

Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 9b

Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg (AGZ)

Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 9b

Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg (AGZ)

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2021-2024 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding.....	11
1.1 Totstandkoming van dit rapport	12
1.2 Doelstelling Capaciteitsorgaan	13
1.3 Leeswijzer	14
2 Beroep.....	15
2.1 Introductie van het beroep in Nederland	15
2.2 Wet- en regelgeving	18
2.3 Taken en verantwoordelijkheden	22
3 Opleiding	25
3.1 Beschrijving	25
3.2 Bekostiging	26
3.3 Opleidingsduur	27
3.4 Aantal opleidingsplaatsen: instroom en subsidie	28
3.5 Intern rendement opleidingen	34
3.6 Rendement personen in opleiding	35
3.7 Man-vrouwverhouding	35
3.8 Leeftijdsverdeling.....	36
3.9 Parameterwaarden 'Opleidingen'	37
4 Zorgaanbod	39
4.1 Omvang beroepsgroep	39
4.2 Instroom	41
4.3 Sectoren.....	41
4.4 Uitstroom en extern rendement.....	43
4.5 Leeftijdsopbouw beroepsbeoefenaren.....	45
4.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'	46
5 Zorgvraag	47
5.1 Onvervulde vraag.....	47
5.1.1 Ontwikkelingen vacatures	48
5.1.2 Merendeel VS'en-AGZ ervaart een tekort op de arbeidsmarkt	51
5.1.3 Arbeidsmarkt op sectorniveau	52
5.1.4 Aansluiting vraag en aanbod stimulans voor opleiden	52
5.2 Demografie	53
5.2.1 Meer zorgprofessionals nodig door bevolkingsgroei.....	54
5.2.2 Het aantal en aandeel 65+'ers stijgt	54
5.2.3 Vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting	56

5.3	Epidemiologie	57
5.3.1	Meer chronische aandoeningen en multimorbiditeit	58
5.3.2	Toename vaccinaties in huisartsenzorg	58
5.3.3	Het aantal mensen met een verstandelijke beperking neemt toe	59
5.4	Sociaal-culturele ontwikkelingen	60
5.4.1	Meer zorg in de eerste lijn en thuis	60
5.4.2	Transities stuwen behoefte regierol.....	63
5.4.3	Bekostiging remt en stimuleert vraag naar VS'en-AGZ.....	64
5.4.4	Voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg	65
5.5	Parameterwaarden 'Zorgvraag'	67
6	Werkproces.....	69
6.1	Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	69
6.1.1	Structurele inzet op additionele taken	69
6.1.2	Schouwen	71
6.1.3	Stappen richting verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen	71
6.2	Efficiency	72
6.3	Horizontale taakverschuivingen	73
6.3.1	Geen structurele taakverschuivingen tussen VS'en-AGZ en PA's.....	73
6.3.2	Taakverschuivingen vanuit aios in de medisch specialistische zorg	74
6.4	Verticale taakverschuivingen	75
6.4.1	VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen	76
6.4.2	Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen	77
6.4.3	Toenemende bekendheid	78
6.4.4	(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten	79
6.4.5	Toenemende specialisatie stimulans voor taakverschuivingen	80
6.4.6	Geen structurele verschuivingen vanuit VS-AGZ naar andere beroepen.....	80
6.4.7	Voorziene taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten	81
6.5	Arbeidstijdverandering.....	85
6.6	Parameterwaarden 'Werkproces'	85
7	Overwegingen en advies.....	87
7.1	Het instroomadvies	87
7.2	Toekomstscenario's	89
7.3	Adviesvarianten per toekomstscenario	90
7.4	Keuze voor adviesvarianten	93
8	Sectorspecifieke trends	95
8.1	Medisch specialistische zorg (incl. acute zorg).....	95
8.2	Huisartsenzorg	109
8.3	Ouderenzorg.....	122
8.4	Overige sectoren	135

Bijlage 1:	Aandachtspunten voor een volgende raming	151
Bijlage 2:	Conceptuele weergave ramingsmodel	154
Bijlage 3:	Overzicht parameterwaarden	155
Bijlage 4:	Procedure en betrokkenen	159
Bijlage 5:	Afkortingen en begrippen	160



Samenvatting

Dit rapport bevat een advies over het aantal instromers in de opleidingen tot verpleegkundig specialist in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ), dat jaarlijks nodig is om een evenwicht te bereiken en te behouden op de arbeidsmarkt. Dit advies is opgesteld op verzoek van het ministerie van VWS, en in samenwerking met veldpartijen. Het Capaciteitsorgaan beschrijft de ontwikkelingen die aan dit advies ten grondslag liggen in dit Capaciteitsplan.

Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om in de periode 2021-2024 jaarlijks **429** tot **656** studenten te laten instromen in de opleidingen tot VS-AGZ. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod. Het voorkeursadvies bedraagt **429** instromers per jaar.

Over het geheel genomen zijn er meer instromers in de opleiding tot VS-AGZ nodig in vergelijking met voorgaande jaren. In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 331 studenten in de opleiding tot VS in de AGZ. In alle sectoren stijgt de zorgvraag. Met name in de huisartsenzorg en ouderenzorg valt een sterke toename van de vraag te voorzien. Voor de ouderenzorg geldt dit zowel voor de verpleeghuizen als voor de wijkzorg. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft, is duidelijk dat de instroom in de opleidingen tot VS-AGZ in de ouderenzorg en huisartsenzorg (zeer) sterk moet stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Ook in overige sectoren zoals de sociale geneeskunde en gehandicaptenzorg overstijgt de (toekomstige) vraag de huidige instroom. In de medisch specialistische zorg wordt het huidige tekort bij gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Hierdoor kan binnen het ramingsadvies worden volstaan met een lagere instroom. Aangezien er een aantal ontwikkelingen van invloed is op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ waarvan de impact nog niet precies ingeschat kan worden, kent het advies een brede bandbreedte. Voorbeelden van onzekerheden zijn de snelheid en omvang van de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de precieze hoeveelheid werk die verschuift van geneeskundig specialisten en aiossen naar VS'en-AGZ.

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dicht bij de instroom in de afgelopen jaren lag. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Het voorkeursadvies komt daarom overeen met de onderkant van de bandbreedte en bedraagt **429** instromers in de opleiding tot VS-AGZ per jaar (zie Tabel 1). Bij opvolging van dit advies is er over 10 jaar een stijging van het aantal fte aan VS'en-AGZ van circa 170% te voorzien.

Tabel 1: Advies jaarlijks benodigd aantal instromers VS-AGZ totaal en per sector (exclusief GGZ)

	Medisch specialistische zorg	Huisartsenzorg	Ouderenzorg	Overige sectoren (excl. GGZ)	Totaal beroepsgroep (excl. GGZ)
Voorkeursadvies					
	165	66	161	37	429
Bandbreedte advies					
Minimum	165	66	161	37	429
Maximum	189	132	236	99	656
Gemiddelde instroom 2015 t/m 2019					
	229	31	55	16	331

GGZ

Het instroomadvies voor de VS-GGZ maakt geen onderdeel uit van deze raming en betreft 160 instromers per jaar.¹ De afgelopen 5 jaar startten er jaarlijks gemiddeld 85 studenten met de 2-jarige MANP-opleiding tot VS-GGZ. Vanuit de beschikbaarheidsbijdrage worden er in 2020 115 plaatsen voor de 3-jarige MANP-opleiding tot VS-GGZ gesubsidieerd.

Overige sectoren

Het merendeel van de VS'en-AGZ werkt in de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg of ouderenzorg. Voor deze sectoren zijn sectorspecifieke ramingsadviezen uitgebracht. In verband met het relatief kleine aantal VS'en-AGZ binnen de revalidatie, gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde bleek het voor deze (sub)sectoren niet mogelijk om tot betrouwbare sectorspecifieke adviezen te komen. Uiteraard zijn de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren wel meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep. In deze overige sectoren wordt door de grootste groep betrokkenen een toenemende vraag naar VS'en-AGZ voorzien. Betrokkenen zijn onder andere geneeskundig specialisten, managers en werkgevers. Op dit moment is de inzet van VS'en in deze sectoren echter nog relatief klein. Het is nog niet te zeggen hoe snel en in hoeverre de vraag naar VS'en-AGZ in deze sectoren zal toenemen. Hierdoor was er slechts een beperkte doorrekening in de raming voor het gehele beroep mogelijk. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat er bij de verdeling van opleidingsplaatsen voldoende plekken beschikbaar zijn voor deze kleinere (sub)sectoren. In de revalidatiezorg zijn er signalen dat er de afgelopen jaren een krapte aan opleidingsplaatsen werd ervaren. Geadviseerd wordt om minimaal 37 instromers per jaar aan te houden.

Diverse trends zijn bepalend geweest bij de totstandkoming van dit instroomadvies:

¹ Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2020-2024. Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid.

Huidige krapte op de arbeidsmarkt

In het merendeel van de sectoren, bestaat een krapte aan VS'en-AGZ. Er zijn zo'n 8 vacatures per 100 werkzamen. De krapte is het grootst in de ouderenzorg. Op iedere 100 werkzamen zijn er daar zo'n 19 vacatures. Ook in de gehandicaptenzorg is krapte op de arbeidsmarkt van VS'en een remmende factor bij het inzetten van deze beroepsgroep. Van alle VS'en-AGZ ervaart 63% een tekort aan collega's. Om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen, is in het advies meegerekend dat de huidige krapte moet worden ingelopen. Gezien de relatief hoge instroom in 2019 en de voorziene hoge instroom voor 2020 wordt het tekort in de medisch specialistische zorg bij continuering van de huidige trends binnen enkele jaren ingelopen. Daarna kan in deze sector volstaan worden met een lager aantal instromers. Met name in de ouderenzorg is op korte termijn veel extra instroom nodig om de snel oplopende krapte in te perken.

De eerste lichtingen gaan met pensioen

De eerste VS'en - toen nog Nurse Practitioners - kwamen in 2000 op de arbeidsmarkt. Inmiddels gaan de eerste lichtingen met pensioen. 10% van de VS'en-AGZ is 60-plusser. Naar verwachting stopt binnen nu en 5 jaar 11% van de VS'en-AGZ met werken in het beroep. Over 10 jaar is ruim een kwart van de huidige beroepsgroep uitgestroomd. Dit betekent dat er een vervangingsvraag ontstaat, waarvoor nieuwe VS'en moeten worden opgeleid.

Bevolkingsgroei en vergrijzing stuwten zorgvraag

Het aantal inwoners van Nederland neemt toe en de levensverwachting stijgt. Alleen al vanwege demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie zijn er over 20 jaar 25% meer VS'en-AGZ nodig. Vergrijzing speelt hierbij een grote rol. In de ouderenzorg stijgt de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor met 15% in de komende 5 jaar, en maar liefst 66% in de komende 20 jaar. Dit is nog los van andere vraagontwikkelingen.

Toenemende behoefte aan regierol

Diverse ontwikkelingen maken dat de behoefte aan een zelfstandig handelende zorgprofessional in de regierol toeneemt. Zo stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit. In combinatie met vergrijzing, het overheidsbeleid dat erop gericht is om zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, extramuralisering en de transitie van zorg naar de eerste lijn leidt dit tot meer vraag naar onder andere VS'en in met name de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Patiënten met multimorbiditeit hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties. Daardoor ontstaat er behoefte aan een zorgprofessional die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Ook wordt er, onder andere door 'de Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP), meer samenwerking voorzien tussen de sectoren. Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die zelfstandig kan handelen en regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. De VS-AGZ wordt net als de physician assistant (PA) gezien als een geschikte professional om deze regierol op te pakken. Vanuit deze rol vormt de VS-AGZ als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren. Hierbij kunnen VS'en-AGZ meer aandacht besteden aan zaken zoals preventie, risicosignalering en het stimuleren van zelfmanagement. Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare.

Toename taakverschuivingen

Het inzetten van de juiste zorgprofessional op de juiste plek is een veelgenoemde reden voor het inzetten van een VS-AGZ. VS'en worden gericht ingezet op de zorg voor specifieke patiëntengroepen en aandoeningen. Het gaat dan in de huisartsenzorg bijvoorbeeld om ouderen of chronisch zieken en wondzorg, dermatologie en diabeteszorg. In de medisch specialistische zorg betreft het bijvoorbeeld SOA-zorg, benigne (mamma)klachten of geheugenstoornissen. In normeringen, richtlijnen en consensusdocumenten worden steeds vaker afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, wat het verschuiven van taken vergemakkelijkt. Taakverschuivingen naar de VS gaan samen met toenemende sub- of taakspecialisatie van de geneeskundig specialist en aiossen.

Daarnaast vormen krapte aan en werkdruk van geneeskundig specialisten en aiossen een aanjager voor taakverschuivingen. Met name de krapte aan en werkdruk van specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen worden in dit kader regelmatig genoemd. In de ziekenhuizen verschuiven, mede vanwege een ervaren krapte aan aiossen, de minder complexe patiëntgebonden werkzaamheden onder andere naar VS'en-AGZ.

Vooralsnog lijkt de limiet van taakverschuivingen nog niet bereikt. Het merendeel van de VS'en-AGZ geeft aan dat ze inhoudelijk gezien meer taken over kunnen nemen van geneeskundig specialisten. Gemiddeld gaat het om 10 uur per week. Ook geneeskundig specialisten en andere stakeholders voorzien verdere taakverschuivingen in de komende jaren. In de medisch specialistische zorg liggen de inschattingen voor de omvang van deze taakverschuivingen lager dan in andere sectoren. Hierdoor is het effect op de benodigde opleidingscapaciteit in deze sector minder groot dan in andere sectoren het geval is. Mogelijk zijn de inschattingen lager doordat VS'en (en PA's) al langer en in grotere getale actief zijn in deze sector waardoor er al veel taken zijn verschoven. Een andere verklaring is dat VS'en en PA's vaker taken overnemen van geneeskundig specialisten bij uitbreiding van de zorgvraag. In de medisch specialistische zorg groeit de zorgvraag minder sterk dan in andere zorgsectoren.

Verbetering van de zorg

VS'en-AGZ nemen niet alleen taken over van geneeskundig specialisten, maar pakken ook additionele taken op. Hierbij verrichten VS'en-AGZ werkzaamheden die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd. Dit zijn bijvoorbeeld taken op het vlak van: preventie, risicosignalering, het stimuleren van zelfmanagement, communicatie met patiënten en naasten, projecten/innovaties en organisatie van de zorg. Het beoogde doel van deze inzet op additionele taken is bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg, tijdige start van behandelingen en/of verbetering van de patiënttevredenheid. Hoewel het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites, vormen additionele taken voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk.

Voorziene groei

In alle sectoren voorzien stakeholders een groei van het aantal VS'en-AGZ in de komende 5 jaar. De grootste groep gaat hierbij uit van een toename van 5% tot 25%. De inschattingen in de huisartsenzorg lopen sterk uiteen, maar de grootste groep voorziet een toename. Vanaf 2012 steeg het aantal fte aan VS'en-AGZ over alle sectoren bezien met circa 10% per jaar. Verbetering van de zorg, arbeidsmarktfactoren, verandering van de zorgvraag en bekostiging zijn de belangrijkste stimulerende factoren voor zorgorganisaties voor het aannemen en opleiden van VS'en-AGZ. Remmende factoren hierbij zijn bekostiging en onbekendheid met het beroep. In de huisartsenzorg spelen ook praktische bezwaren, zoals een gebrek aan behandelruimtes. In de verpleeghuiszorg is de beperkte capaciteit aan hbo-verpleegkundigen een belemmering voor het opleiden van VS'en-AGZ.

Aanbevelingen

Aanvullend op het ramingsadvies doen wij nog enkele aanbevelingen aan het ministerie van VWS en veldpartijen.

Belemmeringen in de huisartsen- en ouderenzorg

Een aandachtspunt is de realisatie van dit advies op sectorniveau. In de huisartsenzorg worden minder VS'en-AGZ opgeleid dan er nodig zijn met het oog op de toekomstige zorgvraag. In deze sector worden meer dan in andere sectoren knelpunten ervaren op het vlak van het aannemen en opleiden van VS'en-AGZ (en PA's). Het betreft hier vooral belemmeringen op het vlak van bekostiging. Huisartsen ervaren de huidige bekostiging van zorgverzekeraars van de inzet van VS'en-AGZ (en PA's) als gebrekkig en vinden de toekomstige bekostiging onduidelijk. Huisartsen en managers noemen de volgende belemmeringen bij het opleiden: te lage subsidie, beperkte tijd om op te leiden, onvoldoende behandelruimtes, onduidelijkheid over toekomstige subsidies, onvoldoende opleidingsplaatsen en ervaren belasting van het werkgeverschap. Ook noemen zij dat te weinig hogescholen opleiden voor de eerste lijn.

Op dit moment is er sprake van toenemende arbeidsmarkttekorten in de huisartsenzorg. De meningen over welke zorgprofessionals naast de huisarts het beste kunnen worden ingezet, lopen sterk uiteen. Om te borgen dat er in de huisartsenzorg voldoende zorgprofessionals, waaronder VS'en-AGZ, opgeleid worden, is het raadzaam om met veldpartijen in overleg te gaan over benodigde maatregelen en/of investeringen. Door middel van sectorbreed arbeidsmarktbeleid kan het verder oplopen van arbeidsmarkttekorten wellicht worden voorkomen.

In de ouderenzorg zijn er meer hbo-verpleegkundigen nodig om vanuit de sector zelf voldoende instroom te kunnen realiseren in de opleiding tot VS-AGZ.

Toekomstbestendig opleiden

Diverse ontwikkelingen beïnvloeden de vraag naar VS'en in de huisartsen- en ouderenzorg ten opzichte van de medisch specialistische zorg. Dit zijn: vergrijzing, de juiste zorg op de juiste plek, het langer thuis wonen van ouderen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Op dit moment is de snelheid en de omvang van de verschuivingen nog onzeker, evenals de hoeveelheid werk die bij de VS-AGZ in de huisartsenzorg terecht zal komen. Het is de vraag of er voldoende VS'en-AGZ die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg, zullen overstappen naar de huisartsen- en ouderenzorg, wanneer de vraag deels verschuift naar deze sectoren.

Geadviseerd wordt om te verkennen of er (meer) VS'en-AGZ in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. Daarbij zijn goede afspraken over de inzet na diplomering van belang. Intersectoraal opgeleide VS'en-AGZ kunnen fungeren als 'transmurale brug' tussen sectoren en bijdragen aan de verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg en de transitie van zorg. Opleiden vanuit een intersectoraal samenwerkingsverband neemt daarnaast mogelijk een deel van de belemmeringen in de huisartsen- en ouderenzorg weg die ervaren worden bij het opleiden van VS'en.

Daarnaast kan het overstappen van VS'en-AGZ naar een andere sector mogelijk vergemakkelijkt worden met het aanbieden van herscholingstrajecten voor gediplomeerde VS'en-AGZ. Voor een deel van de betrokkenen is het ontbreken van herscholingstrajecten een belemmering voor het aannemen van elders opgeleide VS'en.

Stapsgewijze implementatie adviezen op sectorniveau

In verhouding zijn er meer opleidingsplaatsen nodig in de huisartsenzorg, ouderenzorg en overige sectoren ten opzichte van de medisch specialistische zorg. Op dit moment is er echter nog een tekort aan VS'en-AGZ in de medisch specialistische zorg. Dit wordt bij de huidige instroom en gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Om abrupte schommelingen in de opleidingscapaciteit binnen sectoren te voorkomen is het raadzaam om de adviezen op sectorniveau stapsgewijs door te voeren en daarmee een zachte landing te bewerkstelligen.

Onbekendheid met de beroepen

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Verpleegkundig specialist AGZ 2021-2024 liep het ramingstraject voor de PA's. Gedurende de dataverzameling werd duidelijk dat op bestuurs- en beleidsniveau het onderscheid tussen VS'en en PA's in de meeste sectoren veelal bekend is. Dit blijkt op de werkvloer en binnen het (midden)management lang niet altijd het geval. De besluiten over welke zorgprofessional wordt ingezet, worden inmiddels meestal genomen op dit niveau. Daardoor zijn er grote verschillen tussen (en binnen) zorgorganisaties in het type werkzaamheden dat VS'en en PA's verrichten. Het effect hiervan op de ramingen is toegelicht in paragraaf 1.1. Zowel op sector- als op specialisme- en organisatieniveau kunnen een gemeenschappelijke visie en samenwerkingsafspraken binnen multidisciplinaire teams borgen dat de juiste professional op de juiste plek wordt ingezet. Zie ook Laurant & Van Vught (2018).²

² Laurant, M. & Van Vught, A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

1 Inleiding

Dit Capaciteitsplan bevat een eerste richtinggevend instroomadvies voor de opleiding tot verpleegkundig specialist in de algemene gezondheidszorg (VS-AGZ). Het instroomadvies betreft de jaarlijks benodigde instroom in de opleidingen om in de toekomst een evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken en te behouden. Het Capaciteitsplan geldt voor de periode 2021 t/m 2024. Dit instroomadvies wordt uitgebracht op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).^{3 4} Het instroomadvies en dit Capaciteitsplan zijn aangeboden aan de bewindspersonen van VWS en veldpartijen.

Het advies omvat de benodigde instroom in de opleidingen tot de vier somatische specialismen, te weten VS'en in de preventieve zorg, chronische zorg, intensieve zorg en acute zorg. Het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) heeft in samenwerking met de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) initiatief genomen tot samenvoeging van de vier specialismen tot één specialisme voor verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (AGZ). Momenteel wordt toegewerkt naar invoering van het specialisme AGZ. Waarschijnlijk vindt dit op zijn vroegst plaats per 1-7-2020.⁵ In dit Capaciteitsplan wordt de groep verpleegkundig specialisten opgeleid tot of werkzaam in de algemene gezondheidszorg aangeduid als 'verpleegkundig specialisten AGZ' (VS'en-AGZ).

VS'en-AGZ zijn in veel uiteenlopende zorgsectoren werkzaam. Daarom is op verzoek van het ministerie van VWS niet alleen op beroepsniveau een instroomadvies uitgebracht, maar waar mogelijk ook op sectorniveau. Op basis van de betrouwbaarheid van de brongegevens bleek dit mogelijk voor de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg. Voor deze drie sectoren bevat dit Capaciteitsplan instroomadviezen, naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep van VS'en-AGZ. Voor de overige sectoren zijn uiteraard ook data verzameld en geanalyseerd. Ook deze data zijn meegewogen in de raming voor de gehele beroepsgroep van VS'en in de AGZ. In hoofdstuk 8 zijn de relevante gegevens en trends per sector opgenomen. De belangrijkste ontwikkelingen voor de gehele beroepsgroep zijn beschreven in hoofdstuk 3 tot en met 6.

Dit Capaciteitsplan bevat geen instroomadvies voor de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ (VS-GGZ). Het Capaciteitsorgaan brengt voor dit beroep sinds 2011 adviezen uit. Het meest recente advies vindt u in het Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid 2020-2024.

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Verpleegkundig Specialist AGZ 2021-2024 liep het ramingstraject voor de physician assistants. Het Capaciteitsplan Physician Assistant 2021-2024 is tegelijkertijd met dit Capaciteitsplan aangeboden aan het ministerie van VWS en veldpartijen. Beide plannen zijn te raadplegen op de website van het Capaciteitsorgaan: www.capaciteitsorgaan.nl.

³ Ministerie van VWS (2018). Verzoek om capaciteitsraming PA en VS. 06-03-2018.

⁴ Ministerie van VWS (2017). Toezeggingen plenair debat d.d. 7 september 2017. 02-10-2017.

⁵ V&VN VS (2019). Nieuwe specialismen: hoe gaat het verder? V&VN VS Nieuwsbrief 14-06-2019.

1.1 Totstandkoming van dit rapport

Dit eerste richtinggevend advies is tot stand gekomen in samenwerking met de beroepsgroep, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. Zie bijlage 4. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van feitelijke gegevens op basis van onderzoekpublicaties en bestaande bronnen, zoals het verpleegkundig specialisten register en het BIG-register. Aanvullend hierop zijn in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoeken uitgevoerd naar de arbeidsmarktsituatie van de VS in de AGZ⁶, de demografische prognose van de patiëntenpopulatie^{7, 8}, sociaal-culturele en werkprocesontwikkelingen⁹ en de besluitvorming binnen zorgorganisaties rondom het al dan niet aannemen van en opleiden voor dit beroep¹⁰. Hoewel dit ramingstraject met alle zorgvuldigheid doorlopen is, betreft dit advies nadrukkelijk een eerste richtinggevend advies. Indien er in de toekomst nogmaals een raming uitgebracht wordt voor dit beroep, dan zijn op basis geleerde lessen uit dit traject nauwkeurigheidsslagen mogelijk. Meer hierover leest u in bijlage 1 'Aandachtspunten voor een volgende raming'.

Hoe verhoudt dit advies zich tot dat van de physician assistants?

Parallel aan de totstandkoming van dit Capaciteitsplan Verpleegkundig Specialist AGZ 2021-2024 liep het ramingstraject voor de physician assistants (PA's). Gedurende de dataverzameling werd duidelijk dat het onderscheid tussen VS'en en PA's op bestuurs- en beleidsniveau in de meeste sectoren inmiddels veelal bekend is. Dit blijkt op de werkvloer en binnen het (midden)management lang niet altijd het geval. De besluiten over welke zorgprofessional wordt ingezet, worden inmiddels meestal genomen door hoofden behandeldienst en zorg-, medisch-, RVE- en clustermanagers en in de eerste lijn door huisartsen. Daardoor zijn er grote verschillen tussen (en binnen) zorgorganisaties in het type werkzaamheden dat VS'en en PA's verrichten. Waar een bepaalde taak of functie in de ene zorgorganisatie vrijwel vanzelfsprekend door een VS wordt ingevuld, kan deze taak of functie in een andere zorgorganisatie voorbehouden zijn aan een PA of een arts. Daarnaast bestaan er overeenkomsten in taken en verantwoordelijkheden binnen de beroepen van de VS en de PA. Door deze overlap zijn veel ontwikkelingen van invloed op beide de beroepsgroepen.

Landelijk gezien spelen op dit moment vergelijkbare invloeden een rol bij de inzet van VS'en dan wel PA's. Voorbeelden zijn een toenemende zorgvraag vanwege chronische aandoeningen en multimorbiditeit, aandacht voor verbetering van de zorg, behoefte aan een regierol en focus op doelmatigheid. De verschillen zitten hem vooral in de mate waarin deze invloeden een rol spelen en waar accenten worden gelegd. Zo is de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen vaker een reden om een VS op te leiden of aan te nemen dan bij de PA's. Ook spelen verbetering van de organisatie van de zorg en het uitvoeren van projecten/innovaties vaker een rol bij de keuze voor een VS. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen. In de MSZ worden PA's weer vaker dan VS'en aangenomen en opgeleid vanwege een hoge werkdruk van of beperkte capaciteit aan medisch specialisten en aiossen. In de huisartsenzorg zijn opvolgingsproblematiek en de

⁶ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁷ Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

⁸ Van der Meulen L, Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

⁹ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

¹⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

wens van de huisarts om minder uren te werken wat vaker een stimulans voor de inzet van een PA, dan dat voor een VS het geval is. Echter ook bij de VS'en spelen deze zaken een stimulerende rol bij het opleiden en aannemen.

De zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen in de Capaciteitsplannen van de VS'en-AGZ en de PA's komen dus veelal met elkaar overeen. Verschillen zijn er in de mate waarin deze trends effect hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ en PA's. Deze zijn uitgedrukt in de omvang van de parameterwaarden en daarmee verwerkt in het instroomadvies. In deze raming en die van de PA's zijn de huidige trends in de inzet van VS'en-AGZ en PA's doorerekend naar de toekomst, ook waar deze afwijken van wat stakeholders beschouwen als wenselijke trends.

1.2 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 ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in diverse erkende (vervolg)opleidingen voor zorgprofessionals. Beroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan instroomadviezen uitbrengt zijn: de medisch specialisten, klinisch technologisch specialisten, huisartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geneeskundigen en artsen verstandelijk gehandicapten. Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Medio 2012 heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht deze beroepen structureel te gaan ramen, waarbij de doelgroep in 2018 is uitgebreid met de verslavingsarts. In 2014 verscheen op verzoek van het ministerie van VWS de eerste raming van de opleidingen die vallen onder het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO). Daaropvolgend heeft VWS het Capaciteitsorgaan verzocht om ook deze opleidingen structureel te ramen. Ook hier vinden geregeld uitbreidingen plaats met nieuwe beroepen, zoals de oncologieverpleegkundige en de ambulanceverpleegkundige. Ook adviseert het Capaciteitsorgaan sinds 2009, met een korte onderbreking tussen 2014 en 2018, over de instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Ten slotte heeft het ministerie van VWS begin 2019 gevraagd om ramingen op te stellen voor de VS-AGZ en voor de PA.

Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op termijn te voorkomen. Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, taakverschuivingen en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkte het Capaciteitsorgaan tussen 2013 en 2016 mee aan een initiatief van de Europese

Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt maximaal 27 zetels, welke gelijk verdeeld zijn onder de zorgverzekeraars, de opleidingsinstellingen en de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het beroep en de positie die VS'en-AGZ innemen in diverse zorgsectoren.

Vervolgens leest u in hoofdstuk 3 meer over de opleiding tot VS in de AGZ en kenmerken van opleidingen. Ook bevat dit hoofdstuk een overzicht van de gerealiseerde instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren.

Hoofdstuk 4 beschrijft het huidige aanbod aan VS'en-AGZ. Voor een deel zijn de zorgprofessionals die in de toekomst (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's en hoeveel uitstroom verwacht kan worden in de toekomst.

In hoofdstuk 5 komt de verwachte omvang van de zorgvraag aan bod. Het Capaciteitsorgaan houdt zoveel mogelijk rekening met voorziene demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Ook de eventuele onvervulde vraag, oftewel de actuele discrepantie tussen vraag en aanbod, wordt in de raming betrokken.

De afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod: het werkproces, wordt beschreven in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk wordt het effect besproken van vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, taakverschuivingen en arbeidstijdverandering op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Aan het eind van elk van de voorgaande hoofdstukken staan de invoerwaarden, oftewel de parameterwaarden, voor het ramingsmodel.

Hoofdstuk 7 bevat het instroomadvies voor de VS-AGZ. Ook beschrijft dit hoofdstuk de uitkomsten van het ramingsmodel in vijf toekomstscenario's met adviesvarianten, waarvan het uiteindelijke instroomadvies er één is. Dit hoofdstuk bevat eveneens de overwegingen bij de keuze voor een adviesvariant.

Lezers die zich willen beperken tot relevante ontwikkelingen binnen de eigen sector, worden verwezen naar hoofdstuk 8. In dit hoofdstuk zijn de gegevens per sector weergegeven. Voor de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg wordt ook een instroomadvies op sectorniveau gegeven.

2 Beroep

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de ontstaansgeschiedenis van de verpleegkundig specialisten in Nederland. Ook het wettelijk kader en de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ) in Nederland komen aan bod. De raming voor VS'en in de GGZ is onderdeel van de ramingen van de Beroepen Geestelijke Gezondheid en wordt daarom slechts kort besproken in dit Capaciteitsplan.¹¹

2.1 Introductie van het beroep in Nederland

Bij de introductie van de beroepsgroep in Nederland werd nog niet gesproken van VS'en, maar van Nurse Practitioners. Een term die ook internationaal momenteel nog gangbaar is. De oorsprong van de Nurse Practitioner ligt in de Verenigde Staten en in Engeland. Een tekort aan artsen in de eerste lijns gezondheidszorg in de VS was in de jaren '60 en '70 een belangrijke aanleiding voor de ontwikkeling van deze functie. Vanuit de zorg lag er een behoefte van zorgvragers naar meer aandacht en een daardoor betere kwaliteit van zorg. Deze vraag kon door bestaande zorgverleners niet beantwoord worden. De Nurse Practitioner - zoals ontwikkeld in de VS en Engeland - werd als mogelijke oplossing gezien. Het leek tevens de oplossing voor het verwachte tekort aan medici.¹²

Rond de eeuwwisseling werd ook de zorg in Nederland geconfronteerd met nieuwe uitdagingen: een toenemende zorgvraag gecombineerd met een beleid van kosteneffectiviteit. Tezamen met de behoefte aan een universitair programma voor verpleegkundigen, regionale tekorten aan artsen en een minister van VWS die inzette op innovatieve oplossingen, droeg dit bij aan de introductie van VS'en en PA's in de Nederlandse gezondheidszorg.^{13 14}

In 1997 startte de Hanzehogeschool in Groningen, in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Groningen, met het opleiden van hbo-verpleegkundigen tot Nurse Practitioners. In de periode 2001-2005 startten ook de andere acht hogescholen met het opleiden van Nurse Practitioners voor de algemene gezondheidszorg. In 2000 kwamen de eerste gediplomeerden beschikbaar op de arbeidsmarkt. Het op de markt zetten van deze nieuwe functionarissen zou een antwoord moeten zijn op een aantal maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland:

- Noodzaak tot kostenbeheersing: door het zorgproces rond de zorgvrager beter te organiseren, neemt de continuïteit en in sommige gevallen ook de doelmatigheid toe.
- Vergrijzing: er ontstaat een populatie zorgvragers die langdurig in zorg is en waarbij veelal sprake is van comorbiditeit. Naast de medische controles heeft deze groep zorgvragers veel behoefte aan informatie over het omgaan met hun ziekte, het veranderen van leefregels en het voorkomen van complicaties.

