit 51. Voor de profielopleiding JGZ zou dat jaarlijks een totale instroom betekenen van 152.

Voor de Thuiszorg moeten er volgens deze variant jaarlijks 19 personen met de opleiding M&G beginnen, voor GGD'en zijn dit er 8. Voor de gehele opleiding M&G zou dit jaarlijks op een instroom van 27 uitkomen. Deze artsen starten zoals eerder al werd genoemd met de profielopleiding JGZ. Het totaal aantal benodigde aJGZ komt volgens deze variant uit op 1.791 personen in 2019. Uiteraard is dit nog wat meer dan in de vorige subvariant, immers de trends zetten door in 2017 en 2018. Het is ook duidelijk meer dan momenteel.

**Tabel 13: Jaarlijkse instroom profielopleiding JGZ en opleiding M&G van 2009-2019 per soort instelling volgens lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	101	19
GGD'en	51	8
<b>Totaal</b>	<b>152</b>	<b>27</b>

Bron: NIVEL

### 7.3 ATV-variant

In de zogenaamde arbeidstijdveranderingvariant (ATV-variant), wordt bovenop de lage combinatievariant nog rekening gehouden met arbeidstijdverandering.<sup>37</sup> Dit wordt uitgewerkt in bijlage 5. Voor Thuiszorginstellingen wordt verwacht dat de zittende artsen meer fte's gaan werken vanwege de nieuwe (her)registratie-eisen van de SGRC. Men kan dan met minder artsen volstaan. Hiervoor wordt een afname van de benodigde artsencapaciteit aangenomen van -6%. Voor GGD'en zal dit lager liggen, op -3%, omdat de artsen daar grotere dienstverbanden hebben. De benodigde jaarlijkse instroom wordt in tabel 14 weergegeven. Het totaal aantal benodigde aJGZ komt volgens deze variant uit op 1.697 personen in 2019. Toevallig komt deze variant uit op een zelfde aantal als momenteel werkzaam is.

**Tabel 14: Jaarlijkse instroom profielopleiding JGZ en opleiding M&G van 2009-2019 per soort instelling volgens ATV-variant (lage combinatievariant met doorgaande trend met arbeidstijdverlenging)**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	93	18
GGD'en	49	7
<b>Totaal</b>	<b>142</b>	<b>25</b>

Bron: NIVEL

Als deze tabel vergeleken wordt met de vorige kan geconstateerd worden dat er bij toename van de arbeidstijd duidelijk minder instroom nodig is in de opleidingen dan in de lage combinatievariant met of zonder doorgaande trends. Het is echter wat meer dan volgens de basisvariant nodig is. Dit geldt zowel voor de twee opleidingen als voor de werkvelden. Dit wordt hieronder in de volgende paragraaf nog eens in een overzichtstabel van alle varianten overzichtelijk gemaakt.

### 7.4 Totaaloverzicht varianten

Tabel 15 geeft het totaaloverzicht van de uitkomsten binnen de verschillende varianten van de benodigde jaarlijkse instroom in de profielopleiding JGZ (eerste fase opleiding M&G) en de volledige opleiding M&G, gericht op evenwicht in 2019. Een evenwichtssituatie wordt daarbij gedefinieerd als die situatie, waarin de verandering in het geprognosticeerde aanbod exact wordt opgevangen door de verandering van de benodigde instroom vanuit de opleiding.

<sup>37</sup> Deze factor wordt vaker aangeduid met 'arbeidstijdverkortingsvariant', omdat het meestal gaat om toename van het deeltijdwerken (arbeidstijdverkorting). Omdat echter niet altijd sprake is van arbeidstijdverkorting en dat zeker in deze raming niet het geval is, spreken we liever van arbeidstijdverandering.



Voor de periode 2009-2019 is een instroom nodig van 137 tot 152 per jaar voor de profielopleiding JGZ (exclusief artsen die de volledige opleiding M&G gaan doen), waarvan 91 tot 101 voor de Thuiszorg en 46 tot 51 voor GGD'en.

Voor diezelfde periode wordt een instroom berekend van 23 tot 27 per jaar voor de volledige opleiding M&G, waarvan 17 tot 19 voor de Thuiszorg en 6 tot 8 voor GGD'en. Deze opleiding loopt voor wat betreft de eerste fase van twee jaar parallel met de profielopleiding JGZ.

**Tabel 15: Benodigde jaarlijkse instroom in verschillende JGZ opleidingen per variant van 2009-2019 met 2019 als jaar van evenwicht**

	Instroom profielopleiding JGZ			Instroom opleiding M&G		
	Thuiszorg	GGD'en	Totaal	Thuiszorg	GGD'en	Totaal
Basisvariant	91	46	137	17	6	23
Lage combinatievariant zonder doorgaande trend	100	50	150	19	8	27
Lage combinatievariant met doorgaande trend	101	51	152	19	8	27
ATV- variant	93	49	142	18	7	25

Bron: NIVEL

Berekeningen volgens de verschillende varianten binnen het model van het Capaciteitsorgaan blijken slechts beperkte verschillen te veroorzaken, zoals zichtbaar is in tabel 16, waarin de bandbreedtes nog eens inzichtelijk worden weergegeven.

**Tabel 16: Benodigde bandbreedtes van de instroom in profielopleiding JGZ en opleiding M&G vanaf 2009 voor evenwicht in 2019**

	Profiel JGZ	M&G	Totaal
Thuiszorg	91-101	17-19	108-120
GGD	46-51	6-8	52-59
<b>Totaal</b>	<b>137-152</b>	<b>23-27</b>	<b>160-179</b>

Bron: NIVEL

Deze betrekkelijk smalle bandbreedtes zijn tamelijk uitzonderlijk voor ramingen van het Capaciteitsorgaan. De hoofdverklaring is dat alle mogelijke ontwikkelingen volgens de lage combinatievariant, die tezamen om 10% meer capaciteit vragen, in het niet vallen tegen de grote uitstroom uit het vak. De veronderstelling is dan vervolgens wel dat een zeer groot deel van de nieuw aan te trekken artsen opgeleid gaat worden en dan vooral voor het profiel JGZ, zodat ze kunnen functioneren op het niveau JA.

Gegeven deze informatie is de volgende stap tot een afweging te komen, alvorens een eindadvies uit te brengen.

## 8. Overwegingen

### Inleiding

De vraag hoe deze informatie te wegen wordt bemoeilijkt door nogal wat onzekerheden. Anders dan bij andere opleidingen die geraamd worden is de grootste onzekerheid dat er sprake is van een nieuwe, gefaseerde, opleiding, waar nog nauwelijks ervaring mee bestaat. Dit leidt ook tot de vraag of de door het veld als realistisch aangedragen verhouding van opleidingsniveaus bewaarheid zal worden. Bovendien is het de vraag of het opleidingsaanbod beperkt blijft tot de opleidingen volgens de nieuwe opleidingsstructuur, namelijk de profielopleiding en de opleiding M&G. Het is mogelijk dat daarnaast de in het verleden aangeboden kortere cursussen van ten hoogste één jaar opnieuw weer aangeboden gaan worden. Ook is denkbaar dat in een soort cafetariamodel artsen selectief modules gaan volgen. Dit zal sterk afhankelijk zijn van de mate van bereidheid van werkgevers en (lokale) overheden om de opleiding te financieren. Het is niet aan het Capaciteitsorgaan om aan te geven welk opleidingsniveau nodig is.

De situatie is echter toch niet helemaal uniek. Er zijn toch wel een aantal vergelijkingen te trekken. Het is weinig zinvol de instroom in de vierjarige opleiding M&G te vergelijken met gelijksoortige opleidingen in de sociale geneeskunde. Zo zijn er opleidingen met een zeer geringe instroom, zoals die in de medische milieukunde met een enkele arts per jaar. Aan de andere kant van het spectrum aan opleidingen is het werkveld totaal anders. Zo staat sinds kort de bedrijfsgeneeskunde nog meer dan voorheen volledig in de markt met vrije prijsvorming. Prompt ging de instroom in de opleiding van een top van 140 in 2000 en 2001 naar 20 in de afgelopen jaren 2005 en 2006. De nieuwe tweejarige opleiding tot JA is echter wel degelijk te vergelijken met de oude opleiding in de sociale geneeskunde jeugdgezondheidszorg tot en met 2002. Deze had een formele duur van twee en een half jaar. De opleiding tot JA is twee jaar. Hieronder worden een aantal afwegingen beschreven.

### Grote verandering in scholingsniveau's

Allereerst wordt de mate van scholing vergeleken tussen de Thuiszorg en de GGD'en. Er zijn momenteel ruim 1.710 artsen in de jeugdgezondheidszorg werkzaam, bijna 1.080 in de Thuiszorg en ruim 630 bij GGD'en (zie tabel 5).<sup>38</sup>

De huidige scholingsgraad is sterk verschillend per soort werkgever. Dit is historisch gegroeid. Bij de GGD'en is ongeveer 50% erkend als AM&G, bij de Thuiszorg is dit slechts 6%. (zie figuur 6). Dit verschil houdt voor een belangrijk deel verband met de uiteenlopende achtergronden van deze organisaties. De Thuiszorg komt voort uit particulier initiatief en is dit ten principale nog steeds. De GGD'en zijn van oudsher gebaseerd op opvattingen dat juist de (lokale) overheid een rol moet spelen en dit heeft zich ook doorgezet in de preventieve zorg voor kinderen. Kennelijk hebben beide typen werkgevers tot op heden een verschillend oordeel gehad over het noodzakelijke

<sup>38</sup> Dit is inclusief huisartsen in de Thuiszorg en exclusief artsen in de GGZ en MOA's.

niveau van opleiding. Daar lijkt nu een verandering in op te gaan treden. Allereerst is dit te zien aan de belangstelling om geregistreerd te worden in het profielregister JGZ. Er is een behoorlijke hausse van aanvragen binnen gekomen bij de betreffende registratiecommissie. Het gaat dan om een aantal van ruim 300. Daaronder is een behoorlijk groot aantal artsen uit de Thuiszorg, die met diverse modules die gevolgd zijn mogelijk in aanmerking komen voor de profielregistratie. Er zijn aanwijzingen dat van die 300 er ongeveer 200 geregistreerd gaan worden.<sup>39</sup> Naar schatting werken daarvan 40 bij GGD'en. Als dit ook zal blijken in de loop van 2007, dan is 6% van alle ruim 630 artsen bij de GGD'en JA. Bij de Thuiszorg zou dit kunnen uitkomen op 160. Dan gaat het om al bijna 15% op 1.080 aJGZ.<sup>40</sup> Er is dus al een begin zichtbaar dat niet alleen de GGD'en belang hechten aan een erkende vorm van scholing bovenop het artsexamen, maar dat dit ook leeft in de Thuiszorg. De mate waarin men in de toekomst geregistreerde artsen wil hebben is voor de JA voor beide soorten organisaties tamelijk gelijk gebleken, namelijk Thuiszorg 67% en GGD'en 57%. In de enquête is gevraagd om tot een gezamenlijk oordeel van de artsen en het management te komen en in de realistische opgave rekening te houden met randvoorwaarden als financiering. Dat beide organisaties ongeveer 60% wil opleiden tot JA is dus een sterke indicatie dat het veld dit kwaliteitsniveau noodzakelijk acht. Tot slot is onlangs de politieke verantwoordelijkheid voor de hele zorg voor 0-19 jarigen bij de gemeenten terecht gekomen. Het is daarmee zeer de vraag geworden of die grote verschillen in scholingsgraad te rechtvaardigen zijn. Bovendien kan men zich afvragen of niet juist bij de meer kwetsbare jongste groep kinderen van 0 tot 4 jaar volstaan kan worden met basisartsen, die alleen een korte aanvullende scholing krijgen. Al met al is het aannemelijk bevonden dat er al een druk bestaat om meer en hoger te gaan opleiden en dat deze nog verder zal toenemen. Die druk leidt met bovenstaande bandbreedtes tot een grote veranderingsopgave. Hoe groot die is wordt hieronder in kaart gebracht.

## Grote veranderingsopgave

Volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend zijn er in 2019 ongeveer 1.760 artsen nodig in totaal; niet veel meer dan nu. In de arbeidstijdvariant ligt dit wat lager, op ongeveer 1.700 personen. Die absolute aantallen worden verder buiten beschouwing gelaten. In de berekeningen wordt gerekend met fte's. GGD'en willen een aandeel JA van 57% en van AM&G van 27%. De Thuiszorg streeft realistisch naar 67% respectievelijk 17%. Met deze gegevens kan de opgave die gesteld wordt in beeld gebracht worden.

<sup>39</sup> Wellicht zal de voorlopige registratie, die over 2 jaar wordt herbeoordeeld, hoger uitkomen, mogelijk zelfs rond de 300. Omdat bij de herbeoordeling naar verwachting weer een deel gaat uitvallen wordt hier al uitgegaan van de 200 die dan waarschijnlijk hun registratie zullen behouden.

<sup>40</sup> De verdeling JA's van 160 en 40 is een ruwe schatting van het bureau, gesteund door de indruk van de SGRC en de AJN, evenals uiteraard dat er 200 van de 300 een registratie als JA zal behalen.

**Tabel 17: Verandering in de verhoudingen in scholingsgraad ingedeeld naar werkgever 2006-2019**

	Basisartsen		JA		AM&G	
	2006	2019	2006	2019	2006	2019
Thuiszorg	94%	17%	0%	67%	6%	17%
GGD	50%	17%	0%	57%	50%	27%
<b>Totaal</b>	<b>75%</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>	<b>62%</b>	<b>25%</b>	<b>21%</b>

Bron: Vreelandgroep

Uit deze tabel wordt in één oogopslag duidelijk, dat beide werkvelden streven naar een nieuwe mix van skills. Deze bewegingen gaan de twee werkvelden in een verschillende richting. Beide werkvelden streven naar ongeveer 60% JA's in 2019, terwijl deze nu nog niet bestaan.

De GGD'en willen dan in 2019 een veel kleiner aandeel basisartsen dan momenteel en halveren ogenschijnlijk het aandeel AM&G.<sup>41</sup>

Bij de Thuiszorg hangt een echt grote verandering in de lucht. Men werkt momenteel met 94% basisartsen. De responderende instellingen willen naar tweederde JA's en ook nog meer AM&G dan eind 2006 werkzaam zijn. Uit de enquête komt zo naar voren dat men een sterke kwaliteitsimpuls nodig vindt.

Uit de instroom in de beginnende scholing tot JA en AM&G en de mogelijke instroom in 2007 en 2008 komt dit ambitieniveau nog niet duidelijk naar voren, hoewel er relatief meer inschrijvingen waren uit de Thuiszorg dan in de vroegere JGZ opleiding. Het zal waarschijnlijk niet gaan lukken zonder aanvullende beleidsmaatregelen.

## Invloed wetgeving?

Zoals eerder al genoemd werd, bestaat binnen de WCPV voor aJGZ alleen binnen GGD'en een zekere verplichting voor een door de SGRC erkende opleiding. Bekend is dat een nieuwe wet op de publieke gezondheid voorbereid wordt. Vanuit de politieke nadruk op integratie van de zorg voor 0 tot 19 jarigen is denkbaar dat verschil in eisen voor de zorg voor 0 tot 4 jarigen en 4 tot 19 jarigen zal gaan verdwijnen.

<sup>41</sup> Het woord 'ogenschijnlijk' wordt gebruikt, omdat die groep van 50% die nu de titel AM&G heeft bijna voor 100% in het verleden is opgeleid tot sociaal geneeskundige in een opleiding van 2,5jaar. Deze opleiding van toen is te vergelijken met die tot JA. Bezie men dat momenteel 50% AM&G is, dan is vanuit deze invalshoek de verandering in de richting van 57% JA in 2019 niet groot. Eigenlijk was in 2000 de opleidingsgraad met 73% veel groter, als men de opleiding tot JA vergelijkt met de oude opleiding sociale geneeskunde JGZ. In feite stelt het werkveld van de GGD dat men tegen 2019 ruim een kwart nog wat zwaarder opgeleide sociaal geneeskundigen nodig heeft. Dit is de echte verandering. De opleiding AM&G duurt sinds 2002 vier jaar. Hierop wordt later in dit hoofdstuk overwegingen teruggekomen.

