



# *Capaciteitsplan 2010*

## *Deelrapport 6: Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*

## ***Capaciteitsplan 2010***

### ***Deelrapport 6: Arts voor Verstandelijk Gehandicapten***

***Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan  
2010 voor de medische, tandheelkundige,  
klinisch technologische en aanverwante  
(vervolg)opleidingen***

**Statutaire doelstellingen:**

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

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	6
1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan	7
1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten	7
1.4 Indeling van deze bijlage	7
<b>2. Positionering AVG</b>	<b>9</b>
2.1 Inleiding	9
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	9
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	10
<b>3. Opleiding</b>	<b>12</b>
3.1 Inleiding	12
3.2 Adviezen	12
3.3 Besluiten	13
3.4 Realisatie	13
3.5 Intern rendement	14
3.6 Conclusies	15
<b>4. Zorgvraag</b>	<b>17</b>
4.1 Inleiding	17
4.2 Demografie	17
4.3 Epidemiologie	18
4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen	18
4.5 Onvervulde zorgvraag	19
4.6 Conclusie zorgvraag	21
<b>5. Zorgaanbod</b>	<b>22</b>
5.1 Inleiding	22
5.2 Omvang beroepsgroep	22
5.2.1 Aantal geregistreerd	22
5.2.2 Huisartsen	23
5.2.3 Aantal werkzaam	23
5.2.4 Leeftijdsverdeling	24
5.3 Omvang dienstverband	25
5.4 Instroom in het vak	25
5.5 Uitstroom uit het vak	26
5.6 Conclusies zorgaanbod	27

<b>6. Werkproces</b>	<b>29</b>
6.1 Inleiding	29
6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	29
6.3 technologische ontwikkelingen	29
6.4 Efficiency	29
6.5 Substitutie	30
6.5.1 Horizontale substitutie	30
6.5.2. Verticale substitutie	30
6.6 Conclusie werkproces	31
<b>7. Varianten</b>	<b>32</b>
7.1 Inleiding	32
7.2 Huidige instroom/ basisvariant	34
7.3 Hoge en lage combinatievariant	34
7.4 Varianten met hantering van verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines)	35
7.5 Gevolgen varianten voor instroom aios	35
<b>8. Overwegingen en advies</b>	<b>37</b>
8.1 Inleiding	37
8.2 Beleidsontwikkelingen	37
8.2.1 NVAVG	37
8.2.2 Horizontale substitutie	37
8.2.3 Bezuinigingen AWBZ	37
8.2.4 Maatschappelijke veranderingen	38
8.2.5 Belangstelling voor het vak	38
8.2.6 Verticale substitutie moeizaam	38
8.2.7 Opleidingsinstututen	39
8.3 Belangrijkste varianten	40
8.4 Advies instroom	40
<b>Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en Capaciteitsplan 2010</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Prismant</b>	<b>44</b>
<b>Bijlage 4: Procedure en betrokken experts</b>	<b>46</b>

## Samenvatting

De Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is in 2000 door de minister van VWS erkend als een zelfstandig specialist. Tot die tijd werd de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten hoofdzakelijk geboden door ervaren (voormalige) huisartsen. Het specialisme heeft de afgelopen 10 jaren eerst een snelle groei gekend door de erkenning met terugwerkende kracht van de artsen die al werkzaam waren in de sector. Hierna volgde vanaf 2003 een langzame verdere groei door de instroom van AVG's uit de driejarige opleiding. De AVG's kennen een scheve leeftijd- en geslachtsopbouw. Van de 160 werkzame AVG's is ongeveer 65% vrouw. Van de 35% werkzame mannelijke AVG's is 81% 50 jaar of ouder. Van de totale beroepsgroep is 56% 50 jaar of ouder. Het specialisme AVG kent daardoor een forse vervangingsvraag.

Naast de AVG maken instellingen ook nog regelmatig gebruik van de huisarts die in dienst is van de instelling of wordt ingehuurd. Hierbij kan een rol spelen dat vacatures AVG erg lang open blijven staan. Het percentage aan langer dan 6 maanden openstaande vacatures AVG bedraagt in 2010 14%. Deze hoge onvervulde vraag zal alleen maar groter worden omdat de vervangingsvraag ook groter is dan de instroom van nieuwe AVG's. Dit veroorzaakt in de komende 15 jaar een piek in de behoefte aan AVG's. Dat heeft consequenties voor de keuze van het Capaciteitsorgaan in het tempo van nastreven van evenwicht tussen vraag en aanbod: in dit geval is de intentie om de geraamde instroom in de opleiding met beoogd evenwicht op de korte termijn (2022) te gebruiken.

De gerealiseerde instroom is in 2007, 2008 en 2009 ongeveer gelijk aan de geadviseerde instroom en daarmee fors hoger dan in voorgaande jaren. Ook de totale capaciteit aan aios AVG wijkt maar marginaal af van de geraamde capaciteit. De behoefte aan AVG's groeit minder sterk dan verwacht. Uit bevindingen bij recent onderzoek blijkt dat de aantallen en fte's huisartsen die AVG-werk uitvoeren groter zijn dan gedacht. Uit monitoring van de beroepsgroep blijkt verder dat de gemiddelde fte van de AVG hoger is dan eerder werd aangenomen (van 0,74 naar 0,82 fte). Ook stopt de AVG later met werken dan in 2008 berekend is op basis van de toen beschikbare gegevens. Dit leidt ertoe dat kan worden volstaan met minder AVG-instroom in de opleiding.

De invloedrijkste parameter in de raming is tevens de meest onzekere: de sociaal-culturele verandering in de behoefte aan AVG's. De mate waarin de maatschappij de verstandelijk gehandicapte ondersteunt in een positie als volwaardig burger én de mate waarin de zwakbegaafde in de toekomst een beroep mag blijven doen op de AVG, bepalen in grote mate de uiteindelijke behoefte aan AVG's.

In verband met de grote onvervulde vraag én de forse uitstroom in de komende 15 jaar adviseert het Capaciteitsorgaan om te kiezen voor het vroegste evenwichtsjaar. Dit leidt ertoe dat geadviseerd wordt om de instroom in de opleiding AVG te verminderen naar **16 aios per jaar**.

## 1. Inleiding

Dit deelrapport bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan gebruikt zijn bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding 'arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)'. Het deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan worden gelezen. Het integrale Capaciteitsplan 2010 omvat naast het instroomadvies over het specialisme AVG ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de sociale geneeskunde, en de specialisten ouderengeneeskunde. Over elk van deze onderwerpen is eveneens een apart deelrapport met alle gegevens en achtergrondinformatie beschikbaar.

### 1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsplan zijn:

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

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit met betrekking tot de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens wordt een advies uitgebracht over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op termijn zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken rond bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, substitutie en nieuwe opleidingen. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbord sessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, 8 door de opleidingsinstellingen en acht door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

## 1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting in 1999 heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. In 2006 adviseerde de Commissie Linschoten om vanaf 2008 de beroepsgroep van de tandartsen en de mondhygiënistes te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Dit was een logisch advies omdat het Capaciteitsorgaan reeds sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in de betreffende opleidingen.
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.

## 1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor het specialisme AVG zijn de volgende:

1. Het specialisme AVG bestaat sinds 2000. Op 3 maart 2000 heeft de minister van VWS de corresponderende CHVG besluiten no. 1-1999 en no. 2-1999 goedgekeurd en zijn de besluiten in werking getreden. Het specialisme AVG is het jongste, maar niet het kleinste specialisme in Nederland.
2. De opleiding tot AVG duurt 3 jaar. Het curriculum bestaat uit twee jaar leren en werken in instellingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en één jaar stages in andere vakgebieden, inclusief een leeronderzoek.
3. Het specialisme AVG bestaat in het buitenland niet. Instroom van AVG's uit het buitenland komt dus niet voor.
4. Tot 2002 werkte de AVG alleen intramuraal. Medio 2002 maakte een aanpassing van de regelgeving rond de AWBZ het mogelijk dat cliënten met een CIZ-indicatie voor AWBZ-zorg kunnen worden verwezen naar de AVG. Na een tweede aanpassing van deze regelgeving door de Nederlandse Zorgautoriteit is het voor huisartsen mogelijk patiënten met een verstandelijke handicap te verwijzen naar een AVG zonder indicatie van het CIZ, mits de 'AVG beherende' instelling daarvoor productieafspraken heeft gemaakt met het AWBZ-kantoor.
5. Er is een grote vervangingsvraag naar AVG's door de oude leeftijdsopbouw van de zittende AVG's.
6. Verticale substitutie is nauwelijks ontwikkeld; horizontale substitutie met de huisarts is momenteel moeilijk in te schatten qua netto effecten.
7. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de vervolgopleiding is 33 jaar.
8. Er is in Nederland één opleidingsinstituut.

## 1.4 Indeling van deze bijlage

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de AVG inneemt in het zorgveld. Tegelijkertijd toont dit waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen en hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.



Hierna worden de verschillende onderdelen van het model van het Capaciteitsorgaan (bijlage 1) per hoofdstuk doorlopen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door het geven van advies over de benodigde instroom in de medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de opleiding met de geschiedenis van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG tot nu toe. De adviezen van het Capaciteitsorgaan (vanaf 2005), de besluiten van het ministerie van VWS vanaf 2006 en de realisatie van instroom in de opleiding vanaf 2000 passeren de revue. Ook wordt de parameter 'verwacht rendement' van de opleiding vastgesteld, op basis van resultaten uit het verleden.

Hoofdstuk 4 geeft de raming van de verwachte omvang van de zorgvraag in fte's. Gezien de lange duur van de volledige opleiding tot AVG (6 jaar geneeskunde, 3 jaar vervolgopleiding) en de beperkte mogelijkheden tot bijsturing (implementatie van dit advies kan op zijn vroegst geschieden vanaf 2012) wordt de zorgvraag geraamd voor de jaren 2022 en 2028. Dat betekent dat de instroomadviezen betrekking hebben op de periodes 2012-2019 en 2012-2025. Zoveel mogelijk wordt rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Hierbij geldt voor de beschikbare gegevens 1 januari 2010 als vertrekpunt. Ook de huidige onvervulde vraag die voortkomt uit een gebrek aan aanbod/capaciteit, is betrokken bij de raming van de toekomstige zorgvraag.

In hoofdstuk 5 wordt het aanbod aan beroepsbeoefenaren beschreven. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2022 en 2028 (nog) werkzaam zullen zijn nu al opgeleid. Geschetst wordt hoe de beroepsgroep zich getalsmatig en qua fte's heeft ontwikkeld sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan.

Zorgvraag en zorgaanbod ontmoeten elkaar in hoofdstuk 6, het werkproces. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod qua fte's specialist gemodificeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in patiëntgebonden tijd/ werkbare uren, efficiency, horizontale en/ of verticale substitutie.

Een aantal ontwikkelingen is niet te vangen in puntschattingen. Het Capaciteitsorgaan hanteert in dat geval een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter. Op basis van zorgvraag, zorgaanbod en werkproces wordt een aantal beleidsrijke ramingen opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk 7 beschrijft deze varianten.

Hoofdstuk 8 inventariseert tenslotte de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de belangrijkste varianten. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS.

## 2. Positionering AVG

### 2.1 Inleiding

De AVG is verantwoordelijk voor de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten. Van oudsher betrof het veelal ernstig verstandelijk gehandicapte bewoners van instellingen. Het grootste gedeelte van de AVG's is (vrijwel) volledig werkzaam binnen of vanuit instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het betreft 126 instellingen die vaak hun zorg aanbieden verspreid over meerdere locaties. Veel zorginstellingen hebben expertisecentra opgezet, van waaruit multidisciplinaire gespecialiseerde zorg wordt aangeboden.

In 2002 maakte het COTG het mogelijk dat de intramuraal werkende AVG poliklinische activiteiten ontplooiden ten behoeve van huisartsen<sup>1</sup>. In 2008 heeft de NZa dit aangepast waardoor het voor de huisarts mogelijk werd om ook zonder AWBZ-indicatie de AVG in consult te roepen<sup>2</sup>. Met de opkomst van poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten, ook wel AVG-poliklinieken genoemd, komen ook ambulante patiënten en verstandelijk gehandicapten in kleinschaliger woonvormen meer in beeld dan voorheen. Deze AVG-poliklinieken worden meestal bemenst vanuit de instellingen. De ontwikkeling van deze poliklinieken is een belangrijke trend. Inmiddels telt Nederland er 57, verspreid over 10 provincies. Naast deze poliklinische activiteiten is een klein deel van de AVG's werkzaam als adviseur voor beleid en management, onderzoek, of onderwijs. In percentages uitgedrukt, wordt 71% van de tijd besteed aan patiëntgebonden taken, 15% aan managementtaken, 6% aan onderzoek en onderwijs en 4% aan het opleiden van aios. Van de patiëntgebonden tijd is 85% benodigd voor intramurale patiënten en 15% voor externe patiënten<sup>3</sup>.