¹¹ Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2020-2024. Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid.

¹² Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners (2004). NURSE PRACTITIONER.

¹³ Roodbol P. (2018). The maturation of the Nurse Practitioner in the Netherlands. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <http://www.npapn2018.com/presentations/>

¹⁴ Crommentuyn, R. (2002). De physician assistant is geen loopjongen. Medisch Contact, mei 2002. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-physician-assistant-is-geen-loopjongen.htm>

- Een dreigend tekort aan medisch specialisten: wat versterkt wordt door de wetgeving over arbeidstijden en de wens van deze groep om parttime te werken.
- Het toenmalige tekort aan huisartsen in de Randstad: zorgvragers komen hierdoor eerder naar het ziekenhuis.
- Individualisering: zorgvragers worden mondiger en stellen zich steeds minder afhankelijk op. De vraag naar zorg op maat neemt toe, waarbij continuïteit van zorg een belangrijk begrip is.¹⁵

Omvang van de beroepsgroep en sectoren

Het aantal werkzame VS'en is sinds de introductie van het beroep in de Nederlandse zorg sterk toegenomen. Het aantal werkzamen liep op van 667 in het jaar 2009 naar 3.494 in januari 2019, waarvan 2.433 in de AGZ. In de AGZ worden VS'en hoofdzakelijk ingezet in de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg. Daarnaast worden de mogelijkheden verkend voor inzet van (meer) VS'en in de anderhalve lijn. Meer informatie over de beroepsgroep en de sectoren waarin VS'en werkzaam zijn is te vinden in hoofdstuk 4.

Aanvankelijk lag de nadruk op een verwacht tekort aan artsen en de behoefte aan meer carrière-mogelijkheden voor verpleegkundigen. Na de eeuwwisseling verschoof de focus naar taakherschikking: welke beroepsgroep kan een zorgvrager met een specifiek gezondheidsprobleem het beste helpen.¹⁶ In de jaren daarna ontstaat er, mede vanuit de Triple Aim-gedachte, meer aandacht voor de ervaren kwaliteit van zorg, zorg voor specifieke groepen en doelmatigheid. Vanuit de politiek en maatschappij worden hogere eisen gesteld aan de ervaren kwaliteit van zorg, waarmee bijvoorbeeld communicatie en samenwerking van zorgprofessionals met patiënten en naasten belangrijker wordt. Ook verschuift de focus van gezondheid van een individu naar gezondheid van populaties, waarmee er meer aandacht komt voor preventie. Hierbij blijven doelmatigheid, toegankelijkheid van zorg en beheersing van zorgkosten aandachtspunten voor politiek en maatschappij.

Zowel internationaal als nationaal wordt veel onderzoek gedaan naar de mate waarin VS'en kunnen bijdragen aan het behalen van de doelen die genoemd zijn in de vorige alinea. De implementatie van nieuwe beroepen in de zorg brengt vragen met zich mee over de resultaten van hun inzet. Vanaf het moment dat VS'en in Nederland in de zorg actief zijn, is er dan ook een veelheid aan onderzoeken uitgezet naar met name de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en doelmatigheid of (kosten)efficiency. Aangezien VS'en ook in andere landen langere of kortere tijd actief zijn, is en wordt ook internationaal veel onderzoek naar deze onderwerpen gedaan.

¹⁵ Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners (2004). NURSE PRACTITIONER.

¹⁶ Idem.

Op het vlak van kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid blijken VS'en even goed of beter te scoren dan (huis)artsen, specialisten ouderengeneeskunde of een team van professionals in het ziekenhuis.^{17 18 19 20} Daarnaast zijn er signalen dat de inzet van deze beroepen mogelijkheden biedt om een bijdrage te leveren aan het betaalbaar houden van de zorg. Enerzijds doordat een “goedkopere” functionaris taken overneemt van een functionaris met een hoger uurtarief. Anderzijds kunnen de zorgkosten lager worden doordat VS'en een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit. Denk hierbij aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten.²¹ Op het vlak van (kosten)efficiency laten internationale studies veelal gelijke of gereduceerde zorgkosten zien bij vergelijking van de inzet van VS'en en artsen.^{22 23} Er zijn geen eenduidige resultaten over in hoeverre een VS-AGZ meer (of minder) tijd nodig heeft voor het uitvoeren van taken in vergelijking met een geneeskundig specialist (zie §6.4).

Er is veel belangstelling vanuit overheden en financiers van zorg voor de inzet van VS'en binnen de gezondheidszorg. Dit komt door de positieve resultaten op het vlak van kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid en kansen voor (kosten)efficiency, in combinatie met de stijgende zorgvraag en -kosten. Diverse (internationale) overheden voeren daarom beleid ter bevordering van de inzet van VS'en in de gezondheidszorg. Voorbeelden van dit beleid zijn het toekennen van gelimiteerde tot brede zelfstandige bevoegdheden voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen en het aanbieden van onderwijsprogramma's op een hoger niveau. Verder wordt via de bekostiging van zorg in enkele landen gestuurd op de inzet van VS'en, bijvoorbeeld door middel van de hoogte van de vergoeding van verleende zorg door een VS ten opzichte van een arts.²⁴ Ook in Nederland hebben landelijke overheden en financiers van zorg diverse maatregelen ingevoerd om de (verdere) implementatie van deze beroepen te stimuleren.

¹⁷ Laurant, M., Van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & Van Vught, A. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

¹⁸ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

¹⁹ Van Erp, R., Van Doorn-Klomborg, A., Laurant, M., Van den Brink, G. & Van Vught, A. (2019). De rol van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialist in de Anderhalvelijnszorg een systematische literatuurstudie. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

²⁰ Nederlandse ZorgAutoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur. Zie vanaf pagina 28.

²¹ Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

²² Kilpatrick, K. et.al. (2015). A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*. 28(3). 56-76.

²³ Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., et.al. (2014). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015 Jun 8;5(6):e007167. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167.

²⁴ Maier, C. & Aiken, L. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 2016; Aug. Vol. 26, No. 6, 927-934. doi:10.1093/eurpub/ckw098.

2.2 Wet- en regelgeving

Sinds de introductie van het beroep van VS in Nederland hebben de overheid en veldpartijen uiteenlopende stappen gezet ter bevordering van de implementatie van de beroepsgroep. Dit gebeurde onder andere door het wegnemen van barrières in wet- en regelgeving en het toekennen van bevoegdheden aan de VS.

Zo werd het beroep VS per 2009 in het BIG-register opgenomen als wettelijk erkend specialisme onder artikel 14. Hierbij werd de naam Nurse Practitioner vervangen door de Nederlandse variant 'verpleegkundig specialist'. Vanaf 2009 kunnen VS'en die voldoen aan alle registratie eisen zich inschrijven in het register van één van de vijf wettelijke erkende specialismen: acute zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, preventieve zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In november 2017 heeft het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) besloten om de vijf specialismen terug te brengen naar twee: algemene gezondheidszorg (AGZ) en GGZ. De nieuwe indeling moet de positie van de VS verduidelijken en verstevigen.²⁵ Waarschijnlijk vindt dit op zijn vroegst plaats per 1-7-2020.²⁶

Ook willen Nederlandse overheden belemmeringen voor de inzet van VS'en (en PA's) verminderen en de inzet van deze beroepen stimuleren. Mede vanuit dit oogpunt wordt een kennisplatform gefinancierd en is onderzoek uitgezet.^{27 28} Inmiddels zijn meerdere onderzoeken gedaan naar factoren die de inzet van PA's en VS'en binnen zorgorganisaties kunnen belemmeren of stimuleren.^{29 30 31 32} De resultaten van deze onderzoeken liggen mede aan de basis van enkele beleidsmaatregelen die Nederlandse overheden inzetten om belemmeringen voor de inzet VS'en (en PA's) binnen zorgorganisaties weg te nemen. Een voorbeeld hiervan is dat in onderzoek van Kouwen et.al. (2016) werd signa-

²⁵ V&VN VS (2017). CSV: vijf specialismen voor verpleegkundig specialisten gaan over in twee. *V&VN Nieuwsbrief* 19-12-2017.

²⁶ V&VN VS (2019). Nieuwe specialismen: hoe gaat het verder? 14-06-2019.

²⁷ Platform Zorgmasters. Geraadpleegd op 28-06-2019, van <https://zorgmasters.nl/over-ons/>

²⁸ De Bruijn-Geraets, D., Bessems-Beks, M., Van Eijk-Hustings, Y., & Vrijhoef, H. (2015). voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maas-tricht UMC+, Patiënt & Zorg.

²⁹ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijns geneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

³⁰ Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. *BMC Advies*. januari 2017.

³¹ Timmermans, M., Laurant, M. & Van Vught, A. (2016). De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare.

³² Wallenburg, I., Janssen, M. & de Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

leerd dat intercollegiaal consult verricht door een VS (of PA) niet declarabel is en dat deze beleidsregel belemmerend werkt.³³ Per 2019 mogen VS'en en PA's ook bij intercollegiaal consult en medebehandeling een DBC op eigen naam registreren en declareren.^{34 35} Eerder werd het face-to-face criterium met een medisch specialist voor registratie van een eerste consult aangepast, waardoor VS'en en PA's zelfstandig DBC's mogen openen.³⁶ Deze belemmering kwam onder andere in beeld in het advies Taakherschikking van de NZa (2011).³⁷ Door deze aanpassing van het face-to-face criterium voeren VS'en en PA's naast controlebezoeken ook zelfstandig eerste kliniekbezoeken uit.³⁸

Ook op het vlak van bevoegdheden werden stappen gezet. Zo kregen VS'en (en PA's) vanaf 1 januari 2012 bij wijze van experiment voor 5 jaar een wettelijke zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen.³⁹ Het betreft risicovolle handelingen, die schade kunnen toebrengen aan de gezondheid van de patiënt indien zij ondeskundig worden uitgevoerd. Hierbij gaat het om handelingen van beperktere complexiteit, die routinematig worden verricht en waarvan de risico's goed zijn te overzien. Ook worden daarbij landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen gevolgd.⁴⁰ Evaluatieonderzoek toonde de effectiviteit en doelmatigheid van het experiment aan.^{41 42} Op basis van deze bevindingen is vanaf 1 september 2018 de wettelijke zelfstandige bevoegdheid van de VS voor bepaalde voorbehouden handelingen definitief geworden.⁴³

In de wet is aan de hand van de huidige vijf specialismen van de VS vastgelegd welke VS'en welke voorbehouden handelingen mogen verrichten. Op grond van de huidige toegekende voorbehouden handelingen aan de VS 'acute zorg bij somatische aandoeningen' en de VS 'intensieve zorg bij somatische aandoeningen' wordt van de VS-AGZ verwacht dat zij enkele voorbehouden handelingen zelfstandig kan indiceren, uitvoeren en delegeren conform wet- en regelgeving. Deze handelingen zijn: het verrichten van heekkundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van

³³ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

³⁴ Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a. Publicatiedatum: 11-09-2018. Geraadpleegd op 25-06-2019, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_211874_22/

³⁵ Voorneveld-Nieuwenhuis, J. (2018). NZa regelt ook DBC voor ICC en medebehandeling door VS en PA in het ziekenhuis. *Dè verpleegkundig specialist*, 4.

³⁶ Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling medisch specialistische zorg - NR/CU-260. Publicatiedatum: 18-11-2014. Geraadpleegd op 25-06-2019, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_1839_22/

³⁷ Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Auteur.

³⁸ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

³⁹ Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2011). Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. Geldend van 01-01-2012 t/m 31-08-2018. *Staatsblad 2011*, 659

⁴⁰ Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (2018). Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. *Staatscourant 2018*, 39930

⁴¹ De Bruijn-Geraets, D., Bessems-Beks, M., Van Eijk-Hustings, Y. & Vrijhoef, H. (2015). voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.

⁴² De Bruijn-Geraets, D., Van Eijk-Hustings, Y., Castro-Van Soerland, N. & Vrijhoef, H. (2016). voorBIGhouden 2. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant: Electieve cardioversie, defibrillatie, endoscopie. Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg, KEMTA.

⁴³ Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (2018). Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. *Staatscourant 2018*, 39930

katheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.⁴⁴ Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen kan niet gedelegeerd worden.

Naast de bovengenoemde maatregelen stimuleert het ministerie van VWS de implementatie van de beroepsgroepen VS en PA door middel van subsidiëring van de opleiding. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 3.

Daarnaast bieden zorgverzekeraars in Nederland ook meer mogelijkheden om de inzet van VS'en te bekostigen. Zo worden per 1 januari 2018 verwijzingen van VS'en in de eerste lijn naar de tweede lijn door alle zorgverzekeraars geaccepteerd.⁴⁵ In de huisartsenzorg maken zorgverzekeraars afspraken met huisartsen over de vergoeding van projecten of modules.⁴⁶ Er kan dan bijvoorbeeld gekozen worden voor financiering van een module Ouderenzorg die vervolgens wordt uitgevoerd door een VS. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat taakherschikking in de medisch specialistische zorg nog nauwelijks een rol speelt bij het inkoopproces. De NZa verwacht van zorgverzekeraars en -aanbieders dat zij in de contractering afspraken maken over taakherschikking. De NZa ziet hierop toe via een jaarlijkse monitor.⁴⁷ Verder heeft Zorgverzekeraars Nederland het model kwaliteitsstatuut GGZ opgenomen als professionele standaard. Daarmee is vastgelegd dat de VS-GGZ als regiebehandelaar zorg kan verlenen en declareren.

In het verlengde van hiervoor genoemde maatregelen vanuit landelijke overheden en bekostigers, voeren ook koepelorganisaties - zoals sectororganisaties en wetenschappelijke verenigingen - beleid op de inzet van VS'en binnen hun zorgvelden. Zo worden bijvoorbeeld landelijke kaders voor werkafspraken en kwaliteitsnormen gemaakt en vastgelegd. Voorbeelden hiervan zijn: de Handreiking Implementatie Taakherschikking, Handreiking voorschrijfbevoegdheid, consensus-/taakherschikkingsdocumenten of normeringen (SONCOS-normering).^{48 49 50 51 52}

⁴⁴ V&VN (2019). Beroepsprofiel. Verpleegkundig Specialist. Specialismen: Algemene gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

⁴⁵ V&VN (2018). Zorgverzekeraars accepteren verwijzingen VS. 26-02-2018. Geraadpleegd op 17-10-2019, van <https://venvnvs.nl/2018/02/26/zorgverzekeraars-accepteren-verwijzingen-vs/>

⁴⁶ Burgt, M., Van Roij, J., Derckx, E. & Meulepas, M. (2016). Innovatie en ondernemerschap. Hoe kan het dat de ene huisarts vier verpleegkundig specialisten in dienst heeft en de andere al moeite heeft om er één te financieren? *DÉ VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST*, JAARGANG 11, zomer 2016.

⁴⁷ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

⁴⁸ KNMG, V&VN & NAPA. (2012) Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. Tweede, aangevulde versie.

⁴⁹ Federatie Medisch Specialist en NAPA (2012). Werkformulier Implementatie Taakherschikking. *Momenteel in ontwikkeling*.

⁵⁰ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) & Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). (2012). Handreiking voorschrijfbevoegdheid Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Aanvulling voor ziekenhuisapothekers op Handreiking implementatie taakherschikking.

⁵¹ Platform Zorgmasters. Praktijk. Geraadpleegd op 27-06-2019, van <https://zorgmasters.nl/praktijk/>.

⁵² SONCOS (2019). HET NORMERINGSRAPPORT VAN SONCOS. Geraadpleegd op 27-06-2019, van <https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>

Maier (2017) heeft de uiteenlopende maatregelen op het vlak van beleid en bekostiging die door diverse landen, waaronder Nederland, genomen zijn om de implementatie van deze VS'en te bevorderen geïnterviewd. Impactanalyses van deze maatregelen ontbreken vooralsnog, zowel op nationaal als internationaal niveau.⁵³ Beschikbare informatie beperkt zich tot nu toe tot een evaluatie van de subsidieregeling voor de opleidingen tot VS (en PA). Hierbij kon niet worden vastgesteld hoe groot de invloed van de subsidiehoogte is op het al dan niet opleiden van PA's en VS'en. Wel gaven hogescholen aan dat de subsidie in contacten met werkgevers een belangrijk punt is wanneer deelname aan de opleiding aan de orde is.⁵⁴

Het is dus niet duidelijk in hoeverre beleidsmaatregelen van invloed zijn op de omvang van de inzet van het beroep. Mogelijk zijn ook andere factoren van invloed op de omvang van de inzet van VS'en, zoals onbekendheid met het verschil tussen een VS en een PA. Uit onderzoek blijkt dat een visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbreekt. De keuze voor het in dienst nemen van een PA of een VS berust eveneens vaak op toeval.^{55 56 57 58}

Ook over de invloed van arbeidsmarktfactoren is weinig bekend. Eén van de aanleidingen voor de introductie van VS'en in de Nederlandse zorg was de krapte op de arbeidsmarkt aan artsen. Toch zijn er tot dusver slechts zeer beperkt gegevens voorhanden over de invloed van dergelijke arbeidsmarktfactoren op de omvang van de inzet van VS'en. De gegevens die voorhanden zijn, betreffen vooral buitenlandse studies waarbij een gebrek aan artsen (in een perifeer gebied) als stimulerende invloed op de inzet van VS'en en PA's wordt beschouwd.^{59 60 61} Uit enkele Nederlandse studies blijkt dat een (lokaal) tekort aan artsen een rol kan spelen in de besluitvorming over het aannemen van

⁵³ Maier, C. & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. doi: 10.1787/a8756593-en

⁵⁴ Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

⁵⁵ Laurant M, van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

⁵⁶ Lovink M, van Vught A, van den Brink G, Laurant M. (2017) Eindrapport. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc.

⁵⁷ Van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC Family Practice 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁵⁸ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

⁵⁹ Xue, Y, Kannan V, Greener E, Smith J, Brasch J, Johnson B, Spets, J. Full Scope-of-Practice Regulation Is Associated With Higher Supply of Nurse Practitioners in Rural and Primary Care Health Professional Shortage Counties. Journal of Nursing Regulation, 2018; Jan. Vol. 8. Issue 4, 5-13.

⁶⁰ Halter, M., Wheeler, C., Drennan, V. M., de Lusignan, S., Grant, R., Gabe, J., ... Parle, J. (2017). Physician associates in England's hospitals: a survey of medical directors exploring current usage and factors affecting recruitment. Clinical medicine (London, England), 17(2), 126-131. doi:10.7861/clinmedicine.17-2-126

⁶¹ Gruca, T. S., Nelson, G. C., Thiesen, L., Aspree, D. P., & Young, S. G. (2018). The workforce trends of physician assistants in Iowa (1995-2015). PloS one, 13(10), e0204813. doi:10.1371/journal.pone.0204813

een VS of PA.^{62 63} Voor deze raming is hier meer zicht op verkregen door middel van een zorgbreed onderzoek.⁶⁴ Zie hoofdstuk 5 en 6.

2.3 Taken en verantwoordelijkheden

Mede vanwege bovengenoemde aanpassingen in wet- en regelgeving presenteerde Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialist (V&VN VS) in 2019 een nieuw beroepsprofiel voor de VS. Het profiel positioneert de VS als zelfstandige behandelaar die zowel generalist als specialist is. Het profiel beschrijft dat de VS'en als T-shaped zorgprofessionals diepgaande probleemoplossende vaardigheden binnen hun eigen deskundigheidsgebied bezitten. Daarnaast zijn zij in staat om te interacteren met andere professionals uit andere specialismen. De kern van het vakgebied bestaat volgens het beroepsprofiel uit het bieden van een integrale behandeling, bestaande uit zowel verpleegkundige als geneeskundige interventies. Binnen het zorgteam vervult de VS de rollen van regievoerend- of medebehandelaar.⁶⁵

Het beroepsprofiel onderscheidt twee specialismen: algemene gezondheidszorg (AGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De VS-AGZ verricht zelfstandig verpleegkundige en medische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met lichamelijke klachten en aandoeningen. De VS-GGZ verricht zelfstandig verpleegkundige, medische en psychologische diagnostiek en voert de daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen uit. Het gemeenschappelijk deskundigheidsgebied is beschreven aan de hand van CanMEDS-competentiegebieden (zie Figuur 1).

Generieke vaardigheden van de VS bestaan conform het profiel uit:

- a. diagnosticeren en behandelen op grond van de beoogde zorguitkomsten;
- b. wetenschappelijk onderzoek uitvoeren en de resultaten ervan toepassen;
- c. onderwijzen en opleiden;
- d. kwaliteit van zorg ontwikkelen;
- e. leiderschap tonen.⁶⁶

Volgens het profiel is de VS-AGZ kundig en inzetbaar op het gehele terrein van de algemene gezondheidszorg, en op het terrein van de GGZ voor zover lichamelijke klachten en aandoeningen in de hulpvraag dominant zijn. VS'en-AGZ zijn actief op diverse expertisegebieden, zoals:

- gezondheidsproblemen: pijn, complexe wondzorg, incontinentie;

⁶² Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁶³ Timmermans, M. J., van Vught, A. J., Maassen, I. T., Draaijer, L., Hoofwijk, A. G., Spanier, M. & Laurant, M. G. (2016). Determinants of the sustained employment of physician assistants in hospitals: a qualitative study. *BMJ open*, 6(11), e011949. doi:10.1136/bmjopen-2016-011949

⁶⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁶⁵ V&VN (2019). Beroepsprofiel. Verpleegkundig Specialist. Specialismen: Algemene gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

⁶⁶ V&VN (2019). Beroepsprofiel. Verpleegkundig Specialist. Specialismen: Algemene gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

- clusters van medische aandoeningen: oncologie, cardiologie, dermatologie;
- settings: huisartsenzorg, ambulancezorg, spoedeisende hulp;
- levensfase: ouderenzorg, jeugdgezondheidszorg, palliatieve zorg.⁶⁷

De VS-AGZ werkt vanuit het biopsychosociale model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. Vanuit de verpleegkundige achtergrond heeft de VS-AGZ aandacht voor het ondersteunen van zelfmanagement, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.⁶⁸

Figuur 1: De CanMEDS-competentiegebieden van de verpleegkundig specialist



Bron: V&VN (2019). Beroepsprofiel. Verpleegkundig Specialist. Specialismen: Algemene gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg

⁶⁷ V&VN (2019). Beroepsprofiel. Verpleegkundig Specialist. Specialismen: Algemene gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg.

⁶⁸ V&VN (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige. Deel 3.



3 Opleiding

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van kenmerken van de opleidingen tot VS in de algemene gezondheidszorg (AGZ). Er wordt aandacht besteed aan variabelen die van invloed zijn op de instroom van gediplomeerden op de arbeidsmarkt. Deze variabelen wegen als parameterwaarden mee in het ramingsmodel. Voor dit hoofdstuk zijn diverse bronnen geraadpleegd. Waar mogelijk is informatie opgevraagd bij registratieorganen. Zo is gebruik gemaakt van informatie van het opleidingsregister dat in beheer is van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) en dat wordt ondersteund door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Omdat deze informatie onvoldoende specifiek is om parameterwaarden te berekenen, heeft het Capaciteitsorgaan informatie opgevraagd bij de hogescholen. De gegevens die hieronder worden beschreven, zijn waar mogelijk ook gemeten op sectorniveau. Deze resultaten komen terug in hoofdstuk 8 waar dieper wordt ingegaan op de resultaten per sector. De gegevens in dit hoofdstuk zijn steeds weergegeven per kalenderjaar.

3.1 Beschrijving

VS'en worden binnen de AGZ opgeleid via de tweejarige gezondheidszorg brede opleiding 'Master Advanced Nursing Practice' (MANP). De masteropleiding tot VS in de AGZ wordt momenteel aan 9 hogescholen in Nederland aangeboden.⁶⁹ Daarnaast worden binnen het categorale opleidingsinstituut GGZ-VS ook VS'en-GGZ opgeleid. Beide opleidingen zijn door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde professionele masteropleidingen en zijn dual van opzet. Aangezien deze raming zich richt op de VS-AGZ, behandelt dit hoofdstuk de driejarige categorale opleiding GGZ-VS verder niet.

Om te worden toegelaten tot de opleiding tot VS dient een instromer onder andere te beschikken over: een bachelor diploma verpleegkunde (of een beroepsrelevante hbo/wo-opleiding) en twee jaar relevante werkervaring. Verder is een werkplek voor een VS in opleiding bij een erkende opleidingsinstelling een vereiste. Het cursorisch deel beslaat één dag per week.

De opleiding bevindt zich op masterniveau (NLQF niveau 7). MANP die vanaf 1-1-14 zijn afgestudeerd krijgen de onderwijsgraad Master of Science MSc vermeld op hun getuigschrift.⁷⁰ Na diplomering kan men zich registreren als VS binnen één van de vijf specialistenregisters⁷¹ die beheerd worden door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) en is ondergebracht bij de V&VN. Na registratie als specialist in het BIG-register (artikel 14) mag de wettelijk erkende specialistentitel gevoerd worden.

⁶⁹ Gevestigd in Amsterdam (InHolland), Enschede (Saxion), Groningen (Hanze), Heerlen (Zuyd), Leiden, Nijmegen (HAN), Rotterdam, Tilburg (Fontys) en Utrecht.

⁷⁰ Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (2015). Wijziging van de regeling titulatuur hoger onderwijs, *Staatscourant* 2015, 27438.

⁷¹ Acute zorg bij somatische aandoeningen, Chronische zorg bij somatische aandoeningen, Geestelijke Gezondheidszorg, Intensieve zorg bij somatische aandoeningen en Preventieve zorg bij somatische aandoeningen.

3.2 Bekostiging

De tweejarige MANP-opleiding tot VS wordt gezamenlijk bekostigd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS. Er is vanuit VWS één subsidieregeling van kracht voor zowel de tweejarige MANP-opleiding tot VS als de MPA-opleiding tot physician assistant (PA).⁷² Vanuit deze subsidieregeling worden de salariskosten vergoed voor vervanging van de ingeschreven studenten. Dit betreft het buitenschoolse deel. Het ministerie van OCW neemt het binnenschoolse deel voor haar rekening. De OCW-vergoeding kent twee delen: de reguliere bekostiging van de opleiding en een vergoeding van de begeleiding op de werkplek.

De subsidieregeling geldt zowel voor de opleiding tot PA als de tweejarige opleiding tot VS. Er is geen formele verdeling van het aantal gesubsidieerde plaatsen tussen de opleidingen MANP en MPA. Het aantal beschikbare instroomplaatsen wordt jaarlijks in overleg met de hogescholen verdeeld door de Vereniging Hogescholen. Dat gebeurt via de landelijke opleidingsoverleggen MANP en MPA, waarin de hogescholen zijn vertegenwoordigd die een opleiding MANP (9 hogescholen) en/of MPA (5 hogescholen) aanbieden. In eerste instantie wordt door de voorzitters van de overleggen onderling een verdeling gemaakt tussen het totale aantal op te leiden VS'en en PA's. Die aantallen worden vervolgens in de opleidingsoverleggen verder verdeeld onder de hogescholen.⁷³ Als vuistregel voor de verdeling is steeds een derde (MPA) – twee derde (MANP) aangehouden. Na 2013 is de verdeling van de gesubsidieerde plaatsen op 250 voor de MPA- en 450 voor de MANP-opleidingen vastgesteld.

Tot 2003 kwamen de salariskosten voor vervanging van de student tijdens de opleiding voor rekening van de werkgever. In 2003 kwam hiervoor voor het eerst een projectsubsidie beschikbaar vanuit het ministerie van VWS. Vanaf 2004 werd deze subsidie meer structureel van aard. Er kwam toen één subsidieregeling voor zowel de tweejarige MANP-opleiding als de MPA-opleiding tot PA.⁷⁴ Doelen van de regeling betroffen het doelmatiger organiseren van de zorg, verbetering van het carrièreperspectief, voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt doordat taakherschikking de vraag naar (schaarse) artsen vermindert en zorgpersoneel meer doorgroeiperspectieven biedt en kwaliteit van zorg.^{75 76}

Vereniging Hogescholen heeft namens de MANP- en MPA-opleidingen in april 2019 een verzoek aan VWS gedaan voor ophoging van het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen. Als reden hiervoor werd een forse groei in het aantal aanmeldingen genoemd.⁷⁷ Voor het studiejaar 2019-2020 zijn

⁷² Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2017-07-01>

⁷³ Peters, F. (2016). Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'. KBA-Nijmegen.

⁷⁴ Peters F. (2016). Tweede evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'. KBA-Nijmegen.

⁷⁵ Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

⁷⁶ De 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner' (2004 t/m 2005) wordt opgevolgd door de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' (2006 t/m 1 juli 2022).

⁷⁷ Brief van Vereniging Hogescholen t.a.v. MEVA ministerie van VWS. 02-04-2019. Onderwerp: opleidingsplaatsen MANP en MPA cohort 2019.

door het ministerie van VWS 60 extra plaatsen voor de MANP-opleidingen en 30 extra plaatsen voor de MPA-opleidingen toegekend.⁷⁸

Project Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg

Naast de hiervoor genoemde reguliere subsidieregeling via de hogescholen financiert het ministerie van VWS het project 'Versterking Opleiding VS en PA Huisartsenzorg'. Binnen dit project kunnen huisartsen- en/of hun organisaties een aanvraag doen voor aanvullende subsidie, de zogenaamde 'stimuleringssubsidie'. Deze is bedoeld voor het opleiden en na opleiding aanstellen van een VS of een PA in de huisartsenzorg. De bedoeling van het project is om het financiële tekort voor de huisarts(organisatie) tijdens de opleiding van een VS (of PA) te beperken en zodoende huisartsen(organisaties) te stimuleren om VS'en (of PA's) te gaan opleiden en inzetten. Om in aanmerking te komen voor stimuleringssubsidie vanuit het project dienen de aanvragen te voldoen aan bepaalde randvoorwaarden en criteria. De aanvragen worden beoordeeld door een onafhankelijke commissie. De stimuleringssubsidie is aanvullend op de reguliere subsidieregeling. Dit project wordt uitgevoerd door Stichting KOH en loopt tot en met cohort 2019.

3.3 Opleidingsduur

De nominale opleidingsduur van de opleiding tot VS-AGZ is 2,0 jaar. Om nauwkeurig te berekenen wanneer de opleidelingen op de arbeidsmarkt komen, is de werkelijke opleidingsduur van belang. Deze kan immers afwijken: opleidelingen kunnen eerder of later klaar zijn, bijvoorbeeld door tijdelijke uitval (vanwege zwangerschap of ziekte). Hier bestaan geen landelijke nauwkeurige cijfers over. Dat komt onder meer doordat de diploma-uitreiking vaak (substantieel) later is dan de feitelijke afronding van de opleiding. Er is geen sprake van een substantiële invloed van verkorte trajecten op de gemiddelde opleidingsduur.

Onderzoeksbureau Prismant heeft daarom in de aanbodenquête onder alumni gevraagd naar de start- en einddatum van de opleiding. Hieruit bleek dat de feitelijke opleidingsduur gemiddeld 2 jaar en 2 maanden is.⁷⁹ Deze waarde is bepaald op basis van alle cohorten en daardoor waarschijnlijk niet representatief voor de huidige instromers.⁸⁰

Deze waarde is ook niet goed te controleren met de door de hogescholen aangeleverde cijfers. Daaruit blijkt dat enkele opleidelingen uit cohort 2014 en 2015 nog bezig zijn. Er is echter geen zicht op opleidelingen die enkele maanden korter of langer over de opleiding hebben gedaan; dit wordt niet als zodanig geregistreerd. Een indicatieve berekening waarbij voor alleen de opleidelingen uit cohort 2014 en 2015 met een andere dan de nominale opleidingsduur wordt gerekend, levert geen wezenlijk andere waarde op.

