



Capaciteitsplan 2020-2024

Verslavingsartsen

Een eerste richtinggevend advies

Capaciteitsplan 2020-2024

Verslavingsartsen

Een eerste richtinggevend advies

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doelstellingen Capaciteitsorgaan	3
1.3 Ontwikkelingen in de doelstellingen en taakstelling Capaciteitsorgaan	4
1.4 Specifieke aandachtspunten verslavingsgeneeskunde	4
1.5 Indeling van dit rapport	5
2 Positionering verslavingsgeneeskunde	8
2.1 Ontwikkeling van het profiel	8
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	9
2.2.1 Aanverwante disciplines op hetzelfde opleidingsniveau	9
2.2.2 Aanverwante disciplines op een ander opleidingsniveau	10
2.3 Verhoudingen tussen de disciplines	11
3 Opleiding	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Realisatie opleiding	12
3.2.1 Instroom in de opleiding	12
3.2.2 Uitstroom uit opleiding en inschrijving in het profielregister	14
3.3 Intern rendement opleiding	15
3.4 Duur opleiding	15
3.5 Conclusies	15
4 Zorgvraag	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Demografie	17
4.3 Epidemiologie	18
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	19
4.5 Onvervulde vraag	20
4.6 Conclusies	22
5 Huidig zorgaanbod	24
5.1 Inleiding	24
5.2 Omvang huidige beroepsgroep	24
5.2.1 Aantal geregistreerde verslavingsartsen	24
5.2.2 Aantal werkzame verslavingsartsen	25
5.3 Aard en omvang dienstverband	26
5.4 Instroom in het profiel	26
5.5 Uitstroom uit het profiel	26
5.6 Conclusies zorgaanbod	28
6 Werkproces	29

6.1	Inleiding	29
6.2	Vakinhoudelijk ontwikkelingen	29
6.3	Efficiency	29
6.4	Horizontale taakverschuiving	30
6.5	Verticale taakverschuiving	31
6.6	Conclusies werkproces	31
7	Scenario's	32
7.1	Inleiding	32
7.2	Basisscenario	33
7.3	Demografiescenario	33
7.4	Werkprocesscenario 's met tijdelijke of doorlopende trend	34
7.5	Arbeidstijdsscenario 's met tijdelijke of doorlopende trend	35
7.6	Verticale substitutie scenario 's met tijdelijke of doorlopende trend	35
7.7	Maximale parameterwaarden scenario 's, tijdelijke of doorlopende trend	36
7.8	Conclusies diverse scenario 's	37
8	Overwegingen en advies	38
8.1	Inleiding	38
8.2	Beleidsontwikkelingen	38
8.3	Onzekerheden	38
8.4	Belangrijkste scenario 's	39
8.5	Advies instroom	39
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	40
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts	41

Samenvatting

Het profiel verslavingsarts heeft zich vanaf het eerste decennium van deze eeuw geleidelijk ontwikkeld. Verslavingsgeneeskunde kan worden omschreven als dat deelgebied van de geneeskunde dat zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsmede gedragsverslavingen zoals pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle. De sector kende een groot verloop door het ontbreken van scholing, een titel, en een carrièreperspectief. De CGS heeft verslavingsgeneeskunde als een profielopleiding ingekaderd. De verslavingsarts is vervolgens in 2013 door de KNMG erkend als een profielarts op het gebied van de verslavingszorg.

Per 1 januari 2018 zijn er 215 verslavingsartsen geregistreerd in het register van de RGS. Daarvan zijn er nog 187 in Nederland werkzaam, voor in totaal 153 fte. Er bestaat in het veld momenteel behoefte aan ongeveer 7 extra verslavingsartsen. In 2018 en 2019 zal de eerste massale herregistratie van verslavingsartsen gaan plaatsvinden, waardoor het aantal geregistreerde verslavingsartsen (tijdelijk) zal gaan dalen. De precieze omvang van deze daling is echter nog niet bekend.

De aios worden opgeleid in het veld. Het cursorisch gedeelte van de twee jaar durende opleiding vindt plaats in Nijmegen. Beurtelings in januari en september begint een nieuw cohort aios aan de opleiding. Gemiddeld betreft het 20 aios, waarvan 79% de opleiding succesvol afrondt. De aios zijn gemiddeld 41 jaar bij aanvang van de opleiding, waardoor de effectieve inzet na de opleiding in tijd veel beperkter is dan bijvoorbeeld bij de huisartsopleiding, waar de aios gemiddeld 29 jaar is bij aanvang van de opleiding. Gegevens over het externe rendement van deze opleiding zijn door de lage aantallen aios niet betrouwbaar genoeg om te gebruiken voor deze raming.

De vraag naar verslavingsartsen zal de komende jaren blijven toenemen, ondanks het gegeven dat uit demografisch oogpunt sprake zou zijn van een daling. De vraag naar verslavingsartsen is bij de jongere generaties zoveel hoger dan bij hun voorgangers dat er een netto groei van de zorgvraag optreedt. Onzeker is nog in hoeverre de verslavingspsychiater activiteiten van de verslavingsarts kan overnemen; momenteel bestaat er een tekort aan beide soorten zorgprofessionals. Dat geldt niet voor de huisarts, die zich met name met begeleiding van stabiele patiënten met een verslavingsprobleem bezighoudt. Andere vormen van behandeling hebben zich de afgelopen 15 jaar wel ontwikkeld binnen de verslavingszorg, maar hebben niets afgedaan aan het aandeel verslavingsarts in de behandelopties.

Het Capaciteitsorgaan komt op basis van de huidige, incomplete, gegevens rekenkundig tot de slotsom dat een jaarlijkse instroom van 15 à 16 aios voldoende zou moeten zijn om te voorzien in de zorgvraag naar verslavingsartsen, inclusief het geleidelijk wegwerken van het huidige tekort aan verslavingsartsen. Vanwege de ontbrekende gegevens en het bestaande tekort wordt echter geadviseerd om in de periode 2019-2024 jaarlijks **16** tot **18** aios in te laten stromen in de opleiding.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het ministerie van VWS heeft in december 2016 aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om een raming op te stellen van de toekomstig benodigde capaciteit verslavingsarts KNMG (verder: verslavingsarts) en de daarbij passende instroom in de profielopleiding verslavingsgeneeskunde. De Kamer Huisartsgeneeskunde van het Capaciteitsorgaan heeft daartoe op 2 maart 2017 een werkgroep verslavingsgeneeskunde ingesteld. Deze werkgroep heeft vervolgens dit Capaciteitsplan opgesteld en ter kennisname voorgelegd aan de Kamer Huisartsgeneeskunde. Op 4 april 2018 heeft het Algemeen Bestuur dit Capaciteitsplan vastgesteld.

Het betreft een eerste, richtinggevend Capaciteitsplan voor een nieuwe profielopleiding. Er zijn nog niet voor alle parameters van het model al (voldoende) gegevens over de beroepsgroep verslavingsartsen beschikbaar. In de loop van de tijd zal dit vanzelf verbeteren.

1.2 Doelstellingen 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 met regelmaat ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse medische profiel- en vervolgopleidingen en de tandheelkundige vervolgopleidingen. Het oogmerk daarvan is een bepaalde capaciteit aan zorgverleners te creëren die volgens het Capaciteitsorgaan in de toekomstige vraag kan voorzien. Verder brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de daarvoor noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. De ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als advies voor de overheid en het veld beschouwd kunnen worden. Overheid en veld moeten binnen deze bandbreedte een finale keuze maken. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiëncymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Tussen 2009 en 2014 heeft het Capaciteitsorgaan aan VWS informatie verstrekt over de ontwikkelingen in de eerstelijns mondzorg. Over de verwachte capaciteitsontwikkeling van de openbaar apotheker heeft het Capaciteitsorgaan op 19 april 2017 een advies aan VWS uitgebracht. 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 sommige landen zelfs te vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties¹². 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.

1.3 Ontwikkelingen in de doelstellingen en taakstelling 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.

- 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. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd.
- 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 de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld 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.
- In 2016 heeft het ministerie van VWS aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om een eerste, richtinggevende raming op te stellen voor de openbaar apothekers. Deze is in 2017 aan het ministerie van VWS aangeboden.

1.4 Specifieke aandachtspunten verslavingsgeneeskunde

Specifiek voor verslavingsgeneeskunde kunnen de volgende aandachtspunten worden genoemd:

- De beroepsgroep is in 2012 door het College Geneeskundige Specialismen erkend. Vanaf 1 juli 2013 is het Besluit verslavingsgeneeskunde in werking getreden;

¹ Health Workforce Policies in OECD countries; right jobs, right skills, right places (OECD, 2016)

² Malgieri, A. et al: Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries (EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015)

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.

- Er is een grote groep verslavingsartsen op basis van de overgangsregeling in 2013 en 2014 ingeschreven in het profielregister. Pas in 2018 en 2019 kan voor het eerst worden getoetst welk deel van deze verslavingsartsen voldoet aan de criteria voor (de eerste) herregistratie. De gegevens over de verwachte uitstroom uit het beroep die in deze raming gebruikt kunnen worden zijn daardoor nog maar deels onderbouwd;
- De verslavingsarts heeft met name de somatische diagnostiek als aandachtsgebied. Daarnaast speelt ook psychische comorbiditeit een rol;
- De verslavingsarts is samen met de psychiater en de verpleegkundig specialist GGZ bevoegd om een behandeling medicamenteus te ondersteunen. Ook zijn zij alle drie (in elk geval sinds 2015) bevoegd als regiebehandelaar;
- Er is één opleidingsinstituut in Nederland;
- In het buitenland komt dit profiel nauwelijks voor. Noorwegen heeft de verslavingsarts als medisch specialist erkend. De Australische provincie New South Wales kent eveneens het medisch specialisme verslavingsgeneeskunde. De Verenigde Staten van Amerika kennen een profielregistratie als verslavingsarts na het behalen van een certificaat als verslavingsgeneeskundige;
- Instellingen leiden meestal alleen op voor hun eigen behoefte aan verslavingsartsen;
- De opleidingsinstelling kan ervoor kiezen om de aios mee te laten betalen voor de kosten van het cursorisch gedeelte van de opleiding. Werkgevers kunnen (een gedeelte van) de kosten vergoeden. Vaak wordt 50% vergoed, met een terugbetalingsverplichting als de opleiding niet met goed gevolg wordt afgerond;
- Het profiel is onbekend bij basisartsen;
- De meeste verslavingsartsen werken bij GGZ instellingen en (particuliere) verslavingsinstellingen. Van de kleinere verslavingsinstellingen is slechts een deel lid van GGZ Nederland;
- Compensatie van de ANW diensten van de verslavingsarts is nog aandachtspunt in de discussie tussen de werkgevers en de profielartsen;
- Avond-, nacht- en weekenddiensten worden gedaan tot en met de leeftijd van 57 jaar.

1.5 Indeling van dit rapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positie besproken die de verslavingsgeneeskunde inneemt voor patiënten met een verslavingsprobleem en diens gezondheid. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Hoofdstuk 3 beschrijft eerst de ontwikkelingen van de opleiding sinds de start. Vervolgens wordt de gerealiseerde instroom sinds 2013 geanalyseerd. Ten slotte volgt er een benadering van het rendement van de opleiding aan de hand van beschikbare data. 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 2017 tot 1 januari 2029 en 1 januari 2035. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van gewijzigd beleid zijn pas merkbaar in 2021. De erkende vervolgopleiding duurt nominaal 2 jaar. Het advies van het

Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS mogelijk – na intern en extern overleg - in 2018 omgezet in besluiten over een te verlenen subsidie. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2020. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn dan te verwachten vanaf 1 januari 2022. Er rest vervolgens een “venster” van 8 respectievelijk 14 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag voor de twee evenwichts jaren, 2030 en 2036.

De inschatting van de veranderingen in de zorgvraag is het meest onzekere onderdeel van de ramingen. In het model wordt rekening gehouden met vier parameters: de huidige onvervulde vraag, de demografische effecten op de toekomstige vraag, epidemiologische effecten op de toekomstige vraag en sociaal-culturele effecten (waaronder beleid) op de toekomstige vraag. Het Capaciteitsorgaan bestudeert daartoe relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevraagt stakeholders en schakelt zo nodig op onderdelen externe experts in. Al deze gegevens zijn voorgelegd aan de werkgroep verslavingsgeneeskunde, waarin de beroepsgroep en de opleidingsinstelling waren vertegenwoordigd. De werkgroep bespreekt de voorgelegde gegevens en stelt dan de waarde(n) vast van de vier parameters.

Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan op aangeven van de experts in de werkgroep een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in hoofdstuk 5 aan bod. Een aantal karakteristieken, waaronder de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, werkzame beroepsbeoefenaren, gemiddelde fte's en gerealiseerde uitstroom sinds 2013 wordt (naar geslacht) in dit hoofdstuk beschreven. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren, een gehouden enquête én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige ontwikkeling van uitstroom en gemiddelde fte's respectievelijk beschikbare uren.