### 2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De AVG bestaat als specialisme sinds 2000. Voor die tijd werd de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten voornamelijk geleverd door huisartsen. Huisartsen zijn nog steeds werkzaam binnen de verstandelijk gehandicaptensector. Meestal betreft het huisartsen die zorg dragen voor de niet-complexe hulpvragen binnen en buiten de instellingen. In een aantal gevallen betreft het zeer ervaren huisartsen die qua werkzaamheden vergelijkbaar zijn met de AVG. Deze huisartsen kwamen in 2000 niet in aanmerking voor registratie als AVG, waren toen nog niet werkzaam in de sector of hebben bewust de registratie niet aangevraagd. In de loop van de tijd is een aantal van deze huisartsen gestopt met hun werk. Tegelijkertijd zijn er ook nieuwe (ex-) huisartsen ingestroomd in de sector. Hierdoor valt er per saldo weinig verandering te verwachten in de omvang van deze groep.

<sup>1</sup> COTG (2002). Tarieflijst instellingen 2002. H320/ H321: hulpverlening niet eigen patiënt.

<sup>2</sup> NZa (2008) Beleidsregel CA-273: per cliënt 5 tot 10 consulten, face to face of telefonisch, minimale duur 15 minuten, of overleg met de behandelend arts. Indien meer zorg nodig is zal CIZ indicatie moeten verstrekken.

<sup>3</sup> Bloemendaal, I. & van der Windt, W. & Verijdt, F. & Albers, D. (2010). Toekomstige behoefte aan Artsen Verstandelijk Gehandicapten. Prismant.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Kiwa Prismant blijkt dat de instellingen die artsen op de loonlijst hebben staan (64% van de geënuquêteerde instellingen), 22 huisartsen in dienst hebben voor 10,8 fte. Van de overige organisaties is er een aantal dat huisartsen inhuurt. Het betreft daarbij slechts 1,5 fte. Ervan uitgaande dat bijna de helft van de organisaties heeft meegewerkt aan het onderzoek, schat het Capaciteitsorgaan dat het in totaliteit ongeveer 20 fte oftewel 32 huisartsen betreft. Dat is meer dan in het Capaciteitsplan 2008 werd geschat. Het Capaciteitsplan 2008 maakt gewag van 'naar schatting 16 ervaren huisartsen in 2005'.

Verder zijn in deze sector structureel ook basisartsen werkzaam. In een aantal gevallen zijn deze basisartsen in afwachting van een opleidingsplaats; in de meeste gevallen echter niet. Uit de gegevens van Kiwa Prismant wordt het aantal geschat op 16 fte oftewel 20 basisartsen.

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en de Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN) zijn van mening dat de inzet van dergelijke basisartsen voor de levering van de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten onwenselijk is. In het Capaciteitsplan 2010 wordt voor de raming van de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG wel rekening gehouden met de aanwezige capaciteit aan huisartsen maar niet met de aanwezige capaciteit aan basisartsen.

De huisarts en de basisarts bieden voor de AVG in de praktijk mogelijkheden tot horizontale substitutie. Aanverwante disciplines op een iets lager opleidingsniveau, zoals de verpleegkundig specialist, de praktijkverpleegkundige of de physician assistant worden in deze sector niet veel gesignaleerd. Van de responderende instellingen werkt 21% met (praktijk)verpleegkundigen, 3% met verpleegkundig specialisten en 9% met beide disciplines. De overige, 67%, werken met geen van beide disciplines. Van deze laatste groep instellingen geeft 10% aan te willen gaan werken met verpleegkundig specialisten. Zeven procent zegt te willen gaan werken met (praktijk)verpleegkundigen.

De redenen voor de lage inzet van andere disciplines zijn identiek aan die in de verpleeghuissector, namelijk verwachte tekorten aan verplegend en verzorgend personeel, beperkte populariteit van de sector bij de verpleegkundigen en het aanwezige alternatief van de inzet van basisartsen. Veelal worden deze ingezet voor de (verpleegkundige) ondersteuning van woonbegeleiders. Ook is het binnen de sector minder goed mogelijk om homogene groepen van voldoende grootte samen te stellen waarbij een protocollaire behandeling van een welomschreven gezondheidsprobleem kan plaatsvinden. Indien de verpleegkundig specialist er eenmaal werkzaam is, wil het merendeel van de instellingen hun formatie in de toekomst uitbreiden. Voor de (praktijk)verpleegkundigen geldt dit bij een derde van de organisaties.

### **2.3 Verhoudingen tussen disciplines**

De hierboven gesignaleerde kwalitatieve schaarste aan personeel in de verpleging en verzorging resulteert waarschijnlijk in een oneigenlijke zorgvraag in de richting van

de AVG. In de horizontale substitutie is de laatste jaren mogelijk iets veranderd. Op basis van de gegevens uit het onderzoek van Kiwa Prismant lijkt de instroom van basisartsen echter geen grote vormen aan te nemen. Hieraan kan voorlopig nog geen conclusie worden verbonden.

Aan de andere kant kijken de instellingen, vanwege de deconcentratie en de resulterende kleinschalige woonvormen, ook naar mogelijkheden om de lokale huisarts de eerstelijnszorg te laten leveren en de AVG alleen de complexere specifieke hulp aan de verstandelijk gehandicapte te laten bieden. Op nationaal niveau bestaat er tussen de verschillende instellingen geen consensus over de inzet van de AVG. Hierdoor zijn voor de AVG drie inzetmogelijkheden:

- Intramuraal voor de specifieke medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg zal altijd worden geleverd onder de verantwoordelijkheid van de AVG.
- Intramuraal voor de algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg wordt niet alleen geleverd door de AVG maar ook door de huisarts. Momenteel wordt de huisarts met name ingeschakeld in de gedeconcentreerde woonvormen maar dat kan veranderen.
- Extramuraal via de polikliniek voor de ambulante verstandelijk gehandicapten (ongeveer 60% van de totale groep) en voor een deel van de licht verstandelijk gehandicapten, in combinatie met gedragsproblemen. Deze laatste groep neemt toe qua zorgvraag.

## 3. Opleiding

### 3.1 Inleiding

Volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten duurt de opleiding tot specialist AVG drie jaar indien men deze volgt in voltijd. Het eerste en het derde jaar worden doorgebracht in een opleidingsinstelling voor AVG's. Het tweede jaar bestaat uit aanvullende stages in aanpalende disciplines (zoals klinische genetica, revalidatie, psychiatrie). Een groot aantal aios is parttime in opleiding, waardoor hun opleiding ook dienovereenkomstig langer duurt.

Het theoretisch onderwijs krijgt vorm volgens de systematiek van de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde. De aios worden decentraal geselecteerd en aangesteld door de gecertificeerde opleidingsinstellingen. Het cursorisch gedeelte van de opleiding is in handen van het opleidingsinstituut, verbonden aan het Erasmus MC te Rotterdam.

Om een aantal redenen worden de beschikbare financiële ruimte en opleidingscapaciteit voor de vervolgopleiding tot AVG niet optimaal benut. Ten eerste volgen aios de opleiding deels in eigen tijd, met name wat betreft het cursorische gedeelte. Dit betekent dat de aios ook bij het voltijds volgen van de opleiding werkzaam is op basis van een parttime dienstverband. Aangezien de subsidiëring is gebaseerd op de omvang van het dienstverband, ontvangt de opleidende instelling ook maar een deel van de beschikbare subsidie. Ten tweede wordt de toegekende instroomcapaciteit vastgesteld op basis van het aantal aios, ongeacht de omvang van het dienstverband. Ten derde is de subsidietitel niet overdraagbaar van de ene op de andere opleidingsinrichting. Hierdoor blijft subsidie onbenut in het geval een instelling er niet in slaagt om een geschikte kandidaat voor de opleiding te vinden.

### 3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft tot nu toe 2 adviezen uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG. In 2005 is een eerste instroomadvies gegeven, gebaseerd op de op dat moment bekende (schaarse) gegevens. Indertijd is alleen een basisvariant berekend met een onvervulde vraag van 2% en een groei door demografische factoren van 1,9% per jaar. Het advies luidde om te kiezen voor het bereiken van een evenwicht op de lange termijn. In dat geval moesten jaarlijks 15 aios AVG instromen.

In 2008 betrof het wederom een advies in het kader van een integraal Capaciteitsplan. Op twee punten wek het advies af van het eerdere advies uit 2005. In de eerste plaats beschikte men nu over alle modelparameters die ook worden gehanteerd voor andere specialismen. In de tweede plaats is in dit advies expliciet rekening gehouden met de verwachte hoge vervangingsvraag op de korte termijn. Een groot deel van de geregistreerde AVG's zal namelijk de komende 10 jaar uitstromen. Een keuze voor een evenwicht op de lange termijn zou, met alle parameters van het model 'geladen', nu

een instroomadvies van 17 à 18 aios opleveren. Geadviseerd werd echter om (in verband met de hoge vervangingsvraag op de korte termijn) jaarlijks tenminste 20 en waar mogelijk 24 aios te laten instromen in de opleiding tot AVG.

### 3.3 Besluiten

In de periode tot 2006 werden de vervolgopleidingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten (met uitzondering van de vervolgopleiding tot huisarts). Noch de zorgverzekeraars noch de beroepsgroep noch de opleidingsinstellingen hebben in die periode via een centrale regie bindende besluiten kunnen nemen over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Wel luisterde men goed naar de adviezen (zie ook 3.4). Tussen 2006 en 2008 werden de adviezen van het Capaciteitsorgaan gebruikt door BOLS voor de realisering van opleidingsplaatsen.

Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Het Opleidingsfonds, onderdeel van VWS, verstrekt vanaf 2008 subsidies aan instellingen ten behoeve van het opleiden van basisartsen tot medisch specialist. Hierbij maakt de AVG deel uit van de zogenaamde 2e tranche, categorie A. De minister heeft in de kabinetsreactie<sup>4</sup> op het Capaciteitsplan 2008 het advies van het Capaciteitsorgaan voor de AVG integraal overgenomen.

### 3.4 Realisatie

In tabel 2 worden de adviezen van het Capaciteitsorgaan, de besluiten van de minister van VWS, de gerealiseerde instroom van aios in de opleiding en het totale aantal aios sinds 2000 getoond.

<sup>4</sup> Brief minister VWS aan Tweede Kamer. Capaciteitsplan 2008, 25 april 2008.

**Tabel 2: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2000.**

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Advies Capaciteitsorgaan	-	-	-	-	-	-	15	15	15	20/ 24	20/ 24	20/ 24
Besluit VWS	-	-	-	-	-	-	-	-	45*	20	24	24
Instroom aios	10	9	0***	13	15	13	10	13	16	19		
Totaal aantal aios**	10	19	18	20	28	34	37	34	38	44		
Percentage vrouwen	100	84	89	80	86	85	84	85	89	93		
Aantal erkende AVG opleiders	12	13	16	27	29	34	38	44	41			

\* : totaal aantal aios dat voor subsidie in aanmerking komt

\*\* : per 31 december

\*\*\* : om organisatorische redenen is de instroomdatum verplaatst van 1 december 2002 naar begin 2003

Bron: Jaarverslagen HVRC, capaciteitsplannen Capaciteitsorgaan

Uit deze tabel blijkt dat de instroom in de opleiding in 2006 een kleine daling heeft ondervonden maar verder gedurende de gehele periode langzaam blijft toenemen. De daling in 2006 wordt niet veroorzaakt door een gebrek aan opleiders, alhoewel het aantal opleiders AVG maar net voldoende is om de ontwikkeling van het aantal aios AVG te accommoderen.

De toenemende instroom uit zich ook in het gestaag groeiende totaal aantal aios AVG. Wat verder opvalt is het hoge percentage vrouwen onder de aios AVG. Het percentage vrouwelijke aios is veel hoger dan het percentage vrouwen onder de geregistreerde AVG's (zie paragraaf 5.2.1). Dit gegeven is relevant omdat vrouwelijke AVG's gemiddeld minder fte werken dan mannelijke AVG's.

Op basis van deze gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** veranderd van **13,5** (in het Capaciteitsplan 2008) naar **16**. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** wordt veranderd van **13** in **19**. De parameter **% vrouwen** wordt veranderd van **80%** in **90%**.

### 3.5 Intern rendement

Het intern rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Omdat het geruime tijd kan duren voordat een cohort aios de 3-jarige opleiding volledig heeft doorlopen (tengevolge van bijvoorbeeld parttime werken), wordt een ruwe maar meer actuele benadering van dit intern rendement gehanteerd. Gekeken wordt naar het aantal aios dat de opleiding in een jaar voortijdig afbreekt ten opzichte van het totale aantal aios dat gedurende dat jaar in opleiding was (totale aantal aios per 31 december van ieder jaar inclusief aantal uitgevallen aios gedurende het betreffende jaar). Het resulterende percentage

uitvallers voor een jaar wordt vervolgens vermenigvuldigd met de officiële opleidingsduur (3 jaar). Het benaderde intern rendement is dan 100% minus het zo berekende percentage uitvallers. Het aantal aios dat de opleiding op enig moment voortijdig afbreekt is bij de HVRC opgevraagd en wordt getoond in tabel 3.