⁷⁸ Vereniging Hogescholen (2019). Onderwerp: opleidingsplaatsen MANP en MPA cohort 2019. 02-04-2019.

⁷⁹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁸⁰ Deze grondslag wijkt af van de gebruikelijke werkwijze van het Capaciteitsorgaan: de gemiddelde opleidingstijd wordt doorgaans berekend op basis van de meest recente cohorten. Deze informatie is echter niet voorhanden.

De gegevens van de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) zijn niet bruikbaar om de opleidingsduur te berekenen. Hierin wordt per jaar bijgehouden hoeveel opleidingen de opleiding afronden conform de nominale opleidingsduur, hoeveel dat doen boven de nominale opleidingsduur en hoeveel opleidingen hun opleiding tussentijds hebben beëindigd. Er is echter niet bekend van welke cohorten deze opleidingen zijn. Ook zijn de gegevens van de RSV niet compleet (zie 3.4.1). Daarom is het niet goed mogelijk met deze gegevens een schaduwberekening te maken.

Een gemiddelde opleidingsduur van de meest recente cohorten is niet exact te bepalen.⁸¹ In de raming wordt daarom de nominale opleidingsduur gehanteerd. Deze bedraagt **2 jaar**.

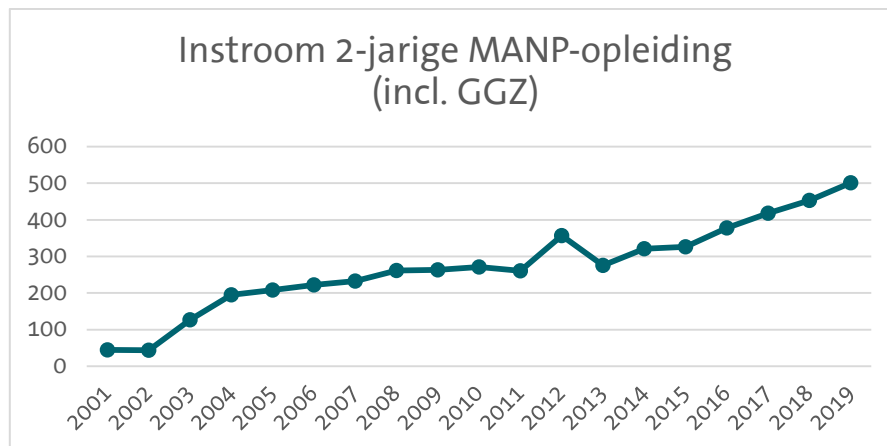
3.4 Aantal opleidingsplaatsen: instroom en subsidie

In deze paragraaf gaan we in op de instroom in de afgelopen jaren, de verhouding tussen deze instroom en de gesubsidieerde opleidingsplaatsen en de voorlopige instroomcijfers voor het cohort 2019.

3.4.1 Instroom 2001-2019

De instroom sinds 2001 op basis van de opgave van de hogescholen⁸² staat in Figuur 2.

Figuur 2: Instroom 2-jarige MANP-opleiding per jaar incl. GGZ



De opgegeven aantallen zijn vergeleken met de registratie volgens de gegevens die de RSV jaarlijks aanlevert. Hier zit een vrij groot verschil tussen: zo kent de RSV in 2018 circa 100 opleidingen minder. Dit komt doordat opleidingen zichzelf moeten inschrijven en dit geen verplicht karakter heeft, waardoor er sprake is van onderregistratie. Het aantal opleidingen is daarom nader onderzocht in de volgende paragrafen.

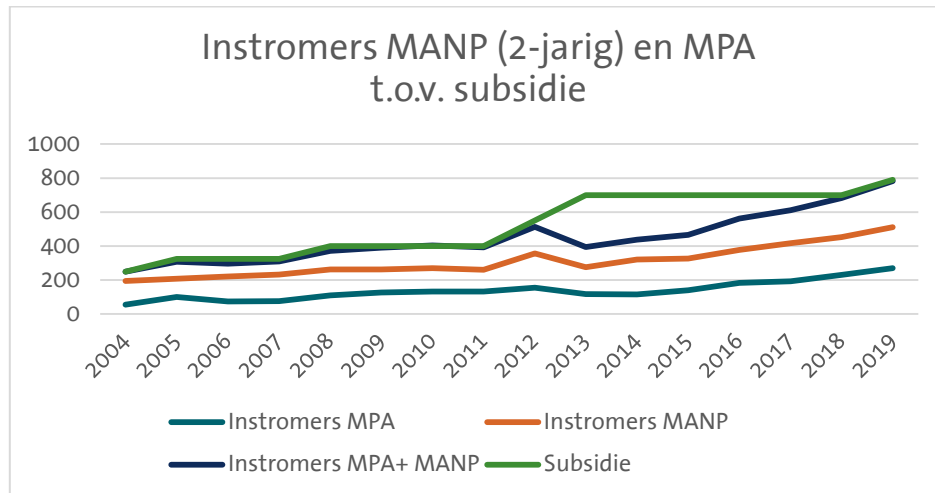
⁸¹ In andere ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt de parameterwaarde 'opleidingsduur' gebruikt om te bepalen hoeveel opleidingen per jaar op de arbeidsmarkt komen. Hiervoor wordt het aantal in opleiding gedeeld door de opleidingsduur. Omdat wij de actuele daadwerkelijke opleidingsduur niet precies weten, is gekozen voor 2,0 jaar (de nominale opleidingsduur). Bepalend voor de berekening is het aantal in opleiding zoals opgegeven in Tabel 6.

⁸² Uitvraag per mail medio december 2018, met enkele aanvullingen/correcties in januari 2019.

3.4.2 Instroom ten opzichte van subsidie

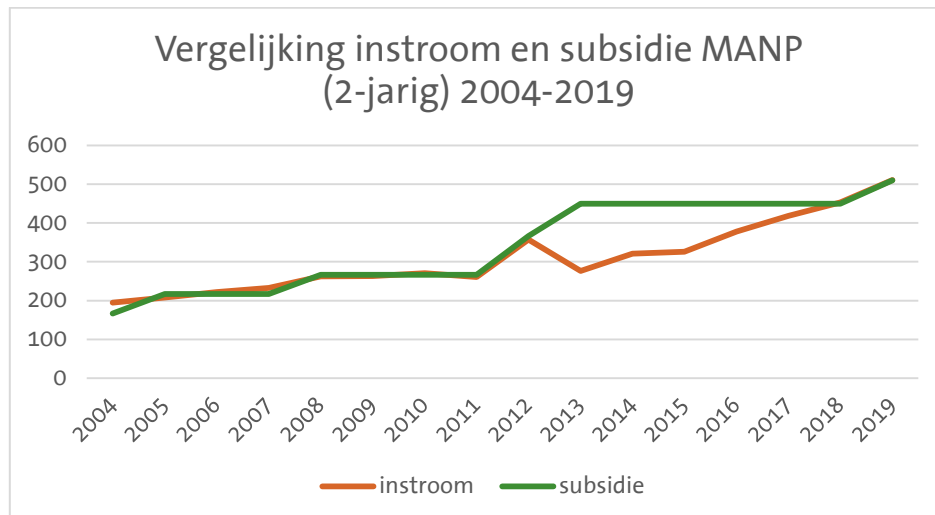
De opleiding tot Nurse Practitioner (de voorganger van de MANP-opleiding) is in 1997 gestart. Vanaf 2004 is het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de MPA- en MANP-opleidingen stapsgewijs uitgebreid van 250 naar 790 plaatsen in 2019. Figuur 3 geeft deze cijfers weer.⁸³

Figuur 3: Vergelijking instroom en subsidie 2-jarige MANP (incl. GGZ) en MPA



In Figuur 4 wordt de instroom in de MANP-opleiding vergeleken met het deel van de subsidie dat normaliter wordt bestemd voor de MANP-opleiding (zie paragraaf 3.2).

Figuur 4: Vergelijking instroom en subsidie 2-jarige MANP-opleiding



De gestage groei van het aantal instromers werd gestuurd door een aantal beleidsontwikkelingen. In de volgende tabel zijn per jaar het aantal instromers, de subsidie en de relevante beleidsontwikkelingen genoemd.

⁸³ Exclusief de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ.

Tabel 2: Ontwikkelingen 2-jarige MANP-opleidingen: instromers en gesubsidieerde opleidingsplaatsen

Jaar	Instromers MANP (2-jarig, incl. GGZ)	Instromers MPA+ MANP (2-jarig incl. GGZ)	Subsidie	Ontwikkelingen MANP
1997				Start MANP-opleiding Groningen
2001	45	50		Start MANP-opleidingen Hogescholen InHolland, Fontys, HAN
2002	44	55		
2003	127	155		Start MANP-opleiding Leiden en Utrecht
2004	195	250	250	Start MANP-opleiding Hogeschool Saxion Start 'Subsidiereregeling opleiding tot advanced nurse practitioner' met 250 plaatsen (Incl. opleidingsplaatsen vanuit 'Subsidiereregeling opleiding tot physician assistant')
2005	208	308	325	Verhoging gesubsidieerde opleidingsplaatsen naar 325 in 2005 en 2006 (nog niet structureel), start MANP-opleidingen Hogescholen Rotterdam en Zuyd.
2006	222	297	325	Samenvoeging subsidieregelingen opleidingen NP en PA tot 1 regeling 'Subsidiereregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'. Continuering na 2006.
2007	233	310	325	Structurele verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MANP en MPA naar 325
2008	262	372	400	Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MANP en MPA naar 400
2009	263	391	400	Term Nurse Practitioner wordt vervangen door wettelijk beschermde titel Verpleegkundig Specialist, 3-jarige opleiding GGZ-VS verwerft graad MANP, studenten die diplomeren in 2009 kunnen zich direct inschrijven in het VSR ⁸⁴
2010	271	403	400	
2011	261	393	400	
2012	357	513	550	Verhoging aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen MANP en MPA naar 700: 150 per studiejaar 2012-2013 en 150 per studiejaar 2013-2014, verhoging tegemoetkoming buitenschoolse kosten van € 1.750,- per student naar maand naar €1.875,- vanaf 1-9-2012, stop overgangsregeling inschrijving NP's in VSR per 1 juli
2013	276	394	700	Start tijdelijke stimuleringssubsidie voor het opleiden van VS'en en PA's in de huisartsenzorg, uitgevoerd door stichting KOH.
2014	321	437	700	
2015	326	466	700	MANP die vanaf 1-1-14 zijn afgestudeerd krijgen graad Master of Science MSc vermeld op getuigschrift (besluit 1-9-2015)
2016	378	562	700	
2017	418	611	700	Verlenging 'Subsidiereregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' t/m 1 juli 2022
2018	453	683	700	
2019	511	782 ⁸⁵	790	Besluit ministerie van VWS tot het beschikbaar stellen van 30 extra gesubsidieerde plaatsen voor de MPA-opleiding en 60 plaatsen voor de tweejarige MANP-opleiding.

Te zien is dat instroom en subsidie tot en met 2012 gelijk opgingen. De verdere uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in 2013 ging echter samen met een daling van het aantal instromers. Dit effect deed zich vooral voor in de medisch-specialistische zorg, terwijl de instroom in de huisartsenzorg steeg. Ook in de ouderenzorg en GGZ was een afname van het aantal instromers in 2013 zichtbaar. De daling hangt volgens betrokkenen in het veld samen met veranderingen in financiering van

⁸⁴ Verpleegkundig Specialisten Register, bijgehouden door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV). Ge raadpleegd op 21-08-2019, van <https://vsregister.venvn.nl/>

⁸⁵ Op basis van voorlopige cijfers d.d. 19 september (MANP) en 27 september (MPA) 2019 door de hogescholen aangeleverd. Het is mogelijk dat de definitieve instroomcijfers hiervan verschillen.

de zorg, waardoor het opleiden van VS'en door zorgorganisaties tijdelijk op een laag pitje werd gezet.⁸⁶ Werkgevers gaven toen prioriteit aan het bieden van passende werkplekken aan gediplomeerde VS'en ten opzichte van het opleiden van nieuwe VS'en. Vanaf 2014 is het aantal opleidelingen weer sterk gestegen. Volgens betrokkenen in de medisch specialistische zorg is deze stijging onder meer toe te rekenen aan meer zekerheid rondom de inbedding van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Ook noemden zij de aanpassing van het face-to-face criterium waardoor VS'en zelfstandig een DBC mogen openen. De groei van de instroom heeft zich de afgelopen jaren voortgezet.

3.4.3 Jaarlijkse instroom

Voor de berekening moeten we inschatten hoeveel opleidingen de komende jaren zullen instromen, bij voortzetting van de huidige trends. Deze opleidingen betreden, gecorrigeerd voor intern rendement, over enkele jaren de arbeidsmarkt.

Bron voor deze berekening zijn de gegevens van de hogescholen. De aantallen instromers volgens de gegevens van de RSV zijn lager dan de gegevens van de hogescholen.⁸⁷ Dit komt doordat opleidelingen zich niet altijd (direct) registreren.

De parameter jaarlijkse instroom wordt doorgaans berekend op basis van het aantal opleidingen van de laatste 5 jaar. Kenmerkend voor de opleiding MANP is echter dat er sprake is van een gestage groei vanaf 2013. Het gemiddelde van de laatste 5 jaar zou daarmee geen betrouwbare waarde geven voor de jaarlijkse instroom.

Voor het cohort 2019 heeft het ministerie van VWS bekendgemaakt dat er 90 gesubsidieerde plaatsen bijkomen voor VS en PA gezamenlijk, waarvan er 44 bestemd zijn voor de VS-AGZ en 16 voor de VS-GGZ.⁸⁸ Dit omdat er zowel bij de MPA- als bij de MANP-opleidingen meer inschrijvingen dan gesubsidieerde plaatsen zijn. Echter, deze extra plaatsen zijn nog niet structureel. Daarom rekenen we deze niet mee voor de komende jaren.

Voorlopige cijfers van de hogescholen laten zien dat er voor het cohort 2019 voor de opleiding tot VS-AGZ in totaal 421 plaatsen bezet zijn. Niet alle extra gesubsidieerde plaatsen zijn benut.⁸⁹ Door de stijging van het aantal instromers zijn de vorige jaren niet meer voorspellend voor de komende jaren. Het ligt daarom in de rede om de instroom van 2019, gecorrigeerd voor incidentele financiering, als uitgangspunt te nemen. Dat zou betekenen dat de te verwachten instroom in de komende jaren $421 - 44 = 377$ opleidingen is. Dit aantal wordt gehanteerd voor de raming.

⁸⁶ Zie onder andere start stimuleringsubsidie Huisartsenzorg in 2013 en 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)

⁸⁷ Een overzicht d.d. 5-4-2019 geeft 350 nieuwe inschrijvingen VS-AGZ op peildatum 1-1-2018.

⁸⁸ Ministerie van VWS (2019). Kamerbrief voortgangsrapportage Actieprogramma Werken in de Zorg mei 2019. Geraadpleegd op 17-10-2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/22/kamerbrief-voortgangsrapportage-actieprogramma-werken-in-de-zorg-mei-2019>

⁸⁹ In 2018 was de opleiding ook overschreven, maar was er door dubbele inschrijvingen toch geen sprake van volledige benutting.

Binden en boeien stimuleert opleiden

Deze inschatting veronderstelt een blijvende hoge instroom. Vooralsnog lijkt er volgens de hogescholen en werkgevers voldoende belangstelling onder hbo-verpleegkundigen te zijn om in te stromen in de opleidingen tot VS. In de ziekenhuiszorg wordt benoemd dat er bij het opleiden van VS'en gekeken wordt naar de gehele keten: er moet voldoende capaciteit aan (gespecialiseerd) hbo-verpleegkundigen beschikbaar blijven. Veel zorgorganisaties hebben te maken met krapte op de arbeidsmarkt voor zorgprofessionals. Dit maakt dat er naast meer aandacht voor het ophogen van het aantal instromers, ook meer aandacht komt voor het binden en boeien van de huidige werknemers binnen de organisatie. Werkgevers zien het aanbieden van de mogelijkheid tot het volgen van een opleiding tot VS-AGZ als een manier om zorgprofessionals langere tijd te behouden voor de organisatie. Een opleiding tot VS-AGZ is voor een deel van de hbo-verpleegkundigen een interessante loopbaanstap op het verpleegkundig en medisch snijvlak. Het bieden van carrièreperspectief aan hbo'ers is dan ook veelgenoemde reden voor het opleiden van VS'en-AGZ.^{90 91} Om die reden is het aannemelijk dat het ingeschatte aantal daadwerkelijk wordt gehaald in sectoren met relatief veel hbo-verpleegkundigen zoals de medisch specialistische zorg. In de huisartsenzorg en de ouderenzorg zal het realiseren van de instroom meer aandacht vragen (zie hoofdstuk 8).

3.4.4 Aantal in opleiding per leerjaar

Om te bepalen hoeveel opleidingen de komende jaren de arbeidsmarkt betreden, wordt in het model wordt gerekend met een gemiddeld aantal personen dat nog in opleiding is. Dit wordt berekend door het huidige aantal opleidingen, gecorrigeerd voor intern rendement, te delen door de opleidingsduur. Dat is bij de MANP-opleiding echter niet goed mogelijk, aangezien het aantal opleidingen op peildatum 1 januari 2019 geen directe samenhang heeft met de gemiddelde opleidingsduur van 2 jaar en 2 maanden. Dit komt onder meer door de diplomamomenten.

Daarom wordt voor deze raming het totaal aantal in opleiding per 1 januari 2019 gebruikt. Dat aantal is 676 opleidingen. Door de gekozen methodiek wordt de gemiddelde opleidingsduur niet gebruikt als parameterwaarde in het ramingsmodel. Voor berekening van de parameterwaarde is 676 gedeeld door twee leerjaren (naar beneden afgerond), met als uitkomst **338**.

⁹⁰ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

⁹¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

3.4.5 Instroom per sector

De hogescholen hebben aangegeven in welke sectoren opleidingen zijn ingestroomd. Hierbij geldt dat dit tot en met 2011 nog niet standaard werd bijgehouden. Vanaf 2012 is voor alle opleidingen bekend binnen welke sector zij worden opgeleid. De verdeling is weergegeven in Tabel 3.

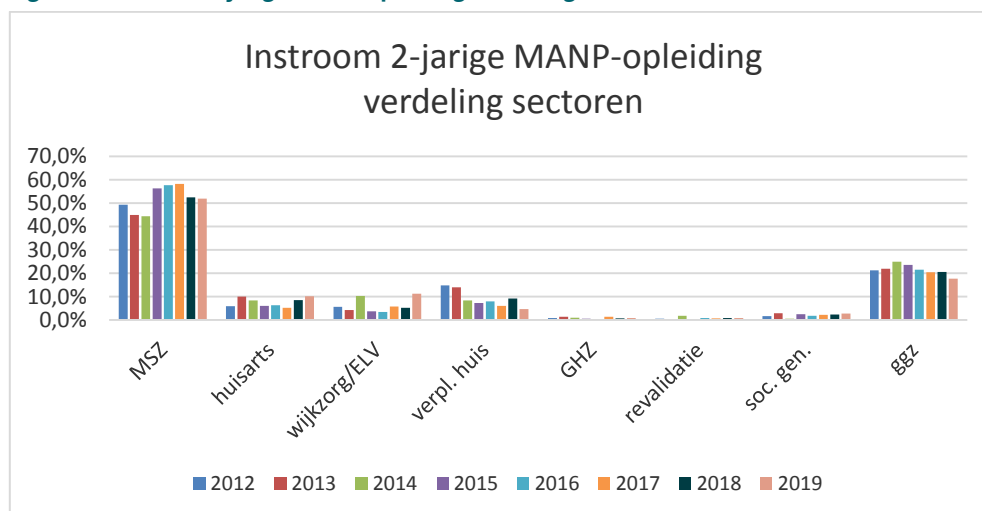
Tabel 3: instroom 2-jarige MANP-opleiding per sector

Jaar	MSZ ⁹²	huis-arts	wijk/ELV	VPL-huis	GHZ	REV	Soc. gen.	Totaal AGZ	GGZ ^{*93}	totaal
2012	176	21	20	53	3	2	6	281	76	357
2013	125	28	12	39	4	1	8	217	61	278
2014	142	27	33	27	3	6	2	240	80	320
2015	184	20	12	24	2	0	8	250	77	327
2016	217	24	13	30	1	3	7	295	81	376
2017	242	22	24	25	6	3	9	331	85	416
2018	239	39	24	42	3	4	11	362	94	456
2019 ⁹⁴	264	52	24	57	4	4	14	421 ⁹⁵	90	511
totaal	1.589	233	162	297	26	23	65	2.397	644	3.041

Afkortingen: MSZ= medisch specialistische zorg, Wijk/ELV= wijkzorg, wijkteam en eerstelijnsverblijf, VPL-huis= verpleeghuiszorg, GHZ= gehandicaptenzorg, REV – revalidatie, Soc.gen.= sociale geneeskunde, GGZ= geestelijke gezondheidszorg.

De verdeling over de sectoren wisselt, zonder dat er nu een sector is dat steeds meer stijgt of daalt. Omdat het aantal opleidingen ook stijgt, is dit het beste te analyseren door te kijken naar het relatieve aandeel van elke sector. Dit wordt weergegeven in Figuur 5.

Figuur 5: instroom 2-jarige MANP-opleiding: verdeling over de sectoren



In hoofdstuk 8 wordt verder ingegaan op de verschillende sectoren.

⁹² Inclusief het werkveld acute zorg.

⁹³ Exclusief de 3-jarige categorale opleiding GGZ-VS. De jaarlijkse instroom in zowel de 2- als 3-jarige opleidingstrajecten tot VS-GGZ betreft circa 155 personen (zie Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid 2020-2024)

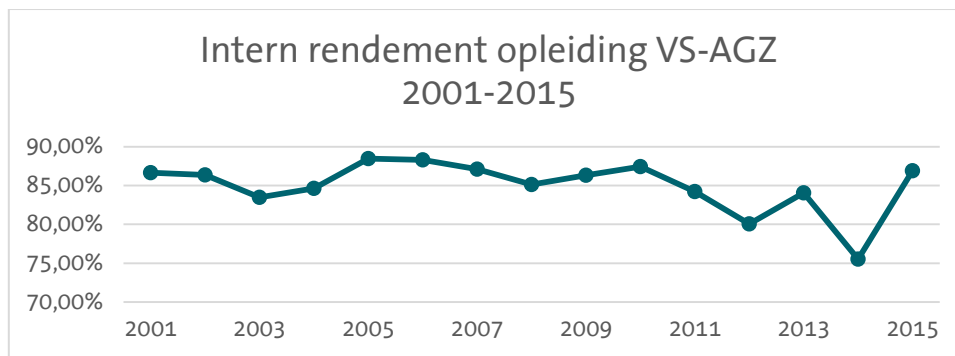
⁹⁴ Bron: opgave MANP-opleiders per 18-09-2019. Het totaal over 2019 bevat 2 opleidingen die (nog) niet toe te wijzen zijn aan een categorie.

⁹⁵ Inclusief 2 opleidingen die niet toegewezen zijn aan een sector.

3.5 Intern rendement opleidingen

Het intern rendement van een opleiding geeft weer welk deel van de instromers daadwerkelijk het diploma haalt. Deze cijfers zijn vanaf 2001 bekend, en zijn weergegeven in Figuur 6.

Figuur 6: intern rendement 2-jarige MANP-opleiding VS-AGZ 2001-2015



Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het in eerste jaren nog om relatief kleine aantallen ging, waardoor het (niet) diplomerende van één of enkele opleidingen sterke invloed had op het intern rendement. Tegelijkertijd betrof het de eerste jaren sterk gemotiveerde pioniers van de opleiding MANP.

Voor de raming moeten we een intern rendement inschatten voor de komende cohorten, op basis van de reeds afgeronde jaren. Omdat het intern rendement per leerjaar/cohort kan wisselen, wordt dit gegeven doorgaans berekend over tien afgeronde cohorten. Dat is bij deze raming echter lastig. Er wordt een raming gemaakt voor het gehele beroep, maar ook voor de sectoren medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Gezien de verschillen die er bestaan tussen de interne rendementen van de sectoren is het voor de ramingen op sectorniveau van belang om te werken met sectorspecifieke rendementscijfers.⁹⁶ Er kan dus niet worden volstaan met één generiek rendementscijfer voor alle sectoren. De opleidingscijfers geven echter pas vanaf cohort 2012 een onderscheid in sectoren. Een berekening over tien afgeronde cohorten is daarom wel mogelijk voor het gehele beroep, maar niet voor de sectoren.

Daarnaast heeft de opleiding een sterke groei doorgemaakt, waarin diverse externe ontwikkelingen een rol hebben gespeeld (zie Tabel 2). Het is daarom niet raadzaam over 10 jaar te rekenen, maar een peilperiode te zoeken tussen 2012 en nu.

Daarvoor geldt dat de jaren 2012, 2014 en 2015 nog niet volledig zijn afgerond: op 1-1-2019 waren er nog resp. 1, 1 en 5 opleidingen bezig. Wanneer we deze jaren niet zouden meerekenen, wordt de parameterwaarde gebaseerd op de oude jaren. Daarom zijn over jaren die bijna volledig zijn afgerond, degenen die nog bezig zijn niet meegerekend. Het uiteindelijke rendement over het cohort kan dus nog licht verschillen. De cijfers vanaf cohort 2012 staan in Tabel 4.⁹⁷

⁹⁶ Het intern rendement in de MSZ is met 86% hoger dan dat in de huisartsenzorg (78%) en ouderenzorg (75%).

⁹⁷ Bron: opgave hogescholen. Bij 2013 en 2014 is het aantal gestart niet gelijk aan de som van het aantal geslaagd + nog bezig + gestopt. Uit navraag bij de hogescholen blijkt dat zij sommige opleidingen niet meer exact toe kunnen wijzen aan een opleidingscohort. Het effect op de berekening van het intern rendement is erg klein.

Tabel 4: intern rendement 2012-2018 2-jarige MANP-opleiding VS-AGZ

	gestart ⁹⁸	geslaagd	nog bezig	gestopt	IR
2012	281	226	1	54	80,71%
2013	215	182	0	32	84,65%
2014	241	182	1	57	75,83%
2015	250	220	5	25	89,80%
2016	295	234	26	35	
2017	331	2	291	38	
2018	362	0	353	9	
totaal	1.976	1.050	676	250	82,65%

Het intern rendement over de jaren 2012 (exclusief één opleiding), 2013, 2014 (exclusief één opleiding) en 2015 (exclusief vijf opleidingen) is **82,65%**. Dit percentage hanteren we als uitgangspunt voor de raming.

3.6 Rendement personen in opleiding

Van degenen die nu in opleiding zijn, zal niet iedereen zijn diploma behalen. Echter, de meeste gestopte opleidingen stoppen enkele maanden na de start van de opleiding. Daarom is het in ramingen van het Capaciteitsorgaan gebruikelijk om een hoger rendement te hanteren voor de groep die al in opleiding is. Het Capaciteitsorgaan hanteert een intern rendement van **90,92%**⁹⁹ voor de groep die al in opleiding is.

3.7 Man-vrouwverhouding

Volgens de gegevens van de RSV bestaat de populatie opleidingen VS-AGZ per 1 januari 2019 uit 65 mannen en 632 vrouwen.¹⁰⁰ **90,67%** is vrouw.

⁹⁸ Over 2013, 2014 en 2015 wijkt het aantal gestart af van de vorige tabel. Dit komt door discrepanties in de opgave van de hogescholen, waardoor opleidingen soms aan een ander jaar zijn toegekend. De invloed op de totale berekening is zeer beperkt.

⁹⁹ Tweedemachtswortel van intern rendement = rendement personen in opleiding bij een tweejarige opleiding.

¹⁰⁰ Bron: opleidingsregister. Het totaal aantal mannen en vrouwen telt niet op tot het totaal aantal personen in opleiding zoals genoemd in 3.4.4. Dit komt door het gebruik van een andere bron, namelijk de uitvraag bij de hogescholen (zie inleidende tekst hoofdstuk).

3.8 Leeftijdsverdeling

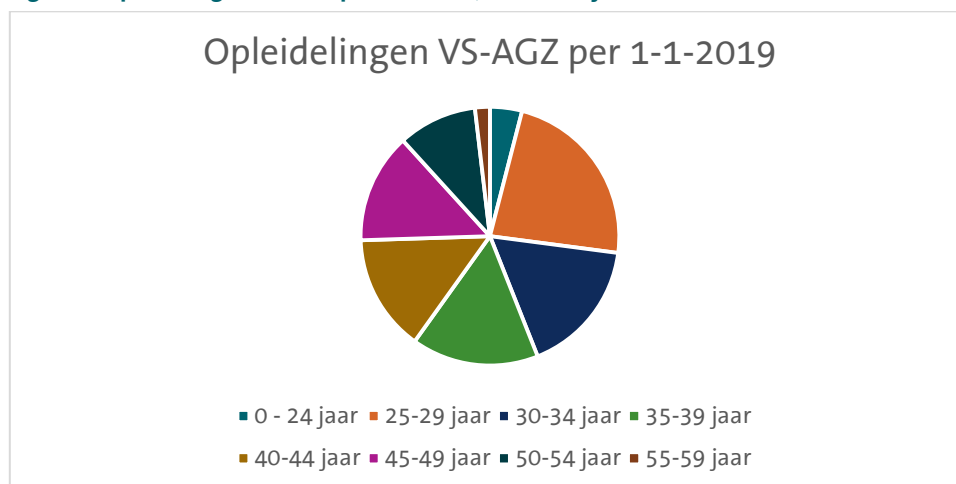
De gegevens van de RSV zijn niet volledig, maar geven wel een goede inschatting van de verdeling van de populatie. De opgave van de RSV geeft per 1 januari 2019 het beeld zoals in Tabel 5 weergegeven.

Tabel 5: leeftijdsopbouw opleidingen VS-AGZ (bron RSV)

	1-1-2014	1-1-2015	1-1-2016	1-1-2017	1-1-2018	1-1-2019
0 - 24 jaar	1	4	8	24	24	28
25-29 jaar	51	48	126	183	185	161
30-34 jaar	47	37	118	149	179	118
35-39 jaar	49	41	98	111	152	111
40-44 jaar	31	35	100	107	146	102
45-49 jaar	49	47	106	125	137	96
50-54 jaar	30	29	88	87	117	69
55-59 jaar	16	9	27	17	16	13
60-64 jaar	0	0	2	1	0	0
65 >	0	0	0	0	0	0
Onbekend	0	1	0	0	0	0
	274	251	673	804	956	698

Het aandeel van de oudere groepen is relatief klein, maar neemt geleidelijk toe. De meest recente populatie valt ook als volgt weer te geven:

Figuur 7: opleidingen VS-AGZ per 1-1-2019, naar leeftijd



Deze getallen zijn geen parameterwaarde voor het ramingsmodel, maar geven wel inzicht in de leeftijd van de nieuwe toetreders op de arbeidsmarkt. Gezien deze leeftijden is te verwachten dat zij voor langere tijd werkzaam zijn als VS-AGZ.

3.9 Parameterwaarden 'Opleidingen'

Op basis van de informatie in de voorgaande paragrafen zijn de parameterwaarden voor het onderdeel 'Opleidingen' bepaald (zie Tabel 6). Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

Tabel 6: Parameterwaarden 'Opleidingen'

	Verpleegkundig specialist AGZ
Intern rendement voor instroom vanaf 1-1-2019	82,65%
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2019	90,92%
Aantal in opleiding per leerjaar per 1-1-2019	338
Opleidingsduur in jaren	2
Jaarlijkse instroom	377
Percentage vrouwen (instroom)	90,67%



4 Zorgaanbod

Inleiding

Het zorgaanbod staat voor de huidige capaciteit aan verpleegkundig specialisten AGZ (VS'en -AGZ) per 1 januari 2019. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het zorgaanbod, zoals: het aantal werkzamen en fte's dat VS'en-AGZ werken, sectoren waarin VS'en-AGZ actief zijn, uitstroom uit het beroep en de man-vrouw verdeling. Ook bevat dit hoofdstuk informatie over de verdeling van VS'en-AGZ over de zorgsectoren. De gegevens over het zorgaanbod zijn ten eerste verkregen met een arbeidsmarktonderzoek onder alumni van de opleidingen tot VS. Hiervoor zijn via de hogescholen die de opleiding tot VS verzorgen (hierna MANP-opleidingen) gediplomeerden benaderd met het verzoek om een digitale enquête in te vullen. Hieraan gaf 36% gehoor.¹⁰¹ De gegevens zijn waar mogelijk vergeleken met andere bronnen. De gegevens die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.

