

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 6

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 6

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2016 voor de
medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid,
FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	3
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	4
1.3 Specifieke aandachtspunten AVG	5
1.4 Indeling van dit deelrapport	5
2 Positionering Arts Verstandelijk Gehandicapten	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	9
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	11
3 Opleiding	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Adviezen tot en met 2013	13
3.3 Besluiten tot en met 2015	14
3.4 Realisatie instroom tot en met 2015	15
3.5 Intern rendement	18
3.6 Conclusies opleiding	19
4 Zorgvraag	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Demografie	21
4.2.1 ZZP's in de gehandicaptenzorg als indicator voor huidig zorggebruik	22
4.2.2 Bevolkingsprognose CBS	24
4.2.3 ZZP's in de verstandelijk gehandicaptenzorg, toekomstig zorggebruik	27
4.2.4 De toekomstige vraag vanwege demografie	28
4.3 Epidemiologie	29
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	31
4.5 Onvervulde vraag	33
4.6 Conclusie zorgvraag	36
5 Zorgaanbod	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Omvang beroepsgroep	37
5.2.1 Aantal geregistreerde AVG	37
5.2.2 Verdeling geregistreerde AVG naar leeftijd en geslacht	38
5.2.3 Aantal werkzame specialisten in de verstandelijk gehandicapten geneeskunde	39
5.3 Omvang dienstverband AVG	41
5.4 Instroom in het vak	42
5.5 Uitstroom uit het vak	42

5.5.1	Uitstroom uit het specialistenregister	42
5.5.2	Uitstroom van werkzame AVG	43
5.5.3	Ontwikkeling pensioenleeftijd	44
5.5.4	Raming van uitstroom AVG de komende jaren	45
5.5.5	Extern rendement	46
5.6	Conclusie zorgaanbod	48
6	Werkproces	51
6.1	Inleiding	51
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	51
6.3	Technologische ontwikkelingen	52
6.4	Efficiency	52
6.5	Horizontale substitutie	54
6.6	Verticale substitutie	55
6.7	Conclusie werkproces	57
7	Scenario's	59
7.1	Inleiding	59
7.2	Basisscenario (0)	61
7.3	Demografiescenario (1)	61
7.4	Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trend (3)	61
7.5	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trend (7)	62
7.6	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trend (9)	62
7.7	Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario	63
7.8	Benodigde instroom aios AVG per scenario	65
8	Overwegingen en advies	67
8.1	Inleiding	67
8.2	Beleidsontwikkelingen	67
8.2.1	Beleid beroepsgroep	67
8.2.2	Beleid overheid	67
8.2.3	Maatschappelijke veranderingen	68
8.2.4	Taakherschikking	68
8.2.5	Beleid opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen	68
8.2.6	Buitenland	69
8.2.7	Relatie met andere adviezen	69
8.3	Onzekerheden	69
8.3.1	Vraag	69
8.3.2	Aanbod	70
8.3.3	Werkproces	70
8.3.4	Opleidingscapaciteit	70
8.3.5	Belangstelling voor het vak	71
8.4	Belangrijkste scenario's	71
8.5	Advies instroom	72

Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	73
Bijlage 2:	Overzicht aannames per parameter 2008 - 2016	74
Bijlage 3:	Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Carity	76
Bijlage 4:	Procedure en betrokken experts	78
Literatuurlijst		79

Samenvatting

Het vakgebied geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten is in 2000 als zelfstandig specialisme erkend door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Tot die tijd leverden voornamelijk ervaren (voormalige) huisartsen de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten. In het vervolg van dit rapport noemen we de geregistreerde artsen voor verstandelijk gehandicapten AVG, zowel in enkelvoud als in meervoud. De eerste 3 jaar na 2000 is het aantal AVG snel gestegen door de erkenning (met terugwerkende kracht) van de artsen die al werkzaam waren in de sector. Vanaf 2003 is de instroom in het specialisme AVG alleen nog mogelijk door het volgen van de erkende medische vervolgopleiding tot AVG. De veranderingen in het aantal geregistreerde AVG zijn volledig toe te schrijven aan in- en uitschrijvingen in het register. Er is geen instroom uit het buitenland mogelijk, omdat het specialisme buiten Nederland geen officiële erkenning geniet.

Per 1 januari 2016 waren er 228 geregistreerde AVG. Hiervan zijn er ongeveer 222 (97,6%) werkzaam voor gemiddeld 0,85 fte. De groep AVG kent een ongelijkmatige leeftijds- en geslachtsopbouw. Meer dan de helft van de mannelijke geregistreerde AVG en ongeveer een derde van de vrouwen zal de komende 10 à 15 jaar uitstromen vanwege pensionering. AVG zijn steeds ouder als ze stoppen met werken. De omvang van het gemiddelde dienstverband is ten opzichte van 2013 met 0,02 fte gedaald, omdat de mannen iets minder zijn gaan werken. Het aandeel werkzame vrouwen is gestegen naar 74%. Het arbeidsaanbod aan AVG zal de komende jaren nog verder feminiseren, mede door de toestroom van overwegend jongere vrouwen uit de opleiding tot AVG.

De gerealiseerde instroom in de opleiding is sinds 2005 gemiddeld 16 personen per jaar, met uitschieters in 2009 (19) en 2012 (20). De hoogste instroom tot nu toe was in 2015: in dat jaar zijn 21 aios AVG gestart met hun opleiding. Het totaal aantal aios is in de laatste 3 jaar tot boven de 50 gestegen en ligt per 1 januari 2016 op 55. De gemiddelde leeftijd waarop aios met de opleiding beginnen, is 33 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aios AVG in de afgelopen 6 jaar is 34 jaar. Het percentage vrouwelijke aios is in 2015 iets gedaald, maar is met 87% nog altijd hoog.

De markt van vraag en aanbod voor de AVG is een vraagmarkt: het aanbod van AVG is kleiner dan de vraag ernaar, gezien het aantal vacatures. Het vacaturepercentage is sinds de vorige raming wel gedaald, maar behoort met ongeveer 10% tot de medische beroepen met de meeste onvervulde vacatures. Het tekort aan AVG is in de afgelopen jaren deels opgevangen door de inzet van basisartsen. Er is echter een grens aan wat basisartsen of overige ondersteuners van AVG kunnen overnemen. De positie van AVG binnen de zorginstellingen is namelijk steeds meer die van tweedelijns specialist aan het worden: voor de algemene medische zorg moeten cliënten naar de huisarts.

De onzekerheden in de raming betreffen vooral de ontwikkelingen op sociaal-cultureel vlak en op het gebied van taakherschikking. De wetswijzigingen in de langdurige zorg beogen een meer zelfredzame en volwaardige maatschappelijke positie voor mensen met een verstandelijke beperking. Het beleid is gericht op een vermindering van de intramurale zorg. Er zijn echter signalen dat het aandeel intramurale plaatsen minder afneemt dan beoogd. Het aandeel extramurale zorg groeit. Steeds meer zorginstellingen hebben een polikliniek voor AVG-zorg. De signalerende en

coördinerende rol van de huisartsen is belangrijk in de zorg voor zelfstandig wonende kwetsbare personen, zoals verstandelijk gehandicapten. De samenwerking tussen huisartsen en AVG staat onder spanning door met name bekostigingsvraagstukken.

Met de taakherschikking naar ondersteunende disciplines lijkt het positief gesteld. Zo is het aantal in de sector werkzame verpleegkundig specialisten sinds 2012 met 60% toegenomen. Of deze ontwikkeling doorzet, is nog de vraag, vanwege het aanhoudende tekort aan hbo-verpleegkundigen.

Op dit moment is er nog een tekort aan AVG. Toch is de verwachting dat ook met een iets lagere instroom in de opleiding vraag en aanbod over enkele jaren goed in balans raken. Dit komt met name door de steeds betere bezetting van de opleidingsplaatsen in de laatste jaren en de ontwikkelingen in de taakherschikking. Het Capaciteitsorgaan adviseert daarom met ingang van 2018 een jaarlijkse minimum instroom van **16 aios** en een maximum instroom van **18 aios**. Deze keuze is gebaseerd op de twee verticale substitutiescenario's. Daarin werken alle zorgvraag- en werkprocesparameters door volgens de laagst ingeschatte waarden, met tijdelijke en doorgaande trend en 2028 als evenwichtsjaar. De keuze voor deze scenario's is gebaseerd op de aanname dat alle gesignaleerde trends de komende jaren zullen doorwerken; het is echter onzeker wat de kracht van de effecten is en hoe lang deze doorlopen. De keuze voor het evenwichtsjaar 2028 is gemaakt omdat er momenteel minder aanbod aan AVG is dan vraag, een verschil dat liefst zo snel mogelijk overbrugd moet worden. De definitieve voorkeur van het Capaciteitsorgaan gaat uit naar een jaarlijkse instroom van **18 aios**.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2016 vormt de basis voor de instroomadviezen voor de opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten. (Hierna AVG genoemd, zowel in enkelvoud als in meervoud). Dit rapport bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan voor de instroomadviezen heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2016. Naast het integrale Capaciteitsplan zijn ook deelrapporten gepubliceerd over de instroomadviezen voor de medisch specialisten (inclusief de klinisch technologische specialismen en de profielopleiding spoedeisende hulp arts, deelrapport 1), de huisartsen (deelrapport 2), de tandheelkundig specialisten (deelrapport 3), de sociaal geneeskundigen (deelrapport 4), de specialisten ouderengeneeskunde (deelrapport 5), de beroepen in de geestelijke gezondheid (deelrapport 7, gepubliceerd 2015) en de beroepen Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO, deelrapport 8).

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

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

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

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

Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie om onze ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en met die van sommige landen zelfs te

vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties.^{1, 2}

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

1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

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

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS vanaf 2008 tot 2013 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en vervolgens gemonitord.
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS heeft van deze adviezen gebruik gemaakt in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen, met name voor de klinische neuropsychologie en verpleegkundig specialist GGZ.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met het model van het Capaciteitsorgaan in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren.³ Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO-regio's moesten worden opgesteld in verband met de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon met de bestaande methodieken. Het eerste advies met bijbehorende ramingen voor de FZO-beroepen is medio 2014 opgeleverd. Vanaf dat moment is deze activiteit ook toegevoegd aan de structurele activiteiten van het Capaciteitsorgaan.

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

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

³ Het betreft de beroepen anesthesiemedewerker, deskundige infectieziektepreventie, gipsverband meester, klinisch perfusionisten, operatieassistenten, radiologisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, dialyseverpleegkundigen, IC-kinderverpleegkundigen, IC-neonatologieverpleegkundigen, IC-verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, obstetrieverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen.

1.3 Specifieke aandachtspunten AVG

Specifiek voor het specialisme AVG zijn de volgende aandachtspunten:

1. Het specialisme AVG is één van de jongere Nederlandse medische specialismen. Op 3 maart 2000 heeft de minister de corresponderende besluiten no.1-1999 en no.2-1999 goedgekeurd en zijn de besluiten in werking getreden. Het zijn besluiten van het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG⁴). De eerste inschrijvingen zijn massaal onder de voorwaarden van de overgangsregeling gerealiseerd. Veel informatie over de AVG is pas sinds de afgelopen 5 tot 10 jaar beschikbaar.
2. De opleiding tot AVG duurt bij een fulltime dienstverband 3 jaar. Het curriculum bestaat uit 2 jaar leren en werken in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en 1 jaar stages in relevante vakgebieden, inclusief een leeronderzoek.
3. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de opleiding is 33 jaar; 87% van alle aios is vrouw.
4. Nederland kent één opleidingsinstituut voor AVG aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.
5. Tot 2000 werkte de AVG alleen intramuraal. Medio 2002 kwam er een aanpassing in de regelgeving in de toenmalige AWBZ. Dit maakte het mogelijk dat cliënten met een indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ⁵) voor langdurige zorg (inmiddels Wet langdurige zorg, Wlz) kunnen worden verwezen naar een AVG. Er kwam een tweede aanpassing van deze regelgeving door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Sindsdien is het mogelijk dat huisartsen patiënten met een verstandelijke handicap rechtstreeks kunnen verwijzen naar de AVG zonder CIZ-indicatie. De instelling waar de AVG aan verbonden is, moet hiervoor dan wel productieafspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor.
6. Er zijn 88 poliklinieken AVG in Nederland.⁶
7. Van de zittende AVG is 74% vrouwelijk; 78% van de mannen is ouder dan 50 jaar.
8. Verticale substitutie is in ontwikkeling. Er werken geen physician assistants in de sector.
9. Het specialisme AVG bestaat in het buitenland niet. Er is geen instroom van AVG uit het buitenland.
10. Het aantal vacatures voor AVG is een van de hoogste in het medische domein.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positie besproken van de AVG in het zorgveld. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgopleidingen. Daarmee anticipeert het Capaciteitsorgaan op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In **hoofdstuk 3** staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005 en de daarop

⁴ Het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) is in 2010 opgegaan in het College Geneeskundige Specialismen (CGS), samen met het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

⁵ Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is een onafhankelijke organisatie die beoordeelt of burgers recht hebben op zorg via de Wet langdurige zorg. Dit gebeurt op basis van uniforme en objectieve criteria, zodat de beoordeling overal in het land hetzelfde is. De criteria zijn een vertaling van de richtlijnen van het ministerie van VWS. Het CIZ bestaat sinds 2005.

⁶ De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) houdt een lijst bij met alle poliklinieken AVG in Nederland. Geraadpleegd op 28 juli 2016 op <http://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart/>

volgende besluiten van VWS. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2005. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de opleiding. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2016 en 2017 en intern rendement.

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling/verandering van de zorgvraag van 1 januari 2016 tot 1 januari 2028 en 1 januari 2034. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid zijn pas merkbaar in 2022. De erkende vervolgopleiding tot AVG duurt nominaal 3 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS waarschijnlijk – na intern en extern overleg – in 2017 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2018. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn te verwachten vanaf 1 januari 2021. Er rest dan een ‘venster’ van 7 respectievelijk 13 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag voor de 2 evenwichtsjaren 2028 en 2034.

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

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in **hoofdstuk 5** aan bod. Een aantal karakteristieken wordt (naar geslacht) in dit hoofdstuk beschreven. Dit zijn onder meer de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, de werkzame beroepsbeoefenaren, het gemiddelde aantal fte en de uitstroom sinds 2005. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige uitstroom, gemiddelde fte en beschikbare uren.

In **hoofdstuk 6** worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze parameters beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Ook hiervoor geldt dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn.

Alle gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 worden voorgelegd aan de Werkgroep Arts Verstandelijk Gehandicapten (Werkgroep AVG), waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair vertegenwoordigd zijn. De Werkgroep AVG bespreekt de voorgelegde gegevens en stelt de waarde(n) vast van alle parameters.

De gegevens uit hoofdstuk 3 tot en met 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit

in de 2 evenwichtsjaren en de bijbehorende instroom in opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het opstellen van de scenario's gebeurt dus op cumulatieve wijze in **hoofdstuk 7**.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan meestal buiten beschouwing gelaten, omdat het zeer onwaarschijnlijk is. Het **demografiescenario** houdt rekening met de bestaande onvervulde vraag. Het neemt daarbij de consequenties mee die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaars. Vervolgens stelt het Capaciteitsorgaan de twee **werkprocessscenario's** op. Hierin zijn de andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden meegenomen. Dit zijn de verwachte effecten van: epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Het Capaciteitsorgaan hanteert hierbij de laagst ingeschatte waarden. Vanwege de onzekerheden in deze verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden (tijdelijke trends), terwijl in het andere scenario (met doorlopende trends) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd. Daarna wordt in de twee **arbeidstijdveranderingsscenario's** het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Ten slotte wordt dit scenario aangevuld met twee **verticale substitutiescenario's**. Hierin worden de (extra) effecten berekend van verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit. Het Capaciteitsorgaan berekent dit als trend voor een periode van 10 jaar en voor een onbeperkte periode. Ook dit gebeurt weer op basis van de laagst ingeschatte waarde.

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

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



2 Positionering Arts Verstandelijk Gehandicapten

2.1 Inleiding

De AVG is gespecialiseerd in het verlenen van medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Van oudsher betrof het veelal ernstig verstandelijk gehandicapte bewoners van instellingen. De laatste jaren richt de zorgverlening van de AVG zich ook op mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en bijkomende (ernstige) gedragsproblemen. Het grootste deel van de AVG is vrijwel volledig werkzaam in zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het betreft 145 instellingen die vaak over meerdere locaties verspreid hun zorg aanbieden.⁷ Veel zorginstellingen hebben expertisecentra opgezet waar zij multidisciplinaire gespecialiseerde zorg aanbieden.

Tegenwoordig verleent de AVG ook vaker zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die bij hun ouders of (begeleid) zelfstandig wonen. In 2002 maakte het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG⁸) het mogelijk dat de intramuraal werkende AVG poliklinische activiteiten ontplooiden voor de huisarts. In 2008 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit aangepast waardoor het voor de huisarts mogelijk werd om ook voor cliënten zonder CIZ-indicatie voor langdurige zorg de AVG in te schakelen. De opkomst van poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten brengt de ambulante cliënten en verstandelijk gehandicapten in kleinschaligere woonvormen steeds meer in beeld. Momenteel telt Nederland 88 van dergelijke poliklinieken, verspreid over alle provincies. (Zie paragraaf 1.3.) In 2012 waren dit er 57.⁹ Het aantal is in 4 jaar tijd dus gegroeid met 54%.

Naast de reguliere activiteiten als arts voert een deel van de AVG werkzaamheden uit als adviseur voor beleid en management, onderzoeker en/of opleider. In percentages uitgedrukt wordt 67% van de tijd van de AVG besteed aan patiëntgebonden taken, 12% aan managementtaken, 9% aan onderzoek en 4% aan het opleiden van aios. Van de patiëntgebonden activiteiten is 84% van de tijd voor intramurale patiënten en 16% voor extramurale patiënten.⁷

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De AVG is als geneeskundig specialisme erkend in 2000. Tot die tijd leverden hoofdzakelijk huisartsen de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ook nu nog is er een klein aantal huisartsen werkzaam in de verstandelijk gehandicaptensector. (Zie paragraaf 5.2.3.2.) Meestal betreft het huisartsen die zorg dragen voor de niet-complexe hulpvragen binnen en buiten de instellingen. In een aantal andere gevallen betreft het huisartsen die zeer ervaren zijn in de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, vergelijkbaar met de AVG. Deze huisartsen kwamen in 2000 niet in aanmerking voor registratie als AVG of waren toen nog niet werkzaam in de sector. Sommigen hebben deze registratie bewust niet aangevraagd. In de loop van de tijd stoppen deze huisartsen met het werk in de verstandelijk gehandicaptensector; zij worden vervangen door AVG.

⁷ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁸ Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en het College tarieven gezondheidszorg (CTG) waren de rechtsvoorgangers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

⁹ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.

De keuze voor de behandeling van intramurale cliënten door de huisarts en/of de AVG wordt meestal op historische gronden gemaakt. Ook inhoudelijke of – soms - pragmatische keuzes komen voor. Zorginstellingen kunnen voor de volledige intramurale zorg gebruik maken van de AVG, de eerstelijnszorg contractueel met een huisartsenpraktijk borgen of zelfs de volledige intramurale zorg door (gespecialiseerde) huisartsen laten uitvoeren. Over het gedeelde kennisveld maken de huisarts en de AVG nadere afspraken, meestal aan de hand van de ‘Handreiking Huisarts en AVG’.¹⁰

Uit een herhaalonderzoek van Kiwa Carity uit 2014 blijkt dat 35% van de zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten huisartsen in dienst hebben.¹¹ In 2010 lag dat percentage op 64%. Deze instellingen hebben 13 fte huisartsen in loondienst. Hiervan geeft 6,1 fte zowel huisartsgeneeskundige als specialistische AVG-zorg. In 2010 berekende Kiwa Carity dat er 21 fte huisartsen in dienst was van de instellingen. Van de overige organisaties is er in 2014 een aantal dat huisartsen inhuurt. Het betreft 5,6 fte huisartsen die alleen huisartsenzorg geven en 1,7 fte die ook de specialistische AVG-zorg verlenen. In 2010 werd slechts 1,5 fte huisartsen ingehuurd door zorginstellingen. Een precieze actuele kwantificering van het aantal huisartsen werkzaam in instellingen voor verstandelijk gehandicapten is moeilijk te geven. In de raming van 2013 werd, op basis van de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Kiwa Carity, uitgegaan van 25 huisartsen en 18 fte. In 2016 is volgens dezelfde benadering het aantal huisartsen gedaald naar 15 personen en 9 fte. Met deze capaciteit wordt in de raming in de vorm van beschikbare capaciteit aan AVG rekening gehouden. (Zie paragraaf 5.2.3.2.) Een kanttekening hierbij is dat zorginstellingen huisartsen in loondienst kunnen hebben specifiek voor de huisartsenzorg. De cijfers van het CBS geven geen informatie over de taakinhoud.

Naast huisartsen zijn in deze sector ook basisartsen structureel werkzaam. Volgens het onderzoek van Kiwa Carity betrof het in 2014 een kleine 15fte, 10% van de totale artsenformatie bij de onderzochte zorginstellingen. In 2010 bestond 7% van de artsenformatie uit basisartsen. In een aantal gevallen zijn deze basisartsen in afwachting van een opleidingsplaats, in de meeste gevallen echter niet. Naast de basisartsen die rechtstreeks in dienst zijn bij de instellingen zijn er ook basisartsen die via detacheringsbureaus worden gecontracteerd. De NVAVG en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn van mening dat de structurele inzet van basisartsen voor de levering van medische zorg aan verstandelijk gehandicapten onwenselijk is. De meest recente cijfers van het CBS (2015) doen vermoeden dat het aantal basisartsen, exclusief aios AVG, de laatste jaren niet meer toeneemt. Momenteel zijn ruim 70 basisartsen (circa 65 fte) werkzaam in de verstandelijk gehandicaptensector. Dat is minder dan in 2013: toen ging het Capaciteitsorgaan uit van ongeveer 90 basisartsen (81 fte). Vermoedelijk vormen de basisartsen vooral een tijdelijke oplossing voor het heersende tekort aan AVG. In dit Capaciteitsplan wordt voor de raming van de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG geen rekening gehouden met de aanwezige capaciteit aan basisartsen. Zij worden (in tegenstelling tot de actieve huisartsen) niet betrokken bij de bepaling van de beschikbare capaciteit en de onvervulde vraag. (Zie paragraaf 5.2.3.2.)

¹⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2010). *Handreiking Huisarts en AVG: Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 3 augustus 2016 op <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/modellen/2010--handreiking-ha-en-avg.pdf>

¹¹ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

De huisarts biedt de AVG mogelijkheden tot horizontale substitutie. Aanverwante disciplines op een lager opleidingsniveau worden in deze sector - op bescheiden schaal - steeds vaker gesignaleerd. Dit zijn bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist en de praktijkverpleegkundige. De relatief beperkte inzet van aanverwante disciplines in de verstandelijk gehandicaptensector is terug te voeren op bestaande en/of verwachte tekorten aan verpleegkundig personeel. Daarbij is de sector niet populair bij de aanverwante disciplines en is er de mogelijkheid om basisartsen in te zetten. Daarnaast is bij verstandelijk gehandicapte cliënten met gezondheidsproblemen een geprotocolleerde behandeling - een van de aangrijpingspunten van een verpleegkundig specialist - vaak onmogelijk door de kleine aantallen cliënten op de locaties waar de cliënten zijn gehuisvest.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Kiwa Carity naar de organisatie van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (2014) blijkt dat van de onderzochte zorginstellingen 8% met verpleegkundig specialisten werkt, 41% met praktijkverpleegkundigen en 13% met beide disciplines. In vergelijking met 2010 is dit een toename in alle categorieën. Steeds meer organisaties werken met praktijkverpleegkundigen; in 2010 deden nog maar 21% van de zorginstellingen dit. In 2010 werkten 67% van de instellingen nog helemaal niet met hbo-verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten; in 2014 was dit gedaald naar 39%. Nieuw onderzoek uit 2016 door Kiwa Carity laat zien dat er nu 45 verpleegkundig specialisten (34 fte) in de verstandelijk gehandicaptenzorg werken.¹² In 2012 waren dat er 28 (22 fte). In 2008 werkten er nog helemaal geen verpleegkundig specialisten in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Per 100 fte AVG is er nu 17,8 fte verpleegkundig specialist werkzaam. In 2012 was dat 12,2 fte op 100 fte AVG. Daarmee staat geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten in de top 3 van geneeskundige specialismen waarbij de meeste capaciteit aan verpleegkundig specialisten wordt ingezet. Zorginstellingen lijken steeds meer mogelijkheden voor substitutie te vinden.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

In de sector werken steeds meer verpleegkundig specialisten in verhouding tot het aantal AVG. Het aantal basisartsen dat in de sector werkt, is vrij groot, maar lijkt niet heel veel meer toe te nemen. De ervaren schaarste op de arbeidsmarkt aan (post-)hbo-opgeleide verpleegkundigen resulteert mogelijk in een oneigenlijke zorgvraag aan de AVG (en de basisarts). (Zie paragraaf 6.6.)

Sinds 2010 is er een duidelijke daling van het aantal huisartsen in dienst van zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten. Dit is een gevolg van de verandering die het beleid van zorginstellingen voor de taakverdeling tussen AVG en huisartsen doormaakt. De herhaalmeting van Kiwa Carity in 2014 toont aan dat er in vergelijking met 2010 steeds minder organisaties zijn waarbij de AVG zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg biedt aan alle cliënten. Sinds 2010 zijn er steeds meer instellingen die uitsluitend specialistische AVG-zorg bieden aan alle cliënten. De AVG kan zich dus steeds meer richten op zijn medisch-specialistische taken. De huisartsgeneeskundige zorg wordt steeds meer aan huisartsen gelaten. De huisarts is dus een reële partner in de horizontale substitutie. Dit is conform het beleid van de beroepsvereniging NVAVG. Deze heeft in 2012 de verhouding beschreven tussen huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg door de

¹² Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

AVG in de brochure 'Zorgaanbod van de AVG'.¹³ Hiermee krijgen instellingen en beroepsbeoefenaren een richtlijn voor de inzet van de AVG als:

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

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

3 Opleiding

3.1 Inleiding

De opleiding tot AVG duurt 3 jaar indien men deze in voltijd volgt. Dit staat in het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Onder voltijd wordt verstaan dat de aios per week vier dagen onder supervisie van een ervaren AVG-opleider werkt in een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast neemt de aios tijdens het gehele curriculum drie dagen per maand deel aan het cursorisch onderwijs verzorgd door het (enige) opleidingsinstituut. Dit is verbonden aan het Erasmus MC te Rotterdam, dat ook eindverantwoordelijk is voor de opleiding. Het theoretisch onderwijs krijgt vorm volgens de systematiek van de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Na drie weken met een opleidingsdag wordt een week overgeslagen vanwege de bijscholing van de opleiders. Het eerste en het derde jaar van de opleiding werken de aios in hun opleidingsinstelling. Het tweede jaar bestaat uit aanvullende stages in aanpalende disciplines, zoals klinische genetica, revalidatie, pediatrie en psychiatrie. Ook voeren aios dan een eigen onderzoeksproject uit op het gebied van geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten. Een aantal aios volgt de opleiding parttime hetgeen de opleidingsduur naar rato verlengt. Het is ook mogelijk om op basis van Eerder Verworven Competenties (EVC) vrijstellingen te verkrijgen en een verkorte opleiding tot AVG te volgen. Een verkort opleidingstraject duurt minimaal 1 jaar.