### Steun voor een verkorte opleidingsduur van 2 jaar

Uit reacties op de enquête blijkt zowel binnen de Thuiszorg als binnen de GGD'en dat de recente herstructurering van de opleiding kennelijk aan een behoefte voldoet. Men kan de indeling in twee fases van twee jaar met de mogelijkheid halverwege te stoppen en na verloop van tijd de draad weer op te pakken zien als een succesvolle formule. Men heeft nu voor het eerst, en vooralsnog alleen in een deel van de vervolgoopleidingen in de sociale geneeskunde, een doorbraak gecreëerd in de duur van de opleiding. Dit is volledig in de geest van het rapport 'De arts van straks' uit 2001. Daarin werden aanbevelingen gedaan voor innovatie van de opleidingen. Andere vormen van opleiden werden aanbevolen met name gericht op de relatief lange opleidingen tot medisch specialist (smal gedefinieerd) van veelal zes jaar. De veronderstelling was dat voor een belangrijk deel van het werk volstaan zou kunnen worden met een kortere opleidingsduur. Het CSG heeft dit met deze nieuwe opbouw van de opleiding bewerkstelligd. Belangrijke vraag voor de commissie Meyboom (zie voetnoot 21) indertijd was of er van een opleiding van bijvoorbeeld drie jaar in plaats van zes ook een zogenaamd 'civiel' effect zou uitgaan. Met andere woorden of er voldoende vraag naar dit soort 'halve' specialisten is. Deze enquête geeft een duidelijk signaal af dat dit in ieder geval voor het werkveld jeugdgezondheidszorg breed gedragen wordt.

### Grote vervangingsvraag op basis van leeftijd

De hierboven beschreven grote veranderingen in de opleidingsniveaus kunnen gerealiseerd worden als men de artsen, die men gaat aantrekken in het kader van de grote vervangingsvraag, ook daadwerkelijk gaat scholen tot JA.

Het is van belang dit vraagstuk nog wat te verkennen, alvorens op de hoogte van de instroom in de opleidingen in te gaan. De vervangingsvraag kwam volgens de berekeningen in bijlage 4 uit op 1.098. Daarin zitten wel onzekerheden over de voortijdige uitval. Op grond van leeftijd kan echter wel met een behoorlijk grote betrouwbaarheid gesteld worden dat in ieder geval in de periode 2007-2019 een uitval van (ruim) 700 zal plaats vinden onder de circa 770, die vijftig jaar zijn of ouder. Dat is een uitstroom in totaal van 41% op het zittend bestand van ruim 1.710 aJGZ, gemeten eind 2006. De bandbreedte in het vertrek van 700 tot afgerond 1.100 kan weer opgesplitst worden naar werkgever.

Bij de thuiszorg gaat het om 47% van vijftig jaar of ouder op een totaal van bijna 1.080. Het gaat dan om ruim 500 artsen. Bij de GGD'en gaat het om ruim 270 artsen. Voor het vinden van de onderkant van de bandbreedte werd bij het genoemde aantal in totaal van 700 in plaats van ruim 770 nog wat afgetrokken voor degenen die wat langer zullen blijven doorwerken dan momenteel. Als dit wordt toegepast in de verhouding 500 : 270, dan zijn de ondergrenzen 455 voor de Thuiszorg en 245 voor de GGD'en.

Uitgaande van de berekende bovengrens in de bandbreedte van 1.100 zullen er in een zelfde verhouding 714 weg gaan bij de Thuiszorg en 384 bij de GGD'en. Dit wordt hieronder in tabel 18 weergegeven. Het wordt tevens omgerekend naar vertrek per

jaar en vertrek per afzonderlijke instelling van gemiddelde grootte op jaarbasis (36 GGD'en en 54 Thuiszorginstellingen), waarbij aangenomen wordt dat de uitstroom gelijkmatig verdeeld zal zijn over twaalf jaar.

**Tabel 18: Verwachte bandbreedte in de uitstroom bij GGD'en en Thuiszorginstellingen in de periode 2007-2019 en de jaarlijks gemiddelde uitstroom per instelling**

	Absolute aantal uitstroom in periode 2007-2019	Uitstroom binnen instellingen per jaar	Uitstroom per afzonderlijke instelling per jaar
Thuiszorginstellingen	455 - 714	38-60	0,7 - 1,1
GGD'en	270 - 384	23-32	0,6 - 0,9

Bij een gemiddelde Thuiszorginstelling gaat jaarlijks (bijna) één arts weg. De ouderen onder hen hebben veelal een langere ervaring in het werk en aangenomen mag worden dat hieronder ook een deel van de AM&G vallen. Bij de gemiddelde GGD gaat het om minimaal één arts per twee jaar, maar waarschijnlijker ook bijna één per jaar. De ouderen onder hen zijn meestal opgeleid tot AM&G, in de oude richting jeugdgezondheidszorg. Daaronder zijn nogal wat leidinggevenden. Dit laat onverlet dat beleidsmakers kunnen overwegen tot een andere samenstelling van het personeel, juist omdat veel (opgeleide) artsen vertrekken.

## Wervingsmogelijkheden

Het Capaciteitsorgaan gaat niet over de implementatie van adviezen. Wel kunnen handreikingen gedaan worden over de haalbaarheid. De eerste vraag is dan of de GGD'en en Thuiszorginstellingen in staat zijn voldoende artsen te werven. Hierop bestaat zicht vanuit eerder verricht onderzoek naar wat basisartsen willen. Daarnaast bestaat een breed overzicht van de ontwikkelingen in het aantal basisartsen dat afstudeert en hoeveel er (de komende jaren) naar alle andere vervolgopleidingen gaan. Zo is er enig inzicht in ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van artsen en de mate waarin GGD'en en Thuiszorginstellingen in staat zullen zijn voldoende artsen te werven. De opties worden in verschillende categorieën besproken.

### *\* Recent afgestudeerde basisartsen*

In de vraag naar basisartsen kon in het algemeen de afgelopen jaren al wat beter voorzien worden. Dit zal de komende jaren naar verwachting nog verder verbeteren. Het aantal afstuderende basisartsen neemt momenteel al snel en sterk toe. Dit zet de komende jaren versterkt door. Tegelijkertijd kan gesteld worden dat de instroom in alle andere vervolgopleidingen in totaal de laatste jaren is afgenomen. In 2000 lag deze op bijna 1.575 om in 2003 naar een top te gaan van 1.930. In 2005 lag dit op 1.760. Ditzelfde aantal begon vermoedelijk in 2006 aan een opleiding. Waarschijnlijk gaat dit aantal in 2007 en 2008 nog wat naar beneden, afgezien van de mogelijke toename van de instroom in de sociale geneeskunde in brede zin en daarbinnen mogelijk mede door het komende advies over de JA en AM&G. Daarnaast studeren er in 2007

binnenkort ongeveer 1.920 artsen af, Dit aantal zal richting 2010 gaan oplopen naar 2.280.<sup>42</sup>

Tot nu toe was de gemiddelde leeftijd waarop men begint aan opleidingen sociale geneeskunde vergeleken met andere vervolgoopleidingen met 35 tot 40 jaar het hoogst. Er is echter wel degelijk belangstelling onder recenter afgestudeerde artsen voor de jeugdgezondheidszorg.<sup>43</sup> Dit lag op 1,7% per cohort als eerste voorkeur en 2,5% als naar de tweede voorkeur gevraagd werd. Tezamen zou dit 4,2% zijn. Het is aannemelijk dat die tweede voorkeur meer tot expressie komt als bij andere aantrekkelijke vakken als huisarts de instroom in de opleiding gelijk blijft en het aantal sollicitanten veel groter is, zoals in de afgelopen jaren het geval was. Dit geldt eveneens voor vakken als kindergeneeskunde, waar de instroom sterk gedaald is en laag zal blijven en een veelvoud aan sollicitanten zal blijven aankloppen ten opzichte van het aantal beschikbare plaatsen.

Op grond hiervan is het aannemelijk dat per cohort basisartsen (ruim) 4% belangstelling heeft en een sollicitatie zal overwegen. Op een totaal van ruwweg 2.000 artsen, is het aannemelijk dat onder recenter afgestudeerde basisartsen bij ieder cohort een belangstelling bestaat van ongeveer 80 voor de jeugdgezondheidszorg. Bij een totaal van 60 tot 90 vertrekkende aJGZ per jaar (derde kolom tabel 18) is duidelijk dat de geprognosticeerde belangstelling voldoende is bij de lagere prognose. Als de hoge prognose van de uitstroom van 90 per jaar uitkomt, zal het lastig zijn om voldoende belangstelling uit de groep basisartsen te krijgen. Vooral de Thuiszorg, waar de grootste vraag naar artsen zal bestaan, zal dit ervaren.

#### *\* Recent afgestudeerde huisartsen en kinderartsen*

Enige jaren geleden heeft de Thuiszorg al eens een peiling gedaan of zittende huisartsen en kinderartsen belangstelling hadden om het werk voor 0-19 jarigen te gaan doen. Hiervoor was wel enige belangstelling onder bepaalde voorwaarden, waaronder de hoogte van het inkomen en de afstand tot de werkplek. Waarschijnlijk is om deze redenen tot nu toe de wervingskracht van de Thuiszorg om (meer) huisartsen en kinderartsen aan zich te binden niet groot gebleken, waardoor dit niet veel gebeurde.<sup>44</sup>

Er zijn redenen om aan te nemen dat de arbeidsmarkt voor recent afgestudeerde huisartsen (en nog in veel mindere mate voor kinderartsen) vanaf 2005 al wat minder makkelijk is. Zo is bekend dat ongeveer 250 van de ruim 900 huisartsen met een dienstverband daarnaast ook nog waarnemen.<sup>45</sup> Als de tendensen doorzetten, en er is alle reden toe dit aan te nemen, dan kan er ook onder deze beroepen wellicht met succes geworven gaan worden. De veronderstelling is dan dat er regionale overschotten aan huisartsen en wellicht ook kinderartsen gaan ontstaan. In de regio's waar de huisartsen opgeleid worden rond de acht Universitair Medische Centra zou

<sup>42</sup> De instroom aan studenten is sinds 2003 verhoogd naar 2.850. Ongeveer 80% studeert af en doet dit na gemiddeld zeven jaar.

<sup>43</sup> Onderzoek in opdracht van het CO van Brus e.a. van 2002.

<sup>44</sup> Studies van Research voor Beleid, Leiden, 2003 en 2004.

<sup>45</sup> Onderzoek naar waarnemers van Nivel van 2006 in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

dan vooral geworven kunnen gaan worden. Vanuit een landelijk perspectief zou het om enkele tientallen per jaar kunnen gaan, die dan (zeer) parttime zouden willen werken. Het is dan wel de vraag of ze naast hun andere werkzaamheden nog een opleiding willen tot JA van twee jaar en of zij lang bij de GGD of Thuiszorginstelling willen blijven werken.

*\* Langer afgestudeerde basisartsen en voormalig huisartsen*

Zoals boven al even genoemd was de gemiddelde leeftijd waarop men aan de opleidingen in de sociale geneeskunde begon ongeveer 35 tot 40 jaar.<sup>46</sup> Die hoge leeftijd heeft twee hoofdverklaringen.

Allereerst is bekend dat de grootste eerste voorkeur uitgaat om specialist te worden (bij elkaar ruim 60%) en daarna om huisarts te worden (20%). Bij de afzonderlijke specialismen gaat interne geneeskunde aan kop (9%), gevolgd door chirurgie, kindergeneeskunde en psychiatrie (telkens ongeveer 8%). Bekend is dat al die vakken (al jaren) meer gegadigden krijgen (tientallen per specialisme per jaar) dan er plaatsen zijn. Men studeert als arts af als men ongeveer 26 jaar is en begint aan een vervolgopleiding tot huisarts of specialist als men ongeveer 29 jaar is. Lukt het niet om een opleidingsplek te bemachtigen of is de kliniek bij nader inzien niet aantrekkelijk dan neemt men na verloop van tijd het besluit om een andere carrière te gaan volgen. Dan bezint men zich (opnieuw) op de sociale geneeskunde. Men is dan al gauw een jaar of 30.

In de tweede plaats is de sociale geneeskunde van oudsher aantrekkelijk als uitwijkplaats voor een tweede carrière. Dit geldt vooral voor huisartsen, die na een aantal jaren praktiseren ander werk zoeken. Dit geldt voor mannen en vrouwen. Voor vrouwen geldt echter dat zij meer overstappen dan de mannen. Als zij hierna ook nog een opleiding volgen zijn zij vaak tegen de veertig.

Beide verschijnselen bij elkaar verklaren de gemiddelde leeftijd van ruim 35 jaar bij aanvang van de opleiding.<sup>47</sup>

De verwachting is dat uit deze twee groepen de komende jaren toenemend belangstelling kan komen voor de opleiding JA. Wellicht heeft men na afloop van die scholing ook belangstelling om (na verloop van tijd) de opleiding af te ronden tot AM&G. Die belangstelling voor de opleiding JA wordt geschat op tientallen, afgerond op 30 per jaar tegen 2010. Dit zal nog gaan toenemen de komende jaren naar ongeveer 50 richting 2014/2015, omdat OC&W (in ieder geval tot en met 2007 en waarschijnlijk tot en met 2008) het voornemen heeft de instroom van het aantal studenten te handhaven op 2.850.<sup>48</sup>

<sup>46</sup> Er wordt in de verleden tijd gesproken, omdat in de recente jaren er over de hele linie van sociaal geneeskundige opleidingen nauwelijks instroom was en die kleine aantallen niet representatief zijn.

<sup>47</sup> Het is overigens aannemelijk dat de korte opleiding van twee jaar tot JA aantrekkelijk zal zijn en dat degenen die deze nieuwe variant van opleiden volgen duidelijk jonger zullen zijn dan degenen die voorheen de opleiding sociale geneeskunde volgden.

<sup>48</sup> Het Capaciteitsorgaan adviseerde eind 2005 de instroom te laten dalen van 2.850 naar 2.540.



*\* Conclusie wervingsmogelijkheden*

Van de kant van oudere basisartsen en voormalig huisartsen kan verwacht worden dat een belangstelling voor de opleiding JA zal gaan ontstaan en deze zal toenemen van ongeveer 30 richting 2010 naar ongeveer 50 per jaar richting 2015. Met inbegrip van de belangstelling onder recenter afgestudeerde artsen van ongeveer 80 per jaar komt het totaal uit op 110 en op termijn op 130.

Een aantal van 110 belangstellenden op een vertrek van 90 per jaar is te krap, of te weinig als het gaat om een landelijk gespreide vraag naar artsen. Het is aannemelijk dat de werving van ongeveer 90 artsen per jaar in het kader van de vervanging van 90 vertrekkende artsen richting 2015 geleidelijk meer ruimte zal krijgen.

### **Haalbaarheid voor opleidingsinstellingen en opleidingsinrichtingen**

Zoals eerder gesteld in de varianten zouden jaarlijks afgerond 140 tot 150 artsen moeten instromen in de opleiding tot JA en 25 tot AM&G.<sup>49</sup> Deze laatsten zullen eerst ook opgeleid worden tot JA. Dat wil zeggen dat de totale instroom in de opleiding JA zou moeten liggen op 165 tot 175 vanaf 2009.

Voor de afweging van beleidsmakers is van belang of dit aantal haalbaar is. Het gaat dan om de vraag of de opleidingsinstellingen dit voor het theoretisch deel (NSPOH en TNO) aankunnen. Daarnaast is van belang of dit verwerkt kan worden voor het praktisch deel door de GGD'en en Thuiszorginstellingen. Ook dit valt niet onder de taakstelling van het Capaciteitsorgaan. Wel kunnen weer enkele algemene noties aangereikt worden.

In het algemeen kan gesteld worden dat het theoretische deel tamelijk flexibel is. De eventuele knelpunten zitten vooral in de beschikbaarheid van docenten. Allereerst is al bekend dat de opleidingsinstellingen enige vraagtekens hebben of zij in staat zijn om de verwachte instroom van 80 artsen in 2007 voor de basismodule (zie tabel 9) te verwerken.

Daarnaast zijn er knelpunten te verwachten bij de praktijkopleiding. Het gaat dan deels om de vraag of er voldoende erkende opleidingsinrichtingen zullen zijn.