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

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Aantal aios dat afbreekt	0	0	1	2	1	0	2	0	1	4
Totaal aantal aios*	10	19	18	20	28	34	37	34	38	44
Benadering % intern rendement	100	100	84	73	90	100	85	100	92	75

\* : per 31 december van het jaar

Bron: Jaarverslagen HVRC

Het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt, vertoont geen duidelijke toe- of afname te in de tijd. Tegelijkertijd is het totale aantal aios wél toegenomen. Gezien de kleine aantallen die het in beide gevallen betreft, is het moeilijk om consequenties te verbinden aan deze tabel. Het intern rendement van de opleiding AVG werd in het Capaciteitsplan 2008 geschat op 87% tot 90%. De verwachting was dat het intern rendement nog wat zou toenemen door de groei van het aantal basisartsen, waardoor ruimer kon worden geselecteerd op motivatie en kwaliteit. Het minieme verschil van 3% in het intern rendement leidde in 10 van de 12 geraamde scenario's tot een extra instroom van één aios AVG.

Indien het benaderde intern rendement over de gehele periode wordt berekend, met weging van de aantallen aios, bedraagt het percentage 89. Het benaderde intern rendement over de periode 2005-2009 bedraagt eveneens 89. De relatief gesproken forse toename van de instroom in de opleiding lijkt (afgezien van 2009) niet te hebben geleid tot een daling van het interne rendement.

### 3.6 Conclusies

De instroom van aios in de opleiding tot AVG neemt sinds 2003 gestaag toe, met uitzondering van het instroomjaar 2006. De aannames voor parameters rond de instroom kunnen ten opzichte van 2008 opnieuw worden verhoogd. Positieve ontwikkelingen zijn verder het stabiele (hoge) intern rendement en de beschikbaarheid van voldoende gecertificeerde opleiders. Ondanks deze ontwikkelingen blijft de instroom in de afgelopen 4 jaren nog licht achter bij de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde (nog hogere) instroom voor een beleidsrijke ontwikkeling van het specialisme.



In het Capaciteitsplan 2008 is een intern rendement van 87% en 90% gehanteerd. Gezien de ontwikkeling van het benaderde **intern rendement** wordt een percentage van **89%** als realistisch beschouwd. Een scenario met twee alternatieve waarden voor het intern rendement lijkt niet langer noodzakelijk.

**Tabel 4: Parameterwaarden opleiding AVG**

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	13,5	16
Instroom opleiding laatste jaar	13	19
Percentage vrouwen in opleiding	80 %	90 %
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	87 % / 90 %	89 %

<sup>12</sup> Hoek J.F. (2006). Vroeg gestruikeld. Hoge uitval bij allochtone aijs in de opleiding tot verpleeghuisarts. Medisch Contact 60, p. 1208-1211.

## 4. Zorgvraag

### 4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat het ramen van de verwachte zorgvraag voorop. Als basis van de huidige medische consumptie wordt het aantal fulltime plaatsen voor patiënten met zorg van de AVG gebruikt, ingedeeld naar leeftijd en geslacht. Een fulltime plaats kan overigens worden gebruikt door meer dan één verstandelijk gehandicapte. De gegevens zijn afkomstig uit de registraties van de instellingen die het grootste gedeelte van de zorgvraag aan de AVG voor hun rekening nemen. Over het aantal intramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicapten bestond lange tijd twijfel. Er zijn in 2009 nog Kamervragen over gesteld. Het Capaciteitsorgaan gaat er van uit dat er in 2008 48.051 intramurale en 21.631 semimurale plaatsen (gezinsvervangende tehuizen) voor verstandelijk gehandicapten waren<sup>5</sup>.

De groei van het aantal plaatsen bedroeg over de periode 2007– 2008 4,0% voor de intramurale plaatsen en de semimurale plaatsen. In verpleegdagen was de toename over dezelfde periode voor de intramurale en semimurale sector 2,1%<sup>6</sup>. De toename van het aantal intramurale en semimurale cliënten bedroeg 4,3%. Dit betekent dat de sector relatief méér cliënten per plaats en per verpleegdag is gaan behandelen. Deze gegevens vormen de basis van de raming van de diverse onderdelen van de zorgvraag. De zorgvraag wordt vervolgens geprojecteerd op de toekomst met standaard aanpassingen voor demografische veranderingen. In de meeste scenario's worden ook sociaal culturele en epidemiologische parameters gehanteerd die invloed zullen hebben op de zorgvraag (bijlage 1).

### 4.2 Demografie

De vooronderstelling in deze parameter is dat de leeftijd- en geslachtsspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen behoudens apart benoemde veranderingen in de epidemiologische en sociaal culturele parameters (zie verder). In dit advies wordt voor de demografische ontwikkeling de zorgconsumptie gekoppeld aan de middenvariant van de CBS bevolkingsprognose, uitgebracht in het eerste kwartaal van 2009. Voor het Capaciteitsplan 2008 gold een koppeling met de middenvariant uit de bevolkingsprognose van het eerste kwartaal van 2007.

In vergelijking met de bevolkingsprognose van het CBS uit 2007 neemt de bevolkingsomvang iets sneller toe dan verwacht. De gestegen immigratie levert de belangrijkste bijdrage aan deze toename. De levensverwachting blijft echter ook toenemen, ten opzichte van 2007 met + 1,7 jaar voor mannen en + 1,4 jaar voor vrouwen<sup>7</sup>. Oorzaken hiervan zijn daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten en een generieke daling van de sterfte op hoge leeftijd.

<sup>5</sup> Van der Kwartel, A.J.J (2009). Brancherapport Gehandicaptenzorg 2008. Kiwa Prismant.

<sup>6</sup> Van der Kwartel (2009) op basis van Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

<sup>7</sup> Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010 (2010).RIVM.

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft een raming gemaakt van de ontwikkeling van het aantal verstandelijk gehandicapten tot 2020<sup>8</sup>. Het aantal verstandelijk gehandicapten blijft tot 2020 onveranderd rond de 113.000 bedragen. Daarbij wordt rekening gehouden met een toename van de levensverwachting. Het aantal verstandelijk gehandicapten ouder dan 50 jaar neemt dus wel toe. In 2003 bedroeg dit aantal 16.000; in 2020 zal dit aantal 26.000 zijn<sup>9</sup>.

Op basis van de gegevens van het CBS is de parameter **demografie** aangepast van + 0,23% per jaar (Capaciteitsplan 2008) naar **0,0% per jaar**.

#### 4.3 Epidemiologie

Door de toenemende levensverwachting van de verstandelijk gehandicapte wordt de zorg voor deze groep cliënten complexer, nu ook ouderdomsziekten zoals diabetes en kanker steeds meer voorkomen. Interessant is dat uit het onderzoek van Kiwa Prismant niet naar voren komt dat de vergrijzing van de groep verstandelijk gehandicapten leidt tot een intensievere inzet, gemeten in aantal benodigde uren. Uiteraard leidt de langere levensverwachting tot een toename van de totale inzet van de AVG's maar met de leeftijd neemt niet ook de tijdsbesteding toe. In verband met de toenemende levensverwachting wordt de parameter **epidemiologie** gehandhaafd op + 0,1% tot + 0,2% per jaar.

#### 4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen

Sociaal culturele ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren een fors stempel gedrukt op de ontwikkeling van de zorgvraag binnen (en buiten) de eigenlijke populatie. In de eerste plaats heeft de bekostiging van dagactiviteiten voor cliënten met een verstandelijke handicap tussen 2002 en 2005 geleid tot een bruto toename van 50.000 cliënten onder zorg. Hieronder zijn waarschijnlijk ongeveer 30.000 nieuwe cliënten. De overige 20.000 zijn bewoners van instellingen die deelnemen aan de dagactiviteiten van de (eigen) instelling. Deze ontwikkeling lijkt de laatste jaren in een kalmer vaarwater terecht te zijn gekomen.

Daarentegen is de zorgvraag van jongeren naar met name extramurale hulp sterk aan het toenemen. Mogelijke verklaringen voor deze groei zijn de toename van eisen vanuit de samenleving en het onderwijs, het wegvallen van natuurlijke steunsystemen, verbeterde diagnostiek en behandeling van afwijkend gedrag, medicalisering van de samenleving, verbeterde communicatie over beschikbare regelingen en te late onderkenning van een licht verstandelijke handicap<sup>10</sup>.

Tenslotte zal de zorgvraag via de huisarts toenemen door de snelle groei van het aantal poliklinieken AVG, de verbeterde behandelbaarheid van diverse handicapgebonden aandoeningen en de toegenomen aandacht voor 'unmet health

<sup>8</sup> Jonker e.a. (2005). SCP.

<sup>9</sup> Woittiez e.a. (2005). SCP

<sup>10</sup> Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking (2007). TNO.

needs' binnen deze patiëntengroep. De toegenomen mondigheid van (de familie van) een verstandelijk gehandicapte leidt tot een toename van de vraag naar specialistische expertise.

De toename van de extramurale zorgvraag bedroeg 11% over de periode 2007- 2008. Over een langere periode zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar. De intramurale groei bedraagt 2,6% over de periode 2005-2008. Omdat de verwachting blijft dat de groep kinderen met licht verstandelijke beperkingen, al dan niet in combinatie met gedragsproblemen, steeds vaker zullen worden (mede-)behandeld door de AVG, is de parameter **sociaal cultureel** voor het Capaciteitsplan 2010 gehandhaafd op **+ 0,8% tot + 1,3% per jaar**.

#### 4.5 Onvervulde zorgvraag

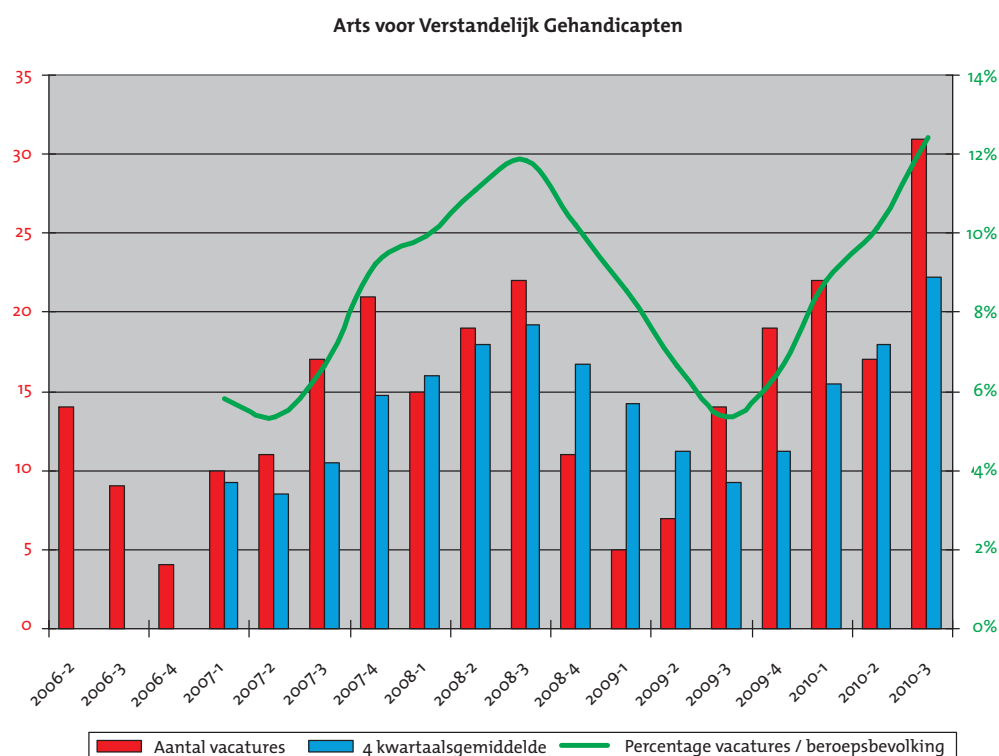
Om de bestaande zorgvraag beter te benaderen, wordt gekeken naar de mate waarin de beroepsgroep de zorgvraag van de bevolking niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van de raming, de zogenaamde onvervulde vraag. Als graadmeter hiervoor gelden in het algemeen wachtlijsten (mits niet vervuld om andere redenen) en het al of niet bestaan van (veel) moeilijk vervulbare vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal wordt gewerkt.

In het onderzoek van Kiwa Prismant uit 2010 is aan de 58 responderende organisaties gevraagd of zij vacatures AVG langer dan 6 maanden open hadden staan. Het bleek dat 17 organisaties openstaande vacatures hadden, waarvan 14,7 fte AVG, 2,2 fte huisarts en 2,5 fte basisarts. Indien de resultaten zouden mogen worden geëxtrapoleerd naar de 126 organisaties in Nederland met intramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicapten, levert dat ongeveer 30 fte vacatures voor een AVG op.

Daarnaast wordt ook gekeken naar de ontwikkeling van het aantal vacatures per specialisme in de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact. Alhoewel dit niets zegt over de onvervulde zorgvraag (vacatures zijn een normaal fenomeen op de arbeidsmarkt) kan het wel tendensen ondersteunen of ontcrachten. Bij een redelijk evenwicht op de arbeidsmarkt is 2% tot 3% vacatures gebruikelijk (afgezet tegen het totaal aan bezette arbeidsplaatsen). Het gaat hierbij om vervanging van de uitstroom op basis van leeftijd en mutaties vanwege wisseling van werkplek.