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

De gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 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 twee evenwichts jaren 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 en met de consequenties die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Vervolgens worden daar overheen twee **zorgvraagscenario's** gelegd, waarin andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden zijn meegenomen. Dit zijn bijvoorbeeld: de laag ingeschatte verwachte effecten van

epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Vanwege de onzekerheden in deze verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden (tijdelijke trend), terwijl in het andere scenario (doorlopende trend) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd. Daarna wordt in de twee **arbeidstijdsenario's** het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Vervolgens worden deze scenario's aangevuld met twee **verticale substitutiescenario's**, waarin de (extra) effecten van (een conservatief ingeschatte) verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit als trend worden berekend voor een periode van 10 jaar en voor een onbeperkte periode. Ten slotte zijn er dan twee **maximale parameterwaarden scenario's**, waarin alle parameterwaarden op de meest extreme (positieve of negatieve) waarden van de gezamenlijke experts worden gezet. Op deze manier ontstaat een overzicht van de mogelijke ontwikkelingen, gevat in negen verschillende scenario's.

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 aan de minister van VWS en aan het veld wordt aangeboden.

2 Positionering verslavingsgeneeskunde

2.1 Ontwikkeling van het profiel

Het profiel verslavingsarts heeft zich vanaf het eerste decennium van deze eeuw geleidelijk ontwikkeld. Verslavingsgeneeskunde kan worden omschreven als dat deelgebied van de geneeskunde dat zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsmede gedragsverslavingen zoals pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle.

De verslavingsarts KNMG positioneert zich binnen de geestelijke gezondheidszorg als zelfstandig werkende arts, op het snijvlak van somatiek, psychiatrie en verslaving, met een holistisch perspectief. De verslavingsarts KNMG werkt daarin samen met de (verslavings)psychiater, de verpleegkundig specialist en de klinisch en GZ-psycholoog als mede-regiebehandelaar en als verslavingsarts met verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, agogen en artsen op de werkplek. De verslavingsarts KNMG heeft een zelfstandige bevoegdheid binnen het eigen werkveld en kan na overleg met een psychiater medicamenteuze deelbehandelingen (voor complexe psychiatrische ziektebeelden) uitvoeren.

De Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) is in 1986 opgericht. Lid worden van de vereniging was mogelijk voor artsen en psychologen die zich bezig hielden met de begeleiding en behandeling van verslaafde personen. Pas toen de discussie over het creëren van een zelfstandig profiel verslavingsgeneeskunde meer vorm kreeg is het lidmaatschap van de VVGn beperkt tot verslavingsartsen. Vanaf de beginjaren werd de vereniging geconfronteerd met het gegeven dat veel jonge (basis)artsen na een aantal jaren afscheid namen van de verslavingszorg vanwege het ontbreken van een opleiding en een carrièreperspectief. Daarnaast belandden ook oudere artsen (vaak in tweede instantie) in de verslavingszorg zonder dat zij een opleiding in de verslavingsgeneeskunde hadden kunnen volgen. Het hebben van een opleiding was dus cruciaal om jonge, talentvolle basisartsen aan te trekken én om in de kwaliteit van aangeboden zorg verbeteringen te realiseren.

In eerste instantie heeft de VVGn bij het College Geneeskundige Specialismen (CGS) een aanvraag gedaan om erkend te worden als zelfstandig profiel binnen de sociale geneeskunde. Het CGS heeft deze aanvraag in 2004 echter afgewezen. De VVGn heeft daarop in januari 2006 besloten om te starten met het ontwikkelen en vervolgens laten aanbieden van een tweejarige competentiegerichte opleiding tot verslavingsarts en verslavingspsycholoog. Vanaf september 2007 zijn deze opleidingen opengesteld. De opleiding tot verslavingspsycholoog is maar een keer van start gegaan. De opleiding tot verslavingsarts bleek te voorzien in een grote behoefte en is daarna in januari 2009 voor de tweede keer gestart. Daarna is, altemeerend in september en januari, om de 20 respectievelijk 16 maanden een cohort artsen met de opleiding tot verslavingsarts beginnen.

Op 2 april 2010 heeft de VVGn opnieuw een aanvraag gedaan bij het CGS om aangewezen te worden als een zelfstandig profiel, ditmaal binnen de beleidsregels van de huisarts- en

verpleeghuisarts-geneeskunde. Deze aanvraag is door het College in behandeling genomen en uiteindelijk op 14 november 2012 geaccordeerd in de vorm van het Besluit Verslavingsgeneeskunde. Dit besluit is op 1 juli 2013 in werking getreden⁴. Op 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is het besluit gewijzigd, beide keren in verband met niet specifiek aan het profiel gerelateerde omstandigheden.

In het besluit zijn de opleidings-, erkennings- en herregistratie-eisen voor het profiel verslavingsgeneeskunde vervat. Het betreft eisen inzake de opbouw van de opleiding, de erkenning van de opleider, de opleidingsinrichting en het opleidingsinstituut, en de herregistratie van de verslavingsarts.

Bij de inwerkingtreding van een nieuw besluit horen een aantal overgangsbepalingen. In dit geval kwamen artsen die al in het register van VVGN waren ingeschreven als verslavingsarts tot 1 juli 2014 in aanmerking om in het profielregister van de KNMG ingeschreven te worden. Ook artsen die voldeden aan de criteria van inschrijving maar (nog) niet waren ingeschreven in het VVGN register konden tot 1 juli 2014 een aanvraag indienen om in het KNMG profielregister ingeschreven te worden. Voor de aios, de opleiders, de opleidingsinrichtingen en het opleidingsinstituut is bepaald dat zij, voor zover zij door VVGN al waren erkend/ geregistreerd, door de registratiecommissie eveneens worden erkend tot de datum dat de registratiecommissie hierover een nieuw besluit neemt.

Momenteel zijn VVGN en het opleidingsinstituut gestart met het verkennen van de mogelijkheden om de verslavingsarts KNMG te laten erkennen als een geneeskundig specialisme.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De aanverwante disciplines kunnen worden verdeeld in aanverwante disciplines op hetzelfde opleidingsniveau en aanverwante disciplines op een ander opleidingsniveau.

2.2.1 Aanverwante disciplines op hetzelfde opleidingsniveau

De verslavingsarts kan op medisch gebied te maken krijgen met de psychiater, de neuroloog, de internist, de SEH arts en de huisarts. Momenteel kent de opleiding tot psychiater alleen een landelijke leergang verslavingspsychiatrie met een duur van een jaar, georganiseerd door het RCSW. Deze leergang kan ook door geregistreerde psychiaters in een later stadium worden gevolgd. Inmiddels is de derde jaargang van dit curriculum gestart met 20 deelnemers. Dat gebeurt deels door psychiaters die al ervaringsdeskundige zijn in de verslavingsgeneeskunde. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft sinds 2013 een afdeling verslavingspsychiatrie met 80 leden⁵. Deze afdeling is verantwoordelijk voor de richtlijnenontwikkeling, de klinische verbinding met de rest van de psychiatrie en het wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast is er ook een tweedaagse masterclass verslavingspsychiatrie, die door het bedrijf Psyfar aangeboden wordt.

⁴ College Geneeskundige Specialismen: Besluit van 14 november 2012 houdende opleidings- en erkenningseisen voor het profiel verslavingsgeneeskunde

⁵ Mondelinge mededeling A. Schellekens 27 maart 2017

Er is een tekort aan psychiaters in de verslavingszorg, dat mede wordt veroorzaakt door het (nog) bestaande algemene tekort aan psychiaters⁶. De psychiater werkt in ziekenhuizen (nog) niet met verslavingsartsen, maar wel in toenemende mate met physician assistants. De psychiatrie en de verslavingsgeneeskunde groeien naar elkaar toe. De eerste verslavingsartsen zijn met een individueel scholingsprogramma al in de opleiding psychiatrie ingestroomd. Dit betekent overigens dat zij hun titel verslavingsarts op termijn niet meer kunnen verlengen.

In het ziekenhuis kan het gebeuren dat de eerste opvang van patiënten met een verslavingsprobleem gebeurt door de SEH arts. In sommige regio's is de psychiater, de internist of de neuroloog vervolgens de achterwacht voor de SEH arts. Het is moeilijk om dit goed te kwantificeren.

De internist wordt door de verslavingsarts vooral ingeschakeld bij leverontstekingen, met veelal een virale oorzaak. De afstemming van de werkzaamheden is duidelijk. Dat geldt ook voor de samenwerking met de neuroloog. Met name voor de diagnostiek en (intraveneuze) behandeling van patiënten met een verslavingsprobleem met het syndroom van Wernicke is de inzet van de neuroloog onmisbaar.

De huisarts is slechts op beperkte schaal actief in de instellingen in de verslavingszorg. Naar schatting van de VVGN betreft het een tiental huisartsen. Buiten de instellingen zijn de huisartsen vaker betrokken bij de verslavingszorg, met name bij stabiele patiënten met een verslavingsprobleem, bijvoorbeeld methadongebruikers, problematische benzodiazepinegebruikers en alcoholgebruikers. Daarvoor handelt de huisarts conform de NHG standaarden en schakelt zo nodig op zijn beurt weer de POH GGZ in. Exacte cijfers over de omvang van de inzet van de huisartsen voor deze zorg zijn niet bekend. Wel bekend is dat ongeveer 10% van de populatie in een huisartspraktijk te kampen heeft met een verslaving.

Andere aanverwante disciplines op hetzelfde opleidingsniveau zijn de verslavingspsycholoog en de GZ- psycholoog. Deze disciplines kunnen echter op medisch gebied de verslavingsarts niet vervangen.

De verslavingsarts mag binnen de gespecialiseerde GGZ zowel ambulante als klinische regiebehandelaar zijn, tenzij er sprake is van een ernstige, comorbide psychiatrische stoornis. Dit onder voorwaarde dat intake en voortgang van de behandeling wordt besproken in een multidisciplinair overleg waar een psychiater of een klinisch psycholoog aan deelneemt. In de basis-GGZ mag de verslavingsarts ook regiebehandelaar zijn, een multidisciplinair overleg is daar niet verplicht.

2.2.2 Aanverwante disciplines op een ander opleidingsniveau

De drie aanverwante disciplines op een ander opleidingsniveau zijn de verpleegkundig specialist, de physician assistant en de POH GGZ. De verpleegkundig specialist is, net als de verslavingsarts, sinds 2015 erkend als regiebehandelaar. De inzet als regiebehandelaar is afhankelijk van de contractering door de zorgverzekeraars. In de praktijk worden de verpleegkundig specialisten vooral ingezet voor

⁶ Capaciteitsplan 2016 deelrapport 1; Capaciteitsorgaan (2016)

de (geprotocolleerde) behandeling van methadon-of heroïne patiënten met een verslavingsprobleem. Naar schatting betreft het 20 tot 40 personen⁷. De physician assistant wordt door de psychiater ingezet in het ziekenhuis bij de begeleiding van verslaafde personen. Momenteel betreft het naar schatting slechts 5 tot 10 personen, maar hun aantal neemt volgens de NVVP wel toe.

De POH-GGZ die door de huisarts wordt ingezet voor de begeleiding en behandeling van patiënten met een verslavingsprobleem is meestal afkomstig uit de verslavingszorg. Getalsmatige gegevens over de aantallen POH die hiervoor worden ingezet ontbreken in de literatuur. Onzeker is ook in welke mate de ontwikkeling van de ondersteuning van de POG-GGZ doorzet nu de toekomstige financiering daarvan afhankelijk is gemaakt van een aantal andere ontwikkelingen in de huisartsenzorg.

2.3 Verhoudingen tussen de disciplines

De verslavingsarts richt zich primair op somatische problematiek bij patiënten met een verslavingsprobleem, de psychiater op de diagnostiek van de psychische comorbiditeit en de advisering over de te gebruiken psychofarmaca. In het ziekenhuis wordt bij een verslaafde meestal de psychiater in consult geroepen. De verslavingsarts ziet daar in de toekomst ook een rol voor zijn discipline. Er zijn momenteel tekorten in beide beroepsgroepen. De psychiaters en de verslavingsartsen opereren daardoor allebei in een vraagmarkt. Er is geen grote animositeit tussen de twee beroepsgroepen.

De huisarts wordt door de verslavingsarts gezien als een eerstelijnsvoorziening die in staat moet zijn om stabiele patiënten met een verslavingsprobleem (door een POH GGZ te laten) begeleiden. Zeker gezien de aantallen nicotine, alcohol en/ of medicatie-drugs patiënten met een verslavingsprobleem in Nederland zal hun betekenis in de toekomst groter gaan worden.

De verpleegkundig specialist GGZ wordt door de verslavingsarts als een aanvulling in het behandelteam gezien. Er bestaat nog onzekerheid over de inzet van de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar en over de inzet in piketdiensten. De inzet van de verpleegkundig specialist is per instelling wisselend.