Tot en met 2015 werden de aios door gecertificeerde opleidingsinstellingen decentraal geselecteerd en aangesteld. De financiering vond plaats vanuit de beschikbaarheidsbijdrage die via de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) werd toegewezen. Voor aios die de opleiding starten na 1 januari 2016 wordt de werving en selectie centraal georganiseerd door het opleidingsinstituut. Na selectie volgt de plaatsingsprocedure bij de opleidingsinstellingen. De aios komen in dienst van de Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen (SBOH). De SBOH ontvangt voor deze aios de beschikbaarheidsbijdrage via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZIN). Daarnaast betalen de opleidingsinstellingen een vergoeding aan de SBOH, zodat de opleiding kostendekkend kan worden gefinancierd. Met ingang van 1 januari 2016 is de opleiding voor nieuwe aios AVG daarmee ook arbeidsrechtelijk gelijkgeschakeld aan de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

3.2 Adviezen tot en met 2013

Sinds de openstelling van het betreffende specialistenregister in 1999 heeft het Capaciteitsorgaan vier adviezen uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG. Het eerste instroomadvies dateert van 2005. Het was een eerste richtinggevend en beleidsarm advies, gebaseerd op de op dat moment bekende schaarse gegevens. Er konden nog geen scenario's worden gebouwd. Gekozen werd voor een langzame groei naar een te bereiken evenwicht in 2020. Op basis van een verwachte demografische groei van 1,9% per jaar en een on vervulde vraag van 2% luidde het advies in 2005 om jaarlijks 15 aios in de opleiding te laten instromen.

In het Capaciteitsplan 2008 hanteerde het Capaciteitsorgaan ook voor de AVG alle reguliere modelparameters. Verder werd nu in verband met de hoge vervangingsvraag op de korte termijn

gekozen voor snel groeien naar een evenwicht in 2019. Het advies van het Capaciteitsorgaan luidde om jaarlijks ten minste 20 en zo mogelijk 24 aios te laten instromen in de opleiding tot AVG.

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

Eind 2011 heeft het Capaciteitsorgaan een tussentijds advies uitgebracht voor de jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG. Aanleiding hiervoor waren twee signalen uit de reguliere monitoring. In de eerste plaats nam het aantal vacatures in de Arbeidsmarktmonitor gestaag toe. De eerdere duiding in 2010 van de toename van het gemiddelde aantal fte en het langer doorwerken van de AVG klopte waarschijnlijk niet. Achteraf bleken het signalen te zijn van een toenemende belasting van de 'schaarse' AVG en tijdelijke invulling van de onvervulde vraag. In de tweede plaats bleek de veronderstelling dat er geen demografische groei van het aantal verstandelijk gehandicapten was, niet correct te zijn. Diverse wetenschappelijke instituten, zoals het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en TNO, gingen hiervan uit in het eerste decennium van de 21^e eeuw. Het instroomadvies werd tussentijds bijgesteld naar 20 aios. Dit gebeurde op basis van nieuw gevonden literatuur over de toenemende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten, de onvervulde vacatures en de ontwikkelingen bij de groep licht verstandelijk gehandicapten met bijkomende problematiek.

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

3.3 Besluiten tot en met 2015

In de periode van 1999 tot 2006 werden de opleidingsinstellingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten. Uitzondering hierop zijn de huisartsgeneeskundige en sociaal geneeskundige opleidingen. Er bestond geen centrale regie op de besluitvorming over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Tussen 2006 en 2008 werden de adviezen van het Capaciteitsorgaan gebruikt door de instellingen om de opleidingsplaatsen AVG door het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) te laten financieren. Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste Capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Sinds 2008 worden alle medisch erkende vervolgopleidingen centraal gesubsidieerd door het Opleidingsfonds dat gefinancierd wordt met belastinggelden. Dit fonds was tot 2013 een onderdeel van VWS. Binnen het Opleidingsfonds is de erkende medische vervolgopleiding tot AVG onderdeel van de zogenaamde tweede tranche A. Vanaf 2013 betaalt de NZa vanuit premiegelden via het

Zorginstituut Nederland (ZiNL) de erkende medische vervolgoopleidingen die onder de Zorgverzekeringswet of de Wlz (tot 2015 AWBZ) vallen, zoals de opleidingen tot AVG en tot specialist ouderengeneeskunde.

De minister heeft de adviezen van het Capaciteitsorgaan over de gewenste instroom in de vervolgoopleiding tot AVG telkens integraal overgenomen. Zo besloot de minister in juni 2014 om het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan aan te houden. Dit bracht het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor AVG vanaf 2015 op 24.¹⁴

3.4 Realisatie instroom tot en met 2015

In tabel 1 staat de ontwikkeling van de instroom in de opleiding tot AVG sinds 2005.

Tabel 1: Instroom in de opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2005

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Advies Capaciteitsorgaan	-	15	15	15	20/24	20/24	20/24	16	20	20	20/24
Besluit VWS	-	-	-	45*	20	24	24	16	20	25	24
Instroom**	13	11	13	16	19	15	14	20	17	18	21
Totaal aantal aios**	34	34	34	38	43	46	48	47	52	53	55
% vrouwen van totaal aantal aios	85%	84%	85%	89%	93%	89%	85%	81%	83%	83%	87%

* totaal aantal aios dat voor subsidie in aanmerking kwam

** per 31 december van het betreffende jaar

Bron: RGS, 29 januari 2016

Tabel 1 illustreert dat VWS de adviezen van het Capaciteitsorgaan elke keer heeft opgevolgd. De gerealiseerde instroom in de opleiding AVG blijft echter meestal achter bij de toegestane instroom. Het Capaciteitsorgaan adviseerde in 2008 om de instroom in de opleiding (vanaf 2009) fors te verhogen. Dit advies werd door VWS overgenomen, maar het opleidingsveld slaagde er niet in dit advies in de 3 volgende jaren te implementeren. Hiervoor is een aantal redenen te noemen. Ten eerste volgden de aios AVG tot 2012 de opleiding deels in eigen tijd. Dit betrof vooral het cursorisch gedeelte van de opleiding. Zodoende was de aios ook bij het voltijds volgen van de opleiding werkzaam op basis van een parttime dienstverband. Aangezien de subsidiëring gebaseerd was op de omvang van het dienstverband, ontving de opleidende instelling ook maar een gedeelte van de beschikbare subsidie. Dit is per 1 februari 2012 veranderd. Vanaf dat moment volgen alle aios de opleiding binnen werktijd, naar rato van hun dienstverband.

De tweede reden is dat de toegekende instroomcapaciteit vastgesteld wordt op basis van het aantal aios, ongeacht de omvang van hun dienstverband.

De derde reden is dat de subsidietitel tot en met 2015 niet overdraagbaar was van de ene op de andere opleidingsinstelling. Wanneer een opleidingsinstelling, die subsidie toegewezen had gekregen, er niet in slaagde tijdig (dat wil zeggen vóór 1 november van het voorgaande jaar) een geschikte kandidaat voor de opleiding aan te trekken, bleef de subsidie onbenut. Hierin is per 1

¹⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 12 juni). *Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2013*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgoopleidingen.nl/documenten/brief/2015/11/17/capaciteitsplan-2013-voor-de-medische-tandheelkundige-klinisch-technologische-en-psychologische-vervolgoopleidingen>

januari 2016 verandering gekomen aangezien de toegekende beschikbaarheidsbijdrage vanaf die datum toevalt aan de SBOH, die hiermee de aanstellingen van de aios bekostigt. (Zie paragraaf 3.1.) Dit creëert meer flexibiliteit in het toewijzen van opleidingsplaatsen aan opleidingsinstellingen.

In 2012 werden 20 nieuwe aios door de RGS in het opleidingsregister ingeschreven, 4 meer dan waarvoor subsidie was toegekend. Deels werden deze aios buiten het Opleidingsfonds om door de opleidingsinstellingen zelf (voor)gefinancierd. De opleidingsinstellingen hadden een grote behoefte aan AVG en waren daarom bereid om voor eigen rekening en risico aios te laten starten met de opleiding. Iets soortgelijks zien we in 2013/2014: in 2014 zijn er 18 aios ingestroomd, terwijl er 25 gesubsidieerd zijn. De reden hiervoor is dat er in 2013 vanwege het tekort aan AVG 7 aios met de opleiding waren gestart buiten de reguliere toekenning van opleidingsgelden om. Die opleidingsplaatsen kwamen via deze 'reparatie' alsnog voor overheidssubsidie in aanmerking. In 2015 zijn 21 aios AVG in de opleiding ingestroomd. Per 31 december 2015 zijn er in totaal 55 AVG in opleiding.

Het totaal aantal aios leek door de achterblijvende toename van de instroom in eerste instantie maar langzaam te stijgen. De totale opleidingscapaciteit is ten opzichte van 2005 inmiddels echter met ruim 60% toegenomen. Door de inhaalslag is het totale aantal bezette opleidingsplaatsen nu goed op peil.

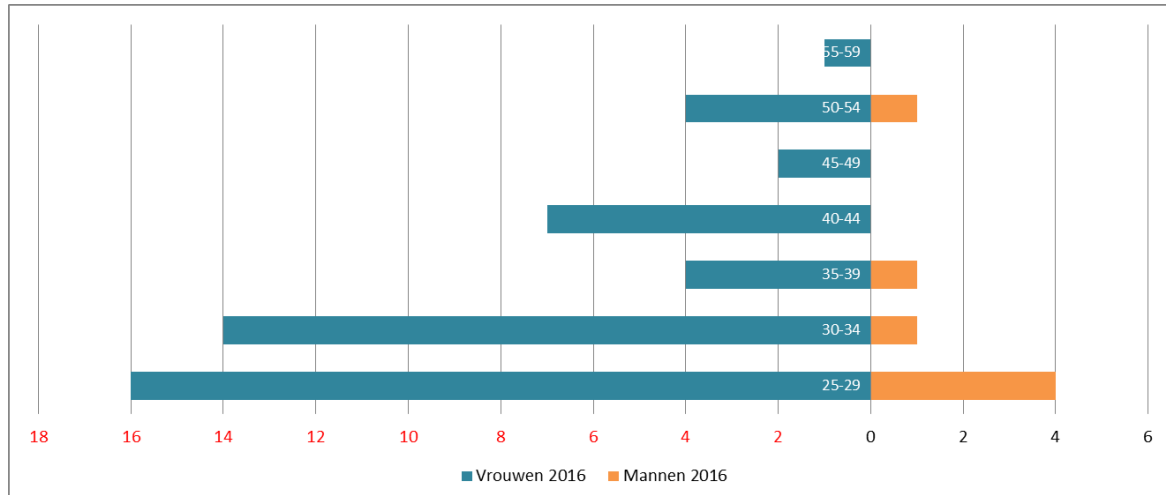
Uit onderzoek van Kiwa Carity uit 2016 onder pas afgestudeerde basisartsen blijkt dat de opleiding tot AVG tot de minst populaire medische vervolgoopleidingen behoort.¹⁵ Van de bevroagde basisartsen die een erkende vervolgoopleiding willen doen, geeft een kleine 0,2% aan een voorkeur te hebben voor het specialisme AVG. Het betreft hier uitsluitend basisartsen in de leeftijdsgroep jonger dan 30 jaar. Daarmee is er wel een verschil met de situatie in 2013, toen nog alle belangstellende basisartsen ouder dan 40 jaar waren.¹⁶ Voor 0,8% van de responderende basisartsen in 2016 is de opleiding tot AVG de tweede voorkeur. Een lichte verbetering ten opzichte van de eerdere meting is dit wel: bij de meting in 2012/2013 noemde geen enkele basisarts het vak van AVG als eerste voorkeur. Bij 0,7% van de respondenten stond de opleiding toen op de tweede voorkeursplaats.

De leeftijd- en geslachtsopbouw van de huidige groep aios AVG is weergegeven in figuur 1. Hieruit blijkt dat de groep aios AVG wordt gedomineerd door vrouwen in de leeftijd van 25 tot 35 jaar. Zij vormen ruim de helft (54%) van de totale groep aios. Het percentage vrouwen in de opleiding is in 2015 gestegen naar 87%. De 7 mannen onder de aios AVG vormen nog geen 13% van de totale groep.

¹⁵ Velde, F. van der, Wieringa, M. (2016). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012*. Utrecht: KIWA Carity.

¹⁶ Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, I., & Kwartel, A. van der (2013). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2012/2013*. Utrecht: Kiwa Carity.

Figuur 1: Leeftijd- en geslachtsofbouw artsen in opleiding tot AVG per 1 januari 2016*



Bron: RGS 29-01-2016

* daadwerkelijk aantal per 31 december 2014, 24.00 uur

Tabel 2 laat zien dat de gemiddelde leeftijd van eerstejaars aios tussen 2010 en 2015 schommelt tussen 31 en 36 jaar. Gerekend over de jaren 2010 – 2015 ligt de gemiddelde aanvangsleeftijd op 33 jaar. De gemiddelde leeftijd van de totale groep aios varieert in de afgelopen jaren van 33 tot 36 jaar. In 2015 is de gemiddelde leeftijd van de totale groep aios 35 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke aios is 33 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen in opleiding is 35 jaar.

Tabel 2: Gemiddelde leeftijd van aios AVG 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gem. leeftijd aios bij start opleiding	33	31	32	36	32	-
Gem. leeftijd totale groep aios	33	34	33	36	35	35

Bron: RGS (gemiddelde leeftijd bij start opleiding in 2015 niet aangeleverd)

De beroepsgroep AVG als geheel is door het hoge percentage vrouwen onder de aios (87% in 2015) sterk aan het feminiseren. Zeker in combinatie met de verwachte pensionering van veel mannelijke AVG. Van de geregistreerde AVG was op 1 januari 2016 74% vrouw. (Zie hoofdstuk 5, paragraaf 5.2.1. en 5.2.2.)

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** (over de laatste 3 jaar) gewijzigd naar **19**. Dit was 16 in de Capaciteitsplannen 2010 en 2013. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** was 20 in het Capaciteitsplan 2013 en wordt nu **21**. De parameter **percentage vrouwen** daalt, van 90% in de Capaciteitsplannen 2010 en 2013 naar **87%** in de huidige raming.

3.5 Intern rendement

Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Het idee achter het gebruik van het interne rendement als parameter in het ramingsmodel is dat er op voorhand meer mensen moeten beginnen met een opleiding dan dat er uiteindelijk aan afgestudeerden nodig zijn. Gedurende het opleidingstraject vallen immers aios uit. Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohort aios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen, wordt als vroege indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de jaarlijkse uitval.

Tabel 3 laat zien hoeveel aios vanaf 2005 de opleiding tot AVG met succes afrondde en hoeveel er jaarlijks voortijdig uitstroonden volgens de registraties van de RGS. In 2015 hebben 17 aios de opleiding voltooid; 2 aios hebben hun opleiding voortijdig afgebroken. Dit betekent een uitvalpercentage voor dat jaar van 3,6%.

Tabel 3: Afbreken van de opleiding tot AVG in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal aios dat opleiding heeft voltooid*	8	8	13	12	10	10	11	20	11	12	17
Aantal aios dat tussentijds afbreekt*	0	2	0	1	8	2	2	2	1	2	2
Totaal aantal aios*	34	34	34	38	43	46	48	47	52	53	55
Uitvalpercentage	0%	5,9%	0%	2,6%	18,6%	4,3%	4,2%	4,3%	1,9%	3,8%	3,6%
Benadering intern rendement (%)	100%	94%	100%	97%	81%	96%	96%	96%	98%	96%	96%

Bron: RGS, 29 januari 2016

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

Het NIVEL berekent sinds 2007 voor het Capaciteitsorgaan het interne rendement van de opleidingen tot medisch specialist. De verwachting voor de toekomst wordt daarbij gebaseerd op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij het recente verleden zwaarder weegt dan het verder weg gelegen verleden. De rekenmethode behelst het gebruik van de hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar, minus een correctie voor de 'nuldejaarsuitval' in de afgelopen 5 jaar. De hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar geeft een redelijk stabiele en realistische inschatting op basis van de totale uitval. Daarbij wordt de uitval eerder iets overschat dan onderschat, omdat het Capaciteitsorgaan een te lage instroom in de opleiding als een groter risico beschouwt dan een te hoge instroom. Een tekort aan specialisten wordt maatschappelijk gezien namelijk erger gevonden dan een overschot. Verder wordt de parameter met deze rekenwijze minder afhankelijk van toevallige variaties. De uitstroom die plaatsvindt gedurende hetzelfde kalenderjaar als dat men instroomt (nuldejaarsuitval) mag meteen vervangen worden. Deze hoeft dus niet meegenomen te worden in de verwachting voor het interne rendement. Daarom wordt gecorrigeerd voor de nuldejaarsuitval van het meest recente 5-

jaarscohort. Per specialisme gaat het meestal om een nuldejaarsuitval van 1-3%. De nuldejaarsuitval bij de opleiding tot AVG valt iets hoger uit; in de periode 2010-2014 is dit 3,5%.

Het Capaciteitsorgaan gaat per specialisme uit van het maximale 5-jaarsgemiddelde uitvalpercentage van de voorgaande 15 jaar. Dit is een betrouwbaarder cijfer dan bijvoorbeeld het uitvalpercentage in het laatste instroomjaar, zoals dat uit tabel 3 kan worden afgelezen. Voor dit Capaciteitsplan kijkt het Capaciteitsorgaan naar de instroomjaren 2000 tot en met 2014, waarvoor de stand is bepaald op 1 oktober 2015. Voor het specialisme AVG komt het hoogste 5-jaarsgemiddelde aan uitval van de afgelopen 15 jaar uit op 16,3%¹⁷. Het hoogste 5-jaarsgemiddelde minus de nuldejaarsuitval van de meest recente 5 jaar (3,5%) komt daarmee op 12,8%. Het interne rendement voor deze raming komt volgens de berekening afgerond uit op 87%.

Interessant is dat volgens de gegevens van het NIVEL de verwachte uitval op basis van de *laatst* waargenomen 5-jaarsuitvalpercentages bij de opleiding tot AVG op 12,7% ligt. Is de 'laatste' uitval lager dan de hoogst waargenomen uitval, dan kan dat duiden op een recente neerwaartse trend van uitval. Die trend is in de parameterwaarde voor het interne rendement echter nog niet zichtbaar. Het interne rendement werd in het Capaciteitsplan 2010 en 2013 geschat op 89%. Het Capaciteitsorgaan verwachtte dat het interne rendement zou toenemen door de groei van het aantal voor de opleiding gemotiveerde basisartsen en de mogelijkheid om uitgevallen nuldejaars aios direct te vervangen. Die verwachting is nog niet uitgekomen. De experts, onder meer de werkgevers, gaven in het vorige Capaciteitsplan al aan dat het voor de opleidingsinstellingen niet zo gemakkelijk is om te zorgen voor een tijdige vervanging van een eerstejaars aios AVG. De werving, selectie en aanstelling van de aios is echter per 2016 anders geregeld. (Zie paragraaf 3.1.) Hierdoor zal het wellicht eenvoudiger worden om de nuldejaars vervanging te realiseren. Dan ligt een stijging van het interne rendement in de komende jaren in de lijn der verwachting. Het is dus van belang om te monitoren of de dalende uitval in de komende jaren doorzet of niet. De parameter voor het interne rendement wordt daarom niet naar beneden bijgesteld, maar wordt gehandhaafd op **89%**.

3.6 Conclusies opleiding

De instroom van aios AVG is in de periode 2012-2015 structureel hoger dan de jaren daarvoor. Tot en met 2011 bleef de instroom aanzienlijk achter op het toegestane aantal opleidingsplaatsen. Meerdere factoren zijn hieraan debet geweest: een gebrek aan bekendheid en aantrekkelijkheid van het beroep, opstartproblemen bij een adequate coördinatie van de toewijzing van opleidingsplaatsen, de achterblijvende invulling door de instellingen van toegewezen opleidingsplaatsen en de (financiële) kwetsbaarheid van de opleidingsinstellingen.

In de laatste 3 à 4 jaren is het beter gelukt om de beschikbare opleidingsplaatsen in te vullen. De parameterwaarden voor de instroom in 2016 laten dan ook een stijging zien ten opzichte van 2010 en 2013. Het interne rendement zou ten opzichte van de Capaciteitsplannen 2010 en 2013 een paar procent dalen, naar 87%, volgens de berekeningen van het Nivel. Het Nivel berekende in 2012 een intern rendement van 94%. De experts waren in 2013 terughoudend om het interne rendement

¹⁷ De berekening van dit percentage voerde het NIVEL uit op basis van de meest actuele gegevens van de RGS. De achtergrondinformatie over de methodiek en de berekening staat in de notitie 'Resultaten actualisering interne rendement' (2015, 10 november) die het NIVEL voor het Capaciteitsorgaan heeft opgeleverd.

naar boven bij te stellen en kozen voor 89%. Zij hebben terecht verwacht dat het vervangen van nuldejaars uitval voor de opleidingsinstellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg niet zo eenvoudig zou zijn. Met de per 2016 gewijzigde procedure voor werving, selectie en aanstelling van aios AVG lijkt het mogelijk dat het interne rendement in de komende jaren wel gaat stijgen. Daarom wordt de parameter voor het interne rendement nu niet naar beneden bijgesteld, maar wordt de waarde van 89% behouden.

Tabel 4 vat de in dit hoofdstuk gedefinieerde parameters samen en toont de vergelijking met de parameterwaarden in 2010 en 2013.

Tabel 4: Parameterwaarden opleiding AVG

Onderwerp	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	16	16	19
Instroom laatste jaar (2015)	19	20	21
Percentage vrouwen in opleiding	90%	90%	87%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	89%	89%	89%

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor een gedegen advies over de wenselijke instroom in een vervolgopleiding is een zorgvuldige raming van de verwachte zorgvraag essentieel. Het Capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor als vertrekpunt de huidige zorgvraag, al dan niet gecorrigeerd voor een eventueel bestaande onvervulde zorgvraag. Als vertrekpunt voor deze zorgvraag werd tot en met 2010 het huidige aantal fulltime plaatsen voor patiënten met zorg van de AVG gebruikt, ingedeeld naar leeftijd en geslacht. Een fulltime plaats kan overigens worden gebruikt door meer dan één verstandelijk gehandicapte. De gegevens waren afkomstig uit registraties van instellingen die het grootste gedeelte van de zorgvraag naar AVG voor hun rekening nemen. Over het exacte aantal intramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicapten bestonden lange tijd twijfels. Het Capaciteitsorgaan gebruikt daarom sinds 2013 de aantallen indicaties van zorgzwaartepakketten (ZZP's) om de ontwikkeling van de zorgvraag te bepalen. Het Capaciteitsorgaan stelt de procentuele groei in vraag naar AVG gelijk aan de procentuele groei in aantallen ZZP-indicaties.

Eerst wordt de zorgvraag gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. De eventueel bestaande onvervulde vraag wordt uitgedrukt in een percentage van de huidige zorgvraag. Als de volledige vraag daardoor is vastgelegd, wordt de toekomstige vraag geraamd in diverse scenario's voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden eveneens in percentages verandering uitgedrukt. In dit hoofdstuk komen eerst aan de orde: de verwachte parameters voor de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Vervolgens komt de onvervulde vraag aan de orde. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies.

4.2 Demografie

De vooronderstelling bij vaststelling van deze parameter is dat de leeftijd- en geslachtsspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen. De zorgconsumptie kan wel veranderen, maar dat is dan het gevolg van apart benoemde wijzigingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters. (Zie bij paragraaf 4.3 en 4.4.)

Het Capaciteitsorgaan gebruikt voor de demografische ontwikkeling in het Capaciteitsplan 2016 de ZZP-indicaties. Dit deed het Capaciteitsorgaan ook in 2013. Daarnaast is onderzocht of er data beschikbaar zijn over het geven van extramurale behandelen door de AVG. De aanwezige gegevens hierover betreffen de periode 2012 – 2015.¹⁸ De cijfers zijn echter nog onvoldoende betrouwbaar om te gebruiken in de berekeningen van huidige en toekomstige zorgconsumptie. Het onderwerp extramurale behandelen komt nader aan bod in paragraaf 4.4 en 6.5 bij de bespreking van de effecten van sociaal-culturele ontwikkelingen en taakverschuiving op de vraag naar AVG.

Als indicator voor de huidige zorgconsumptie gaan we uit van de gegevens over de medische consumptie van verstandelijk gehandicapten naar leeftijd en geslacht van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Onderzoekers van Kiwa Carity hebben

¹⁸ Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.

deze gegevens geanalyseerd en de specifieke zorgconsumptie gekoppeld aan de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2015). Zo wordt de verandering in de komende jaren naar leeftijd en geslacht berekend. Vermenigvuldiging met de gebruikscijfers levert het toekomstige gebruik op wanneer alleen demografische veranderingen een rol zouden spelen.