4.1 Omvang beroepsgroep

Op basis van het alumnionderzoek zijn er momenteel circa **2.433** VS'en werkzaam als VS-AGZ, met in totaal 2.121 fte. Zie onderstaande tabel.¹⁰²

Tabel 7: aantal werkzame VS'en-AGZ

	Aantal werkzamen	Fte	Deeltijdfactor
Man	288	270	0,94
Vrouw	1.920	1.648	0,86
Onbekend	225	202	0,90
Totaal	2.433	2.121	0,87

Van de gediplomeerde VS'en is circa 8% niet werkzaam als VS. Van hen is het merendeel wel werkzaam in de zorg.¹⁰³ Het aantal is vergeleken met de registratiegegevens van de RSV. Daaruit komt een aantal van 2.560 geregistreerde VS'en-AGZ. Ook is dit aantal vergeleken met het aantal BIG-geregistreerde VS'en. Hieruit kwam dat er in totaal 2.558 geregistreerde VS'en-AGZ bekend zijn. Ook de Monitor Taakherschikking van de NZa (2019) vermeldt het aantal geregistreerde (en niet werkzame) VS'en in de algemene gezondheidszorg: dat zijn er 2.559.¹⁰⁴ Het gaat dus steeds om geregistreerde VS'en; het aantal werkzame VS'en ligt uiteraard lager. Tegelijk zijn er ook geregistreerde VS'en GGZ die ook werkzaam zijn in de AGZ. Een controleberekening wijst uit dat het aantal werkzame VS'en-AGZ conform het alumnionderzoek plausibel is.¹⁰⁵

¹⁰¹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

¹⁰² Idem, tabel 4.2 uit het rapport.

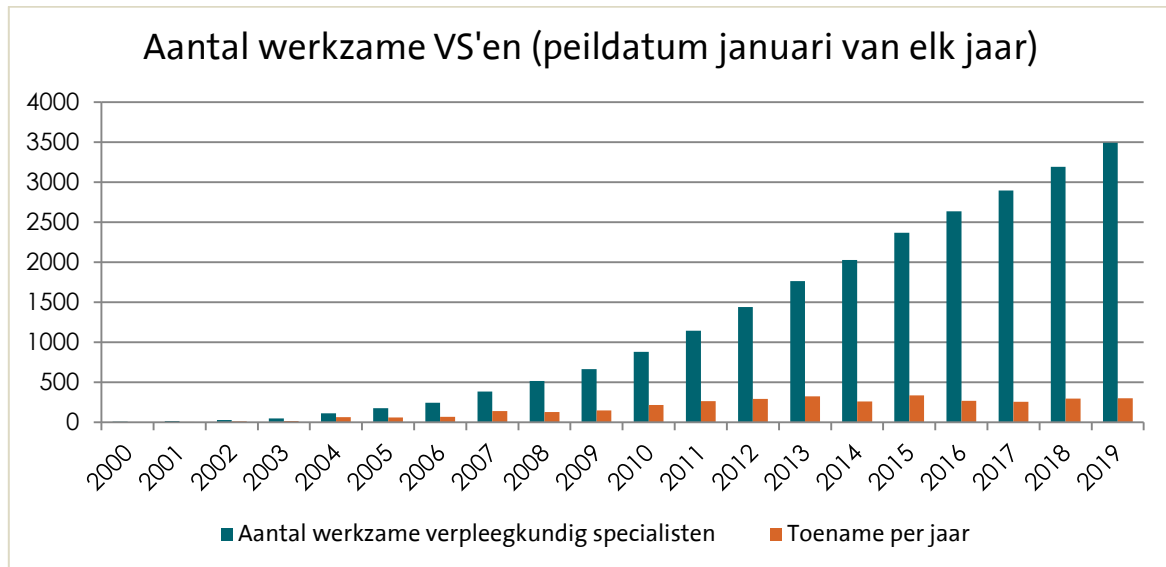
¹⁰³ Verder specificeren naar categorieën is alleen mogelijk voor de gehele beroepsgroep, niet voor de VS'en AGZ. Het is dus mogelijk dat het % niet-werkzame VS'en AGZ afwijkt.

¹⁰⁴ Gecheckt met de NZa en met V&VN VS. De NZa heeft zich gebaseerd op de cijfers van V&VN, die weer gebaseerd zijn op de RSV.

¹⁰⁵ Wanneer we de aantallen geregistreerd en werkzaam vergelijken, kan als controleberekening gemaakt worden: 92% (percentage werkzaam, berekend voor het hele beroep) x 2.560 (aantal geregistreerd) = 2.355 werkzame VS'en AGZ. Dit is ca. 3% lager dan volgend uit het alumnionderzoek. Echter, de geregistreerde VS'en GGZ (1.083 per 1-1-2019) zijn hier niet in opgenomen. Vermoedelijk is een klein deel van hen ook werkzaam in de AGZ zonder als zodanig geregistreerd te zijn.

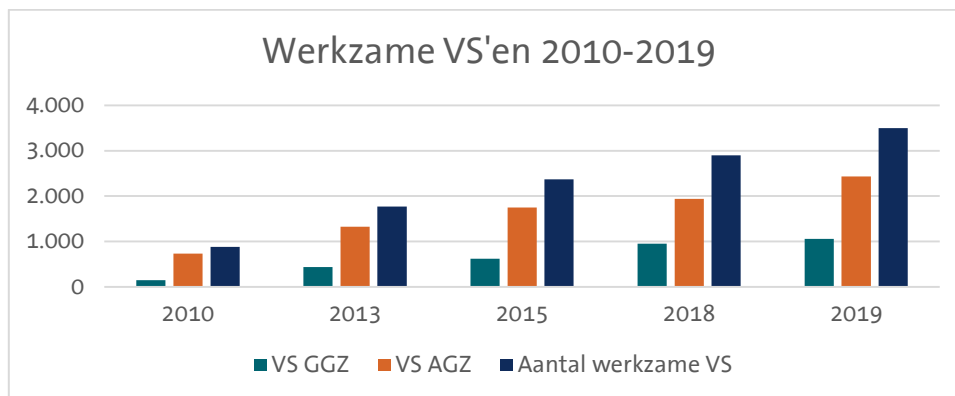
Het aantal werkzame VS'en is in de loop der tijd fors gestegen. De jaarlijkse groei op basis van de alumnionderzoeken van 2012, 2016 en 2019 is weergegeven in Figuur 8.^{106 107}

Figuur 8: aantal werkzame VS'en 2006 - 2019



Dit betreft overigens de VS'en-AGZ én -GGZ, dus niet alleen de AGZ. Deze zijn wel te benaderen door het aantal werkzame VS'en te verminderen met het aantal werkzame VS'en GGZ.¹⁰⁸ Dit aantal is niet voor alle jaren bekend, maar wel voor 2010, 2013, 2015 en 2018. De aantallen per 1-1-2019 zijn bekend vanuit het alumnionderzoek. Zie Figuur 9.¹⁰⁹

Figuur 9: werkzame VS'en in 2010, 2013, 2015, 2018 en 2019



¹⁰⁶ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

¹⁰⁷ 2005-2016 conform de eerdere onderzoeken, 2019 conform het meest recente alumnionderzoek. De tussenliggende jaren zijn geïnterpoleerd met behulp van het aantal behaalde diploma's en het extern rendement van de opleiding na 1 jaar.

¹⁰⁸ Te vinden in het Capaciteitsplan 2020-2024 Beroepen Geestelijke Gezondheidszorg (2018), Capaciteitsorgaan.

¹⁰⁹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

Bijna 87% van de VS'en-AGZ is vrouw, een iets hoger aandeel dan in de groep werkzame VS'en als totaal. In de zorg als geheel is het aandeel vrouwen circa 86% (2017).¹¹⁰ Zie onderstaande tabel voor de man/vrouw verhouding conform alumnionderzoek:

Tabel 8: man-vrouw verhouding VS'en conform alumnionderzoek

	Aantal werkzaam AGZ	Aandeel
Man	288	13,04%
Vrouw	1.920	86,96%
Totaal	2.208	100,00%
Onbekend	225	

Van een substantieel deel van de populatie is het geslacht niet bekend. Voor de raming betekent dit dat de verkregen gegevens niet zonder meer verwerkt kunnen worden, aangezien het ramingsmodel rekent met de gegevens van groepen 'mannen' en 'vrouwen'. Om de gegevens van de groep 'onbekend' goed mee te kunnen nemen, moet de man/vrouw verhouding worden aangepast. Een correctieberekening leidt tot een percentage vrouwen van **83,48%** (i.p.v. 86,97%). Dit percentage wordt verwerkt in het ramingsmodel.¹¹¹

De deeltijdfactor is niet gelijk voor mannen en vrouwen. Mannen werken gemiddeld **0,94** fte, vrouwen gemiddeld **0,86** fte. Dit aantal verschilt niet van de VS'en GGZ. Over de gehele beroepsgroep (dus de VS'en-AGZ en -GGZ samen) zijn ten opzichte van 2016 vrijwel geen ontwikkelingen te zien.

Tabel 9: fte VS'en per 2019 en 2016

	2019	2016
Man	0,94	0,94
Vrouw	0,86	0,87
Totaal	0,87	0,88

4.2 Instroom

De instroom van VS'en-AGZ op de Nederlandse arbeidsmarkt komt vrijwel uitsluitend van in Nederland nieuw opgeleide zorgprofessionals. Er lijkt geen sprake te zijn van zij-instroom vanuit het buitenland.

4.3 Sectoren

In hoofdstuk 3 was te zien dat VS'en worden opgeleid binnen diverse sectoren. Een dergelijke verdeling zien we ook in het alumnionderzoek, waarin aan VS'en is gevraagd in welke sectoren zij werkzaam zijn. Dit is weergegeven in Tabel 10.

¹¹⁰ Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. Werknemersenquête: Aandeel man en vrouw in Zorg en WJK. Bijlage 2: Achtergrondkenmerken. Geraadpleegd van www.azwinfo.nl

¹¹¹ De groep 'onbekend' werkt gemiddeld 0,898 fte. Dat ligt ongeveer tussen de deeltijdfactor van mannen en vrouwen in. Deze groep heeft dus een andere man/vrouw verhouding. Wanneer dit rekenkundig wordt bepaald, blijkt de verhouding ongeveer 50,73% mannen – 49,27% vrouwen te zijn voor deze 225 werkzamen. Hierdoor schuift de verhouding voor de hele groep ook op.

Tabel 10: werkzame VS'en-AGZ: verdeling over sectoren

Sector	Aantal werkzamen	Aantal FTE	Deeltijdfactor
Medisch specialistische zorg ¹¹²	1.581	1.384	0,88
Huisartsenzorg	309	197	0,64
Wijkzorg en eerstelijnsverblijf	101	51	0,51
Verpleeghuiszorg	421	339	0,80
Gehandicaptenzorg	49	32	0,65
Revalidatie	51	39	0,75
Sociale geneeskunde	49	39	0,80
Anders	93	49	0,52

Het grootste deel van de werkzamen werkt in de medisch specialistische zorg. Dat is sinds 2012 niet echt veranderd. Wel is het aandeel van de verpleeghuiszorg sterk en van de huisartsenzorg licht gestegen. Zie Tabel 11. 94% van de werkzame VS'en werkt in één sector. Waar in meer sectoren wordt gewerkt, zijn combinaties van MSZ en huisartsenzorg het meest gebruikelijk. ¹¹³

Tabel 11: fte werkzame VS'en-AGZ: ontwikkeling aandeel in sectoren

Sector	2019	2016	2012
Medisch specialistische zorg	65,0%	68,3%	63,5%
Huisartsenzorg	9,2%	9,0%	6,7%
Wijkzorg en eerstelijnsverblijf	2,4%	0,0%	0,0%
Verpleeghuiszorg	15,9%	12,9%	8,9%
Gehandicaptenzorg	1,5%	2,0%	2,0%
Revalidatie	1,8%	1,4%	0,0%
Sociale geneeskunde	1,8%	0,6%	0,0%
Anders ¹¹⁴	2,3%	5,8%	18,9%

In hoofdstuk 8 gaan we dieper in op de verschillende sectoren.

¹¹² Inclusief acute zorg

¹¹³ Het alumnionderzoek geeft ook de combinatie van wijkzorg/eerstelijnsverblijf en verpleeghuiszorg als gebruikelijk. In deze raming worden deze al gecombineerd tot één sector waarvoor wordt geraamd.

¹¹⁴ Dit is inclusief de VS'en werkzaam in de wijkzorg/eerstelijnsverblijf, revalidatie, sociale geneeskunde en GGZ. Deze sectoren zijn in 2012 niet apart uitgevraagd of er waren te weinig respondenten om gegevens weer te geven. Omdat het aandeel GGZ fors is, zal het % over 2012 te hoog zijn en van de andere sectoren dus iets te laag.

4.4 Uitstroom en extern rendement

4.4.1 Uitstroom

In het model berekenen we welk deel van de nu werkzame VS'en vermoedelijk stopt tussen nu en 5 jaar, tussen 5 en 10 jaar, tussen 10 en 15 jaar en tussen 15 en 20 jaar. Dit bepaalt de vervangingsvraag die, los van eventuele extra vraagontwikkelingen, sowieso moet worden opgelost.

Normaal gesproken berekent het Capaciteitsorgaan de uitstroom op basis van twee methoden. Ten eerste kijken we naar de daadwerkelijke uitstroom op basis van beschikbare registratiedata zoals beroepsregisters, per leeftijdscohort. Die kunnen dan vervolgens worden geprojecteerd op de leeftijdsgroep daar net onder. Zo kan worden ingeschat hoeveel VS'en-AGZ de komende jaren zullen uitstromen. Daarnaast vragen we de alumni wanneer zij verwachten te stoppen met het beroep. Vanuit andere ramingen weten we dat zij dit vaak te laag of te hoog inschatten. Daarom worden retrospectief en prospectief daarna gecombineerd om tot een betrouwbare parameterwaarde te komen.

Omdat er voor de VS onvoldoende geschikte registratiedata beschikbaar is, kunnen we enkel de tweede methode gebruiken. Prismant heeft aan de respondenten gevraagd wanneer zij verwachten te stoppen met werken in het beroep. De uitkomst staat in Tabel 12.¹¹⁵

Tabel 12: uitstroomverwachting VS'en-AGZ

Periode	Aandeel	Cumulatief aandeel
Binnen nu en 5 jaar	11%	11%
Tussen 5 en 10 jaar	15%	27%
Tussen 10 en 15 jaar	20%	46%
Tussen 15 en 20 jaar	17%	63%

Dit betekent dat (bijvoorbeeld) 46% van de in 2019 werkzame VS'en-AGZ verwacht over 15 jaar niet meer werkzaam te zijn in het beroep. Dit heeft vaak met de huidige leeftijd van de nu werkzame VS'en te maken, waarbij het grootste deel denkt door te werken tot of na hun 67^e jaar.¹¹⁶

Omdat er verschil zit tussen de fte die mannen en vrouwen werken, is dit vervolgens gesplitst in uitstroomverwachtingen voor mannen en vrouwen. Dat levert de volgende tabel op.

Tabel 13: uitstroomverwachting VS'en-AGZ per geslacht

	Aandeel			Cumulatief aandeel		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
Binnen nu en 5 jaar	24%	9%	11%	24%	9%	11%
Tussen 5 en 10 jaar	26%	14%	15%	50%	23%	27%
Tussen 10 en 15 jaar	15%	20%	19%	65%	43%	46%
Tussen 15 en 20 jaar	15%	18%	17%	80%	60%	63%

¹¹⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

¹¹⁶ Idem. Uit een controle blijkt dat circa 2/3^e van de uitstroomverwachting gerelateerd is aan leeftijd.

De ervaring van het Capaciteitsorgaan is dat een uitgevraagde uitstroomverwachting voor jongere zorgprofessionals doorgaans een onderschatting is, aangezien respondenten de kans dat zij uitvallen vanwege bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid onderschatten. Bij oudere zorgprofessionals is er vaker sprake van een overschatting: zij voorzien vaak eerder te stoppen met werken dan daadwerkelijk het geval is. Daar is bij het beroep van VS nog geen ervaring mee opgedaan, er zijn dus ook geen historische cijfers beschikbaar. De beroepsgroep groeit nog steeds, waardoor het lastig is in te schatten wat de daadwerkelijke uitstroom zal zijn. Wij gebruiken daarom bovenstaande waarden: de uitstroomverwachting zoals alumni die opgeven. De komende 5 jaar stoppen relatief veel mannen van de nu werkzame VS'en met werken in het beroep, daarna neemt ook het aandeel vrouwen snel toe. Dit correspondeert met de verdeling naar geslacht en de leeftijdsopbouw van de nu werkzame VS'en.

4.4.2 Extern rendement

Het extern rendement is het deel van de toekomstige alumni van de opleidingen MANP dat na een aantal jaar na diplomering nog steeds in het beroep werkzaam is. Dit geeft een indicatie van het aantal opleidingen dat nodig is om over voldoende capaciteit te beschikken. Het extern rendement wordt berekend door van de gediplomeerden te onderzoeken of zij na 1, 5, 10 en 15 jaar nog steeds in het beroep werkzaam zijn. Het extern rendement voor mannen en vrouwen verschilt. Het extern rendement conform het alumnionderzoek is weergegeven in Tabel 14.¹¹⁷

Tabel 14: extern rendement alumni MANP

Extern rendement na x aantal jaar	Alumni (mannen)	Alumni (vrouwen)
Extern rendement na 1 jaar	94,9%	98,5%
Extern rendement na 5 jaar	86,9%	96,1%
Extern rendement na 10 jaar	93,4%	86,6%
Extern rendement na 15 jaar	86,9%	77,1%

Het extern rendement na 15 jaar was niet te berekenen door het geringe aantal alumni van 15 jaar geleden. Bij de vrouwen laat het extern rendement een duidelijk dalende trend zien. Die is evenredig voortgezet naar 15 jaar. Bij de mannen is de trend minder duidelijk. Hier hanteert het Capaciteitsorgaan de laagst bekende waarde.

¹¹⁷ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

4.5 Leeftijdsopbouw beroepsbeoefenaren

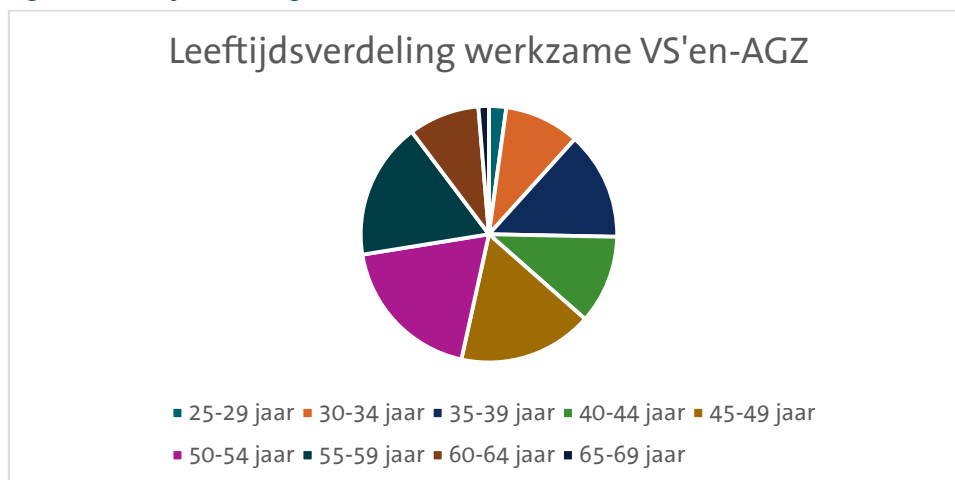
De uitstroomverwachtingen hangen sterk samen met de leeftijdsopbouw. De leeftijdsopbouw van de respondenten is geëxtrapoleerd naar de totale groep werkzamen. Zie Tabel 15.

Tabel 15: leeftijdsopbouw werkzame VS'en-AGZ

Leeftijdscategorie	Aantal werkzame VS'en-AGZ	Aandeel	Cumulatief aandeel
25-29 jaar	48	2%	2%
30-34 jaar	209	10%	12%
35-39 jaar	300	14%	25%
40-44 jaar	246	11%	37%
45-49 jaar	373	17%	54%
50-54 jaar	418	19%	72%
55-59 jaar	380	17%	90%
60-64 jaar	197	9%	99%
65-69 jaar	29	1%	100%
Subtotaal	2.199	100%	
Onbekend	235		
Totaal	2.433		

Meer dan de helft van de beroepsgroep is onder de 50 jaar. Gemiddeld is men 47,5 jaar, wat redelijk vergelijkbaar is met de geneeskundig specialisten¹¹⁸, en redelijk gelijkmatig verdeeld. Dit betekent wel dat over 20 jaar ongeveer de helft van de beroepsgroep met pensioen zal zijn. De leeftijdsverdeling is weergegeven in Figuur 10.

Figuur 10: leeftijdsverdeling werkzame VS'en-AGZ

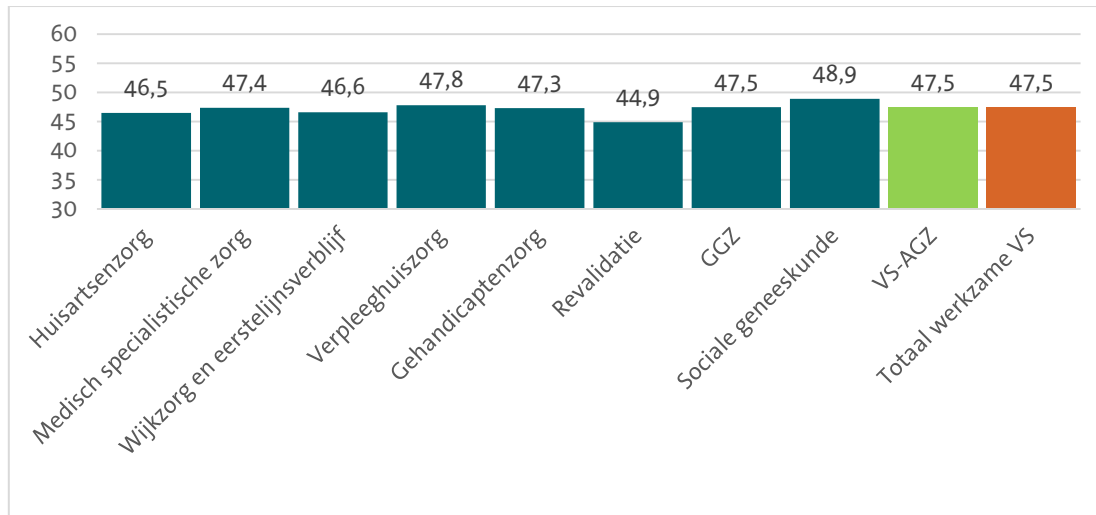


De verdeling naar sectoren staat in Figuur 11.¹¹⁹

¹¹⁸ Huisartsen zijn gemiddeld circa 47,3 jaar, medisch specialisten gemiddeld circa 48,5 jaar (bron: Capaciteitsorgaan). Personeel in de zorg is gemiddeld 42,1 jaar (bron: AZW Statline).

¹¹⁹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant (hoofdstuk 5).

Figuur 11: Leeftijdsverdeling werkzame VS'en-AGZ naar sector



4.6 Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

In Tabel 16 staan alle parameterwaarden voor het 'Zorgaanbod'. Deze waarden zijn gebruikt als invoer in het ramingsmodel. Op de uitkomsten hiervan is het instroomadvies gebaseerd (zie hoofdstuk 7).

Tabel 16: Parameterwaarden 'Zorgaanbod'

		Verpleegkundig specialist AGZ
Werkzame zorgverleners		2.433
Percentage werkzame vrouwen		83,48%
Gemiddeld aantal fte's man		0,94
Gemiddeld aantal fte's vrouw		0,86
Uitstroom mannen	tot 2024	24%
	tot 2029	50%
	tot 2034	65%
	tot 2039	80%
Uitstroom vrouwen	tot 2024	9%
	tot 2029	23%
	tot 2034	43%
	tot 2039	60%
Extern rendement mannen na	1 jaar	94,9%
	5 jaar	86,9%
	10 jaar	93,4%
	15 jaar	86,9%
Extern rendement vrouwen na	1 jaar	98,5%
	5 jaar	96,1%
	10 jaar	86,6%
	15 jaar	77,1%

5 Zorgvraag

Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor de verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ). De zorgvraag betreft het aantal fte's aan zorgprofessionals dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het zorgaanbod (het aantal fte's aan werkzame zorgprofessionals) aangevuld met de onvervulde vraag (het tekort of overschot aan zorgprofessionals). De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen en arbeidstijdverandering. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Sectorspecifieke ontwikkelingen komen in hoofdstuk 8 verder aan bod.

Dataverzameling

Bij het in kaart brengen van de onvervulde vraag is gebruik gemaakt van een online vacaturespider, ervaringen van VS'en-AGZ en inschattingen van betrokkenen binnen zorgorganisaties.^{120 121 122} Voor de inventarisatie van de demografische en epidemiologische ontwikkelingen zijn onder andere onderzoeken naar de kenmerken van de patiëntenpopulatie geraadpleegd.^{123 124} Bronnen voor de sociaal-culturele ontwikkelingen zijn interviews en de resultaten van een digitale enquête onder 651 betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van VS'en en/of PA's. De enquête is ingevuld door betrokkenen op verschillende niveaus binnen zorgorganisaties, zoals bestuurders, directeuren, managers, geneeskundig specialisten, praktijkopleiders, HR-professionals en onderwijsadviseurs.¹²⁵ Daarnaast is geput uit veldgesprekken met VS'en-AGZ, interviews met beroeps- en sectororganisaties en 6 focusgroepen met geneeskundig specialisten, managers, werkgevers, VS'en en PA's uit diverse sectoren.^{126 127} Op basis van deze verzamelde gegevens heeft het bureau van het Capaciteitsorgaan voorstellen voor de parameterwaarde(n) gedaan aan de werkgroep PA/VS.

5.1 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans op de arbeidsmarkt van VS'en-AGZ. De onvervulde vraag betreft zorg die niet wordt verleend door een gebrek aan voldoende VS'en-AGZ. Indicatoren voor onvervulde vraag zijn wachttijden, moeilijk vervulbare vacatures, ervaren krapte op de arbeidsmarkt en een hoge vacaturegraad. Er kan ook sprake zijn van een negatieve onvervulde vraag. Er zijn dan teveel VS'en-AGZ op de arbeidsmarkt. Dan is er bijvoorbeeld sprake van werkloosheid, een korte

¹²⁰ Bron: vacatures aangeleverd door Jobfeed.

¹²¹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

¹²² HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

¹²³ Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

¹²⁴ Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

¹²⁵ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

¹²⁶ Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

¹²⁷ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

doorlooptijd van vacatures, ervaren overvloed op de arbeidsmarkt en geen of korte wachtlijsten. Aangezien er geen wachttijdgegevens beschikbaar zijn die direct zijn te herleiden tot de inzet van VS'en-AGZ, kon deze indicator niet gebruikt worden binnen de analyses.

5.1.1 Ontwikkelingen vacatures

De vacatures zijn een eerste bron om te analyseren of er sprake is van onvervulde vraag. In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op de methodiek, de uitgevoerde analyse en de hieruit volgende vacaturegraad.

5.1.1.1 Methodiek

Vacatures bieden op twee manieren informatie over de vraag op de arbeidsmarkt: het aantal op peil-data openstaande vacatures en het aantal vacatures dat maandelijks wordt geplaatst. Wanneer deze gegevens vergeleken worden met de ontwikkeling van het aanbod op de arbeidsmarkt geeft dat een indicatie van de onvervulde vraag, oftewel in hoeverre er sprake is van krapte op de arbeidsmarkt. Uit de analyse blijkt dat de beschikbare data rondom openstaande vacatures van minder goede kwaliteit zijn dan van vacatures die in een maand nieuw zijn geplaatst. Zo waren er relatief veel vacatures die volgens het algoritme nog openstonden, maar op de website van de werkgever niet meer te vinden zijn. Daarom zijn de nieuw geplaatste vacatures gebruikt als indicator voor de onvervulde vraag. Deze gegevens zijn vanaf 2016 beschikbaar.

De nieuw geplaatste vacatures over 2016, 2017, 2018 en 2019 zijn geanalyseerd.¹²⁸ Deze analyse hield in dat de vacatures die volgens het algoritme gericht zijn op een VS-AGZ, eerst gecontroleerd zijn op een aantal punten. Namelijk (1) of de vacature bedoeld is voor een opgeleide VS (en dus geen opleidingsplaats is), (2) of de vacature gericht is op de AGZ (en niet op de GGZ), (3) of de vacature daadwerkelijk bedoeld is voor een VS-AGZ (en niet bijvoorbeeld een verpleegkundige) en (4) of de vacature geen doublure bevat met eerder geplaatste vacatures. Vervolgens hebben de analyses plaatsgevonden.

Om zicht te krijgen op de onvervulde vraag wordt gekeken naar vacatures voor gediplomeerde zorgprofessionals. Vacatures zijn normaal gesproken gericht op een gediplomeerde beroepsbeoefenaar óf op een opleidingsplaats. De vacatures voor VS'en-AGZ wijken hier enigszins van af: er wordt geregeld gevraagd naar gediplomeerde VS'en, waarbij kandidaten die de bereidheid hebben om de opleiding te volgen ook mogen reageren. Deze vacatures zijn meegeteld. Vacatures voor enkel opleidingsplaatsen zijn niet meegenomen, aangezien deze niet primair gericht zijn op het (direct) wegnemen van de zorgvraag. Van een opleiding kan immers niet verwacht worden dat deze dezelfde productie levert als een gediplomeerde VS.

¹²⁸ Bron: vacatures aangeleverd door Jobfeed.

Bij relatief veel vacatures is er sprake van een grote variëteit aan functie-eisen en taakomschrijvingen. Zo zien we ook combinaties met andere beroepen, zoals een basisarts. Voor de berekening nemen we elke vacature binnen de algemene gezondheidszorg mee waarin om een VS wordt gevraagd, tenzij uit de combinatie blijkt dat er echt iets anders wordt bedoeld.¹²⁹

Een ruime steekproef van vacatures over 2016, 2017 en 2018 is geanalyseerd. De bevindingen kunnen worden geëxtrapoleerd naar aantallen per tijdsperiode of sector. De vacatures over 2019 zijn geëxtrapoleerd uit een volledige analyse van het eerste kwartaal van 2019. Omdat dit twee verschillende selecties zijn, is onderzocht of de vraag naar VS'en-AGZ geraakt wordt door seizoensinvloeden, door de eerste kwartalen van de verschillende jaren te vergelijken met andere kwartalen en door een steekproef over het tweede kwartaal van 2019 uit te voeren. Hieruit kwam dat er geen sprake is van substantiële seizoensinvloeden en de resultaten van beide methoden (2016-2018 via een steekproef, 2019 via het eerste kwartaal) onderling vergelijkbaar zijn.

5.1.1.2 De uitgevoerde analyse

In het eerste kwartaal van 2019 zijn 164 vacatures nieuw uitgezet, circa 55 per maand. Dit betekent een trendbreuk met eerdere jaren: over 2016 waren er circa 16, over 2017 circa 48 en over 2018 circa 76 vacatures per maand.¹³⁰ Gezien de methodiek (steekproef, handmatige analyse) is er bij deze getallen sprake van enige onzekerheid, maar kan er met zekerheid gezegd worden dat er sprake is van een trendbreuk: de groei van het aantal vacatures heeft zich tot nu toe niet voortgezet in 2019.

Van de gevonden 164 vacatures zijn er 22 die zoeken naar een VS óf PA. 142 vacatures zijn specifiek voor een VS. Voor het bepalen van de vacaturegraad worden de vacatures die zoeken naar een VS of een PA voor de helft meegeteld. Verder waren er 13 vacatures waarop zowel een opgeleide VS als iemand die de opleiding wil volgen mag solliciteren. Deze zijn volledig meegeteld. 34 vacatures die specifiek gericht zijn op opleidingsplaatsen zijn niet meegeteld.