⁷ Mondelinge mededeling C. de Jong 28 februari 2017

3 Opleiding

3.1 Inleiding

De opleiding is beschreven in het door de wetenschappelijke vereniging vastgesteld opleidingsplan⁸. De opleiding duurt bij een voltijds dienstverband nominaal 2 jaar. Onderdeel van de opleiding zijn een minimaal 6 maanden durende intramurale opleidingsperiode, een minimaal 6 maanden durende ambulante opleidingsperiode, en een minimaal 3 maanden durende stage in het tweede opleidingsjaar. Daarnaast wordt ten minste 40 dagen cursorisch onderwijs per opleidingsjaar gevolgd. Naast basisvaardigheden en neurobiologie wordt ook aandacht besteed aan public health, gesprekstherapie, screening van de patiënt en het opzetten van een behandelplan, speciale psychopathologie en aan leiderschap en zorgcoördinatie.

De opleider wordt erkend als hij/ zij minimaal 0,6 fte werkt in de opleidingsinrichting, minimaal 0,4 fte werkzaam is in de directe patiëntenzorg, minimaal 0,2 fte beschikbaar is als opleider, en minimaal 5 jaar is geregistreerd als verslavingsarts.

De eisen voor de opleidingsinrichtingen zijn alleen specifiek op het onderdeel personeel (minimaal 2 verslavingsartsen in dienst) en het onderdeel beschikbaarheid disciplines en faciliteiten (psychiater, een of meer medisch specialisten of een huisarts, en een apotheek).

Voor het opleidingsinstituut zijn geen specifieke eisen vastgelegd in het besluit. Er wordt verwezen naar het Kaderbesluit CHVG met de eisen die voor de opleidingsinstituten huisartsgeneeskunde gelden. De opleiding verslavingsgeneeskunde kent één opleidingsinstituut, het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen (RCSW). Dit instituut is al in 2007 gestart met het aanbieden van de tweejarige postdoctorale opleiding. De opleiding is in tweede instantie verplaatst van Utrecht naar Nijmegen. Ten aanzien van de erkenning zijn geen specifieke bepalingen vastgelegd.

De opleiding wordt niet gesubsidieerd door de overheid. De aios is zelf verantwoordelijk voor de kosten van het cursorisch onderwijs (lesgeld en literatuur) ad € 21.000. In de meeste gevallen treft de opleidingsinrichting een regeling met de aios voor de kosten van het cursorisch onderwijs. De opleidingsinrichting van de aios zorgt ook voor het salaris en de supervisie van de aios.

De opleiding start ongeveer elk anderhalf jaar met een nieuwe groep aios. De meest recente groep aios is gestart in januari 2018. De volgende groep start in september 2019.

3.2 Realisatie opleiding

3.2.1 Instroom in de opleiding

In tabel 1 worden de gegevens over de instroom in de opleiding getoond voor de door het opleidingsinstituut geregistreeerde instroom over de periode 2007-2018. De instroom in de volledige profielopleiding verslavingsarts KNMG wordt sinds 2013 gemonitord door de Registratiecommissie

⁸ VVGN: Opleidingsplan verslavingsgeneeskunde ;24 september 2016

Geneeskundig Specialisten (RGS). Deze cijfers wijken over 2013, 2015, en 2016 iets af van de RCSW cijfers (respectievelijk 13, 13, 11 en aios bij de RGS aangemeld).

Waarschijnlijk wordt dat veroorzaakt doordat het opleidingsinstituut ook artsen opleidt die niet het hele scholingsprogramma hoeven te volgen maar in overleg met het opleidingsinstituut een verkort opleidingstraject hebben opgesteld. Tabel 3 biedt daarvoor echter geen aanknopingspunten.

Tabel 1: Instroom in de profielopleiding verslavingsgeneeskunde sinds 2007

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mannen	7	0	11	16	0	10	10	0	7	10	0	9
Vrouwen	12	0	7	5	0	9	9	0	13	7	0	14
Totaal	19	0	18	21	0	19	19	0	20	17	0	23

Bron: Opleidingscoördinator Radboud Centrum Sociale Wetenschappen 4 mei 2017/ 1 maart 2018

In totaal zijn sinds de start van de opleiding 156 aios ingestroomd, waarvan 79 sinds de formele erkenning. Omdat de opleiding maar twee keer in de drie jaar wordt gegeven is de instroom eens in de drie jaar 0. De instroom in de opleiding bestaat grotendeels uit basisartsen die al een aantal jaren ervaring hebben opgedaan. Omdat aios (en deels de opleidingsinstellingen) zelf de opleidingskosten betalen, zijn er geen administratieve vertragingen in het aanmeldtraject.

De omvang van de instroom werd in de eerste jaren voornamelijk bepaald door de beschikbare opleidingscapaciteit van het opleidingsinstituut. De instroom voor de volledige opleiding was in 2016 wel gedaald, terwijl de capaciteit van het opleidingsinstituut (21 plaatsen) onveranderd is gebleven. Oorzaak hiervan was de verslechterde financiële situatie van de meeste verslavingsinstellingen.

In 2018 waren er 29 aanmeldingen, waarvan er 23 geplaatst zijn in de opleiding. Het groeiend aantal vacatures voor verslavingsartsen zal daar mede debet aan zijn geweest. Momenteel bestaat er een kleine wachtlijst voor aios om aan de opleiding te beginnen. Het opleidingsinstituut loopt nu tegen de grenzen van haar capaciteit aan.

De gemiddelde leeftijd bij instroom was de 3 cohorten uit 2013, 2015 en 2016 gemiddeld 41,9 jaar (range 26-59, standaarddeviatie 8,4). De gemiddelde leeftijd van de eerder gestarte cohorten week daar niet significant van af. De verslavingsarts zal daardoor na zijn registratie gemiddeld 13 jaar korter werkzaam kunnen zijn dan de huisarts. Dit betekent dat er jaarlijks naar verhouding veel aios in de verslavingsgeneeskunde moeten worden opgeleid om de beschikbare capaciteit aan verslavingsartsen op niveau te houden.

Tabel 2 op de volgende pagina laat het totaal aantal aios per 1 januari van elk jaar zien.

Tabel 2: Aantal aios verslavingsgeneeskunde per 1 januari

	2014	2015	2016	2017	2018
Mannen	11	6	8	13	9
Vrouwen	16	9	7	10	7
Totaal RGS	27	15	15	23	16
% vrouwen	59,2%	60,0%	46,6%	43,5%	43,8%

Bron: RGS

Op 1 januari 2018 waren er nog 16 aios bezig met de opleiding tot verslavingsarts. Een gedeelte van de aios doet langer over de opleiding dan de nominale opleidingsduur, deels vanwege een parttime dienstverband, deels vanwege andere redenen, zoals zwangerschapsverlof. Van de aios was op 1 januari 2018 44% vrouw. Dit percentage is veel lager dan het percentage vrouwelijke aios bij de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde (in 2016 78% respectievelijk 81%).

3.2.2 Uitstroom uit opleiding en inschrijving in het profielregister

Aios die de opleiding succesvol afronden worden uitgeschreven uit het opleidingsregister. Daarna kunnen ze worden ingeschreven in het profielregister verslavingsgeneeskunde, mits ze voldoen aan alle bijbehorende voorwaarden. In tabel 3 worden voor de jaren 2013 tot en met 2017 de uitstroomcijfers uit het opleidingsregister vergeleken met de jaarlijkse instroom in het profielregister.

Als alle uitstromende aios besluiten om zich meteen te laten registreren als profielarts zullen de aantallen in de kolommen aan elkaar gelijk zijn, kleine verschillen door registraties rond de jaarwisselingen daargelaten. De uitstroomgegevens voor de periode 2007 tot 2013 zijn afkomstig van het RCSW en kunnen niet worden gecombineerd met instroomgegevens in het register van de NVVG, omdat de instroom in dat register ook langs andere weg mogelijk was.

Tabel 3: Uitstroom uit het opleidingsregister (UR) en instroom in het profielregister (IR) sinds 2013

	2013	2014	2015	2016	2017
Uit opleidingsregister		12	10	6	9
In profielregister	101	95	8	3	14

Bron: RGS

Duidelijk is dat de instroom in het profielregister in 2013 en 2014 grotendeels ten laste van de overgangsregeling komen. In 2015 hebben 10 aios de opleiding voltooid, waarvan er ook 8 zijn ingeschreven in het profielregister. Van zij- instroom in het profielregister ten gevolge van herintreding of individuele opleidingsplannen lijkt geen sprake te zijn. In de jaren 2015 tot en met 2017 hebben 27 artsen de profielopleiding met goed gevolg afgesloten en 25 artsen hebben zich (vervolgens) ingeschreven als verslavingsarts. De overige twee hebben mogelijk pas in 2018 hun inschrijving in het profielregister voltooid of hebben zich uiteindelijk niet in het profielregister ingeschreven. Instroom uit het buitenland komt voor zover bekend niet voor.

3.3 Intern rendement opleiding

Het interne rendement van een opleiding wordt gedefinieerd als het percentage aios van een opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Het kan enige tijd duren voordat de laatste aios uit een cohort de opleiding –al dan niet succesvol - afsluit. De berekening van het interne rendement is voor deze raming gebaseerd op gegevens van het opleidingsinstituut. Tabel 4 laat de rendementen zien voor de periode vanaf 2007. In 2017 zijn geen nieuwe aios begonnen.

Tabel 4: Interne rendement opleiding verslavingsgeneeskunde

Jaar	2007	2009	2010	2012	2013	2015	2016
Ingestroomd	19	18	21	19	19	20	17
Succesvol beëindigd	16	15	19	14	12	14	0
Niet succesvol beëindigd	3	3	2	5	7	6	1
Nog bezig	0	0	0	0	0	0	16
Intern rendement	84%	83%	90%	74%	63%	70%	-

Bron: RCSW 13 juni 2017/ 1 maart 2018

Tabel 4 laat zien dat het intern rendement schommelt tussen 63% en 90%. Het gewogen gemiddelde over alle afgesloten jaren bedraagt **77,4%**.

3.4 Duur opleiding

De nominale duur van de opleiding bedraagt 2 jaar. De gemiddelde duur van de opleiding kan daarvan afwijken ten gevolge van enerzijds vertragingen in het verloop van de studie, parttime werken, onderbrekingen en ziekte en anderzijds versnellingen door erkende eerder verworven competenties. Uit de gegevens van het RCSW blijkt dat de gemiddelde studieduur daadwerkelijk 2 jaar bedraagt.

3.5 Conclusies

De opleiding van aios verslavingsgeneeskunde is al in bij het RCSW 2007 gestart. Er is geen verandering geweest in het opleidingsinstituut noch in de duur van de opleiding, waardoor waardevolle gegevens over de instroom in de opleiding, de duur van de opleiding en het intern rendement redelijk betrouwbaar konden worden vastgesteld.

De instroom is de eerste 6 cohorten stabiel geweest, maar vervolgens eenmalig gedaald door financiële kaders die in de loop van de tijd beperkter werden. De opleiding wordt in de praktijk in 2,0 jaar afgerond. Het percentage vrouwelijke aiossen is vanaf de officiële start van de opleiding gedaald, maar nu al jaren stabiel op circa 45%.

Het interne rendement wijkt niet af van het rendement van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, maar is wel 14% lager dan het rendement van de opleiding huisartsgeneeskunde. Dat is bijzonder, zeker gezien de kortere opleidingsduur en de hogere leeftijd (en dus: uitgebreidere ervaring) bij de start van de opleiding.

De aios verslavingsgeneeskunde zijn 13 jaar ouder dan de aios huisartsgeneeskunde en de aios psychiatrie. Het intern rendement van de opleiding wordt op basis van gegevens van de opleiding geschat op 77,4%.

Tabel 5 vat de belangrijkste parameters voor deze raming nog eens samen.

Tabel 5: Parameterwaarden opleiding

Omschrijving	Waarde
Aantal instromers 2018	13,3
Gemiddeld aantal in opleiding	17,7
Verwachte jaarlijkse instroom	13,3
Percentage vrouwen	44%
Opleidingsduur	2 jaar
Intern rendement	77,4%

4 Zorgvraag

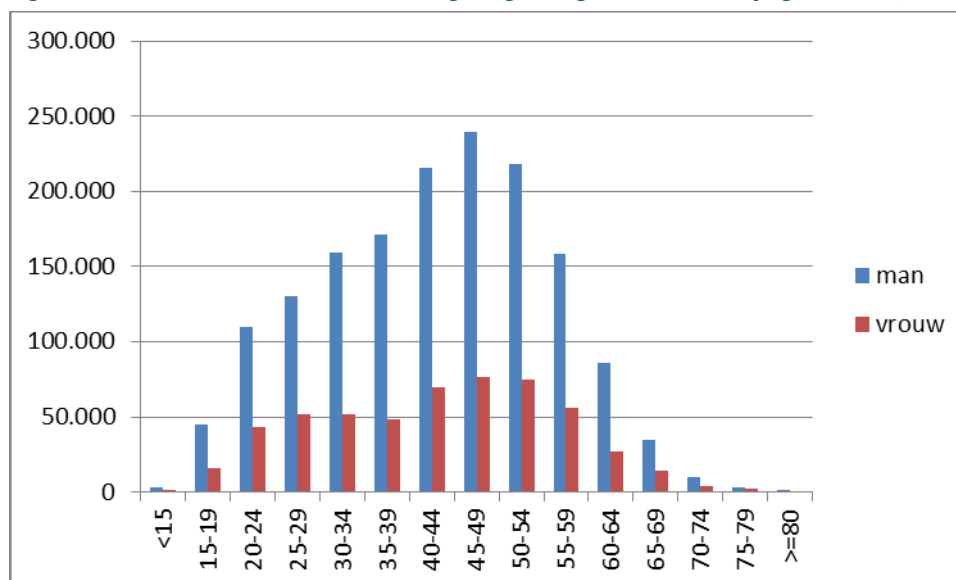
4.1 Inleiding

De zorgvraag wordt uitgedrukt in het aantal fte verslavingsarts dat nodig is om aan de zorgvraag te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het huidige zorgaanbod, vermeerderd met de huidige onvervulde vraag. De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de toekomstige ontwikkelingen in demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen te projecteren op de huidige zorgvraag. De parameters demografie, epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen en onvervulde vraag worden behandeld in dit hoofdstuk. De parameter huidig zorgaanbod (in fte) komt in hoofdstuk 5 aan de orde. De parameters die behandeld worden in dit hoofdstuk waren bij de start van deze raming niet bekend. Om die reden heeft NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan hier onderzoek naar gedaan⁹. Het onderzoek bestond uit een webenquête en een analyse van LADIS data. De uitkomsten van dit onderzoek zijn gebruikt ten behoeve van de raming in dit Capaciteitsplan.