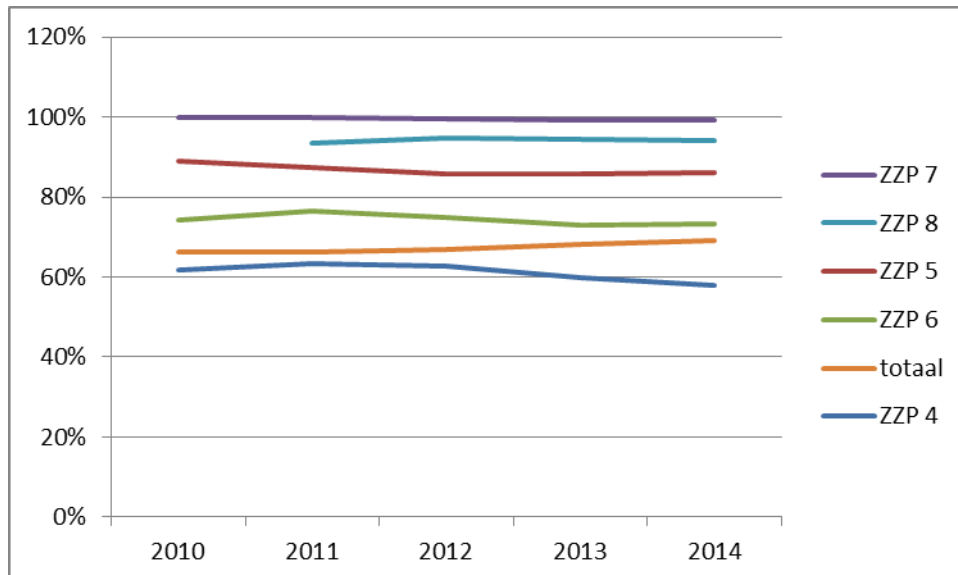
4.2.1 ZZP's in de gehandicaptenzorg als indicator voor huidig zorggebruik

Er bestaat geen systematische landelijke registratie van de cliënten van de AVG. Daarom moet gebruik gemaakt worden van andere gegevens, bijvoorbeeld van de registratie van de ZZP's of de kosten van de zorg. Het CBS bewerkt gegevens van het Centraal Administratie Kantoor (CAK), waaronder de ZZP's in de gehandicaptenzorg. Dit betreft zorg in natura aan personen van 18 jaar of ouder, waarvan de kosten voor rekening komen van de Wlz (tot 2015 AWBZ) of de Wmo en waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden. De zorg aan kinderen tot 18 jaar is hierin dus niet meegenomen. Een goede indicator zou het gebruik van ZZP's verstandelijk gehandicaptenzorg naar leeftijd en geslacht zijn, waarbij alleen die ZZP's meegenomen worden waarbij ook sprake is van behandeling. In de via het CBS ter beschikking staande data is bij ZZP's het onderscheid met en zonder behandeling niet te maken. De NZa heeft wel gegevens die deze opsplitsing mogelijk maken, maar bij de NZa-gegevens is juist geen uitsplitsing naar leeftijd en geslacht te maken. Kiwa Carity heeft de cijfers van de NZa over de verdeling tussen ZZP's met en zonder behandeling gecombineerd met de CBS-cijfers over ZZP's naar leeftijd en geslacht. Zo heeft Kiwa Carity het zorggebruik dat relevant is voor de AVG kunnen vaststellen. Kiwa Carity heeft dit zorggebruik aangevuld met cijfers van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) uit 2013 over de overgang van jeugdigen van de AWBZ naar de Jeugdwet¹⁹. Mogelijk levert deze werkwijze een onnauwkeurige schatting op van het werkelijke aantal intramuraal verblijvende kinderen tot 18 jaar met behandeling, maar op dit moment zijn er geen actuelere gegevens over deze groep voorhanden.

Eerst is met behulp van de NZa-gegevens in kaart gebracht wat de verhouding is tussen het aantal cliënten met een ZZP voor de gehandicaptenzorg met en zonder behandeling. Immers, uitsluitend degenen 'met behandeling' vormen primair de doelgroep van de AVG. Figuur 2 laat zien dat het aandeel cliënten met behandeling vrij constant is in de tijd. In de figuur zijn de ZZP's VG4 tot en met VG8 zichtbaar. De ZZP's voor LVG- (licht verstandelijk gehandicapten) en SGLVG- (sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte) cliënten zijn niet opgenomen, vanwege een aandeel 'met behandeling' van 100%. Ook de VG1- en VG2-clienten zijn niet in de figuur opgenomen: daar is het aandeel 'met behandeling' 0%.

¹⁹ Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2013, juli). *Factsheet: Gehandicaptenzorg van AWBZ naar Jeugdwet*. Geraadpleegd op <http://www.vgn.nl/artikel/17607>

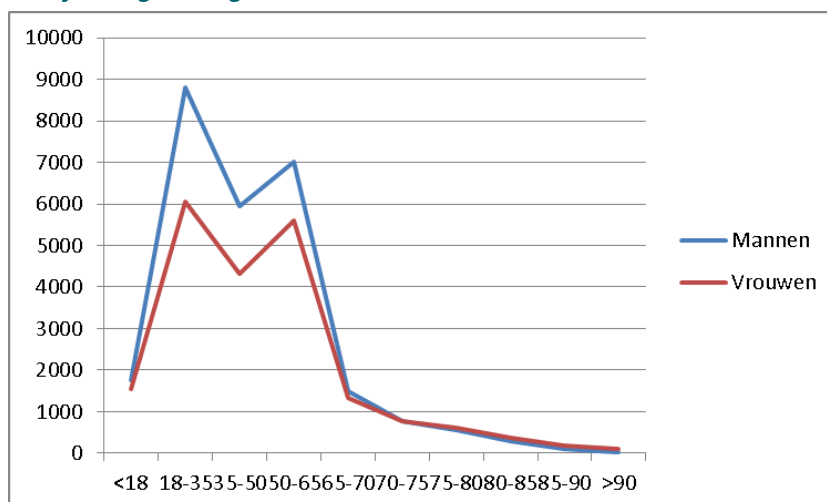
Figuur 2: Aandeel 'met behandeling' in het totaal aantal geregistreerde ZZP's VG4 tm VG8 over 2010-2014



Bron: NZa

De percentages uit bovenstaande figuur zijn toegepast op de CBS-gegevens om het zorggebruik per leeftijdscategorie te kunnen vaststellen. Figuur 3 geeft voor 2014 een beeld van de toekenning van gehandicaptenzorg-ZZP's VG4-VG8, LVG en SGLVG per leeftijdscategorie en geslacht. Duidelijk is dat het aantal cliënten met verblijf en behandeling scherp daalt na 65-jarige leeftijd.

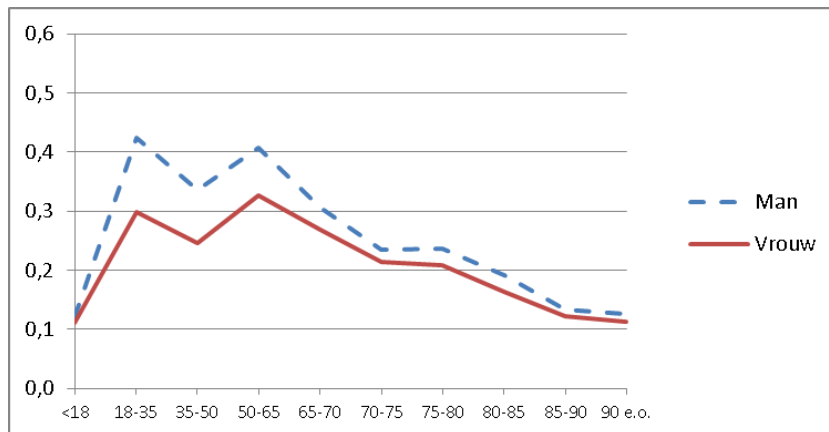
Figuur 3: Het aantal geregistreerde verblijfcliënten VG4-VG8, LVG en SGLVG met behandeling, per leeftijdscategorie en geslacht in 2014



Bronnen: CBS, NZa en VGN

In figuur 4 is te zien welk aandeel van de bevolking in de verschillende leeftijdscategorieën geïndiceerd is volgens de genoemde ZZP's.

Figuur 4: Het aandeel geregistreerde verblijfscliënten VG3-VG8, LVG en SGLVG met behandeling per leeftijdscategorie en geslacht in 2014 in % van de bevolking



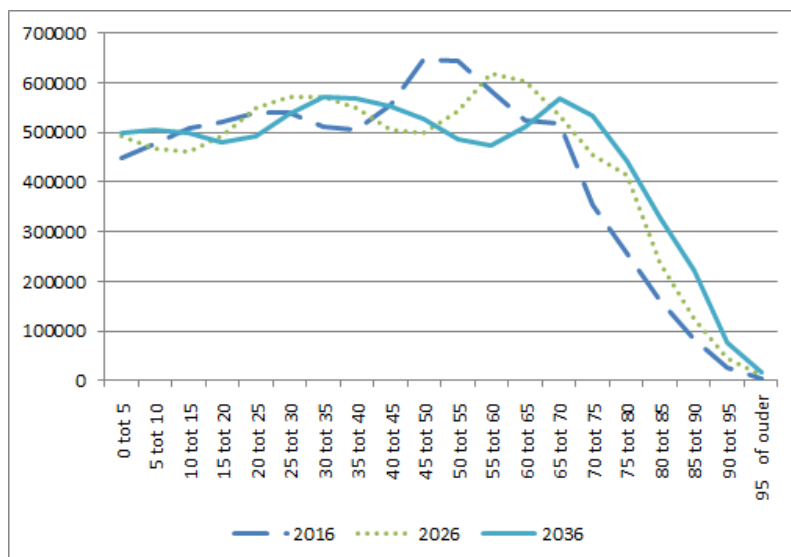
Bronnen: CBS en Vektis

Uit de figuur wordt duidelijk dat het aandeel verstandelijk gehandicapte verblijfscliënten met behandeling geleidelijk afneemt met de leeftijd.

4.2.2 Bevolkingsprognose CBS

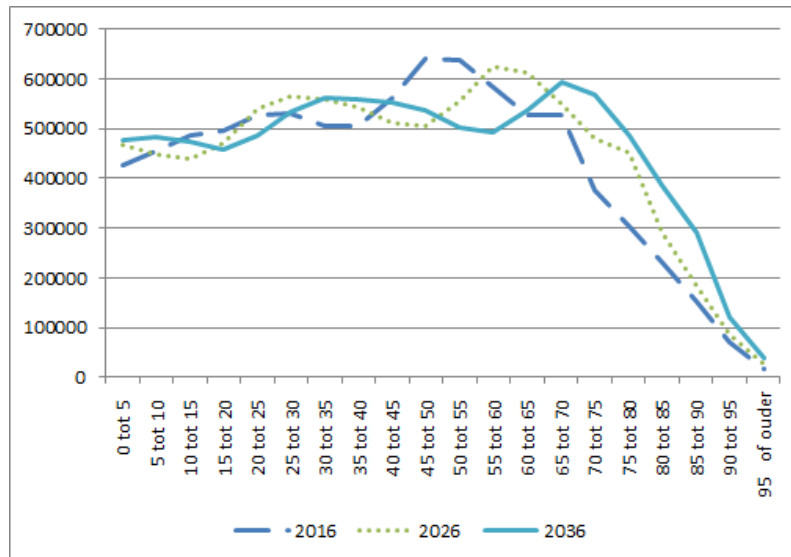
Voor de berekening van het toekomstige gebruik van ZZP's met behandeling maken we gebruik van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS. De figuren 5 en 6 laten voor respectievelijk mannen en vrouwen de verwachte leeftijdsopbouw zien voor nu en in de komende 10 en 20 jaar. Bij beide groepen is er sprake van een verdere vergrijzing.

Figuur 5: Het geraamde aantal mannen naar leeftijd in 2016, 2026 en 2036



Bron: CBS, 18 december 2015

Figuur 6: Het geraamde aantal vrouwen naar leeftijd in 2016, 2026 en 2036



Bron: CBS, 18 december 2015

Een belangrijk aandachtspunt bij het gebruik van deze prognose is de vraag of de demografische ontwikkeling van patiënten van de AVG parallel loopt met die van de totale bevolking. Tot ca. 2010 zijn cijfers over de levensverwachting of populatieomvang van verstandelijk gehandicapten slechts spaarzaam verschenen. Er leek weinig nieuw empirisch onderzoek op dit gebied uitgevoerd te worden en de artikelen die over het onderwerp verschenen, betroffen meestal literatuur reviews.^{20,21} Daarin wordt verwezen naar de al bekende literatuur, zoals het Finse onderzoek van Patja et al. uit 2000.²² Dit is het onderzoek waarop het Capaciteitsorgaan in 2010 en 2013 zijn demografische groeipercentages voor de behoefte aan de AVG baseerde. Het onderzoek stelt dat de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten stijgt en dat de levensverwachting van de licht verstandelijk gehandicapten die van de algemene bevolking benadert. Het onderzoek van Thomas en Barnes (2010) geeft aan dat de stijgende levensverwachting onder meer het gevolg is van de algehele vooruitgang op het gebied van voeding, hygiëne, inkomen, medische en sociale zorg.²⁰

Nederlands werk op dit gebied is schaars: het meest recente artikel over de prevalentie van verstandelijk gehandicapten in Nederland is dat van Wullink, Schroyensteen Lantman-de Valk, Dinant en Metsemakers uit 2007.²³ Er zijn inmiddels echter wel nieuwere internationale publicaties beschikbaar. Er zijn diverse onderzoeken verschenen in Europa en Amerika in 2014 en 2015 naar onder meer de gemiddelde levensverwachting van verstandelijk gehandicapten. Hieruit blijkt dat deze weliswaar is gestegen in de loop der tijd, maar nog altijd aanzienlijk achterblijft bij die van de

²⁰ Coppus, A.M.W. (2013). People with Intellectual Disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, pp. 6-16. doi: 10.1002/ddrr.1123

²¹ Thomas, R. & Barnes, M. (2010). Life expectancy for people with disabilities. *NeuroRehabilitation*, 27, pp. 201-209. doi: 10.3233/NRE-2010-0597

²² Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Puoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 591-599.

²³ Wullink, M., Schroyensteen Lantman-de Valk, H. M. J. van, Dinant, G. J., & Metsemakers, J. F. M. (2007). Prevalence of people with intellectual disability in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 511-519.

algemene bevolking (6 tot 20 jaar).^{24, 25, 26, 27, 28} In Ierland is in een periode van 10 jaar tot 2012 geen stijging maar een daling van de levensverwachting onder verstandelijk gehandicapten te zien.²⁹ Een ondervertegenwoordiging van de groep licht verstandelijk gehandicapten – die een minder grote zorgbehoefte hebben en over het algemeen ouder worden - in de onderzoekspopulatie wordt hiervoor als mogelijke oorzaak genoemd. Ook in Ierland ligt de gemiddelde levensverwachting van verstandelijk gehandicapten bijna 20 jaar lager dan die van de algemene bevolking. Het Britse onderzoek van Heslop et al. (2014) en het Ierse van McCarron et al. (2015) zijn in tegenspraak met de bevinding van Patja et al. (2000) dat de gemiddelde levensverwachting van licht verstandelijk gehandicapten overeenkomt met die van de algemene bevolking. In Engeland en Ierland ligt de gemiddelde levensverwachting van licht verstandelijk gehandicapten 12 tot 13 jaar lager dan die van de algemene bevolking.

In de bovenvermelde nieuwe onderzoeken liggen de leeftijden van verstandelijk gehandicapten bij overlijden in een range van 50 tot 72 jaar. Bij Patja et al. (2000) bedraagt dit 58 jaar. Met uitzondering van de Duitse cijfers (van Dieckmann et al.²⁷⁾ zijn anno 2012 de waarden voor de gemiddelde levensverwachting van verstandelijk gehandicapten die in de genoemde publicaties worden gerapporteerd niet of niet heel veel hoger dan die uit 1997 van Patja et al. (2000). Er lijkt in de 15 jaar sinds de afronding van het Finse onderzoek dus geen grote stijging te zijn in de gemiddelde levensverwachting van verstandelijk gehandicapten. De levensverwachting ligt over het algemeen hoger naarmate de ernst van de verstandelijke handicap lager is.

De CBS-gegevens over de levensverwachting in Nederland tonen aan dat in de laatste 10 jaar de gemiddelde levensverwachting van de Nederlandse bevolking met 2,4 jaar is gestegen.³⁰ We gaan er in deze raming voorzichtig van uit dat de toename van de levensverwachting bij verstandelijk gehandicapten in grote lijnen dezelfde ontwikkeling volgt als bij de algemene bevolking. Dit omdat voor de Nederlandse situatie geen specifieke andere gegevens beschikbaar zijn. In de komende jaren zal het Capaciteitsorgaan via literatuurstudie de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend blijven volgen.

²⁴ Emerson, E., Glover, G., Hatton, C., & Wolstenholme, J. (2014). Trends in age-standardised mortality rates and life expectancy of people with learning disabilities in Sheffield over a 33-year period. *Tizard Learning Disability Review*, 19(2), 90 – 95. doi: 10.1108/TLDR-01-2014-0003

²⁵ Hatton, C., Emerson, E., Glover, G., Robertson, J., Baines, S., & Christie, A. (2014). *People with Learning Disabilities in England 2013*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op de website van Public Health England: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/securefiles/160324_1145//People%20with%20learning%20disabilities%20in%20England%202013.pdf

²⁶ Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., & Russ, L. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study. *The Lancet*, 383, 889-895. doi:10.1016/S0140-6736(13)62026-7

²⁷ Dieckmann, F., Giovis, C., & Offergeld, J. (2015). The life expectancy of people with intellectual disabilities in Germany. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 373–382. doi: 10.1111/jar.12193

²⁸ Lauer, E. & McCallion, P. (2015). Mortality of people with intellectual and developmental disabilities from select US state disability service systems and medical claims data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 394–405. doi: 10.1111/jar.12191

²⁹ McCarron, M., Carroll, R., Kelly, C., & McCallion, P. (2015). Mortality rates in the general Irish population compared to those with an intellectual disability from 2003 to 2012. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 406–413. doi: 10.1111/jar.12194

³⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek (2015, september). *Levensverwachting; geslacht en leeftijd, vanaf 1950 (per jaar)*. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/Statweb>

De effecten van de toegenomen levensverwachting van verstandelijk gehandicapten komen ook aan bod bij paragraaf 4.3 Epidemiologie.

4.2.3 ZZP's in de verstandelijk gehandicaptenzorg, toekomstig zorggebruik

Het CBS heeft voor de jaren 2021, 2026, 2031 en 2036 een bevolkingsprognose opgesteld. (Zie paragraaf 4.2.2.) Op basis van de demografische groeicijfers ten opzichte van 2016 en de gebruikscijfers van figuur 4 in paragraaf 4.2.1 berekent het Capaciteitsorgaan het toekomstige zorggebruik als gevolg van demografische veranderingen. Tabel 5 en Figuur 7 geven cijfermatig en grafisch een beeld van het absolute aantal ZZP's met behandeling in de periode 2016-2036.

Tabel 5: Raming van het aantal ZZP's met behandeling in de verstandelijk gehandicaptenzorg naar leeftijd en geslacht in 2016-2036 (x 1.000)

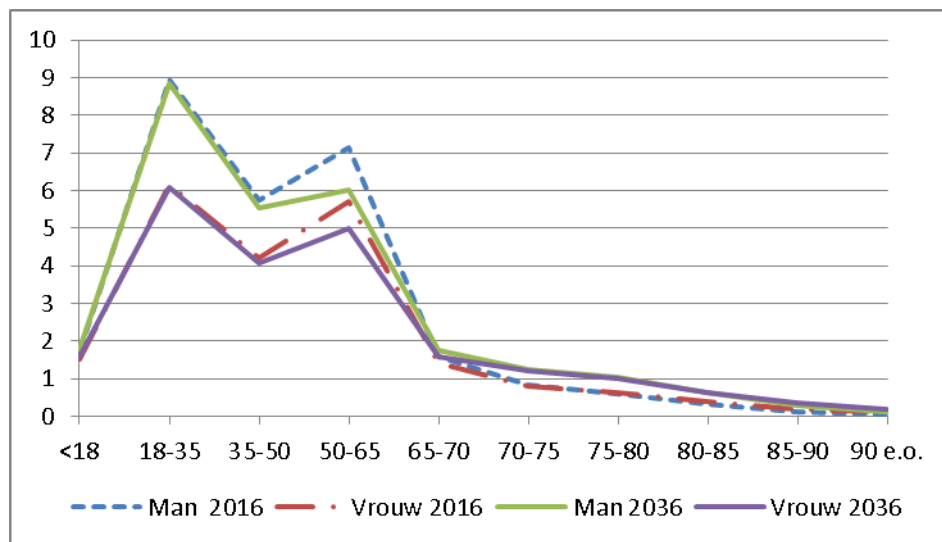
	2016	2021	2026	2031	2036
Mannen					
tot 18 jaar	1,72	1,72	1,77	1,81	1,79
18 tot 35 jaar	8,96	9,36	9,28	9,03	8,83
35 tot 50 jaar	5,73	5,29	5,22	5,36	5,53
50 tot 65 jaar	7,15	7,45	7,20	6,58	6,01
65 tot 70 jaar	1,59	1,51	1,63	1,75	1,74
70 tot 75 jaar	0,83	1,11	1,07	1,16	1,25
75 tot 80 jaar	0,61	0,72	0,98	0,95	1,04
80 tot 85 jaar	0,31	0,38	0,46	0,63	0,63
85 tot 90 jaar	0,11	0,13	0,17	0,21	0,30
90 jaar of ouder	0,04	0,05	0,07	0,09	0,12
Totaal mannen	27,05	27,73	27,83	27,58	27,24
Vrouwen					
tot 18 jaar	1,50	1,48	1,49	1,54	1,58
18 tot 35 jaar	6,14	6,41	6,37	6,21	6,08
35 tot 50 jaar	4,20	3,89	3,84	3,94	4,06
50 tot 65 jaar	5,71	5,99	5,86	5,42	5,00
65 tot 70 jaar	1,41	1,36	1,47	1,59	1,59
70 tot 75 jaar	0,80	1,06	1,03	1,12	1,21
75 tot 80 jaar	0,63	0,71	0,94	0,92	1,02
80 tot 85 jaar	0,38	0,42	0,48	0,63	0,63
85 tot 90 jaar	0,19	0,20	0,22	0,26	0,35
90 jaar of ouder	0,10	0,11	0,13	0,15	0,18
Totaal vrouwen	21,07	21,62	21,82	21,79	21,70
Totaal	48,1	49,4	49,7	49,4	48,9
Groefactor t.o.v. 2016		1,0257	1,0321	1,0259	1,0171

Bronnen: CBS en Vektis

Hierbij is het uitgangspunt dat de toekenningspercentages naar leeftijd en geslacht na 5, 10, 15 en 20 jaar gelijk blijven aan de huidige situatie, die gebaseerd is op de CBS-data uit 2014. (Zie figuur 4.)

Uitgangspunt is ook dat de ontwikkeling van de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking.

Figuur 7: Het aantal ZZP's met behandeling in de verstandelijk gehandicaptenzorg naar leeftijd en geslacht in 2016 en 2036 (x 1.000)



Bronnen: CBS en Vektis

Te zien is dat door de verwachte vergrijzing van de bevolking (en de aanname dat verstandelijk gehandicapten in deze ontwikkeling meegaan) het gebruik van ZZP's met behandeling in de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar licht toeneemt. Bij de jongere leeftijdsgroepen blijft het gebruik vrijwel gelijk en bij de leeftijdscategorieën vanaf 35 jaar tot 65 jaar neemt het aantal ZZP's met behandeling iets af.

4.2.4 De toekomstige vraag vanwege demografie

In het model van het Capaciteitsorgaan wordt de verandering in de vraag naar AVG als gevolg van demografie aangegeven na 5, 10, 15 en 20 jaar. Het gaat om de verandering ten opzichte van 1 januari 2016. Voor de berekening van de toekomstige behoefte aan AVG op basis van demografische ontwikkelingen zijn alle ZZP's even zwaar mee gewogen. Tabel 5 in de vorige paragraaf geeft inzicht in de benodigde groei aan AVG wanneer alleen de verandering van demografie de komende jaren een rol zou spelen.

In tabel 6 staan de waarden uit de raming van 2013 en nu naast elkaar.

Tabel 6: De benodigde groei aan AVG alleen vanwege demografie in 2013 en 2016 in %

	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
5 jaar	2,5	2,6
10 jaar	5	3,2
15 jaar	7,5	2,6
20 jaar	10	1,7

Tabel 6 laat zien dat de groei in behoefte aan AVG inmiddels kleiner is dan in 2013 werd aangenomen. Een vergelijking met het Capaciteitsplan 2013 leert dat daar voor de hele planperiode van 20 jaar uitgegaan werd van 10% tegen nu 1,7%. Omgerekend naar jaarlijkse groeicijfers is dat respectievelijk 0,5% en 0,085%. In het Capaciteitsplan 2013 werden de uitkomsten van het Finse onderzoek van Patja et al. uit 2000 gevolgd.³¹ Onderzoeken uit Duitsland en Engeland geven op basis van prognoses over 20 jaar een jaarlijks groeicijfer van respectievelijk 2% per jaar voor de groep verstandelijk gehandicapten van 20 jaar en ouder en 0,7% per jaar voor verstandelijk gehandicapte 50-plussers aan.^{32, 33} Als we het prevalentiecijfer van Wullink et al. (2007) van 0,7% (111.750 verstandelijk gehandicapte inwoners in 2001) zouden toepassen op het huidige aantal inwoners in Nederland (17.000.690, CBS 24 maart 2016) dan resulteert dit in 119.005 verstandelijk gehandicapten. Dit is een groei van 6,5% in 15 jaar, ofwel een jaarlijks groeipercentage van 0,43%. Dit ligt hoger dan het jaarlijkse groeipercentage bij de 15-jaarsperiode in tabel 6 ($2,6/15 = 0,17\%$). Het is echter lastig om dergelijke groeipercentages met elkaar te vergelijken door de verschillende aard van de onderzoekspopulaties, de duur van de onderzoeksperioden en de wijze van dataverzameling in de diverse onderzoeken. Gezien de bevindingen in de recente literatuur lijkt het niet onwaarschijnlijk dat de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten gemiddeld niet heel veel meer toeneemt. De huidige berekende groeicijfers zijn mogelijk zelfs een overschatting, omdat deze gebaseerd zijn op demografische groeicijfers van de algemene bevolking. Dat de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten die van de algemene bevolking benadert, geldt waarschijnlijk alleen voor de groep licht verstandelijk gehandicapten.

Op basis van deze gegevens worden de nieuwe waarden voor de parameter demografie in 2016 vastgesteld op **2,6% in 5 jaar, 3,2% in 10 jaar, 2,6% in 15 jaar en 1,7% in 20 jaar**.

4.3 Epidemiologie

In 2014 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn 4-jaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht.³⁴ Hierin wordt gerapporteerd over de

³¹ Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Puoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 591-599.

³² Dieckmann, F. & Giovis, C. (2014). Demographic changes in the older adult population of persons with intellectual disability in Germany. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(3), 226-234. doi: 10.1111/jppi.12087

³³ Emerson, E. & Hatton, C. (2011). *Estimating future need for social care among adults with learning disabilities in England: An update*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op de website van de Improving Health and Lives Learning Disability Observatory: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/securefiles/160324_1128//IHaL2011-05FutureNeed.pdf

³⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *De VTV-2014: Een gezonder Nederland*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op http://www.eengezondernederland.nl/Een_gezonder_Nederland

laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, preventie, zorg, gezondheidsdeterminanten en regionale en internationale gezondheidsverschillen.

Volgens het RIVM neemt het aantal mensen met een verstandelijke beperking naar verwachting toe. Door technologische verbeteringen zijn de overlevingskansen van kinderen met een genetische of aangeboren afwijking namelijk toegenomen. Meer kinderen worden tijdens de zwangerschap blootgesteld aan milieuverontreiniging en hebben daardoor een verhoogde kans op een verstandelijke beperking. Ondanks verbeterde technologie en prenatale diagnostiek neemt het aantal baby's met een verstandelijke beperking niet af door vroegtijdige opsporing en voortijdige zwangerschapsafbreking. Onderzoek door onder meer de Nijmeegse hoogleraar Brunner heeft aangetoond dat 40 tot 60 procent van de verstandelijke handicaps ontstaat door spontane genmutaties.³⁵ Dit maakt het niet aannemelijk dat de incidentie van verstandelijke beperking door selectieve prenatale screeningen veel zal afnemen.