Momenteel wordt al onderzocht door betrokken instanties of de bestaande regelgeving ruimte biedt om grotere aantallen op te leiden. Tot slot gaat het om de vraag of er voldoende erkende praktijkopleiders zullen zijn. Dit zal wel lukken bij de GGD'en, die nog beschikken over een groot aantal AM&G. Bij de Thuiszorg is bij voorbaat duidelijk dat er te weinig opleiders (AM&G) zijn. Men zal derhalve gebruik moeten maken van opleiders bij de GGD'en. Ook daarvoor wordt gekeken naar mogelijkheden om dit te realiseren.

Al met al is de indruk dat veld en betrokken instanties al volop bezig zijn de opties te verkennen. Er bestaat bereidheid om een grote inspanning te leveren. Wellicht dat met een goede projectorganisatie in de komende anderhalf jaar richting 2009 veel tot stand gebracht kan worden.

<sup>49</sup> Dat dit meer is dan het aantal van 90 tot 110, dat vermoedelijk geworven kan worden, komt omdat ook nog een flink deel van het zittend bestand geschoold moet worden.

## Historische vergelijking

Gegeven de verschillende opgaven (andere mix van opleidingsniveaus en grote personele werving) en de hoge uitkomsten voor de instroom in hoofdstuk 7, is een vergelijking met het verleden, voor zover mogelijk, interessant. Er zijn drie periodes waarmee vergeleken kan worden.

Allereerst kan gedacht worden aan de jaren '70 en begin jaren '80 toen er twee instellingen waren voor sociaal geneeskundigen richting jeugdgezondheidszorg, namelijk in Leiden en in Nijmegen. Er was toen nog een theoretische basiscursus van één jaar voor alle richtingen en een vervolgdeel van eveneens één jaar in een specifieke richting, als de jeugdgezondheidszorg. De gehele opleiding, inclusief stages, duurde formeel twee en een half jaar. Dit cursorisch onderwijs van ongeveer één dag in de week gedurende twee jaar is wat intensiteit betreft goed te vergelijken met de huidige scholing tot JA van twee jaar.

Jaarlijks begonnen toen tamelijk stabiel twee groepen van ongeveer 25 aan deze opleiding, zoal gezegd op twee plaatsen in het land.<sup>50</sup> Het overgrote deel kwam destijds uit de groep toenmalige 'schoolartsen', die toen nog veelal vielen onder de provincie. Dit aantal van 50 van toen is goed te vergelijken met de huidige instroom van ongeveer 50 JA die nu nodig zijn voor de GGD'en. Vooral de komende vraag naar de opleiding tot JA van de Thuiszorginstellingen maakt de instroom hoog en niet te vergelijken met deze periode.

Vermeldenswaard is dat in deze periode ongeveer de helft van de cursuskosten vergoed werden vanuit het ministerie van OC&W. Dit is afgebouwd vanaf 1982 naar geen enkele bijdrage, vanuit de opvatting dat dit ministerie geen verantwoordelijkheid draagt voor postacademische vervolgoopleidingen. Daarna nam VWS dit niet over, maar werd dit in het vervolg gedragen door werkgevers en in een enkel geval door individuele cursisten.

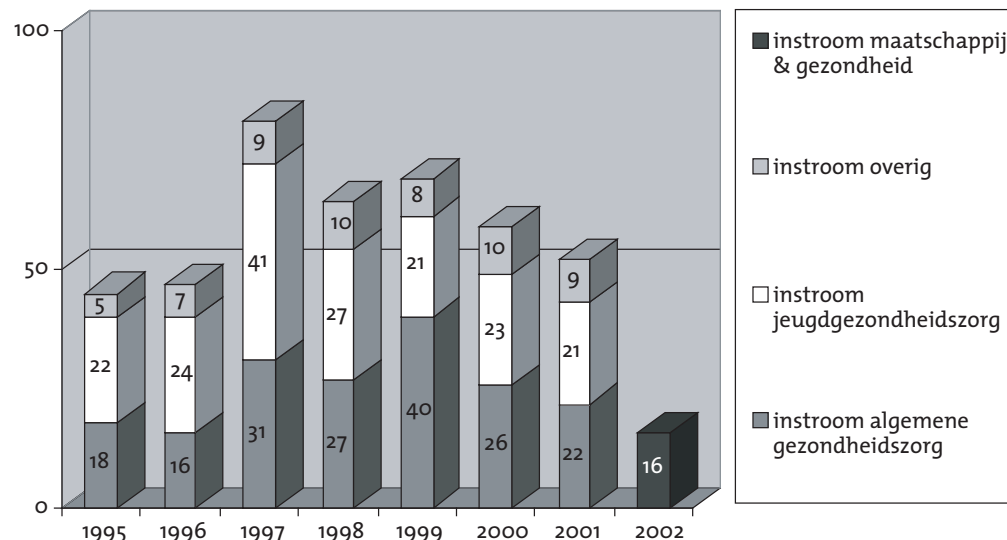
De tweede fase waarmee vergeleken kan worden is de periode eind jaren '90 tot en met 2001. Toen gingen jaarlijks 21 tot 27 artsen naar de opleiding sociale geneeskunde van nog steeds twee en een half jaar, maar nu vrijwel met dezelfde lesstof maar nu volledig gericht op werk in de jeugdgezondheidszorg. Ook in die periode werd de instroom voornamelijk bepaald door de GGD'en. Er was een eenmalige uitschieter van 41 in 1997.<sup>51</sup> Het is evident dat de nu gevraagde instroom, ook als alleen naar de 50 bij de GGD, gekeken wordt, daar ver boven uitsteekt.

Het is niet zinvol te vergelijken met de nieuwe opleiding M&G, die in 2002 van start ging, gelet op de duur van vier jaar. Er stroomden bovendien maar 16 mensen in voor het gehele terrein M&G, waarvan maar een fractie zich zou specialiseren in de jeugdgezondheidszorg. De ontwikkeling daarvan is al eerder in het Capaciteitsplan 2003 in beeld gebracht en de betreffende figuur wordt hieronder weergegeven.

<sup>50</sup> De spreiding over het land van opleidingen kan ook een factor zijn bij het slagen om personeel te werven dat een opleiding moet/wil volgen.

<sup>51</sup> Die eenmalige uitschieter hield vermoedelijk verband met strategisch gedrag. Toen waren er al signalen dat de opleiding vernieuwd zou worden en daarmee langer en zwaarder.

**Figuur 11: Instroom in de opleiding sociale geneeskunde per opleidingsrichting binnen Maatschappij en Gezondheid**



Bron: Capaciteitsplan 2003

Deze figuur illustreert het in elkaar zakken van de instroom goed. Dit is voor de huidige raming van des te meer belang, omdat het Capaciteitsorgaan begin 2002 nog adviseerde te streven naar een instroom van ruim 60. Er is zo alleen maar meer achterstand opgelopen in de jaren na 2002.

Vermeldenswaard is dat voor die vernieuwde opleiding van vier jaar VWS wel enige verantwoordelijkheid op zich nam door enige subsidie te verstrekken.

Tot slot is nog wel enige vergelijking mogelijk met de afgelopen paar jaar, toen men uitweek naar andere vormen van scholing. De eenjarige scholing JGZ 0-19 jarigen kwam uit op een kleine 50 in de jaren 2004 en 2005. Opvallend is dat 21, minder dan de helft, in 2006 doorstroomden naar het tweede deel van de opleiding JA, zie tabel 8. Naar verluid speelt vooral de onzekerheid over de financiering daarbij een rol. Vanuit de belangstelling (zie tabel 9) zou dit eerder in de buurt van de 40 per jaar zitten. In 2007 en 2008 wordt naar verwachting een inhaalslag gemaakt. Totaal ruim 60 personen hebben aangegeven in deze jaren het tweede jaar van de profielopleiding JGZ te willen volgen. Ook nu geldt weer dat het grootste aandeel van de GGD'en komt, maar dat er zeker ook belangstelling is vanuit de Thuiszorg, zie tabel 9.

Concluderend is voor de GGD'en een instroom van ongeveer 50 in de opleiding JA vanuit de historie rond 1980 goed denkbaar, maar is daarna gehalveerd.

De profielopleiding JGZ is goed te vergelijken met de oude opleiding sociale geneeskunde tot 2002. De toevoeging voor de GGD'en van een aandeel dat M&G moet worden is nieuw.

De Thuiszorg staat voor beide opleidingen voor een volstrekt nieuwe opgave.

## Inzet van aanverwante, maar lager opgeleide disciplines?

Net als bij andere medische beroepsgroepen, is binnen de JGZ aandacht voor taakherschikking naar verpleegkundigen. In de JGZ werken totaal bijna 2.400 verpleegkundigen. Dit is duidelijk meer dan de ruim 1.700 artsen.

Vanwege de voorspelde schaarste aan mankracht in verpleging en verzorging is het maar zeer de vraag of deze inzet zal toenemen de komende jaren, met name in de (over het algemeen minder populaire) preventieve zorg.

Als wordt gekeken naar figuren 1 en 2 in deze rapportage, valt op dat er grote verschillen bestaan tussen de instellingen in de mate waarin zij artsen inzetten in de geboden zorg. Als gekeken wordt naar figuur 2, blijken het aantal kinderen per fte op de afdeling JGZ (dus niet alleen artsen) minder te variëren. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat sommige instellingen verpleegkundigen en ander ondersteunend personeel werkzaamheden laten verrichten die binnen andere instellingen worden verricht door artsen. Uit het onderzoek van de Vreelandgroep is dit overigens niet zonder meer af te leiden.

Zonder nader beleid blijft het aannemelijk dat de trend eerder zal zijn dat er schaarste zal komen aan verpleegkundigen en dat daarbinnen de preventie meer moeite zal hebben voldoende aantallen en geschikte verpleegkundigen te werven vergeleken met de ziekenhuizen.

Bij gericht beleid is echter een omslag denkbaar. Dit is uitgewerkt in een scenario in bijlage 3. Als 6% van het werk van aJGZ met het profiel JA wordt weggevangen door gespecialiseerde verpleegkundigen, dan kan de instroom in de opleiding tot JA (toevallig ook precies) met 6% gaan afnemen. Het is aan beleidsmakers om na te gaan of dit scenario het navolgen waard is.

## Bestuurlijke eindafwegingen

De voorliggende problematiek in de jeugdgezondheidszorg is allereerst dat de werkende groep relatief oud is. Er zal een grote uitstroom gaan optreden van ervaren artsen. Bij de GGD'en zijn deze ook in de uitvoerende werkzaamheden voor een zeer groot deel volledig opgeleid tot sociaal geneeskundige gericht op de JGZ. Bij de Thuiszorg geldt dit bijna uitsluitend voor stafartsen.

In het verlengde hiervan is de personele opgave om nieuwe mensen, basisartsen, te werven groot. Qua aanbod is de situatie vergeleken met de beginjaren van dit decennium, toen een krapte aan basisartsen bestond, snel aan het omslaan. Er is een veel ruimer aanbod van basisartsen gekomen en dit aantal zal nog verder toenemen, zeker tot 2014. Ook is onderbouwd dat er een zekere mate van belangstelling bestaat onder basisartsen voor de jeugdgezondheidszorg. Dit zal niet voldoende zijn om in de behoefte te voorzien maar er kan ook geworven worden onder recenter opgeleide huisartsen en huisartsen die van carrière willen veranderen.

Vanuit het kwantitatieve oogpunt van het Capaciteitsorgaan is een grote inspanning nodig om die werving te laten slagen. Dit zal in regio's die wat verder afliggen van steden met opleidingen tot arts en huisarts niet makkelijk lukken. De vraag voor beleidsmakers is of het werk bij GGD'en Thuiszorginstellingen voldoende

aantrekkelijk gevonden wordt in relatie tot andere opties die (huis)artsen hebben. Het gaat dan om de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden in deze velden. Het is niet aan het Capaciteitsorgaan om hier diep op in te gaan.

Het is wel redelijk aan te nemen dat recenter afgestudeerde basisartsen met belangstelling voor de jeugdgezondheidszorg mee zullen laten wegen bij hun afweging om te solliciteren of er een opleiding geboden wordt. Bekend is dat bijna 95% van afstuderende basisartsen, mannen en vrouwen gelijkelijk, de ambitie hebben om een vervolgopleiding te volgen.

Aangeraden wordt dit mee te nemen in de afweging die het veld en de overheid gaan maken in aansluiting op de adviezen van het Capaciteitsorgaan.

## 9. Advies instroom

De gebruikelijke keuze van het Capaciteitsorgaan is uit te gaan van de variant waarin de lage schattingen voor een aantal trends gecombineerd tegelijk voorkomen. Daar bovenop wordt dan nog meegenomen dat de arbeidstijd verandert. Bij deze raming wordt verondersteld dat deze wat zal toenemen. De in 2019 benodigde capaciteit kan zo wat naar beneden en daarom is ook de instroom in de opleiding wat lager.

Het advies ziet er dan als volgt uit voor de twee werkvelden en de twee opleidingen.

**Tabel 19: Advies zonder nadere overweging over haalbaarheid**

	Instroom profielopleiding JGZ	Instroom opleiding M&G
Thuiszorginstellingen	93	18
GGD'en	49	7
<b>Totaal</b>	<b>142</b>	<b>25</b>

Bron: NIVEL

Een instroom volgens deze tabel van in totaal ruim 140 voor de profielopleiding van twee jaar en nog eens 25 voor de opleiding van vier jaar tot specialist met de titel M&G kent historisch geen precedent.

In de jaren '70 en '80 was sprake van een instroom van ongeveer 50 jaarlijks. Deze is daarna in de jaren '90 gehalveerd naar ongeveer 25 per jaar.

De instroom werd in beide periodes echter bijna geheel bepaald door de GGD'en. Het advies om voor de GGD'en een instroom te gaan realiseren van bijna 50 is vanuit de oudste historie niet uniek. De huidige opleiding tot JA is qua duur goed vergelijkbaar met de oude opleiding sociale geneeskunde in de jeugdgezondheidszorg.

Vergeleken met de recente historie toen er nog 25 aan de opleiding begonnen tot en met 2001 vraagt dit om een verdubbeling. Dit is voorstelbaar.

De kern van het vraagstuk ligt echter bij de Thuiszorg. Van oudsher is de opleidingsgraad in deze sector vergeleken met de GGD'en zeer laag. Men volstond tot voor kort grotendeels met basisartsen, die een korte aanvullende scholing volgden. Dit kan verbazing oproepen, juist als de Thuiszorginstellingen werken voor de kwetsbare groep van 0-4 jarigen.

De conclusie (uit de enquête en de bewerking daarna van de Werkgroep over alle mogelijke ontwikkelingen de komende jaren) is dat het bij de Thuiszorginstellingen gaat om een instroom van ruim 90 voor de opleiding tot JA. Dit is een omslag die vanuit het Capaciteitsorgaan gedragen wordt. Het vraagt voor de besluitvorming om dit ook te gaan effectueren om nadere afstemming tussen veld en overheid. De kernvraag is dan of men deze kwaliteitsslag wil realiseren.

Een afgeleide vraag is of dit soort aantallen ook gerealiseerd kunnen worden.

Het Capaciteitsorgaan tracht veldpartijen en overheid een spiegel voor te houden, waarin getoond wordt welke capaciteit in de toekomst nodig is en (afgeleid daarvan) hoeveel er vervolgens opgeleid moet worden.

Het is niet aan het Capaciteitsorgaan zich hier gedetailleerd over te buigen. Vanuit het totaaloverzicht van dit orgaan kunnen wel enkele knelpunten voorzien worden.

De eerste vraag is of beide sectoren bij het grote verloop onder artsen in de JGZ, waaronder een aanzienlijk aantal sociaal geneeskundig opgeleide artsen, in staat zullen zijn voldoende artsen te werven. Naar verwachting zal dit de komende twee jaar niet lukken in de mate die nodig zal zijn. Wel zal tegen 2010 er wat meer ruimte komen door een sterk groeiend aantal basisartsen en mogelijk ook recenter afgestudeerde huisartsen, die dit werk (erbij) willen doen. Het is aannemelijk dat dit vooral moeite zal kosten bij de Thuiszorginstellingen.