4.2 Demografie

De parameter demografie wordt in ramingsmodel bepaald door de gebruikscijfers, per geslacht en per 5-jaarscohort, te vermenigvuldigen met de verwachte bevolkingssamenstelling in de toekomst. In deze raming zijn de gebruikscijfers door NIVEL berekend op basis van de LADIS database. Een figuur uit het rapport laat zien dat verslavingszorg meer benut wordt door mannen dan door vrouwen en dat de piek in contacten met name bij de 40 tot 55 jarigen zit.

Figuur 1: Aantal contacten in de verslavingszorg naar geslacht en leeftijd gebruikers (2010)



Bron: LADIS; bewerking: NIVEL

⁹ Vis, E., Batenburg, R., Van der Velden, L., Versteeg, S.: Toekomstverkenning van de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen in Nederland; NIVEL(2018)

De cijfers uit figuur 4.1 zijn eerst gerelateerd aan de omvang van de cohorten in 2015 en vervolgens doorgerekend voor de door het CBS verwachte bevolkingsopbouw in 2030 en 2036¹⁰.

Deze doorrekening geeft aan dat vanuit demografisch perspectief de vraag naar verslavingszorg in de komende 20 jaar licht zal dalen. Reden daarvoor is de afname van de absolute omvang van het aantal personen tussen de 40 en 55 jaar oud. Het aantal ouderen neemt wel relatief sterk toe, maar zij gebruiken veel minder verslavingszorg dan de 40 tot 55 jarigen. De berekeningen die NIVEL voor het Capaciteitsorgaan heeft gemaakt wijzen op een afname van de zorgvraag van **-1%** in de komende 5 jaar tot **-6%** in de komende 20 jaar (tabel 6)

Tabel 6: Verwachte verandering van de zorgvraag op basis van demografische ontwikkelingen

Verandering	Man	Vrouw	Totaal
t/m 2023	-1,1%	-0,7%	-1,0%
t/m 2028	-3,3%	-2,6%	-3,1%
t/m 2033	-5,1%	-4,5%	-5,0%
t/m 2038	-6,2%	-5,5%	-6,0%

Bron: NIVEL

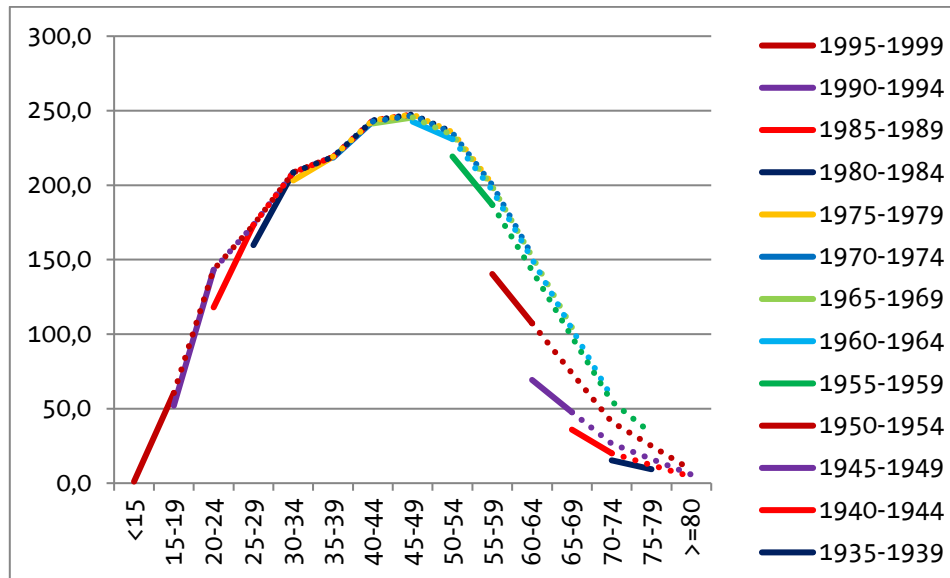
4.3 Epidemiologie

De combinatie van de LADIS cijfers voor de periode 2000 t/m 2015 met de bijbehorende bevolkingsomvang liet zien dat er de afgelopen 15 jaar een stijging heeft plaatsgevonden bij de leeftijdscategorieën van 55 tot 70 jaar (+11%), terwijl er bij de categorieën van 30 tot 45 jarigen een daling (-20%) te zien is. NIVEL heeft naar aanleiding van dit gegeven onderzocht of er mogelijk sprake is van een cohort-effect, hetgeen zou betekenen dat het gebruik van verslavingszorg niet alleen aan de leeftijd is gerelateerd, maar ook aan de periode waarin men is geboren en opgegroeid.

Daarvoor zijn telkens de contacten van een vijfjaars cohort voor het jaar 2015 vergeleken met de contacten van een 5 jaar ouder cohort uit 2010. De berekeningen lieten zien dat met name voor de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar sprake is van een zichtbaar cohort-effect. Deze cohorten gedragen zich in het gebruik van verslavingszorg anders dan de voorgaande cohorten. Een en ander wordt zichtbaar gemaakt in de volgende figuur.

¹⁰ Stoeldraijer, L., Van Duin, C., Huisman, C.: Bevolkingsprognose 2017-2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060 CBS (2017)

Figuur 2: Contacten per 1.000 inwoners naar leeftijd en cohort; 2010 en 2015



Bron: LADIS; bewerking: NIVEL

De gebruikscijfers uit 2010 en 2015 laten telkens zien dat het gebruik van consulten tussen 2010 en 2015 structureel hoger wordt, met name in de oudere leeftijdsgroepen.

Deze stijging leidt ertoe dat het toekomstig gebruik van verslavingszorg niet daalt maar zelfs stijgt. Omdat de cijfers nu per cohort bekend zijn kon NIVEL een berekening maken van de gecombineerde effecten van demografie en epidemiologie. Gecombineerd is er sprake van een toename van de vraag naar verslavingszorg van 4,8% in 20 jaar. Dat betekent dat de parameter epidemiologie op zichzelf kan worden geraamd op **+0,54%** per jaar¹¹. Andere epidemiologische ontwikkelingen zijn wel door NIVEL onderzocht, maar leverden onvoldoende aanwijzingen op om de parameter verder aan te passen.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De parameter sociaal-culturele ontwikkelingen omvat de inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname van de zorgvraag als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe de patiënt omgaat met ziekten en gebruik gaat maken van de zorg.

Voor de bepaling van deze parameter is gebruik gemaakt van de LADIS cijfers en van de inschattingen door de verslavingsartsen zelf. Uit de LADIS cijfers komt naar voren dat alleenstaanden 60% van alle contacten voor hun rekening nemen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal alleenstaanden tot 2030 nog blijft toenemen¹². Verwacht mag worden dat de vraag naar

¹¹De parameter demografie was -6% na 20 jaar; Het gecombineerde effect van demografie en epidemiologie was +4,8% in 20 jaar. Het verschil tussen -6% en +4,8% is +10,8% in 20 jaar oftewel +0,54% per jaar.

¹² Kooiman, N. de Jong, A., Huisman, C., Stoeldraaijer, L.: Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016-2040: sterke regionale verschillen: PBL/CBS (2016)

verslavingszorg daarom ook zal blijven toenemen. Verder zijn maatschappelijke veranderingen, zoals een toenemende acceptatie van het zoeken naar professionele hulp bij een verslaving.

De verslavingsartsen die meegewerkt hebben aan de enquête verwachten over het algemeen ook een lichte toename in de vraag naar verslavingsartsen als gevolg van sociaal-culturele factoren. Bij de bepaling van het percentage groei is gekeken naar de al wat vaker gehanteerde percentages voor twee aanpalende beroepen, de huisartsen (+0,8% tot +1,6%) en de psychiaters (+0,9%). Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van deze 4 gegevens de parameter sociaal-cultureel voor de verslavingsartsen vastgesteld op **+1,0%** per jaar.

4.5 Onvervulde vraag

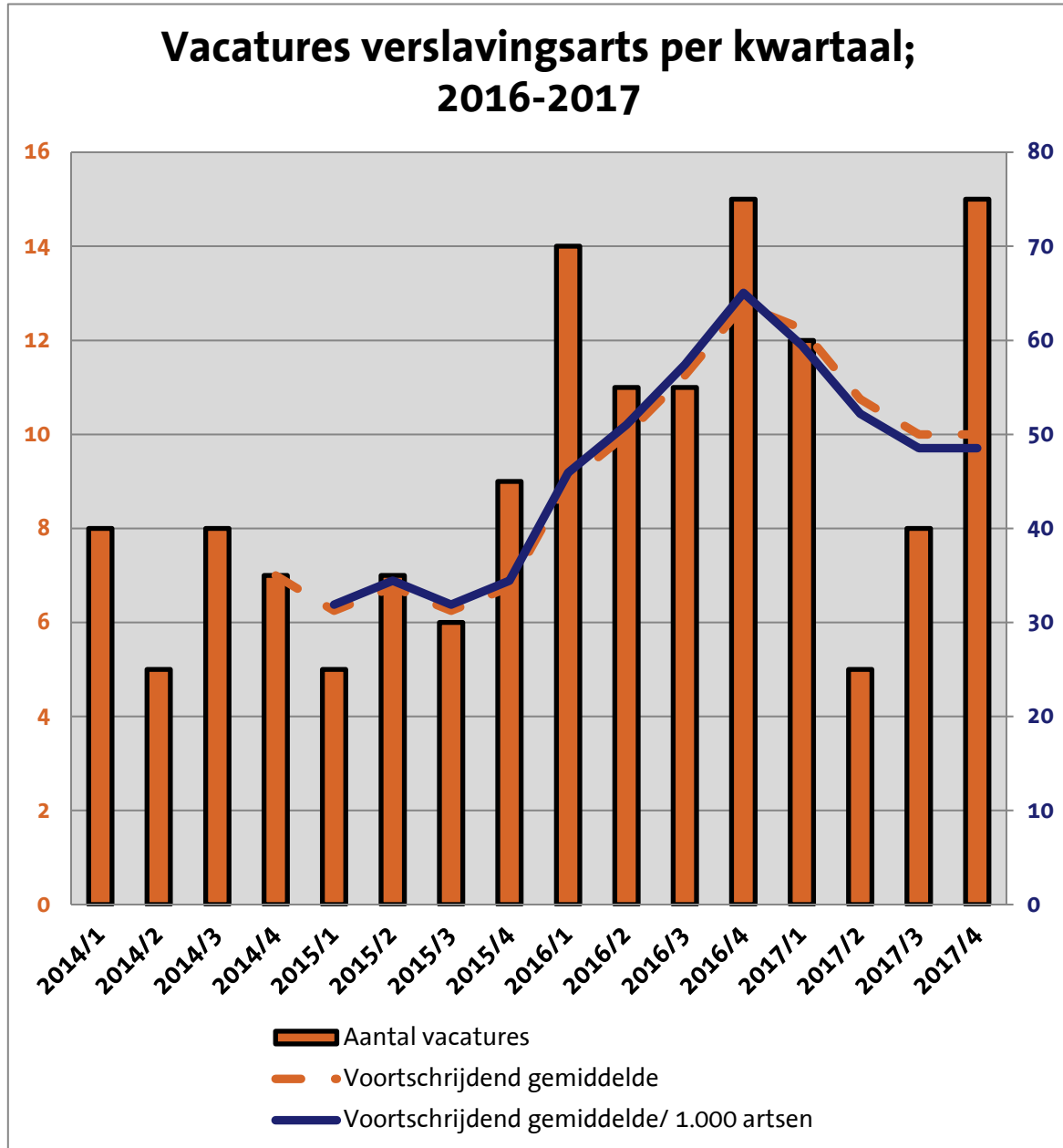
De onvervulde vraag betreft het verschil tussen de huidige bestaande zorgvraag en de huidige vervulde zorgvraag (oftewel: het aanbod). Als de bestaande vraag groter is dan het aanbod wordt dit zichtbaar in moeilijk vervulbare vacatures, toename van de wachttijden en een verhoogde activiteit van aanverwante beroepen, zowel van een gelijk opleidingsniveau (horizontale substitutie) als een ander opleidingsniveau (verticale substitutie). Daarnaast kán in die situatie de gemiddelde fte per beroepsbeoefenaar toenemen, net als de gemiddelde stopleeftijd.