Figuur 1 toont in de rode staven de aantallen vacatures voor AVG's uit de Arbeidsmarktmonitor in Medisch Contact. De blauwe staven tonen het gemiddelde van de laatste vier kwartalen (vacaturegraad) en corrigeren daarmee voor seizoensgebonden variaties in de vacatures. Met de groene lijn wordt de vacaturegraad uitgedrukt als percentage van het aantal geregistreerde AVG's.

**Figuur 1: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures voor AVG sinds 2006**



Bron: Arbeidsmarktmonitor, Medisch Contact

Te zien is dat het aantal vacatures een onregelmatige ontwikkeling doormaakt sinds de start van de registratie in 2006. In het voortschrijdend gemiddelde (blauwe staven) is deze ontwikkeling beter te zien als een golfbeweging, met een eerste piek in het derde kwartaal van 2008. In het tweede kwartaal van 2010 bedroeg het voortschrijdend percentage vacatures AVG 10,1% ten opzichte van het aantal geregistreerde AVG's. Hierbij moet worden aangetekend dat de Arbeidsmarktmonitor werkt op basis van het aantal geregistreerde AVG's en niet het aantal werkzame AVG's. Als de Arbeidsmarktmonitor hiervoor wordt gecorrigeerd, bedraagt het percentage vacatures 10,6%. Gezien de overzichtelijkheid van het veld resulteren lang niet alle vacatures in advertenties in de media. Deze vormen het uitgangspunt voor de Arbeidsmarktmonitor. Daarom wordt in het ramingsmodel het aantal lang openstaande vacatures (30) uit het Kiwa Prismant-onderzoek gehanteerd.

De Arbeidsmarktmonitor signaleert in het tweede kwartaal 20 en in het derde kwartaal ongeveer 30 vacatures. Voor de berekening wordt uitgegaan van de

minimaal 20 en maximaal 30 geschatte vacatures. Het percentage vacatures bedraagt dan 11% tot 17%. Het huidige percentage openstaande vacatures uit de gegevens van de Arbeidsmarktmonitor en de enquête van Kiwa Prismant duidt op een forse spanning op de arbeidsmarkt voor de AVG.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **onvervulde vraag** geschat op **+ 8% tot + 14%**. Deze percentages zijn iets hoger dan de percentages die in het Capaciteitsplan 2008 zijn gehanteerd.

#### 4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 5 worden de parameterwaarden die zijn gehanteerd in deze raming van de zorgvraag samengevat en vergeleken met het Capaciteitsplan 2008.

Tabel 5: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag AVG per jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010
Demografie	+ 0,23 %	0,0 %
Epidemiologie	+ 0,1 % tot + 0,2 %	+ 0,1 % tot + 0,2 %
Sociaal cultureel	+ 0,8 % tot + 1,3 %	+ 0,8 % tot + 1,3 %
Onvervulde vraag (eenmalig)	+ 7,0 % tot + 12,0 %	+ 8,0 % tot + 14,0 %

## 5. Zorgaanbod

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de samenstelling van de huidige beroepsgroep AVG's. Op basis van deze samenstelling en andere beschikbare gegevens is een verwachting uit te spreken over het verloop van de capaciteit in de komende 18 jaar. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van een daartoe ingestelde register. In 2002 is het register AVG opengesteld door de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC). Andere gegevens die een indicatie geven over bijvoorbeeld het percentage werkende specialisten of de verwachte stopleeftijd, zijn verzameld door enquêtering of analyse van andere datacollecties.

### 5.2 Omvang beroepsgroep

#### 5.2.1 Aantal geregistreerd

Tabel 6 laat zien dat het aantal geregistreerde AVG's per 1 januari 2002 125<sup>11</sup> bedroeg en per 1 januari 2010 175<sup>12</sup>. Dit is een groei van 50 specialisten ten opzichte van 2000 oftewel 40% in 8 jaar. De groeipercentages fluctueren over de jaren door forse schommelingen in met name de uitstroom van geregistreerde AVG's (zie 5.4 en 5.5).

**Tabel 6: Aantal en geslacht geregistreerde AVG's per 1 januari**

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Aantal	0	17	125	146	163	170	176	154	162	166	175
Index 2002	-	-	100	117 %	130 %	136 %	141%	123%	130%	133%	140%
% vrouwen	-	29%	49%	52%	55%	56%	57%	61%	63%	64%	65%

Bron: Jaarverslagen HVRC

Door de verhoudingsgewijs grote jaarlijkse instroom van vrouwelijke AVG's die uit de opleiding AVG komen (en de hoge leeftijdsgelateerde uitstroom van mannelijke AVG's uit het specialisme), werken de hoge percentages vrouwelijke aios AVG snel door in de populatie aan geregistreerde AVG's. Het percentage vrouwelijke AVG's zal ook in de komende jaren blijven toenemen. Overigens bestond in 2009 de instroom van nieuwe AVG's in het register (10 personen) voor 70% uit vrouwen.

In de loop van 2001 werd het merendeel van de artsen die al langer werkzaam waren in de sector retrograad erkend. Deze erkenningenstroom liep door in 2002 en 2003.

<sup>11</sup> Gekozen is voor 1 januari 2002 omdat toen de inschrijvingen als AVG op basis van de overgangsregeling grotendeels voltooid waren.

<sup>12</sup> De HVRC geeft de cijfers van het aantal geregistreerde AVG's weer per 31 december van enig jaar. In navolging van andere bijlagen en in aansluiting bij cijfers van het aantal werkzame AVG's worden de cijfers van de HVRC hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden gebruikt.

In 2003 werden de eerste AVG's uit de opleiding geregistreerd. De afname van het aantal geregistreerde AVG's per 1 januari 2007 is het gevolg van de eerste 5-jaarlijkse herregistratie van de AVG's die in 2002 zijn geregistreerd. Deze groep AVG's werd geconfronteerd met nieuwe eisen voor herregistratie die in 2005 in werking zijn getreden en die strenger waren dan de eisen ten tijde van de overgangsregeling. Met een beleidsregel van de HVRC is aan deze groep artsen een periode van twee jaar (tot 1 januari 2009) gegeven om alsnog te voldoen aan de herregistratie-eisen uit 2005. Desalniettemin is in 2006 de registratie van 27 AVG's doorgehaald. Bij 82 AVG's is de registratie hernieuwd (inclusief 1 herintreder).

In de raming is voor de parameter **% vrouwen** onder de werkzame AVG's uitgegaan van **65%**.

### 5.2.2 Huisartsen

Zoals eerder al aangegeven, is in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten naast de AVG vaak ook een aantal ervaren huisartsen en basisartsen werkzaam. Deze raming laat de basisartsen die werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptensector buiten beschouwing. De groep huisartsen is wél meegenomen in deze raming. Het Capaciteitsorgaan neemt aan dat deze huisartsen op termijn, wanneer zij uittreden, worden vervangen door AVG's. Dit advies gaat uit van de schatting op basis van het Kiwa Prismant onderzoek uit 2010, te weten 32 huisartsen die niet zijn geregistreerd als AVG maar die wel werkzaam zijn als AVG. Dit verhoogt de capaciteit van (werkzame) AVG's met 32 personen. De totale capaciteit aan AVG's bedraagt op 1 januari 2010 in personen **192 AVG's** (160 + 32).

### 5.2.3 Aantal werkzaam

Binnen een specialisme is het aantal werkzame geregistreerde artsen meestal lager dan het aantal geregistreerde artsen. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland (in 2010 gold dat voor 3 AVG's), een dubbele erkenning hebben (in 2010 betrof dat 5 AVG's, waarschijnlijk ook geregistreerd als huisarts) of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. Voor het Capaciteitsplan 2010 lijkt het reëel de AVG's die niet in Nederland wonen, buiten de aantallen werkzame AVG's te houden. Op basis van de leeftijdsopbouw van de AVG's leek andere uitstroom ook onvermijdelijk. Zo werd voor de parameter percentage 'werkzaam' een waarde van 95% geschat. Dit percentage is ook gevonden door de onderzoekers van Kiwa Prismant in de enquête onder alle AVG's in 2010.

Voor de raming van het aantal werkzame AVG's is Kiwa Prismant inmiddels overgestapt op analyses van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. In tabel 7 zijn de zo berekende waardes voor het percentage werkzame AVG's ten opzichte van het aantal geregistreerde AVG's weergegeven voor de jaren 2002 t/m 2007. Hierbij moet worden aangetekend dat de meetmomenten iets verschillen. Het SSB meet per 1 september van het voorgaande jaar; de HVRC per 31 december van het voorgaande jaar.



Tabel 7: Percentage werkzame geregistreerde AVG's per 1 januari

Jaar: (20..)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
% werkzaam	90,4	94,5	87,1	91,8	90,3	97,4	90,1			

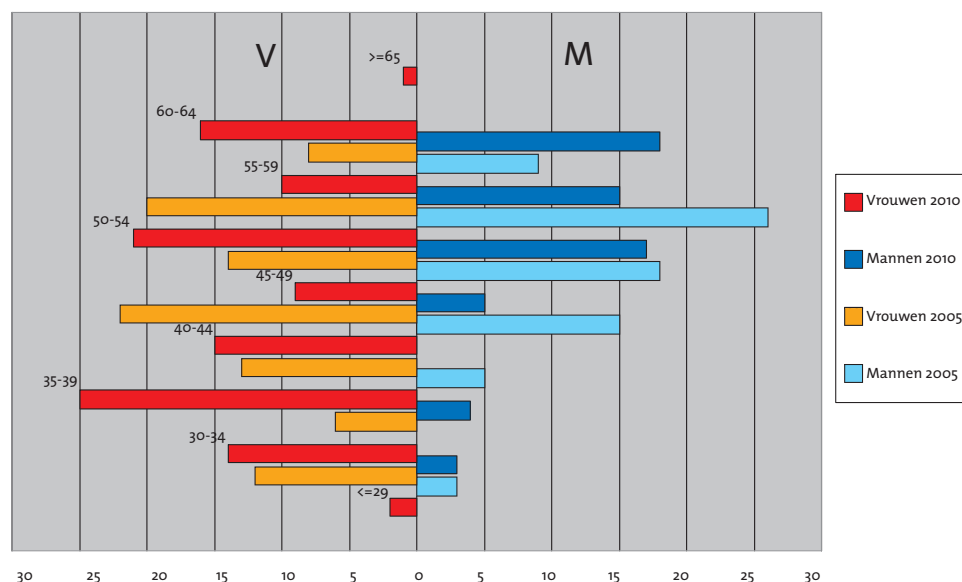
Bron: SSB/CBS en jaarverslagen HVRC

Deze waarde is lager dan de gedocumenteerde waarde uit het onderzoek in 2010. De gegevens van het SSB zijn echter gebaseerd op de gehele populatie AVG's. Op basis van dit gegeven wordt de parameter **percentage werkzaam** gesteld op **91,7%**.

#### 5.2.4 Leeftijdsverdeling

De beroepsgroep geregistreerde AVG's is qua leeftijdssamenstelling nog steeds vrij oud. Het aandeel AVG's van 50 jaar en ouder bedraagt nu 56% van het totale aantal geregistreerde AVG's. In 2008 was dit percentage overigens net zo groot. Voor mannen bedraagt het percentage 81%, voor vrouwen 42%. Een hoge gemiddelde leeftijd heeft als consequentie voor de raming dat er gemiddeld meer uitstroom om leeftijdsredenen zal zijn. In figuur 2 wordt de leeftijd- en geslachtsindeling van de geregistreerde AVG's op 1 januari 2005 en op 1 januari 2010 met elkaar vergeleken.

Figuur 2: Leeftijd en geslachtsopbouw AVG's; 1 januari 2005 en 1 januari 2010



Bron: HVRC

Alhoewel de beroepsgroep ten opzichte van 2005 nauwelijks in omvang is toegenomen, blijkt uit deze figuur dat de jongere leeftijdscategorieën tussen de 30 en 40 jaar redelijk zijn gegroeid. Ook de categorie 60 t/m 64 jarigen is groter geworden. De categorie 40 tot 50 jarigen is in aantal verminderd. Zoals al bleek in tabel 6, groeit met name het aantal vrouwelijke AVG's. De instroom van mannelijke AVG's lijkt terug te lopen. Op basis van een dynamische analyse van dit soort gegevens

over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep worden berekend per periode van 5 jaar. In de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk staan de resultaten van deze analyse vermeld.

### 5.3 Omvang dienstverband

In het Capaciteitsplan 2008 is teruggegrepen op onderzoek uit 2004 waarin de omvang van het dienstverband voor mannelijke AVG's was vastgesteld op 0,85 fte. Voor vrouwelijke AVG's kwamen de onderzoekers uit op 0,65 fte. Voor vrouwen en mannen samen kwam het gemiddelde uit op 0,73 fte. De ontwikkelingen in de arbeidstijd voor de gehele groep AVG's worden meegewogen in de aanbodsontwikkeling en daar besproken bij de deeltijdfactor.