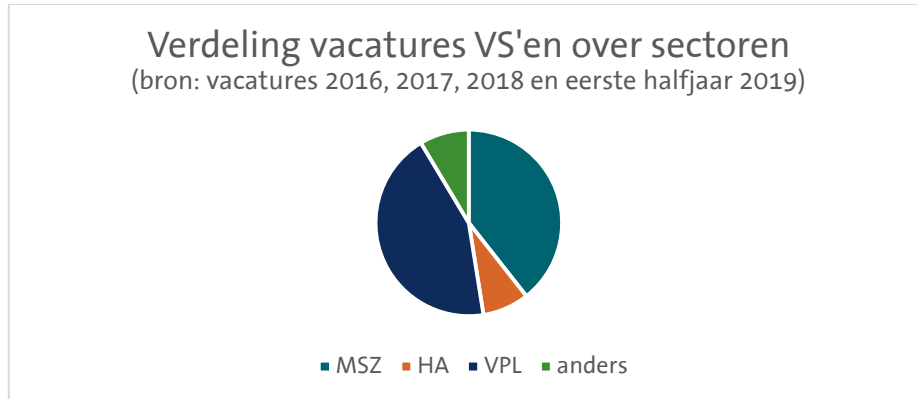
Wanneer gekeken wordt naar de verdeling over sectoren, dan zien we dat zowel de MSZ als de verpleeghuiszorg (VPL) een groot deel van deze vacatures innemen. Zie Figuur 12. Het aandeel vacatures in de verpleeghuiszorg is ten opzichte van eerdere jaren sterk gestegen. Ook het aandeel 'anders' neemt een relatief groot deel in. Een groot deel van de vacatures die hieronder vallen, over 2019 meer dan de helft, betreft de gehandicaptenzorg.¹³¹

¹²⁹ Zo was er een vacature waarin naar een verpleegkundige óf een verpleegkundig specialist wordt gevraagd. Die combinatie is niet heel waarschijnlijk. Uit de functie-inhoud en de inschaling bleek dan dat de vacature concreet gericht is op een verpleegkundige.

¹³⁰ In deze getallen zijn vacatures die zoeken naar een VS óf een PA volledig meegeteld.

¹³¹ Bron: 2019 gebaseerd op het eerste kwartaal, 2016 – 2018 gebaseerd op een ruime steekproef.

Figuur 12: verdeling nieuwe vacatures VS'en over sectoren



Concreet heeft 39% van de vacatures betrekking op de MSZ, 8% op de huisartsenzorg, 44% op de verpleeghuiszorg/ouderenzorg en 9% op andere sectoren. De onderliggende aantallen komen terug in hoofdstuk 8.

5.1.1.3 De vacaturegraad

De analyse is uitgevoerd om zicht te krijgen op de vraag die momenteel niet wordt vervuld door gebrek aan VS'en-AGZ: de onvervulde vraag. Het is daarom nodig om de gevonden resultaten om te zetten in een kengetal dat daar iets over zegt. Gebruikelijk binnen het Capaciteitsorgaan is om hiervoor een vacaturegraad te berekenen: dat is de verhouding tussen het aantal openstaande vacatures en het aantal werkzame beroepsbeoefenaren.

Zoals gezegd geeft bovenstaande analyse enkel zicht op het aantal vacatures dat gemiddeld genomen in een maand wordt geplaatst. Het aantal openstaande vacatures is doorgaans hoger. Om een vacaturegraad te kunnen berekenen, is inzicht nodig in het aantal openstaande vacatures. Wanneer het aantal openstaande en het aantal nieuwe vacatures wordt vergeleken, blijkt de verhouding relatief constant te zijn: tegenover elke nieuwe vacature staan circa 2,5 openstaande vacatures. De openstaande vacatures zijn echter niet goed bruikbaar omdat er bij relatief veel vacatures niet te verifiëren is of ze daadwerkelijk open staan.¹³² Dit geldt voor ongeveer 1 op de 5 openstaande vacatures. Wanneer we hiervoor corrigeren, kunnen we stellen dat er ongeveer 128 openstaande vacatures zijn in een maand.

Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat circa 67%¹³³ van de vacatures voor gediplomeerde physiciant assistants en VS'en-AGZ online wordt uitgezet. Overige manieren om vacatures in te vullen zijn: het sociale netwerk of zelf opleiden.¹³⁴

¹³² De internetlink naar deze vacatures zijn bijvoorbeeld vervallen, of het is zeer aannemelijk dat ze niet meer open staan omdat ze heel oud zijn.

¹³³ Deze vacatures worden enkel online uitgezet, of tegelijk ook op een andere manier.

¹³⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Wanneer het aantal vacatures wordt geëxtrapoleerd, dat wil zeggen gecorrigeerd voor het deel dat niet online wordt geplaatst, zouden er ongeveer 191 openstaande vacatures in een maand zijn.

Om de vacaturegraad te berekenen is het aantal vacatures afgezet tegen het aantal VS'en-AGZ dat werkzaam is. Per 1 januari 2019 gaat het om 2.433 werkzamen. Het betreft hier vacatures voor gediplomeerde VS'en-AGZ en geen vacatures voor opleidingsplaatsen. De vacaturegraad in het eerste kwartaal van 2019 bedraagt daarmee 7,9%. Er zijn dus zo'n 8 vacatures op iedere 100 werkzamen.

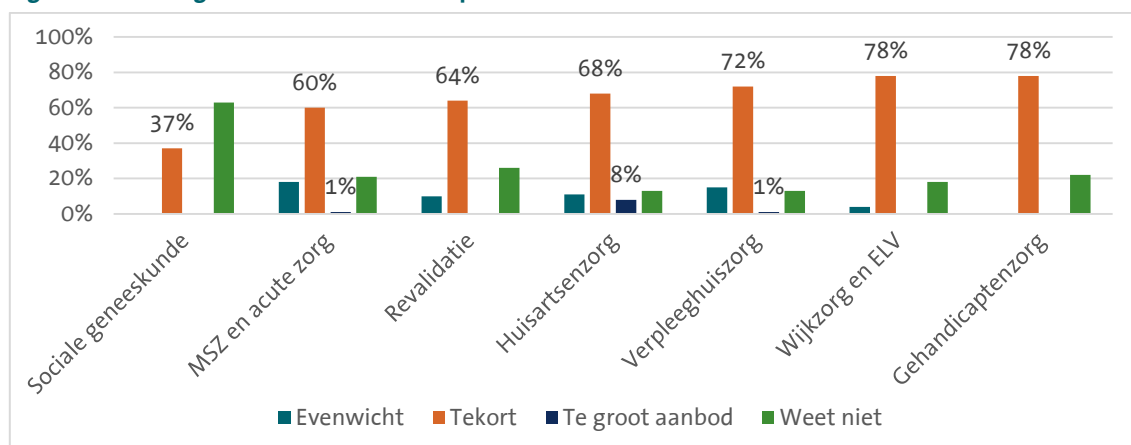
Het is gebruikelijk de vacaturegraad te corrigeren voor frictiewerkloosheid: de tijd die nodig is voor het wisselen van banen op een normaal functionerende arbeidsmarkt. Gebruikelijk is om hiervoor een correctie van 2% te hanteren. Gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid bedraagt de vacaturegraad 5,9%.

5.1.2 Merendeel VS'en-AGZ ervaart een tekort op de arbeidsmarkt

Aan VS'en-AGZ is gevraagd in hoeverre zij denken dat er landelijk een evenwicht is op de arbeidsmarkt van VS'en binnen hun sector. 63% van de VS'en-AGZ ervaart een tekort aan VS'en. 16% denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt. 1% geeft aan dat er een te groot aanbod aan VS'en-AGZ is.

Degenen die aangeven dat er een te groot aanbod is, zijn vooral werkzaam in de huisartsenzorg. 8% van de VS'en-AGZ in deze sector rapporteert een te groot aanbod. Het gaat hier vooral om VS'en uit de regio's Groningen en Limburg. In de MSZ en verpleeghuiszorg geeft slechts 1% aan dat er een te groot aanbod is aan VS'en-AGZ in hun sector. De grootste tekorten worden ervaren in de ouderenzorg (wijkzorg, eerstelijnsverblijf en verpleeghuiszorg) en gehandicaptenzorg. 78% van de VS'en-AGZ in de wijkzorg en het eerstelijnsverblijf en 72% van de VS'en-AGZ in de verpleeghuiszorg signaleert een tekort. In de gehandicaptenzorg is dit 78% zie figuur 13.¹³⁵

Figuur 13: Ervaringen omtrent evenwicht op de arbeidsmarkt



¹³⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant.

5.1.3 Arbeidsmarkt op sectorniveau

Hoewel VS'en-AGZ bevoegd zijn om in uiteenlopende sectoren te werken, lijkt de arbeidsmarkt zich grotendeels op sectorniveau te bevinden. 87% van de VS'en-AGZ geeft aan nooit in een andere sector dan hun huidige sector te hebben gewerkt. Van degenen die gewisseld zijn van sector, komen de meesten uit de MSZ. Zie Tabel 17.¹³⁶ Deels komt dit, omdat dit ook een veld is waarin een groot aantal VS'en werkzaam is. Dat de arbeidsmarkt van VS'en-AGZ zich op sectorniveau bevindt, onderstreept de relevantie van het uitbrengen van ramingsadviezen op sectorniveau. Het is niet aannemelijk dat (eventuele) tekorten of een te groot aanbod van VS'en-AGZ zich oplossen, doordat deze zorgprofessionals overstappen van de ene naar de andere sector. Er is met andere woorden slechts beperkt sprake van communicerende vaten.

Tabel 17: Wisselingen van sector (gewogen)

	Huidige sector									
		MSZ	HA	Wijk/ ELV	REV	VPL- huis	GHZ	GGZ	SOC	Anders
Vorige sector	MSZ	-	0,8%	0,3%	0,3%	2,3%	-	0,3%	-	0,5%
	HA	1,0%	-	*	-	0,9%	-	*	-	-
	VPL/ Wijk/ELV	1,0%	0,7%	-	-	-	-	*	-	-
	Anders	0,7%	0,3%	*	-	*	-	-	*	-

Afkortingen: MSZ= medisch specialistische zorg, HA= huisartsenzorg, Wijk/ELV= wijkzorg, wijkteam en eerstelijnsverblijf, REV=revalidatie, VPL-huis= verpleeghuiszorg, GHZ= gehandicaptenzorg, GGZ= geestelijke gezondheidszorg en SOC= sociale geneeskunde. * Aantal respondenten te klein om weer te geven

5.1.4 Aansluiting vraag en aanbod stimulans voor opleiden

Een deel van de geneeskundig specialisten geeft aan dat het lastig is om gediplomeerden te werven met ervaring in de eigen sector en/of het eigen specialisme of expertisegebied. De voorkeur gaat dan snel naar het zelf opleiden van een collega tot VS-AGZ. Voordelen die hierbij gerapporteerd worden zijn: bekendheid met de persoon, maatwerk en de opleidingssubsidie. Het aannemen van een gediplomeerde VS-AGZ met ervaring in een andere sector, specialisme of expertisegebied kent volgens de geïnterviewde geneeskundig specialisten nadelen. Zij moeten nog veel tijd steken in het herscholen van deze persoon en hebben minder zicht heeft op de kennis en ervaring waarover iemand beschikt.¹³⁷ Ongeveer 30% van de respondenten in diverse zorgsectoren geeft aan alleen zelf op te leiden en geen elders gediplomeerde PA's en/of VS'en aan te nemen. In de revalidatiezorg is dit percentage met 38% wat hoger.¹³⁸

¹³⁶ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

¹³⁷ Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

¹³⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van bovenstaande bevindingen hanteert het Capaciteitsorgaan voor de parameter onvervulde vraag een bandbreedte van 4,9-6,9%. Uitgangspunt hierbij is de vacaturegraad van 5,9%.¹³⁹ Deze vacaturegraad sluit aan bij overige bronnen. Gezien de aandachtspunten rondom de data die aan de vacaturegraad ten grondslag liggen, is de vacaturegraad het midden van de bandbreedte. Met het oog op de hoge ervaren krapte aan VS'en-AGZ in diverse sectoren is besloten de bovenkant van de bandbreedte te hanteren. De parameterwaarde voor onvervulde vraag wordt daarmee **6,9%**. Voor de ramingen op sectorniveau zijn per sector aparte waarden voor onvervulde vraag opgesteld (zie hoofdstuk 8).

5.2 Demografie

De demografische ontwikkeling van de bevolking en daarmee van de patiëntenpopulatie, is van invloed op de vraag naar zorgverleners. Wanneer de bevolking toeneemt, zijn er vanuit demografisch perspectief ook meer zorgverleners nodig. Daarnaast heeft de verdeling van de leeftijdscategorieën, in combinatie met de ziektebeelden die voor deze leeftijdscategorieën kenmerkend zijn, invloed op het benodigde type zorgverleners. In sommige sectoren behandelen VS'en-AGZ relatief veel jeugdigen (sociale geneeskunde), in andere sectoren rekenen VS'en-AGZ vaker 65-plussers tot hun patiëntenpopulatie (ouderenzorg).

Dataverzameling

Om zicht te krijgen op de demografische samenstelling van de patiëntengroepen van VS'en-AGZ kon geen gebruik gemaakt worden van registratiedata van zorgverbruik, omdat deze in geen enkele sector (volledig) op beroepsniveau voorhanden zijn. Daarom is in een enquête onder alumni van de opleidingen, gevraagd naar de leeftijd en het geslacht van vier patiënten van hun meest recente werkdag, die zij op bepaalde momenten verspreid over de dag hebben gezien (te weten de eerste patiënt, de laatste patiënt voor de lunch, de eerste patiënt na de lunch en de laatste patiënt). Er is hierbij geen onderscheid gemaakt tussen type patiëntcontacten of setting (bijv. klinisch of poliklinisch). De som van alle enquêtes levert per sector een beeld op van de samenstelling van de patiënten naar leeftijd en geslacht.

Deze gegevens zijn vergeleken met de patiëntenpopulatie van geneeskundig specialisten. De patiëntenpopulatie van geneeskundig specialisten is bepaald op basis van zorggebruikregistraties.^{140 141} Gezien de uiteenlopende aard van de data is een exacte vergelijking niet mogelijk. Wel kan geconcludeerd worden dat de zorggebruikregistraties van geneeskundig specialisten afwijken van de patiëntcontactmomenten van de VS-AGZ. Zo lijken medisch specialisten en huisartsen verhoudingsgewijs meer vrouwen tot hun patiëntenpopulatie te rekenen dan VS'en-AGZ in dezelfde sectoren zien. In de MSZ zien VS'en-AGZ naar verhouding meer oudere patiënten (60 jaar en ouder) dan de zorggebruikregistraties van medisch specialisten omvatten. Gezien deze verschillen was het niet mogelijk

¹³⁹ Incl. correctie voor frictiewerkloosheid

¹⁴⁰ Bronnen hiervoor zijn Vektis (medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten) en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Zie Capaciteitsplannen geneeskundig specialisten via www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties

¹⁴¹ Bron: demografiestudies ten behoeve van ramingen geneeskundig specialisten. Zie publicaties op www.capaciteitsorgaan.nl.

om de parameterwaarden demografie van de ramingen van de geneeskundig specialisten te gebruiken voor de ramingen van de VS-AGZ.^{142 143}

Daarom is een eigenstandige berekening gemaakt voor de te verwachten demografische groei voor de VS-AGZ. Hiervoor zijn de verzamelde gegevens over patiëntencontacten afgezet tegen bevolkingsprognoses van het CBS naar leeftijd in vijfjaarscohorten en geslacht. Op basis van de voorziene ontwikkeling van de bevolking zijn groeipercentages opgesteld die laten zien hoe de vraag naar de VS-AGZ zich vanuit demografisch vlak zal ontwikkelen. Er zijn groeipercentages opgesteld voor de gehele beroepsgroep van de VS-AGZ en voor de sectoren MSZ, huisartsenzorg en ouderenzorg (zie hoofdstuk 8).¹⁴⁴ Op basis van deze gegevens is vervolgens geïnventariseerd welke demografische trends de komende jaren de vraag naar de VS'en-AGZ beïnvloeden.

5.2.1 Meer zorgprofessionals nodig door bevolkingsgroei

Het aantal inwoners van Nederland neemt naar verwachting met ruim 6% verder toe van 17,3 miljoen in 2019 naar 18,3 miljoen in 2040.¹⁴⁵ De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Het aantal mensen van 100 jaar en ouder zal tussen nu en 2040 bijna verviervoudigen.¹⁴⁶ Er zijn dus relatief meer ouderen die meer zorg nodig hebben. Door de groei en de veranderde samenstelling van de bevolking neemt de zorgvraag toe en zijn er meer zorgprofessionals nodig, waaronder VS'en-AGZ.

5.2.2 Het aantal en aandeel 65+'ers stijgt

In Figuur 14 is de geprognosticeerde demografische ontwikkeling per leeftijdscategorie te zien. Vooral het aantal en aandeel 65-plussers stijgt de komende jaren. In 2019 bedraagt het aandeel 65-plussers bijna een vijfde van de bevolking. De komende jaren neemt dit aandeel tot 2040 verder toe tot ruim een kwart van de bevolking terwijl de middencategorie (20-65 jaar) zowel absoluut als relatief krimpt. Het aandeel jongeren blijft stabiel.¹⁴⁷

¹⁴² Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

¹⁴³ Voor de overige sectoren bleken de gegevens dermate verschillend van aard of de groep VS-AGZ dermate klein dat geen vergelijking mogelijk was.

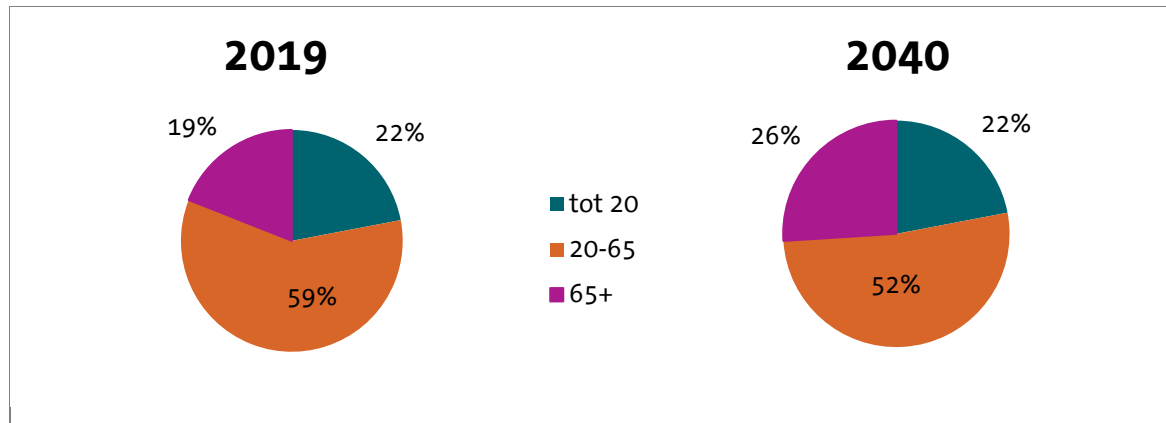
¹⁴⁴ Van der Meulen, L., Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

¹⁴⁵ CBS Statline (2017). Prognose bevolking; kerncijfers, 2017-2060. Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83783NED/table?ts=1564489596704>,

¹⁴⁶ RIVM (2018). VTV-2018. Levensverwachting Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>

¹⁴⁷ CBS Statline (2018). Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming. Geraadpleegd op 30-07-2019, <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70737ned/table?ts=1564490755020>.

Figuur 14: Prognose demografische ontwikkeling bevolking naar leeftijdscategorie en aantal inwoners



De toename van het aantal ouderen, die bovendien vaker langer zelfstandig wonen, leidt tot meer multimorbiditeit, ouderdomsziekten (zoals artrose, diabetes en coronaire hartziekten) en geriatri-sche syndromen.¹⁴⁸ Er komen zodoende steeds meer mensen met een complexe, domein overstij-gende zorgvraag. Hierdoor stijgt de vraag naar eerstelijnszorg. Het aantal mensen met dementie neemt toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040, een ruime verdubbeling. Dementie komt daar-mee in 2040 op de eerste plaats te staan als doodsoorzaak in Nederland. Bovendien is dementie, sa-men met artrose, de aandoening die tot 2040 de grootste toename in ziektelast veroorzaakt. Met het stijgen van de leeftijd neemt ook het aantal consulten bij de huisarts voor klachten aan het be-wegingsstelsel toe.^{149 150 151}

Door de toename van het aantal ouderen stijgt met name de vraag naar VS'en-AGZ in de ouderen-zorg. In Figuur 15 en Figuur 16¹⁵² is het aantal patiënten van VS'en-AGZ naar leeftijdscategorie zicht-baar. 38% van de patiëntencontacten in de medisch specialistische zorg is met een patiënt van 65 jaar of ouder. In de huisartsenzorg is dit 32%.¹⁵³

¹⁴⁸ Geriatri-sche syndromen zijn gezondheidsproblemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen, zoals polyfarmacie, vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, incontinentie, depressie, beperkingen in het dagelijks functioneren en eenzaamheid.

¹⁴⁹ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

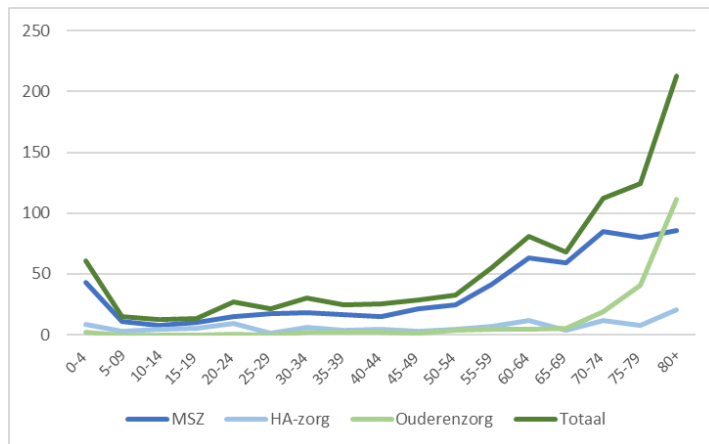
¹⁵⁰ De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.

¹⁵¹ Omdat de stijging van het aantal mensen met dementie hoofdzakelijk te verklaren is vanuit demografie is deze aandoe-ning in deze parameter meegenomen en niet bij epidemiologie.

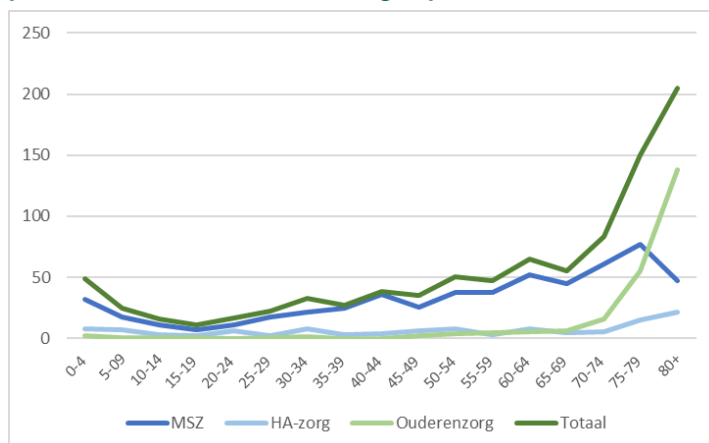
¹⁵² Van der Meulen, L., Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Pris-mant.

¹⁵³ Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

Figuur 15: Het aantal mannelijke patiënten met zorg geleverd door VS'en-AGZ, per sector en leeftijd in 2019, per 100.000 van de desbetreffende groep



Figuur 16: Het aantal vrouwelijke patiënten met zorg geleverd door VS'en-AGZ, per sector en leeftijd in 2019, per 100.000 van de desbetreffende groep



5.2.3 Vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting

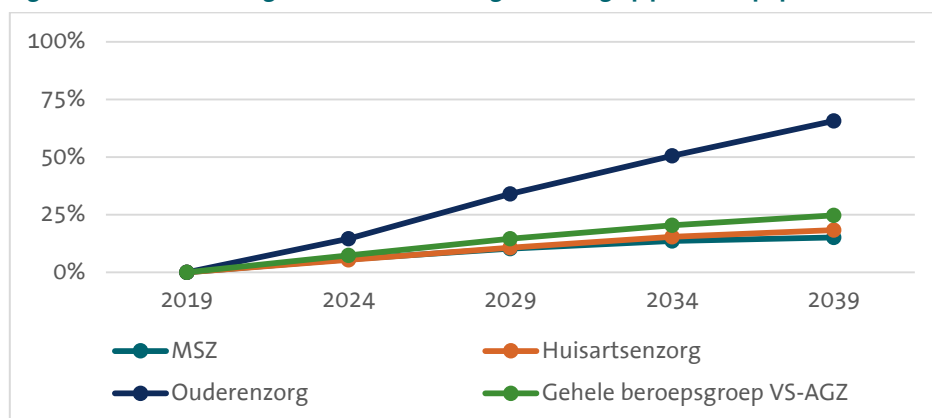
In 2017 leefden vrouwen gemiddeld 3,3 jaar langer dan mannen. Maar vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting dan mannen. Vrouwen leven gemiddeld 1,2 jaar korter in goede ervaren gezondheid, 2,5 jaar zonder matige of ernstige beperkingen en 4,6 jaar korter zonder chronische ziekten. Vrouwen brengen veel meer jaren met chronische ziekten door dan mannen. De jaren die vrouwen langer leven dan mannen, leven ze dus niet in goede gezondheid. De levensverwachting zonder chronische ziekten was in 2017 voor mannen gemiddeld 4,6 jaar hoger dan voor vrouwen (46,0 jaar versus 41,4 jaar).¹⁵⁴

¹⁵⁴ Volksgezondheidszorg.info. Gezonde levensverwachting→Cijfers & Context→Huidige situatie. Geraadpleegd op 30-07-2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/huidige-situatie#node-gezonde-levensverwachting-naar-geslacht>

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de verzamelde gegevens wordt geconcludeerd dat de vraag naar VS-AGZ door de demografische ontwikkeling van de bevolking zal toenemen. Figuur 17 laat zien dat deze benodigde groei zich vooral voordoet in de ouderenzorg, waardoor ook de vraag voor de gehele beroepsgroep verder stijgt.

Figuur 17: Invloed demografische ontwikkeling bevolking op patiëntenpopulatie VS'en-AGZ¹⁵⁵



De vraag voor de gehele beroepsgroep VS-AGZ stijgt in de komende 5 jaar door demografische ontwikkelingen. In de komende 5 jaar is deze stijging **7,4%**. Na 10 jaar met **14,6%**, na 15 jaar met **20,4%** en na 20 jaar met **24,7%** (zie Figuur 17).¹⁵⁶

5.3 Epidemiologie

Epidemiologische ontwikkelingen duiden veranderingen in de prevalentie van ziektebeelden of aandoeningen die leiden tot een grotere of kleinere benodigde inzet van zorgprofessionals. Het afgelopen decennium steeg de prevalentie van de meeste ziekten en die stijging zet naar verwachting door. De patiëntencontacten van VS'en-AGZ en de patiëntenpopulatie van de geneeskundig specialisten zijn vergeleken. Op basis van verschillen in aandoeningen/patiëntengroepen is geïnventariseerd in hoeverre de waarden voor epidemiologie van de ramingen voor de geneeskundig specialisten gevolgd kunnen worden in deze raming. Ook is er gekeken naar verschillen in aandoeningen en patiëntengroepen. Er blijken verschillen te zijn in patiënten en aandoeningen die VS'en-AGZ en geneeskundig specialisten zien. Daarom kunnen de waarden niet 1-op-1 worden overgenomen. Om deze reden zijn de trends meegenomen waarvan aangenomen kan worden dat zij van invloed zijn op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.¹⁵⁷ Hierna zijn de trends beschreven die van invloed zijn op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

¹⁵⁵ Van der Meulen, L. & Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

¹⁵⁶ Idem.

¹⁵⁷ Trends die niet overgenomen zijn voor de huisartsenzorg en verpleeghuiszorg zijn te herleiden tot demografie (vergrijzing), te onzeker om door te rekenen (effect verandering SES, vroeg opsporing dementie) of minder relevant voor de inzet van VS'en-AGZ (toename psychische problematiek). In de raming van de medisch specialisten zijn geen epidemiologische trends genoemd, omdat er geen eenduidige bronnen beschikbaar zijn of omdat trends te verklaren zijn vanuit demografie.

5.3.1 Meer chronische aandoeningen en multimorbiditeit

De levensverwachting stijgt (zie paragraaf 5.2). We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen. Dit betekent dat er steeds meer mensen te maken krijgen met de langetermijengevolgen van die aandoeningen. Zij krijgen op termijn vaak met daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen te maken. Dit zijn bijvoorbeeld vermoeidheids- en concentratieklachten, depressies of angsten en problemen in het dagelijks functioneren. Het grootste deel van deze groep zal zich met hun klachten wenden tot eerstelijnszorgverleners. Het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit stijgt. Mensen blijven daarnaast langer thuis wonen. Dit komt waarschijnlijk door een combinatie van de wens van ouderen om langer thuis te wonen en het op langer thuis wonen gerichte beleid van extramuralisering.^{158 159}

Meer (kwetsbare) mensen vragen zorg, met name in de eerste lijn en wijkzorg. Dit komt door een combinatie van demografie, het overheidsbeleid dat erop gericht is zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Bovendien is er een toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. De toename van comorbiditeit en complexiteit van zorg vraagt volgens betrokkenen om de inzet van hoger geschoold personeel in de wijkzorg dat, via triage en regievoering, een belangrijke invloed kan hebben op de patiëntenstromen richting huisarts en ziekenhuis. Mensen met chronische klachten en multimorbiditeit hebben vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties, waardoor behoefte ontstaat aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Vanuit diverse sectoren wordt benoemd dat VS'en-AGZ (of een PA) deze regierol vaker op zich kunnen nemen. In de acute zorg benoemen zorgprofessionals en managers dat de toename van multimorbide en complexe patiënten vraagt om de inzet van professionals met een meer generalistische inslag, zoals VS'en-AGZ en PA's.¹⁶⁰

5.3.2 Toename vaccinaties in huisartsenzorg

Huisartsen krijgen steeds meer werk aan vaccinatieprogramma's vanwege oprukkende infectieziekten. Zo heeft het ministerie van VWS in 2018 aangegeven het advies van de Gezondheidsraad om ouderen te vaccineren tegen pneumokokken te zullen opvolgen.^{161 162} Een ander voorbeeld is de RIVM-campagne voor meningokokkenvaccinatie bij tieners uit september 2018. Daarbij kregen alle 14- tot 18-jarigen een uitnodiging voor vaccinatie. Aanleiding was de snelle toename van het aantal ernstig zieken en dodelijke gevallen veroorzaakt door meningokokken type W. Veel (ongeruste) pati-

¹⁵⁸ Het overheidsbeleid is er sinds 2013 (introduc-tie scheiding wonen en zorg) op gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Met de invoering van de Wlz in 2015 is dit beleid nog versterkt. Het resultaat is dat ouderen steeds vaker langer thuis blijven wonen of leven in kleinschalige, geclusterde woonvormen.

¹⁵⁹ Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekens, A. (Red.). (2017). De sociale staat van Nederland 2017. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

¹⁶⁰ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

¹⁶¹ Gezondheidsraad (2018). Vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken. Geraadpleegd op 02-08-2019, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/02/28/vaccinatie-van-ouderen-tegen-pneumokokken>

¹⁶² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Kamerbrief 'Beleidsreactie pneumokokkenvaccinatie bij ouderen'. 09-10-2018.

enten wendden zich met vragen over de ziekte en de vaccinatie tot de huisarts, wat veel extra werkdruk opleverde.^{163 164} Ook is de vraag naar griepvaccinaties eind 2018 toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.¹⁶⁵ Een deel van deze werkzaamheden kan ingevuld worden door een VS-AGZ, POH, doktersassistent of PA in de huisartsenpraktijk.