Omdat dit een eerste richtinggevende raming betreft kan geen vergelijking worden gemaakt met eerdere ramingen, waardoor de indicatoren toename van de gemiddelde fte en toename van de stopleeftijd niet goed te gebruiken zijn. Lange(re) wachttijden zijn eveneens niet goed meetbaar, omdat er tot nu toe nog geen trendgegevens over wachttijden rond te leveren zorgvraag door de verslavingsarts bekend zijn. De wachtlijstanalyses in de GGZ sector zijn tot nu toe incidenteel uitgevoerd. Om die reden is in deze raming alleen gebruik gemaakt van vacaturegegevens uit de Arbeidsmarktmonitor, veldgesprekken en arbeidsmarktvervingen van verslavingsartsen.

Arbeidsmarktmonitor

De gegevens uit de Arbeidsmarktmonitor zijn als uitgangspunt genomen voor het vaststellen van de onvervulde vraag. De vacaturegraad is gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid, de werkloosheid die hoort bij de wisseling van banen in een normaal functionerende arbeidsmarkt. Correctie van het aantal vacatures in verband met niet online werven heeft niet plaatsgevonden. Wel zijn de gegevens gecorrigeerd voor dubbelstellingen in de vacatures door herhaald plaatsen of plaatsen langs meerdere wegen. In figuur 4.3 zijn de resultaten van de analyse van de Arbeidsmarktmonitor voor de periode tussen 1 januari 2014 en 1 januari 2018 verzameld weergegeven.

Figuur 3: Arbeidsmarktmonitor verslavingsarts



Bron: Arbeidsmarktmonitor

Het aantal vacatures voor verslavingsartsen bedroeg in de eerste 8 kwartalen dat gemeten werd tussen de 5 en 8 vacatures per kwartaal. Vanaf het eerste kwartaal van 2016 is het aantal vacatures plotseling toegenomen, naar 5 tot 15 per kwartaal. Deze toename wordt verklaard door een wijziging van de meetmethode. Tot 1 januari 2016 werd gebruik gemaakt van analyses van de 5 grootste (landelijke) websites met vacatures voor artsen. Vanaf 1 januari 2016 worden de vacatures voor artsen uit alle openbare websites verzameld en geanalyseerd. Het aantal vacatures voor

verslavingsartsen lijkt zich nu te stabiliseren op een iets hoger niveau. Het voor seizoensinvloeden gecorrigeerde gemiddelde vacaturepercentage bedraagt momenteel 5%. De onvervulde vraag wordt aan de hand van de arbeidsmarktmonitor na compensatie voor de frictiewerkloosheid ingeschat op **+3%**.

Regionale variatie

De uitgebreidere verzameling van vacaturegegevens maakt het ook mogelijk een regionale analyse uit te voeren. De verdeling van alle 91 vacatures in 2016 en 2017 over de provincies was als volgt:

Tabel 7: Vacatures verslavingsarts per provincie in 2016 en 2017 samen

Provincie	Aantal vacatures	Aantal inwoners 1.1.2016	Vacatures per 100.000 inwoners
Drenthe	1	488.629	0,20
Flevoland	6	404.068	1,48
Friesland	6	646.040	0,93
Gelderland	4	2.035.351	0,20
Groningen	6	583.721	1,03
Limburg	8	1.116.260	0,72
Noord-Brabant	10	2.498.749	0,40
Noord-Holland	26	2.784.854	0,93
Overijssel	7	1.144.280	0,61
Utrecht	4	1.273.613	0,31
Zeeland	0	381.252	0,00
Zuid-Holland	13	3.622.303	0,36
Totaal	91	16.979.120	0,54

Bron: Arbeidsmarktmonitor en CBS

In absolute zin zijn de meeste vacatures in deze twee jaar gesignaleerd in Noord-Holland, Zuid-Holland, Noord-Brabant en Limburg. Samen zijn deze 4 provincies goed voor 57 van de 91 vacatures. Gemeten per 100.000 inwoners zijn voor deze twee jaren Flevoland, Groningen, Noord-Holland en Limburg de provincies met de meeste vacatures. Gelderland, de provincie waar het opleidingsinstituut gevestigd is, heeft het laagste aantal vacatures per 100.000 inwoners (als afgezien wordt van Zeeland met 0 vacatures in 2016 en 2017 samen).

4.6 Conclusies

De informatie in de vorige paragrafen kan worden samengevat in onderstaande tabel. De hier genoemde waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en duiden het belangrijkste onderdeel van de raming, de verandering in de verwachte zorgvraag voor de komende twee decades. Voor de parameters demografie en onvervulde vraag wordt één waarde gehanteerd per 5 jaar. Voor de parameters epidemiologie en sociaal-cultureel is door de experts zowel een hoge als een lage

waarde aangegeven, omdat deze parameters voor de toekomst minder zeker als puntwaarde kunnen worden vastgelegd.

Tabel 8: Parameterwaarden zorgvraag

Omschrijving	Verandering		
	Man	Vrouw	Totaal
Demografie na 5 jaar	-1,1%	-0,7%	-1,0%
Demografie na 10 jaar	-3,3%	-2,6%	-3,1%
Demografie na 15 jaar	-5,1%	-4,5%	-5,0%
Demografie na 20 jaar	-6,2%	-5,5%	-6,0%
Epidemiologie per jaar			+0,54%
Sociaal-cultureel per jaar			+1,0%
Onvervulde vraag			+3%

5 Huidig zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft alle parameters die van toepassing zijn op de huidige beroepsgroep. Aan de hand van deze parameters berekent het Capaciteitsorgaan de toekomstig beschikbare arbeidscapaciteit die voortvloeit uit de huidige capaciteit. Deze toekomstige capaciteit wordt gecombineerd met de toekomstige arbeidscapaciteit die ontstaat ten gevolge van de aios die momenteel nog in opleiding zijn maar waarvan verwacht wordt dat zij geregistreerd zullen worden als profielarts (hoofdstuk 3). Op die manier wordt duidelijk welke arbeidscapaciteit er vanuit de zittende beroepsgroep en de huidige aios in 2029 en 2035 ingevuld kan worden en welk gedeelte van de toekomstige zorgvraag ingevuld moet worden door nog op te leiden profielartsen.

Helaas zijn over de omvang van de beroepsgroep maar beperkt gegevens beschikbaar. Het profiel is pas in 2013 erkend, en ook pas vanaf die datum officieel geregistreerd. Dat betekent dat alle gegevens over de beroepsgroep met de nodige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd.

5.2 Omvang huidige beroepsgroep

Het Capaciteitsorgaan berekent de capaciteit van de huidige beroepsgroep door het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaars te corrigeren voor niet (meer) werkende, maar wel nog geregistreerde beroepsbeoefenaars, en vervolgens het totaal aantal fte te berekenen aan de hand van het gemiddelde fte per werkende beroepsbeoefenaar.

5.2.1 Aantal geregistreerde verslavingsartsen

Tabel 9 laat de aantallen geregistreerde verslavingsartsen sinds 2013 zien.

Tabel 9: Aantal geregistreerde verslavingsartsen per 1 januari

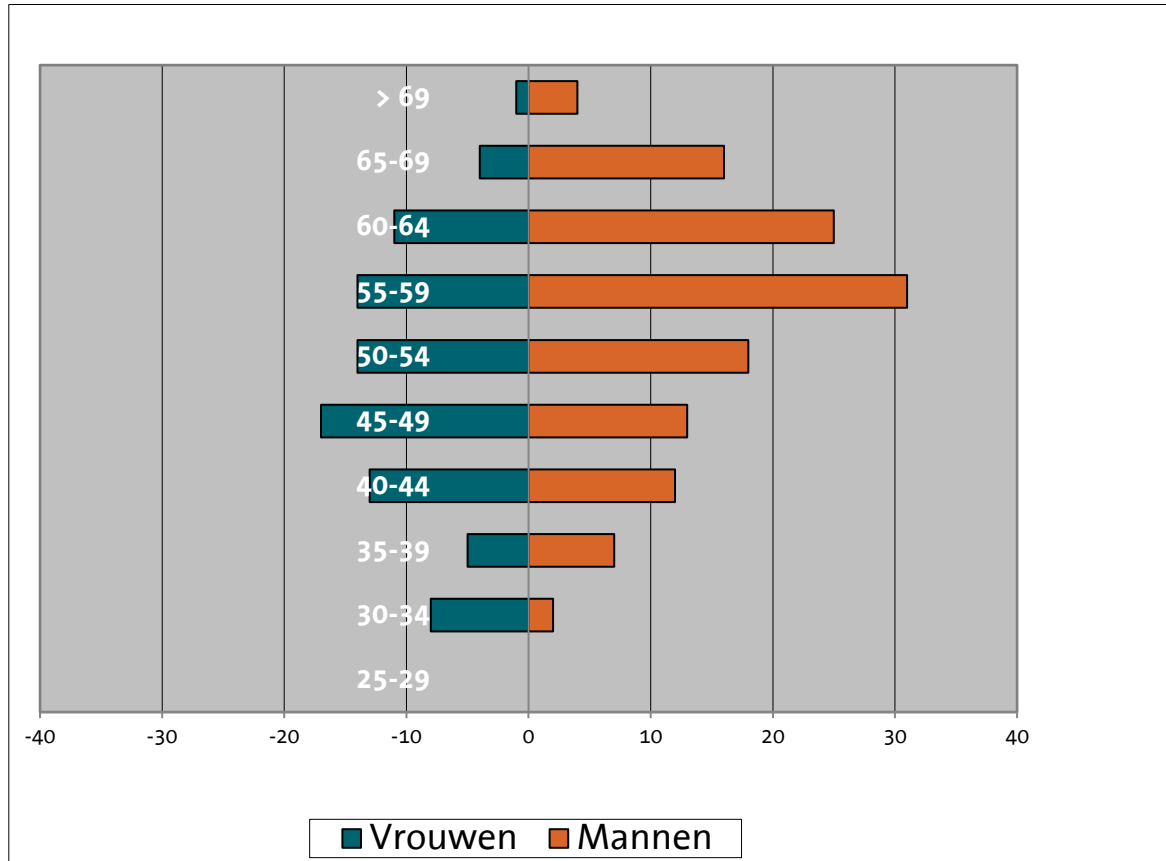
	2014	2015	2016	2017	2018
Mannen	59	122	123	124	128
Vrouwen	44	74	80	82	87
Totaal	103	196	203	206	215

Bron: RGS

De snelle toename in 2014 wordt verklaard door de overgangsregeling, die het mogelijk maakte dat artsen die al als verslavingsarts waren geregistreerd in het register van VVGN zich tot medio 2014 rechtstreeks konden inschrijven in het RGS register. De toename vanaf 2015 is het resultaat van het saldo van instromende en uitstromende verslavingsartsen. In totaal waren er op 1 januari 2018 215 geregistreerde verslavingsartsen.

Uit de RGS gegevens kan ook de verdeling naar leeftijd en geslacht worden gehaald. Figuur 4 laat de leeftijds- en geslachtsopbouw van de geregistreerde verslavingsartsen zien.

Figuur 4: Leeftijds- en geslachtsofbouw geregistreerde verslavingsartsen per 1 januari 2018



Bron: RGS

Zichtbaar is dat de beroepsgroep verslavingsartsen gekenmerkt wordt door mannelijke, oudere artsen. Van de 215 geregistreerde verslavingsartsen zijn 138 personen 50 jaar of ouder. Daarbij zijn de mannen ruim (94 personen) in de meerderheid. Beneden de leeftijd van 50 jaar is het beeld evenwichtiger, met zelfs wat meer vrouwelijke dan mannelijke verslavingsartsen. Deze figuur laat zien dat de vervangingsvraag in de komende 15 jaar ongeveer 140 personen gaat betreffen. De huidige instroom in de opleiding kan (bij 100% intern rendement en een percentage van 72% mannen onder de aios) dus maar net voldoende zijn om de vervangingsvraag op te vangen. Daarbij is verder uitgegaan van géén onvervulde vraag en géén toename van de zorgvraag ten gevolge van demografische, epidemiologische of sociaal culturele ontwikkelingen.

5.2.2 Aantal werkzame verslavingsartsen

Niet alle geregistreerde verslavingsartsen zullen werkzaam zijn. Sommigen zijn inmiddels gestopt met werken en zullen niet meer voor herregistratie in aanmerking komen, anderen zijn werkzoekend of ziek. Om een goed beeld te krijgen van het aantal werkzame artsen is in het najaar van 2017 een enquête onder alle geregistreerde verslavingsartsen uitgevoerd, waarbij onder meer

gevraagd is naar werkzaamheid en aantal fte¹³. De enquête was representatief voor de gehele groep verslavingsartsen. Uit de enquête kwam naar voren dat van de geregistreerde verslavingsartsen 87% in Nederland werkzaam is. Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van deze gegevens het aantal werkzame verslavingsartsen op **187** gezet.