Uit de recente enquête van Kiwa Prismant onder AVG's blijkt dat van de 104 responderende AVG's de mannelijke AVG's 0,91 fte werken en de vrouwelijke AVG's 0,80 fte. Voor vrouwen en mannen totaal kon een percentage van 0,84 worden gehanteerd. Ten opzichte van 2008 zijn deze percentages fors gestegen.

De gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek van 2010 zijn vergeleken met de gegevens over alle AVG's uit het SSB-bestand van het CBS. In dit bestand zijn alle specialisten AVG die werkzaam zijn in de sector Zorg en Welzijn, over de periode 2001 t/m 2007 geregistreerd op deeltijdfactor. In tabel 8 zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven.

**Tabel 8: Deeltijdfactor van AVG per jaar**

	Jaar: (20..)	01	02	03	04	05	06	07
Deeltijdfactor mannen		0,94	0,91	0,87	0,91	0,87	0,94	0,91
Deeltijdfactor vrouwen		0,77	0,78	0,74	0,79	0,73	0,74	0,80
Deeltijdfactor totaal		0,85	0,84	0,79	0,83	0,78	0,80	0,83

Bron: SSB/CBS bestand

De tabel laat zien dat de deeltijdfactor van de AVG zowel bij mannen als bij vrouwen in de periode waarover gegevens beschikbaar zijn, niet duidelijk verandert in een bepaalde richting.

Deze gegevens zijn recenter dan de gegevens in het Capaciteitsplan 2008 en worden bevestigd door de enquête onder AVG's uit 2010.

Dit leidt ertoe dat de parameter **gemiddeld fte** is vastgesteld op **0,91 fte** voor **mannen**, **0,80 fte** voor **vrouwen** en **0,84 fte** **gemiddeld voor mannen en vrouwen samen**.

### 5.4 Instroom in het vak

Instromen als AVG is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de vervolgopleiding. Het enige alternatief, instroom uit het buitenland, is onmogelijk omdat daar het specialisme niet bestaat. In die zin is de inschrijving in

het HVRC-register een weerspiegeling van de resultaten van de opleiding tot AVG. De nieuwe inschrijvingen in het register van AVG's sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 9.

**Tabel 9: Aantal nieuwe inschrijvingen AVG in het HVRC register per kalenderjaar**

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Inschrijvingen	17	108	21	18	4	8	8	13	12	10	

Bron: Jaarverslagen HVRC

Vanaf 2000 tot 2003 is het aantal AVG's dat in het HVRC-register werd ingeschreven hoofdzakelijk het gevolg van artsen die gebruik maakten van de overgangsregeling. Daarna zijn de inschrijvingen het resultaat van aios AVG die de opleiding met goed gevolg hebben afgesloten. Dit aantal aios neemt, zoals bekend, geleidelijk toe. Overigens is de inschrijving in het register AVG minimaal 3 jaar vertraagd ten opzichte van de instroom in de vervolgopleiding AVG.

## 5.5 Uitstroom uit het vak

De uitschrijvingen uit het register van specialisten AVG sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 10.

**Tabel 10: Aantal uitschrijvingen AVG uit register HVRC per kalenderjaar**

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Uitschrijvingen	0	0	0	0	0	3	27	6	8	23

Bron: Jaarverslagen HVRC

Uitschrijving geschiedt door het niet voldoen aan de eisen voor (5-jaarlijkse) herregistratie, uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt (sinds 2005) elke 5 jaar door de AVG aangevraagd bij de HVRC. De minimumomvang van de werkzaamheden om in aanmerking te komen voor herregistratie, bedraagt sinds 1 januari 2006 16 uur per week bij een minimum duur van één jaar. Verder moeten AVG's ten minste 40 uren per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.

De eerste piek in de uitschrijvingen in 2006, het jaar na de start van de eerste herregistratie, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een 'opschoning' onder AVG's die in 2001 voor het eerst zijn geregistreerd.

De tabel toont ook een grote piek in de uitstroom in 2009. Hoogstwaarschijnlijk is deze piek niet veroorzaakt door de reguliere herregistratie van AVG's maar door het aflopen van de geclausuleerde registratie voor AVG die voor twee jaar mogelijk was in het kader van de eerder genoemde overgangsregeling. In die zin moet de uitstroom in

2006 en 2009 worden beschouwd als een anomalie. Dit is ook de oorzaak van de lage toename van het aantal geregistreerde AVG's per 1 januari 2006 (tabel 6).

Over de vertrekken van de werkzame AVG's bestaan dus slechts summier gegevens die ook nog eens worden beïnvloed door de twee jaren waarin het nog jonge register is geschoond. Om die reden zijn geen leeftijdsspecifieke vertrekken gehanteerd maar is de vertrekken voor de gehele momenteel werkzame groep AVG's zo goed mogelijk geschat voor 5, 10, 15, en 20 jaar na 2010. In tabel 11 wordt de gehanteerde uitstroom van momenteel werkzame AVG's vergeleken met de gehanteerde vertrekken in 2008.

**Tabel 11: Uitstroom momenteel werkzame AVG's naar leeftijd en geslacht in %.**

Uitstroom tot jaar	Capaciteitsplan 2008		Capaciteitsplan 2010	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
2012/ 2015	42 %	27 %	29 %	15 %
2017/ 2020	70 %	46 %	53 %	31 %
2022/ 2025	97 %	66 %	81 %	65 %
2027/ 2030	100 %	85 %	89 %	80 %

Bron: Kiwa Prismant

Uit deze tabel kan worden afgeleid dat de verwachtingen over de uitstroom op basis van de beschikbare gegevens over de daadwerkelijke uitstroom iets rooskleuriger zijn geworden dan in het Capaciteitsplan 2008. Overigens wordt in dit advies geen rekening gehouden met de veronderstelling van het PGGM dat de gemiddelde (pre-)pensioenleeftijd met gemiddeld 1 à 2 jaar zal toenemen tengevolge van versoeringen in de prepensioenvoorzieningen en een geleidelijke toename van de pensioenleeftijd. De vertrekken in de twee hoogste leeftijdscategorieën wordt daardoor op termijn waarschijnlijk nog verder verlaagd.

Naast de uitstroom door vertrek van werkzame specialisten wordt in de ramingen ook rekening gehouden met de toekomstige vertrekken van specialisten die nog op de markt moeten komen, de specialisten die momenteel in opleiding zijn of die nog in opleiding zullen gaan en in de ramingsperiode afstuderen. Dit wordt betiteld als het externe rendement. Het externe rendement is in deze raming gesteld op 98% na 1 jaar vanaf de afronding van de opleiding, 95% na 5 jaar, 90% na 10 jaar en 85% na 15 jaar. Deze percentages zijn identiek aan het externe rendement van de specialist ouderengeneeskunde. Er is sinds 2008 geen nieuw gegevensmateriaal verschenen dat aanleiding geeft om deze percentages te wijzigen.

## 5.6 Conclusies zorgaanbod

Per 1 januari 2010 bedraagt het percentage vrouwen onder de 175 geregistreerde AVG's 65%. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 90% van de huidige 44 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename

van het percentage vrouwelijke aios wordt niet verwacht. Door de instroom van vrouwelijke AVG's zal de geregistreerde beroepsgroep in de komende jaren met ongeveer + 0,5% per jaar blijven feminiseren.

De deeltijdfactor is ten opzichte van 2008 voor beide geslachten toegenomen. In hoofdstuk 2 is eerder geconstateerd dat de vrouwelijke AVG gemiddeld **0,76 fte** werkt en de mannelijke AVG **0,91 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,82 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 waren de fte parameters respectievelijk 0,65 fte, 0,85 fte en 0,73 fte. In dit advies worden de nieuwe, over de gehele linie dus hogere waarden gebruikt.

Verder is in het Capaciteitsplan 2008 nog uitgegaan van een stabilisatie van de arbeidstijd, met mogelijk nog een stijging van het aantal fte's per persoon. Dat laatste lijkt ook inderdaad te zijn gebeurd. Uit de gegevens van het meest recente onderzoek blijkt dat het gemiddeld aantal fte's is gestegen bij de mannen en bij de vrouwen. In dit advies is rekening gehouden met een ontwikkeling van het aantal fte van **0,0%**.

Het aantal werkzame AVG's in 2010 wordt op basis van de SSB-analyse door Kiwa Prismant geschat op 91,7% van 175 AVG's, oftewel 160 AVG's. Ervan uitgaande dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, beschikt de beroepsgroep AVG over **130 fte** aan capaciteit. Zoals eerder aangegeven, wordt hier nog de capaciteit van de 32 huisartsen (paragraaf 2.2) oftewel 20 fte aan toegevoegd. Daarmee komt de **totale capaciteit op 150 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 werd nog uitgegaan van 124 fte.

In tabel 12 worden de parameterwaarden die in deze raming voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met het Capaciteitsplan 2008.

**Tabel 12: Parameterwaarden zorgaanbod**

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010
Werkzame specialisten	170	192
Aantal fte 's	124	150
Gemiddelde fte man	0,85	0,91
Gemiddelde fte vrouw	0,65	0,80
% werkzame vrouwen	61 %	65 %
Arbeidstijdverandering	0 %	0 %
Uitstroom tot 2012/ 2015	33 %	20 %
Uitstroom tot 2017/ 2020	55 %	39 %
Uitstroom tot 2022/ 2025	78 %	71 %
Uitstroom tot 2027/ 2030	91 %	83 %
Extern rendement	98% na 1 jaar 95 % na 5 jaar 90 % na 10 jaar 85 % na 15 jaar	98% na 1 jaar 95 % na 5 jaar 90 % na 10 jaar 85 % na 15 jaar
Instroom buitenland	0	0

## 6. Werkproces

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid voor de zorgvraag beschikbare tijd kan fors toe- of afnemen door bijvoorbeeld verbetering van de efficiency of een andere verdeling van de tijd over patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd. Parameters die met het werkproces hebben te maken, gelden immers voor de totale groep werkzame specialisten en hebben een impact vanaf het moment van inschatting, niet pas na 3 jaar. De navolgende hoofdstukken gaan in de parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale/verticale taakherschikking.

### 6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor AVG's geldt wetenschappelijk onderzoek als een van de speerpunten. Het streven is om de AVG een gedeelte van de werktijd te laten besteden aan wetenschap. Vanuit UMC's komen soortgelijke signalen, hetgeen ook heeft geresulteerd in het aanstellen van een tweede hoogleraar in Nijmegen. Inderdaad kan worden geconstateerd dat de beroepsgroep vakinhoudelijk redelijk actief is. Voor een dergelijk kleine groep specialisten is het aantal wetenschappelijke publicaties hoog. Ook de ontwikkeling van standaarden en protocollen laat zien dat er vakinhoudelijk relatief veel gebeurt. De AVG besteedt 6% van zijn tijd aan onderzoek en onderwijs. De VGN heeft ruim aandacht voor professionalisering van de sector en voor kennisbeleid. In dit verband wordt de parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** gesteld op **+ 0,6% tot + 1,0%** per jaar. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2008 is dit geen verandering.

### 6.3 technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen hebben in deze sector geen grote vlucht genomen. Het is in de verstandelijk gehandicaptenzorg de vraag of medisch technologische ontwikkelingen van groot toekomstig belang zijn. De parameter wordt gesteld op **0,0 tot - 0,2%** per jaar.

### 6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency verlagen, zijn bijvoorbeeld extra handelingen om activiteiten in het kader van de behandeling van een patiënt te documenteren in verband met defensief handelen. Andere voorbeelden zijn de aanwezigheid van geautomatiseerde én handmatige systemen of een toename van de reistijd van de AVG tengevolge van het huisvestingsbeleid van de instellingen.

Uit het onderzoek van Kiwa Prismant zijn voor het eerst gegevens over de tijdsbesteding van de AVG naar voren gekomen. Naast de eerder genoemde 6% tijdsbesteding aan onderzoek en onderwijs wordt 71% van de tijd (22,3 uur) besteed aan patiëntgebonden taken. Managementtaken specifiek vanuit de functie als AVG nemen 9% van de tijd in beslag. Voor algemene managementtaken is dit 6%, waarbij

deze taken zich concentreren bij het oudere (mannelijke) segment van de AVG's. Het opleiden van aios neemt nog eens 4% van de beschikbare tijd in beslag. De reistijd die is gemoeid met de directe patiëntenzorg, bedraagt 1,54 uur op een totaal van 31,5 uur (inclusief 2,8 uur overwerk). Het lijkt erop dat de AVG zijn tijd effectief gebruikt. De verdeling over de verschillende activiteiten biedt weinig ruimte voor verbeteringen van de efficiency. Door de extramuralisering van de cliënten zal de efficiency in de komende jaren waarschijnlijk eerder afnemen dan toenemen.

Op basis van deze gegevens is de parameter **efficiency** geschat op **0,0%** per jaar. In het Capaciteitsplan 2008 was deze factor nog **0,0% tot + 0,2%**.

## 6.5 Substitutie

Als tijd bij een specialist vrijkomt door de inzet van iemand anders noemt het Capaciteitsorgaan dat substitutie. Het kan daarbij formeel gaan om taakdifferentiatie, taakherschikking en/ of taakverschuiving. Substitutie kent twee componenten. De horizontale substitutie betreft substitutie van de AVG naar de huisarts. Bij verticale substitutie gaat het om substitutie van de AVG naar de verpleegkundig specialist chronische zorg (voorheen de nurse practitioner) of de praktijkverpleegkundige.