5.3.3 Het aantal mensen met een verstandelijke beperking neemt toe

Het totaal aantal mensen met een indicatie voor zorg voor verstandelijk beperkten groeit al jaren sneller dan de bevolking. Het aantal mensen met een verstandelijke beperking zal in de toekomst verder toenemen. Onderzoek van Rebel laat zien dat de zorgvraag in de (kleine) sector van verstandelijk gehandicapten met 8% per jaar toeneemt.¹⁶⁶ Vooral in de groep ernstig verstandelijk beperkten blijven mensen langer leven dan vroeger. Dat betekent ook een toename van het aantal verstandelijk beperkten met een comorbide aandoening, zoals dementie, diabetes, andere chronische ziekten of een psychiatrische aandoening. Daarnaast speelt ook de sterk verbeterde medische technologie een rol. De toepassing daarvan vergroot de overlevingskans van kinderen met een genetische of aangeboren afwijking, waaronder een verstandelijke beperking. Deze ontwikkeling speelt onder andere een rol bij de behandeling van te vroeggeboren kinderen.¹⁶⁷ Een andere oorzaak van de toenemende zorgvraag van verstandelijk gehandicapten is dat de maatschappij steeds hogere cognitieve en sociale eisen stelt aan mensen. Hierdoor neemt het aantal zwakbegaafden met bijkomende problematiek in de sociale redzaamheid toe, zij worden tot (licht) verstandelijk beperkten gerekend.¹⁶⁸ Ook stijgt de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen.¹⁶⁹ Kinderen worden tijdens de zwangerschap meer dan vroeger blootgesteld aan milieuverontreiniging.^{170 171 172} Dit verhoogt de kans op de geboorte van kinderen met een verstandelijke beperkingen.

¹⁶³ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018). Vaccinatie meningokokken zorgt voor sterke stijging zorgvraag. 27-09-2018.

¹⁶⁴ Algemeen Dagblad (2018). Campagne voor meningokokken-vaccinatie zorgt voor extreme drukte bij huis-arts. 27-09-2018.

¹⁶⁵ Blikopnieuws (2018). Steeds meer mensen met griep naar de dokter. 19-12-2018.

¹⁶⁶ REBEL (2018). Groei in de landurige verstandelijk gehandicaptenzorg. Onderzoek naar de ontwikkeling van het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016.

¹⁶⁷ Cardol, M. & Meulenkamp, T.M. (2013). Ouder worden met een verstandelijke beperking, volgens mensen zelf en hun familie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*. 2013;39(3).

¹⁶⁸ Woittiez I, Putman L, Eggink E, Ras M. (2014). Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); 2014.

¹⁶⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Vrouwen steeds later moeder. Geraadpleegd op 26 april 2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/05/vrouwen-steeds-later-moeder>

¹⁷⁰ Guxens, M., Lubczyńska, M. J., Muetzel, R., Dalmau-Bueno, A., Jaddoe, V. W. V., Hoek, G., ... El Marroun, H. (2018). Air pollution exposure during fetal life, brain morphology, and cognitive function in school-age children. *Biological Psychiatry*. Online voorpublicatie. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.01.016.

¹⁷¹ Peterson, B. S., Rauh, V. A., Bansal, R., Hao, X., Toth, Z., Nati, G., ... Perera F. (2015). Effects of prenatal exposure to air pollutants (polycyclic aromatic hydrocarbons) on the development of brain white matter, cognition, and behavior in later childhood. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 531-540. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.57

¹⁷² Raz, R., Roberts, A. L., Lyall, K., Hart, J. E., Just, A. C., Laden, F., Weisskopf, M. G. (2015). Autism Spectrum Disorder and particulate matter air pollution before, during, and after pregnancy: A nested case-control analysis within the Nurses' Health Study II cohort. *Environmental Health Perspectives*, 123(3), 264-270. doi: 10.1289/ehp.1408133

Verbeterde technologie, onder meer Next Generation Sequencing, en prenatale diagnostiek kunnen compenseren voor deze toename.^{173 174} Het aandeel zwangerschapsafbrekingen gerelateerd aan prenatale diagnostiek is sinds 2014 echter relatief stabiel gebleven en in 2017 zelfs licht gedaald.¹⁷⁵ Dit alles maakt het niet aannemelijk dat de incidentie van verstandelijke beperking door selectieve prenatale screenings en preventieve abortussen veel zal afnemen.

Impact van deze ontwikkelingen

Vanwege de hiervoor genoemde epidemiologische ontwikkelingen stijgt de vraag naar VS'en-AGZ. Deze stijging doet zich vooral voor in de huisartsenzorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en acute zorg. Naar verwacht stijgt de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ daarmee **0,1%-0,3%** per jaar.¹⁷⁶

5.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In deze paragraaf worden sociaal-culturele ontwikkelingen besproken die de zorgvraag naar VS'en-AGZ beïnvloeden. Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit de maatschappij en de politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Hierna worden sociaal-culturele ontwikkelingen genoemd die de vraag naar VS'en-AGZ de komende jaren zullen beïnvloeden, te weten: (1) meer zorg in eerste lijn en thuis, (2) transitie stuwende behoefte aan een regierol, (3) bekostiging stimuleert en remt vraag naar VS'en-AGZ en (4) voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg. Uiteraard houden deze ontwikkelingen verband met elkaar en met epidemiologische ontwikkelingen.

5.4.1 Meer zorg in de eerste lijn en thuis

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie.^{177 178 179} Op het vlak van diagnostiek is een toename zichtbaar van anderhalvelijnszorginitiatieven, zoals gezamenlijke spreekuren van huisartsen, medisch specialisten en/of paramedici. Ook relatief eenvoudige (chirurgische) ingrepen verschuiven naar de eerste lijn. Voorbeelden zijn sterilisatie van de man en kleine dermatologische ingrepen.^{180 181} Daarnaast nemen de mogelijkheden tot het bieden van zorg in de eerste lijn en in de thuissituatie toe, zoals immunotherapie thuis.¹⁸² De huisartsenzorg neemt controles over van het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij buisjes in het oor van kinderen, atriumfibrilleren bij hartpatiënten en stabiele epilepsiepatiënten. Verder zijn er experimenten met het post-operatief

¹⁷³ Harripaul, R., Noor, A., Ayub, M., & Vincent, J. B. (2017). The use of Next-Generation Sequencing for research and diagnostics for intellectual disability. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 7, 1-13. doi: 10.1101/cshperspect.a026864

¹⁷⁴ Hes, F., Nesselrooij, B. van, Verheij, J., & Kievit, A. (2017). Meer mogelijk door gerichte genoomdiagnostiek. *Medisch Contact*, 45, 30-33.

¹⁷⁵ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap.

¹⁷⁶ Parameterwaarden epidemiologie geneeskundig specialisten: Medisch specialisten: 0%, Huisartsen: 0,5%/1,0% (met name vanwege GGZ en toename zorg ouderen en kwetsbare groepen), Specialist ouderengeneeskunde: 0,4/1%, Arts verstandelijk gehandicapten: 0,1/0,2%.

¹⁷⁷ FWG (2018). Trendrapport. Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht.

¹⁷⁸ Zorgvisie (2018). Succesvolle substitutie: omzet Beatrix Ziekenhuis daalt 8,3 procent. 16-05-2018

¹⁷⁹ V&VN (2019). Ziekenhuis op Wielen: 'Nee is geen optie'. 21-05-2019. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/3096687/Ziekenhuis-op-Wielen-Nee-is-geen-optie>

¹⁸⁰ FWG (2018). Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht: Auteur.

¹⁸¹ Van Erp, R., Van Doorn-Klomborg, A., Laurant, M., Van den Brink, G. & Van Vught, A. (2019). De rol van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialist in de Anderhalvelijnszorg een systematische literatuurstudie. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

¹⁸² Rijnstate (2017). Rijnstate gaat immunotherapie bij de patiënt thuis geven. 31-08-2017. Geraadpleegd op 22-07-2019, van www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2017/rijnstate-gaat-immunotherapie-bij-de-patient-thuis-geven/

monitoren van patiënten in de thuissituatie.¹⁸³ Ook VS'en AGZ nemen controles over, bijvoorbeeld binnen de cardiologie. Uit internationaal onderzoek blijkt dat er weinig tot geen verschil is in kwaliteit van zorg op patiëntniveau wanneer de zorg verleend is door een verpleegkundig specialist (in een team van professionals) in de anderhalvelijnszorg in vergelijking met de kwaliteit door een team van professionals in het ziekenhuis.

Stelselwijzigingen leiden tot een heroriëntatie op de keten. De transitie van zorg van de tweede naar de anderhalve en eerste lijn en 'de Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP)¹⁸⁴ zijn stimulerende factoren voor de inzet van VS'en in de huisartsenzorg, ouderenzorg en acute zorg.^{185 186} Ook ontstaan er nieuwe zorgconcepten. Zo richten ziekenhuizen hun zorg anders in, worden huisartsenpraktijken gezondheidscentra en nemen burgers het initiatief tot het oprichten van zorgcoöperaties op wijkniveau. Een voorbeeld van de verplaatsing van ziekenhuiszorg is "Ziekenhuis op wielen", een nurse-led initiatief van een VS waarbij medisch specialistische zorg wordt geboden thuis of in het verpleeghuis. Dergelijke initiatieven sluiten aan op de afbouw van het aantal ziekenhuizen en de toenemende reistijd voor patiënten die naar het ziekenhuis moeten.

Op dit moment nemen VS'en-AGZ al zorg voor specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld ouderen of patiënten met chronische aandoeningen, binnen de eerste lijn op zich. De zorg voor specifieke patiëntengroepen is één van de meest genoemde redenen om een VS in de huisartsenzorg op te leiden of aan te nemen.¹⁸⁷ Voor de komende jaren wordt voorzien dat de VS-AGZ door toenemende mogelijkheden voor het verlenen van zorg in de eerste lijn, de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit en de aandacht voor de JZOJP steeds meer zorg in de eerste lijn op zich zal nemen.

De beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn lijkt een knelpunt bij de realisatie van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Zorgprofessionals, wetenschappelijke verenigingen en managers in meerdere sectoren achten de verschuiving van zorg naar de eerste lijn minder waarschijnlijk gezien de hoge werkdruk, groeiende zorgvraag en/of beperkte capaciteit in de eerste lijn.¹⁸⁸ Ook zou geld nog onvoldoende mee verschuiven van de tweede naar de eerste lijn.¹⁹² Volgens stakeholders kan er vakinhoudelijk gezien meer zorg vanuit de tweede lijn verschuiven dan nu daadwerkelijk gebeurt, zoals follow-ups en chemotherapie thuis. Desondanks is de verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn verder doorgang vindt.¹⁹³ In het bestuurlijk

¹⁸³ Rijnstate (2019). Vitalys start onderzoek naar thuismonitoring van bariatrische patiënten samen met Rijnstate en Philips. 25-06-2019. Geraadpleegd op 22-07-2019, van www.rijnstate.nl/over-rijnstate/nieuws/2019/vitalys-start-onderzoek-naar-thuismonitoring-van-bariatrische-patienten-samen-met-rijnstate-en-philips/

¹⁸⁴ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

¹⁸⁵ Verslag focusgroepen VS/PA. Prismant. 2019.

¹⁸⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

¹⁸⁷ Zie vorige voetnoot.

¹⁸⁸ Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

¹⁸⁹ Skipr. Zorgen om groeiend tekort doktersassistenten. 18-07-2019.

¹⁹⁰ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

¹⁹¹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht.

¹⁹² FWG Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht, mei 2018.

¹⁹³ Idem.

akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 is afgesproken dat er in 2022 sprake is van 0% volumegroei in 2022. Dit staat in relatie tot de wens om zorg op andere plekken te bieden dan in het medisch-specialistisch domein. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en ELV. Er is incidenteel geld beschikbaar gesteld voor instellingen die overgaan naar de JZOJP en een krimpscenario volgen.¹⁹⁴ Experts uit ziekenhuizen en van de zorgverzekeraars zien voor de komende ramingsperiode duidelijk kansen voor de verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. De zorg zou dan direct naar patiënten of huisartsen kunnen worden overgedragen.¹⁹⁵

Hoe snel en omvangrijk de verschuivingen zullen zijn is vooralsnog ongewis. Initiatieven in het kader van JZOJP, zoals diverse pilots en Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg, bieden geen uitsluitend over de snelheid en omvang van de transitie van zorg en nieuwe zorgconcepten op landelijk niveau. Deze initiatieven zijn veelal nog niet structureel van aard en/of kennen nog geen toekomstbestendige bekostiging of brede uitrol. De beschikbare evaluaties geven een overwegend positief beeld op uitkomsten zoals gezondheid en kwaliteit van zorg op interventieniveau. Om de proeftuinen in te zetten voor de gehele populatie zijn onder andere investeringen nodig voor een regionale informatie- en kennisinfrastructuur.¹⁹⁶ Veel initiatieven lopen tegen schotten aan, wanneer het gaat om financiële aspecten (investeringen en verdeling lasten/risico's), regulering en toezicht en praktische punten. Initiatieven zijn vaak lokaal en hebben moeite met opschalen en duurzaamheid op de langere termijn.¹⁹⁷

Mogelijk verhuizen VS'en-AGZ vanuit de ziekenhuizen mee om zorg te gaan bieden in de eerste lijn. Als gevolg van verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, wordt gesignaleerd dat er zorgverleners 'mee verplaatsen'.¹⁹⁸ Het aannemen van VS'en-AGZ die zijn opgeleid in een andere sector wordt nu echter soms als een barrière ervaren.^{199 200} Intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van VS'en-AGZ in een andere sector kan de verschuiving van zorg en bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals over de sectoren mogelijk vergemakkelijken. Intersectoraal opleiden vindt bijvoorbeeld plaats in de wijkzorg en huisartsenzorg en in verpleeghuizen en ziekenhuizen. Ook kunnen huisartsen VS'en opleiden om verschoven taken op zich te nemen. In de huisartsenzorg worden echter vaker belemmeringen ervaren bij het opleiden van VS'en (zie hoofdstuk 8).

¹⁹⁴ Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 4 juni 2018.

¹⁹⁵ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1. Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

¹⁹⁶ RIVM (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem. Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen.

¹⁹⁷ Mesman R, Hesselink G. & Groenewoud S. (2019). Verzilveren met ontschotting. Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling, maatschappelijke kosten en baten. IQ Scientific Center for Quality of Healthcare. Radboudumc.

¹⁹⁸ FWG. Brancheboekje Eerstelijnszorg. Utrecht, mei 2018.

¹⁹⁹ Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

²⁰⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

5.4.2 Transitie stuwen behoefte regierol

Een van de sociaal-culturele ontwikkelingen die grote invloed kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ is de toenemende behoefte aan een zorgprofessional in de regierol. Deze behoefte wordt onder andere ingegeven door veranderingen in het zorgstelsel. Bewegingen zoals de JZOJP, netwerkzorg en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.²⁰¹ Ook ontstaan er nieuwe zorgconcepten. Er wordt door stakeholders vanuit het initiatief JZOJP meer samenwerking voorzien tussen de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg.²⁰² Stakeholders zijn onder andere sector- en beroepsorganisaties, PA's, geneeskundig specialisten en managers. Verder maken zorgverzekeraars afspraken over het verplaatsen van ziekenhuiszorg.²⁰³ Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Het invullen van de behoefte aan een coördinerende rol is een veelgenoemde reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. In de huisartsen- en ouderenzorg wordt hierbij ook lokale samenwerking met andere zorgaanbieders genoemd.²⁰⁴ De meerwaarde van de VS bevindt zich onder andere in de integratie van care en cure.²⁰⁵

Geneeskundig specialisten en managers in de medisch specialistische-, huisartsen en thuis-/wijkzorg zien VS'en AGZ als een beroepsgroep die een rol kan spelen bij de transitie van zorg en binnen nieuwe zorgconcepten. Zij kunnen niet alleen behandelaar zijn, maar kunnen vooral een regierol vervullen. Vanuit deze rol zou de VS-AGZ het best passende zorgtraject met de patiënt kunnen vaststellen en de zorg rondom de patiënt organiseren. Ook draagt de VS er dan zorg voor dat alle betrokken partijen over de benodigde informatie beschikken. De VS-AGZ vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren, zoals de medisch specialistische-, acute-, huisartsen- en thuis-/wijkzorg. Verbinding met de wijk is voor huisartsen een veelgenoemde reden voor de inzet van VS'en-AGZ.²⁰⁶

De regierol van de VS wordt onder andere beschreven door Van Vught et.al. (2019). Genoemd wordt dat de regiebehandelaar net als in de GGZ verantwoordelijk is voor de integrale behandeling van de patiënt; de regiebehandelaar coördineert de inzet van betrokken zorgverleners en roept specifieke

²⁰¹ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

²⁰² ZonMw. Programma Juiste Zorg op de Juiste Plek. Over dit programma. Geraadpleegd op 22-07-2019, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>

²⁰³ Zorgvisie (2019). Isala doet 10 procent ziekenhuiszorg naar huis. 15-02-2019. Geraadpleegd op 22-07-2019, van <https://www.zorgvisie.nl/isala-doet-10-procent-ziekenhuiszorg-naar-huis/>

²⁰⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁰⁵ Boeijen, E., Peters, J. & Van Vught, A. (2019). Nurse practitioners leading the way: An exploratory qualitative study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 00 (2019). 1-9,. DOI# 10.1097/JXX.0000000000000307

²⁰⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

deskundigheid in als dat nodig is.²⁰⁷ Binnen de oncologie heeft 60% van de patiënten inmiddels een VS-AGZ of gespecialiseerd verpleegkundige als aanspreekpunt.²⁰⁸

Ook vanwege het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit neemt de behoefte aan een zorgprofessional in de regierol toe (zie paragraaf 5.2). Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten.

5.4.3 Bekostiging remt en stimuleert vraag naar VS'en-AGZ

Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een VS-AGZ. De bekostiging wordt met name als stimulerende factor aangegeven in de revalidatiezorg. In de MSZ en huisartsenzorg geeft een derde van de betrokkenen aan dat bekostiging een stimulans is voor het opleiden en aannemen van VS'en en PA's. In de MSZ en revalidatiezorg worden hierbij lagere salariskosten, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd. In de huisartsenzorg spelen lagere salariskosten dan die van een huisarts en innovatiegelden een stimulerende rol.²⁰⁹

Bij de keuze voor een zorgprofessional bij het invullen van een vacature wordt door zorgorganisaties veelal geen business-case gemaakt, maar gekeken naar de hoogte van het salaris van een VS-AGZ in vergelijking met een geneeskundig specialist of basisarts/anos. Bij enkele geneeskundig specialisten en managers leven zorgen over hogere salariseisen die VS'en-AGZ mogelijk gaan stellen, naarmate de professionalisering van deze beroepsgroepen vordert. Wanneer deze looneisen sterk stijgen, kan dit de beroepen minder aantrekkelijk maken voor werkgevers is de gedachte. In de huisartsenzorg wordt de VS voor het eerst beschreven in de CAO Huisartsenzorg 2019-2020.^{210 211}

In de MSZ en de huisartsenzorg is 'bekostiging' naast een stimulerende factor echter ook de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van VS'en. In de MSZ betreft het dan vooral onduidelijkheid over toekomstige (DBC-)vergoedingen van zorgverzekeraars, de verdeling van (salaris)kosten tussen het medisch specialistisch bedrijf en het ziekenhuis, de verdeling van formatie over de medische en verpleegkundige staf en onduidelijkheid over deze verdelingen.²¹² Soms kiest

²⁰⁷ Van Vught, A., Kennis, E., Van de Werf, M., Boeijen, E. & Laurant, M. (2019). Verpleegkundig specialist als regiebehandelaar ook buiten de GGZ. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

²⁰⁸ Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (2019). Kwart kankerpatiënten mist vast aanspreekpunt in ziekenhuis. 13-06-2019.

²⁰⁹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²¹⁰ InEen. Nieuwe cao Huisartsenzorg 2019-2020. 6 juni 2019. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://in-eeen.nl/nieuws/2019/06/06/nieuwe-cao-huisartsenzorg-2019-2020/>

²¹¹ PRINCIPLEAKKOORD CAO HUISARTSENZORG 1 maart 2019 – 31 december 2020

²¹² HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

een vakgroep onder andere voor een VS-AGZ en niet voor een PA, omdat het ziekenhuis dan een groter deel van de salariskosten op zich neemt. 87% van de VS'en is in dienst van het ziekenhuis en 1% bij een medisch specialistisch bedrijf.²¹³

Remmende factoren in de huisartsenzorg zijn onduidelijkheid over toekomstige bekostiging door zorgverzekeraars en gebrekkige bekostiging door zorgverzekeraars. Veranderingen op dit vlak zullen de vraag naar VS'en waarschijnlijk doen stijgen.

Het overgrote deel van de gesprekspartners in alle sectoren geeft aan dat de subsidie op opleiden essentieel is bij de keuze voor het al dan niet opleiden.²¹⁴ Ook in een evaluatie van de subsidieregeling voor de opleidingen tot VS en PA gaven hogescholen aan dat de subsidie voor werkgevers een belangrijk punt is bij het al dan niet opleiden. Hierbij kon niet worden vastgesteld hoe groot de invloed van de subsidiehoogte hierop is.²¹⁵ De meningen over in hoeverre de subsidie dekkend is lopen sterk uiteen. Met name in de huisartsenzorg wordt aangegeven dat de subsidie te laag is. Ook vormt onduidelijkheid over toekomstige subsidies voor het opleiden van VS'en in deze sector een remmende factor.²¹⁶

Het overheidsbeleid is er de laatste jaren op gericht om meer gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor VS'en en PA's te realiseren.^{217 218 219} In paragraaf 3.4.2 'Instroom ten opzichte van subsidie' is beschreven dat veranderingen in wet- en regelgeving en financiering van de zorg van invloed zijn op de instroom in de opleiding. De verwachting is dat zolang er zich geen grote wijzigingen voordoen in de financiering van de zorg, het aantal instromers de komende jaren het aantal gesubsidieerde plaatsen zal volgen. Dit is echter niet in alle sectoren het geval. Er zijn bijvoorbeeld knelpunten in de instroom van potentiële VS'en-AGZ in de huisartsenzorg, ouderenzorg en sociale geneeskunde. Dit komt onder andere door de beperkte capaciteit aan hbo-verpleegkundigen in deze sectoren (zie hoofdstuk 8).

5.4.4 Voorziene toenemende vraag gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg voorziet 67% van de betrokkenen bij de besluitvorming over het opleiden en aannemen van VS'en een stijging van de inzet in de komende 5 jaar. Hierbij speelt onder andere de toenemende vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in het laatste decennium een rol. De hervormingen van de langdurige zorg, het extramuraliseringsbeleid en het participatiebeleid hebben tot gevolg dat van kwetsbare groepen, zoals ouderen en verstandelijk gehandicapten, steeds meer zelfredzaamheid en ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk wordt verwacht. Het overheidsbeleid stimuleert dat mensen met een beperking zoveel mogelijk zelfstandig wonen en deelnemen aan de samenleving, onderwijs en werk. De praktijk wijst echter uit dat dit niet voor iedereen

²¹³ Nederlandse ZorgAutoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

²¹⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²¹⁵ Ecorys & SEOR. (2016). Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants. Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B. Rotterdam: Auteur.

²¹⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²¹⁷ Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. 4 juni 2018.

²¹⁸ Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022. 11 juli 2018.

²¹⁹ Ministerie van VWS (2019). Betreft: opleidingsplaatsen MPA en MANP cohort 2019-2020. 30-04-2019.

haalbaar is. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld lang niet altijd kiezen waar en met wie ze wonen.²²⁰ Ook is het vinden en behouden van betaald werk voor hen vaak veel moeilijker dan voor de algemene bevolking.^{221 222}

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de voorziene aanhoudende aandacht voor doelmatigheid is te verwachten dat het kostenplaatje ook de komende jaren een stimulerend effect heeft op het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Wijzigingen in bekostiging kunnen de omvang van de vraag naar VS'en beïnvloeden. Dit betreft eventuele veranderingen in de subsidieregeling op opleiden²²³ en de stimuleringssubsidie in de huisartsenzorg. Het betreft ook wijzigingen in de bekostiging van door VS'en (en PA's) verleende zorg door zorgverzekeraars en regelgeving hierover. Tenslotte spelen ook aanpassingen in zorgbudgetten op sectorniveau een rol.

Een grote onzekere factor is de transitie van zorg naar de eerste lijn en thuis en in het verlengde daarvan de opkomst van de anderhalve lijn en nieuwe zorgconcepten. Er is geen zicht op hoe snel en omvangrijk de verschuivingen van zorg zullen zijn en hoeveel van de verschoven zorg daadwerkelijk terecht komt bij de VS'en-AGZ. Naar verwachting bevinden de transitie van zorg en het ontstaan van nieuwe zorgconcepten zich nog in een beginfase. Gezien de gemaakte afspraken in bestuurlijke en hoofdlijnenakkoorden, het veelvoud aan initiatieven en onderzoeken en de eerste voorzichtige positieve resultaten, is het aannemelijk dat ingezette veranderingen in ieder geval deels doorgang vinden. De omvang en snelheid van deze transities zullen echter onder andere afhangen van de mogelijkheden die overheden en zorgorganisaties op het vlak van financiën, toezicht, kennisinfrastructuur en cultuur kunnen creëren voor de totstandkoming van nieuwe initiatieven. Daarnaast zal de behoefte aan een regierol de komende jaren waarschijnlijk toenemen.

Met het oog op de hiervoor genoemde sociaal-culturele ontwikkelingen en de onzekerheden daarin hanteert het Capaciteitsorgaan een bandbreedte voor de parameter sociaal-cultureel. Deze bandbreedte ligt tussen **1,0%** en **3,0%**. Dit betekent dat de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ alleen door sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar met 1,0% tot 3,0% zal moeten toenemen om aan de vraag te voldoen.

²²⁰ Putter, I. de, Oldenkamp, M., Hulsbosch, L., & Boeije, H. (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap: Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.

²²¹ Sadiraj, K., Hoff, S., & Versantvoort, M. (2018). *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

²²² Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht.

²²³ Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant. Geraadpleegd op 16-10-2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2017-07-01>

5.5 Parameterwaarden 'Zorgvraag'

De parameterwaarden uit Tabel 18 over de zorgvraag, zijn gebruikt voor de totstandkoming van het instroomadvies. De waarden vormen de invoer van het ramingsmodel.

Tabel 18: Parameterwaarden 'Zorgvraag'

		Verpleegkundig specialist AGZ
Demografie	2024	7,4%
	2029	14,6%
	2034	20,4%
	2039	24,7%
Epidemiologie		0,1-0,3%
Sociaal-cultureel		1,0%-3,0%
Onvervulde vraag		6,9%

6 Werkproces

Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod: het werkproces. Aan de orde komen de effecten van vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale taakverschuivingen en arbeidstijdverandering op de benodigde capaciteit aan verpleegkundig specialisten in de Algemene Gezondheidszorg (VS'en-AGZ). Sectorspecifieke ontwikkelingen in het werkproces komen in hoofdstuk 8 aan bod.

Dataverzameling

Om deze ontwikkelingen in het werkproces in kaart te brengen is onderzoek gedaan naar de besluitvorming binnen zorgorganisaties over het al dan niet aannemen en/of opleiden van VS'en-AGZ, hun beweegredenen en de invloed van beleid, bekostiging en arbeidsmarktfactoren.²²⁴ Ook rapporteerden VS'en-AGZ over hun werkzaamheden en tijdsbesteding en de mogelijkheden die zij zien voor het overnemen van taken van geneeskundig specialisten.²²⁵ Daarnaast zijn focusgroepen georganiseerd met managers, physician assistants (PA's), VS'en, geneeskundig specialisten en werkgevers.²²⁶ Verder zijn interviews afgenomen met VS'en-AGZ en stakeholders en heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. Tenslotte zijn de parameterwaarden voor verticale taakverschuivingen uit de ramingen van de geneeskundig specialisten geïnventariseerd.

Op basis van deze veelal kwalitatief verzamelde gegevens heeft het Capaciteitsorgaan voorstellen voor de parameterwaarde(n) gedaan aan de werkgroep PA/VS. De parameterwaarden in dit hoofdstuk duiden de jaarlijks benodigde groei in fte's om aan de vraag die voortkomt uit een ontwikkeling te voldoen. In de voorstellen voor de parameterwaarden is ook rekening gehouden met de omvang van de beroepsgroepen en sectoren. 1% in een beroep of sector waarin relatief weinig fte gewerkt wordt, heeft een minder groot effect in absolute aantallen dan 1% in een beroep of sector waar een groot aantal fte werkzaam is. De parameterwaarden van verschillende beroepen, bijvoorbeeld PA, VS of geneeskundig specialist, zijn dus niet een-op-een vergelijkbaar ook al zijn de onderliggende trends wellicht gelijk.

6.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Vakinhoudelijke ontwikkelingen kunnen verschillen naar sector, specialisme en type zorgorganisatie. Deze paragraaf behandelt de vakinhoudelijke ontwikkelingen die voor de meeste VS'en-AGZ gelden.

6.1.1 Structurele inzet op additionele taken

Uit de dataverzameling blijkt dat VS'en-AGZ veelvuldig worden ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg.²²⁷ Hierbij verrichten VS'en-AGZ werkzaamheden die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd. VS'en-

²²⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²²⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

²²⁶ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

²²⁷ De toenemende behoefte aan een regierol is eerder besproken in paragraaf 5.3.

AGZ functioneren hiermee supplementair aan artsen door additionele taken te verrichten die complementair of een uitbreiding zijn van die van artsen.²²⁸ Het betreft taken op het vlak van taakdiversificatie, waarbij taken en verantwoordelijkheden worden uitgebreid zonder dat daarbij het domein van een andere 'gevestigde' beroepsgroep wordt overschreden.²²⁹ Het beoogde doel van deze inzet op additionele taken is vaak verbetering van de kwaliteit van zorg, tijdige start van behandelingen en/of verbetering van de patiënttevredenheid. Internationaal onderzoek in de oncologie wijst erop dat deze doelen daar behaald worden met de inzet van een VS op de 'navigatie' en coördinatie van zorg.²³⁰ De VS-AGZ werkt hierbij vanuit het biopsychosociale model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. Vanuit de verpleegkundige achtergrond heeft de VS-AGZ aandacht voor het ondersteunen van zelfmanagement, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Risicosignalering en preventie dragen bij aan het 'voorkomen van erger'.²³¹

Beoogde inzet op additionele taken, bijvoorbeeld met als doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg of het uitbreiden van diensten, is vooral in de huisartsenzorg, de verpleeghuiszorg maar ook in de medisch specialistische zorg een stimulans om een VS aan te nemen of op te leiden.²³² Ook het verbeteren van de organisatie van de zorg is in vrijwel alle sectoren een veelgenoemde reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Het investeren in preventie, het uitvoeren van projecten en innovaties door VS'en-AGZ, het verhogen van de patiënttevredenheid en meer tijd voor communicatie met patiënten en naasten worden hierbij eveneens genoemd. Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ (en PA's).²³³ Mogelijk sluit dit aan bij de nieuwe focus in de zorg, namelijk minder gericht op ziekte en meer op gezondheid en op meer integrale samenwerking.²³⁴

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan VS'en-AGZ de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (95% van de VS'en-AGZ besteedt hier gemiddeld 56% van de werktijd aan). Toch vormen additionele taken voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk. Bij 66% van de werkzame VS'en-AGZ bestaat een structureel deel van hun werktijd uit het

²²⁸ Zwijnenberg, N.C. & Bours, G. J. J. W. (2012) Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. *Journal of Advanced Nursing* 68(6), 1235–1246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x

²²⁹ Wallenburg, I., Jansen, M., & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

²³⁰ Johnson, F. (2018). Systematic Review of Oncology Nurse Practitioner Navigation Metrics. *Oncology Nursing Society*. 11-05-2018.

²³¹ V&VN (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige. Deel 3.

²³² Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

²³³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²³⁴ Van Steekelenburg, E., Kersten, I. & Huber M. (2016). 'Positieve gezondheid' in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie. Institute for Positive Health. Amersfoort.

uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Deze zaken vallen onder additionele taken. Zij besteden hier gemiddeld 12% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.²³⁵

6.1.2 Schouwen

VS'en-AGZ (en PA's) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven VS'en-AGZ (en PA's) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn VS'en-AGZ hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en PA's in te zetten voor lijkschouwing. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. De VS-AGZ is hierbij niet genoemd. Bezien zal moeten worden of wetswijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.^{236 237}

6.1.3 Stappen richting verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen

Los van de hiervoor genoemde bevindingen, zijn er geen vakinhoudelijke ontwikkelingen in beeld die een structureel effect sorteren op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ. Wel is het aannemelijk dat ook op het vlak van innovatie en verbetering van de kwaliteit van zorg in de toekomst vakinhoudelijke stappen worden gezet. De beroepsgroep is inmiddels twee decennia actief in de Nederlandse gezondheidszorg en er zijn grote stappen gemaakt. Toch vraagt positionering en afbakening van werkzaam- en verantwoordelijkheden binnen zorgorganisaties nog steeds veel aandacht en tijd van de beroepsgroep.