Verwacht mag worden dat de wervingskracht zal toenemen als ook deze sector kan aanbieden dat men een opleiding kan volgen tot JA. Werving van zo'n 90 tot 110 artsen per jaar voor beide sectoren tezamen moet de komende twee jaar wel mogelijk zijn. Voorzien wordt dat een meerjarige inspanning nodig is om uit de arbeidsmarkt voldoende artsen te werven om te zorgen dat in 2019, bij verder ongewijzigd beleid, een vergelijkbaar aantal artsen werken als de ongeveer 1.700 van momenteel.

Daarnaast zullen ook zittende artsen in aanmerking komen voor de opleiding tot JA. Tot slot zal het ook de opleidingsinstellingen en inrichtingen tijd kosten om dergelijke grote aantallen te gaan opleiden.

Alles overziend is het niet aannemelijk dat op korte termijn een instroom van ruim 140 in de opleiding tot JA gerealiseerd kan worden.

Dit neemt niet weg dat het Capaciteitsorgaan aanbeveelt de komende jaren hiernaar te streven.

Taakherschikking naar verpleegkundigen is denkbaar maar ook dan moeten deze aanvullend geschoold worden tot gespecialiseerd verpleegkundigen. Of dit zinvol is, is de vraag als op termijn richting 2020 er mogelijk schaarste zal optreden niet alleen aan verzorgenden, maar ook aan verpleegkundigen.<sup>52</sup>

Daarnaast gaat het om bescheiden aantallen die opgeleid moeten worden tot AM&G; in totaal 25 waarvan ongeveer twee derde voor de GGD'en en één derde voor de Thuiszorginstellingen.

Deze inspanning is te overzien, maar ook primair een kwaliteitsslag ten opzichte van het verleden. Het is ook weer aan veld en overheid te bepalen of men deze slag wil maken.

<sup>52</sup> Het is nog te vroeg om een gefundeerd oordeel te geven over de eventuele inzet van verpleegkundig specialisten in de preventie, een beleidsvoornemen dat door de V&VN is uitgebracht en nu in samenwerking met het CBOG uitgewerkt wordt. Onder deze specialisten vallen straks mogelijk de nurse practitioners. Een enkeling daarvan werkt in de jeugdgezondheidszorg. Zie ook bijlage 3 'Scenario verticale taakherschikking.

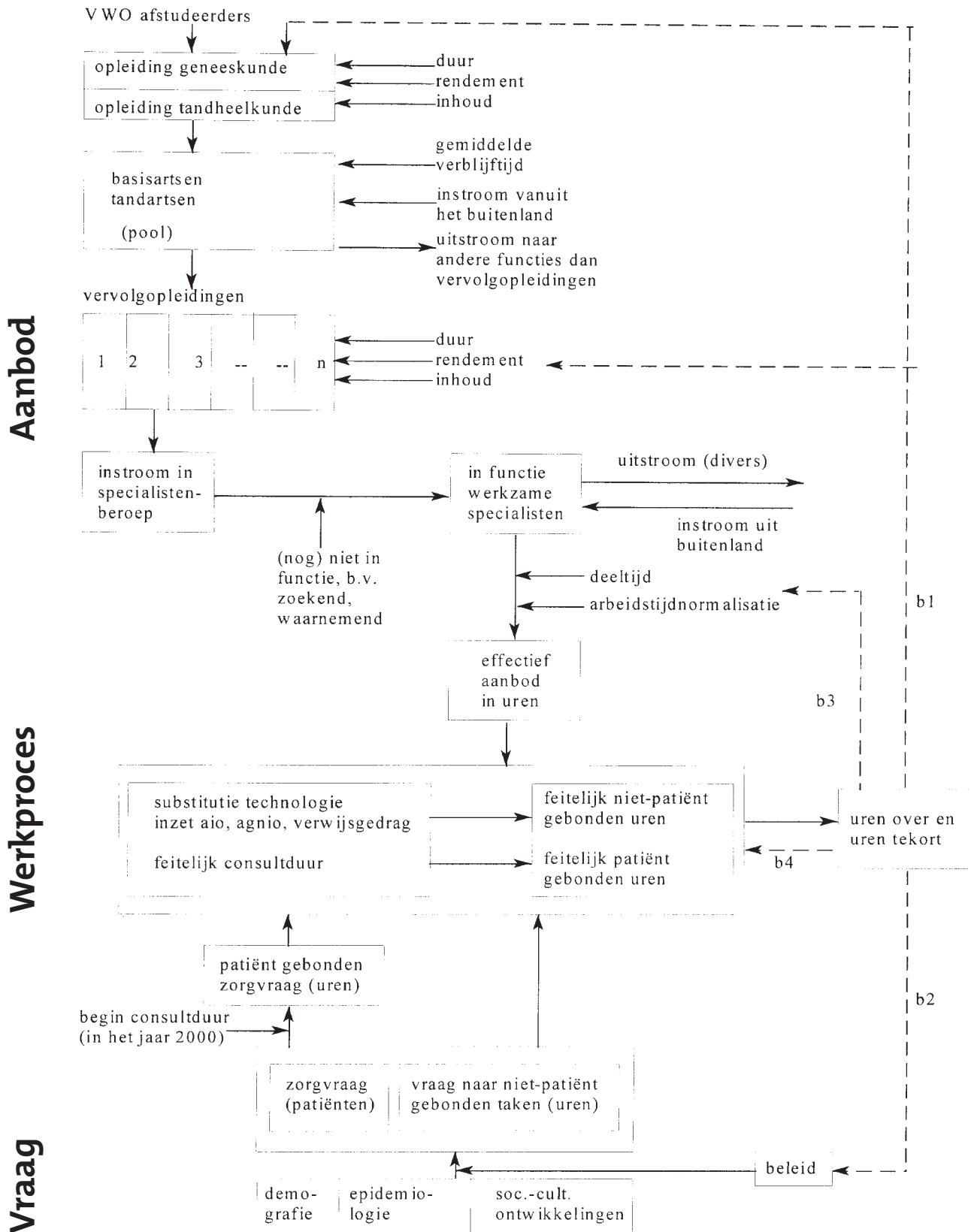
Wat precies haalbaar is zal de komende twee jaar blijken. Dit betreft niet alleen de instroom maar ook de totaalcapaciteit. Gewoonlijk wordt in een raming ook deze capaciteit in het advies weergegeven. Dit keer is volstaan met een beeld van de ontwikkeling van de capaciteit in een bijlage als men wel in staat zou zijn de instroom te realiseren in beide opleidingen. (zie bijlage 7)

Afrondend wordt nog opgemerkt dat bij de eerste ramingen over de hoogte van de instroom in de opleidingen tot huisartsen en specialisten en het daarvoor weer benodigde aantal studenten geneeskunde de raming ook veel hoger was dan men meende te kunnen realiseren. Toch is intussen gebleken dat de systemen veel flexibeler waren dan in de periode 2000 en 2001 werd ingeschat.

**Alles wegend luiden de aanbevelingen van het Capaciteitsorgaan om alle inspanning te getroosten om een aanzienlijke instroom in de opleiding tot JA tot stand te brengen en een instroom van 25 in de opleiding tot M&G te realiseren.**



## BIJLAGE 1: MODEL CAPACITEITSORGAAN



## BIJLAGE 2: PROCEDURE EN BETROKKEN EXPERTS

### Procedure

De Werkgroep aJGZ heeft zich in 2006 en 2007 intensief bezig gehouden met de voorbereidingen en het opstellen van het Capaciteitsplan 2007 Medische vervolgopleiding Jeugdarts en Arts Maatschappij en Gezondheid in de JGZ. Deze werkgroep is bemenst door deskundigen zonder last en ruggespraak door benoemingen vanuit de beroepsgroep (AJN), koepels van organisaties/werkgevers (ActiZ en GGD-Nederland) en opleidingsinstellingen (NSPOH en TNO). De Kamer Sociaal Geneeskundigen heeft in het voorjaar van 2007 de conceptversie van dit Capaciteitsplan beoordeeld en de definitieve versie geaccordeerd. Het Plenair Orgaan heeft het advies op 7 mei 2007 vastgesteld.

### 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, lid DB  
Dhr. dr. R.J. Stolker  
Dhr. C.J.G. Theeuwes  
Mevr. J. van Vliet  
Dhr. A.M.J. Veer  
Dhr. R.M. Sluiter

#### Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. F.J.M. Croonen  
Dhr. mr. dr. R.J. de Folter  
Dhr. F.C.A. Jaspers, voorzitter DB  
Dhr. dr. S.J. Noorda

#### Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. H. Feenstra, ondervoorzitter 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  
Mevr. B. Carmiggelt  
Dhr. J.B.J. Drewes  
Dhr. R. Mentink  
Dhr. F.G. Vlutters (adviserend lid)

**Organisaties van opleidingsinstellingen**

Mevr. drs. V.R.E. Verdegaaal

**Organisaties van werkgevers**

Dhr. H. Kroneman  
Mevr. I. Steinbuch  
Dhr. M.H. Waterman

**Werkgroep aJGZ**

**Organisaties van beroepsbeoefenaars**

Mevr. B. Carmiggelt

**Organisaties van opleidingsinstellingen**

Dhr. R. Duzijn  
Mevr. H. van Velzen

**Organisaties van werkgevers**

Mevr. I. Steinbuch  
Dhr. M.H. Waterman

## Bijlage 3: SCENARIO VERTICALE TAAKHERSCHIKKING

### Inleiding

Bij iedere raming wordt beoordeeld of er sprake is en/of zal zijn van taakherschikking. Deze optie is in het model van het Capaciteitsorgaan geplaatst in het onderdeel 'werkproces'. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen horizontale en verticale taakherschikking. Dat wil zeggen dat werk kan verschuiven tussen vergelijkbaar hoog opgeleide specialisten onderling, of dat dit plaats vindt van specialisten naar lager opgeleide, andere disciplines.

Het eerste is in het hoofdrapport aan de orde geweest toen besproken werd dat er mogelijk door huisartsen meer gedaan zal worden aan preventie bij jongeren dan momenteel het geval is. Dan zou een deel van het werk van de aJGZ wegvallen. Dit is als een bescheiden trend verwerkt in de lage combinatievariant. Het gevolg is dat voor dit aspect wat minder capaciteit aan aJGZ nodig is.

Ten aanzien van verticale taakherschikking is als mogelijke trend een kleine doorgaande trend van taakherschikking naar (gespecialiseerde) verpleegkundigen gepostuleerd. Tegelijk is gewaarschuwd dat op langere termijn richting 2020 er tekorten aan verzorgenden en mogelijk ook aan verpleegkundigen kunnen ontstaan. Dit is een redelijke verwachting als onderdeel van een breed gedeelde zorg dat het aantal leerlingen dat een MBO-opleiding gaat afronden zal afnemen. Er zal dan vooral schaarste gaan ontstaan aan verzorgenden, maar ook wel aan gewone verpleegkundigen. De optredende ontgroening en tegelijk optredende vergrijzing zijn de verklaringen voor de voorspelde schaarste op de langere termijn. Vervolgens werd het aannemelijk bevonden dat de care en de preventie binnen de algemene schaarste een extra probleem zouden hebben, omdat deze sectoren veelal minder aantrekkelijk gevonden worden dan de cure.

Het is echter denkbaar dat gericht beleid van koepelorganisaties en de betrokken overheden het wel mogelijk maakt om toch voldoende verpleegkundig personeel te vinden. Daarin moet dan ook beleid ontwikkeld worden dat de aanvullende opleiding, gericht op preventieve werkzaamheden in de jeugdgezondheidszorg, ook vergelijkbaar aantrekkelijk maakt als de aanvullende opleidingen voor de cure. Voor de opleiding van verpleegkundigen bestaan initiatieven in deze richting. V&VN voorziet dat er in de toekomst twee niveau's verpleegkundigen zullen zijn, met telkens drie aandachtsgebieden: cure, care en preventie. (VBOC, verpleegkundige opleiding in goede banen, mei 2006) Met name als er een opleiding komt voor het tweede niveau van verpleegkundigen, die verpleegkundig specialist gaat heten, gericht op de preventie kan dit van belang zijn voor de wervingskracht van de GGD'en en de Thuiszorginstellingen. Er wordt momenteel aan gewerkt om de voornemens meer gestalte te geven. Voorlopig gaat het alleen nog om voornemens.

Als het gaat om beleid om verticale taakherschikking in gang te zetten kent het Capaciteitsorgaan geen duidelijke voornemens in deze richting. Het is echter wel denkbaar dat beleidsmakers geïnteresseerd zijn in deze optie. In dat soort situaties werkt het Capaciteitsorgaan wel met scenario's. Er zijn dan nog meer aannames

nodig voor mogelijke ontwikkelingen in de toekomst dan bij de gebruikelijke aanpak van een raming. Het is dan vervolgens aan beleidsmakers om te bezien of men vertrouwen heeft, dat die in een scenario geschetste toekomst ook gestalte zal krijgen. Er zijn voor verticale taakherschikking twee mogelijkheden:

- inzet van meer gespecialiseerde verpleegkundigen (momenteel al opgeleid op HBO-niveau voor werk in de jeugdgezondheidszorg)
- inzet van verpleegkundig specialisten (in de toekomst opgeleid op post HBO-niveau).

Beide opties worden hieronder verkend.

### Scenario 'gespecialiseerde verpleegkundige'

Er werken momenteel al een groot aantal hoger opgeleide verpleegkundigen in de zorg voor de 0-19 jarigen. Met dit ervaringsgegeven kan nu langs twee wegen bedacht worden in welke mate er met werk geschoven kan worden tussen de verpleegkundige en de aJGZ. De eerste benadering is een vorm van benchmarking, een vergelijking tussen organisaties onderling. Deze kan vervolgens kijken naar het totaalbestand aan personeel, dan wel naar een optimum in de verhouding arts en verpleegkundigen. De tweede aanpak gaat uit van een analogieredenering met de praktijkondersteuners bij de huisartsen.

#### *\* Benchmark*

Zoals besproken in hoofdstuk 3 loopt het aantal kinderen dat in zorg is per fte arts nogal sterk uiteen, zowel bij de Thuiszorginstellingen als bij de GGD'en (zie de beide plaatjes in figuur 1 in hoofdstuk 3). Worden de meest extreme bevindingen aan beide kanten van de curve weggelaten dan gaat het bij de 0-4 jarigen om een spreiding die oploopt van ongeveer 16.000 kinderen naar ruim 60.000 per fte arts. Bij de GGD'en gaat het om een reeks die begint bij ruim 36.000 en stijgt naar ruim 210.000. Dit zijn buitengewoon grote verschillen. Dit is een aanwijzing dat het werk sterk verschillend georganiseerd wordt.

Dit blijkt het geval te zijn als vervolgens gekeken wordt naar het aantal kinderen dat bediend wordt per fte personeel, zowel artsen als verpleegkundigen en overig ondersteunend personeel. De spreiding blijkt dan duidelijk minder groot (zie de beide plaatjes in figuur 2 in hoofdstuk 3).

Nu bedient 1 fte personeel bijna 1.500 kinderen van 0 tot 4 jaar, oplopend naar ruim 2.500 kinderen. Bij de 4-19 jarigen vertoont de curve een wat regelmatiger verloop vanaf ruim 6.000 kinderen en stijgt naar 12.000 kinderen in zorg op 1 fte personeel. Dit wordt hieronder nog eens in een tabel overzichtelijk gemaakt.

**Tabel 1: Spreiding aantal kinderen in zorg, 0-4 jaar en 4-9 jaar, per fte art en per fte personeel, met weglating van extremen**

	1 fte arts	1 fte personeel
Kinderen van 0 tot 4 jaar	16.000 – 60.000	1.500 tot 2.500
Kinderen van 4 tot 19 jaar	36.000 – 210.000	6.000 tot 12.000

Bron: Vreelandgroep

Zoals te zien is in de tabel neemt de spreiding duidelijk af, als het totale personeel in beschouwing genomen wordt. Dit neemt niet weg dat uit de achterste kolom nog steeds een forse spreiding blijkt. Bij de bovenkant van de bandbreedte heeft men in de Thuiszorg bij de 0-4 jarigen nog steeds tweederde meer kinderen in zorg per fte personeel dan aan de onderkant. Bij de GGD'en voor de 4-19 jarigen heeft men dan zelfs het dubbele aantal kinderen in zorg.

De GGD'en zijn enkele jaren geleden begonnen met een vorm van benchmarking, waarbij verschillen in aanpak aan de orde komen. Hieruit zijn voor de JGZ bij het Capaciteitsorgaan geen systematische gegevens van bekend.