### 6.5.1 Horizontale substitutie

De horizontale substitutie van de AVG naar de huisarts is het gevolg van de decentralisatie van de instellingen, waarbij verstandelijk gehandicapten meer een beroep gaan doen op de huisarts. Het zal dan voornamelijk lichte (huisartsen-)zorg betreffen. Aan de andere kant treedt substitutie van de huisarts naar de AVG op door de opkomst van de poliklinieken AVG. De verwachting is dat de groei van de poliklinieken in de komende tijd zal afnemen door de versoeringen in de zorg. Dit betekent dat beide ontwikkelingen elkaar de komende jaren ongeveer compenseren. Dit heeft ertoe geleid dat de parameter **horizontale substitutie** op 0,0% is gesteld. In het Capaciteitsplan 2008 was deze factor nog 0,0% tot + 0,2% per jaar.

### 6.5.2 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van AVG's naar lager opgeleide disciplines. Dit wordt momenteel gefrustreerd door (dreigende) personeelstekorten op het niveau van de verzorgenden en met name door de (in vergelijking met vroeger) veel lagere aantallen werkzame verpleegkundigen niveau 4 en niveau 5. De recente inventarisatie door Kiwa Prismant bevestigt ook dat de inschakeling van (praktijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in deze sector nog op gang moet komen. De kans dat de AVG mogelijk oneigenlijk werk doet bij gebrek aan voldoende (geëquipeerd) verplegend en verzorgend personeel is reëel maar lijkt gezien de samenstelling van zijn cliëntenpopulatie kleiner dan bijvoorbeeld bij de specialist ouderengeneeskunde.

Op basis van het voorgaande is voor de parameter **verticale substitutie** een percentage van **0,0% tot -0,01%** per jaar gehanteerd. In het Capaciteitsplan 2008 was deze parameter ingezet op 0,1% tot +0,6%.

## 6.6 Conclusie werkproces

In tabel 13 worden de conclusies uit het werkproces samengevat.

Tabel 13: Parameterwaarden werkproces AVG per jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+ 0,6 % tot + 1,0 %	+ 0,6 % tot + 1,0 %
Technologie	0,0 % tot - 0,2 %	0,0 % tot - 0,2 %
Efficiency	0,0 % tot + 0,2 %	0,0 %
<b>Substitutie horizontaal</b>	0,0 % tot + 0,2%	0,0 %
<b>Substitutie verticaal</b>	+0,1 % tot + 0,6 %	0,0 % tot -0,1%



## 7. Varianten

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 4, 5, en 6 is aangegeven hoe momenteel de stand van zaken is rond respectievelijk zorgaanbod, zorgvraag en werkproces. Verder zijn voor deze drie onderdelen zo betrouwbaar mogelijk relevante parameters geschat, met eventueel een boven- en een ondergrens. In bijlage 2 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de gehanteerde parameterwaarden. Waarden die afwijken van de waarden in het Capaciteitsplan 2008 zijn vet gedrukt. Deze afwijkingen zijn alle gebaseerd op literatuuronderzoek, recent onderzoek van Kiwa Prismant of anderen (bijvoorbeeld CBS) of op vernieuwde gegevens van de HVRC.

In het navolgende wordt dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2008. Dit betekent dat voor de AVG **géén arbeidstijdvariant** wordt uitgerekend. De arbeidstijd bij een voltijds dienstverband blijft 36 uur per week. Voor de referentie jaren 2022 en 2028 is een viertal varianten uitgewerkt. Omdat een goed begrip van deze varianten cruciaal is, staat in het navolgende een uitgebreide uitleg van de systematiek.

De eerste variant is de **basisvariant**. Hierin wordt rekening gehouden met de parameters 'demografie' en 'onvervulde vraag' uit de zorgvraag en met alle parameters uit de ontwikkeling van het aanbod. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze op strategisch niveau vrij hard zijn en dat ze worden gedragen en bevestigd door gedocumenteerd onderzoek van derden. Deze variant wordt vergeleken met de ontwikkeling van het aanbod bij de huidige instroom in de opleiding, het scenario dat wordt gekenmerkt door ongewijzigd beleid. De basisvariant is te beschouwen als het vertrekpunt van de ramingen.

In de **lage combinatievariant zonder/met doorgaande trends na 2020** wordt de basisvariant aangevuld met bijna alle andere parameters die zijn benoemd in de vraagontwikkeling en het werkproces. Het betreft de parameters 'sociaal-cultureel' en 'epidemiologie' in de zorgvraagontwikkeling en de parameters 'vakinhoud/technologie', 'horizontale substitutie', en 'efficiency' in het werkproces. Deze parameters hebben als gemeenschappelijke kenmerk dat ze in prognoses minder eenvoudig zijn te voorspellen dan de parameters in de basisvariant. Voor deze parameters bestaat ook geen zekerheid of ze in de nabije toekomst zullen worden geactiveerd (of zullen blijven). Als eventueel eindjaar van de trend is gekozen voor 2020 omdat het dan, gerekend vanaf 2010, gaat om een 10-jaarsperiode.

In de lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 zit ook een 'doorrekening' na 2020 met de aanvullende parameters. Deze lage combinatievariant met doorgaande trend wordt ook wel de **voorkeursvariant** genoemd omdat deze de voorkeur geniet van het Capaciteitsorgaan. De andere varianten dienen met name om de reikwijdtes van de adviezen weer te geven. De lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 loopt in het Capaciteitsplan 2010 door tot 2028.

De waarden die voor de parameters worden gehanteerd, hebben vaak een range met een minimum en een maximum waarde. Deze range wordt vastgesteld aan de hand van de beschikbare gegevens en expert opinions. Voor elk van de afzonderlijke factoren geldt dat ze zich niet of niet deels kunnen voordoen geheel op minimumwaarde, geheel op maximumwaarde of geheel of deels op een waarde tussen minimum en maximum. In de lage combinatievariant wordt deze onzekerheid gehanteerd door ervan uit te gaan dat alle factoren zich de gehele periode zullen voordoen, maar dan wel op de minst extreme waarde. Op deze manier ondervangt een aantal factoren die niet of maar deels in de voorspelde periode optreden, de verandering door een aantal andere factoren dat sterker stijgt of daalt dan de minst extreme waarde aangeeft.

Voor de duidelijkheid moet men zich realiseren dat de minst extreme waarde die waarde is die o het dichtst benadert. Voor de positieve waarden betreft het dus de laagste waarde, voor de negatieve waarden is het de hoogste waarde. De lage combinatievariant combineert dus niet de minimale waarden maar de minst extreme waarden voor elke parameter. Dat betekent dat de lage combinatievariant kan resulteren in een hoger aantal benodigde specialisten dan de hoge combinatievariant, bijvoorbeeld als de totale neerwaartse effecten van de geschatte efficiencywinst, sociaal culturele affecten en substitutiewinst in de meest extreme waarden hoger zijn dan de totale opwaartse effecten van stijging van de zorgvraag en de daling van het rendement van de opleiding.

De derde variant is de **hoge combinatievariant zonder/met doorgaande trends na 2020**. Deze variant is ter illustratie opgenomen in het Capaciteitsplan. De kans dat alle genoemde factoren gedurende de volledige voorspellingsperiode zullen doorwerken op hun maximaal ingeschatte waarde wordt als zeer klein beschouwd. Dit advies toont de varianten opdat de lezer zich een indruk kan vormen van de mate waarin de verschillende scenario's uit elkaar lopen.

Tenslotte is er de vierde variant, de variant **met inzet aanverwante disciplines**. Deze variant baseert zich op de lage en hoge combinatievariant en laat de effecten zien van hantering van de parameter 'verticale substitutie' uit het werkproces. Deze variant wordt apart getoond omdat verticale substitutie voor een groot deel is te beïnvloeden door middel van het beleid van de beroepsgroep, de werkgevers en/of de overheid. Bovendien is de opleidingsduur voor de aanverwante disciplines veelal aanzienlijk korter dan 3 jaar en kunnen substitutiemaatregelen dus sneller effect sorteren. Echter, in het geval van de AVG is de verwachting dat de verticale substitutie op zichzelf leidt tot een grotere behoefte aan AVG's omdat zij mogelijk werk gaan doen dat thuishoort op een lager opleidingsniveau. Bovendien is de verticale substitutie in de lage variant 0%. Deze variant verschilt dus niet van de voorkeursvariant.

In onderstaande tabel worden het aantal personen en aantal fte's weergegeven voor de belangrijkste varianten in de twee genoemde evenwichts jaren, voorafgegaan door

de huidige stand van zaken. Zoals gezegd, wordt geen arbeidstijdverandering verwacht. Een arbeidstijdvariant is daarom niet uitgerekend.

**Tabel 18: Geraamd totaal aantal benodigde AVG's per variant**

Variant	Evenwichtsjaar		2028	
	#	Fte	#	Fte
1a. Huidige instroom (19)	281	230	321	261
1b. Basisvariant	212	174	214	174
2a. Lage combinatievariant, trend stopt in 2022	245	200	246	200
2b. Lage combinatievariant, geen stop in trend	251	205	272	221
3a. Hoge combinatievariant, trend stopt in 2022	281	229	282	229
3b. Hoge combinatievariant, geen stop in trend	292	239	327	266
4a. Lage combinatievariant 2b, met verticale substitutie	251	205	272	221
4b. Hoge combinatievariant 3b, met verticale substitutie	289	236	322	261

Bron: Kiwa Prismant

Op basis van deze geraamde aantallen benodigde AVG's zijn de bijbehorende aantallen aios die moeten instromen in de opleiding AVG, uitgerekend.

## 7.2 Huidige instroom/ basisvariant

Bij continuering van de laatst gerealiseerde jaarlijkse instroom van 19 aios zullen er in 2022 en 2028 respectievelijk 281 en 321 geregistreerde AVG's zijn. In 2028 is de beroepsgroep dan met 83% gegroeid ten opzichte van 2010.

Voor de basisvariant komt het aantal benodigde AVG's voor het evenwichtsjaar 2022 uit op 212 en voor het evenwichtsjaar 2028 op 214. Dit zou voor 2028 een groei van 21% ten opzichte van 2010 betekenen. Deze groei is nodig om de huidige onvervulde vraag (door openstaande vacatures) te vervullen, de groei tengevolge van de demografische factoren te compenseren en de verdere feminisering van het beroep op te vangen. Deze groei van geregistreerde AVG's is lager dan de groei bij continuering van de huidige instroom. Dit wijst erop dat op dit moment meer aios instromen dan nodig is voor de (beleidsarme) basisvariant.

## 7.3 Hoge en lage combinatievariant

Volgens de lage combinatievariant zonder of met doorgaande trend zijn er in 2022 respectievelijk 245 en 251 AVG's nodig. Voor het evenwichtsjaar 2028 liggen deze getallen uiteraard hoger: 246 AVG's volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en 272 AVG's volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020. Dit betekent dat de parameters waarvoor deze lage schattingen worden gebruikt (alle extra parameters in de zorgvraag en het werkproces met uitzondering van de parameter verticale substitutie) in hun totaliteit de behoefte aan aantallen AVG's verhogen met ruwweg 30% ten opzichte van de basisvariant.

De hoge combinatievariant met en zonder doorgaande trend is ter illustratie toegevoegd en laat zien wat de behoefte aan AVG's zou zijn als alle genoemde parameters zich inderdaad zouden voordoen gedurende de gehele periode op hun maximale waarde. Zoals eerder gezegd, is de kans daarop zo klein dat deze gegevens niet zijn opgenomen in het Capaciteitsplan 2008 (maar wel in de publicatie die NIVEL en Kiwa Prismant hebben gepubliceerd als achtergronddocument<sup>13</sup>). Uit de tabel blijkt dat de hoge combinatievariant voor 2022 zonder en met doorgaande trend een behoefte aan respectievelijk 281 en 292 AVG's oplevert. Voor 2028 wordt de behoefte zonder doorgaande trend 282 en met doorgaande trend 327. Deze getallen zijn hoger dan de corresponderende getallen in de lage combinatievariant. Dit is te wijten is aan de combinatie van hogere (positieve) parameters.

#### **7.4 Varianten met hantering van verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines)**

De inzet van verpleegkundig specialisten en/ of (praktijk)verpleegkundigen kan de benodigde toename van het aantal AVG's volgens de aannames niet beperken. Bij inzet van deze professionals treedt in de hoge combinatievarianten een daling op van minder dan 1,5% ten opzichte van de combinatievarianten zonder verticale substitutie.

#### **7.5 Gevolgen varianten voor instroom aios**

Met de resultaten uit tabel 18 is de instroom in de opleiding berekend die past bij de verschillende varianten en weergegeven in tabel 19. De instroom is benaderd op twee manieren. De eerste benadering kent een instroom voor de periode 2012 t/m 2018, waarbij een eerste evenwicht in 2022 wordt bereikt, en een andere instroom voor de (daarop volgende) periode 2019 t/m 2024 met een evenwicht in 2028. De tweede benadering kent een geraamde instroom voor de periode 2012 tot en met 2024 waarbij alleen het evenwicht in 2028 nagestreefd wordt.