De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten (met name van diegenen met minder ernstige aandoeningen) is toegenomen waardoor er meer verstandelijk gehandicapten, met name ook onder de oudere leeftijdsgroepen zullen zijn.^{36, 37} Diverse onderzoeken laten zien dat oudere verstandelijk gehandicapten in vergelijking met de algemene bevolking een grotere kans hebben op het ontwikkelen van bijvoorbeeld: overgewicht, afnemende conditie, botontkalking, psychiatrische problematiek, hart- en vaatziekten, zintuigelijke beperkingen en vroeg inzettende dementie.^{38, 39, 40, 41} Bovendien krijgen verstandelijk gehandicapten eerder te maken met ouderdomsziekten en gezondheidsklachten dan de rest van de bevolking.⁴²

Ook cijfers over het zorggebruik wijzen op groei van het aantal verstandelijk gehandicapten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met maatschappelijke ontwikkelingen, zoals beschreven in paragraaf 4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen.

Op basis van bovenstaande informatie, die overeenkomsten vertoont met de genoemde factoren in het Capaciteitsplan 2013, is de parameter **epidemiologie** gehandhaafd op **+ 0,1% tot + 0,2% per jaar**.

³⁵ Brunner, H.G., Gilissen, C., Hehir-Kwa, J.Y., Thung, D.T., Vorst, M. van de, Bon, B.W.M. van, . . . Veltman, J.A. (2014). Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. *Nature*, Vol. 511, pp. 344-347. doi: 10.1038/nature13394

³⁶ Dieckmann, F., Giovis, C., & Offergeld, J. (2015). The life expectancy of people with intellectual disabilities in Germany. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 373-382. doi: 10.1111/jar.12193

³⁷ McCarron, M., Carroll, R., Kelly, C., & McCallion, P. (2015). Mortality rates in the general Irish population compared to those with an intellectual disability from 2003 to 2012. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 406-413. doi: 10.1111/jar.12194

³⁸ Coppus, A.M.W. (2013). People with Intellectual Disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, pp. 6-16. doi: 10.1002/ddrr.1123

³⁹ Thomas, R. & Barnes, M. (2010). Life expectancy for people with disabilities. *NeuroRehabilitation*, 27, pp. 201-209. doi: 10.3233/NRE-2010-0597

⁴⁰ Hatton, C., Emerson, E., Glover, G., Robertson, J., Baines, S., & Christie, A. (2014). *People with Learning Disabilities in England 2013*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op de website van Public Health England: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/securefiles/160324_1145/People%20with%20learning%20disabilities%20in%20England%202013.pdf

⁴¹ Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., & Russ, L. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study. *The Lancet*, 383, 889-895. doi:10.1016/S0140-6736(13)62026-7

⁴² Schoufour, J.D., Evenhuis, H.M., & Echteld, M.A. (2014). The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), pp. 3455-3461. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.006

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Over alle wijzigingen in de langdurige zorg (AWBZ, Wlz, Wmo, Zvw) van de afgelopen jaren, waaronder de verstandelijk gehandicaptenzorg, is veel maatschappelijke discussie gaande. De gevolgen van allerlei beleidsbeslissingen, zoals het extramuraliseringsbeleid, het participatiebeleid en het overhevelen van zorg van de tweede naar de eerste lijn, worden steeds duidelijker.

Onderzoeken van het SCP uit 2013 en 2014 wijzen uit dat de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in de periode 2007 - 2011 sterk is toegenomen.^{43,44} Dit geldt voor zowel intra- als extramurale zorg en vooral voor licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden. De kosten van het zorggebruik zijn daardoor flink gestegen (ca. 7% per jaar). De cijfers over zorggebruik en zorgkosten van het RIVM bevestigen dit.⁴⁵ De trend dat verstandelijk gehandicapten volwaardig mee moeten doen in de maatschappij maakt dat er hoge cognitieve en sociale eisen aan hen worden gesteld. Onder die druk wordt het voor mensen met een verstandelijke handicap steeds moeilijker om zich staande te houden. De tendens is dat verstandelijk gehandicapten moeten leven, wonen en werken in een 'gewone' omgeving. Zij kunnen niet altijd meer terugvallen op de veilige setting die een zorginstelling biedt en moeten zelf actie ondernemen voor het leggen van contacten. In een samenleving die sterk geïndividualiseerd is en waar solidariteit niet altijd meer vanzelfsprekend is, levert dit juist voor deze groep vaak problemen op. Verstandelijk gehandicapten communiceren minder gemakkelijk, ze zijn minder mobiel en ze missen de nodige sociale vaardigheden. Hun sociale netwerk blijft dikwijls beperkt tot de relatie met professionals, ouders en enkele andere familieleden. Hierdoor lopen zij het gevaar in een sociaal isolement te raken en te vereenzamen. Het beperkte sociale netwerk is niet altijd toereikend om op terug te kunnen vallen voor de juiste ondersteuning en hulp.^{46,47} Daarom doen meer mensen met een verstandelijke handicap een beroep op speciale zorgvoorzieningen. Cijfers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) laten zien dat de vraag naar intramurale en extramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten in de periode 2010 - 2013 is toegenomen, zowel in aantallen als in zorgzwaarte.⁴⁸ Daarbij is de vraag naar intramurale zorg sterker gestegen (24%) dan de vraag naar extramurale zorg (18%). Het overheidsbeleid voor de langdurige zorg is erop gericht dat de cliënten (langer) gebruik maken van extramurale zorg. Volgens het CIZ is er voor de verstandelijk gehandicaptenzorg geen aanwijzing gevonden dat dit beleid slaagt. Cliënten die voorheen ingestroomd zouden zijn in lage ZZP's doen niet per definitie een beroep op extramurale zorg.⁴⁹ De problematiek van de toenemende vraag naar zorg (vooral) door mensen met een licht verstandelijke beperking heeft de nodige politieke aandacht. Dit blijkt uit een recente reactie van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het rapport van het

⁴³ Ras, M., Verbeek-Oudijk, D., & Eggink, E. (2013). *Lasten onder de loep: De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld*. Den Haag: SCP.

⁴⁴ Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen: Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: SCP.

⁴⁵ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013). *Cijfertoel Kosten van Ziekten*. Geraadpleegd op <https://kostenvanziektentool.volksgezondheidenzorg.info/tool/nederlands>

⁴⁶ Brettschneider, E., & Wilken, J. P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam/Utrecht: B.V. Uitgeverij SWP en Kenniscentrum Sociale Innovatie - Hogeschool Utrecht

⁴⁷ Putman, L., Verbeek-Oudijk, D., Klerk, M. de, & Eggink, E. (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

⁴⁸ Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Trendrapportage 2013: Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Auteur.

⁴⁹ Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Langer Thuis: Jaarrapportage 2013 extramuralisering lage ZZP's*. Driebergen: Auteur.

SCP uit 2014 ('Zorg beter begrepen'⁵⁰).⁵⁰ De staatssecretaris reageerde mede namens zijn ambtsgenoten van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De oplossing wordt door de overheid vooral gezocht in het maximaal ondersteunen van mensen bij hun participatie aan de samenleving en het versterken van hun zelfredzaamheid. Dit moet zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving gebeuren, zodat een beroep op intramurale zorg niet nodig is. Het is echter de vraag of en hoe snel een optimalisering van de ondersteuning de toename van de vraag naar zorg kan indammen. De mogelijkheden om zelfstandig te wonen en deel te nemen aan de samenleving, onderwijs en werk zijn verre van optimaal voor mensen met een beperking. Dit blijkt onder meer uit het grote aantal verstandelijk gehandicapten dat in instellingen woont. Dit concludeert het College voor de Rechten van de Mens op basis van onderzoeksgegevens van het NIVEL en het CBS.⁵¹ Het College zal de komende jaren blijven monitoren in hoeverre personen met een beperking kunnen participeren in de maatschappij.

In december 2014 verscheen van Kiwa Charity, het rapport 'Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten'.⁵² Het is uitgebracht in opdracht van het Capaciteitsorgaan en betrof een herhaling van onderzoek uit 2010. Het onderzoek richtte zich op de context waarbinnen de AVG hun medische zorg verlenen, aan welke cliënten ze dat doen en welke ondersteuning ze daarbij ontvangen van andere artsen of niet-artsen. In 2015 heeft Kiwa Charity aanvullend op bovengenoemd onderzoek alle resultaten uit de onderzoeken van 2010 en 2014 naast elkaar gezet. Dat is alleen gedaan voor die organisaties die aan beide onderzoeken meededen.⁵³ Uit zowel het herhaalonderzoek in 2014 als het aanvullende onderzoek onder de vergelijkingsgroep in 2015 blijkt dat steeds meer organisaties een polikliniek hebben gekregen in de periode 2010 – 2014. Uit het herhaalonderzoek in 2014 blijkt ook dat er weinig verschil is in de tijdsbesteding van de AVG aan externe cliënten in 2010 en 2014. De tijdsbesteding is niet toegenomen, terwijl het aantal poliklinieken wel is toegenomen. Vermoedelijk speelt de wijze van financiering hierbij een rol. De tijdelijke subsidieregeling extramurale zorg brengt beperkingen met zich mee. Bij de huidige bekostigingssystematiek is de mogelijkheid van extramurale behandeling door een AVG afhankelijk van de productieafspraken die de zorginstelling van de AVG maakt met het zorgkantoor.⁵⁴ Eind 2015 is duidelijk geworden dat overheveling van de extramurale behandeling naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet voor 2018 gebeurt.

De onderzoeken van Kiwa Charity wijzen ook uit dat in steeds meer organisaties de AVG alleen nog de specialistische zorg biedt voor verstandelijk gehandicapten en niet (meer) de algemene huisartsenzorg. Dit bevestigt het beeld dat in het Capaciteitsplan 2013 al geschetst werd. Het wijst erop dat de inspanningen van de beroepsvereniging NVAVG en de opleiding tot AVG om het tweedelijns specialistische karakter van het beroep te versterken het gewenste effect hebben.

⁵⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 23 mei). *Kamerbrief met reactie op SCP-rapport 'Zorg beter begrepen'*. Geraadpleegd op 24 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/23/kamerbrief-met-reactie-op-rapport-zorg-beter-begrepen>

⁵¹ College voor de Rechten van de Mens (2016). *Inzicht in Inclusie. Werk, wonen en onderwijs: participatie van mensen met een beperking*. Utrecht: Auteur.

⁵² Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.

⁵³ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Charity.

⁵⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, december). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2016-01-01>

Een andere constatering uit deze onderzoeken van Kiwa Carity is dat het extramuraliseringsbeleid voor de groep verstandelijk beperkten een grens bereikt lijkt te hebben. Dit geldt ook voor het streven vanuit de participatiegedachte dat verstandelijk gehandicapten zoveel mogelijk in kleinschalige, zo mogelijk zelfstandige, woonvormen 'in de wijk' wonen. In 2014 hebben meer organisaties (weer) een centraal instellingsterrein of decentrale kleinschalige locaties waar hun cliënten wonen. Het totale aandeel zelfstandige woonvormen voor individuele verstandelijk gehandicapten is afgenomen.

Het extramuraliseringsbeleid van de overheid heeft tot gevolg dat verstandelijk gehandicapten langer thuis wonen. Zij maken voor hun behoefte aan medische zorg in eerste instantie gebruik van de eigen huisarts. Huisartsen geven echter aan dat zij vaak onvoldoende zorg kunnen bieden aan de verstandelijk gehandicapten in hun praktijk. Ervaren knelpunten zijn gebrek aan specifieke kennis over deze doelgroep, gebrek aan tijd per consult en gebrek aan samenwerking met de AVG en andere zorgverleners uit de sector.^{55,56} Dit kan er toe leiden dat huisartsen de verstandelijk gehandicapten in hun praktijk vaker naar de AVG-polikliniek verwijzen. Indien de samenwerking van de huisarts met de AVG, zoals gewenst, versterkt zou worden in de komende jaren, kan hierdoor de inzet van de AVG op consultbasis groeien. In 2017 wordt de kortdurende eerstelijns zorg en verblijf naar de Zvw overgeheveld.⁵⁷ Tot dat moment bestaat voor de bekostiging van deze tijdelijke verblijfsvorm een subsidieregeling. Ook verstandelijk gehandicapte cliënten kunnen in aanmerking komen voor een tijdelijke opvangplek. De precieze rolverdeling tussen AVG en huisarts bij het verwijzingsbeleid hierbij is in ontwikkeling. Dit soort overheidsmaatregelen wordt gezien als een noodzakelijke stap voor het behoud van een verantwoord zorgsysteem.

Bij een toenemende vraag naar zorg door verstandelijk gehandicapten, met de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, zal intramuraal en extramuraal in toenemende mate een beroep worden gedaan op de deskundigheid van de AVG. Op basis daarvan is de parameter **sociaal-culturele ontwikkelingen** in 2016 gesteld op **+ 1% tot + 3%**. Dat is duidelijk hoger dan de parameterwaarden waarmee in het Capaciteitsplan 2013 is gerekend (+0,1% tot +0,2% jaarlijkse groei).

4.5 Onvervulde vraag

De eerder behandelde parameters demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkeling zorgen voor een jaarlijkse procentuele verandering van de zorgvraag. Deze parameters worden vervolgens geprojecteerd op de huidige zorgvraag als een doorlopende trend of als een tijdelijke 10 jaar durende trend. Maar is de huidige zorgvraag, die uitgedrukt wordt in het aantal fte momenteel beschikbare beroepsbeoefenaren, wel de daadwerkelijke zorgvraag? Misschien is de huidige zorgvraag wel groter dan het bestaande aanbod. Dit komt dan tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. Of de huidige zorgvraag is kleiner dan het bestaand aanbod, hetgeen tot uiting kan komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het volledig ontbreken van wachttijden. Daarom wordt de huidige zorgvraag

⁵⁵ Bekkema N., Veer, A. de, & Francke, A. (NIVEL, 2014). Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts & Wetenschap*, 57(5), p. 259.

⁵⁶ Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht*. Geraadpleegd op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patient-verdient-meer-zorg-en-aandacht>

⁵⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 30 mei). *Kamerbrief over eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet per 2017*. Geraadpleegd op 31 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/30/kamerbrief-over-eerstelijns-verblijf-in-de-zorgverzekeringswet-per-2017>

(geoperationaliseerd als het huidige aanbod) in het model eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Pas daarna worden de drie eerder beschreven parameters toegepast op de gecorrigeerde, daadwerkelijke huidige vraag.

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

In 2014 deed Kiwa Carity herhaalonderzoek naar de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten.⁵⁸ Het vacatureonderzoek dat hiervan deel uitmaakte, wijst uit dat het vacaturepercentage voor de AVG in vergelijking met de nulmeting in 2010 gedaald is van 21% naar 12%. Kiwa Carity deed aanvullend onderzoek in 2015.⁵⁹ Hierbij zijn de resultaten uit de onderzoeken van 2010 en 2014 vergeleken voor de organisaties die aan beide onderzoeken meededen. Voor de vergelijkingsgroep is het vacaturepercentage juist gestegen: van 19% in 2010 naar 22% van het aantal bezette arbeidsplaatsen in 2014. Uit de Arbeidsmarktmonitor⁶⁰ blijkt dat in 2010 het gemiddelde vacaturepercentage voor de AVG 14% was; in 2014 was dit 11%.

Voor de huidige raming maken we gebruik van de cijfers uit de Arbeidsmarktmonitor van de afgelopen 5 jaar. In de Arbeidsmarktmonitor wordt ieder kwartaal het aantal vacatures per 100 geregistreerde artsen berekend.

Figuur 8 geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal vacatures voor de AVG van het eerste kwartaal 2011 tot en met het eerste kwartaal van 2016. De figuur toont dat het gemiddelde vacaturepercentage in de periode 2011 tot en met het derde kwartaal van 2013 is gestegen van ruim 15% naar bijna 27%. Daarna is het vacaturepercentage gedaald tot 9,4% in het eerste kwartaal van 2015. In 2015 bleef het vier-kwartaalgemiddelde vacaturepercentage tussen de 9% en 10%. In het eerste kwartaal van 2016 is het gemiddelde vacaturepercentage gestegen tot 10,5%.

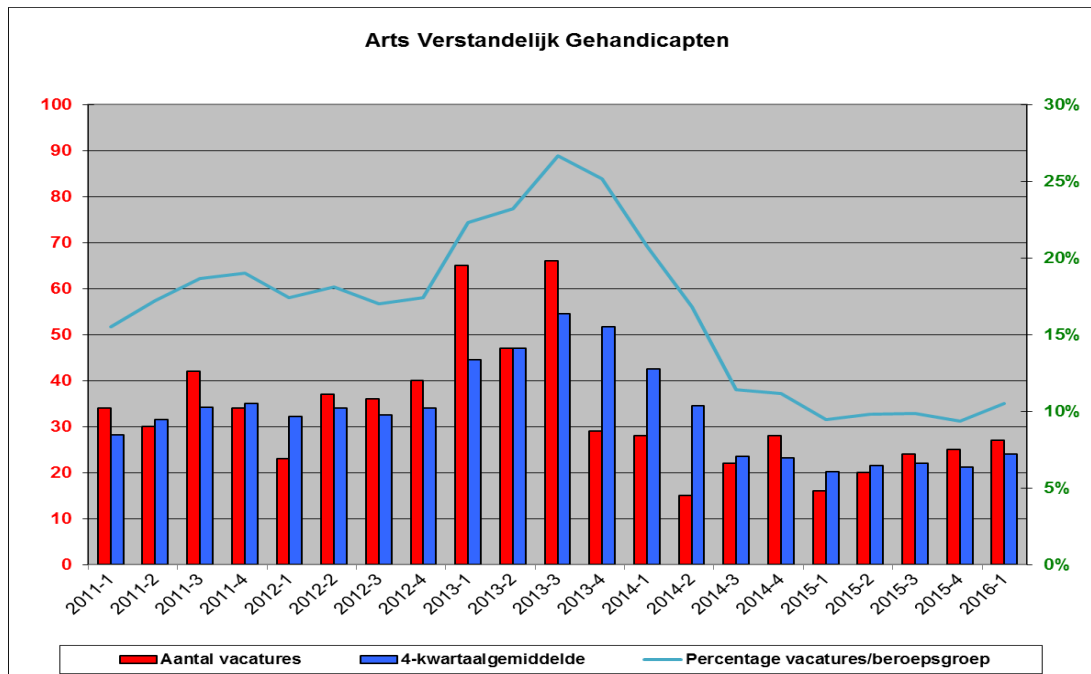
In het eerste en het derde kwartaal van 2013 zijn er opvallend veel vacatures geteld. De pieken in de vacature-aantallen kwamen rond diezelfde tijd ook bij andere beroepsgroepen voor. Mogelijk betreft het een onnauwkeurigheid in de registratie. Er is een daling te zien van het vacaturepercentage in de tweede helft van 2013 tot en met 2015. Die daling komt wellicht door beleidsveranderingen in deze periode. De onzekere vooruitzichten bij zorginstellingen hebben misschien tot voorzichtigheid geleid om nieuwe werknemers, i.c. AVG, aan te nemen en daar vacatures voor te plaatsen.

⁵⁸ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁵⁹ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁶⁰ De Arbeidsmarktmonitor is in 2006 gestart door Medisch Contact. De monitor biedt per medisch specialisme een overzicht van vacatureaantallen en het vacaturepercentage (aantal vacatures per 100 geregistreerde artsen). De overzichten worden ieder kwartaal in Medisch Contact gepubliceerd. In januari 2014 heeft het Capaciteitsorgaan het verzamelen en bewerken van de vacaturegegevens overgenomen van de redactie van Medisch Contact.

Figuur 8: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures voor arts verstandelijk gehandicapten sinds 2011



Bron: Arbeidsmarktmonitor Capaciteitsorgaan

De stijging van het aantal vacatures in het eerste kwartaal van 2016 is te verklaren door een wijziging in het samenstellen van de Arbeidsmarktmonitor: per januari 2016 worden de vacatures verzameld en geanalyseerd met behulp van geautomatiseerde zoektechnologie.⁶¹ Voordien werden de vacatures handmatig verzameld door raadpleging van zes 'grote' landelijke websites met medische vacatures. Vanaf 2016 wordt er door het geautomatiseerde systeem op duizenden websites gezocht naar vacatures, waaronder vacaturesites van regionaal georiënteerde organisaties, zorginstellingen, detacheringsbureaus e.d. Er worden door deze nieuwe werkwijze voor de meeste specialismen veel meer vacatures gevonden dan voorheen. Ook voor het specialisme AVG zijn in het eerste kwartaal van 2016 meer vacatures gevonden dan in 2015, hoewel het verschil beperkt is.

In het eerste kwartaal van het jaar komt een nieuwe lichting afgestudeerde AVG beschikbaar voor de arbeidsmarkt. Hierdoor is de kans groot dat een deel van de vacatures snel wordt opgevuld. Overigens is het mogelijk dat instellingen vacatures niet adverteren omdat zij aios in dienst hebben, die na afstuderen in het eerste kwartaal direct de vacature opvullen. Experts uit de beroepsgroep geven aan dat het bestaan van vacatures regionaal erg verschillend is. In bepaalde regio's lijkt de markt verzadigd te zijn, terwijl er elders wel vacatures zijn. Voorheen konden aios AVG na afronding van hun opleiding direct in dienst treden bij de zorginstelling waar zij hun opleidingsplaats hadden,

⁶¹ Dit betreft *Jobfeed*, een geautomatiseerd vacaturezoeksysteem van het Nederlandse bedrijf Textkernel. Door middel van intelligente semantische zoektechnologie doorzoekt de Jobfeed-spider dagelijks het internet op nieuwe vacatures. Daarbij worden vele duizenden websites bezocht. Door 'machine learning'-technologie worden vacatureteksten van andersoortige teksten onderscheiden. Alle vacatures worden met elkaar vergeleken en dubbele vacatures worden herkend.

maar inmiddels is dat niet meer gegarandeerd. Daaraan is te zien dat het grote tekort aan AVG van een aantal jaren geleden nu begint te verdwijnen.

Uit de onderzoeken van Kiwa Carity en de vergelijking tussen de situatie in 2010 en 2014 blijkt dat de inzet van basisartsen (en overige artsen) is toegenomen. Dit kan een signaal zijn dat tekorten aan AVG deels worden opgelost door basisartsen in te zetten. De onderzoeken wijzen ook uit dat de AVG zich steeds meer op specialistische AVG-zorg richt en niet meer op algemene medische basiszorg ('huisartsenzorg'). De inzet van meer basisartsen geeft de AVG hiertoe ook de gelegenheid. Het lijkt echter wel aannemelijk dat het aantal medische taken dat de basisarts van de AVG kan overnemen, beperkt is. Dit komt door de verdergaande focus van de AVG op specialistische geneeskunde. Daarmee is er een kans dat de on vervulde vraag eerder weer hoger wordt dan lager.

De vacaturepercentages in de Arbeidsmarktmonitor zijn berekend op basis van het aantal geregistreerde specialisten. Als we de aantallen vacatures zouden afzetten tegen het aantal werkzame specialisten, zouden de vacaturepercentages nog hoger uitvallen.

Wanneer we – vooral om te corrigeren voor de mogelijk foutieve registraties in 2013 - niet uitgaan van het vier-kwartaalgemiddelde van de vacaturepercentages vanaf 2011, maar de mediaan berekenen, is het resultaat een vacaturepercentage van 14,14%. De mediaan is de middelste waarde van alle waargenomen vacaturepercentages sinds 2011.

Het Capaciteitsorgaan gaat uit van het laagst waargenomen gemiddelde vacaturepercentage als ondergrens en de mediaan als bovengrens. Er wordt een correctie toegepast voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2 à 3% vanwege natuurlijk verloop. De parameterwaarde voor on vervulde vraag in 2016 komt daarmee op **+6,0% tot +12,0%**. Dit is aanzienlijk lager dan de vacaturepercentages die werden gehanteerd in het Capaciteitsplan 2013 (+13% tot +17%).

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 7 staan de parameterwaarden voor de zorgvraag die in deze raming worden gehanteerd. Ook toont de tabel de gehanteerde waarden van het Capaciteitsplan 2010, het tussentijds advies uit 2011 en het Capaciteitsplan 2013.

Tabel 7: Parameterwaarden zorgvraag

Parameter	Capaciteitsplan			
	2010	2011*	2013	2016
Demografie				
5 jaar	0%	2,5%	2,5%	2,6%
10 jaar	0%	5%	5%	3,2%
15 jaar	0%	7,5	7,5%	2,6%
20 jaar	0%	10%	10%	1,7%
Sociaal-cultureel	+ 0,8% tot + 1,3%	+ 0,8% tot + 1,3%	+ 0,5% tot + 1,5%	+ 1% tot + 3%
Epidemiologie	+ 0,1% tot + 0,2%	+ 0,1% tot + 0,2%	+ 0,1% tot + 0,2%	+ 0,1% tot + 0,2%
On vervulde vraag	+ 8% tot + 14%	+ 8% tot + 14%	+ 13% tot + 17%	+ 6% tot + 12%

*Tussentijds advies

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

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

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

5.2 Omvang beroepsgroep

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

5.2.1 Aantal geregistreerde AVG

Tabel 8 laat zien dat op 1 januari 2016 er 228 AVG ingeschreven staan in het register. Het aantal geregistreerde AVG per 1 januari 2005 bedroeg 170. Dit is een groei van 58 specialisten in 11 jaar, een toename van 34%.