Naar verwachting vragen deze zaken in de toekomst minder tijd en organiseren VS'en-AGZ zich verder naar expertisegebied. Er komen ook meer werkzame VS'en-AGZ per expertisegebied of specialisme. In de medisch specialistische zorg signaleren stakeholders dat VS'en-AGZ zich steeds verder specialiseren en dat zij ook steeds meer (kunnen) worden ingezet op gespecialiseerde zorg. Hierdoor zal er in de komende jaren op expertise/specialisme niveau meer aandacht komen voor deskundig-

²³⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

²³⁶ Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

²³⁷ Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

heidsbevordering, betrokkenheid bij de (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen, wetenschappelijk onderzoek en innovatie naar expertisegebied. Daardoor ontstaat er een voedingsbodem voor verdere vakinhoudelijke ontwikkelingen. Mogelijk komt er dan ook meer ruimte voor VS'en-AGZ om onderzoek te doen en te promoveren. Hierdoor is er relatief minder capaciteit beschikbaar voor de directe patiëntenzorg, waardoor iets meer instroom in de opleidingen nodig is om aan dezelfde vraag te blijven voldoen.

Binnen de beroepsvereniging V&VN VS bestaan inmiddels diverse netwerken naar expertisegebied, zoals het Netwerk VS Verpleeghuis, Oncologie, SEH en Eerste lijn. Via deze netwerken worden kennis en ervaringen naar expertisegebied uitgewisseld via onder andere online platforms, congressen en magazines. Ook is in 2018 het Wetenschappelijk College Verpleegkunde V&VN opgericht, voor onderbouwing en doorontwikkeling van het verpleegkundig vak.²³⁸ Hiermee wordt de basis gelegd voor verdere toekomstige vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien bovenstaande bevindingen hanteert het Capaciteitsorgaan in deze raming voor de parameter 'vakinhoudelijke ontwikkelingen' de waarde **1,5%**. Er is meer benodigde inzet van VS'en-AGZ te voorzien vanwege de inzet op additionele taken. Op dit moment ontbreekt de zelfstandige bevoegdheid tot schouwen nog. Om deze reden is deze ontwikkeling nog niet meegenomen in de parameterwaarde.

6.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie²³⁹ en het verminderen van administratieve lasten.²⁴⁰ Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Ook volgens KPMG (2018) is verdere efficiencywinst in de productiviteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg beperkt. Oplossingen voor de toekomst moeten volgens KPMG gezocht worden in slimmer werken en het anders organiseren van de zorg.²⁴¹ In de e-health monitor (2018) wordt geconcludeerd dat het digitaliseren van zorgprocessen het overschrijven en dus de registratielast kan terugdringen, maar dat zorgprofessionals in de praktijk juist meer registratielast ervaren.²⁴² De gehanteerde parameterwaarde is vastgesteld op **0%**.

²³⁸ V&VN (2019). Verpleegkundigen werken aan wetenschappelijke inhaalslag. Geraadpleegd op 23-07-2019, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2680424/Verpleegkundigen-werken-aan-wetenschappelijke-inhaalslag>

²³⁹ Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

²⁴⁰ (Ont)regel de zorg.

²⁴¹ KPMG (2018). Healthcheck. Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg.

²⁴² Wouters, M. et. Al. (2018). eHealth-monitor. E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Nictiz. Nivel.

6.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Hieronder bespreken we taakverschuivingen tussen VS'en-AGZ en PA's en VS'en-AGZ en aiossen.

6.3.1 Geen structurele taakverschuivingen tussen VS'en-AGZ en PA's

Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er met name in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van PA's en VS'en. Uit eerder onderzoek bleek dat een visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbrak en dat het in dienst nemen van een PA of VS veelal op toeval berust.^{243 244 245 246}

Ook uit onderzoek van HHM blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. De verschillen zitten hem vooral in de mate waarin deze invloeden een rol spelen en waar accenten worden gelegd. Zo is de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen vaker een reden om een VS op te leiden of aan te nemen dan bij de PA's. Ook spelen verbetering van de organisatie van de zorg en het uitvoeren van projecten/innovaties vaker een rol bij de keuze voor een VS. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen. In de MSZ worden PA's weer vaker dan VS'en aangenomen en opgeleid vanwege een hoge werkdruk van of beperkte capaciteit aan medisch specialisten en aiossen. En in de huisartsenzorg zijn opvolgingsproblematiek en de wens van de huisarts om minder uren te werken wat vaker een stimulans voor de inzet van een PA, dan dat voor een VS het geval is. Echter, ook bij de VS'en spelen deze zaken een stimulerende rol bij het opleiden en aannemen.²⁴⁷

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om de VS en de PA op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen VS'en en/of PA's. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

²⁴³ Laurant M, van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

²⁴⁴ Lovink M, Van Vught A, Van den Brink G, Laurant M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijns geneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

²⁴⁵ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

²⁴⁶ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

²⁴⁷ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

6.3.2 Taakverschuivingen vanuit aios in de medisch specialistische zorg

In de medisch specialistische zorg ervaren managers dat de zorgvraag en het aantal medisch specialisten toeneemt, terwijl de capaciteit aan aiossen niet mee stijgt. Aiossen kunnen niet zo veel meer worden ingezet tijdens de diensten (zie hoofdstuk 8.1.)²⁴⁸ Dit komt onder andere door effectuering van de individualisering van de opleidingsduur (Opleidingsakkoord 2013).^{249 250}

Managers ervaren knelpunten in de formatie wanneer het gaat om het rondkrijgen van roosters voor niet-complexe en/of generalistische taken, zoals het invullen van de zaalartsfunctie. Managers zetten daarom andere zorgprofessionals in om de roosters rond te krijgen. Dit zijn bijvoorbeeld aniossen, ziekenhuisartsen, PA's en VS'en-AGZ. Voor 7% van de respondenten in de MSZ is de beperkte capaciteit aan aiossen een reden voor het opleiden en aannemen van een VS.²⁵¹ Een andere oplossing waarvoor een deel van de managers kiest is het aanbieden van een 'bijbaan' aan aiossen. Zij worden dan buiten hun opleiding om, betaald ingezet in het ziekenhuis.

De individualisering van de opleidingsduur van aiossen wordt gemonitord.²⁵² Vanaf juli 2014 is de opleidingsduur met circa 3 maanden verkort. Momenteel spreken veldpartijen over het beoogde doel van de geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur.^{253 254 255} Wanneer de opleidingsduur van aiossen na 2019 verder afneemt en het oorspronkelijke doel van een inkorting van 6 maanden in 2022 wordt aangehouden, dan is te voorzien dat de extra vraag naar VS'en die hieruit voortkomt de komende jaren aanhoudt. Om het effect van deze trend op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ mee te kunnen nemen in de raming is op basis van aannames een doorrekening gemaakt (zie paragraaf 8.1.4 voor de berekening en verdere achtergrondinformatie). Aangenomen wordt dat het doorzetten van de inkorting van de opleidingsduur van aiossen tot het beoogde doel een jaarlijkse taakverschuiving van **0,12%** per jaar voor de gehele beroepsgroep betekent.²⁵⁶ In andere sectoren dan de MSZ zijn er geen signalen dat er sprake is van structurele horizontale taakverschuivingen van aiossen naar VS'en-AGZ.

²⁴⁸ Zorgvisie (2019). Verkorting opleiding medisch specialist geeft roosterproblemen ziekenhuis. 11 feb 2019.

²⁴⁹ SOM (2016). Taakherschikking als reactie op individualiseren van de opleiding. "Met het Opleidingsakkoord van oktober 2013 is afgesproken de medisch specialistische vervolgoopleidingen te versnellen met 7,5%. [...] Door de verminderde aios-inzet zal taakherschikking in toenemende mate worden ingezet."

²⁵⁰ Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgoopleidingen.nl/opleidingsakkoord>. Gemaakte afspraak: "Er komt een geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur. Die bedraagt gemiddeld 4,8 maand voor alle aios in 2022 of omgerekend gemiddeld zes maanden voor 80% van de aios."

²⁵¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁵² RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019.

²⁵³ Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgoopleidingen.nl/opleidingsakkoord>.

²⁵⁴ Voor de actuele status zie: <http://www.medischevervolgoopleidingen.nl/individualisering>.

²⁵⁵ RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019. Inkorting bedraagt per 12-03-2019 -2,78 maanden vanaf 1-7-2014.

²⁵⁶ Aangenomen dat 15% van deze taken wordt overgenomen door de VS gaat het om $16,36 \times 0,35 = 2,45$ fte per jaar. Dit betekent een jaarlijkse benodigde groei in fte van 0,12% ten opzichte van de huidige fte's aan VS'en, te weten 2.121. Dit percentage wijkt af van de waarde binnen de raming voor de VS in de MSZ, omdat de waarde daar betrekking heeft op een kleinere groep en daarmee hoger uitvalt.

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de onzekerheid over verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen in de medisch specialistische zorg wordt voor de parameter 'horizontale taakverschuivingen' wordt een bandbreedte van **0,0%** tot **0,12%** aangehouden. Bij 0,0% is het uitgangspunt dat er geen verdere inkorting van de opleidingsduur plaatsvindt. Bij 0,12% is de aanname dat dit wel het geval is.

6.4 Verticale taakverschuivingen

In deze paragraaf worden de belangrijkste ontwikkelingen op het vlak van verticale taakverschuivingen benoemd. Hiervan wordt verwacht dat deze de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ op het vlak van verticale taakverschuivingen. Hieronder vindt u eerst een toelichting op de gehanteerde begrippen en een beschrijving van de dataverzameling.

Taakverschuiving, -herschikking, -vernieuwing en -delegatie

Taken verschuiven van geneeskundig specialisten en a(n)ios naar beroepen zoals PA's, VS'en, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen. Wanneer gespecialiseerd verpleegkundigen of ondersteunende zorgprofessionals medische taken uitvoeren onder supervisie van een arts is er sprake van 'taakdelegatie'. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg ligt bij de arts. VS'en (en PA's) beschikken over zelfstandige bevoegdheden voor bepaalde voorbehouden handelingen. Bij deze beroepen wordt veelal niet gesproken van taakdelegatie, maar van 'taakherschikking'. Hierbij worden taken structureel herverdeeld met bijbehorende overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Naast taakverschuiving kan er sprake zijn van 'taakvernieuwing' of 'suppletie'. Hierbij verrichten VS'en of PA's taken die voorheen niet of slechts in beperkte mate werden uitgevoerd. Voorbeelden zijn taken op het vlak van preventie, organisatie van de zorg, innovatieprojecten of communicatie met patiënten en/of naasten. Deze additionele taken worden besproken in paragraaf 6.1.

In deze raming corrigeren wij de parameter 'verticale taakverschuivingen' voor het aantal fte aan zorg van geneeskundig specialisten dat wordt overgenomen door VS'en-AGZ. Hierbij gaat het alleen om taken waarvan aangenomen wordt dat deze ook in de komende jaren door VS'en-AGZ zullen worden uitgevoerd. Omdat het hier taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus betreft, wordt gesproken over 'verticale' taakverschuivingen.

Dataverzameling

Om zicht te krijgen op de verticale taakverschuivingen naar (en van) VS'en-AGZ zijn zes (deel)onderzoeken uitgevoerd. Ten eerste is bij VS'en-AGZ geïnventariseerd hoeveel zorg zij over kunnen nemen van de geneeskundig specialist met wie zij het meeste samenwerken. Dit wordt uitgedrukt in uren. Ten tweede zijn focusgroepen georganiseerd, waarbij VS'en, geneeskundig specialisten, PA's, managers en werkgevers zijn gevraagd om hun visie te geven op onder andere taakverschuivingen in hun sector. Ten derde zijn interviews gehouden met betrokkenen bij de besluitvorming over het aan nemen en/of opleiden van VS'en-AGZ. Aan hen is gevraagd welke redenen zij hebben om dit wel of niet te doen. Deze bevindingen zijn vervolgens getoetst in een digitale enquête onder 651 bestuurders,

managers, HR-professionals, onderwijsadviseurs en geneeskundig specialisten die betrokken zijn bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van VS'en-AGZ. Besluiten over het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ worden het vaakst genomen door het management van een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) of cluster, zorgmanagers en hoofden van een (medische) behandel-dienst.²⁵⁷ Verder zijn veldgesprekken gevoerd met VS'en en branche- en sectororganisaties en vond literatuurstudie plaats. Tenslotte zijn deze bevindingen vergeleken met de taakverschuivingen die voorzien worden vanuit de ramingen voor de geneeskundig specialisten (zie paragraaf 6.4.7). De bevindingen van de hiervoor genoemde uitvragen zijn hierna weergegeven.

6.4.1 VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

Iets meer dan 66% van de VS'en-AGZ geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de geneeskundig specialist worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ. Het betreft dan werkzaamheden van de geneeskundig specialist met wie zij het meeste samenwerken. Het gaat volgens deze groep om gemiddeld 13,8 uur per week. Wanneer gekeken wordt naar het aantal uren inclusief de groep die aangeeft dat er geen werkzaamheden meer naar de VS-AGZ kunnen, dan gaat het om gemiddeld 9,7 uur per week.²⁵⁸

Hoewel deze inschattingen van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van geneeskundig specialisten omvangrijk zijn, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{259 260 261 262} Om deze reden zijn ook aanverwante beroepsgroepen en betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van VS'en bevroegd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen.

De grootste groep respondenten voorziet dat het aantal VS'en-AGZ, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.^{263 264} De voorziene groei in de focusgroepen ligt voor de meeste sectoren wat hoger met bijvoorbeeld 20-25% in de heelkunde en interne geneeskunde en 100% in de verpleeghuiszorg.²⁶⁵ De daadwerkelijke historische groei van het aantal fte aan VS'en-AGZ lag met circa 10% per jaar vanaf 2012 wat hoger.

²⁵⁷ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁵⁸ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

²⁵⁹ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

²⁶⁰ Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. *BMC Advies, januari 2017*.

²⁶¹ Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

²⁶² Kouwen, A.J., Van der Brink, G.T.W.J., Kleven, P., Leferink, N., Van Vugt, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016) Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Nijmegen: Radboudumc.

²⁶³ Modus en mediaan komen veelal overeen.

²⁶⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁶⁵ Over een vijfjaarsperiode

6.4.2 Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan zorgprofessionals en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en geneeskundig specialisten vaker voor de inzet van een VS-AGZ (of een PA). Arbeidsmarktfactoren is één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een VS-AGZ. Met name de krapte aan en werkdruk van specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen worden in dit kader regelmatig genoemd. In de gehandicaptenzorg speelt dit thema ook een rol, maar in iets mindere mate.²⁶⁶ Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor een VS-AGZ zouden kiezen. De arbeidsmarktkrapte maakt dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist, eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een VS-AGZ eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

In de huisartsenzorg is naast krapte en een hoge werkdruk ook opvolgingsproblematiek een veelgenoemde stimulans voor het opleiden en aannemen van een VS-AGZ.²⁶⁷ Wanneer er geen opvolger gevonden wordt en/of er een lokale krapte aan huisartsen is, kiezen huisartsenpraktijken vaak voor de inzet van een HIDHA, waarnemer, VS en/of PA. Sinds 2012 neemt het aantal fte aan VS'en in de huisartsenzorg met een jaarlijkse groei van circa 15% sneller toe dan in de meeste andere sectoren. Alleen in de verpleeghuiszorg, waar de zorgvraag snel toeneemt door vergrijzing, neemt het aantal fte aan VS'en met zo'n 19% per jaar sneller toe. In de huisartsenzorg zijn de meningen sterk verdeeld over de ontwikkeling van het aantal VS'en in de sector. Het merendeel voorziet een toename in de komende 5 jaar, waarbij de schattingen uiteenlopen van 5% tot >50%.^{268 269}

In de wijkzorg wordt gezien dat een tekort aan en de werkdruk van huisartsen zorgt voor een toenemende behoefte aan zorgprofessionals naast de huisarts, met een eigenstandige bevoegdheid voor diagnose stellen en medicatie voorschrijven. Ook binnen de acute zorg speelt krapte op de arbeidsmarkt een rol bij taakverschuivingen naar VS'en-AGZ (en PA's). Zowel op de SEH (SEH-artsen) als bij de Ambulancezorg (Ambulanceverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, masters) is er sprake van personele tekorten, waardoor taakherschikking en -verschuiving plaatsvindt.²⁷⁰ In de gehandicaptenzorg speelt de werkdruk van en krapte aan artsen verstandelijk gehandicapten een stuwende rol in de inzet van VS'en.²⁷¹

De VS-AGZ wordt daarbij gezien als een beroepsgroep die bijdraagt aan de continuïteit van zorg. De VS-AGZ wordt door managers en geneeskundig specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'. Vanwege de geboden continuïteit van zorg wordt de VS-AGZ ook

²⁶⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁶⁷ Idem.

²⁶⁸ Idem.

²⁶⁹ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

²⁷⁰ Idem.

²⁷¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

gezien als een mogelijke oplossing voor hoge werkdruk of (regionale) tekorten aan artsen. In dergelijke situaties kiest een deel van de zorgorganisaties voor een VS-AGZ, omdat een tijdelijke waarnermer of een basisarts/anios naar verwachting sneller vertrekt.

De krapte aan geneeskundig specialisten is in de huisartsenzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg landelijk (zeer) hoog.^{272 273 274 275} In de medisch specialistische zorg zijn er regionale verschillen in de werkdruk en ervaren krapte aan medisch specialisten. In regio Noord en in iets mindere mate in regio Zuid lijken deze zaken vaker een rol te spelen bij de keuze voor een VS-AGZ dan in andere regio's.²⁷⁶ Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ. Landelijk gezien valt in de medisch specialistische zorg de krapte aan gespecialiseerd verpleegkundigen op, terwijl er juist een lage onvervulde vraag is naar medisch specialisten.^{277 278}

6.4.3 Toenemende bekendheid

De arbeidsmarktkrapte is in sommige organisaties een reden om te beginnen met het verschuiven van taken. Toch komt er vaak een proces op gang zodra de eerste VS'en-AGZ in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde van het beroep zien, waarna er visie en beleid ontstaat op taakverschuiving en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt.

Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van VS'en-AGZ een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal VS'en toeneemt, stijgt ook de bekendheid. Daarnaast vindt vaak ook kruisbestuiving plaats: een geneeskundig specialist of manager heeft bij een eerdere werkgever samengewerkt met een VS en introduceert het beroep bij zijn nieuwe werkgever en collega's. Een kanttekening hierbij is dat wanneer een geneeskundig specialist ooit een slechte ervaring heeft gehad met een VS deze ervaring niet zelden gegeneraliseerd wordt naar de gehele beroepsgroep.

In de gehandicaptenzorg speelt vaker dan in andere sectoren onbekendheid met het beroep van VS-AGZ.²⁷⁹ Door deze onbekendheid is er met name bij artsen terughoudendheid bij het aanstellen of opleiden. Hierin lijkt, mogelijk mede vanwege arbeidsmarktkrapte of toenemende bekendheid, de

²⁷² Batenburg, R. et.al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

²⁷³ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. 'parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%'.

²⁷⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. 'parameterwaarde onvervulde vraag specialisten ouderengeneeskunde: 10,5-16%'.

²⁷⁵ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. 'parameterwaarde onvervulde vraag Arts voor Verstandelijk Gehandicapten: 20-26%'.

²⁷⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁷⁷ Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2018-2021: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen. Vanaf pagina 48 'Onvervulde vraag'. De vacaturegraad loopt uiteen van 3,7% voor dialyseverpleegkundigen tot 14% voor IC-verpleegkundigen.

²⁷⁸ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. 'Het ongewogen gemiddelde van de onvervulde vraag over alle medisch specialismen is 1,66%. De onvervulde vraag varieert van 0% (heelkunde) tot 12,5% (SEH)'.

²⁷⁹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

laatste jaren een kentering te komen. Organisatie breed beleid of een visie op de inzet van VS'en-AGZ ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties.^{280 281 282}

6.4.4 (Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Voor bepaalde taken worden de VS expliciet genoemd in de richtlijnen en normeringen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de richtlijnen Geriatrie, Heupdysplasie, COPD en de SONCOS-normeringen. Hierdoor verwachten stakeholders dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt.²⁸³

Een studie van het RIVM naar de effecten van veranderingen in richtlijnen toonde voor drie richtlijnen aan dat wijzigingen hierin zorgden voor een stijging van het zorggebruik. Demografische of epidemiologische veranderingen droegen daarentegen nauwelijks bij aan een stijging van het zorggebruik.²⁸⁴ De (door)ontwikkeling van kwaliteitseisen van wetenschappelijke verenigingen betekent eveneens dat er meer gemeten wordt in de medisch specialistische zorg. Een deel van het werk dat dit met zich meebrengt wordt uitgevoerd door VS'en-AGZ. Ook in de thuis-/wijkzorg is de verwachting dat uitkomstseisen zullen zorgen voor meer metingen en registraties. De toenemende complexiteit van de medisch verpleegtechnische zorg / verpleegkundige Topzorg vraagt om heldere eisen. Momenteel wordt een start gemaakt met het meten van resultaten, bijvoorbeeld van wondzorg.²⁸⁵

Naast het toenemende aantal richtlijnen, normeringen en uitkomstseisen komen er ook steeds meer consensusdocumenten. Hierin worden op specialisameniveau samenwerkingsafspraken gemaakt en vastgelegd door wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen. Richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijken taakverschuivingen naar VS'en-AGZ en samenwerking volgens enkele betrokkenen in de heekunde.²⁸⁶ Ook het nieuwe beroepsprofiel van de VS'en zorgt voor meer bewustwording van rol en bevoegdheden. Meer duidelijkheid over of een VS kan worden ingezet als hoofdbehandelaar zou taakverschuivingen verder kunnen vergemakkelijken. Dit verschilt echter per ziekenhuis en MSB. Ook is er onzekerheid over eisen aan de VS-AGZ die zorgverzekeraars en zorgkantoren nu en in de toekomst stellen.²⁸⁷

²⁸⁰ Lovink, M., Van Vught, A. Van den Brink G., Laurant M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ Healthcare & Eerstelijns geneeskunde.

²⁸¹ Van der Biezen, M., Vermeulen, H., Laurant, M., & Derckx, E.. (2017). Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg. IQ Healthcare en Stichting KOH.

²⁸² Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

²⁸³ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

²⁸⁴ Plasmans, M.H.D. & Koopmanschap, M.A. (2014). De invloed van veranderingen in richtlijnen op zorggebruik. Analyse van cholesterolverlagers, TNF-alfaremmers en oogoperaties. Bilthoven: RIVM.

²⁸⁵ Verpleegkundige Topzorg (2019). "Bij de huidige verschuiving van de tweede- naar de eerste lijn is het van groot belang te zorgen dat de wijkverpleegkundigen op specialistische kennis goed ondersteund worden. Dit kan middels een specialistisch team wat ingeschakeld kan worden door de wijkverpleegkundige, huisarts en/of de verpleeghuisarts. Verpleegkundige Topzorg is opgericht door acht zorgorganisaties met het doel kwalitatief hoogwaardige wondzorg in de thuissituatie te faciliteren. Dit is fijn voor de patiënt en zorgt voor een kostendaling in de zorg. Verpleegkundige Topzorg wil niet concurreren met andere zorgaanbieders, maar juist aansluiten bij bestaande structuren en transmurale samenwerkingen." Geraadpleegd op 17-10-2019, van www.verpleegkundigtopzorg.nl

²⁸⁶ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

²⁸⁷ Idem.

6.4.5 Toenemende specialisatie stimulators voor taakverschuivingen

Taakverschuivingen naar de VS-AGZ (en de PA) gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de geneeskundig specialist. Medisch specialisten richten zich vaker op een deelgebied of op nieuwe behandelmogelijkheden binnen hun specialisme. Voor vrijwel alle medisch specialisten geldt dat er verdere subspecialisatie plaatsvindt. Dit lijkt deels toe te schrijven aan technologische mogelijkheden voor bijvoorbeeld interventie-cardiologie, deels aan volumenormen en deels aan kwaliteitsrichtlijnen.²⁸⁸ Het inzetten van de juiste professional op de juiste plek is voor circa een derde van de respondenten in de MSZ, de huisartsenzorg en de ouderenzorg reden voor het opleiden en aannemen van een VS.²⁸⁹

Ook van de specialisten ouderengeneeskunde nemen VS'en en PA's minder complexe taken over.²⁹⁰ In de gehandicaptenzorg kunnen VS'en eveneens minder complexe taken overnemen van de arts verstandelijk gehandicapten, zodat deze zich meer kan richten op de complexe, specialistische zorg en behandeling.²⁹¹ De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat naar de VS-AGZ.

In het verlengde hiervan is er ook bij de VS-AGZ sprake van verdergaande specialisatie. Veelgenoemde redenen voor het opleiden of aannemen van een VS-AGZ zijn de aandacht van VS'en voor specifieke patiëntengroepen en gebieden.²⁹² In de medisch specialistische zorg is de zorg voor specifieke patiëntengroepen voor 38% van de respondenten een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en. In de huisartsen- en verpleeghuiszorg is dit zo'n 25%. 27% van de VS'en geeft dan ook aan dat er klachten/patiëntengroepen zijn die niet door de geneeskundig specialist worden gezien, maar wel door de VS.²⁹³ Het gaat dan in de huisartsen- en ouderenzorg bijvoorbeeld om wondzorg en diabeteszorg. Specifiek in de huisartsenzorg gaat het bijvoorbeeld ook om dermatologie. In de medisch specialistische zorg betreft het bijvoorbeeld SOA-zorg, benigne (mamma)klachten, instellen NVS²⁹⁴, geheugenstoornissen of onderzoek in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

6.4.6 Geen structurele verschuivingen vanuit VS-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van VS'en naar andere zorgprofessionals, zoals gespecialiseerd verpleegkundigen, praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van VS'en raken de werkzaamheden van geneeskundig specialisten en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden VS'en in diverse sectoren tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 35% van de VS'en-AGZ geeft onderwijs en 6% begeleidt en coacht collega's (anders dan a(n)ios of coassistenten).²⁹⁵

²⁸⁸ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

²⁸⁹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁹⁰ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde.

²⁹¹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.

²⁹² HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

²⁹³ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

²⁹⁴ Nervus Vagus Stimulatie (NVS) is een aanvullende behandeling voor mensen met een moeilijk behandelbare epilepsie.

²⁹⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

Wellicht gaan er door professionalisering van de verpleegkundigen straks taken van de VS naar hbo- en gespecialiseerd verpleegkundigen en/of researchverpleegkundigen. Omgekeerd kan er ook meer zorg van deze verpleegkundigen naar VS'en-AGZ gaan, omdat de zorg complexer wordt.²⁹⁶ Dit lijkt momenteel nog niet voor te komen. Er zijn daarom geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen hiervoor bij te stellen.

6.4.7 Voorziene taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten

De in de voorgaande subparagrafen genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door geneeskundig specialisten, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de ramingen voor de geneeskundig specialisten²⁹⁷. Om de verwachte taakverschuivingen te kunnen vergelijken is gecorrigeerd voor taakverschuivingen naar andere beroepsgroepen dan de VS-AGZ, zoals verpleegkundig endoscopisten, POH's of PA's.²⁹⁸ Ook heeft een correctie plaatsgevonden voor de omvang van de beroepsgroepen.²⁹⁹

Er is niet gecorrigeerd voor de factor tijd. Mogelijk besteden VS'en-AGZ meer of minder tijd aan het uitvoeren van verschoven taken dan geneeskundig specialisten. In veldgesprekken komt naar voren dat het niet ongebruikelijk is dat VS'en-AGZ meer tijd hebben voor een consult dan een geneeskundig specialist. Uit diverse studies blijkt dat VS'en meer tijd besteden aan werkzaamheden en patiëntengroepen dan geneeskundig specialisten bij vergelijkbare werkzaamheden en patiëntengroepen.^{300 301 302 303} Een mogelijke verklaring is dat deze extra tijd besteed wordt aan additionele taken (bijvoorbeeld het geven van meer voorlichting aan patiënten). Gezien het gebrek aan eenduidige literatuur hierover is er bij de vergelijking van de inschattingen van de omvang van taakverschuivingen van de ramingen van de geneeskundig specialisten, niet gecorrigeerd voor de factor tijd.

Ook heeft geen correctie plaatsgevonden voor verschillen in de omvang van een fte tussen geneeskundig specialisten en VS'en-AGZ. Hierdoor komt de doorrekening van de omvang van de taakverschuivingen wat lager uit dan waarschijnlijk daadwerkelijk het geval zal zijn. De inschattingen zijn

²⁹⁶ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

²⁹⁷ Zie www.capaciteitsorgaan.nl/publicaties voor de Capaciteitsplannen 'Arts verstandelijk gehandicapten', 'Huisartsgeneeskunde', 'Medische (klinisch technologische) specialismen en Spoedeisende geneeskunde'.

²⁹⁸ Bij de programmasecretarissen die betrokken waren bij de ramingen van de geneeskundig specialisten is uitgevraagd in hoeverre in de dataverzameling een uitsplitsing is gemaakt naar beroepen waarnaar taken verschuiven. Waar dit niet het geval was, is gewerkt met schattingen van deze programmasecretarissen over het aandeel taken dat verschuift naar VS'en AGZ en/of PA's. Wanneer zij geen onderscheid konden maken, is het aantal fte aan te verschuiven taken evenredig verdeeld over de beroepen.

²⁹⁹ Wanneer er bijvoorbeeld 0,3% minder fte aan medisch specialisten moet worden opgeleid vanwege taakverschuivingen, betekent dat niet dat er 0,3% meer verpleegkundig specialisten AGZ moeten worden opgeleid dan er nu zijn, omdat de omvang van de beroepsgroepen sterk verschilt.

³⁰⁰ Dierick-van Dale, A., Metsemakers, J., Derckx, E., Spreeuwenberg, Vrijhoef, H. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners in the care for patients with common complaints; a randomised controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65(2): 391-401.

³⁰¹ Wijers, N., Van der Burgt, R. & Laurant, M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.

³⁰² Van der Biezen, M. (2017). The impact of Nurse Practitioners in Primary Care. Radboud Universiteit. Nijmegen.

³⁰³ Van den Brink, G., Kouwen, A., Hooker, R., Vermeulen, H. & Laurant, M. (2019). An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners. *Human Resources for Health* 2019;17:78.

verkregen in het kader van de ramingen voor de geneeskundig specialisten. Onbekend is of en zo ja, in hoeverre, er strategische inschattingen zijn gedaan met het oog op de hoogte van het ramingsadvies voor het aantal opleidingsplaatsen voor geneeskundig specialisten.

Na het doorvoeren van deze correcties blijkt dat er (op basis van de ramingen van de geneeskundig specialisten) afgerond 58-97 fte aan werkzaamheden per jaar verschuiven van geneeskundig specialisten naar de VS-AGZ. Zie Tabel 19 (op de volgende pagina). Hierbij is de 58 fte gebaseerd op de minimale waarden voor verticale taakverschuivingen in de ramingen van artsen verstandelijk gehandicapten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en specialisten ouderengeneeskunde. Dit is dus het minimale scenario. De 97 fte is gebaseerd op de maximale waarden in deze ramingen. Uitgaande van deze waarden is er per jaar 2,75% tot 4,56% meer fte aan VS'en-AGZ nodig, alleen om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

De meeste capaciteit in absolute aantallen verschuift vanuit de sociaal geneeskundigen, medisch specialisten en de huisartsen. Dit komt vooral omdat deze beroepsgroepen relatief groot zijn. Relatief gezien verschuiven vanuit de specialisten ouderengeneeskunde de meeste taken naar andere beroepen, namelijk -1%/-2% per jaar. De groeipercentages zijn het hoogst voor de VS'en in de sociale geneeskunde, omdat zij daar met een relatief kleine groep werkzaam zijn. Hoewel er ook in de medisch specialistische zorg verdere taakverschuivingen naar VS'en (en PA's) voorzien worden, liggen de inschattingen voor de omvang van deze taakverschuivingen in deze sector lager dan in andere sectoren. Hierdoor is het effect op de benodigde opleidingscapaciteit in deze sector minder groot dan in andere sectoren het geval is. Mogelijk zijn de inschattingen lager doordat VS'en (en PA's) al langer en in grotere getale actief zijn in deze sector waardoor er al veel taken zijn verschoven. Een andere verklaring is dat VS'en (en PA's) vaker taken overnemen van geneeskundig specialisten bij uitbreiding van de zorgvraag. In de medisch specialistische zorg groeit de zorgvraag minder sterk dan in andere zorgsectoren.