De eerste benadering heeft als voordeel dat een eventueel bestaand tekort aan specialisten sneller wordt opgeheven, maar heeft als nadeel voor de opleidingsinstituten dat er forse schommelingen zullen ontstaan in de geadviseerde instroom rond 2019. De tweede benadering kent slechts één onafgebroken instroom voor de gehele periode 2012 t/m 2024.

Het jaar 2012 is het eerste jaar waarop kan worden gestuurd aan de hand van dit advies. Het jaar 2018 is het laatste jaar waarop (bij een driejarige opleiding) nog kan worden gestuurd voor het bereiken van een evenwicht in 2022. Om dezelfde reden is 2024 het laatste jaar waarin kan worden gestuurd op het bereiken van een evenwicht in 2028.

<sup>13</sup> Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding (februari 2008). NIVEL/Prismant.

In de volgende tabel worden de vier varianten getoond in beide benaderingen.

**Tabel 19: Benodigde jaarlijkse instroom per variant van 2012 tot 2025 met 2022 en 2028 als evenwichts jaren**

Variant	Benadering evenwicht Instroom	Snel 2012 - 2019	Snel 2020 - 2025	Langzaam 2012 - 2025
1b. Basisvariant		8	12	10
2a. Lage combinatievariant, trend stopt in 2022		14	12	13
2b. Lage combinatievariant, geen stop in trend		15	16	15
3a. Hoge combinatievariant, trend stopt in 2022		20	12	16
3b. Hoge combinatievariant, geen stop in trend		21	19	20
4a. Lage combinatievariant 2b met verticale substitutie		15	16	15
4b. Hoge combinatievariant 3b met verticale substitutie		21	19	20

Bron: Kiwa Prismant

In deze tabel is de benodigde instroom voor de basisvariant het laagst voor alle drie de getoonde periodes. Dit was ook al af te leiden uit de benodigde capaciteit aan AVG's voor deze variant in paragraaf 7.1. De benodigde instroom in de opleiding volgens de basisvariant ligt tussen de 8 en 12 aios, afhankelijk van de gekozen periode en het jaar waarnaar men toewerkt. Dit is beduidend minder dan op dit moment wordt opgeleid.

Zoals was te voorzien, komt de benodigde instroom in de lage combinatievarianten hoger uit. Voor een evenwicht in 2022 is een instroom van 14 à 15 aios berekend. Als de trends na 2022 niet doorzetten, is een instroom van 12 aios vanaf 2019 noodzakelijk, of een instroom van 13 meteen vanaf 2012. De benodigde capaciteit kruipt dan naar de aantallen volgens de basisvariant. Zetten de trends in de lage combinatievariant wél door, dan is een jaarlijkse instroom van 16 aios na 2022 voldoende.

Bij de hoge combinatievarianten blijkt dat de benodigde instroom voor de periode 2012 t/m 2019 naar 20 à 21 aios gaat. Het aantal benodigde aios is in de hoge combinatievariant hoger dan in de lage combinatievariant. Wordt de trend na 2022 losgelaten, dan gaan de aantallen benodigde aios omlaag maar blijven liggen rond de benodigde instroom in de lage combinatievariant. Als de trend doorzet is, in de periode 2020 t/m 2025 een instroom van 19 aios nodig om het evenwicht in 2028 te bereiken. De instroom in deze variant ligt bij doorgaande trend voor de periode 2012 t/m 2025 op 20 aios.

De varianten 4a en 4b wijken niet af van 2 b respectievelijk 3b wegens het ontbreken van een hanteerbare factor voor verticale substitutie.

## 8. Overwegingen en advies

### 8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke instroomvariant het Capaciteitsorgaan uiteindelijk zal gebruiken als uitgangspunt voor het advies. Een en ander wordt niet vergemakkelijkt door de onzekerheden over bezuinigingen in de AWBZ, maatschappelijke veranderingen in opvattingen over de plaats van verstandelijk gehandicapten, de belangstelling voor het vak, de schaarse substitutiemogelijkheden en de positie van de opleidingsinstelling.

### 8.2 Beleidsontwikkelingen

#### 8.2.1 NVAVG

De beroepsvereniging NVAVG stelt in zijn visie op de komende jaren dat de AVG een tweedelijns specialist is, maar tegelijkertijd een eerstelijns generalist moet blijven voor de institutionele populatie. De NVAVG is op dit moment bezig de werkzaamheden van de AVG te formuleren in een productenboek waarin onder meer de toegevoegde waarde van de AVG wordt vastgelegd. In dat plaatje heeft de huisarts een plaats als generalist voor minder complexe problematiek van de verstandelijk gehandicapte. De vraag is echter wat er gebeurt met de rol van de huisarts voor intramurale cliënten als de beroepsgroep AVG niet groeit qua beschikbare capaciteit (zoals de afgelopen jaren het geval was) maar de benodigde inzet van de AVG ten behoeve van de poliklinieken wel stijgt.

#### 8.2.2 Horizontale substitutie

In de praktijk zou dit wel eens kunnen betekenen dat de huisarts een grotere rol krijgt toebedeeld in de behandeling van minder complexe problemen van institutionele cliënten dan als wenselijk wordt beschouwd in de visie van de NVAVG. De extramuralisering van de instellingen maakt de inzet van de AVG op het eerste gezicht minder efficiënt, maar zorgt er wel voor dat de AVG op de poliklinieken een steeds groter cliëntenaanbod krijgt, merendeels van extramurale oorsprong. Dit gevoegd bij het feit dat de populatie verstandelijk gehandicapten gemiddeld een steeds langere levensverwachting krijgt én het gegeven dat de doelgroep van de AVG tegenwoordig ook een gedeelte van de jongeren met gedragsproblemen omvat, mag worden verwacht dat de NVAVG in de komende jaren een herijking van zijn standpunt ten aanzien van de taakverdeling tussen huisarts en AVG zal formuleren. De NVAVG gaat hier in 2010 samen met de LHV al verder op in door middel van het werkdocument 'Handreiking huisarts en AVG: optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'.

#### 8.2.3 Bezuinigingen AWBZ

De veranderingen in de financieringsstructuur binnen de AWBZ zullen onmiskenbaar ook gevolgen hebben voor de AVG. Alhoewel in de intramurale sector weinig veranderingen worden verwacht, zal de productietoename die in de afgelopen jaren is gerealiseerd in de poliklinieken AVG, wellicht niet gehandhaafd kunnen blijven op

eenzelfde niveau. Op basis van productieafspraken met het zorgkantoor kunnen zonder CIZ indicatie 5 tot 10 poliklinische consulten per cliënt per jaar worden gerealiseerd.

#### **8.2.4 Maatschappelijke veranderingen**

De maatschappij legt steeds meer prestatiedruk op het individu. Het gevolg daarvan is dat de groep mensen die deze druk niet zelfstandig kan verwerken, toeneemt. Tegelijkertijd neemt het draagvlak voor mensen aan de randen van de samenleving af. Het voorzieningenniveau voor jeugd met gedragsstoornissen wordt beschouwd als onvoldoende. Dit leidt de laatste jaren tot een oneigenlijke, maar verdedigbare, inzet van de AVG in de hulpverlening aan jongeren met een licht verstandelijke handicap en gedragsstoornissen. Deze ontwikkeling kan tot stilstand komen als de deficiënties in de jeugdhulpverlening worden aangepakt.

Een en ander is het gevolg van de geleidelijke verschuiving van het normalisatieparadigma naar het burgerschapsparadigma in de zorg aan verstandelijk gehandicapten. In het normalisatieparadigma (1960-1990) werd ervan uitgegaan dat het leven van mensen met een verstandelijke beperking er in principe hetzelfde uitziet als dat van alle Nederlanders. Speciale ondersteuning en zorg is alleen aangewezen als de algemene voorzieningen niet toereikend zijn. Vanaf de jaren '90 is dit normalisatieparadigma geleidelijk veranderd in het burgerschapsparadigma. Dit gaat ervan uit dat de verstandelijk gehandicapte in principe een volwaardig burger is, die recht heeft op ondersteuning om dit burgerschap te realiseren.

#### **8.2.5 Belangstelling voor het vak**

De sector verstandelijk gehandicapten kent met name de komende 5 jaren een grote vervangingsvraag aan AVG's. De instroom van 20 tot 24 AVG's uit het eerdere advies 2008 is in 2009 aarzelend op gang gekomen. Er bestaat een krapte aan AVG's voor de functies die niet direct hebben te maken met uitvoering, zoals promotieplaatsen en staffuncties. Positief is dat in 2009 in Nijmegen een tweede leerstoel Geneeskunde voor mensen met verstandelijk beperkingen is gevestigd. De inspanningen in het veld om de AVG als specialist te profileren bij de studenten geneeskunde, de basisartsen en de collega-specialisten, hebben zich met name gefocust op 2005 t/m 2009. Het is nu afwachten wat de effecten van deze inspanningen zijn.

#### **8.2.6 Verticale substitutie moeizaam**

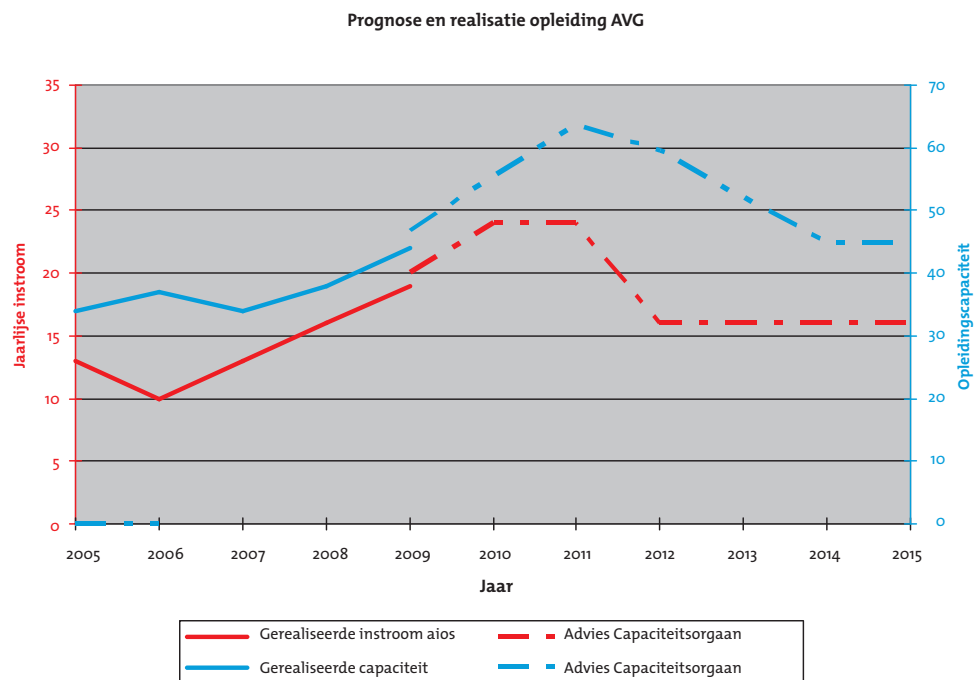
Het is niet te verwachten dat de inzet van lager opgeleide disciplines in dit specialisme de komende jaren een omvang zal aannemen die noopt tot bijstelling van deze parameter. De inzet van gedragswetenschappers in dit domein is al gestabiliseerd sinds 2007. De verwachte tekorten aan verplegend en verzorgend personeel zullen zich als eerste ontwikkelen in de care sector. Dit leidt ertoe dat deze parameter zelfs omgekeerd wordt ingeschat. De komende 10 jaar zal de AVG nog 1% meer worden ingezet om oneigenlijk werk uit te voeren.

### 8.2.7 Opleidingsinstellingen

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde varianten, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen. In dit specifieke geval is er één opleidingsinstituut, het Erasmus MC te Rotterdam. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal aanwezige aios is van groot belang voor het opleidingsinstituut om voor de hand liggende redenen. In tegenstelling tot de medische vervolgopleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde geschiedt bij de AVG de eerste selectie van geschikte kandidaten decentraal door de diverse opleidingsinstellingen. Bij de formulering van dit advies is geen rekening gehouden met een eventueel belang van het opleidingsinstituut.

De afgelopen jaren is in de praktijk gebleken dat de instroom in de medische vervolgopleiding AVG soms iets achterblijft bij de geadviseerde en toegestane instroom. De opleidingsinstellingen slaagden er niet altijd in om voldoende geschikte aios te werven. Tegelijkertijd speelde het probleem van de parttime aios die wél volledig is meegenomen in de tellingen van VWS. In het Capaciteitsplan 2008 werd een grafische presentatie van de instroom en het totaal aantal aios AVG gegeven voor de periode 2007 tot 2015. Deze figuur is nu uitgebreid en aangevuld met de gerealiseerde cijfers uit 2007, 2008 en 2009.

**Figuur 3: Verwachte instroom en opleidingscapaciteit vanaf 2007 tot 2015 en gerealiseerde instroom en opleidingscapaciteit in 2007, 2008 en 2009**



Bron: Capaciteitsplan 2008 en bewerking HVRC gegevens; gegevens 2010 onder voorbehoud.