Het lijkt aannemelijk dat de nog bestaande spreiding voor een deel verklaard zou kunnen worden door verschillen in de mate, waarin verpleegkundigen en ander ondersteunend personeel wordt ingezet. Dit is helaas niet te achterhalen uit de enquête van de Vreelandgroep. Getracht is een verband te leggen tussen enerzijds de samenstelling in fte's van artsen en verpleegkundigen en anderzijds het aantal kinderen in zorg. Gebleken is dat dit verband niet eenduidig te vinden is. Er is niet een eenvoudig optimum vast te stellen in de onderlinge verhoudingen in de bezetting van artsen en verpleegkundigen.

Deze uitkomst is niet uitzonderlijk. Het NIVEL deed voor het Capaciteitsorgaan eerder onderzoek naar een dergelijke relatie bij huisartsenpraktijken.<sup>53</sup> De veronderstelling was toen dat een praktijk wellicht meer patiënten zou hebben als er in verhouding tot een fte huisarts meer ondersteunend personeel zou zijn. Dit verband is niet gebleken, mogelijk eerder het omgekeerde. Een huisarts als solist met weinig ondersteunend personeel is wellicht het meest efficiënt. Voorlopig werd geconcludeerd dat veel afhangt van de stijl van de huisarts(en) zelf. Deze conclusie kan met enige aanpassing mogelijk doorgetrokken worden naar GGD'en en Thuiszorginstellingen. Er is een bepaald algemeen patroon in de verdeling van taken tussen artsen en verpleegkundigen. Aannemelijk is dat daarop gevarieerd wordt vanuit historisch gegroeide, lokale opvattingen en daarnaast mogelijkheden om artsen en verpleegkundigen aan te trekken op de regionale arbeidsmarkt.

De conclusie van deze benchmarkbenadering is dat er geen betrouwbare gegevens voorhanden zijn, waarop een scenario met verticale taakherschikking gebaseerd kan worden.

<sup>53</sup> Onderzoek door NIVEL naar praktijkomvang en organisatie structuur huisartsenpraktijk.

Wel kunnen de bovenstaande gegevens in tabel 1 over variaties in de aanpak suggereren dat er grote efficiency verschillen zijn. Het is echter gevaarlijk deze conclusie te trekken. Van groot belang is dan na te gaan welke basistaken de GGD'en en Thuiszorginstellingen concreet uitvoeren. Zijn er delen van het programma geschrapt of worden er lichtere varianten uitgevoerd? Dit kan het geval zijn als men een deel van de werkzaamheden niet kan uitvoeren vanwege bijvoorbeeld hardnekkige vacatures na uitstroom uit het vak van medewerkers. Verder kan van belang zijn dat GGD'en nog aanvullende afspraken hebben met gemeenten. Kortom de gegevens roepen veel vragen op, zodat ook geen scenario voor efficiencyverbetering is op te stellen.

*\* Aanpak scenario taakherschikking naar analogie van huisarts en praktijkondersteuner*

In de enquête is bewust het aantal verpleegkundigen meegenomen in de inventarisatie van de capaciteit. Het aantal verpleegkundigen dat in totaal werkzaam is in de jeugdgezondheidszorg bedraagt 2.400, inclusief een klein aantal in de MOA's. Dit is in totaal veel meer dan het aantal aJGZ van ruim 1.700. Hiermee wordt duidelijk dat in de jeugdgezondheidszorg een behoorlijk groot aantal verpleegkundigen werkzaam zijn. Zij werken in beide soorten organisaties ongeveer 0,63 fte.

Er is echter een opvallend verschil in de verhouding tussen het aantal artsen en verpleegkundigen, als die uitgesplitst worden naar de doelgroepen waarvoor ze werken. Bij de GGD'en werken in totaal ruim 630 artsen tegen ruim 400 verpleegkundigen. De artsen zijn duidelijk in de meerderheid. Op 3 artsen werken 2 verpleegkundigen.

In de Thuiszorg betreft het bijna 1.080 artsen tegen bijna 1.990 verpleegkundigen. Nu zijn de verpleegkundigen in de meerderheid. Naast 1 arts werken bijna 2 verpleegkundigen.

Dat de Thuiszorg veel meer verpleegkundigen inzet dan de GGD'en zal vooral samenhangen met de aard van de zorg die voor de groep van 0-4 jarigen duidelijk intensiever is dan voor de 0-19 jarigen. Dit wordt hieronder in de tabel nog eens verduidelijkt.

**Tabel 2: Aantallen artsen en verpleegkundigen ingedeeld naar hun werkplek**

	Aantal artsen	Aantal verpleegkundigen	Totaal aantal	Aandeel verpleegkundigen
Thuiszorg	1.078	1.990	3.068	65%
GGD	634	400	1.034	39%
<b>Totaal</b>	<b>1.712</b>	<b>2.390</b>	<b>4.102</b>	<b>58%</b>

Bron: Vreelandgroep

Dat het om een intensievere manier van werken gaat kan tot slot ook afgeleid worden uit het gegeven dat in de Thuiszorg men de kinderen 4 jaar begeleid en bij de GGD'en 15 jaar.

Uitgaande van de bestaande verhoudingen zou naar analogie van de huisartsen, die met praktijkondersteuners werken, gesteld kunnen worden dat een deel van het werk van de aJGZ tegen 2019 gedaan wordt door gespecialiseerde verpleegkundigen. Net als bij de huisartsen betekent dit nog niet dat er daadwerkelijk substitutie plaats vindt van de taken van de aJGZ naar verpleegkundigen. Bij de huisartsen is gesteld dat extra groei van de vraag vooral op grond van sociaal culturele ontwikkelingen weggevangen wordt door de praktijkondersteuners. Bij de aJGZ van de toekomst is gesteld dat door sociaal culturele ontwikkelingen de vraag met 5% gaat toenemen vanaf 2007 in tien jaar. Als die vraagtrend doorzet in 2017 en 2018 moeten dan in 2019 in totaal 6% meer capaciteit aJGZ werken. In het scenario wordt aangenomen dat dit extra werk gedaan kan worden door gespecialiseerde verpleegkundigen. Aangenomen wordt dat dit alleen een afname geeft bij de benodigde aantallen JA. Verder wordt aangenomen dat de aantallen basisartsen nodig zijn in de verhouding zoals aangegeven door de GGD'en en de Thuiszorg. Ook wordt verondersteld dat het werk van de AM&G niet beïnvloed wordt door inzet van extra verpleegkundigen. Uit de berekeningen van het NIVEL blijkt dat dit een bescheiden, maar niet te verwaarlozen effect heeft op de hoogte van de instroom in de opleiding tot JA.

**Tabel 3: Vergelijking benodigde instroom in opleiding tot JA met en zonder inzet van extra verpleegkundigen voor 6% van de vraag**

	Zonder inzet extra verpleegkundigen	Met inzet van extra verpleegkundigen
GGD'en	49	46
Thuiszorginstellingen	93	87
<b>Totaal</b>	<b>142</b>	<b>133</b>

Het effect blijkt in totaal een afname te geven van 9 jaarlijks van de instroom in de opleiding tot JA, ofwel een afname van 6%.

Dit effect is gezet op de lage combinatievariant met arbeidstijdverlenging en doorgaande trend. Zoals in het hoofdrapport is aangegeven kwam deze variant uit op 142. Heeft men vertrouwen in dit scenario dan komt de instroom uit op 133. Dit is nog wat minder dan de 137, nodig in de basisvariant.

Of dit de moeite waard is wordt aan beleidsmakers overgelaten. Daarbij moet afgewogen worden dat dan uiteraard wel verpleegkundigen opgeleid moeten worden in plaats van artsen. Wat dit vraagt in aantal is niet goed te overzien. Immers in dit scenario wordt verondersteld dat de verpleegkundigen vooral nieuwe vraag naar jeugdgezondheidszorg op zich nemen. Wat dit voor scholing met zich meebrengt en of dit ingepast kan worden in de bestaande opleiding tot verpleegkundig specialist moet nader bezien worden. Zonder uitbreiding van de scholing kan overzien worden dat met name bij de thuiszorginstellingen er jaarlijks minder verpleegkundigen opgeleid hoeven te worden dan de 6 artsen, die minder hoeven in te stromen in de opleiding. Dit komt omdat de formatietijd van verpleegkundigen met ruim 0,6 fte duidelijk groter is als die van de JA met ruim 0,4 fte. Deze redenering geldt overigens



als het verloop van de verpleegkundigen vergeleken mag worden met die bij de artsen.

Er is nog een tweede scenario denkbaar die opgeld doet als men een wat zwaarder soort verpleegkundige zou willen inzetten.

### Scenario 'verpleegkundig specialist'

Zoals gesteld hierboven streeft V&VN naar een postHBO-niveau voor een deel van de verpleegkundigen en daarbij staat deze koepel ook een inhoudelijke specialisatie in de preventie voor ogen. Dit niveau is mogelijk vergelijkbaar met dat van de nieuwe professional die 'nurse practitioner' (np) is gaan heten. Bekend is dat enkele np's werkzaam zijn in de JGZ. Dit betreft in ieder geval een groot gezondheidscentrum dat zich ook bezig houdt met de preventieve zorg voor kinderen en een enkele Thuiszorginstelling. Het totale aantal is zeer waarschijnlijk niet meer dan een handvol.

Bekend is verder dat er een onderzoek loopt van het RIVM, waarin ook deze optie wordt meegenomen. Verder loopt er een onderzoek in Groningen naar de inzet van de np in de Thuiszorg in de JGZ. De uitkomsten van deze onderzoeken moeten worden afgewacht.

Er zijn wel algemene noties aan het groeien, mede op basis van onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan zelf. Deze geven aan dat in huisartsenpraktijken np's ook een deel van de nieuwe casuïstiek zelfstandig afhandelen, zoals wel gesteld wordt aan de 'voorkant' van de praktijk. Bij de np's in de ziekenhuizen geldt iets dergelijks tot op zekere hoogte ook maar dan nog meer voor afgebakende groepen patiënten met bepaalde soorten van aandoeningen, zoals op de zogenaamde 'mammapoli'. Steeds meer dringt het beeld zich dan op dat de np's met één been in het medisch domein staan en met het andere been in het verpleegkundig domein blijven. Het gevolg is dat de tijdsbesteding per patiënt waarschijnlijk duidelijk langer is dan die van de huisarts of specialist, wellicht het dubbele. Dit zou dan mogelijk geen tijdelijk verschijnsel zijn omdat men zich de nieuwe materie nog eigen moet maken, maar een blijvend onderdeel van de werkwijze van de np. Dit maakt ook begrijpelijk dat veelal gerapporteerd wordt dat de kwaliteit (sterk) verbetert en de tevredenheid van de patiënt groot is.

Dat dit fenomeen zich ook voordoet in de preventie is denkbaar, al ligt het minder voor de hand, omdat aJGZ over het algemeen meer tijd hebben voor de cliënt dan huisartsen en specialisten.

Mocht de np in de JGZ ook het dubbele aan tijd besteden, dan zou naar analogie van het bovenstaande bij 6% taakherschikking er wel minder JA's nodig zijn, maar zullen er meer np's opgeleid moeten worden dan gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook voor de np's wordt in dit advies het aantal dat opgeleid moet worden niet nader uitgewerkt. De voorkeur gaat er naar uit eerst enkele studies van derden af te wachten.

## BIJLAGE 4: BEREKENING UITVAL BEROEPSGROEP <sup>54</sup>

**Uitval in de beroepsgroep** kan worden uitgesplitst in uitval op basis van (pensioen)leeftijd, uitval op basis van overlijden, uitval op basis van arbeidsongeschiktheid, uitval om overige redenen en uitval binnen de groep die in de ramingsperiode zorg gaat dragen voor vervanging voor de uitgevallen aJGZ (het zogenaamde extern rendement). Het extern rendement komt hier verder niet aan de orde. In de berekeningen van het Nivel wordt gerekend met een percentage van 85%. De uitval wordt hieronder verder uitgewerkt. Er wordt gekeken naar de periode 2007-2019.

### Uitval van de aJGZ boven de 50 jaar.

*Uitval op basis van pensioenleeftijd* is van toepassing op de groep aJGZ die momenteel 50 jaar of ouder is. Deze zijn in 2019 namelijk 62 jaar of ouder. In hoofdstuk 4 werd hier bij de leeftijd van de huidige beroepsgroep al kort op ingegaan. Volgens de gegevens van de Vreelandgroep van eind 2006 zijn er in totaal 770 aJGZ van 50 jaar en ouder. Dit is 45% van het totale bestand van 1.712 aJGZ.

Men mag aannemen dat bijna alle 770 tegen 2019 (dit is over twaalf jaar vanaf 1 januari 2007) niet meer werken. Wellicht dat men tegen die tijd nog wat verder doorwerkt tot 65 jaar dan momenteel. Afgerond naar beneden wordt aangenomen dat 700 JA's voor 2019 afscheid genomen hebben van het vak.

Hierbij is gekozen voor een benadering en niet voor een exacte berekening met verschillende pensioenleeftijden, omdat het onzeker is hoe de pensioenleeftijd zich zal ontwikkelen. In de nabije toekomst (komende 5 jaar) moet bezien worden of dit aantal moet worden bijgesteld.

### Uitval van de aJGZ onder de 50 jaar.

*Uitval vanwege overlijden* is over het algemeen verwaarloosbaar. In 2005 overleden bijvoorbeeld 19 van de totaal 10.370 geregistreerde huisartsen (0,2%) en in 2004 waren het er 10 van de 10.061 (0,1%). Het gaat dus om 1 à 2 op de 1.000. Overlijden onder aJGZ van 50 jaar en ouder is hierboven al meegenomen in de uitval voor leeftijd. Aangenomen mag worden dat onder jongeren overlijden minder voorkomt. Bij een aantal van 942 aJGZ onder de vijftig, bij een laag percentage van 0,1% voor overlijden, gaat het om 1 overlijdensgeval per jaar. Over twaalf jaar vanaf 2007 tot 2019 ligt dit in totaal op **12**.

*Uitval vanwege ziekte en daarna arbeidsongeschiktheid* zal vaker voorkomen. Wordt alleen gekeken naar arbeidsongeschiktheid dan gaat het bij hoger opgeleide professionals meestal om geringe uitval. Wordt dit gesteld op 1% per jaar dan gaat het bij GGD'en (met 292 aJGZ onder de 50 jaar) om circa 3 per jaar en bij Thuiszorginstellingen (met 571 aJGZ onder de 50 jaar) om bijna 6 per jaar. In 12 jaar loopt dit op naar respectievelijk 36 en 72. In totaal is de uitval om deze reden **108**.

<sup>54</sup> Door bureau Capaciteitsorgaan, nagekeken door het NIVEL.

*Uitval om andere redenen*, zoals keuze voor een andere functie of (tijdelijk) stoppen met werken leidt bij veel specialismen tot een veel grotere uitval dan de twee boven besproken redenen. Opvallend is daarbij dat die uitval veel groter is onder vrouwen dan onder mannen binnen elk specialisme. Dit tikt hard aan bij sterk gefeminiseerde vakken als huisartsgeneeskunde en gynaecologie.<sup>55</sup>

Omdat voor de verschillende leeftijdsgroepen verschillende afwegingen van toepassing kunnen zijn en het in de ramingen gebruikelijk is met 10-jaars groepen te werken, zal de uitval apart worden geschat voor de leeftijdsgroep 20-29 jaar, 30-39 jaar en 40-49 jaar.