Tabel 8: Aantal en geslacht geregistreerde AVG per 1 januari 2016*

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal	170	175	156	162	166	174	182	184	200	206	214	228
Index 2005	100	103	92	95	98	103	107	108	118	121	126	134
% vrouwen	56%	57%	61%	63%	64%	65%	67%	70%	73%	72%	73%	74%

Bron: RGS, 29 januari 2016

*daadwerkelijk per 31 december 2015, 24.00 uur

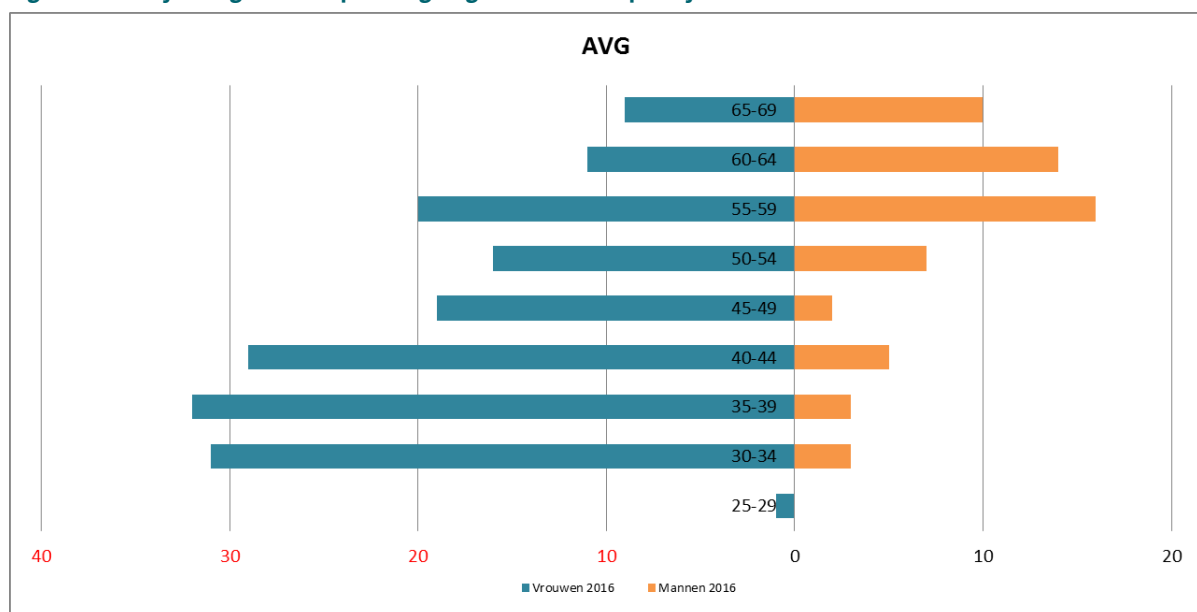
De groeipercentages fluctueren door de jaren heen vanwege schommelingen in het saldo van de in- en uitstroom van geregistreerde AVG. (Zie paragraaf 5.4 en 5.5.1.) Zo zien we een opvallende afname van het aantal geregistreerde specialisten in 2007 als effect van de eerste 5-jaarlijkse herregistratie van alle AVG in 2006. In dat jaar werd de volledige groep AVG, die ten tijde van de erkenning van het beroep als geneeskundig specialisme via een overgangsregeling waren erkend (in 2001), geconfronteerd met nieuwe eisen voor herregistratie die per 2005 in werking waren getreden. Deze eisen waren strenger dan de eisen ten tijde van de overgangsregeling. Met een beleidsregel van de toenmalige HVRC is aan deze groep AVG een periode van 2 jaar (tot 1 januari 2009) gegeven om alsnog te voldoen aan de herregistratie-eisen uit 2005. Toch is in 2006 de registratie van 27 AVG beëindigd, gevolgd door nog eens 8 in 2008. In principe is de groei van de beroepsgroep AVG vanaf 2007 echter redelijk gestaag.

Het hoge percentage vrouwen (74%) onderstreept de feminisering die gaande is in het beroep. Afgaande op de ontwikkeling van het percentage vrouwen bij de aios (inmiddels 87% vrouw) heeft de feminisering haar grens nog niet bereikt. In de raming van 2013 werd uitgegaan van een percentage werkzame vrouwelijke AVG van 70%, hoewel dat cijfer toen al genuanceerd werd als een mogelijke onderschatting. In de huidige raming is voor de parameter percentage werkzame vrouwelijke AVG uitgegaan van **74%**.

5.2.2 Verdeling geregistreeerde AVG naar leeftijd en geslacht

In figuur 9 is de opbouw van de groep geregistreeerde AVG naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2016 weergegeven. Bij de groep vrouwelijke AVG bevindt het zwaartepunt zich in de leeftijdsgroepen tussen 30 en 45 jaar. De mannelijke AVG behoren overwegend tot de oudere leeftijdscategorieën.

Figuur 9: Leeftijd- en geslachtsopbouw geregistreeerde AVG per 1 januari 2016*



Bron: RGS, 29 januari 2016

***daadwerkelijk per 31 december 2015, 24.00 uur**

De groep vrouwen in de leeftijdscategorieën tussen de 25 en 50 jaar is aanzienlijk groter dan het aantal mannen in die leeftijdsrange. Van de vrouwen is 67% jonger dan 50 jaar. Van de mannen is dat 22%, waarbij de leeftijdsgroep onder de 30 jaar volledig ontbreekt. Van de mannen is 78% 50 jaar of ouder, van de vrouwen is dit 33%. De te verwachten uitstroom van de grootste groep mannelijke AVG vanwege pensionering en de toestroom van overwegend jongere vrouwen, bevestigt het vooruitzicht van doorgaande feminisering onder AVG in de komende jaren.

De gemiddelde leeftijd van de geregistreeerde beroepsgroep AVG ligt per 1 januari 2016 op 48 jaar. Uit gegevens van de RGS blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de AVG sinds 2011 weinig veranderd is en jaarlijks schommelt rond de 47 à 48 jaar. Het totale aandeel AVG van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 45% van het totale aantal geregistreeerde AVG. In 2013 was dit 49% en in 2010 53%. Dit duidt op een langzame maar zekere verjonging van de beroepsgroep.

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

5.2.3 Aantal werkzame specialisten in de verstandelijk gehandicaptengeneeskunde

5.2.3.1 AVG

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

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

Kiwa Carity voert in opdracht van het Capaciteitsorgaan berekeningen uit van het aantal werkzame AVG. Sinds 2010 gebruikt het bureau daarvoor de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. In tabel 9 staan de percentages werkzame AVG ten opzichte van het aantal geregistreerde AVG in de periode 2004 - 2013.

Tabel 9: Percentage werkzame AVG

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
percentage werkzaam	96,6%	93,5%	96,6%	100%	96,8%	100%	100%	97,1%	97,4%	97,5%

Bron: CBS StatLine, 4 september 2015

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

Op basis van het gemiddelde van de waarden over deze periode van 10 jaar wordt de parameter percentage werkzaam voor de raming 2016 gesteld op **97,6%** van de geregistreerde AVG. Die waarde

ligt hoger dan in de raming in 2013; toen werd uitgegaan van 93% werkzame AVG. Het aantal werkzame AVG per 1 januari 2016 komt daarmee op **222**.

5.2.3.2 Huisartsen en basisartsen

Hoewel het er steeds minder worden, zijn in zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten ook huisartsen in dienstverband werkzaam. (Zie ook hoofdstuk 2 paragraaf 2.2 en hoofdstuk 6 paragraaf 6.5.) Ook werken er basisartsen niet in opleiding tot specialist (anios) in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Voor een deel wachten deze basisartsen niet op een opleidingsplaats tot AVG, maar overbruggen zij de tijd tot zij een opleidingsplaats bij de vervolgopleiding van hun voorkeur kunnen bemachtigen of maken zij bewust de keuze om basisarts te blijven.

Tabel 10 laat de gegevens van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) sinds 2004 zien. Hierin zijn gegevens van het BIG-register en het CBS gecombineerd. Deze gegevens worden op twee verschillende momenten verzameld: januari en september van elk kalenderjaar. Hierdoor heeft de absolute hoogte minder betekenis dan de zichtbare trends. De CBS-gegevens zijn onder meer afkomstig van de Belastingdienst. Om die reden zijn de gegevens over 2014 en 2015 nog niet beschikbaar. Verder zijn gegevens van de RGS over het aantal werkzame aios toegevoegd.

Tabel 10: Aantal en deeltijdfactor in gehandicaptenzorg werkzame huisartsen en basisartsen en aantal aios

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
aantal werkzame huisartsen	25	30	30	15	20	20	15	10	15	15
deeltijdfactor huisartsen	0,70	0,70	0,72	0,72	0,72	0,72	0,73	0,69	0,68	0,69
aantal werkzame basisartsen (incl. aios)	90	85	90	100	105	100	145	145	130	125
aantal werkzame aios	-	34	34	34	38	43	46	48	47	52
deeltijdfactor basisartsen	0,9	0,91	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	0,91	0,91	0,92

Bron: CBS StatLine, 4 september 2015 en RGS, 29 januari 2016

Het aantal werkzame huisartsen wordt meegenomen in de raming, omdat het Capaciteitsorgaan aanneemt dat deze huisartsen op termijn zullen worden vervangen door geregistreerde AVG. In 2013 kwam de schatting van het aantal in de verstandelijk gehandicaptenzorg werkzame huisartsen uit op 25. Dit cijfer kwam tot stand door combinatie van de CBS-gegevens met gegevens uit onderzoek van Kiwa Carity. In 2014 en 2015 deed Kiwa Carity herhaalonderzoek onder instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Het onderzoek toonde aan dat het aandeel huisartsen in dienst van de instellingen afneemt, van ca. 13% in 2010 naar ca. 6% in 2014 met een deeltijdfactor van 0,60.^{62,63} Op basis van de beschikbare gegevens gaan we voor de huidige raming uit van 15 huisartsen die in de verstandelijk gehandicaptenzorg werken met een deeltijdfactor van 0,60. Dat

⁶² Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁶³ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

wil zeggen dat er **9 fte** aan beschikbare capaciteit AVG kan worden toegevoegd in de raming. Volgens de experts uit het werkveld komt het tegenwoordig ook voor dat zorginstellingen huisartsen in loondienst nemen specifiek voor het bieden van de huisartsenzorg aan cliënten. Deze ontwikkeling zal de komende jaren gemonitord moeten worden voor een juiste inschatting van het aantal fte huisartsen dat bij de beschikbare AVG-capaciteit gerekend kan worden.

In de raming van 2013 is de ingezette capaciteit aan basisartsen verder buiten beschouwing gelaten. De cijfers van het CBS in tabel 10 tonen aan dat er in de laatste jaren gemiddeld zo'n 130 basisartsen in de gehandicaptenzorg werkzaam zijn. Hierbij moet opgemerkt worden dat aios ook als basisartsen ingeschreven staan in het BIG-register, dat als bron dient voor het CBS. Van de 125 basisartsen die in 2013 in de gehandicaptenzorg werkzaam waren, waren er 52 aios AVG. (Zie ook tabel 1 in paragraaf 3.4.) De onderzoekers van Kiwa Carity constateren in hun herhaalonderzoek naar de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten uit 2014 en 2015 dat het aandeel basisartsen (niet in opleiding tot specialist) in de artsenformatie van de onderzochte zorginstellingen is toegenomen.^{62, 63} Kiwa Carity benoemt die stijging enerzijds als een mogelijke oplossing voor het voortdurende tekort aan AVG. Anderzijds kan de AVG zich door de toegenomen inzet van onder meer basisartsen steeds meer richten op zijn specialistische rol, terwijl de andere (basis)artsen de meer algemeen medische zorg ('huisartsenzorg') voor hun rekening nemen. (Zie ook hoofdstuk 6 paragraaf 6.5.) Uit de onderzoeken van Kiwa Carity blijkt ook dat sinds 2010 steeds minder organisaties naast specialistische AVG-zorg ook nog huisartsenzorg (algemeen medische zorg) bieden aan cliënten. Het lijkt erop dat basisartsen vooral de leemten invullen die ontstaan zijn door het tekort aan AVG en door de overgangssituatie waarbij de AVG zich steeds meer toelegt op zijn specialistische taken en expertise. Het wordt gemeengoed dat verstandelijk gehandicapte cliënten voor de algemene medische zorg naar de huisartsenpraktijken gaan. Vanwege deze ontwikkeling is de inzet van basisartsen ook in de huidige raming niet meegerekend bij het zorgaanbod.

5.3 Omvang dienstverband AVG

Tabel 11 toont de ontwikkeling van de deeltijdfactor voor de AVG naar geslacht. Voor de berekeningen zijn gegevens gebruikt uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. In dit bestand zijn alle werkzame AVG geregistreerd op deeltijdfactor. In de tabel is de gemiddelde deeltijdfactor van mannen en vrouwen in de laatste 10 jaar opgenomen (met voorlopige gegevens uit 2013 als meest recent beschikbaar).

Tabel 11: Deeltijdfactor van AVG per jaar

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deeltijdfactor mannen	0,91	0,91	0,95	0,95	0,96	0,96	0,96	0,94	0,92	0,92
Deeltijdfactor vrouwen	0,78	0,77	0,80	0,80	0,81	0,83	0,82	0,81	0,80	0,82
Deeltijdfactor totaal	0,84	0,82	0,86	0,85	0,86	0,87	0,87	0,85	0,83	0,85

Bron: CBS StatLine, 4 september 2015

De cijfers laten zien dat de deeltijdfactor van de mannelijke AVG vrijwel gelijk is gebleven. De deeltijdfactor bij de mannen schommelt in de periode 2004-2013 tussen 91% en 96%. Bij de vrouwen is sprake van een lichte toename van 78% in 2004 naar 82% in 2013. Op basis van het SSB bedraagt de **parameter gemiddeld fte** voor **mannen 0,92** en voor **vrouwen 0,82**. Voor de mannen ligt deze waarde lager dan de parameterwaarde 0,96 in de raming van 2013. Voor de vrouwen is de parameterwaarde gelijk gebleven aan die in 2013.

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

5.4 Instroom in het vak

Instroom in het beroep van AVG is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de erkende vervolgopleiding. Instroom van AVG uit het buitenland is niet mogelijk, omdat het specialisme alleen in Nederland bestaat. De inschrijving in het register is daarmee een vrijwel exclusieve weerspiegeling van de resultaten van de opleiding tot AVG. Herintreding is ook mogelijk. In tabel 12 zijn de jaarlijkse nieuwe inschrijvingen in het register van AVG sinds 2005 weergegeven.

Tabel 12: Aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het specialistenregister

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Inschrijvingen	8	8	13	12	10	10	11	21	12	14	17

Bron: RGS, 29 januari 2016

Het aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het register weerspiegelt de instroom in de opleiding 3 jaar eerder, met correcties voor tussentijdse uitval en tussentijdse verlenging van de opleidingsduur door parttime werken of tijdelijke uitval (bijvoorbeeld door zwangerschap). De instroom van nieuw geregistreerde AVG toont een gestage groei, met een piek van 21 inschrijvingen in 2012. In 2015 waren er 17 nieuwe inschrijvingen.

5.5 Uitstroom uit het vak

5.5.1 Uitstroom uit het specialistenregister

Uitschrijving uit het register van AVG geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt normaliter eens in de 5 jaar door de AVG aangevraagd bij de RGS. Om voor volledige herregistratie in aanmerking te komen, dient de AVG gedurende 5 jaar direct voorafgaande aan de vervaldatum van de registratie gemiddeld 16 uur per week als AVG werkzaam te zijn geweest. De minimumeis om voor herregistratie voor een beperkte periode in aanmerking te komen is per 1 januari 2016 aangepast. Als AVG kunnen aantonen dat zij in de 5 jaar direct voorafgaand aan de vervaldatum van de registratie gedurende gemiddeld 8 uur per week als zodanig werkzaam zijn geweest, kan de herregistratie voor beperkte duur worden hernieuwd, mits aan de overige eisen is voldaan.

AVG moeten verder aantonen dat zij gemiddeld over een periode van 5 jaar ten minste 40 uur per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en dat zij ten minste 50 uur ANW-diensten (avond-, nacht-, of weekenddiensten) per jaar hebben verricht. Het laatste wordt door de RGS nog niet getoetst. Het deelnemen aan het (kwaliteits)visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging is nog geen operationele herregistratie-eis voor AVG.

In tabel 13 zijn de uitschrijvingen uit het register van AVG sinds 2005 weergegeven. In 2015 waren er 3 uitschrijvingen.

Tabel 13: Aantal uitschrijvingen van AVG uit het specialistenregister

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Uitschrijvingen	3	27	6	8	1	2	10	5	6	5	3

Bron: RGS, 29 januari 2016

De piek in de uitschrijvingen in 2006 wordt veroorzaakt door de al eerder genoemde eerste herregistratie onder AVG die in 2001 voor het eerst op grond van de toenmalige overgangsregeling zijn geregistreerd. De tweede piek van uitschrijvingen in 2008 wordt veroorzaakt door de geclausuleerde herregistratie van AVG die voor 2 jaar mogelijk was vanwege de overgangsregeling. In 2011 is er een derde piek van 10 uitschrijvingen. Ook dit betreft uitschrijvingen uit de groep AVG die in 2001 voor het eerst zijn geregistreerd. De hoge uitstroom in vooral 2006 veroorzaakt ook de langzame groei van de beroepsgroep in de beginjaren van het specialisme.

5.5.2 Uitstroom van werkzame AVG

Voor de ramingen in de Capaciteitsplannen is een schatting nodig voor de komende 20 jaar van de uitstroom van de nu werkzame artsen. Kiwa Carity voerde in opdracht van het Capaciteitsorgaan een analyse uit van gegevens over de uitstroom van werkzame artsen in de afgelopen 10 jaar op grond van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. Vervolgens maakte Kiwa Carity een raming van de uitstroom voor de komende 10 en 20 jaar, met daarin specifiek aandacht voor pensionering.

Het CBS onderscheidt in het SSB of medisch geschoolden werkzaam zijn en zo ja waar. In dit bestand kan men van de geregistreerde artsen die in 2003 werkzaam waren (zowel in als buiten de zorgsector) nagaan hoeveel er naar leeftijd (5-jaarsklassen) en geslacht uitgestroomd zijn. Dit betekent dat artsen niet meer geregistreerd en/of niet meer werkzaam zijn. Dit is gemeten aan de hand van de positie die men in 2013 inneemt. Dit is het meeste recente jaar waarover in het SSB gegevens beschikbaar zijn. Tabel 14 geeft de gegevens weer voor de AVG. Omdat de codering 'in of buiten de zorgsector' soms arbitrair is, is dat onderscheid vervallen.

Tabel 14: Het percentage AVG naar leeftijd en geslacht dat in de periode 2003-2013 de registratie verloor of niet meer werkzaam is t.o.v. het aantal werkzamen in 2003

	Werkzaam in 2003	Vertrokken in 2013	% uitstroom
Mannen			
30 t/m 34	1	1	100
35 t/m 39	2	0	0
40 t/m 44	4	0	0
45 t/m 49	16	2	13
50 t/m 54	14	4	29
55 t/m 59	19	15	79
60 t/m 64	2	2	100
Totaal	58	24	41
Vrouwen			
30 t/m 34	4	0	0
35 t/m 39	9	3	33
40 t/m 44	9	2	22
45 t/m 49	17	1	6
50 t/m 54	15	7	47
55 t/m 59	12	9	75
60 t/m 64	4	4	100
Totaal	70	26	37

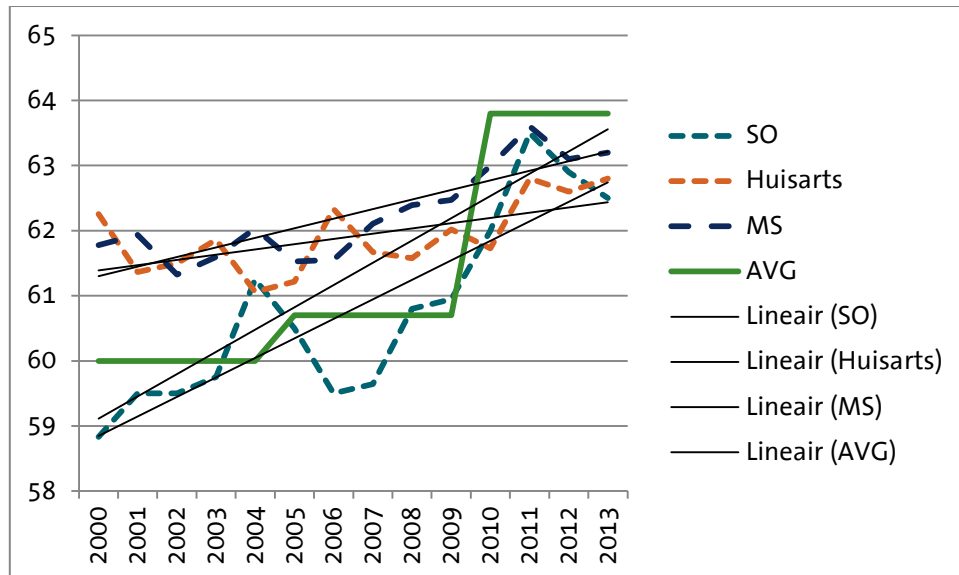
Bron: SSB CBS, september 2015

In 10 jaar tijd is van de mannelijke AVG 41% gestopt met de werkzaamheden of de registratie kwijt geraakt; bij de vrouwen bedroeg dit 37%. Alle AVG van 60 jaar of ouder zijn 10 jaar later gestopt met werken. Het is lastig verdere vergelijkingen tussen mannen en vrouwen te maken per leeftijdscategorie door de lage aantallen.

5.5.3 Ontwikkeling pensioenleeftijd

De laatste jaren neemt de pensioenleeftijd snel toe. Figuur 10 laat dit zien voor de totale groep medisch specialisten, de specialisten ouderengeneeskunde en de AVG. De lijnen lopen soms wat grillig vanwege de kleine aantallen waarop de gemiddelde pensioenleeftijd is gebaseerd. Bij de AVG gaan niet elk jaar artsen met pensioen. Daarom zijn de gemiddelde waarden over een periode van 5 jaar gebruikt. Ook hierbij geldt de kanttekening dat het om relatief kleine aantallen AVG gaat waarop het gemiddelde is gebaseerd. De figuur laat een verhoging zien van de pensioenleeftijd bij alle beroepsgroepen in de periode 2000-2013. In 2013 lag de gemiddelde pensioenleeftijd bij medisch specialisten op 63,2 jaar, bij specialisten ouderengeneeskunde op 62,5 en bij AVG op 63,8 (over de periode 2010-2013). In de jaren voor 2007 was dit bij de AVG rond de 60 jaar.

Figuur 10: De gemiddelde leeftijd bij pensionering



Bron: SSB CBS, september 2015

SO= specialisten ouderengeneeskunde, MS= medisch specialisten, AVG = arts verstandelijk gehandicapten

In figuur 10 zijn per categorie trendlijnen weergegeven. Deze laten zien dat in de periode 2000-2013 de AVG de sterkste stijging in pensioenleeftijd kenden, gevolgd door de specialist ouderengeneeskunde en de medisch specialisten. Voor de AVG gaat het wel om relatief kleine aantallen.

Voor de raming van de uitstroom tot 2026 gaan we uit van een uitstroomleeftijd vanwege pensioen van gemiddeld 67 jaar. Het is gezien alle ontwikkelingen rond pensionering aannemelijk dat het niveau in 2026 aanmerkelijk hoger zal liggen dan in 2013. Bovendien is de situatie in het laatste planjaar relevant om de totale uitstroom over de periode 2016-2026 te bepalen.

5.5.4 Raming van uitstroom AVG de komende jaren

Door de uitstroomcijfers van het specialisme AVG, zoals in paragraaf 5.5.2 in tabel 13 weergegeven, toe te passen op het aantal dat in september 2013 werkzaam was, heeft Kiwa Carity berekend welk aandeel 10 jaar later nog werkzaam is. Let wel: door besluiten van de overheid stijgt de AOW-leeftijd in stappen. In 2018 is de AOW-leeftijd 66 jaar en in 2021 is dit 67 jaar. Vanaf 2022 stijgt de AOW-leeftijd mee met de levensverwachting in Nederland.⁶⁴ Voor deze raming gaan we uit van het gegeven dat de pensioenleeftijd toeneemt tot 67 jaar. Dit betekent dat van de leeftijdscategorie 55-59 jaar er in de eerste 10 jaar minder AVG vertrekken omdat zij 2 jaar langer doorwerken. Kijken we naar de situatie over 20 jaar dan geldt hetzelfde voor de groep die nu valt in de leeftijdscategorie 45-49 jaar. Kiwa Carity heeft dit in de berekeningen verdisconteerd.

Tabel 15 geeft de verwachting voor de uitstroom van AVG weer. Bij de mannelijke specialisten is de verwachting dat 45% over 10 jaar niet meer in het vak werkzaam is, bij de vrouwelijke is dat 27%. Over 20 jaar betreft het bij de mannen 72% en bij de vrouwen 51%.

⁶⁴ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2015). *AOW betaalbaar houden*. Geraadpleegd op 23 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/inhoud/aow-betaalbaar-houden>

Vanuit de CBS-data zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over 10-jaarsperioden (2003-2013) en niet over perioden van 5 jaar. Kiwa Carity hanteert daarom de geraamde uitstroom na 10 en 20 jaar als ankerpunten. Op basis van het geraamde uitstroompercentage na 10 jaar is bepaald wat de uitstroom na 5 jaar is. Op basis van het verschil tussen de 10-jaars- en de 20-jaarsuitstroom is berekend wat het uitstroompercentage is na 15 jaar.⁶⁵

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

Vertrekkans per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar	26%	10%	26%	15%
Na 10 jaar	63%	24%	45%	27%
Na 15 jaar	80%	34%	61%	41%
Na 20 jaar	87%	45%	72%	51%

De tabel laat zien dat de vertrekkans per periode ten opzichte van 2013 is veranderd. Bij de mannen is een daling van de percentages te zien door de stijging van de pensioenleeftijd en doordat het aandeel mannen onder de 45 jaar licht is toegenomen ten opzichte van 2013. Bij de vrouwen is een lichte stijging te zien, veroorzaakt door een lichte toename van het aantal 50-plussers.

5.5.5 Extern rendement

Naast de uitstroom door het vertrek van werkzame specialisten is in de ramingen ook rekening gehouden met eventueel toekomstige uitstroom van specialisten die nog op de markt moeten komen: specialisten die momenteel in opleiding zijn of nog in opleiding zullen gaan en in de ramingsperiode afstuderen. Over het algemeen zijn deze artsen jonger dan de zittende artsen. Zij kunnen echter wel besluiten om na hun specialisatie niet in het vak te gaan werken. Om die reden wordt bij de aanstaande generatie specialisten gewerkt met de 'blijfkans' in het vak. Dit wordt het externe rendement genoemd. Het externe rendement voor de AVG was in de vorige ramingen gesteld op 98% na 1 jaar vanaf de afronding van de opleiding, 95% na 5 jaar, 90% na 10 jaar en 85% na 15 jaar.

In 2016 heeft het NIVEL nieuwe berekeningen gemaakt voor het Capaciteitsorgaan.⁶⁶ De wijze waarop het toekomstige externe rendement van een opleiding wordt geschat, bestaat uit een aantal stappen. Eerst is per specialisme gekeken naar gegevens van de RGS over alle artsen die 5, 10, 15 en 20 jaar geleden zijn gediplomeerd en toen dus voor het eerst geregistreerd zijn door de RGS. Dit vormt de 100%-basis. De tweede stap is nagaan hoeveel van hen 5, 10 of 15 jaar later nog steeds in het betreffende specialistenregister geregistreerd zijn. Van personen die niet meer geregistreerd zijn,

⁶⁵ Voorbeeld van de berekening: Als na 10 jaar bij de mannen 45% is uitgestroomd, is er nog 55% van de mannelijke AVG over. De krimpfactor is $55/100$ (0,55). Om vervolgens de uitstroom na 5 jaar te berekenen, neme men hier de wortel uit, uitkomst 0,74. Dit betekent dat 74 van de 100 AVG na 5 jaar nog aanwezig zijn; 26 van de 100 zijn na 5 jaar uitgestroomd, dus 26%. Als na 20 jaar bij de mannen nog 28% van de AVG over is, is dat in verhouding tot wat na 10 jaar nog over was 0,51. Om de uitstroom na 15 jaar te berekenen, neme men hier de wortel uit en vermenigvuldigt dit met het aandeel dat na 10 jaar nog over was (55%). De uitkomst is 0,39. Dit betekent dat na 15 jaar 39 van de 100 AVG nog over zijn; 61 van de 100 zijn na 15 jaar uitgestroomd, dus 61%.