5.3 Aard en omvang dienstverband

In dezelfde enquête is aan de geregistreerde verslavingsartsen gevraagd of ze hun werkzaamheden als zelfstandige of in dienstverband uitvoerden en ook hoeveel uren per week zij werkzaam zijn. Daaruit bleek dat verslavingsartsen merendeels (88%) volledig in loondienst zijn. Als zelfstandige werkt 9%. Gecombineerd in loondienst en al zelfstandige werkt 3% van de verslavingsartsen. De artsen die (deels) als zelfstandige werken geven minder fte te aan dan de artsen in loondienst. De omvang van het dienstverband verschilt, afhankelijk van het geslacht en de leeftijd van de verslavingsarts. Tabel 10 laat dit zien.

Tabel 10: Gemiddeld fte naar geslacht en leeftijd

Leeftijd	Man	Vrouw	Totaal
30 t/m 39 jaar	0,99	0,90	0,93
40 t/m 49 jaar	0,90	0,72	0,79
50 t/m 59 jaar	0,86	0,89	0,87
60 t/m 80 jaar	0,67	0,80	0,70
Totaal	0,81	0,83	0,82

Bron: NIVEL

Vrouwelijke verslavingsartsen werken gemiddeld iets meer dan mannelijke verslavingsartsen. Dat wordt veroorzaakt door het gegeven dat de mannelijke verslavingsartsen absoluut én relatief meer vertegenwoordigd zijn in de oudere leeftijdsklassen.

Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van deze gegevens het gemiddelde fte op **0,81 fte** voor mannen en **0,83 fte** voor vrouwen gewaardeerd. Arbeidstijdverandering wordt niet voorzien; deze parameter is op **0%** gesteld.

5.4 Instroom in het profiel

De instroom in het profiel wordt gerealiseerd door aios, die hun opleiding voltooid hebben. Zij worden uitgeschreven uit het opleidingsregister en kunnen zich daarna laten registreren in het register verslavingsartsen van de RGS. Tabel 3 in paragraaf 3.2 liet al zien hoe de uitstroom uit het opleidingsregister en de instroom in het profielregister op elkaar aansluiten. Instroom van verslavingsartsen, opgeleid in het buitenland, komt niet voor.

5.5 Uitstroom uit het profiel

Uitstroom uit het profiel is mogelijk indien de verslavingsarts geen aanvraag voor herregistratie indient, zich actief laat uitschrijven uit het register, of door de tuchtrechter uit het register wordt

¹³Vis, E.; Batenburg, R.; Van der Velden, L.; Versteeg, S.: De arbeidsmarkt voor verslavingsartsen in Nederland; een toekomstverkenning en capaciteitraming NIVEL; (2018)

verwijderd. De RGS is pas in 2013 gestart met het inschrijven van verslavingsartsen. Dat betekent dat er nog geen aanvragen voor herregistratie kunnen zijn ingediend. Deze zijn pas te verwachten vanaf juli 2018, wanneer de eerste 103 geregistreerde verslavingsartsen voor herregistratie in aanmerking komen. De uitstroom uit het profiel wordt daarom rekenkundig grotendeels gebaseerd op de verwachte pensioenleeftijd van de verslavingsartsen. De verwachte uitstroom van de momentaan geregistreerde verslavingsartsen wordt weergegeven in tabel 11.

Tabel 11: Verwachte uitstroom naar geslacht

Uitstroom	Mannen	Vrouwen	Totaal
Uitstroom binnen 5 jaar	20,6%	10,4%	16,2%
Uitstroom binnen 10 jaar	50,8%	27,1%	40,5%
Uitstroom binnen 15 jaar	63,5%	54,2%	59,5%
Uitstroom binnen 20 jaar	81,0%	70,8%	76,6%

Bron: NIVEL

De uitstroom wordt bijna volledig veroorzaakt door pensionering. Verslavingsartsen kunnen zich daarna niet meer laten herregistreren. Slechts een enkele verslavingsarts wil doorstromen naar de psychiatrie of een ander specialisme. Er is weinig verlies aan capaciteit door voortijdig vertrek van jonge verslavingsartsen.

De enquête levert geen voldoende betrouwbare informatie op over de toekomstige uitstroom van (toekomstige) aios die hun opleiding succesvol zullen gaan afronden. Op basis hiervan wordt het extern rendement berekend, oftewel welk percentage van de basisartsen die nog in opleiding zullen gaan of nu al bezig zijn met de opleiding na 1,5, 10 en 15 jaar daadwerkelijk nog werkzaam zullen zijn. De opleiding is pas in 2007 gestart waardoor het externe rendement maar voor een beperkte groep (116 personen, tabel 4) en een beperkte duur (minimaal 1, maximaal 11 jaar) te onderzoeken viel.

Om die redenen heeft het Capaciteitsorgaan in eerste instantie ervoor gekozen om de externe rendementen van de opleiding huisartsgeneeskunde te hanteren tot er betrouwbare gegevens uit de opleiding verslavingsgeneeskunde beschikbaar zijn. Bij de analyse bleek dat de externe rendementen van de specialist ouderengeneeskunde wellicht toepasselijker waren, gezien de gemiddelde leeftijd van de aios bij aanvang opleiding. Tabel 12 laat de gehanteerde gegevens zien.

Tabel 12: Extern rendement verslavingsartsen op basis van extern rendement specialist ouderengeneeskunde

Extern rendement	Mannen	Vrouwen	Totaal
Na 1 jaar	99,0%	98,8%	98,8%
Na 5 jaar	91,7%	91,6%	91,6%
Na 10 jaar	86,2%	85,0%	85,2%
Na 15 jaar	84,4%	77,7%	79,0%

Bron: Capaciteitsplan 2016, deelrapport 5

5.6 Conclusies zorgaanbod

In tabel 13 worden de belangrijkste conclusies uit het zorgaanbod samengevat.

Tabel 13: Parameters zorgaanbod verslavingsartsen

Parameter	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzame verslavingsartsen	111	76	187
Aantal fte	90	63	153
Gemiddelde fte	0,809	0,827	0,817
Percentage van totaal werkzaam	85%	89%	87%
Arbeidstijdverandering			0%
Uitstroom binnen 5 jaar	20,6%	10,4%	16,2%
Uitstroom binnen 10 jaar	50,8%	27,1%	40,5%
Uitstroom binnen 15 jaar	63,5%	54,2%	59,5%
Uitstroom binnen 20 jaar	81,0%	70,8%	76,6%
Extern rendement na 1 jaar	99,0%	98,8%	98,8%
Extern rendement na 5 jaar	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement na 10 jaar	86,2%	85,0%	85,2%
Extern rendement na 15 jaar	84,4%	77,7%	79,0%
Instroom buitenland	0	0	0

6 Werkproces

6.1 Inleiding

De zorgvraag (hoofdstuk 4) en het zorgaanbod (hoofdstuk 5) worden aan elkaar gekoppeld via het werkproces. In dit hoofdstuk worden de verwachtingen over de ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen zijn belangrijk voor de afstemming tussen vraag en aanbod. Zorgverleners kunnen een groter deel van de zorgvraag vervullen als er in het werkproces efficiencywinst geboekt kan worden. Maar ook vakinhoudelijke ontwikkelingen of technologische verbeteringen bieden mogelijkheden, mits er tijds winst geboekt kan worden. Daarnaast is ook op een andere manier tijdsbesparing mogelijk in het werkproces. Zo kan een ander specialisme in de toekomst een deel van de activiteiten van de verslavingsarts uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn de psychiater en de huisarts, die activiteiten uit kunnen voeren die door de verslavingsarts worden gedaan. Van verticale substitutie is sprake wanneer een lager opgeleide zorgprofessional taken overneemt, bijvoorbeeld de POH-GGZ of de verpleegkundig specialist. Veranderingen in het werkproces hebben geen planbare begin- of einddatum. Zij gaan direct in en gelden voor de volledige bestaande capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Dat betekent dat de effecten van het werkproces op de huidige capaciteit achteraf gecompenseerd moeten worden via verandering van de instroom in de opleiding, waarvan de weerslag pas vanaf 2021 voor het eerst zichtbaar wordt in een bescheiden capaciteitsverandering. Paragrafen 6.2 t/m 6.6 behandelen de vijf parameters van het werkproces: vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale substitutie.

6.2 Vakinhoudelijk ontwikkelingen

Dit betreft ontwikkelingen op het terrein van uitvoering van de werkzaamheden, onderzoek, kwaliteit, standaarden en protocollen/kennisbeleid.

De inschatting van deze parameter zijn niet op harde cijfers te baseren. Het Capaciteitsorgaan heeft gebruik gemaakt van gegevens uit de webenquête, de experts in de werkgroep, en de inschattingen zoals die zijn gehanteerd bij de raming voor de huisartsen uit 2016. Technologische ontwikkelingen in de verslavingsgeneeskunde staan eigenlijk nog in de kinderschoenen. Vakinhoudelijk worden vaak de multidisciplinaire en de multisysteembenaderingen genoemd, die om meer inbreng van de verslavingsarts vragen. Verder wordt verslavingszorg vakinhoudelijk steeds meer als een biopsychosociaal probleem gezien waarbij de inbreng van de verslavingsarts steeds vaker gevraagd wordt. Bij de huisartsen is deze parameter op +0,1% tot +0,4% per jaar gezet. Voor de verslavingsartsen wordt in deze eerste raming **+0,4% tot +1%** per jaar gehanteerd.

6.3 Efficiency

Verslavingsartsen werken voor het merendeel in dienstverband binnen kleine of middelgrote organisaties. Zij zijn kostbare medewerkers in de organisatie. Daarom zoeken werkgevers naar mogelijkheden om de efficiency van de verslavingsartsen te verhogen. Die kunnen gevonden worden in zorgstandaarden, schaalvergroting en administratieve systemen.

De LADIS gegevens laten sinds 2000 maar marginale veranderingen zien in het verschillende contactsoorten die een verslavingsarts heeft. Face to face contacten hebben altijd rond 90% van de contacten uitgemaakt. De introductie van Internet in 2008 heeft maar een zeer beperkte weerslag op de contactverdeling gehad. Onder de verslavingsartsen is de verwachting dat de efficiency iets zal verminderen door de toename van de administratieve lastendruk en andere, niet-patiëntgebonden werkzaamheden. Bij de huisartsen is in 2016 uitgegaan van 0% capaciteitsbesparing ten gevolge van efficiency ontwikkelingen (met het oog op “Het roer moet om”). Het Capaciteitsorgaan heeft voor deze parameter bij de verslavingsartsen een marge aangehouden van **0,0% tot +0,25%** per jaar.

6.4 Horizontale taakverschuiving

Horizontale taakverschuiving of taakherschikking, ook wel horizontale substitutie genoemd, wordt door het Capaciteitsorgaan gedefinieerd als een verschuiving van werkzaamheden van de verslavingsarts naar een andere beroepsgroep met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Het Capaciteitsorgaan is hierin geïnteresseerd, omdat dit gevolgen heeft voor de benodigde arbeidscapaciteit van beide beroepsgroepen. Niet relevant voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan is de discussie tussen beroepsgroepen over een eventueel hieraan gekoppelde verschuiving van verantwoordelijkheden. De verslavingsarts kan horizontaal worden gesubstitueerd door de psychiater en de huisarts.

Omdat er een grote vraag naar psychiaters én naar verslavingsartsen is wordt door het Capaciteitsorgaan wel verwacht dat er in relatie met de psychiatrie enige horizontale substitutie gaat optreden. Een deel van de verslavingsartsen verwacht dat de psychiater een deel van het werk van de verslavingsarts gaat overnemen. Een ander deel verwacht echter dat de verslavingsarts in de ziekenhuizen, de GGZ instellingen de forensische zorg en de gehandicaptenzorg net meer activiteiten zal gaan ontwikkelen.

Voor horizontale substitutie naar de huisarts bestaat enige ruimte, met name voor de begeleiding van patiënten met een verslavingsprobleem in een stabiele verslavingssituatie (bijvoorbeeld methadongebruikers). Ingeval van een terugval kunnen deze patiënten met een verslavingsprobleem weer terug in behandeling bij de verslavingsarts of de psychiater. De huisarts schakelt voor de begeleiding van deze patiënten met een verslavingsprobleem vaker een POH-GGZ in. De POH-GGZ heeft de afgelopen jaren een stormachtige groei doorgemaakt. Onbekend is welk deel van de POH-GGZ activiteiten ontplooit ten behoeve van patiënten met een verslavingsprobleem. De inschatting van de werkgroep is dat er mogelijk op bescheiden schaal horizontale substitutie naar de huisarts optreedt.

De werkgroep heeft bij de uiteindelijke inschatting van het totale netto effect van de horizontale substitutie gebruik gemaakt van de gegevens uit de enquête die NIVEL onder verslavingsartsen. De verslavingsartsen schatten in dat het totale effect van al deze mogelijke verschuivingen zou leiden tot een kleine toename van de hoeveelheid werk voor de verslavingsartsen. Gedacht wordt aan een percentage van **+0,1% tot +0,3%** per jaar.