- Binnen de groep *20-29 jarigen* (2% van de aJGZ binnen GGD'en (absoluut 13) en 2% van de aJGZ binnen de Thuiszorg (absoluut 22) is de kans op vroegtijdige uitval waarschijnlijk vrij groot. Het is goed denkbaar dat een groot deel van hen wacht op een opleidingsplek voor andere specialismen, bijvoorbeeld kindergeneeskunde of huisartsgeneeskunde. Men zal dan vooral tijdelijk werkzaam zijn als aJGZ. Stel dat 65% dit werk tijdelijk doet, dan zou binnen GGD'en de vroegtijdige uitval uitkomen op 8 en binnen de Thuiszorg op 14. In totaal zal de uitval voor de aJGZ die nu 20-29 jaar zijn uitkomen op **22**.
- Binnen de groep *30-39 jarigen* (21% van de aJGZ binnen GGD'en (absoluut 133) en 18% van de aJGZ binnen Thuiszorg (absoluut 194) zal een deel nog steeds wachten op een opleiding in een ander specialisme. Er zal echter geleidelijk met het stijgen van de leeftijd een groter deel bewust kiezen voor de JGZ. Dit wordt gestaafd door cijfers van enige jaren geleden voor de gemiddelde leeftijd waarop artsen kiezen voor de sociale geneeskunde. Dit was 35 jaar, het hoogste van alle vervolgoopleidingen. Stel dat de uitval hier uitkomt op 35%, dan zou binnen de GGD'en de vroegtijdige uitval uitkomen op 47 en binnen de Thuiszorg op 68. In totaal gaat het binnen de groep aJGZ van 30-39 jaar om een uitval van 115 vanwege overige redenen.
- Binnen de groep *40-49 jarigen* (33% van de aJGZ binnen GGD'en (absoluut 209) en 33% binnen de Thuiszorg (absoluut 356) is de uitval waarschijnlijk minder groot. Het is aannemelijk dat een beperkt deel van hen doorstroomt naar staffuncties of leidinggevende functies. Horizontale mobiliteit naar andere functies in de zorg of preventie is weinig aannemelijk. Men blijft werken bij de GGD'en en de Thuiszorg, maar een deel stopt wel voor de pensioenleeftijd. De uitval wordt gesteld op 25%. Het gaat dan om 52 aJGZ bij GGD'en en om 89 aJGZ binnen Thuiszorginstellingen. In totaal gaat het om een uitval van **141**.
- Worden de drie leeftijdsgroepen bij elkaar opgeteld dan gaat het om een uitval in totaal van **278** (22 + 115 + 141).

#### Totale uitval alle leeftijden.

De totale uitval, en daarmee de vervangingsvraag, komt hiermee op **1.098** totaal 2019 (700 + 12 + 108 + 278).

<sup>55</sup> Bij huisartsen is dit al te zien bij jongere cohorten van 30 tot 40 jaar waar jaarlijks 2% van de mannen stopt en 4% van de vrouwen. Bij gynaecologen zijn de diensten zwaar en zie je vooral de uitval onder vrouwen tussen 50 en 60 jaar toenemen.

## BIJLAGE 5: BEREKENING ARBEIDSTIJDVERANDERING <sup>56</sup>

### Inleiding

In de huidige groep werkzame aJGZ ligt het deeltijdpercentage met name binnen Thuiszorginstellingen relatief ten opzichte van andere artsengroepen laag. Voor de Thuiszorg ligt dit gemiddeld op 0,46, binnen GGD'en op 0,64. Voor de totale instellingen ligt het gemiddelde op 0,48.<sup>57</sup>

In de Werkgroep aJGZ werd de verwachting uitgesproken dat aJGZ voor grotere dienstverbanden zouden gaan opteren vanwege de nieuwe herregistratie-eisen. Voor zowel JA als AM&G bestaat sinds 1 januari 2007 de minimum eis van 16 uur werken per week (hier omgerekend naar 0,4 fte) om de registratie te behouden. Bij AM&G was dit tot deze datum 8 uur per week.<sup>58</sup>

In deze bijlage zal een aannname worden voorbereid over de invloed van deze nieuwe registratie-eis op het deeltijdpercentage dat aJGZ momenteel werkzaam zijn. Er wordt gekeken naar de verschillende instellingen en de verschillende leeftijdsgroepen daarbinnen.

In figuur 5 werd al een overzicht gegeven van de relatie tussen leeftijd en omvang dienstverband. Hiernaar wordt voor onderstaande berekeningen verwezen.

### Thuiszorginstellingen

In de Thuiszorg werken aJGZ gemiddeld 0,46 fte. Hieronder wordt dit uitgesplitst naar leeftijd. Omdat het om een beperkt aantal mannen gaat in deze sector (6%) wordt nu alleen gerekend met gemiddeld door vrouwen gewerkte fte's.

- \* In de *leeftijdsgroep 20-29 jaar* wordt gemiddeld 0,46 fte gewerkt. Dit is meer dan de voor herregistratie vereiste 0,4 fte. Stel dat 20% van deze aJGZ minder dan 0,4 fte werkt, maar bijvoorbeeld 0,3 fte. Absoluut gaat het in deze groep om 22 aJGZ (2% van 1.078). Als deze aJGZ willen voldoen aan de herregistratie-eisen, zouden 4 artsen (20% van 22) 0,1 fte meer willen gaan werken. Daarmee zouden zij 1 arts die 0,4 fte werkt kunnen vervangen.
- \* In de *leeftijdsgroep 30-39 jaar* wordt gemiddeld 0,5fte gewerkt. Omdat het gaat om een gemiddelde is het heel goed mogelijk dat een deel hiervan minder dan 0,4 fte werkzaam is. Stel dat 20% van deze aJGZ minder dan 0,4 fte werkt, maar bijvoorbeeld 0,3 fte. Absoluut gaat het in deze groep om 194 aJGZ (18% van 1.078). Als deze aJGZ willen voldoen aan de herregistratie-eisen, zouden 39 artsen (20%

<sup>56</sup> Door bureau Capaciteitsorgaan, nagekeken door NIVEL.

<sup>57</sup> Ter vergelijking: voor verpleeghuisartsen lag dit in 2005 op gemiddeld 0,76 fte, bij huisartsen op 0,81 fte en bij specialisten gemiddeld op 0,90.(bron: Capaciteitsplan 2005)

<sup>58</sup> Mondelinge informatie SGRC en website SGRC.

van 194) 0,1 fte meer willen gaan werken. Daarmee zouden zij **10** artsen die 0,4 fte werken kunnen vervangen.

- \* In de *leeftijdsgroep 40-49 jaar* werken aJGZ gemiddeld 0,4 fte. Stel dat 50% van deze artsen minder dan 0,4fte, maar bijvoorbeeld 0,3fte werkt. Absoluut gaat het om 356 aJGZ (33% van 1.078). Als deze aJGZ allemaal willen voldoen aan de herregistratie-eisen, zouden 178 aJGZ (50% van 356) artsen 0,1 fte meer willen gaan werken. Daarmee zouden zij **45** artsen die 0,4 fte werken kunnen vervangen.
- \* In de *leeftijdsgroep 50-59 jaar* is men waarschijnlijk minder gebrand op herregistratie, vanwege het naderen van de pensioenleeftijd. In deze leeftijdsgroep werkt men gemiddeld 0,47 fte. Stel dat hier 10% van de artsen 0,3 fte werkt, maar wel voor herregistratie in aanmerking zou willen komen. Absoluut gaat het in deze groep om 388 aJGZ (36% van 1.078). Als deze aJGZ willen voldoen aan de herregistratie-eisen, zouden 39 artsen (10% van 388) 0,1 fte meer willen gaan werken. Daarmee zouden zij **10** artsen die 0,4 fte werken kunnen vervangen.

Voor de leeftijdsgroepen hierboven wordt aangenomen dat zij niet meer in aanmerking willen komen voor herregistratie.

Voor alle leeftijdsgroepen komen we uit op **66** artsen met 0,4 fte die kunnen worden vervangen door de zittende beroepsgroep, die deels meer zal gaan werken.

Dit is 6% op het totaal van 1.078 aJGZ in de Thuiszorg.

**Dat wil zeggen: de invloed van de nieuwe herregistratie-eisen op het aantal aJGZ in de Thuiszorg is -6%.**

## GGD'en

Bij GGD'en werken aJGZ gemiddeld 0,64 fte, zowel in de GGD'en voor 4-19 jarigen als 0-19 jarigen. Dit is meer dan de voor herregistratie benodigde 0,4 fte. Binnen deze sector zullen zodoende veel minder aJGZ dan in de Thuiszorg onder 0,4 fte werken en bovendien willen voldoen aan de nieuwe herregistratie-eisen. Omdat het aandeel dat een opleiding zal volgen volgens de traditie in de GGD'en wel groot is, kan hier toch wel een effect van verwacht worden. Zonder in diverse leeftijdsgroepen uit te splitsen wordt gesteld dat het effect -3% zal zijn.

**Dat wil zeggen: de invloed van de nieuwe herregistratie-eisen op het aantal aJGZ bij GGD'en is -3%.**

In de arbeidstijdveranderingvariant wordt met deze percentages gerekend door het NIVEL.

## BIJLAGE 6: Berekeningen NIVEL

### Berekening benodigde instroom

L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, NIVEL

### Inleiding

In deze bijlage wordt ingegaan op de berekening van de benodigde instroom in de opleiding voor jeugdartsen (JA) en artsen maatschappij en gezondheid (AM&G) in de thuiszorginstellingen en de GGD-en met behulp van het rekenmodel dat voor het Capaciteitsorgaan is ontwikkeld door het NIVEL en Prismant. Dat rekenmodel is tot nu toe voor alle beroepsgroepen gebruikt waar het Capaciteitsorgaan adviezen over heeft uitgebracht.

### Basisgegevens en veronderstellingen

Het rekenmodel gebruikt een aantal getallen (“parameters”) die vervolgens worden gebruikt om uit te rekenen hoeveel personen opgeleid moeten worden. De parameters betreffen zowel een aantal belangrijke aspecten van het aanbod als van de vraag en het werkproces. Voor wat betreft het aanbod gaat het daarbij zowel om het huidige aantal artsen en wat daarvan in een prognosejaar nog beschikbaar is, als om het aantal artsen dat nu reeds in opleiding is of nog in opleiding gaat komen en het deel dat daarvan in datzelfde prognosejaar ook nog beschikbaar is. Naast de ontwikkeling van het aantal artsen (via de in- en uitstroom), gaat het bij de aanbodparameters ook om het aantal FTE dat door hen gewerkt wordt. Voor wat betreft de vraag en het werkproces gaat het om een aantal factoren die bepalen hoeveel meer of minder FTE van artsen in een bepaald prognosejaar nodig zijn, relatief ten opzichte van het huidige aantal FTE. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de huidige onvervulde vraag (die in het prognosejaar alsnog beantwoord moet worden), het effect van demografische ontwikkelingen in de bevolking (ontgroening/-vergrijzing) en een aantal niet-demografische ontwikkelingen.

Voor de huidige raming zijn de basisgegevens en veronderstelling zo veel mogelijk overgenomen van hetgeen hierover in de rest van dit rapport staat vermeld. De voornaamste uitkomsten voor wat betreft het aantal op te leiden JA en AM&G staan hieronder opgesomd. Omdat een groot aantal parameters niet of niet-rechtstreeks empirisch kon worden onderbouwd, is tevens een korte beschouwing opgenomen over de grootste risico's bij de verschillende schattingen.

Voor wat betreft de onvervulde vraag moet overigens het volgende opgemerkt worden. In dit rapport is aangegeven dat er op dit moment 2% onvervulde vraag is. Het huidige aantal FTE van elke beroepsgroep zou daarom 2% groter moeten zijn. Daarnaast is aangegeven dat er een andere werkverdeling gewenst wordt. Daarbij is uitgegaan van de realistische inschatting van de instellingen over de gewenste verhouding tussen het aantal FTE van de diverse opleidingsniveaus binnen de

beroepsgroep. Om met beide elementen rekening te houden, is eerst becijferd wat het totaal aantal FTE per beroepsgroep zou moeten zijn om op dit moment zowel de gewenste verhouding als de extra FTE in verband met de onvervulde vraag te krijgen. Het verschil in FTE tussen de gewenste situatie en de huidige situatie, is gezamenlijk aangeduid als “onvervulde vraag”.

In Tabel 1 is weergegeven hoe het een en ander per opleidingsniveau en werkveld is berekend. Voor de GGD'en is bijvoorbeeld te zien dat er in totaal 385,8 FTE werd gewerkt. Vanwege de 2% onvervulde vraag had dit eigenlijk 393,5 FTE moeten zijn. De gewenste verdeling van deze 393,5 FTE over de drie beroepsgroepen is: 16,5% voor basisartsen, 56,6% voor Jeugdartsen en 26,9% voor M&G-artsen. Toegepast op de 393,5 FTE geeft dit bijvoorbeeld een gewenst aantal van 222,7 FTE voor jeugdartsen. Omdat zij op dit moment slechts 22,5 FTE bezetten, is de onvervulde vraag 888,4%.

**Tabel 1: Overzicht huidige en gewenste aantal FTE per beroepsgroep en werkveld**

	Huidige aantal FTE		Gewenste aantal FTE		Onvervulde vraag
	Abs.	Perc.	Abs.	Perc.	Perc.
<b>Thuiszorginstellingen</b>					
Basisartsen	349,1	78,3%	75,4	16,6%	-78,4%
Jeugdartsen	65,3	14,7%	302,2	66,5%	362,6%
M&G-artsen	31,1	7,0%	76,8	16,9%	146,6%
Totaal	445,5	100,0%	454,5	100,0%	2,0%
<b>GGD-en</b>					
Basisartsen	161,7	41,9%	64,9	16,5%	-59,8%
Jeugdartsen	22,5	5,8%	222,7	56,6%	888,4%
M&G-artsen	201,6	52,3%	105,9	26,9%	-47,5%
Totaal	385,8	100,0%	393,5	100,0%	2,0%

## Samenvatting uitkomsten

Voor de thuiszorg moeten er vanaf 2009 tussen de 91 en 101 personen met de opleiding tot jeugdarts beginnen om in 2019 de gewenste capaciteit van tussen de 286 en 314 FTE aan jeugdartsen te krijgen. Bij de GGD-en is er een instroombehoefte van ongeveer 46 á 51 per jaar om uiteindelijk 210 á 231 FTE aan jeugdartsen te krijgen in 2019. Voor de opleiding tot jeugdarts zou dat een totale instroom van 137 á 152 per jaar betekenen.

Voor de opleiding tot M&G-arts bestaat er in de thuiszorginstellingen een instroombehoefte van ergens tussen de 17 en 19 per jaar om in 2019 op een totaal capaciteit van minimaal 72 en maximaal 79 FTE aan M&G-artsen te komen. Voor de GGD-en is een instroom van 6 á 8 M&G-artsen per jaar nodig om op 100 á 110 FTE te komen. Voor de gehele M&G-opleiding zou dit op een instroom van 23 á 27 per jaar uitkomen.

Tabel 2: Uitkomsten

	Jeugd- arts Thuis- zorg	Jeugd- arts GGD	M&G- arts Thuis- zorg	M&G- arts GGD
<b>Beschikbare aanbod in 2007</b> Beschikbare aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2007	65	22	31	201
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	286 90,8	210 45,5	72 17,0	100 5,6
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant (zonder doorgaande trend en zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	309 99,5	222 50,1	78 18,8	108 7,5
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	314 101,3	231 51,1	79 19,2	110 7,9
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	314 93,3	231 48,9	79 17,5	110 7,0

De verschillen in uitkomsten tussen de vier varianten die het Capaciteitsorgaan gebruikt en hierboven gepresenteerd zijn, laten zien dat de aannames over het eventueel optreden van epidemiologische, sociaal-culturele of vakinhoudelijke ontwikkelingen of ontwikkelingen op het terrein van efficiency, taakherschikking en arbeidstijdverlenging, relatief klein zijn. Het verschil in uitkomst voor de basisvariant en de lage combinatievariant (beide zonder arbeidstijdverlenging), is dat er grofweg 10% meer mensen moeten worden opgeleid voor de lage combinatievariant in plaats van de basisvariant. Het al dan niet rekenen met een doorgaande trend maakt daarbij weinig verschil. Het eventueel ook nog optreden van arbeidstijdverlenging in combinatie met de andere niet-demografische ontwikkelingen zou het verschil tussen de basisvariant en de lage combinatievariant weer voor een deel te niet doen. Dit geldt vooral voor de thuiszorginstellingen, omdat daar wellicht sprake zal zijn van 0,6% arbeidstijdverlenging per jaar. Voor de GGD-en wordt daarentegen een eventuele arbeidstijdverlenging van 0,3% per jaar verwacht richting 2019.