⁶⁶ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2016). *Extern rendement Nederlandse opleidingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, en rendement buitenlandse instroom*. Utrecht: NIVEL.

wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn als arts in het betreffende specialisme in Nederland.

De derde stap is het aanbrengen van een correctie door te kijken naar het aantal artsen dat inmiddels voor een ander specialisme is ingeschreven of in opleiding is gegaan voor een ander specialisme. Ook van hen wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn als arts in het oorspronkelijke specialisme in Nederland. De vierde stap is het maken van een correctie voor het aantal geregistreerde artsen dat geen woonadres in Nederland heeft. Ook voor hen geldt de veronderstelling dat zij niet meer werkzaam zijn in het betreffende specialisme in Nederland. De laatste stap is het toepassen van een correctie van 1,5% omdat niet iedere arts met een geldige registratie en zonder andere registratie, maar wel met een adres in Nederland, werkzaam is. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat in het algemeen niet 100% van de potentiële werkzame groep daadwerkelijk werkzaam is, maar eerder 98,5%.

Op basis van de voornoemde gegevens en berekeningen ontstaat een beeld van het aandeel artsen dat na 0-4, 5-9, 10-14 of 15-19 jaar na de diplomering werkzaam is in een bepaald specialisme. De gegevens die zo zijn verkregen, zijn daarna nog omgezet naar de stand na 1, 5, 10 en 15 jaar.⁶⁷

In tabel 16 zijn de oude en de nieuwe percentages voor het externe rendement weergegeven.

Tabel 16: Extern rendement voor AVG in percentages

Extern rendement per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 1 jaar	98%	98%	99,0%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85,0%
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%

Voor de mannen wordt nu ingeschat dat 99% werkzaam is na 1 jaar, tegenover 98% in de vorige raming. Voor de stand na 15 jaar wordt echter van een iets lager rendement uitgegaan: 84,4% in plaats van 85%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van 1,7% voor de mannen: nu 90,3% en toen 92%.

Voor de vrouwen wordt voor de stand na 1 jaar nu uitgegaan van 98,8% rendement tegenover 98% in de vorige raming. Dat is dus iets hoger. Maar voor de stand na 15 jaar wordt nu van een beduidend lager rendement uitgegaan: 77,7% in plaats van 85%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van 3,7% voor de vrouwen: nu 88,3% en toen 92,0%.

De nieuwe berekeningen leiden tot een bijstelling van de parameterwaarden voor het externe rendement in deze raming. Het externe rendement van de opleiding tot AVG wordt nu voor zowel de mannen als de vrouwen lager ingeschat dan in het vorige Capaciteitsplan. Voor de vrouwen liggen

⁶⁷ Omdat de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten een relatief recent erkend specialisme is, waarbij nog niet tot 15 en 20 jaar teruggekeken kan worden naar aantallen gediplomeerden, wordt voor het externe rendement van deze opleiding uitgegaan van de berekeningen van het externe rendement voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De beide beroepen zijn enigszins vergelijkbaar omdat beide de residentiële geneeskunde betreffen.

de percentages nog iets lager dan voor de mannen. Het aandeel vrouwen is relatief hoog. (Zie paragrafen 5.2.1 en 3.4.) Mede daardoor zal de benodigde opleidingscapaciteit - bij verder ongewijzigde omstandigheden - iets hoger worden.

5.6 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2016 bedraagt het percentage mannen en vrouwen onder de 228 geregistreerde AVG respectievelijk **26%** en **74%**. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 87% van de huidige 55 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten (66%).⁶⁸ De hoge instroom van nieuwe vrouwelijke AVG in combinatie met de hoge leeftijdsgebonden uitstroom van mannelijke AVG zorgt voor een toenemende feminisering van het beroep.

De deeltijdfactor is ten opzichte van de raming 2013 voor de mannen iets afgenomen en voor de vrouwen gelijk gebleven. In paragraaf 5.3 is geconstateerd dat de mannelijke AVG gemiddeld **0,92 fte** werken en de vrouwelijke AVG **0,82 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,85 fte**. In het Capaciteitsplan 2013 waren de fte-parameters respectievelijk 0,96 fte, 0,82 fte en 0,87fte.

Het aantal werkzame AVG in 2016 wordt op basis van de SSB-analyse geschat op **97,6%** van 228 geregistreerde AVG oftewel **222** werkzame AVG. Ervan uitgaande dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, is er een capaciteit aan AVG van **188 fte**. Daaraan voegen we de beschikbare capaciteit toe aan werkzame huisartsen (15) die verbonden zijn aan organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg, ervan uitgaande dat zij AVG-werkzaamheden verrichten. Deze huisartsen moeten op termijn door AVG vervangen worden; in paragraaf 5.2.3.2 is berekend dat dit **9 fte** betreft. De beroepsgroep beschikt daarmee in totaal over **197 fte** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2013 werd uitgegaan van 178 fte.

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

⁶⁸ Dienst Uitvoering Onderwijs (2015). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2015*. Geraadpleegd op 30 mei 2016 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/Ingeschreven/wo_ingeschr/Ingeschrevenen_wo1.jsp

In tabel 17 en 18 staan de parameterwaarden voor het zorgaanbod die het Capaciteitsorgaan in de raming 2016 hanteert. De tabel toont ter vergelijking ook de parameterwaarden uit de Capaciteitsplannen 2010 en 2013.

Tabel 17: Parameterwaarden zorgaanbod: omvang beroepsgroep

Parameter	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Werkzame specialisten	192	208	237 (incl. 15 huisartsen)
Aantal fte	150	178	197 (incl. 9 fte huisartsen)
Gemiddelde fte man	0,91	0,96	0,92
Gemiddelde fte vrouw	0,80	0,82	0,82
Gemiddeld fte totaal	0,82	0,87	0,85
% werkzame vrouwen	65%	70%	74%
% werkzame mannen	35%	30%	26%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%

Tabel 18: Parameterwaarden zorgaanbod: uitstroom, extern rendement en instroom buitenland

Parameter	Capaciteitsplan					
	2010		2013		2016	
Uitstroom	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 5 jaar	29%	15%	26%	10%	26%	15%
Na 10 jaar	53%	31%	63%	24%	45%	27%
Na 15 jaar	81%	65%	80%	34%	61%	41%
Na 20 jaar	85%	80%	87%	45%	72%	51%
Extern rendement	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	99%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	90%	90%	86,2%	85%
Na 15 jaar	85%	85%	85%	85%	84,4%	77,7%
Instroom buitenland	0		0		0	



6 Werkproces

6.1 Inleiding

Hoofdstuk 4 omschreef de verwachte zorgvraagontwikkeling, inclusief een aantal mogelijke scenario's. De verwachte ontwikkeling van het zorgaanbod kwam in hoofdstuk 5 aan de orde. In hoofdstuk 6 behandelt het Capaciteitsorgaan expliciet de verwachte ontwikkelingen in de afstemming tussen vraag en aanbod, oftewel het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol in de 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid tijd die voor de zorgvraag beschikbaar is kan fors toe- of afnemen door verbeteringen van de efficiency in het werkproces of door een andere verdeling van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Deze parameters werken immers - na inschatting - direct door vanaf het basisjaar en zijn meteen van kracht voor de totale capaciteit aan werkzame AVG.

De volgende paragrafen behandelen de ontwikkeling van de meest relevante onderdelen van het werkproces. Hiervoor wordt in eerste instantie gekeken naar beschikbare literatuur. Echter, experts uit het veld van verzekeraars, beroepsgroepen en opleidingsinstellingen doen de uiteindelijke inschatting van de ontwikkeling van deze parameters. In deze inschattingen verwerken zij een aantal onzekerheden. Het Capaciteitsorgaan hanteert daarbij drie scenario's: een 'beleidsarm scenario' waarbij niets in het werkproces verandert, een 'beleidsrijk scenario' met conservatieve inschattingen van veranderingen in (onder meer) het werkproces en een 'maximaal scenario', waarin de hoogste waarden zijn verwerkt waarover de experts van universiteiten, verzekeraars en de beroepsgroep AVG consensus konden bereiken.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

In 2010 en in 2014 heeft Kiwa Carity onderzoek gedaan naar de organisatie van medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en de ontwikkeling van het werk van de AVG. In 2015 is hieraan nog een vergelijking toegevoegd van de resultaten van organisaties die zowel aan het onderzoek van 2010 als dat van 2014 hebben deelgenomen.^{69,70} Uit deze herhaalde onderzoeken blijkt dat de AVG steeds meer de rol krijgt van tweedelijns specialist en steeds minder die van aanbieder van 'algemeen geneeskundige zorg' aan verstandelijk gehandicapten. Het aandeel organisaties dat aangeeft louter specialistische AVG-zorg te bieden is volgens het aanvullende onderzoek (2015) sinds 2010 met 25 tot 30 procent gestegen. In 2010 werd er binnen de organisaties vaker ook algemene huisartsenzorg geleverd door de AVG. De onderzoeksresultaten bevestigen het beeld dat ook naar voren komt uit andere analyses en signalen uit het veld: de AVG ziet weliswaar minder cliënten en besteedt minder tijd aan directe patiëntenzorg, maar de verstandelijk gehandicapten die door de AVG gezien worden, hebben veelal zwaardere, multiplele gezondheidsproblemen.⁷¹ De focus op specialistische taken heeft een temperende invloed op de behoefte aan AVG.

⁶⁹ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷⁰ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷¹ Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Trendrapportage 2013: Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Auteur.

Overigens bestaan er nog hindernissen voor de AVG om hun specialistische (mede-) behandelarschap en adviseurschap goed uit te oefenen. In een ledenpeiling van de LHV in het najaar van 2015 geeft ruim de helft van de huisartsen aan geen tijd te hebben om aan verstandelijk gehandicapten in hun praktijk voldoende zorg te bieden.⁷² Een kwart van de bevroegde huisartsen mist in relevante gevallen de begeleiding van een AVG bij een consult of visite. Driekwart van de huisartsen geeft aan dat er geen samenwerking is met de AVG. Men wijt dit onder meer aan de bekostigingssystematiek en de volumebeperkingen die aan de inzet van de AVG buiten de zorginstellingen is verbonden. (Zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen.)

De onderzoeken in 2010 en 2014 laten verder zien dat de tijd die de AVG besteden aan onderzoek en onderwijs stijgt van 6% naar 9%. Dit is in lijn met het beleid van de NVAVG om de aandacht voor vakinhoudelijke ontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek te versterken. Door de NVAVG zijn – in allerhande samenwerkingsverbanden, onder meer met het Erasmus MC, dat de opleiding tot AVG verzorgt – in de afgelopen jaren diverse medische standaarden, adviezen en richtlijnen gepubliceerd voor de voortdurende verbetering van medisch beleid en praktijkvoering. Dit heeft een stuwende werking op de behoefte aan AVG.

Omdat temperende en stuwende invloeden elkaar lijken op te heffen, is de parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen gesteld op **+ 1%** voor een conservatieve jaarlijkse verandering en **+ 2%** als hoogst ingeschatte verandering in de behoefte aan AVG per jaar. De parameterwaarden zijn daarmee ten opzichte van 2013 ongewijzigd gebleven.

6.3 Technologische ontwikkelingen

Voor 2016 geldt hetzelfde als wat in het Capaciteitsplan 2013 werd benoemd: er zijn geen specifieke ontwikkelingen in medische technologie voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten die de behoefte aan AVG beïnvloeden. De ontwikkeling van een supercomputer als IBM's 'Dr. Watson' wordt soms genoemd als een belangwekkende verandering voor de komende jaren. Het is echter de vraag of deze – voornamelijk kostbare – technologie in Nederland werkelijk toekomstperspectief heeft.

Op basis van de beschikbare informatie wordt de parameter technologische ontwikkelingen gehandhaafd op de waarden uit 2013 en 2010: tussen **0%** en **-0,2%**.

6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency van de AVG verlagen, zijn bijvoorbeeld extra handelingen om patiëntgerelateerde activiteiten vanuit defensieve geneeskunde te documenteren, dubbel uitgevoerde documentatiesystemen (handmatig én elektronisch), het uitvoeren van 'oneigenlijke' (niet bij de functie horende) taken en/of decentralisatie van patiënten en cliënten.

Hoewel in het Capaciteitsplan 2013 is aangegeven dat de AVG geleidelijk aan een overgang zal maken naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is hierin anno 2016 nog geen concrete ontwikkeling zichtbaar. De bekostigingssystematiek van de extramurale behandeling door de AVG is nog altijd afhankelijk van de productieafspraken die de zorginstelling van een AVG heeft gemaakt met het

⁷² Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht*. Geraadpleegd op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patient-verdient-meer-zorg-en-aandacht>

zorgkantoor. (Zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.) Eind 2015 is duidelijk geworden dat overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw niet voor 2018 plaatsvindt. Dan wordt een heldere verantwoording van de activiteiten van de AVG nog belangrijker en zal efficiënter werken door de AVG bevorderd worden vanwege de financiële prikkels die de Zvw-systematiek met zich meebrengt. Het herhaalonderzoek van Kiwa Carity in 2014 naar de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten en het werk van de AVG bevestigt dat de AVG zijn aandacht steeds meer op zijn medisch specialistische rol richt.⁷³ Het aandeel AVG dat ondersteuning krijgt van bijvoorbeeld een medisch secretariaat of een verpleegkundige is aanzienlijk gestegen: In 2014 kreeg 40% meer AVG ondersteuning van een medisch secretariaat dan in 2010; ondersteuning door de (praktijk)verpleegkundige kwam bij 17% meer AVG voor. De toegenomen ondersteuning werkt zeer waarschijnlijk sterk bevorderend op het overnemen van 'oneigenlijke', d.w.z. niet-medische, niet-patiëntgebonden taken door ondersteunende professionals. Dit verhoogt de efficiency van de AVG.

Het herhaalonderzoek van Kiwa Carity bevat ook aanwijzingen dat er van verdergaande decentralisatie van de woonvormen van cliënten geen sprake is. Voor de AVG betekent dat minder efficiencyverlies doordat er met het behandelen van cliënten op centrale instellingslocaties minder reistijd verloren gaat.

De inzet van e-health en zorgtechnologie ter ondersteuning en bevordering van zelfmanagement heeft de afgelopen jaren meer aandacht gekregen vanwege de transities in de langdurige zorg die het huidige kabinet heeft doorgevoerd. Het vergroten van eigen regie van de burger heeft daarin een centrale plaats. In de derde e-healthmonitor van Nictiz en Nivel uit het najaar van 2015⁷⁴ wordt aangegeven dat het aanbod van e-health en zorgtechnologie wel in ontwikkeling is, maar dat de brede toepassing ervan onder andere wordt gehinderd door onbekendheid bij zorggebruikers. Voorbeelden zijn: toezichthoudende technieken, monitoring van gegevens op afstand, beeldbellen, medicijndispensers, elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling. De doelgroep bestaat uit mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. Zorggebruikers weten vaak niet wat er allemaal mogelijk is, hebben geen inzicht in de meerwaarde van zorgtechnologie voor hun situatie of zijn huiverig voor het nieuwe en onbekende. Dat geldt voor mensen met een verstandelijke beperking waarschijnlijk nog sterker dan voor overige zorggebruikers. Het bevorderen van eigen regie van mensen met een handicap is een belangrijk thema in de gehandicaptenzorg, maar het is de vraag in hoeverre toepassingen op het gebied van ICT en internet breed zullen worden gebruikt binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten. In intramurale settings kan dit weliswaar anders liggen. Daar zijn wellicht begeleiders en verzorgers aanwezig die de e-healthtoepassingen kunnen ondersteunen. Veel efficiencywinst voor de AVG door digitalisering, anders dan het verbeterde beheer van patiëntgegevens via een elektronisch patiëntendossier, valt echter niet direct te verwachten.

De boven beschreven ontwikkelingen hebben afwisselend een verhogend of verlagend effect op de behoefte aan AVG. Met name de toegenomen ondersteuning door medisch secretariael personeel is een belangrijke temperende factor. Daarom wordt de parameter efficiency in 2016 bijgesteld naar

⁷³ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷⁴ Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R. & Gennip, L. van (2015). *Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.

-0,2% in het werkprocesscenario en -1,5% in het maximale scenario. Dit is een verlaging van de lage en een verhoging van de hoge parameterwaarde in vergelijking met de raming in 2013.

6.5 Horizontale substitutie

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

Kiwa Carity deed onderzoek naar de organisatie van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en vergeleek de situatie in 2010 met die in 2014.^{75,76} Hieruit blijkt dat de inzet van basisartsen (en overige artsen) in de verstandelijk gehandicaptenzorg in die periode is toegenomen. De onderzoeken wijzen ook uit dat de AVG zich steeds meer op specialistische AVG-zorg richt en niet meer op algemene medische basiszorg ('huisartsenzorg'). De inzet van meer basisartsen geeft de AVG hiertoe ook de gelegenheid. Het lijkt echter wel aannemelijk dat het aantal medische taken dat de basisarts van de AVG kan overnemen, begrensd is. Dit komt door de verdergaande focus van de AVG op specialistische geneeskunde. Het aandeel huisartsen in de artsenformatie is afgenomen van 13% in 2010 naar 6% in 2014.

Steeds meer organisaties hebben een expertisecentrum of polikliniek voor externe cliënten gekregen in de periode 2010-2014. Toch is het de vraag of dit ook heeft geleid tot substantieel meer inzet van de AVG, doordat huisartsen cliënten naar deze poli's verwijzen. Uit het herhaalonderzoek in 2014 blijkt dat de tijd die AVG besteden aan externe cliënten nauwelijks is toegenomen. Een onderzoek van de LHV onder haar leden in september 2015 wijst uit dat 75% van de ondervraagde huisartsen geen afspraken over samenwerking heeft met een AVG. Waarschijnlijk maken zij geen gebruik van de mogelijkheid om door te verwijzen naar een poli AVG.⁷⁷ Een kwart van de ondervraagden geeft aan dat zij hulp van een AVG mist bij consulten of visites. Anderzijds geven instellingen aan dat door onduidelijkheid over administratieve procedures en werkwijzen consulten door de AVG nogal eens ongedeclareerd blijven.

Het Capaciteitsorgaan heeft in samenwerking met Kiwa Carity navraag gedaan bij Vektis over de declaratiegegevens extramurale behandeling in de periode 2012-2015. Deze gegevens zijn helaas onvolledig, aangezien Vektis alleen beschikt over de declaraties op cliëntniveau, waar in de praktijk door instellingen ook op prestatieniveau (dus zonder uitsplitsing naar cliënt) gedeclareerd wordt.⁷⁸ Hoewel uit de cijfers blijkt dat er steeds meer op cliëntniveau wordt gedeclareerd, kunnen op basis van de huidige gegevens, geen eenduidige conclusies worden getrokken over de ontwikkeling in extramurale behandelen door de AVG van 2012 tot 2014. Op een hoger aggregatieniveau lijkt het Zorginstituut Nederland (ZiNL) meer betrouwbare gegevens te hebben. Het ZIN heeft informatie over het totaal aantal personen dat extramurale behandeling heeft ontvangen door de AVG. Hieruit blijkt dat dit aantal over de jaren 2012 tot en met 2014 redelijk stabiel blijft.

⁷⁵ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷⁶ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷⁷ Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht*.

Geraadpleegd op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patiënt-verdient-meer-zorg-en-aandacht>

⁷⁸ Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.

Administratieve onduidelijkheden leiden dus soms tot onjuist of helemaal niet declareren van kosten, waardoor het cijfermatige inzicht onvolledig is. Vanaf 2016 is er een aparte declaratiecode voor extramurale inzet van de AVG en de specialist ouderengeneeskunde. In een volgend advies kan wellicht een duidelijker beeld verkregen worden van de omvang van de extramurale inzet van de AVG. Waarschijnlijk is een deel van de daadwerkelijke inzet van de AVG (nog) niet zichtbaar in het cijfermateriaal. Daarom verhoogt het Capaciteitsorgaan de parameterwaarde voor horizontale substitutie in 2016 iets in vergelijking met 2013: **+0,5% tot +1%**.

6.6 Verticale substitutie

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

Kiwa Carity onderzocht de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en vergeleek de situatie in 2010 en 2014. Het blijkt dat in steeds meer zorginstellingen een praktijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist de AVG ondersteunt.^{79,80} Het percentage organisaties dat in 2014 praktijkverpleegkundigen in dienst had, is in vergelijking met 2010 met bijna 20% gestegen. De toename van organisaties met verpleegkundig specialisten bedroeg zo'n 5%. Deze resultaten waren nog niet beschikbaar voor de raming van 2013. De in die raming gehanteerde parameterwaarden (-0,2% tot -0,4%) zijn daardoor mogelijk te laag.

In 2015-2016 is opnieuw onderzoek gedaan naar de werksetting van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Door de beroepsgroepen zelf te bevragen op waar en hoeveel tijd zij werken, is inzicht verkregen o.a. in de inzet van deze beroepen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en ouderenzorg.^{81, 82} Uit dit onderzoek van Kiwa Carity blijkt dat er op 1 januari 2016 ruim 2.600 verpleegkundig specialisten en bijna 800 physician assistants werkzaam zijn in Nederland. In de zorg voor verstandelijk gehandicapten werken inmiddels 45 verpleegkundig specialisten (34 fte). In vergelijking met de 28 die in 2012 in de sector werkten (22 fte), is dit een groei van 60% in personen en 54% in fte. Er werken geen physician assistants in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De toename van het aantal verpleegkundig specialisten is bevorderend voor de verticale substitutie. Deze toename kan echter geremd worden door het blijvende tekort aan hbo-opgeleide verpleegkundigen.

In 2013 constateerde het Capaciteitsorgaan dat personeelstekorten de verticale substitutie hinderen. Dit kwam met name doordat er in vergelijking met vroeger veel minder verpleegkundigen op hbo-niveau (tegenwoordig NLQF niveau 6⁸³) werken. Dit belemmert de doorstroom naar de post-hbo opleidingen. De resultaten van recente onderzoeken naar de Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

⁷⁹ Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁸⁰ Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁸¹ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

⁸² Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

⁸³ Het Nederlands Kwalificatieraamwerk NLQF is opgezet ter ondersteuning van een leven lang leren en heeft als doel een bijdrage te leveren aan de arbeidsmobiliteit. Het raamwerk telt acht niveaus, van basiseducatie tot universiteit, en beschrijft per niveau de bijbehorende kennis en vaardigheden en de mate van verantwoordelijkheid en zelfstandigheid.

tonen aan dat het tekort aan hoog opgeleid verplegend personeel nog altijd toeneemt. Deze onderzoeken stellen dat er een algemene vraag is naar hoog opgeleid personeel, terwijl het aanbod van gekwalificeerd personeel uit de opleidingen na 2016 zal afnemen. Aan hbo-verpleegkundigen is nu al een tekort. Desondanks beperken de hbo-v opleidingen de instroom, onder meer vanwege een groot gebrek aan stageplaatsen.^{84,85} Uit cijfers van het CBS blijkt dat er in 2013 in het BIG-register 188.000 verpleegkundigen waren geregistreerd die in de zorg werkzaam zijn. In 2014 waren dat er 161.000, 14% minder.⁸⁶ Een deel van de uitgeschreven verpleegkundigen werkt nog wel in de zorg, maar dan bijvoorbeeld in een leidinggevende positie. Als daarin echter geen direct contact met patiënten is, vervalt de registratie. Ook onvoldoende bijscholing of het werken onder het opleidingsniveau, kunnen reden zijn voor het doorhalen van de registratie van verpleegkundigen. De kans dat de AVG oneigenlijke werkzaamheden verricht bij gebrek aan voldoende opgeleid verplegend personeel is reëel, maar lijkt gezien de samenstelling van de cliëntenpopulatie kleiner dan bijvoorbeeld bij de specialist ouderengeneeskunde.

In het Capaciteitsplan 2013 werd de trend genoemd dat de AVG activiteiten zou overnemen van psychologen die in instellingen als gedragsdeskundigen optreden maar geen BIG-registratie hebben. Dit wordt in het Capaciteitsplan 2015 voor de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg niet direct bevestigd, maar is volgens het veld wel gaande. In de GGZ-sector is een verschuiving van taken naar hogere opleidingsniveaus zichtbaar, vanwege de toenemende aandacht voor kwaliteit, eisen van zorgverzekeraars en de discussie rondom het hoofdbehandelaarschap.⁸⁷ Het is dus niet ondenkbaar dat de werkzaamheden van psychologen niet alleen verschuiven naar meer gespecialiseerde beroepsgroepen als GZ-psychologen en verpleegkundig specialisten GGZ, maar ook naar de AVG.

Bovenstaande gegevens wijzen erop dat de verticale substitutie inmiddels een betere kans maakt door de toename van verpleegkundig specialisten die in de sector werken. Het gebrek aan hbo-opgeleide verpleegkundigen blijft echter een belemmerende factor. Daarbij zou de AVG er zelfs werk bij kunnen krijgen van psychologen/gedragskundigen die niet aan de juiste registratie-eisen voldoen. Derhalve lijkt het redelijk om de parameterwaarden voor **verticale substitutie** in 2016 te stellen op **-0,2% als conservatieve waarde tot -0,5% als maximale waarde**. In 2013 waren deze parameterwaarden op respectievelijk -0,2% en -0,4% gesteld.

⁸⁴ Essen, G. van, Kramer, S., Velde, F. van der & Windt, W. van der (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015: Integrerend rapport*. Den Haag: CAOP.

⁸⁵ Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.

⁸⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, maart). *CBS: Minder geregistreerde verpleegkundigen*. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2016/minder-geregistreerde-verpleegkundigen-2014.htm>

⁸⁷ Capaciteitsorgaan (2015). *Capaciteitsplan 2015: Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.

6.7 Conclusie werkproces

Tabel 19 toont de parameters uit het werkproces die in de huidige raming worden gehanteerd. Ter vergelijking zijn de overeenkomstige waarden uit de Capaciteitsplannen van 2010 en 2013 ook in de tabel opgenomen.

Tabel 19: Parameterwaarden werkproces AVG per jaar

Parameter	Capaciteitsplan					
	2010		2013		2016	
	Minimaal	Maximaal	Minimaal	Maximaal	Minimaal	Maximaal
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+0,6%	+1%	+1%	+2%	+1%	+2%
Technologische ontwikkelingen	0%	-0,2%	0%	-0,2%	0%	-0,2%
Efficiency	0%	0%	-0,5%	-1%	-0,2%	-1,5%
Horizontale substitutie	0%	0%	+0,4%	+0,8%	+0,5%	+1%
Verticale substitutie	0%	-0,1%	-0,2%	-0,4%	-0,2%	-0,5%



7 Scenario's

7.1 Inleiding

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

In deze raming is dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2013. De benaming van de scenario's, voorheen varianten, is niet altijd dezelfde als in 2013. De scenariobenaming is aangepast om nog beter aan te sluiten bij de inhoud van het betreffende scenario.