6.5 Verticale taakverschuiving

Verticale taakverschuiving/taakherschikking, ook wel verticale substitutie genoemd, betreft het structureel verschuiven van activiteiten van de verslavingsarts naar disciplines met een ander opleidingsniveau. Voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan is de discussie tussen de beroepsgroepen over een verschuiving van de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheden niet van invloed. Verticale taakverschuiving treedt met name op tussen de verslavingsarts en de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist wordt nu met name ingezet bij behandelingen volgens een protocol. Net als de verslavingsarts heeft de verpleegkundig specialist sinds 2015 de wettelijke bevoegdheid om als (regie)behandelaar op te treden. Het exacte aantal (fte) verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam in de verslavingszorg is niet bekend.

De geraadpleegde verslavingsartsen kwamen niet met een eenduidig antwoord op de vraag wat verticale substitutie betekent voor hun werkzaamheden. Het Capaciteitsorgaan signaleert dat er een aantal verpleegkundig specialisten in de verslavingszorg werken (zie voetnoot 7, pagina 10). Het Capaciteitsorgaan heeft in deze eerste richtinggevende raming voor de parameter verticale substitutie een conservatieve waarde van **-0,2% tot -0,5%** per jaar gehanteerd. In de loop van 2018 en 2019 komen kwantitatieve gegevens over de VS beschikbaar aan de hand waarvan in een volgende raming een beter onderbouwde parameterwaarde kan worden gehanteerd.

6.6 Conclusies werkproces

In tabel 12 worden alle besproken en vastgestelde waardes voor de raming van de verslavingsarts getoond.

Tabel 6: Parameters werkproces: verandering in zorgvraag per jaar

	Vakinhoud		Efficiency		Horizontale substitutie		Verticale substitutie	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max	Min.	Max.
Verslavingsarts	+0,4%	+1,0%	+0,0%	+0,25%	+0,1%	+0,3%	-0,2%	-0,5%

7 Scenario's

7.1 Inleiding

Standaard werkt het Capaciteitsorgaan met 9 scenario's die in beleidsrijkheid cumulatief toenemen. In de volgende tabel zijn deze scenario's schematisch weergegeven:

Tabel 7: Scenario's model Capaciteitsorgaan

Parameter/ trends	Scenario's									
	Basisscenario	Demografiescenario	Werkproces, tijdelijke trend (t.t.)	Werkproces, doorlopende trend (d.t.)	Arbeidstijdverandering, t.t.	Arbeidstijdverandering, d.t.	Verticale substitutie, t.t.	Verticale substitutie, d.t.	Maximale parameterwaarden, t.t.	Maximale parameterwaarden, d.t.
Vraag	-	√	√-	√	√-	√	√-	√	√	√
Onvervulde vraag	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Demografie	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Epidemiologie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Epidemiologie maximaal	-								√-	√
Sociaal-cultureel minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Sociaal-cultureel maximaal	-								√-	√
Werkproces	-		√-	√	√-	√	√-	√	√-	√
Vakinhoudelijk minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Vakinhoudelijk maximaal	-								√-	√
Technologie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Technologie maximaal	-								√-	√
Efficiency minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Efficiency maximaal	-								√-	√
Horizontale substitutie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Horizontale substitutie maximaal	-								√-	√
Verticale substitutie minimaal	-						√-	√		
Verticale substitutie maximaal	-								√-	√
Aanbod	-						√-	√	√-	√
Arbeidstijdverandering	-				√-	√	√-	√	√-	√
Huidige instroom in de opleiding	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

√-: parameter werkt door tot 2028 (tijdelijke trend)

√: parameter blijft doorwerken (doorlopende trend)

7.2 Basisscenario

Het basisscenario is het vertrekscenari. Dit scenario neemt als uitgangspunt de gemiddelde instroom in de opleiding die de afgelopen 4 jaren gerealiseerd is. Dit scenario focust dus volledig op de aanbodzijde van het model. De bruikbaarheid van een dergelijk scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in de vraagzijde en het werkproces volledig worden genegeerd. Dit scenario maakt echter wel duidelijk wat er gebeurt met het zorgaanbod aan verslavingsartsen bij handhaving van de huidige instroom. Het is een beleidsvrij scenario. Als er geen beleidsimpulsen komen zal de instroom niet veranderen. In een dergelijk geval geeft het basisscenario dan duidelijk weer wat de gevolgen daarvan zijn. Tabel 14 geeft de ontwikkeling weer van het aantal geregistreerde verslavingsartsen als de instroom in de opleiding de komende 16 jaar gehandhaafd blijft op 13,3 personen, de gemiddelde instroom in de afgelopen 4 jaar.

Tabel 14: Ontwikkeling aantal verslavingsartsen: basisscenario

	Aantal werkzaam			Fte		
	2018	2030	2036	2018	2030	2036
Verslavingsarts	187	214	223	153	175	182

Bron: NIVEL

In het basisscenario, met een instroom van gemiddeld 13,3 personen per jaar in de opleiding, zal het aantal werkzame verslavingsartsen de komende jaren langzaam gaan toenemen. In hoofdzaak komt de langzame toename door de relatief hoge uitstroom van mannelijke verslavingsartsen.

7.3 Demografiescenario

De huidige zorgvraag wordt berekend door het huidige aantal fte's van beroepsbeoefenaren en de onvervulde vraag bij elkaar op te tellen. De daaruit resulterende fte's zorgvraag is het uitgangspunt. Deze fte's worden vervolgens aangepast voor de toekomstige demografische bevolkingsopbouw, want de zorgvraag komt grotendeels voor rekening van bepaalde leeftijdsgroepen. De parameter demografie is berekend voor de perioden tot 2023, 2028, 2033 en 2038. In de ramingen wordt uitgegaan van twee evenwichtsjaren: 2030 voor de korte termijn en 2036 voor de lange termijn. Eerst wordt de zorgvraag (in fte) geraamd voor de twee evenwichtsjaren. Vervolgens berekent het Capaciteitsorgaan hoeveel capaciteit uit de huidige formatie aan beroepsbeoefenaren plus huidige aios in die twee evenwichtsjaren nog beschikbaar is (figuur 4). Daarna becijfert het Capaciteitsorgaan het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het berekende resterende zorgaanbod in 2030/2036. Die uitkomst is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat moet worden opgeleid vanaf 2020. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod op dit moment, oftewel een grote onvervulde vraag, omdat een flinke correctie in de instroom nodig is. De resulterende instroom van aios is dan wel wat groter dan bij het evenwicht op de lange termijn.

De ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkeling van het zorgaanbod wordt gebaseerd op extrapolaties uit het verleden. Voor de demografische ontwikkeling wordt de midden variant gebruikt van de meest recente CBS-bevolkingsprognose. Dit scenario bevat geen parameters die

beleidsgevoelig zijn, vandaar de term beleidsarm. Uiteraard kunnen zowel de parameter demografie als de parameter zorgaanbod wel door beleid (immigratiebeleid, kindvriendelijke stimuleringsmaatregelen, verhoging pensioenleeftijd, stimulering hogere arbeidsparticipatie vrouwen) beïnvloed worden, maar dan is er meestal geen sprake van specifiek beleid gericht op de betreffende beroepsgroep. In tabel 15 wordt voor het demografiescenario de geraamde zorgvraag in fte verslavingsartsen getoond plus het aantal aios dat vanaf 2020 jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Tabel 15: Demografie scenario verslavingsartsen

Demografie	Aantal werkzaam			Fte			
	2018	2030	2036	2030 Fte	2030 Aios	2036 Fte	2036 Aios
Verslavingsarts	187	175	182	151	8	148	9

Bron: NIVEL

Voor de verslavingsarts betekent dit het volgende: momenteel zijn er 153 fte geregistreerde verslavingsartsen werkzaam. De “ware” zorgvraag is 3% hoger, dus 157,5 fte. De demografische verandering bedraagt tot 2030 en 2036 -3,7% respectievelijk 5,5%. Dit betekent dat de zorgvraag in 2030 daalt naar 151 fte’s, 2 fte minder dan in 2018. In 2036 is het aantal benodigde verslavingsartsen ten opzichte van 2018 met 5 fte gedaald, 3 fte lager dan in 2030.

Om in 2030 een aanbod te hebben van 151 fte dienen er jaarlijks vanaf 2020 8 aios in te stromen in de opleiding tot verslavingsarts. Als we het verschil tussen vraag en aanbod niet in 12, maar in 18 jaar willen inlopen is eveneens een jaarlijkse instroom van 9 aios voor dit scenario voldoende. Dit klopt met de eerdere constatering dat alleen de demografiecomponent meewegen in de raming leidt tot een daling van de zorgvraag. In eerste instantie moet de onvervulde zorgvraag nog worden ingelost, maar daarna is een lagere instroom nodig dan momenteel gerealiseerd wordt.

7.4 Werkprocesscenario ‘s met tijdelijke of doorlopende trend

Deze twee volgende scenario’s vullen het demografie scenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen voor onvervulde vraag en demografie, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele parameters gecorrigeerd. Daarmee zijn vanaf deze scenario ‘s alle beleidsvariabelen rond de toekomstige zorgvraag geactiveerd. Ten tweede wordt nu ook al gekeken naar een aantal parameters in het werkproces (vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving). Als voor een parameter een bandbreedte is genomen wordt de minimale (conservatieve) waarde gehanteerd in deze twee scenario’s. In het scenario zonder doorlopende trend worden de trends in het werkproces na 10 jaar stopgezet. Dat maakt het mogelijk om scenario’s ook maar voor een bepaalde tijd door te rekenen. Onbekend is namelijk of de parameters zich gedurende de gehele looptijd van de raming blijven ontwikkelen zoals de experts verwachten of dat ze op een bepaald moment een maximum hebben bereikt. In het scenario mét doorlopende trend blijven deze trends gedurende de hele ramingsperiode doorlopen.

De parameters epidemiologie en sociaal-cultureel zijn voor de vraagontwikkeling binnen de verslavingsgeneeskunde belangrijk. Beleidsontwikkelingen kunnen een grote impact hebben op de geraamde zorgvraag.

Tabel 16: Werkproces scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Werkproces scenario's	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht 2030		Evenwicht 2036		Evenwicht 2030		Evenwicht 2036	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
	Verslavingsarts	182	15	179	13	188	16	203

Bron: NIVEL

Tabel 16 toont voor beide scenario's de geraamde zorgvraag in fte's plus het corresponderend aantal aios dat jaarlijks moet instromen om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in het vroege (2030) of het late evenwichtsjaar (2036). De zorgvraag is in deze scenario's circa 20% hoger dan in het demografie scenario. Met name de epidemiologische correctie van de afname ten gevolge van de veranderende demografie is hier debet aan. Het aantal jaarlijks benodigde instroomplaatsen neemt fors toe. Om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in 2030 is vanaf 2020 een jaarlijkse instroom van 15 tot 16 aios nodig. Als het bereiken van het evenwicht wordt uitgesteld tot 2036 gaat het om 13 tot 16 aios.

7.5 Arbeidstijds scenario 's met tijdelijke of doorlopende trend

De verslavingsartsen zijn, een enkeling uitgezonderd, allemaal in loondienst. Er zijn geen aanwijzingen dat de CAO in de GGZ een verandering van de arbeidstijd zal laten zien in de komende jaren. Om die reden zijn deze twee scenario's niet apart opgenomen in deze raming.

7.6 Verticale substitutie scenario 's met tijdelijke of doorlopende trend

Tabel 17 toont de verticale substitutie scenario's met daarin de geraamde zorgvraag in fte's plus het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken. Dit zijn de meest beleidsrijke scenario's van het Capaciteitsorgaan. In deze twee scenario's wordt ook het effect van verticale substitutie op de geraamde zorgvraag meegenomen.

Tabel 17: Verticale substitutie scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Verticale substitutie Scenario's	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht 2030		Evenwicht 2036		Evenwicht 2030		Evenwicht 2036	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
	Verslavingsarts	178	14	175	12	184	15	196

Bron: NIVEL

In deze scenario's zijn alle parameters geactiveerd. Ten opzichte van de werkproces scenario's is alleen de parameter verticale substitutie (en de onveranderde parameter arbeidstijdverandering) toegevoegd aan de berekeningen. Afhankelijk van de waarde van deze parameter leidt dat tot een verandering van de zorgvraag en dus tot een corresponderende aanpassing van de benodigde instroom aan aios.

In totaal blijkt de verticale substitutie te leiden tot een iets lagere zorgvraag in fte's en een iets lagere benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen. Bij het streven naar een vroeg evenwichtsjaar is een jaarlijkse instroom van 14 à 15 aios nodig en bij een laat evenwichtsjaar hoort een jaarlijkse instroom van 12 à 15 aios.

De parameter verticale substitutie is op basis van de beschikbare gegevens laag ingeschat. Deze scenario's hebben dan ook maar een beperkte invloed op de benodigde fte's in 2030 en 2036 en daardoor ook maar een beperkte invloed op de benodigde jaarlijkse instroom.