Voor de jeugdartsen is overigens nog een vijfde soort scenario uitgerekend. Daarbij is uitgegaan van de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging, maar is aangenomen dat de groei van de zorgvraag 6% lager zal uitkomen door het niet meenemen van de sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze extra vraag door sociaal-culturele ontwikkelingen zou namelijk eventueel ook opgevangen kunnen gaan worden door gespecialiseerde verpleegkundigen. Voor deze taakherschikkingvariant is in 2019 een hoeveelheid FTE nodig van 297 in plaats van 314 FTE voor jeugdartsen bij thuiszorginstellingen en van 218 in plaats van 231 FTE voor



jeugdartsen bij de GGD-en. Het op te leiden aantal jeugdartsen wordt dan 87,2 per jaar in plaats van 93,3 voor de thuiszorg en 45,5 per jaar in plaats van 48,9 voor de GGD-en.

### **Grootste risicofactor: de gewenste verandering in het aandeel jeugd- en M&G-artsen**

Het aantal op te leiden jeugd- en M&G-artsen voor de thuiszorginstellingen en de GGD-en, wordt vooral bepaald door de aanname over de gewenste verandering in het aandeel artsen dat jeugd- of M&G-arts zou moeten zijn. Voor de GGD-en is bijvoorbeeld gebleken dat daar bijna tien keer meer jeugdartsen nodig zijn dan nu het geval is. Bij de M&G-artsen in de GGD-en geldt juist een sterke daling van de scholingsgraad.

Als de behoefte aan jeugdartsen in feite gelijk zou blijven aan het huidige niveau, dan zouden er vanaf 2009 (vrijwel) geen jeugdartsen meer hoeven te worden opgeleid, zowel niet voor de thuiszorginstellingen als voor de GGD-en. Dit in tegenstelling tot de opleidingsbehoefte van respectievelijk ongeveer 95 en 50 gegeven de diverse aannames. Als het gewenste aantal jeugdartsen op grofweg de helft uitkomt van hetgeen nu verondersteld is, dan volstaat eveneens ongeveer de helft van die instroom. Bij de M&G-artsen is de opleidingsbehoefte uiteraard ook sterk gerelateerd aan de gewenste verandering van samenstelling naar scholingsgraad. Daarbij speelt dan wel dat er voor de thuiszorginstellingen een sterke groei, maar voor de GGD-en een sterke krimp verwacht wordt van de behoefte. Als er geen verandering zal komen van de behoefte aan M&G-artsen, dan hoeven er voor de thuiszorginstellingen maar 4 à 5 in plaats van 17 à 19 M&G-artsen te worden opgeleid. Voor de GGD-en zouden er in dat geval echter ongeveer 30 in plaats van ongeveer 7 moeten worden opgeleid.

### **Gewone risicofactor: het intern en extern rendement van de opleidingen**

Het aantal op te leiden jeugd- en M&G-artsen voor de thuiszorginstellingen en de GGD-en, is (net zoals alle opleidingen) gevoelig voor de aannames die gedaan worden over het zogeheten interne en externe rendement van de opleiding. Het maakt immers wel uit of je van elke 100 mensen die met een opleiding starten er uiteindelijk wellicht ook bijna 100 overhoudt als beschikbaar voor het werk als jeugdarts in 2019, of dat je er wellicht reeds 5 of meer verliest tijdens de opleiding en eveneens 5 of (veel) meer verliest meteen aansluitend aan de opleiding of in de loop van de jaren daarna. Van de lichter die bijvoorbeeld in 2009 aan de opleiding begint, moet ingeschat worden hoeveel daarvan in 2011 het diploma JA zullen behalen en hoeveel daarvan in 2019 (dus 8 jaar na afronding van de opleiding) zullen werken. Voor beide aspecten geldt dat het onwaarschijnlijk is dat er geen enkele persoon zal zijn die zal uitvallen. Een intern en extern rendement van 100% is dus onwaarschijnlijk. Gelet op ervaringen met andere opleidingen, lijkt een hoog intern rendement voor de hand te liggen. Waarschijnlijk is de uitval tijdens de opleiding ook niet zo zeer te wijten aan bijvoorbeeld het eventueel verwijderd worden uit de opleiding wegens onvoldoende studieresultaat, maar eerder aan het normale verloop van personeel door allerlei oorzaken (verhuizing, ziekte, het alsnog kiezen voor andere carrièremogelijkheden, etc.). Voor het externe rendement geldt eveneens dat rekening gehouden moet

worden met een kleine, maar gestage uitstroom van mensen die (al dan niet gedwongen door bijvoorbeeld ontslag of ziekte) iets anders gaan doen.

Het interne rendement is nu op 95% ingeschat en het externe rendement op 85%. Van 100 mensen die starten met een opleiding zijn er volgens deze aanname uiteindelijk maar zo'n 81 beschikbaar voor het werk. Andersom geredeneerd: om 100 artsen beschikbaar te krijgen, moeten er zo'n 124 aan de opleiding beginnen. Zou er daarentegen uit worden gegaan van een extern rendement van 95%, dan blijven er van elke 100 nieuwe artsen in de opleiding uiteindelijk zo'n 91 over en moeten er om 100 werkzame artsen te krijgen zo'n 110 aan de opleiding beginnen. Wordt het extern rendement daarentegen slechts 75%, dan blijven er van elke 100 nieuwe artsen in opleiding maar 71 over en moeten er 140 de opleiding beginnen om uiteindelijk 100 werkzame artsen te krijgen.

#### **Kleine risicofactoren: alle andere aannames**

Het aantal op te leiden artsen is verder relatief ongevoelig voor de overige aannames. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aandeel vrouwen, het aantal FTE per man en per vrouw en, afgeleid van de leeftijdsopbouw, de uitstroom die tot 2019 verwacht kan worden. Het aandeel vrouwen en het aantal FTE dat nu gewerkt wordt heeft vrijwel geen invloed omdat er voor de toekomst geen verandering in het aandeel vrouwen verwacht wordt. De omvang van de uitstroom heeft slechts een kleine invloed omdat de huidige groep werkzame Jeugdartsen relatief zeer klein is in vergelijking met het aantal dat straks nodig is. Dat geldt overigens ook voor de M&G-artsen in de thuiszorginstellingen. Alleen voor de M&G-artsen bij de GGD-en geldt dat niet: daar is de huidige groep juist veel groter dan de gewenste omvang. Daar is gebleken dat een 5% hogere of lagere uitstroom zorgt voor een aanpassing van de benodigde instroom van ongeveer plus of min 3 personen per jaar. Ten opzichte van een benodigde instroom van ongeveer 7 is dat relatief een groot effect, maar in absolute zin gaat het dan nog steeds om een klein effect.

#### **Opmerking over berekening verwachte instroom in 2007/2008**

Voor de raming van de benodigde instroom vanaf 2009, is het nodig om na te gaan hoeveel mensen er waarschijnlijk al met de opleiding beginnen in 2007 en 2008. Daarvoor is op geleide van het Capaciteitsorgaan gebruik gemaakt van gegevens uit het onderzoek van de Vreelandgroep en gegevens van TNO betreffende de verwachte en bekende instroom in de opleidingen. Voor wat betreft de opleiding Jeugdarts is daarbij onder andere uitgegaan van de verwachting per type instelling voor 2007 en 2008 voor de instroom in het eerste jaar van de volledig eerste fase van de nieuwe M&G opleiding. Daarnaast is, opnieuw op geleide van het Capaciteitsorgaan, nog uitgegaan van de helft van de instroom die verwacht werd voor het tweede jaar van de eerste fase. De reden om hierbij een 50% reductie toe te passen is dat er waarschijnlijk een aantal mensen zijn die reeds geteld zijn bij de gemiddelde instroom in de opleiding tot 2007.

**Tabel 3: Aannames voor Jeugdartsen bij Thuiszorginstellingen**

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Aannames betreffende de werkzame artsen per 1-1-2007</b>			
Aantal werkzame artsen in het jaar 2007	10	150	160
Geslachtsverdeling werkzame artsen in het jaar 2007	6,1%	93,9%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per arts in 2007	0,36	0,41	0,41
Uitstroom van werkzame artsen tot aan 2019	64,1%	64,1%	64,1%
Extra groei zorgaanbod per jaar door arbeidstijdverlenging	0,6%	0,6%	0,6%
<b>Aannames betreffende de artsen in opleiding</b>			
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar tot aan 2007	0,5	8,3	8,8
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2007/2008	1,7	26,1	27,8
Geslachtsverdeling artsen in opleiding (alle instroomjaren)	6,1%	93,9%	100,0%
Opleidingsduur (alle instroomjaren)	2,0	2,0	2,0
Intern rendement van de opleiding (alle instroomjaren)	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 1-9 jaar na afronden van de opleiding (alle instroomjaren)	85,0%	85,0%	85,0%
<b>Aannames betreffende de zorgvraag</b>			
Onvervulde vraag in 2007 (inclusief effect van gewenste werkverdeling)			362,6%
Demografische verandering zorgvraag tot aan 2019			-5,0%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (lage schatting)			0,4%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen (lage schatting)			0,5%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen (lage schatting)			0,1%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van efficiency en taakherschikking (lage schatting)			-0,2%

**Tabel 4: Uitkomsten voor Jeugdartsen bij Thuiszorginstellingen**

<b>Beschikbare aanbod in 2007</b> Beschikbare aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2007	65
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	286 90,8
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant (zonder doorgaande trend en zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	309 99,8
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	314 101,3
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	314 93,3
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging volgens scenario verticale taakherschikking</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	297 87,2

**Tabel 5: Aannames voor Jeugdartsen bij GGD-instellingen**

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Aannames betreffende de werkzame artsen per 1-1-2007</b>			
Aantal werkzame artsen in het jaar 2007	4	36	40
Geslachtsverdeling werkzame artsen in het jaar 2007	10,1%	89,9%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per arts in 2007	0,74	0,54	0,56
Uitstroom van werkzame artsen tot aan 2019	64,1%	64,1%	64,1%
Extra groei zorgaanbod per jaar door arbeidstijdverlenging	0,3%	0,3%	0,3%
<b>Aannames betreffende de artsen in opleiding</b>			
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar tot aan 2007	1,5	13,2	14,7
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2007/2008	2,7	24,3	27,0
Geslachtsverdeling artsen in opleiding (alle instroomjaren)	10,1%	89,9%	100,0%
Opleidingsduur (alle instroomjaren)	2,0	2,0	2,0
Intern rendement van de opleiding (alle instroomjaren)	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 1-9 jaar na afronden van de opleiding (alle instroomjaren)	85,0%	85,0%	85,0%
<b>Aannames betreffende de zorgvraag</b>			
Onvervulde vraag in 2007 (inclusief effect van gewenste werkverdeling)			888,4%
Demografische verandering zorgvraag tot aan 2019			-5,0%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (lage schatting)			0,4%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen (lage schatting)			0,5%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen (lage schatting)			0,1%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van efficiency en taakherschikking (lage schatting)			-0,2%

**Tabel 6: Uitkomsten voor Jeugdartsen bij GGD-instellingen**

<b>Beschikbare aanbod in 2007</b> Beschikbare aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2007	22
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	210 45,5
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant (zonder doorgaande trend en zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	227 50,1
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	231 51,1
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	231 48,9
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging volgens scenario verticale taakherschikking</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	218 45,5

**Tabel 7: Aannames voor M&G-artsen bij Thuiszorginstellingen**

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Aannames betreffende de werkzame artsen per 1-1-2007</b>			
Aantal werkzame artsen in het jaar 2007	3	60	63
Geslachtsverdeling werkzame artsen in het jaar 2007	4,8%	95,2%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per arts in 2007	0,90	0,47	0,49
Uitstroom van werkzame artsen tot aan 2019	64,1%	64,1%	64,1%
Extra groei zorgaanbod per jaar door arbeidstijdverlenging	0,6%	0,6%	0,6%
<b>Aannames betreffende de artsen in opleiding</b>			
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar tot aan 2007	0,0	0,0	0,0
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2007/2008	0,5	9,0	9,5
Geslachtsverdeling artsen in opleiding (alle instroomjaren)	4,8%	95,2%	100,0%
Opleidingsduur (alle instroomjaren)	2,0	2,0	2,0
Intern rendement van de opleiding (alle instroomjaren)	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 1-9 jaar na afronden van de opleiding (alle instroomjaren)	85,0%	85,0%	85,0%
<b>Aannames betreffende de zorgvraag</b>			
Onvervulde vraag in 2007 (inclusief effect van gewenste werkverdeling)			146,6
Demografische verandering zorgvraag tot aan 2019			-5,0%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (lage schatting)			0,4%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen (lage schatting)			0,5%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen (lage schatting)			0,1%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van efficiency en taakherschikking (lage schatting)			-0,2%

**Tabel 8: Uitkomsten voor M&G-artsen bij Thuiszorginstellingen**

<b>Beschikbare aanbod in 2007</b> Beschikbare aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2007	31
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	72 17,0
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant (zonder doorgaande trend en zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	78 18,8
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	79 19,2
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	79 17,5

**Tabel 9: Aannames voor M&G-artsen bij GGD-instellingen**

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Aannames betreffende de werkzame artsen per 1-1-2007</b>			
Aantal werkzame artsen in het jaar 2007	61	249	310
Geslachtsverdeling werkzame artsen in het jaar 2007	19,7%	80,3%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per arts in 2007	0,77	0,62	0,65
Uitstroom van werkzame artsen tot aan 2019	64,1%	64,1%	64,1%
Extra groei zorgaanbod per jaar door arbeidstijdverlenging	0,3%	0,3%	0,3%
<b>Aannames betreffende de artsen in opleiding</b>			
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar tot aan 2007	0,0	0,0	0,0
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2007/2008	0,9	3,6	4,5
Geslachtsverdeling artsen in opleiding (alle instroomjaren)	19,7%	80,3%	100,0%
Opleidingsduur (alle instroomjaren)	2,0	2,0	2,0
Intern rendement van de opleiding (alle instroomjaren)	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 1-9 jaar na afronden van de opleiding (alle instroomjaren)	85,0%	85,0%	85,0%
<b>Aannames betreffende de zorgvraag</b>			
Onvervulde vraag in 2007 (inclusief effect van gewenste werkverdeling)			-47,5%
Demografische verandering zorgvraag tot aan 2019			-5,0%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (lage schatting)			0,4%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen (lage schatting)			0,5%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen (lage schatting)			0,1%
Extra groei zorgvraag per jaar als gevolg van efficiency en taakherschikking (lage schatting)			-0,2%

**Tabel 10: Uitkomsten voor M&G-artsen bij GGD-instellingen**

<b>Beschikbare aanbod in 2007</b> Beschikbare aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2007	201
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de basisvariant (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	100 5,6
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant (zonder doorgaande trend en zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	108 7,5
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend (zonder arbeidstijdverlenging)</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	110 7,9
<b>Benodigde aanbod in 2019 volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend én arbeidstijdverlenging</b> Benodigde aantal FTE werkzame artsen in het jaar 2019 Benodigde instroom artsen in opleiding per jaar vanaf 2009	110 7,0

## BIJLAGE 7: Opleidingscapaciteit

### Opleidingscapaciteit<sup>59</sup>

Vanwege de problemen met de in 2002 opnieuw vormgegeven opleiding M&G, die in 2004 werd beëindigd, is de huidige totaalcapaciteit niet maatgevend voor de toekomstige capaciteit.

Met de verwachte en bekende instroom in 2007 en 2008 (tabel 9) en het advies over de instroom voor 2009-2019 volgens de ATV-variant is de opleidingscapaciteit voor de profielopleiding JGZ en de volledige opleiding M&G berekend. In tabel 1 en figuur 1 en 2 worden de resultaten weergegeven. De berekeningen zijn hieronder separaat opgenomen.

In de tabel is zichtbaar dat de opleidingscapaciteit met genoemde aannames gaat toenemen van 66 in 2007 naar 299 van 2011 en verder voor de profielopleiding JGZ, en van 7 in 2007 naar 106 van 2016 en verder voor de volledige opleiding M&G (voor de artsen werkzaam in de JGZ).

Het zal van verschillende keuzes en randvoorwaarden afhangen in hoeverre dit daadwerkelijk zal plaatsvinden.