Vanwege het feit dat de advisering door het Capaciteitsorgaan pas effectief werd vanaf 2006, zijn de stippellijnen niet aanwezig over de hele periode. Te zien is dat de instroom van nieuwe aios zich in 2008 en 2009 goed heeft ontwikkeld.

### 8.3 Belangrijkste varianten

Op basis van de gegevens uit paragraaf 8.2 kunnen twee varianten worden beschouwd als de belangrijkste varianten, namelijk de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan en de voorkeursvariant in combinatie met inzet aanverwante disciplines. Voor het gebruik van de lage combinatievariant pleit een aantal zaken. De invloed van epidemiologische en sociaal culturele parameters op de zorgvraag is grotendeels gedocumenteerd en kan dus niet worden genegeerd. Hetzelfde geldt voor de parameters 'efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen' en 'horizontale substitutie' bij het werkproces. Tenslotte is de factor 'verticale substitutie' het belangrijkste aandachtspunt, maar momenteel ook met de grootste onzekerheden omgeven. Alhoewel hier duidelijk mogelijkheden bestaan voor de verpleegkundig specialist en de (praktijk)verpleegkundige, is met name voor de verpleegkundig specialist een carrière in de ziekenhuisomgeving vaak meer voor de hand liggend en aantrekkelijker dan een loopbaan in een omgeving voor verstandelijk gehandicapten. Hierbij komt dat de beroepsvereniging voor verpleegkundig specialisten geen hoge prioriteit geeft aan de inzet van verpleegkundig specialisten in de care sector. Het is daarom de vraag of de verstandelijk gehandicaptensector er wel in zal slagen om de voor de substitutie noodzakelijke aantallen verpleegkundig specialist te werven dan wel op te leiden.

Het Capaciteitsorgaan kan in zijn advies geen risico's nemen die leiden tot een tekort aan aanbieders van zorg. Daarom is besloten om voor het advies uit te gaan van de combinatievariant met doorgaande trend zonder verticale substitutie. Dit advies heeft immers in de periode 2010 t/m 2015 nog geen consequenties voor de instroom van geregistreerde AVG's in de arbeidsmarkt. Dit betekent dat (met de huidige vacaturegraad en de komende uitstroom van oudere AVG's) er de komende 5 jaar een goede voedingsbodem is om de mogelijkheden van verticale substitutie te verkennen. Het Capaciteitsorgaan zal de daadwerkelijk bereikte verticale substitutie monitoren en op basis daarvan misschien een andere variant gaan hanteren in het volgende reguliere advies.

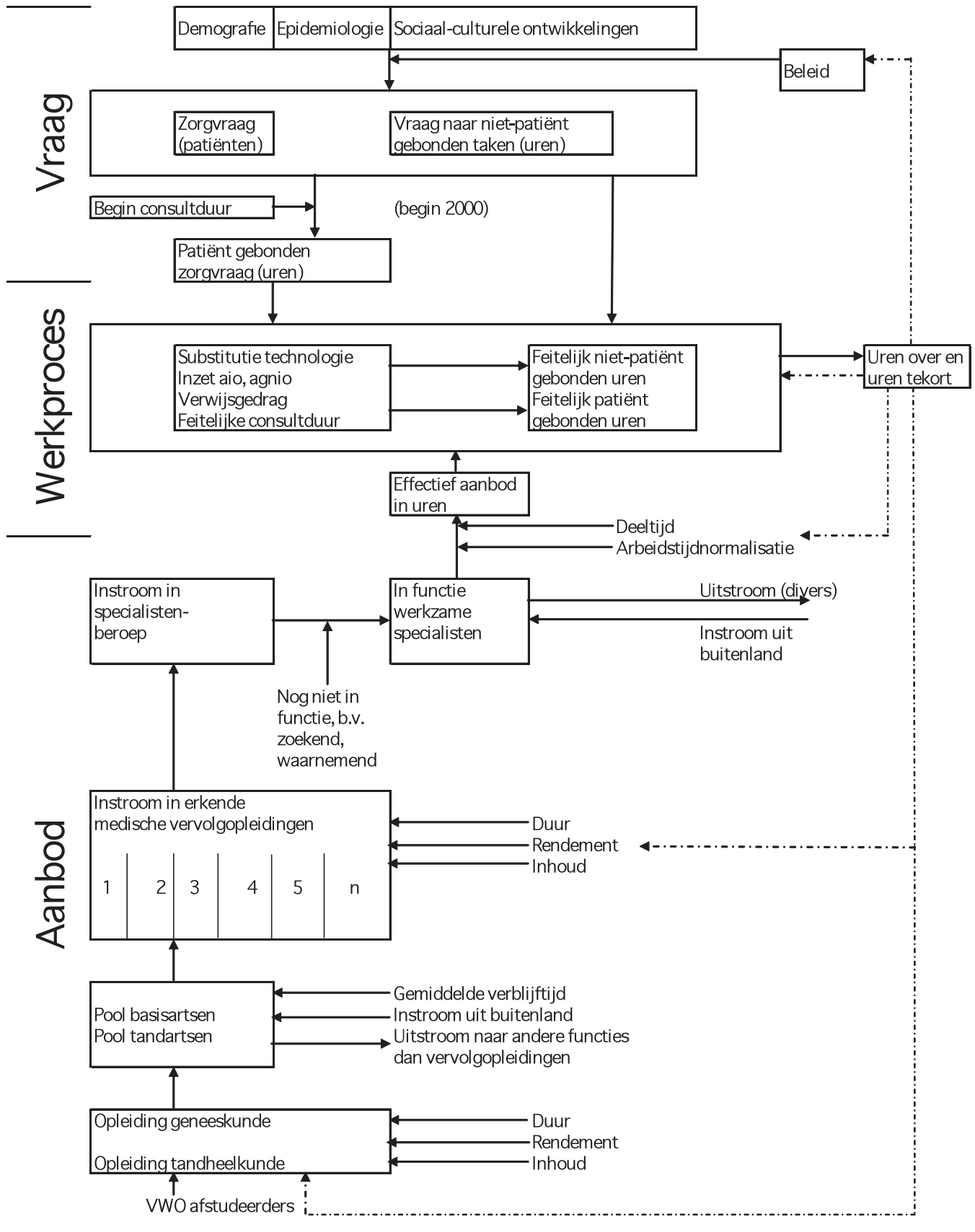
### 8.4 Advies instroom

Voor dit advies wordt de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan gehanteerd, met doorgaande trends vanaf 2010 tot 2025. Deze variant vraagt om een structurele instroom van 15 à 16 aios per jaar. In het advies is rekening gehouden met de gerealiseerde instroom tot 2010. Omdat er een redelijk grote onvervulde vraag bestaat, geldt daarnaast de benadering waarin het evenwicht vroeg i.c. in 2022 wordt nagestreefd. Deze handelwijze is conform het Capaciteitsplan 2008.

Uit tabel 18 is ook af te leiden dat de keuze voor snel bereiken van het evenwicht in de voorkeursvariant als keerzijde heeft dat er in de periode 2012-2019 minder aios (15) in de opleiding AVG zullen instromen dan in de periode 2020-2025 (16 aios). Dit geldt niet voor de andere scenario's. Daarom wordt toch geadviseerd de instroom aan aios de komende jaren iets hoger te laten zijn om de onvervulde vraag sneller te beantwoorden. Het risico daarvan is dat de instroom in de opleiding over 10 jaar neerwaarts moet worden bijgesteld.

**Alles wegend, wordt een structurele jaarlijkse instroom in de opleiding AVG geadviseerd van 16 aios vanaf 2012.**

## Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



## Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en Capaciteitsplan 2010

Parameter	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010
<b>• Opleiding</b>		
Instroom opleiding gemiddeld	13,5	16
Instroom opleiding voorgaand jaar	13	19
% vrouwen in opleiding	80 %	90 %
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar
Opleidingsrendement	87% tot 90 %	89 %
<b>• Zorgvraag</b>		
Huidige consumptie	-	
Onvervulde vraag (eenmalig)	+7,0% tot 12,0 %	+8,0 % tot 14,0 %
Factor demografie	+0,23 %	0,0 %
Factor sociaal cultureel	+0,8 % tot +1,3 %	+0,8 % tot +1,3 %
Factor epidemiologie	+0,1% tot +0,2 %	+0,1 % tot +0,2 %
<b>• Zorgaanbod</b>		
Werkzame specialisten	170	192
Aantal fte 's	124	150
Gemiddelde fte man	0,85	0,91
Gemiddelde fte vrouw	0,65	0,80
% werkzame vrouwen	61 %	65 %
Arbeidstijdverandering	0,0 %	0,0 %
Uitstroom tot 2012/14	18 %	..
Uitstroom tot 2017/19	39 %	..
Uitstroom tot 2022/24	58 %	..
Uitstroom tot 2027/29	74 %	..
Extern rendement	98 % na 1 jaar 95 % na 5 jaar 90 % na 10 jaar 85 % na 15 jaar	98 % na 1 jaar 95 % na 5 jaar 90 % na 10 jaar 85 % na 15 jaar
Instroom buitenland	0	0
<b>• Werkproces</b>		
Vakinhoudelijk	+ 0,6 % tot + 1,0 %	+ 0,6 % tot + 1,0 %
Technologie	0,0 % tot - ,2 %	0,0 % tot - ,2 %
Efficiency	0,0 % tot + 0,2 %	0,0 %
Substitutie horizontaal	0,0 % tot + 0,2 %	0,0 %
Substitutie verticaal	+ 0,1 % tot + 0,6 %	0,0 % tot - 0,1 %

## Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Prismant

Beroepsgroep: AVG	Parameterwaarden volgens standaardspecificatie AVG		
	Beroepsgroep		
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2010	2012	2020
Evenwichtsjaar 1 en 2		2022	2028
<b>AANBOD IN 2010 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2030</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Totaal</b>
Aantal werkzame personen in het jaar 2010	67	125	192
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2010	35,0%	65,0%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2010	0,910	0,800	0,839
FTE per werkzame persoon in 2015	0,910	0,800	0,826
FTE per werkzame persoon in 2020	0,910	0,800	0,818
FTE per werkzame persoon in 2025	0,910	0,800	0,813
FTE per werkzame persoon in 2030	0,910	0,800	0,812
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2015	29,0%	15,0%	19,9%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2020	53,0%	31,0%	38,7%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2025	81,0%	65,0%	70,6%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2030	89,0%	80,0%	83,2%
<b>VRAAG IN 2010 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2030</b>	<b>Laag</b>	<b>Midden</b>	<b>Hoog</b>
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2010	8,0%		14,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2015		0,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2020		0,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2025		0,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2030		0,0%	
Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakinh. vwb. MS)	0,10%		0,20%
Verandering per jaar agv sociaalculturele ontwikkelingen	0,80%		1,30%
Verandering per jaar agv vakinhoud. ontwikk. (voor MS bij epid.)	0,60%		1,00%
Verandering per jaar agv efficieny (=werkproces MS)	0,00%		0,00%
Verandering agv horiz. taakhersch. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)	0,00%		0,00%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	0,00%		-0,10%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%
<b>INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2010</b>	<b>Mannen</b>	<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2010	1,6	14,4	16,0
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2010	10,0%	90,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2010	3,0	3,0	3,0
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2010	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010	85,0%	85,0%	85,0%

Beroepsgroep: AVG	Parameterwaarden volgens standaardspecificatie AVG		
Beroepsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2010 t/m 2011</b>			
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2010/2011	1,9	17,1	19,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2010/2011	10%	90,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom in 2010/2011	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2010/2011	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011	85,0%	85,0%	85,0%
<b>INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2012</b>			
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2012	2,0	18,0	20,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2012	10,0%	90,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2012	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2012	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012	85,0%	85,0%	85,0%
<b>INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2010</b>			
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2010	0,0	0,0	0,0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	100,0%	0,0%	100,0%
Rendement buitenlandse instroom	0,0%	0,0%	0,0%

## Bijlage 4. Procedure en betrokken experts

De werkgroep AVG heeft het advies op 5 oktober 2010 behandeld en daarna aangeboden aan het Plenair Orgaan. Het Plenair Orgaan heeft het advies op 8 december 2010 vastgesteld.

De samenstelling van de werkgroep AVG was als volgt:

### Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.C. Louisse

Mw. R. Reijenga

### Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Dhr. F. Ewals

Dhr. E. van Schijndel

### Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J.J.W.H. Crasborn

Dhr. J.W. Schouten

De samenstelling van het Plenair Orgaan was als volgt:

### Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

Mw. dr. J. Bont

Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn (voorzitter Dagelijks Bestuur/ Plenair Orgaan)

Mw. dr. M.J. Kaljouw

Dhr. C.J.G. Theewes

Dhr. A.M.J. Veer

Dhr. dr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

### Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Beij

Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld

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

Dhr. drs. P. de Jonge

Dhr. dr. S.J. Noorda

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

Dhr. Paul M.L. Smits, arts, MBA (lid Dagelijks Bestuur)

### Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (lid Dagelijks Bestuur)

Dhr. drs. A.J. Lamping







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