7.7 Maximale parameterwaarden scenario 's, tijdelijke of doorlopende trend

Ten slotte zijn voor de verslavingsartsen twee scenario's uitgewerkt waarin de meest extreme waarde van alle parameters (in geval van een bandbreedte) is gehanteerd. Soms kennen de experts immers een minimale en een maximale waarde toe aan een parameter. Deze scenario's geven het uiterste effect van het advies aan. De instroomaantallen die horen bij deze twee scenario's geven informatie aan de beleidsmakers over een soort "worst case" ontwikkeling van de toekomst. De kans is klein dat deze scenario's zich in werkelijkheid gaan voordoen. In tabel 18 wordt voor deze twee scenario's de geraamde zorgvraag getoond in fte's plus het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Tabel 18: Maximale parameterwaarden scenario's

Maximale parameter Scenario's	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht	
	2030		2036		2030		2036	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
Verslavingsarts	188	16	185	14	195	18	210	17

Bron: NIVEL

De instroomaantallen variëren nu van 14 tot 18 plaatsen per jaar. Deze hogere aantallen worden veroorzaakt doordat de horizontale substitutie in de richting van de verslavingsartsen nu + 3% in 10 jaar is. De kans dat de horizontale substitutie zo lang op dit niveau blijft is klein. Alle effecten moeten dan 18 jaar blijven doorwerken en het evenwicht tussen vraag en aanbod moet op de korte termijn (in 2030) worden bereikt. Deze hoge parameterwaarden zijn voor de verslavingsartsen jaarlijks +1% voor sociaal-cultureel (i.p.v. +0,4%), +0,25% voor efficiency (i.p.v. +0,1%), +0,3% voor horizontale substitutie (i.p.v. +0,1%) en -0,5% voor verticale substitutie (i.p.v. -0,2%). Bij de lage parameterwaarden bedraagt de groei van de zorgvraag voor deze parameters +0,55% per jaar, bij de hoge parameterwaarden voor deze parameters +0,90% per jaar. Daarnaast is er overigens ook nog

de gecombineerde groei van de zorgvraag voor de parameters demografie en epidemiologie van +0,24% per jaar.

7.8 Conclusies diverse scenario 's

Tabel 18 vat de resultaten van de scenarioberekeningen samen.

Tabel 8: Resultaten berekeningen diverse scenario's

Scenario	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Demografie	8	9
Werkproces, tijdelijke trend	13	15
Werkproces, doorlopende trend	16	16
Substitutiescenario, tijdelijke trend	12	14
Substitutiescenario, doorlopende trend	15	15
Maximale parameterwaarden, tijdelijke trend	14	16
Maximale parameterwaarden, doorlopende trend	17	18

De tabel laat zien dat de geadviseerde jaarlijkse instroom volgens deze 7 scenario's kan variëren van minimaal 8 aios tot maximaal 18 aios per jaar. Vanaf de start van de opleiding zijn 156 aios ingestroomd in 12 jaar (tabel 1), oftewel 13 aios per jaar. Dit aantal is voor de meeste scenario's onvoldoende om een evenwicht in 2030 of 2036 te bereiken tussen vraag en aanbod.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn een zevental scenario's vastgesteld en doorgerekend. In dit hoofdstuk wordt afgewogen welke ontwikkelingen én onzekerheden op dit moment invloed kunnen uitoefenen op deze scenario's en met welke andere specifieke omstandigheden rekening moet worden gehouden.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Voor de verslavingszorg zou de meest relevante beleidsontwikkeling een nieuw Hoofdlijnenakkoord zijn. De voortgang in de onderhandelingen over het hoofdlijnenakkoord is echter langzaam. In deze raming kon geen rekening worden gehouden met een eventueel resultaat van het nieuw af te sluiten Hoofdlijnenakkoord.

Een tweede beleidsontwikkeling is de nieuwe, onlangs vastgestelde Wet Verplichte GGZ. Deze wet vervangt vanaf 2020 het BOPZ. Vooralsnog wordt verwacht dat deze wet meer consequenties voor de psychiatrie zal hebben dan voor de verslavingsgeneeskunde. Ook wat dat betreft is zijn eventuele consequenties voor de benodigde capaciteit aan verslavingsartsen niet in deze raming meegenomen.

Op het terrein van verticale substitutie naar VS en PA zijn de komende jaren geen nieuwe ontwikkelingen te verwachten.

8.3 Onzekerheden

De onzekerheden kunnen wel redelijk goed omschreven worden. De eerste onzekerheid betreft de omvang van de eerste uitstroom van verslavingsartsen in de loop van 2018 en 2019. De verslavingsartsen zijn massaal voor het eerst geregistreerd in 2013 (103 artsen) en 2014 (93 artsen). Eerdere ervaringen met jonge profielen en specialismen leert dat er dan na 5, 10 en zelfs 15 jaar pieken in de uitstroom zichtbaar worden. Tot nu toe is nog geen verslavingsarts uitgeschreven uit het register. In 2018 en 2019 zal ruim 90% van de verslavingsartsen voor het eerst moeten aantonen dat ze voldoen aan de herregistratie-eisen die het College Geneeskundige Specialismen aan dit profiel stelt. De herregistratie zal ongetwijfeld zorgen voor een daling van het aantal geregistreerde verslavingsartsen, die dan opgevangen moet worden door een hogere instroom in de opleiding.

De tweede onzekerheid betreft de capaciteit van opleidingsinstituut RCSW. Eerder is aangegeven dat de huidige maximale opleidingscapaciteit 21 plaatsen betreft. In de praktijk betreft het dan 42 plaatsen in drie jaar. Als die capaciteit onvoldoende is zou in eerste instantie overwogen kunnen worden om de opleiding jaarlijks te laten starten. Het streven is dat het opleidingsinstituut dit vanaf 2019 jaarlijks kan realiseren.

De substitutie met de (verslavings)psychiatrie is een volgende onzekerheid. Het bestaande tekort aan psychiaters maakt dat horizontale substitutie naar dit specialismen momenteel onwaarschijnlijk wordt geacht.

De substitutie van de verslavingsartsen naar de huisartsen is in deze raming relatief hoog ingeschat. De effectuering hiervan zal deels afhangen van het nog af te sluiten Hoofdlijnenakkoord. De verwachting is wel dat er een verdere verschuiving van zorg in de richting van de eerste lijn zal plaatsvinden.

Bij de VS en PA is de substitutiefactor in deze raming conservatief ingeschat. Mocht er echter duidelijkheid komen over de mogelijkheid voor de VS/ PA om mee te draaien in bereikbaarheidsdiensten dan kan die substitutiefactor wel eens hoger gaan uitvallen.

8.4 Belangrijkste scenario 's

Dit Capaciteitsplan bevat een eerste, voorlopige raming. Een aantal parameters zijn nog onbekend, onvolledig, of gebaseerd op aanpalende beroepen. Het demografiescenario is vanwege de daarmee gepaard gaande daling van de zorgvraag niet reëel. Om die reden kiest het Capaciteitsorgaan voorzichtigheidshalve voor de scenario's werkproces met doorlopende trend en substitutiescenario met doorlopende trend. Het Capaciteitsorgaan kiest in verband met de bestaande onvervulde vraag voor het realiseren van een evenwicht op de korte termijn. Dat betekent dat de jaarlijkse instroom op 15 à 16 plaatsen uit zou komen.

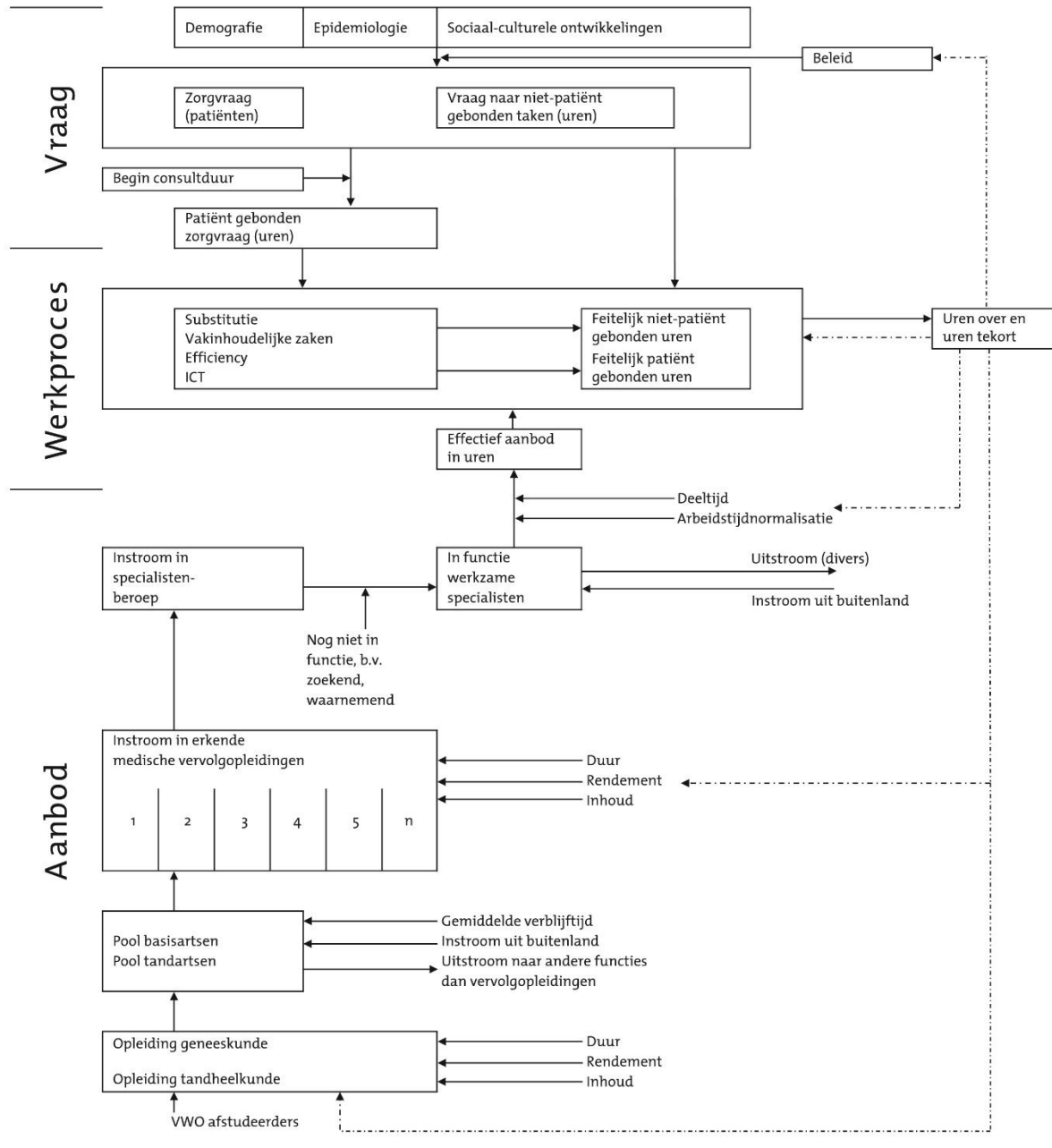
8.5 Advies instroom

Bij de afwegingen rond het advies houdt het Capaciteitsorgaan echter ook rekening met de in paragraaf 8.3 geschetste onzekerheden. Het is mogelijk dat de capaciteit aan geregistreerde verslavingsartsen door de herregistraties in 2018 en 2019 sneller daalt dan in de 5-jaars verwachting wordt voorzien. Daarnaast bestaat er momenteel een gedocumenteerd tekort aan verslavingsartsen van minimaal 7 personen.

Het huidige advies zal waarschijnlijk een geldigheidsduur hebben tot 2024, omdat dan de volgende integrale raming van het Capaciteitsorgaan in werking zal treden. Het Capaciteitsorgaan acht het raadzaam om de mogelijke instroom voor de jaren 2020 tot en met 2023 iets hoger in te zetten dan uit deze eerste voorlopige raming komt, zodat het tekort aan verslavingsartsen sneller wordt ingelopen. Ten tijde van de volgende raming is dan ook meer duidelijkheid over de momenteel nog ontbrekende parameters. Indien dit geadviseerde aantal tijdens de monitoring over twee jaar blijkt niet te voldoen zal een tussentijds advies worden uitgebracht.

Het Capaciteitsorgaan adviseert, alles overziend, om vanaf 2019 tot 2024 jaarlijks **16 tot 18** basisartsen te laten instromen in de profielopleiding tot verslavingsarts.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Het Capaciteitsplan verslavingsartsen is tot stand gekomen door de inzet van een werkgroep verslavingsgeneeskunde, bestaande uit:

M. Janssen van Raay (opleidingsinstellingen)
A. van Hoek (beroepsgroep)
Vacature (zorgverzekeraars)

Het Capaciteitsplan is besproken en voorlopig vastgesteld in het Dagelijks Bestuur op 21 maart 2018.

Het Capaciteitsplan is vastgesteld in het Algemeen Bestuur op 4 april 2018.

**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