**Tabel 1: instroom en totale opleidingscapaciteit**

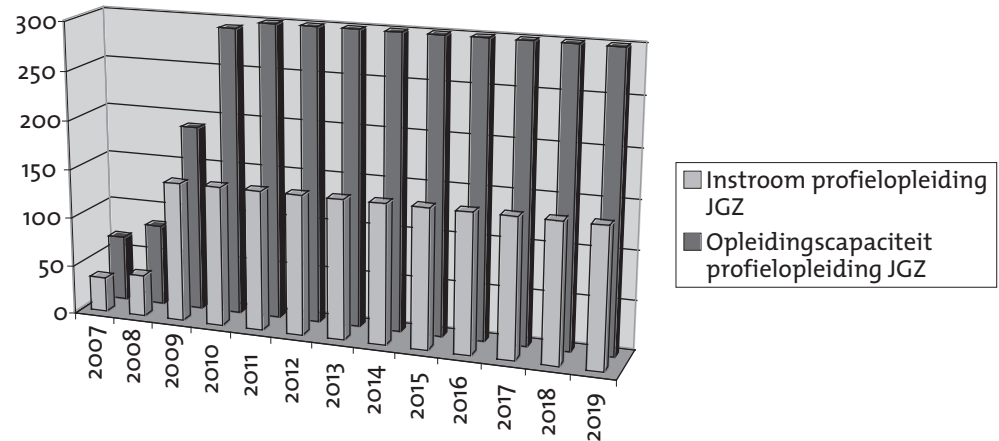
	Instroom <sup>60</sup>		Opleidingscapaciteit	
	Profielopleiding	Opleiding M&G	Profielopleiding	Opleiding M&G
2007 <sup>61</sup>	35	7	66	7
2008	42	11	82	18
2009	142	25	189	43
2010	142	25	292	68
2011	142	25	299	88
2012	142	25	299	103
2013 en verder	142	25	299	106

<sup>59</sup> Met opleidingscapaciteit wordt hier het totaal aantal personen bedoeld dat de betreffende opleiding doet, ongeacht het aanvangsjaar.

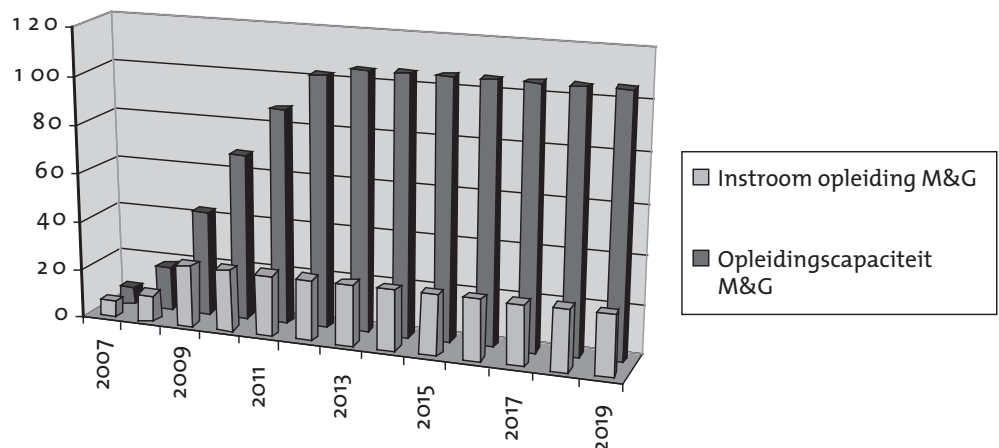
<sup>60</sup> Hier wordt de ATV-variant gebruikt, ook voor de opleiding M&G, zie hoofdstuk 7.

<sup>61</sup> De jaren 2007 en 2008 betreffen de potentiële instroom voor de betreffende opleiding, overgangsscholingen buiten beschouwing gelaten, zie hoofdstuk 5.

Figuur 1: Instroom en totaalcapaciteit profielopleiding JGZ (aantal personen per jaar)



Figuur 2: Instroom en totaalcapaciteit opleiding M&G (aantal personen per jaar)



## Berekening

\* Voor de **profielopleiding JGZ** wordt de totale opleidingscapaciteit als volgt berekend:

- In **2006** gaat het om een instroom van 26 in de profielopleiding en 21 in het tweede jaar van deze opleiding. De totale opleidingscapaciteit komt daarmee in 2006 op **47**.
- In **2007** gaat het om de 26 eerder genoemde, die nu in het tweede jaar van hun opleiding zitten, een deel van de 21 die hun tweede jaar nog niet heeft afgerond (aanname:5) en de instroom in 2007: 35. Totaal daarmee op **66**.
- In **2008** gaat het om een deel van de instroom in 2006 (26) dat de opleiding nog niet afgerond heeft (aanname: 5), de instroom in 2007 (35) en de instroom in 2008 (42), en totaal daarmee op **82**.
- In **2009** gaat het om een deel van de instroom in 2007 (26) dat de opleiding nog niet afgerond heeft (aanname:5), de instroom in 2008 (42) en de instroom in 2009 (142), en totaal daarmee op **189**.



- In **2010** gaat het om een deel van de instroom in 2008 (42) dat de opleiding nog niet heeft afgerond (aanname:8), de instroom in 2009 (142) en de instroom in 2010 (142) en totaal daarmee op **292**.
- In **2011** gaat het om een deel van de instroom in 2009 (142) dat de opleiding nog niet heeft afgerond (aanname:15), de instroom in 2009 (142) en de instroom in 2010 (142) en totaal daarmee op **299**.

Daarna blijft de opleidingscapaciteit, bij gelijk blijven van de aannames, stabiel op **299**.

\* Voor de **opleiding M&G** wordt de totale opleidingscapaciteit als volgt berekend:

- In **2006** gaat het om de instroom van 2 in 2003. Daarna is niemand ingestroomd in de opleiding M&G. De totale opleidingscapaciteit komt daarmee in 2006 op **2**.
- In **2007** hebben deze 2 hun opleiding hoogstwaarschijnlijk afgerond en gaat het nu alleen om de instroom in 2007: 7. Het totaal komt daarmee op **7**.
- In **2008** gaat het om de instroom in 2007 (7) en de instroom in 2008 (11), en totaal daarmee op **18**.
- In **2009** gaat het om de instroom in 2007 (7), de instroom in 2008 (11) en de instroom in 2009 (ATV-variant: 25), en totaal daarmee op **43**.
- In **2010** gaat het om de instroom in 2007 (7), 2008 (11), 2009 (25) en de instroom in 2010 (25) en totaal daarmee op **68**.
- In **2011** gaat het om een deel van de instroom in 2007 (7) dat de opleiding nog niet heeft afgerond (aanname:2), de instroom in 2008 (11), de instroom in 2009 (25), de instroom in 2010 (25) en de instroom in 2011 (25) en totaal daarmee op **88**.
- In **2012** gaat het om een deel van de instroom in 2008 (11) dat de opleiding nog niet heeft afgerond (aanname:3), de instroom in 2009 (25), de instroom in 2010 (25), de instroom in 2011 (25) en de instroom in 2012 (25) en totaal daarmee op **103**.

In **2013** gaat het om een deel van de instroom in 2009 (25) dat de opleiding nog niet heeft afgerond (aanname:6), de instroom in 2010 (25), de instroom in 2011 (25), de instroom in 2012 (25) en de instroom in 2013 (25) en totaal daarmee op **106**.

Daarna blijft de opleidingscapaciteit, bij gelijk blijven van de aannames, stabiel op **106**.

## BIJLAGE 8: Onderzoek Vreelandgroep

### ONDERZOEKSVANTWOORDING T.B.V. CAPACITEITSORGAAN

30 maart 2007.

Ir J.R. Landman (landman@vreelandgroep.nl).

Ir. H. van Kaam (vankaam@vreelandgroep.nl)

Vreelandgroep Organisatie adviseurs.

---

Deze notitie beschrijft de opzet van het onderzoek Capaciteitsplan Jeugdarts en Arts Maatschappij en Gezondheid dat is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Capaciteitsorgaan.

Over de resultaten van het onderzoek wordt gerapporteerd door het Capaciteitsorgaan zelf.

### VRAAGSTELLING

In het onderzoek zijn drie vragen aan de orde:

1. Kwantitatief.  
Zijn er voldoende artsen JGZ (aJGZ) in Nederland nu en in de komende jaren?
2. Kwalitatief.  
Welke kwalitatieve factoren beïnvloeden de capaciteit aan aJGZ in de komende jaren?
3. Opleiding.  
Wat is de opleidingsbehoefte van aJGZ in de komende jaren?

Het onderzoek bestaat uit twee delen: een vooronderzoek teneinde in kaart te brengen welke factoren van invloed zijn bij het bepalen van het huidige aantal aJGZ en de behoefte in de toekomst. Tevens is in het vooronderzoek gekeken naar de beschikbare data.

Vervolgens is het onderzoek uitgevoerd. Het bleek nodig data en meningen te verzamelen van alle GGD'en en Thuiszorgorganisaties waar aJGZ werken.

### VOORONDERZOEK

Teneinde de problematiek in kaart te brengen is er een vooronderzoek gehouden. In dit vooronderzoek zijn de genoemde vragen besproken met deskundigen in het veld. Geïnterviewd werden vertegenwoordigers van ActiZ, GGD Nederland, NSPOH, TNO, GGD Nieuwe Waterweg Noord en AJN.

Voorts werden relevante documenten bestudeerd.

*Conclusies vooronderzoek.*

1. Er zijn onvoldoende data voorhanden om antwoord te kunnen geven op de vraag hoeveel aJGZ er op dit moment werkzaam zijn, hoeveel vacatures er zijn en hoe de uitstroom vanwege pensionering er uit zal zien de komende jaren.
2. Er is een groot aantal kwalitatieve factoren dat de uiteindelijke capaciteitsbehoefte mede bepaald. Relevante factoren zijn:
  - demografische ontwikkeling
  - epidemiologische ontwikkeling
  - sociaal-culturele ontwikkeling.
3. De opleidingsstructuur is ingrijpend aan het veranderen. Door beëindiging van de opleiding M&G is achterstand ontstaan. Er is waarschijnlijk een latente opleidings-behoefte van zittende aJGZ bij de Thuiszorg. De grootte van de opleidingsbehoefte is niet bekend.

**ONDERZOEK**

In het uiteindelijke onderzoek is aan het management van de afdelingen Jeugdgezondheidszorg van GGD's en Thuiszorg in twee rondes een aantal vragen voorgelegd.

Het onderzoek verliep via de volgende stappen:

Stap	Activiteit	Resultaat
1	Brief aan GGD's (60) en Thuiszorgorganisaties (40) met het verzoek medewerking te verlenen aan het onderzoek. Indien bereid tot deelname: noemen van contactpersoon en mailadres.	96 organisaties zijn benaderd. Daarvan gaven 6 aan niet aan het onderzoek te willen meewerken. Niet-deelnemers in gelijke mate bij GGD en Thuiszorg.
2.	Enquête opzet. Besloten is de enquête op te zetten in twee rondes. Daarvoor zijn twee redenen te geven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- op deze manier is een goed onderscheid te maken tussen de kwantitatieve (ronde 1) en kwalitatieve (ronde 2) kant van het onderzoek.</li> <li>- er worden niet teveel vragen tegelijk gesteld. Dat zou de respons negatief kunnen beïnvloeden.</li> </ul>	Duidelijkheid over enquête opzet. Ontwerp voor 1e ronde enquête.
3	Proefenquête. Teneinde het risico van onduidelijke of multi-interpretbare vragen uit te sluiten, is de eerste enquête beoordeeld door een panel, bestaande uit de leden van de Werkgroep aJGZ en twee deelnemers uit het veld. De proefenquête heeft nog een aantal kleine aanpassingen in de uiteindelijke 1e ronde enquête opgeleverd.	Definitieve enquête die via email kon worden uitgezet.

4	<p>Enquête ronde 1. In de eerste ronde is gevraagd naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omvang verzorgingsgebied (in aantal jeugdigen)</li> <li>• Formatieplaatsen afdeling jeugd en invulling daarvan (artsen/verpleegkundigen)</li> <li>• Leeftijdsopbouw artsen en verpleegkundigen</li> <li>• Mate van parttime werken</li> <li>• Mannen/vrouwen</li> <li>• Scholing</li> <li>• % waarin men daadwerkelijk als AJGZ in de praktijk werkzaam was.</li> </ul>	<p>Respons in deze eerste ronde was 81%. Non respondenten ook nu gelijkmatig verdeeld onder Thuiszorg en GGD'en. Tevens is gekeken naar de vraag of de non respondenten naar verhouding evenveel uit de landelijke als uit de stedelijke gebieden komen. Ook dat bleek het geval te zijn.</p> <p>Op basis van deze respons kunnen verantwoord uitspraken worden gedaan over het totaal aantal AJGZ in Nederland, de M/V verhouding en de leeftijdsverdeling.</p>
5	<p>Beoordeling resultaten 1e ronde. De resultaten van de 1e ronde enquête zijn beoordeeld door de leden van de Werkgroep<sup>62</sup>. In de beoordeling is gekeken naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- is de respons hoog genoeg</li> <li>- resultaten 1e ronde</li> <li>- indicaties voor vragen die in de 2e enquête ronde kunnen worden gesteld?</li> </ul>	<p>Positieve beoordeling 1e ronde. Definitieve opzet vragen in 2e ronde.</p>
6	<p>Enquête ronde 2. In de tweede ronde lag de nadruk op een aantal kwalitatieve factoren die van invloed zijn op de werklast van AJGZ in de toekomst. Tevens is gekeken naar de opleidingsbehoefte op dit moment en in de komende aJGZren. Vragen hadden betrekking op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkeling zorgvraag</li> <li>• Sociaal culturele factoren</li> <li>• Epidemiologische ontwikkelingen</li> <li>• Efficiency in het werkproces</li> <li>• Opleidingsbehoefte op korte termijn (realistisch en idealiter)</li> <li>• Opleidingsbehoefte op lange termijn (realistisch en idealiter)</li> <li>• Verhouding basis arts, jeugdarts en arts m&amp;g</li> <li>• Opleidingslocatie</li> </ul>	<p>Respons in tweede ronde 63 %.</p> <p>Ook in 2e ronde is gekeken naar de vraag of de non respons evenredig is verdeeld over GGD en Thuiszorg en over stedelijk en landelijk gebied.</p> <p>Respons is representatief gebleken.</p>
7	<p>Beoordeling resultaten. In een aantal sessies zijn de uiteindelijke resultaten door de Werkgroep beoordeeld en waar nodig van de juiste context voorzien.</p>	<p>Onderzoeksresultaat, waarmee het voor het Capaciteitsorgaan mogelijk is een raming voor de groep Jeugdartsen te maken.</p>

<sup>62</sup> Betreft de Werkgroep die het gehele onderzoek heeft begeleid. Hierin waren partijen uit het veld vertegenwoordigd. Werkgroep stond onder leiding van de directie van het Capaciteitsorgaan.

## BIJLAGE 9: Literatuurlijst

- Brus, drs. ER, Dekker, drs. RFW; Keuzeprocessen en keuzebepalende factoren bij recent afgestudeerde basisartsen. November 2002.
- College voor Sociale Geneeskunde; Besluit van 24 maart 2006 inhoudende opleidingseisen voor het sociaal-geneeskundig specialisme maatschappij en gezondheid; Staatscourant; 7 november 2006.
- Lugtenberg, drs. M, Velden: dr. LFJ van der: Hingstman, dr. L; Waarnemers waargenomen. Huisartsenzorg ondersteund door meer dan 1.000 waarnemers. Medisch Contact; 20 oktober 2006.
- Maas, J: Velden, LFJ van der: Hingstman, L: Berg, M van den; Praktijkomvang en organisatiestructuur. NIVEL; september 2004.
- Meyboom-de Jong, prof.dr. B; De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Oktober 2002.
- Ministerie van VWS; Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Den Haag; maart 2002.
- De Nationale DenkTank; Een recept voor morgen. Een frisse blik op betere zorg voor chronisch zieken. December 2006.
- NIVEL en Prismant; Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020.
- Research voor Beleid; Aanpak van het tekort aan consultatiebureau-artsen. Eindrapport. Leiden; augustus 2003.
- Research voor Beleid; Overstappen naar het consultatiebureau? Onderzoek naar de voorwaarden van oudere huis- en kinderartsen. Leiden; november 2004.
- Vreelandgroep; Capaciteit jeugdartsen, resultaten verkennend onderzoek. Baarn; 21 december 2005.

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische  
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

telefoon  
030 282 38 40

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