In tabel 20 is voor de verschillende scenario's aangegeven welke parameters er een rol in spelen. (Zie ook paragraaf 1.4). De twee scenario's met de arbeidstijdverandering (4 en 5) zijn in dit deelrapport niet uitgewerkt. Een arbeidstijdverandering wordt namelijk bij de AVG, die veelal in loondienst werken, niet waarschijnlijk geacht. Deze scenario's zijn wel terug te vinden in het tabellenboek van NIVEL en Kiwa Carity, dat op de websites van het Capaciteitsorgaan en het NIVEL gepubliceerd wordt. De waarden zijn gelijk aan die van de voorgaande scenario's 2 en 3, omdat de arbeidstijdverandering voor alle AVG op 0% is gesteld. In de volgende paragrafen worden naast het basisscenario (scenario 0) dus zeven van de negen alternatieve scenario's behandeld.

De scenario's zijn als volgt opgebouwd (tabel 20):

Tabel 20: Gehanteerde parameters per scenario

Scenario's										
	Basis	Demografie	Werkproces, tijdelijke trends (t.t.)	Werkproces, doorlopende trends (d.t)	Arbeidstijdverandering, t.t.	Arbeidstijdverandering, d.t.	Verticale substitutie, t.t.	Verticale substitutie, d.t.	Maximale parameterwaarden, t.t.	Maximale parameterwaarden, d.t.
Parameters/trends	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vraag										
Onvervulde vraag	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Demografie	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Epidemiologie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Epidemiologie, maximale waarde	-								√-	√
Sociaal-cultureel, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Sociaal-cultureel, maximale waarde	-								√-	√
Werkproces										
Vakinhoudelijk, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Vakinhoudelijk, maximale waarde	-								√-	√
Technologie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Technologie, maximale waarde	-								√-	√
Efficiency, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Efficiency, maximale waarde	-								√-	√
Horizontale substitutie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Horizontale substitutie, maximale waarde	-								√-	√
Verticale substitutie, minimale waarde	-						√-	√		
Verticale substitutie, maximale waarde	-								√-	√
Aanbod										
Arbeidstijdverandering	-				√-	√	√-	√	√-	√
Huidige instroom in de opleiding	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

√-: parameter werkt 10 jaar door, tot 2026 (tijdelijke trend)

√: parameter blijft onbepikt doorwerken (doorlopende trend)

7.2 Basisscenario (0)

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

7.3 Demografiescenario (1)

Het demografiescenario bevat geen parameters die beleidsgevoelig zijn, daarom wordt het ook wel het beleidsarme scenario genoemd. Het wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere scenario's. In het demografiescenario wordt de huidige zorgvraag berekend door het huidige aantal fte beroepsbeoefenaren aan te vullen met de huidige onvervulde vraag, gemeten in fte. Dat aantal fte is het uitgangspunt voor de zorgvraag. Dit cijfer wordt vervolgens ge xtrapoleerd op basis van de parameterwaarden die voor demografie zijn berekend. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2021, 2026, 2031 en 2036.

In de ramingen wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaar : 2028 voor de korte termijn en 2034 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang. Het eerste evenwichtsjaar, 2028, wordt immers pas over 12 jaar bereikt. Het advies uit dit deelrapport wordt echter in 2018 pas in de praktijk ge mplementeerd. In 2021, 3 jaar later, worden de eerste AVG van deze lichting ingeschreven in het register. De laatste specialisten die in 2028 in het register komen starten in 2025 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2025, oftewel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent het dat de opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2031, oftewel 13 jaar.

De zorgvraag wordt geraamd voor de twee evenwichtsjaar . Vervolgens bepaalt het Capaciteitsorgaan de huidige beschikbare capaciteit aan AVG en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios. Op basis hiervan wordt berekend hoeveel van deze AVG in 2028 en 2034 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2028/2034 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2018.

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

Deze twee scenario's vullen het demografiescenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen voor onvervulde vraag en demografie, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren gecorrigeerd. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Daarbij wordt nu gekeken naar een aantal geschatte parameters in het werkproces: vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Als een parameter twee waardes toegekend heeft gekregen, wordt de minimale (dichtst bij 0% liggende, behoudende) waarde gehanteerd in deze twee scenario's. De trends in het werkproces kunnen na 10 jaar stopgezet worden (scenario 2, met tijdelijke trend) of gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (scenario 3, met doorlopende trend). Onbekend is namelijk of

alle parameters gedurende de hele looptijd van de raming zullen blijven doorwerken zoals de experts verwachten.

Voor de parameters sociaal-culturele ontwikkelingen en horizontale substitutie zijn gevoelig voor beleidsontwikkelingen. Experts bevestigen dit in de schattingen voor de AVG. Zowel intramuraal als extramuraal blijft de zorgvraag stijgen. Door het extramuraliseringsbeleid van de overheid blijven meer verstandelijk gehandicapten thuis wonen. Zij zijn voor medische problemen in eerste instantie aangewezen op de huisartsenzorg. Huisartsen beschikken niet altijd over de specifieke kennis, sociaal-communicatieve vaardigheden en tijd om deze doelgroep adequaat te helpen. Daarom kunnen zij hun verstandelijk gehandicapte patiënten verwijzen naar de AVG of advies vragen aan de AVG. De verwachting is dat de samenwerking tussen huisarts en AVG in de komende jaren beter en gemakkelijker wordt door het slechten van financiële barrières. Dan neemt de vraag naar AVG toe. Dit vertaalt zich in parameterwaarden voor sociaal-culturele ontwikkelingen van +1% tot +3% en voor horizontale substitutie van +0,5% tot +1% jaarlijkse groei.

7.5 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trend (7)

In het zesde en het zevende scenario berekent het Capaciteitsorgaan alle zorgvraag- en werkprocesparameters door. Ook het effect van verticale substitutie op de geraamde zorgvraag wordt dus meegenomen: als er taken verschuiven naar lager opgeleide professionals wordt de behoefte aan AVG mogelijk minder. Dit zijn de meest beleidsrijke scenario's die het Capaciteitsorgaan hanteert. Verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de betrokken beroepsgroepen, de werkgevers, de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie lijkt binnen de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten meer op gang te komen. In vorige Capaciteitsplannen (2010, 2013) werd er ook al rekening mee gehouden. Er is een aanzienlijke toename van verpleegkundig specialisten in de verstandelijk gehandicaptenzorg.⁸⁸ Er werken echter geen physician assistants in deze sector.⁸⁹ Dit blijkt uit recente rapporten over de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Er is echter een gerede kans dat de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant in de komende jaren zal stagneren. Dat komt door het aanhoudende gebrek aan hoger opgeleide verpleegkundigen. De verticale substitutie zal dan ook geen verdere opmars maken. Daarnaast is het aantal basisartsen en aios AVG dat werkt in zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten behoorlijk toegenomen. Daarom hebben de experts de parameter verticale substitutie voor de AVG behoudend vastgesteld op -0,2% tot -0,5% per jaar.

7.6 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trend (9)

Ten slotte heeft het Capaciteitsorgaan voor de AVG twee scenario's uitgewerkt waarin voor alle parameterwaarden de maximale waarde is gehanteerd. De instroomaantallen die uit deze 'maximale scenario's met tijdelijke of doorlopende trend' volgen, geven informatie aan de beleidsmakers over de maximale bandbreedte die volgens de experts mogelijk is. De kans dat deze

⁸⁸ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

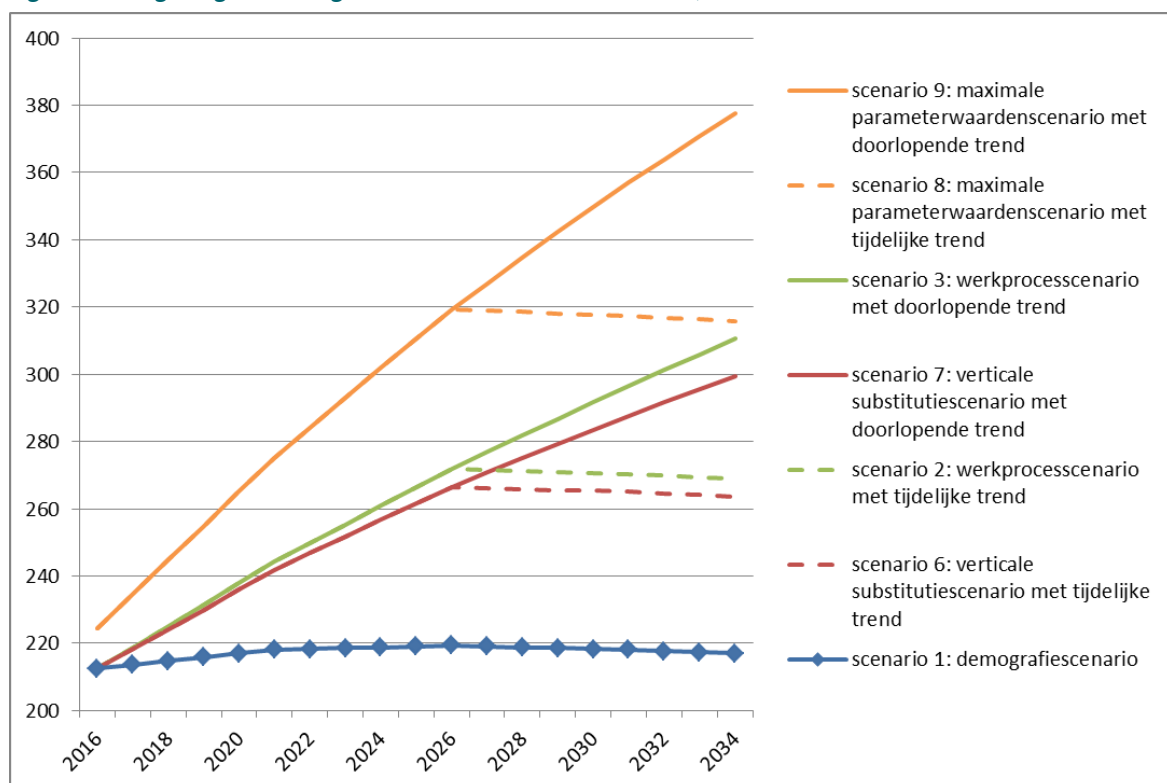
⁸⁹ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

scenario's zich in werkelijkheid gaan voordoen - dus de kans dat alle parameters tegelijkertijd voor de gehele looptijd van de raming op hun meest extreme waarde zullen doorwerken - is klein.

7.7 Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario

Figuur 10 geeft een voorspelling van de zorgvraag weer in de zeven relevante scenario's in de periode 2016 - 2034. De opbouw van de scenario's is cumulatief. Dit wil zeggen dat het Capaciteitsorgaan steeds meer parameters betreft bij de scenario's.

Figuur 11: Zorgvraag in benodigd aantal fte AVG voor 7 scenario's, 2016-2034



Te zien is dat in het eerste scenario, het demografiescenario, de verandering van de zorgvraag beperkt is. In dit beleidsarme scenario worden immers alleen on vervulde vraag en demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen. De zorgvraag stijgt van 213 fte AVG in 2016 naar 219 fte in de jaren 2023 – 2029, om vervolgens af te vlakken naar 217 fte in het jaar 2034. In scenario 2 en 3, de werkprocesscenario's, wordt naast de on vervulde vraag en de demografie ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een aantal parameters uit het werkproces. Er komen bij: epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. Deze toevoeging resulteert in twee (groene) lijnen die een veel hogere hellingshoek hebben dan het demografiescenario. Daarbij breekt de lijn met tijdelijke trend na 10 jaar af (onderbroken groene lijn) en krijgt dan dezelfde hellingshoek als het demografiescenario. De twee werkprocesscenario's leiden tot een verwachte vraag naar AVG van 269 fte (scenario met tijdelijke trend) of 311 fte (scenario met doorgaande trend) in 2034.

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

Scenario 6 en 7 zijn de verticale substitutiescenario's met tijdelijke en met doorgaande trend. Deze bevatten ook de effecten van verticale substitutie. De zorgvraag stijgt in deze twee scenario's naar respectievelijk 264 en 299 fte in 2034. De zorgvraag ligt in deze scenario's lager dan in de werkprocesscenario's (2 en 3). Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van de verschuiving van taken naar ondersteunende beroepen zoals de verpleegkundig specialist: hierdoor zullen er minder AVG nodig zijn.

In de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) wordt voor alle parameters in plaats van de conservatieve, minimale waarde de hoogste waarde gebruikt. De voorspelde vraag naar AVG stijgt in 2034 naar een maximum van 316 fte in het scenario met tijdelijke trend en naar 377 fte in het scenario met doorgaande trend. Deze waarden vormen de bovenkant van de bandbreedte van de verwachte zorgvraag. De onderkant wordt gevormd door het demografiescenario. Van alle mogelijke scenario's in 2034 zijn een zorgvraag van 217 fte en 377 fte de twee uitersten.

Tabel 21 vat de gegevens uit figuur 10 samen, waarbij naast de geraamde zorgvraag in fte ook het benodigde aantal personen per scenario en evenwichtsjaar is weergegeven.

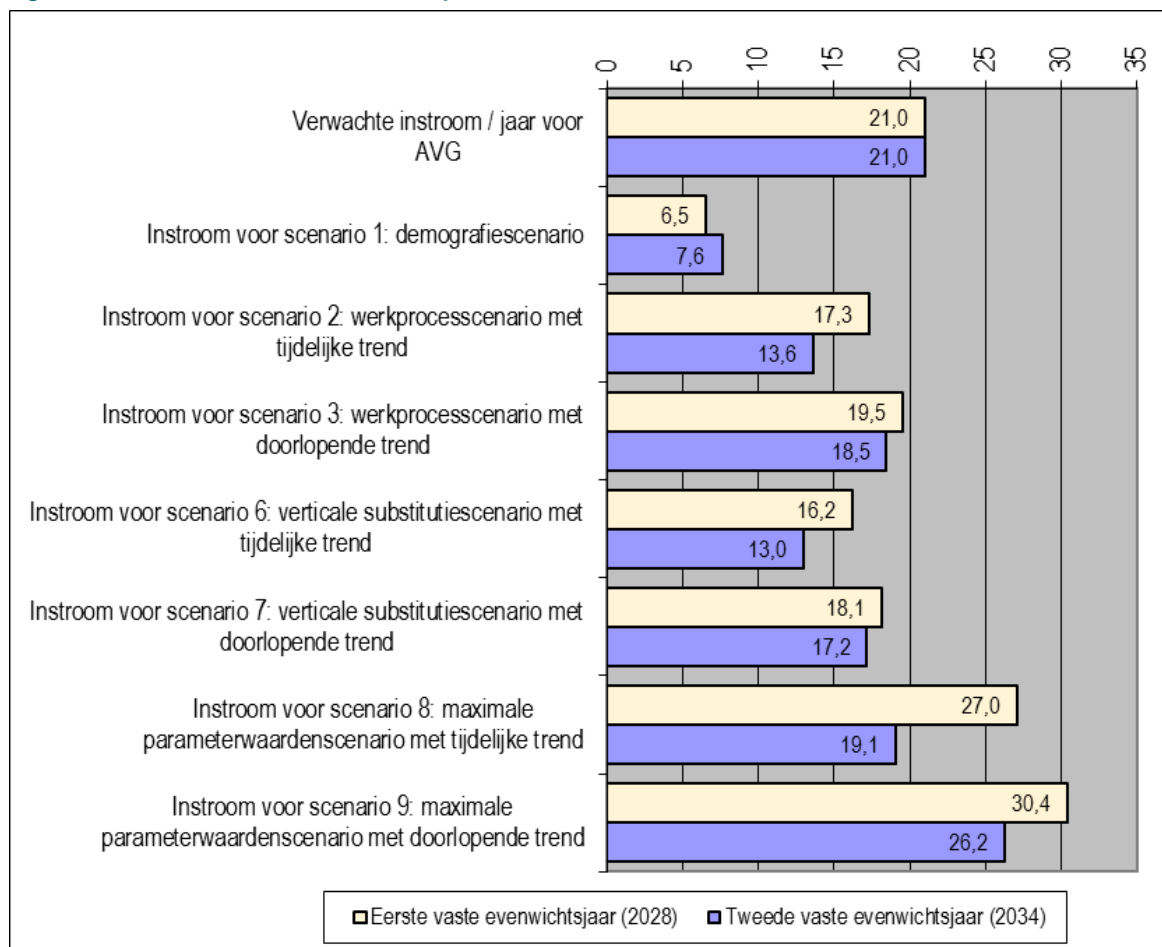
Tabel 21: Geraamde zorgvraag AVG in aantal fte en aantal personen per scenario, bij evenwicht te bereiken in 2028 of in 2034

Scenario	Evenwichtsjaar	Benodigd aantal fte		Benodigd aantal AVG	
		2028	2034	2028	2034
1: demografiescenario		219 fte	217 fte	261	260
2: werkprocesscenario met tijdelijke trend		271 fte	269 fte	324	322
3: werkprocesscenario met doorlopende trend		282 fte	311 fte	337	372
6: verticale substitutiescenario met tijdelijke trend		266 fte	264 fte	318	316
7: verticale substitutiescenario met doorgaande trend		275 fte	299 fte	329	359
8: maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend		318 fte	316 fte	381	378
9: maximale parameterwaardenscenario met doorlopende trend		335 fte	377 fte	400	452

7.8 Benodigde instroom aios AVG per scenario

In figuur 11 wordt grafisch getoond welke instroom aan aios AVG vanaf 2018 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2028 of 2034 in evenwicht te brengen.

Figuur 12: Instroom aios AVG vanaf 2018 per scenario voor evenwicht in 2028 of 2034



Het heeft effect op de geadviseerde instroom of een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2028 of 2034 bereikt moet worden. De periode waarover ingegrepen kan worden, start pas in 2018 (met effectuering in het veld van een eventuele verandering in de instroom in de opleiding). Als er evenwicht moet zijn in 2028 is 2025 het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2028 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt voor AVG. Keuze voor het evenwichtsjaar 2034 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen.

Een langere bijsturingperiode levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten, omdat de benodigde verandering over meer tijd gespreid kan worden. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod op dit moment, ook al zou de resulterende benodigde instroom van aios dan hoger kunnen uitvallen dan bij het evenwicht op de lange termijn, omdat er minder tijd is om bij te sturen. In de huidige raming is dat bij alle scenario's het geval, behalve bij het demografiescenario (1).

Figuur 11 laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG (afgerond) een bandbreedte heeft van 7 tot 30 aios. Momenteel is de instroom gemiddeld over de laatste 3 jaar 21 aios per jaar. De instroom zou in het beleidsarme demografiescenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de on vervulde vraag) toe kunnen met 7 aios per jaar voor evenwicht in 2028 en 8 voor evenwicht in 2034.

Indien gekozen wordt voor de werkprocesscenario's (2 of 3, met toevoeging van minimaal ingeschatte epidemiologische, sociaal-culturele factoren en een aantal werkprocesfactoren) is een instroom van 14 tot 20 aios AVG nodig, afhankelijk van het gekozen evenwichtsjaar. Bij aanname van een tijdelijke trend (scenario 2) is voor het bereiken van het evenwicht in 2028 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 17 aios nodig. Indien men voor het inlopen van het huidige tekort aan AVG zes jaar langer de tijd neemt, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 14 aios. Beide getallen zijn iets hoger als wordt gekozen voor scenario 3, het werkprocesscenario met doorlopende trend. Voor evenwicht in 2028 of 2034 is aan instromers dan respectievelijk 20 en 19 aios AVG per jaar nodig.

In de volgende twee scenario's, 6 en 7, wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de scenario's 2 en 3 (Arbeidstijdverandering is ook toegevoegd, maar de waarde is 0%, dus zonder effect.) Dat leidt uiteraard tot een lichte afname van de behoefte aan AVG en daarmee aan de benodigde instroom van aios. Bij het verticale substitutiescenario met tijdelijke trend (6) wordt de instroom dan 16 aios bij een evenwicht in 2028 en 13 aios voor een in 2034 te bereiken evenwicht. Indien de trends doorwerken, zoals in scenario 7, komt de benodigde instroom voor een evenwicht in 2028 op 18 aios terwijl voor evenwicht in 2034 een jaarlijkse instroom van 17 aios gevraagd is.

De twee maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) gaan voor alle beschreven parameters uit van de meest extreme waarden waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend (8) vraagt om een jaarlijkse instroom van 27 of 19 aios om in 2028 respectievelijk 2034 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij een doorgaande trend (scenario 9) zijn 30 of 26 nieuwe aios per jaar nodig.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk kiest het Capaciteitsorgaan de meest passende scenario's voor een advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot AVG met ingang van 2018. Deze keuze wordt bepaald door de zichtbare en verwachte beleidsontwikkelingen en de belangrijkste onzekerheden daarover op dit moment. Deze zijn samengevat in de paragrafen 8.2 en 8.3. In paragraaf 8.4 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke twee scenario's het meest waarschijnlijk zijn. Ten slotte staat in paragraaf 8.5 het advies dat de minister in 2016 ontvangt over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot AVG.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 Beleid beroepsgroep

De wetenschappelijke vereniging NVAVG staat op het standpunt dat de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten door de AVG en de huisarts overlap vertoont. Er is echter specifieke AVG-zorg die de huisarts niet kan verlenen en er is huisartsenzorg waarin de AVG niet bekwaam is. De beroepsvereniging legde dit in 2012 vast in een 'productenboek'.⁹⁰ Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen algemene medische zorg en doelgroepspecifieke medische zorg. Huisartsen verzorgen inmiddels steeds vaker de algemeen medische en minder complexe zorg, ook wanneer de cliënt in een zorginstelling verblijft. De AVG kan zich steeds meer richten op de doelgroepspecifieke, tweedelijns specialistische zorg. Hij doet dat binnen en buiten de zorginstellingen, bijvoorbeeld via de AVG-poliklinieken, waarvan er inmiddels in Nederland bijna 90 zijn. De complexe regelgeving rondom de financiering van de zorg aan verstandelijk gehandicapten buiten de zorginstellingen levert in de praktijk veel knelpunten op voor de inzet van de AVG. Naar verwachting zal dit vanaf 2018 verbeteren, wanneer de extramurale behandeling wordt ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet.

8.2.2 Beleid overheid

De overheid heeft het specialisme AVG in 2000 erkend, om de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in Nederland op eenzelfde niveau te brengen als de zorg voor andere bevolkingsgroepen. Daarbij creëerde de overheid in 2002 bewust de mogelijkheid voor een poliklinisch consult bij de AVG. Verder heeft de overheid ingestemd met de adviezen van het Capaciteitsorgaan in 2010 en 2013 om de gesignaleerde tekorten aan AVG snel in te lopen. Dit gebeurde door subsidiëring van de maximaal geadviseerde aantallen instromers in de erkende medische vervolgopleiding AVG.

In 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht geworden ter vervanging van de AWBZ. In deze nieuwe wet zijn de criteria voor de toegang tot intramurale zorg aanzienlijk aangescherpt. Verstandelijk gehandicapten met een indicatie voor een laag ZZP (VG 1-3) hebben geen recht meer op verblijf in een zorginstelling. De intramurale populatie kenmerkt zich inmiddels door complexere/zwaardere problematiek.

⁹⁰ Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2012). *Zorgaanbod van de AVG: Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?* Enschede: Auteur.

De verwachting is dat het extramuraliseringsbeleid zal leiden tot minder intramurale cliënten. Er zijn op dit moment nog geen cijfers die deze aanname ondersteunen. Diverse onderzoeken uit de afgelopen jaren geven vooral het beeld dat de vraag naar zorg blijft stijgen, ook intramuraal. Het kabinetsbeleid om verstandelijk gehandicapten langer zelfstandig te laten wonen, heeft nog geen groot effect. Zorginstellingen kiezen om organisatorische en financiële redenen juist weer meer voor schaalvergroting en centralisatie.

8.2.3 Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot een steeds individualistischer ingestelde samenleving. Ontwikkeling en benutting van de eigen mogelijkheden staan voorop. Participatie, ook door de meest kwetsbare groepen, wordt benadrukt. Hierdoor neemt de druk toe op verstandelijk gehandicapten om zelfstandig te functioneren. Vaak ontbreekt het hen daartoe aan de juiste vaardigheden en ondersteuning. In een samenleving waar de onderlinge solidariteit is afgenomen, dreigen zij alsnog tussen wal en schip te raken. Beschutte werkplekken staan onder druk nu het systeem van sociale werkplaatsen wordt omgevormd en alternatieven binnen reguliere bedrijven en organisaties moeten worden gecreëerd. Ook zijn er onvoldoende geschikte woonvormen en zelfstandige woningen voor verstandelijk gehandicapten die geen indicatie meer hebben voor verblijf in een zorginstelling.

8.2.4 Taakherschikking

De horizontale taakherschikking naar de huisarts zal geen grote ontwikkelingen meer doormaken. Huisartsen voeren niet vaak meer AVG-taken uit bij zorginstellingen, maar worden wel ingezet voor de algemeen medische huisartsenzorg. Voor de medisch specialistische zorg aan de groeiende groep extramuraal verblijvende verstandelijk gehandicapten zullen huisartsen vaker de expertise van de AVG willen inschakelen. Hier is wel een toenemende vraag naar AVG te verwachten. Binnen de zorginstellingen is het aandeel basisartsen toegenomen. Dit kan wijzen op horizontale substitutie, maar gezien het hoge vacaturepercentage voor AVG (6 tot 12%) kan het ook dienen om het heersende tekort aan AVG op te vangen. In de verticale substitutie zit positieve ontwikkeling. Per 2016 zijn 45 verpleegkundig specialisten (34 fte) werkzaam in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In 2012 waren dat er 28 (22 fte). In 2008 werkten er nog geen verpleegkundig specialisten in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Physician assistants zijn niet werkzaam in deze sector.

8.2.5 Beleid opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen

Tot en met 2015 was het opleidingsinstituut AVG (onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam) voor de werving en selectie van voldoende aios afhankelijk van de opleidingsinstellingen. Deze slaagden er de afgelopen jaren niet in om de beschikbare subsidieruimte volledig te benutten. Voor de opleidingsgroepen die starten vanaf 2016 wordt de werving, selectie en plaatsing centraal georganiseerd door het opleidingsinstituut AVG. De aios komen in dienst van de Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen (SBOH), net zoals aios van de opleidingen huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde. Dit biedt meer flexibiliteit, onder meer voor het deels volgen van de opleiding bij een andere opleidingsinstelling.

Belangrijke inhoudelijke veranderingen in het opleidingscurriculum zijn de afname van huisartsgeneeskundige elementen, de toegenomen mogelijkheden voor verkorting en verlenging van opleidingstrajecten en het toepassen van mogelijkheden voor digitalisering van het onderwijs.

8.2.6 Buitenland

Het specialisme AVG is alleen in Nederland een erkend medisch specialisme. Er is daarom geen instroom uit het buitenland waarmee rekening gehouden moet worden. De uitstroom naar het buitenland is incidenteel.

8.2.7 Relatie met andere adviezen

De AVG bevindt zich in een welomschreven niche, die weinig daadwerkelijke interferentie kent met andere adviezen van het Capaciteitsorgaan. Bij het specialisme huisartsgeneeskunde (deelrapport 2) krijgt de zorg aan kwetsbare groepen steeds meer aandacht. Toch is de invloed die de doelgroep verstandelijk gehandicapten (in totaal ca. 150.000 personen) heeft op 17 miljoen inwoners te klein om in het advies huisartsgeneeskunde een rol van betekenis te spelen. De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten is toegenomen. De levensverwachting van licht verstandelijk gehandicapten ontloopt die van de algemene bevolking niet veel meer. Er is dus een groep cliënten die zowel AVG-zorg als ouderenzorg ontvangt. In het Capaciteitsplan voor specialisten ouderengeneeskunde (deelrapport 5) is dit ook benoemd. De zorg voor ouderen met een verstandelijke beperking is bij beide betrokken specialismen onder de aandacht. Ten slotte is er een relatie met de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg. (Het meest recente rapport is uitgebracht in 2015.) Ook hiervoor is niet te verwachten dat de zorg voor verstandelijk gehandicapten een leidend thema wordt.

8.3 Onzekerheden

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

8.3.1 Vraag

In de afgelopen jaren is er steeds meer bekend geworden over de ontwikkeling in de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten en de effecten die dit zal hebben op de zorgvraag. Ook zijn er steeds meer gegevens beschikbaar over het zorggebruik door verstandelijk gehandicapten. Daarmee zijn inmiddels goede berekeningen van de parameter demografie mogelijk. De onzekerheid die er bij vorige ramingen nog bestond over demografische ontwikkelingen bij verstandelijk gehandicapten is daarmee goeddeels weggewerkt.

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen. De wetswijzigingen in de langdurige zorg hebben grote consequenties voor de verhoudingen tussen intramurale en extramurale zorg. Er zijn nog onvoldoende data beschikbaar om precies te kunnen zeggen hoe de vraag naar intramurale en extramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten zich ontwikkelt. Mogelijk neemt het aandeel intramurale plaatsen minder af dan gedacht. Het aandeel kwetsbare oudere verstandelijk gehandicapten neemt toe. In hoeverre dit precies doorwerkt in de vraag naar AVG is nog niet duidelijk. Nu huisartsen een sleutelpositie

hebben gekregen in de zorg voor zelfstandig wonende kwetsbare groepen, waaronder de verstandelijk gehandicapten, groeit hun behoefte aan betere samenwerking met de AVG. Als over enkele jaren de grootste financiële barrières geslecht zijn en de samenwerking soepeler verloopt, is het de vraag of er voldoende AVG beschikbaar zijn in de poliklinische sector.

8.3.2 Aanbod

De vertrek- en de blijfkansen van de zittende AVG zijn de grootste onzekerheid van het aanbod. De vertrekkans van de mannen is in vergelijking met 2013 nog verder gedaald. Dit komt door de verhoging van de pensioenleeftijd en doordat er iets meer mannen jonger dan 45 jaar zijn. De vertrekkans van de vrouwen is iets gestegen. Dit komt doordat er meer vrouwelijke 50-plussers zijn. De meeste AVG zijn echter vrouwen tussen de 30 en 45 jaar en mannen ouder dan 55 jaar. De deeltijdfactor bij de vrouwen neemt gestaag toe. Die van de mannen schommelt wat meer, maar lijkt de laatste jaren in een dalende lijn te zitten. Dit kan te maken hebben met het geleidelijk afbouwen van de werkzaamheden tegen het einde van de loopbaan. Het is de vraag of de trend van dalende vertrekkansen nog verder doorgaat. Mogelijk stopt de AVG pas met werken bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Het verloop van dit soort conjunctuurafhankelijke ontwikkelingen zal de komende jaren duidelijk moeten worden.

De kans dat de AVG die nu nog in opleiding zijn in de komende 15 jaar werkzaam blijven in het vak, is voor de korte termijn (1 jaar na afstuderen) gestegen in vergelijking met 2013. Voor de langere termijn (5 tot 15 jaar na afstuderen) is het externe rendement echter gedaald, vooral voor de vrouwen. De vraag is of dit rendement nog verder zal dalen. Bij de doorgaande feminisering van het beroep, zal de benodigde instroom dan extra omhoog moeten.

8.3.3 Werkproces

In de vorige raming was het nog onduidelijk of verdere verticale substitutie in de verstandelijk gehandicaptenzorg mogelijk was. Er waren ook toen al te weinig hoger opgeleide verpleegkundigen in de zorginstellingen werkzaam. Het aantal verpleegkundig specialisten dat werkt in de sector is sinds 2012 echter met 60% toegenomen. Per 100 fte AVG is er nu 17,8 fte verpleegkundig specialist werkzaam. Daarmee staat geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten in de top 3 van geneeskundige specialismen waarbij de meeste verpleegkundig specialisten worden ingezet. Er is echter een kans dat deze ontwikkeling de komende jaren zal stagneren. Het aanhoudende tekort aan hbo-verpleegkundigen beperkt ook het aantal kandidaten voor de opleiding tot verpleegkundig specialist.

De taakverdeling tussen AVG en huisartsen is in de afgelopen jaren veranderd. Nog steeds is de discussie gaande over welke zorgtaken voor verstandelijk gehandicapten binnen zorginstellingen voor de AVG zijn en wat huisartsgeneeskundige taken zijn. Toch zullen hierin geen heel grote verschuivingen meer plaatsvinden.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen niet primair rekening met de haalbaarheid van een hogere of lagere instroom. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening worden gehouden met de belangen van de bij de opleiding betrokken partijen. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal aios AVG is uit continuïteitsoogpunt van belang voor het opleidingsinstituut en de opleidingsinstellingen.

Het aanstellingsbeleid van aios AVG is per 2016 gewijzigd, waardoor meer opleidingsplaatsen benut kunnen worden. In het verleden was het grootste probleem dat instellingen wel aios hadden, maar geen subsidie kregen, of juist wel subsidie ontvingen maar geen geschikte aios konden vinden. Nu is het selecteren van voldoende geschikte aios uit de weg, maar is de match soms moeilijk te maken door bijvoorbeeld te grote afstanden in woon-werklocatie.

Het opleidingsinstituut kan maximaal 24 aios per jaar laten instromen in de opleiding. Tot nu is dit aantal nog niet gehaald, omdat er onvoldoende plaatsen bij de opleidingsinstellingen beschikbaar zijn.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

Sinds 2009 onderzoekt het Capaciteitsorgaan met enige regelmaat de belangstelling van basisartsen voor de verschillende vervolgoopleidingen. Dit gebeurde voor het laatst in de eerste helft van 2016. Het vak van AVG is niet populair. Van de basisartsen heeft 0,2% het specialisme als eerste voorkeur aangemerkt; 0,8% gaf het als tweede voorkeur op. In 2012 was de opleiding tot AVG voor geen enkele basisarts de eerste voorkeur en kwam het voor 0,7% van de respondenten op de tweede plaats. Desondanks is de instroom in de afgelopen jaren langzaam toegenomen. Het totaal aantal aios AVG is in de periode 2005 - 2015 gestegen van 34 naar 55. De bekendheid en het aanzien van het specialisme zijn groeiende. Dit komt onder meer door het brede, multidisciplinaire karakter ervan en de nadruk die in het opleidingscurriculum ligt op wetenschappelijke vorming.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan kiest in het geval van het specialisme AVG voor twee verschillende scenario's als meest waarschijnlijke: het verticale substitutiescenario met tijdelijke trend (scenario 6) en het verticale substitutiescenario met doorgaande trend (scenario 7). In deze scenario's werken alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters inclusief verticale substitutie op hun minimaal ingeschatte waarden door.

Demografisch gezien lijkt de groei van de groep verstandelijk gehandicapten zo langzamerhand een grens bereikt te hebben. De hervormingen in de langdurige zorg en de druk op verstandelijk gehandicapten vanuit de participatiemaatschappij leiden tot een grotere vraag naar AVG, met name in de poliklinische zorg. De AVG (vooral vrouwen) werkt meer uren en meer jaren door. Dat verhoogt de arbeidsmarktcapaciteit. Tegelijkertijd is de kans dat men na 5 tot 15 jaar nog steeds als AVG werkt meer gedaald dan in vorige ramingen is aangenomen. In het werkproces blijkt de verticale substitutie naar verpleegkundig specialisten goed op gang te zijn. De instroom in de opleiding is in de laatste jaren behoorlijk goed op peil gekomen.

Al met al lijken de inspanningen van de afgelopen jaren om het tekort aan AVG te bestrijden vruchten af te werpen. Daarom kan de opleiding over enkele jaren toe met een wat lagere instroom dan op dit moment. In de verticale substitutiescenario's wordt gerekend met de behoudende waarden van alle parameters: de effecten kunnen zich geheel of deels voordoen in de relevante tijdsspanne, maar het is ook mogelijk dat zij helemaal niet in werking treden. De minimale parameterwaarden zijn reële gemiddelden. Ook is onzeker of de effecten na 10 jaar nog altijd in dezelfde mate zullen doorwerken. Vandaar de keuze voor zowel het verticale substitutiescenario met tijdelijke als met doorlopende trend. Het Capaciteitsorgaan richt zich met de beleidskeuze bij beide scenario's op evenwicht op de korte termijn (2028). Er is immers nog altijd een tekort aan AVG

op dit moment, dat liefst zo snel mogelijk ingelopen dient te worden. Bovendien bieden deze scenario's een geleidelijke afbouw van aantallen aios. Dat is van belang voor het opleidingsinstituut en het veld in het kader van de continuïteit van organisatie en bedrijfsvoering.

8.5 Advies instroom

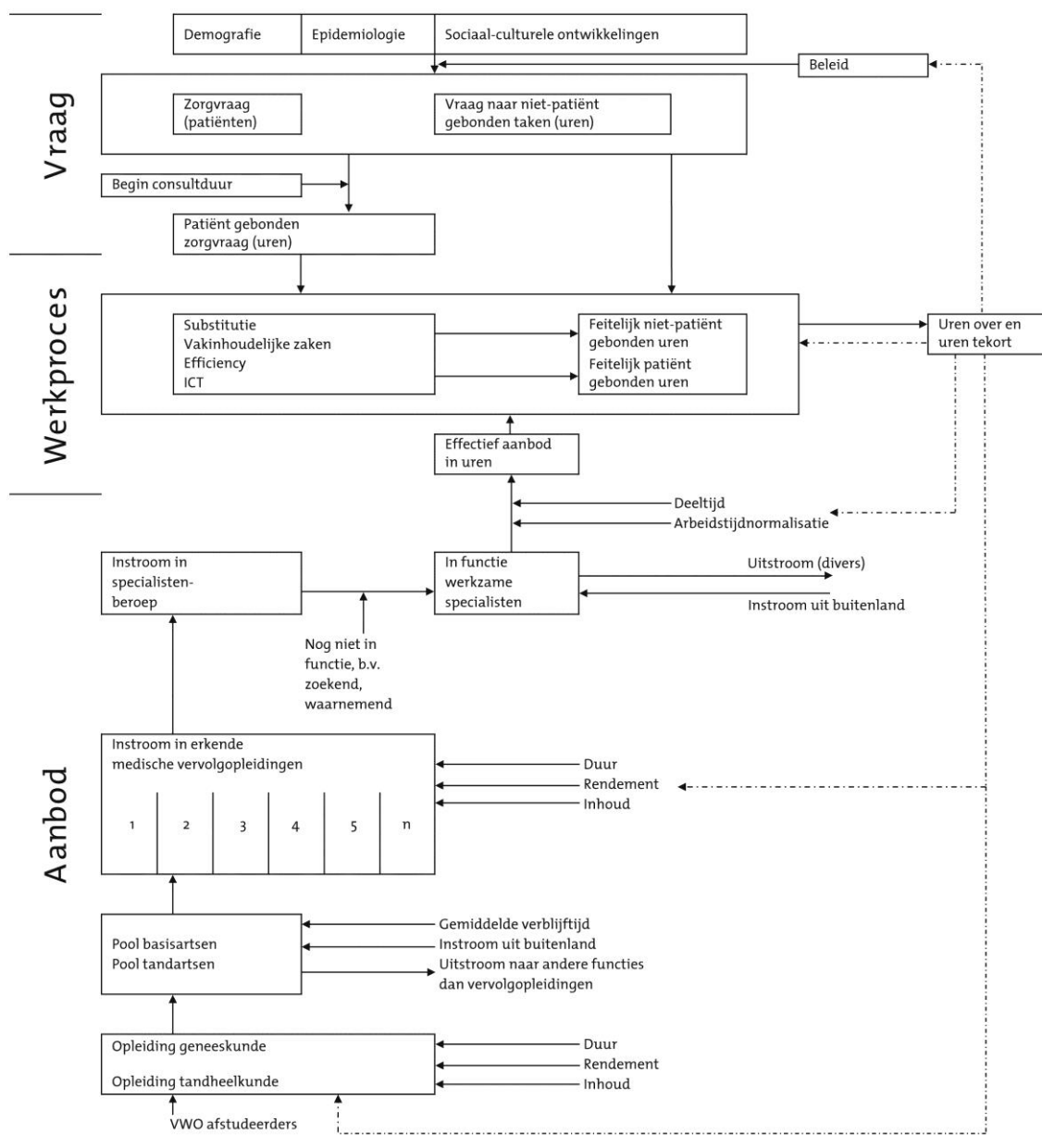
Het Capaciteitsorgaan adviseert de ondergrens van de instroom te bepalen op basis van het **verticale substitutiescenario met tijdelijke trend (scenario 6)**. Hierin wordt gerekend met de laagst ingeschatte waarden van alle zorgvraag- en werkprocesparameters. Er wordt uitgegaan van 10 jaar doorgaande trends en gestreefd naar evenwicht op de korte termijn (2028). Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **16 aios**.

Omdat de effecten van de beschreven parameters mogelijk langer doorlopen dan 10 jaar, wordt als bovengrens gekozen voor het **verticale substitutiescenario met doorlopende trend (scenario 7)**. Ook in dit scenario is met alle zorgvraag- en werkprocesparameters rekening gehouden, uitgaande van de minimale parameterwaarden, met onbeperkt doorgaande trend. Er is wederom gekozen voor evenwicht op de korte termijn (2028). Het instroomadvies komt bij dit scenario uit op **18 aios**.

Het Capaciteitsorgaan stelt dat deze twee instroomcijfers een veilige marge weergeven voor het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2028. Het instroomadvies volgt uit de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en doet recht aan de inspanningen en de belangen van de betrokken partijen om een stabiele opleiding te waarborgen.

Om deze redenen adviseert het Capaciteitsorgaan een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2018) van 16 tot 18 aios in de medische vervolgopleiding tot AVG, met een definitieve voorkeur voor een instroom van 18 aios per jaar.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Overzicht aannames per parameter 2008 - 2016

	Capaciteitsplan								
Parameter	2008	2010		2011*		2013		2016	
OPLEIDING									
Instroom opleiding gemiddeld	13,5	16		16		16		19	
Instroom opleiding voorgaand jaar	13	19		19		20		21	
% vrouwen in opleiding	80%	90%		90%		90%		87%	
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar		3 jaar		3 jaar		3 jaar	
Opleidings-rendement	87% tot 90%	89%		89%		89%		89%	
ZORGVRAAG									
Factor demografie	0,23%								
Na 5 jaar		0%		2,5%		2,5%		2,6%	
Na 10 jaar		0%		5%		5%		3,2%	
Na 15 jaar		0%		7,5%		7,5%		2,6%	
Na 20 jaar		0%		10%		10%		1,7%	
Factor epidemiologie	+ 0,1% tot + 0,2%	+ 0,1% tot + 0,2%		+ 0,1% tot + 0,2%		+ 0,1% tot + 0,2%		+ 0,1% tot + 0,2%	
Factor sociaal-cultureel	+ 0,8% tot + 1,3%	+ 0,8% tot + 1,3%		+ 0,8% tot + 1,3%		+ 0,5% tot + 1,5%		+ 1% tot + 3%	
Onvervulde vraag	+ 7% tot + 12%	+ 8% tot + 14%		+ 8% tot + 14%		+ 13% tot + 17%		+ 6% tot + 12%	
ZORGAANBOD									
Werkzame specialisten	170	192		192		208		237	
Aantal fte's	124	150		150		178		197	
Gemiddelde fte man	0,85	0,91		0,91		0,96		0,92	
Gemiddelde fte vrouw	0.65	0,80		0,80		0,82		0,82	
% werkzame vrouwen	61%	65%		65%		70%		74%	
Arbeidstijd-verandering	0%	0%		0%		0%		0%	
Uitstroom		Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 5 jaar	18%	29%	15%	29%	15%	26%	10%	26%	15%
Na 10 jaar	39%	53%	31%	53%	31%	63%	24%	45%	27%
Na 15 jaar	58%	81%	65%	81%	65%	80%	34%	61%	41%
Na 20 jaar	74%	89%	80%	89%	80%	87%	45%	72%	51%
	Capaciteitsplan								

Parameter	2008	2010	2011*	2013	2016	
Extern rendement					Man	Vrouw
Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	99%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	90%	90%	86,2%	85%
Na 15 jaar	85%	85%	85%	85%	84,4%	77,7%
Instroom buitenland	0	0	0	0	0	
WERKPROCES						
Vakinhoudelijk	+ 0,6% tot + 1%	+ 0,6% tot + 1%	+ 0,6% tot + 1%	+ 1% tot + 2%	+ 1% tot + 2%	
Technologie	0% tot - 0,2%	0% tot - 0,2%	0% tot - 0,2%	0% tot - 0,2%	0% tot - 0,2%	
Efficiency	0% tot + 0,2%	0%	0%	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,2% tot - 1,5%	
Substitutie horizontaal	0% tot + 0,2%	0%	0%	+ 0,4% tot + 0,8%	+ 0,5% tot + 1%	
Substitutie verticaal	+ 0,1% tot + 0,6%	0% tot - 0,1%	0% tot - 0,1%	- 0,2% tot - 0,4%	-0,2% tot - 0,5%	

* Tussentijds advies

Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Carity

Beroepsgroep: Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2016	2018	2026
Evenwichtsjaar 1 en 2		2028	2034
Parameterwaarden			
AANBOD IN 2016 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2036	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2016	62	175	237
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2016	26%	74%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2016	0,92	0,82	0,846
FTE per werkzame persoon in 2021	0,92	0,82	0,84
FTE per werkzame persoon in 2026	0,92	0,82	0,837
FTE per werkzame persoon in 2031	0,92	0,82	0,835
FTE per werkzame persoon in 2036	0,92	0,82	0,834
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2021	26%	15%	17,9%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2026	45%	27%	31,7%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2031	61%	41%	46,2%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2036	72%	51%	56,5%
VRAAG IN 2016 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2036	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2016	6%		12%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2021		2,6%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2026		3,2%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2031		2,6%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2036		1,7%	
Verandering per jaar agv epidemiologische ontwikkelingen	0,1%		0,2%
Verandering per jaar agv sociaal-culturele ontwikkelingen	1%		3%
Verandering per jaar agv vakinhoudelijke ontwikkelingen	1%		2%
Verandering per jaar agv efficiency	-0,2%		-1,7%
Verandering agv horizontale taakherschikking	0,5%		1%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,2%		-0,5%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0%		0%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2016	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2016	2,5	16,5	19
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2016	13%	87%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom tot aan het jaar 2016	3	3	3
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2016	89%	89%	89%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	99%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	86,2%	85%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	84,4%	77,7%	79%

Beroepsgroep: Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2016	2018	2026
Evenwichtsjaar 1 en 2		2028	2034
Parameterwaarden			
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2016 t/m 2017	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2016/2017	2,7	18,3	21
Geslachtsverdeling voor instroom in 2016/2017	13%	87%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom in 2016/2017	3	3	3
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2016/2017	89%	89%	89%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	99%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	86,2%	85%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	84,4%	77,7%	79%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2018	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2018	2,7	18,3	21
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2018	13%	87%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom vanaf het jaar 2018	3	3	3
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2018	89%	89%	89%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	99%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	86,2%	85%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	84,4%	77,7%	79%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2016	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2016	0	0	0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Rendement buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bijlage 4: Procedure en betrokken experts

De Werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten heeft dit deelrapport vastgesteld op 13 september 2016. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken op 12 oktober 2016 en formeel vastgesteld op 12 oktober 2016.

De samenstelling van de Werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten was op **13 september 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

Organisaties van opleidingsinstituten / opleidingsinstellingen

Mw. H. Veeren
Dhr. D.A. Rusch

Organisaties van zorgverzekeraars

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

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **12 oktober 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J.P.H. Drenth
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooij
Dhr. R.Ph. Smitshuijzen (vz Dagelijks Bestuur)
Mw. S. Querido

Organisaties van opleidingsinstituten / opleidingsinstellingen

Dhr. M.M. E. Levi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. S. Poppema
Dhr. J. Schaart
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Mw. J.G.W. Lensink (lid Dagelijks Bestuur)

Literatuurlijst

- Bekkema N., Veer, A. de, & Francke, A. (NIVEL, 2014). Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts & Wetenschap*, 57(5), p. 259.
- Bloemendaal, I., Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.
- Bloemendaal, I. (2015). *Organisatie van de medische zorg in organisaties voor verstandelijk gehandicapten en de caseload van AVG's: 2010 en 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.
- Brettschneider, E., & Wilken, J. P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam/Utrecht: B.V. Uitgeverij SWP en Kenniscentrum Sociale Innovatie -Hogeschool Utrecht
- Brunner, H.G., Gilissen, C., Hehir-Kwa, J.Y., Thung, D.T., Vorst, M. van de, Bon, B.W.M. van, . . . Veltman, J.A. (2014). Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. *Nature*, Vol. 511, pp. 344-347. doi: 10.1038/nature13394
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2015). *Capaciteitsplan 2015: Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015, september). *Levensverwachting; geslacht en leeftijd, vanaf 1950 (per jaar)*. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/Statweb>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, maart). *CBS: Minder geregistreerde verpleegkundigen*. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2016/minder-geregistreerde-verpleegkundigen-2014.htm>
- Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Trendrapportage 2013: Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Auteur.
- Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Langer Thuis: Jaarrapportage 2013 extramuralisering lage ZZP's*. Driebergen: Auteur.
- College voor de Rechten van de Mens (2016). *Inzicht in Inclusie. Werk, wonen en onderwijs: participatie van mensen met een beperking*. Utrecht: Auteur.
- Coppus, A.M.W. (2013). People with Intellectual Disability: What do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, pp. 6-16. doi: 10.1002/ddrr.1123
- Dieckmann, F. & Giovis, C. (2014). Demographic changes in the older adult population of persons with intellectual disability in Germany. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(3), 226-234. doi: 10.1111/jppi.12087
- Dieckmann, F., Giovis, C., & Offergeld, J. (2015). The life expectancy of people with intellectual disabilities in Germany. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 373-382. doi: 10.1111/jar.12193
- Dienst Uitvoering Onderwijs (2015). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2015*. Geraadpleegd op 30 mei 2016 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/Ingeschreven/wo_ingeschr/Ingeschrevenen_wo1.jsp
- Emerson, E., Glover, G., Hatton, C., & Wolstenholme, J. (2014). Trends in age-standardised mortality rates and life expectancy of people with learning disabilities in Sheffield over a 33-year period. *Tizard Learning Disability Review*, 19(2), 90 – 95. doi: 10.1108/TLDR-01-2014-0003

- Emerson, E. & Hatton, C. (2011). *Estimating future need for social care among adults with learning disabilities in England: An update*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op de website van de Improving Health and Lives Learning Disability Observatory: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/securefiles/160324_1128/IHaL2011-05FutureNeed.pdf
- Essen, G. van, Kramer, S., Velde, F. van der & Windt, W. van der (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015: Integreerend rapport*. Den Haag: CAOP.
- Hatton, C., Emerson, E., Glover, G., Robertson, J., Baines, S., & Christie, A. (2014). *People with Learning Disabilities in England 2013*. Geraadpleegd op 23 maart 2016 op de website van Public Health England: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/securefiles/160324_1145//People%20with%20learning%20disabilities%20in%20England%202013.pdf
- Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., & Russ, L. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study. *The Lancet*, 383, 889-895. doi:10.1016/S0140-6736(13)62026-7
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R. & Gennip, L. van (2015). *Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht*. Geraadpleegd op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patiënt-verdient-meer-zorg-en-aandacht>
- Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2010). *Handreiking Huisarts en AVG: Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 3 augustus 2016 op <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/modellen/2010--handreiking-ha-en-avg.pdf>
- Lauer, E. & McCallion, P. (2015). Mortality of people with intellectual and developmental disabilities from select US state disability service systems and medical claims data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 394-405. doi: 10.1111/jar.12191
- Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf
- McCarron, M., Carroll, R., Kelly, C., & McCallion, P. (2015). Mortality rates in the general Irish population compared to those with an intellectual disability from 2003 to 2012. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 406-413. doi: 10.1111/jar.12194
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2015). *AOW betaalbaar houden*. Geraadpleegd op 23 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/inhoud/aow-betalbaar-houden>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 12 juni). *Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2013*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/documenten/brief/2015/11/17/capaciteitsplan-2013-voor-de-medische-tandheelkundige-klinisch-technologische-en-psychologische-vervolgopleidingen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, december). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2016-01-01>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 23 mei). *Kamerbrief met reactie op SCP-rapport "Zorg beter begrepen"*. Geraadpleegd op 24 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/23/kamerbrief-met-reactie-op-rapport-zorg-beter-begrepen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 30 mei). *Kamerbrief over eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet per 2017*. Geraadpleegd op 31 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/30/kamerbrief-over-eerstelijns-verblijf-in-de-zorgverzekeringswet-per-2017>
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2012). *Zorgaanbod van de AVG: Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten?* Enschede: Auteur.
- Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.
- Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Puoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 591-599.
- Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.
- Putman, L., Verbeek-Oudijk, D., Klerk, M. de, & Eggink, E. (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Ras, M., Verbeek-Oudijk, D., & Eggink, E. (2013). *Lasten onder de loep: De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld*. Den Haag: SCP.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013). *Cijfertoel Kosten van Ziekten*. Geraadpleegd op <https://kostenvanziektentool.volksgezondheidenzorg.info/tool/nederlands>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *De VTV-2014: Een gezonder Nederland*. Geraadpleegd op website RIVM, http://www.eengezondere nederlandse.nl/Een_gezonder_Nederland
- Schoufour, J.D., Evenhuis, H.M., & Echteld, M.A. (2014). The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), pp. 3455-3461. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.006
- Thomas, R. & Barnes, M. (2010). Life expectancy for people with disabilities. *NeuroRehabilitation*, 27, pp. 201-209. doi: 10.3233/NRE-2010-0597
- Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, I., & Kwartel, A. van der (2013). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2012/2013*. Utrecht: Kiwa Carity.
- Velde, F. van der, Wieringa, M. (2016). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012*. Utrecht: KIWA Carity.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2016). *Extern rendement Nederlandse opleidingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, en rendement buitenlandse instroom*. Utrecht: NIVEL.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2013, juli). *Factsheet: Gehandicaptenzorg van AWBZ naar Jeugdwet*. Geraadpleegd op <http://www.vgn.nl/artikel/17607>

- Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen: Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: SCP.
- Wullink, M., Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J. van, Dinant, G. J., & Metsemakers, J. F. M. (2007). Prevalence of people with intellectual disability in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 511-519.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

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