De richting van de inschattingen van de ramingen van de geneeskundig specialisten en de bevindingen zoals besproken in de rest van paragraaf 6.4 sluiten op elkaar aan. Verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van geneeskundig specialisten over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers en bestuurders. Inschattingen van specialisten, managers en bestuurders die samenwerken met een VS-AGZ zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

Tabel 19: Doorrekening taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten (GS) naar VS'en-AGZ

	Parame- terwaar- den taakver- schui- ving ra- ming GS	FTE aan GS per 1- 1-2019	FTE aan jaarlijks te ver- schuiven taken	FTE aan VS-AGZ per 1-1- 2019	% taken dat ver- schuift naar VS'en- AGZ	Aantal FTE aan taken dat ver- schuift naar VS'en- AGZ	% verti- cale taakver- schuivin- gen naar VS'en- AGZ
Arts verstandelijk gehandicapten (minimale waarde)	-0,20%	208	0,42	32	100%	0,42	1,30%
Arts verstandelijk gehandicapten (maximale waarde)	-0,50%	208	1,04	32	100%	1,04	3,25%
Huisartsen (minimale waarde)	-0,60%	9.496	56,98	197	16,50%	9,4	4,77%
Huisartsen (maximale waarde)	-1,40%	9.496	132,94	197	16,50%	21,94	11,13%
Medisch specialisten ³⁰⁴	-0,33%	20.785	69,33	1384	33%	22,88	1,65%
Revalidatie artsen	-0,20%	440	0,88	39	50%	0,44	1,13%
Sociaal geneeskundigen (minimale waarde)	-0,50%	3.300	16,5	39	100%	16,5	42,31%
Sociaal geneeskundigen (maximale waarde)	-1,00%	3.300	33,0	39	100%	33	84,62%
Specialist ouderenge- neeskunde (minimale waarde)	-1,00%	1.452	14,52	389	60%	8,71	2,24%
Specialist ouderenge- neeskunde (maximale waarde)	-2,00%	1.452	29,04	389	60%	17,42	4,48%
Totaal minimale band- breedte ³⁰⁵	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	2.121	n.v.t.	58,35	2,75%
Totaal maximale band- breedte ³⁰⁶	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	2.121	n.v.t.	96,72	4,56%

³⁰⁴ Inclusief klinisch technologisch specialisten en SEH-artsen. Exclusief revalidatieartsen.

³⁰⁵ Deze aantallen tellen niet op, omdat niet in alle sectoren taken verschuiven naar VS'en. De taakverschuivingen die er zijn, zijn om een raming op beroepsniveau te maken doorgerekend naar de gehele beroepsgroep. Daarnaast staan sommige aantallen dubbel vermeld in verband met de minimale en maximale waarden voor verticale taakverschuivingen binnen de ramingen voor de arts verstandelijk gehandicapten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en specialisten ouderengeneeskunde.

³⁰⁶ Idem

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **2,75%** tot **4,81%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de laagste inschattingen binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten.

De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals gehanteerd in de ramingen van de geneeskundig specialisten. Een reden hiervoor is dat er in de cijfers in Tabel 19 geen correctie is opgenomen voor de bestede hoeveelheid tijd en het aantal gewerkte uren binnen een fte. Deze correctie vond niet plaats, omdat er geen betrouwbare data voor een dergelijke correctie voorhanden zijn. Dit betekent dat het uitgangspunt van de cijfers in Tabel 19 is dat een VS-AGZ evenveel tijd nodig heeft voor een taak als een geneeskundig specialist en dat een VS evenveel uren werkt in een fte. De VS-AGZ heeft onder meer aandacht voor preventie, zelfmanagement, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Ook zijn er verschillen in het aantal te werken uren. Daardoor is aannemelijk dat VS'en-AGZ meer tijd besteden aan de taken die verschuiven vanuit geneeskundig specialisten. Additionele taken zijn veelal deels gekoppeld aan of komen voort uit verschoven taken.

Verder besluiten vooral zorg-, medisch- en bedrijfskundig managers, hoofden (medische)behandeldienst en de directie van RVE's of clusters over het al dan niet aannemen en/of opleiden van VS'en-AGZ. Alleen in de huisartsenzorg is het gemeengoed dat de geneeskundig specialist, de huisarts, dit besluit neemt. De verwachtingen van deze groep komen grotendeels overeen met die van de maximale inschattingen binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten en deelnemers aan de focusgroepen. De inschattingen van geneeskundig specialisten over de omvang van taakverschuivingen zijn over het algemeen meer behoudend dan inschattingen van managers en bestuurders. Van alle betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van VS'en verwacht de grootste groep een stijging van 5-25% van het aantal VS'en-AGZ in de komende vijf jaar, mede vanwege taakverschuivingen. De inschattingen van de focusgroepen en de daadwerkelijke historische groei liggen hier nog boven.

Gezien deze bevindingen is het aannemelijk dat de taakverschuivingen voor de VS-AGZ hoger liggen dan de ongecorrigeerde doorrekening van de waarden binnen de ramingen van de geneeskundig specialisten. Aangezien exacte cijfers ontbreken, hanteert het Capaciteitsorgaan een lichte ophoging van 0,25%. Daarmee komt de bovenkant van de bandbreedte op 4,81%.

6.5 Arbeidstijdverandering

In de vigerende cao's van de sectoren waarin VS'en-AGZ werkzaam zijn, blijft de gemiddelde arbeidsduur per week stabiel met, afhankelijk van de sector, 36 of 38 uur voor een volledige werkweek.³⁰⁷ Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.³⁰⁸ In het cao-akkoord van de UMC's is afgesproken dat UMC's medewerkers de mogelijkheid bieden om zelf hun arbeidsduur te vergroten of te verminderen.³⁰⁹ Een vergelijkbare afspraak was opgenomen in de cao 2015-2017.³¹⁰ Of en in hoeverre dit daadwerkelijk effect heeft op de omvang van de werktijden van VS'en-AGZ wordt de komende jaren gemonitord door middel van arbeidsmarktonderzoek. In de raming wordt als parameterwaarde **0%** aangehouden.

6.6 Parameterwaarden 'Werkproces'

De parameterwaarden uit de onderstaande tabel zijn gebruikt voor het instroomadvies. Deze waarden zijn ingevoerd in het ramingsmodel en als zodanig meegewogen in het ramingsadvies.

Tabel 20: Parameterwaarden raming 'Werkproces'

	Vak- inhoudelijke ontwikkelin- gen	Efficiency	Taak- verschuiving horizontaal	Taak- verschuiving verticaal	Arbeidstijd- verandering
Verpleegkundig specialist AGZ	1,5%	0%	0,0% - 0,12 %	2,75%-4,81%	0%

³⁰⁷ Cao huisartsenzorg 2017-2019. PRINCIPEAKKOORD CAO HUISARTSENZORG 1 maart 2019 – 31 december 2020 . Collectieve Arbeidsovereenkomst voor de Verpleeg-, Verzorgingshuizen, Thuiszorg en Jeugdgezondheidszorg 2018 – 2019. CAO Gehandicaptenzorg 2017-2019. Cao universitair medische centra 2018-2020. Cao Ziekenhuizen 2017-2019. Revalidatie instellingen vallen onder de cao's van de ziekenhuizen. cao gehandicaptenzorg.

³⁰⁸ LAD / FBZ (2019). Capaciteit PA's en VS'en. 01-08-2019.

³⁰⁹ Cao universitair medische centra 2018-2020. Artikel 6.1.1. Uitbreiding volledige arbeidsduur. Artikel 6.1.2. Vermindering arbeidsduur.

³¹⁰ Cao universitair medische centra 2015-2017. Artikel 6.1.1. Uitbreiding volledige arbeidsduur. Artikel 6.1.2. Vermindering volledige arbeidsduur.



7 Overwegingen en advies

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan gepresenteerd voor het jaarlijks benodigd aantal instromers in de opleidingen tot VS-AGZ. In de vorige hoofdstukken zijn ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan het instroomadvies voor de VS-AGZ. In samenwerking met de werkgroep PA/VS binnen het Capaciteitsorgaan zijn deze ontwikkelingen gekwantificeerd naar parameterwaarden. Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel (zie bijlagen 2, 3 en 4). Het ramingsmodel berekent op basis van de parameterwaarden verschillende toekomstscenario's met bijbehorende adviesvarianten over het benodigde aantal instromers in de opleidingen. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de vraag naar VS'en-AGZ. De toekomstscenario's en bijbehorende adviezen worden besproken in dit hoofdstuk. De bandbreedte van het uiteindelijke instroomadvies wordt gevormd door een keuze van de Werkgroep PA/VS voor twee varianten. Deze keuze is gemaakt op basis van inhoudelijke overwegingen en wordt toegelicht in paragraaf 7.4.

7.1 Het instroomadvies

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van VWS en veldpartijen om in de periode 2021-2024 jaarlijks tussen de **429** en **656** studenten te laten instromen in de opleidingen tot VS-AGZ. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod. Het voorkeursadvies bedraagt **429** instromers per jaar.

Over het geheel genomen zijn er meer instromers in de opleiding tot VS-AGZ nodig in vergelijking met voorgaande jaren. In de afgelopen 5 jaar stroomden er gemiddeld jaarlijks 331 studenten in de opleiding tot VS-AGZ. In alle sectoren stijgt de zorgvraag. Met name in de huisartsenzorg en ouderenzorg valt een sterke toename van de vraag te voorzien. In de ouderenzorg geldt dit zowel voor de verpleeghuizen als voor de wijkzorg. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft, is duidelijk dat de instroom in de opleidingen tot VS-AGZ in de ouderenzorg en huisartsenzorg (zeer) sterk moet stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Ook in overige sectoren zoals de revalidatie, sociale geneeskunde en gehandicaptenzorg overstijgt de (toekomstige) vraag de huidige instroom. In de medisch specialistische zorg wordt het huidige tekort bij gelijkblijvende trends binnen enkele jaren ingelopen. Hierdoor kan binnen het ramingsadvies volstaan worden met een lagere instroom. Aangezien er een aantal ontwikkelingen van invloed is op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ waarvan de impact nog niet precies ingeschat kan worden, kent het advies een brede bandbreedte. Voorbeelden van onzekerheden zijn de precieze hoeveelheid werk die verschuift van geneeskundig specialisten en aiossen naar VS'en-AGZ en de snelheid en omvang van de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

De onderkant van de bandbreedte betreft een doorrekening van de minimale inschattingen voor epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals meer zorg in de eerste lijn en thuis, en taakverschuivingen. Daarbij wordt ervan uitgegaan wordt dat deze trends lange tijd, dus ook na 2029,

aanhouden. De bovenkant van de bandbreedte is gebaseerd op maximale inschattingen aangaande deze ontwikkelingen. Hier gaan we er echter vanuit dat deze minder lang, tot 2029, aanhouden.

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dicht bij de instroom in de afgelopen jaren ligt. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Het voorkeursadvies komt daarom overeen met de onderkant van de bandbreedte en bedraagt **429** instromers in de opleiding tot VS-AGZ per jaar. Zie Tabel 21. Deze tabel geeft inzicht in het benodigde aantal jaarlijkse instromers voor het beroep van PA. De aantallen zijn de uitkomsten van het ramingsmodel. Bij opvolging van dit advies is er over 10 jaar een stijging van het aantal fte aan VS'en-AGZ van ruim 170% te voorzien.

Tabel 21: Advies jaarlijks benodigd aantal instromers VS-AGZ totaal en per sector (exclusief GGZ)

	Medisch specialistische zorg	Huisartsenzorg	Ouderenzorg	Overige sectoren (excl. GGZ)	Totaal beroepsgroep (excl. GGZ)
Voorkeursadvies					
	165	66	161	37	429
Bandbreedte advies					
Minimum	165	66	161	37	429
Maximum	189	132	236	99	656
Gemiddelde instroom 2015 t/m 2019					
	229	31	55	16	331

GGZ

Het instroomadvies voor de VS in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maakt geen onderdeel uit van deze raming en betreft 160 instromers per jaar.³¹¹ De afgelopen 5 jaar startten er jaarlijks gemiddeld 85 studenten met de 2-jarige MANP-opleiding tot VS-GGZ.

Overige sectoren

Voor de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg zijn ramingsadviezen op sectorniveau uitgebracht. In verband met het relatief kleine aantal VS'en-AGZ binnen de revalidatie, gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde bleek het voor deze sectoren niet mogelijk om tot betrouwbare sectorspecifieke adviezen te komen. Uiteraard zijn de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren wel meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep.

Hoewel er geen aparte raming plaatsvond voor deze kleinere sectoren is over het geheel genomen duidelijk dat de instroom in de opleiding tot VS binnen deze sectoren de afgelopen jaren achterbleef op de benodigde instroom. Over de periode 2015 t/m 2019 stroomden er jaarlijks gemiddeld 16 studenten in de opleiding tot VS binnen deze sectoren. In deze overige sectoren wordt door de grootste

³¹¹ Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2020-2024. Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid.

groep stakeholders een toenemende vraag naar VS voorzien. Op dit moment is hun inzet daar echter nog relatief klein. Op dit moment is nog niet te zeggen in hoeverre de vraag naar VS'en-AGZ in deze sectoren zal toenemen, waardoor slechts een beperkte doorrekening in de raming voor het gehele beroep mogelijk was.

Het is belangrijk dat het ramingsadvies voldoende ruimte biedt voor de (verdere) implementatie van VS'en-AGZ in sectoren waar de inzet van deze beroepsgroep tot nu toe nog beperkt is. Daarom is het raadzaam om te borgen dat er bij de verdeling van opleidingsplaatsen voldoende plekken beschikbaar zijn voor deze kleinere sectoren. In de revalidatiezorg zijn er signalen dat er de afgelopen jaren een krapte aan opleidingsplaatsen werd ervaren.

Het verschil tussen de benodigde instroom voor de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg en de totale beroepsgroep bedraagt circa 37 tot 99. Dit is het instroomaantal dat jaarlijks nodig is om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Aangezien er echter geen aparte raming heeft plaatsgevonden voor deze sectoren hebben deze aantallen niet de status van een ramingsadvies en kennen zij een grotere onzekerheidsmarge. Daarom kiest het Capaciteitsorgaan ervoor om hier voor dezelfde afweging te kiezen als voor de andere sectoren, namelijk het minimum van de bandbreedte. Het voorkeursadvies betreft 37 instromers per jaar.

Impact horizontale taakverschuivingen

Het effect van horizontale taakverschuivingen op het ramingsadvies betreft jaarlijks circa 6 plaatsen in de medisch specialistische zorg. Wanneer er geen verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen plaatsvindt, dan kan het advies hiervoor gecorrigeerd worden.

In de volgende paragrafen vindt u meer achtergrondinformatie over de diverse toekomstscenario's, adviesvarianten, evenwichtsjaren en tijdelijke of doorgaande trends.

7.2 Toekomstscenario's

Het ramingsmodel geeft uitkomsten in vijf cumulatief opgebouwde toekomstscenario's: het basis-scenario, het demografiescenario, het werkprocesscenario, het arbeidstijds scenario en het verticale substitutiescenario. Ieder toekomstscenario biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag van de VS-AGZ. In deze paragraaf zijn per toekomstscenario de belangrijkste bevindingen beschreven.

Basisscenario

Het basisscenario beperkt zich tot het berekenen van de effecten van handhaving van het huidige aantal instromers in de opleiding op de toekomstige capaciteit. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van geen verdere actie. In het basisscenario vindt berekening plaats op basis van het aantal nu werkzame beroepsbeoefenaren en de personen die in opleiding zijn of gaan, waarbij rekening wordt gehouden met hun geslacht en leeftijd.

Demografiescenario

Het demografiescenario beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag op basis van de huidige onvervulde vraag, de

verwachte vervangingsvraag en de voorziene demografische ontwikkeling van de patiëntenpopulatie. Het scenario geeft inzicht in de gevolgen van een beleidsarme situatie.

Werkprocessscenario

Het werkprocessscenario bouwt voort op het demografiescenario. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de overige twee zorgvraagparameters: epidemiologie en sociaal-cultureel. Ook worden drie van de vijf parameters van het werkproces meegenomen. Dit zijn: vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuivingen. Dit scenario is uitgebreider dan het demografiescenario en bevat meer onzekerheden, omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen toekomstige ontwikkelingen, zoals beleidswijzigingen. Vooral de parameter sociaal-cultureel is gevoelig voor maatschappelijke en politieke ontwikkelingen door beleidswijzigingen.

Er zijn twee varianten van het werkprocesscenario: een variant met een tijdelijke trend en een variant met een doorgaande trend. Bij de variant met een tijdelijke trend worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen, met uitzondering van demografische ontwikkelingen, voor een periode van 10 jaar doorberekend. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van het beroep. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt juist aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan 18 jaar na publicatie van de raming.

Arbeidstijdsscenario

Voor deze raming wordt aangenomen dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering. Om deze reden zijn er geen uitkomsten berekend voor dit scenario.

Verticale taakverschuivingscenario

Het verticale taakverschuivingscenario is gebaseerd op de hiervoor genoemde scenario's met daarbovenop de parameter verticale taakverschuiving. Verticale taakverschuiving betreft de verschuiving van inzet tussen beroepsbeoefenaars van verschillende opleidingsniveaus. Ook dit scenario splitst zich uit naar een variant met doorgaande trend en een variant zonder doorgaande trend.

7.3 Adviesvarianten per toekomstscenario

Binnen ieder scenario kan in het ramingsmodel gekozen worden voor een vroeg of laat evenwichtsjaar en een al dan niet doorgaande trend. Op basis hiervan geeft het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan verschillende adviesvarianten.

Evenwichtsjaren

Ieder toekomstscenario kent een uitsplitsing naar evenwichtsjaren. Daarmee kan gekozen worden voor een jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Met het uitbrengen van het advies in 2019 is 2021 het eerste jaar waarin het advies in de praktijk opgevolgd kan worden. 2021 is daarmee het eerste bijsturingsjaar. Het eerste evenwichtsjaar – in 2031 – volgt 10 jaar later. Het tweede evenwichtsjaar volgt dan in 2037, 6 jaar daarna. Voor dit ramingsadvies is 2019 het basisjaar.

Over het algemeen wordt het tweede evenwichtsjaar gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur, zoals 4 tot 6 jaar bij medisch specialisten. Er kan ook gekozen worden voor het tweede evenwichtsjaar wanneer aangenomen wordt dat ontwikkelingen zich doorzetten tot na het eerste evenwichtsjaar of wanneer het wenselijk is om wijzigingen in de benodigde instroom te spreiden over meer jaren.

Wanneer er wordt gekozen voor het bereiken van een evenwicht op de arbeidsmarkt in het eerste evenwichtsjaar, werken parameters sterker door. Dan moet er vanaf het eerste bijsturingsjaar sterker bijgestuurd worden om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt. Er is immers een kortere bijsturingsperiode dan wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar.

Tijdelijke of doorgaande trend

Voor ieder toekomstscenario wordt een uitkomst met een tijdelijke trend en een uitkomst met een doorgaande trend berekend. Bij een uitkomst met een tijdelijke trend, worden de verwachte zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen - met uitzondering van demografische ontwikkelingen - slechts voor een periode van 10 jaar doorberekend. 2029 is het trendjaar. Het trendjaar is het jaar waarin de omschreven trends al dan niet stoppen. De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar waarschijnlijk geen effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van VS'en-AGZ. Bij een uitkomst met doorgaande trend wordt aangenomen dat ontwikkelingen zich blijven doorzetten tot aan het tweede evenwichtsjaar: 18 jaar na publicatie van de raming. In Tabel 22 staan de jaren die gehanteerd zijn bij deze raming.

Tabel 22: Relevante jaren raming

Basisjaar	Bijsturingsjaar	Trendjaar	Evenwichtsjaar 1	Evenwichtsjaar 2
2019	2021	2029	2031	2037

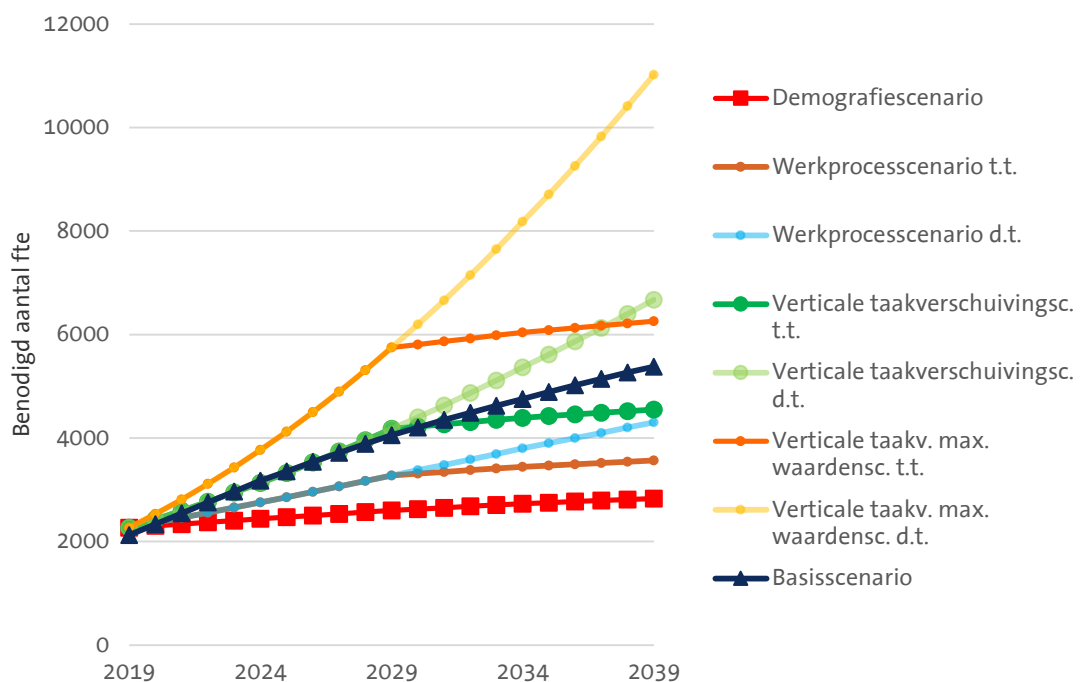
Minimum en maximum waarden

Binnen het verticale taakverschuiving scenario kan gekozen worden voor een minimale of een maximale uitkomstwaarde. Van deze waarden is er één gebaseerd op de laagste parameterwaarden en één op de hoogste parameterwaarden. Het betreft parameters waarbij gekozen is voor het hanteren van een bandbreedte in verband met onzekerheid over de mate waarin trends zich doorzetten. In deze raming is er een bandbreedte gekozen bij de parameters epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, horizontale taakverschuivingen en verticale taakverschuivingen.

Uitkomsten: benodigd aantal fte

Op basis van de toekomstscenario's, de twee evenwichtsjaren (2031/2037), een tijdelijke of doorgaande trend en de minimale en maximale waarden zijn er verschillende adviesvarianten doorgerend. Figuur 18 geeft het aantal fte's weer dat binnen de verschillende scenario's nodig is om in de toekomst aan de zorgvraag te voldoen. De grafiek laat zien dat de vraag naar VS'en-AGZ in alle toekomstscenario's blijft stijgen. Bij vergelijking van het basisscenario met de andere toekomstscenario's is zichtbaar dat de huidige instroom voldoende is om in de meeste scenario's het tekort aan VS'en-AGZ binnen enkele jaren in te lopen. Echter, wanneer er rekening gehouden wordt met (minimale) verticale taakverschuivingen is duidelijk dat er bij continuering van de huidige in- en uitstroom sprake is van een snel oplopend tekort.

Figuur 18: Benodigd aantal fte aan VS'en-AGZ per toekomstscenario



t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

Uitkomsten: benodigd aantal instromers

Het benodigde aantal instromers per adviesvariant is weergegeven in Tabel 23. Binnen het verticale taakverschuivingscenario zijn steeds twee uitkomsten weergegeven. Dit zijn de uitkomsten bij doorrekening van de minimale en de maximale parameterwaarden. De uitkomsten van het arbeidstijdveranderingscenario zijn gelijk aan deze van het werkprocescenario, omdat de parameter arbeidstijdverandering op 0% is vastgesteld en dus geen effect heeft op het instroomadvies.

Tabel 23: Het benodigde aantal instromers per jaar per scenario

Parameters		Basiscenario	Demogra- fie scenario		Werkproces scenario				Arbeidstijd scenario				Verticale taak- verschuiving scenario			
			203 1	203 7	2031		2037		2031		2037		2031		2037	
					t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.	t.t.	d.t.
Zorgaanbod		-														
Opleiding		-														
Zorgvraag	Onvervulde vraag		66	118												
	Demografie															
	Epidemiologie															
Werkproces	Sociaal-cultureel				192	218	198	262								
	Vakinhoudelijk								192	218	198	262	361	429	304	485
	Efficiency												656	801	490	892
	Horizontale taakverschuiving															
	Arbeidstijdverandering															
Verticale taakverschuiving																

t.t.= tijdelijke trend / d.t.= doorgaande trend

7.4 Keuze voor adviesvarianten

t heeft op het instroomadvies.

Tabel 23 geeft inzicht in het benodigde aantal jaarlijkse instromers per adviesvariant voor het beroep van VS-AGZ. Deze aantallen zijn de uitkomsten van het ramingsmodel. In samenspraak met de

werkgroep PA/VS is er een keuze gemaakt voor twee adviesvarianten die tezamen de bandbreedte van het instroomadvies vormen.

Keuze voor een scenario, evenwichtsjaar en trend

Om te beginnen is gekozen voor een passend toekomstscenario. De keuze viel op het verticale taakverschuivingsscenario, omdat dit scenario gebruik maakt van alle parameters, inclusief verticale taakverschuiving. Deze parameter is relevant voor de vraag naar VS'en-AGZ.

Vervolgens is gekozen voor een evenwichtsjaar. Ieder toekomstscenario kent twee evenwichtsjaren. Gekozen kan worden voor het jaar waarin op basis van de raming een evenwicht bereikt wordt tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Voor deze raming is er keuze uit 2031 (eerste evenwichtsjaar) of 2037 (tweede evenwichtsjaar). Aangezien de opleiding een relatief korte opleidingsduur kent in vergelijking met de opleidingsduur van geneeskundig specialisten, ligt een keuze voor het eerste evenwichtsjaar voor de hand.

Omdat niet duidelijk is hoe lang de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan deze raming zich doorzetten, is ervoor gekozen om de bandbreedte van het advies samen te stellen uit een adviesvariant met een tijdelijke trend en een adviesvariant met een doorgaande trend. Aangezien ook onbekend is hoe omvangrijk het effect van bepaalde ontwikkelingen (zoals de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn) op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ in de toekomst zal zijn, is in de bandbreedte ook het verschil in doorrekening van de minimale en de maximale inschattingen weergegeven.

Bandbreedte advies

Op basis van de hiervoor genoemde keuzes adviseert het Capaciteitsorgaan het ministerie van VWS en veldpartijen om jaarlijks **429** tot **656** studenten in te laten stromen in de opleidingen tot VS-AGZ. Bij de onderkant van de bandbreedte betreft het een doorrekening van de minimale inschattingen met betrekking tot epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals meer zorg in de eerste lijn en thuis, en taakverschuivingen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat deze trends lange tijd, dus tot na 2029, aanhouden. De bovenkant van de bandbreedte is gebaseerd op maximale inschattingen aangaande deze ontwikkelingen. Hier gaan we er echter vanuit dat deze minder lang (tot 2029) aanhouden. Een jaarlijks aantal instromers binnen die bandbreedte zorgt voor voldoende instromers op de arbeidsmarkt om een evenwicht te bereiken en te behouden tussen vraag en aanbod.

Voorkeursadvies

Een eerste richtinggevende raming kent altijd een wat grotere onzekerheid dan ramingen die vaker zijn uitgevoerd. Daarom heeft het de voorkeur om binnen de bandbreedte van het advies te kiezen voor een aantal instromers dat dicht bij de instroom in de afgelopen jaren lag. Dit biedt gelegenheid om de opleidingscapaciteit stapsgewijs aan te passen en voorkomt grote schommelingen in de instroom. Het voorkeursadvies komt daarom overeen met de onderkant van de bandbreedte en bedraagt **429** instromers in de opleiding tot VS-AGZ per jaar. Ook wordt aangeraden om VS'en-AGZ waar mogelijk vaker intersectoraal en daarmee toekomstbestendig op te leiden.

8 Sectorspecifieke trends

Inleiding

Verpleegkundig specialisten (VS'en) zijn in diverse zorgsectoren binnen de algemene gezondheidszorg (AGZ) actief. Het Capaciteitsorgaan adviseert in dit Capaciteitsplan over het benodigde aantal instromers in de gehele beroepsgroep. Op verzoek van het ministerie van VWS is verkend in hoeverre er per sector een apart instroomadvies kan worden opgesteld. Op basis van de uitkomsten van het arbeidsmarktonderzoek is besloten dat er voldoende betrouwbare gegevens voorhanden zijn voor specifieke instroomadviezen voor de medisch specialistische (incl. acute zorg), de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Voor de overige sectoren is het aantal werkzamen te laag bevonden. Naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep VS'en- AGZ bevat dit Capaciteitsplan daarom 3 sector-specifieke adviezen. Deze vindt u terug bij de desbetreffende sector in dit hoofdstuk. Uiteraard zijn ook de onderzochte ontwikkelingen in de overige sectoren meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep. Het gaat dan om de revalidatie, gehandicaptenzorg, sociale geneeskunde en anderhalvelijnszorg. Een specifieke beschrijving van ontwikkelingen per sector vindt u ook in dit hoofdstuk.

Dit hoofdstuk heeft als doel om de lezer snel een beeld te geven van relevante gegevens en trends per sector. De teksten overlappen deels met hoofdstuk 3 t/m 6.

Dataverzameling

De in dit hoofdstuk genoemde bronnen zijn steeds dezelfde als voor het gehele advies (zie voorgaande hoofdstukken). Bij de uitvraag van gegevens is steeds specifiek gevraagd naar de sector/de sectoren waarin de VS-AGZ actief is. Vervolgens is voor de sectoren medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg onderzocht welke gegevens bruikbaar zijn voor ramingen, oftewel het vaststellen van parameters, op sectorspecifiek niveau. Waar gegevens op sectorniveau onvolledig of onvoldoende betrouwbaar bleken, zijn gegevens op beroepsniveau gebruikt. Waar dit het geval was is dit aangegeven. De cijfers die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.

8.1 Medisch specialistische zorg (incl. acute zorg)

Binnen deze raming hebben we een instroomadvies opgesteld voor verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ) binnen de sector medisch specialistische zorg. Hierbij is ook de acute zorg meegenomen. Specifieke arbeidsmarktgegevens op sectorniveau zijn te vinden in het alumnionderzoek van Prismant (2019).³¹²

8.1.1 Zorgaanbod

Er werken **1.581** VS'en-AGZ in de medisch specialistische zorg. Deze 1.581 werkzamen werken in totaal 1.384 FTE. Circa **87%** van hen is vrouw. De vrouwen werken gemiddeld **0,87** fte en de mannen **0,92** fte. Gemiddeld is dat 0,88 fte.

³¹² Van de Leemkolk B, Van der Velde F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant.

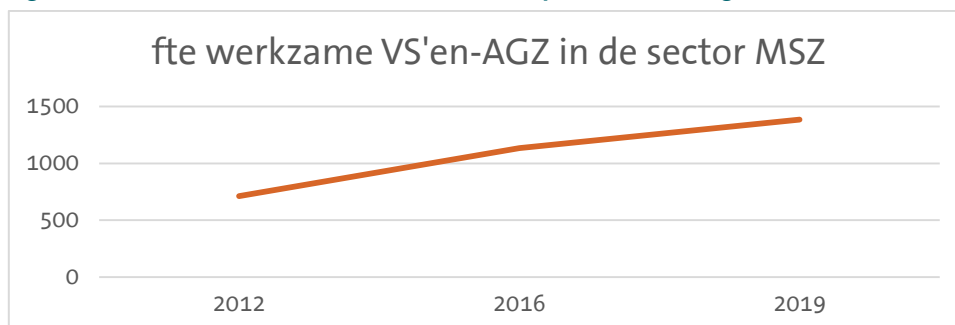
Tabel 24: werkzame VS'en AGZ in de medisch specialistische zorg

	Aantal	Aantal fte	Deeltijd-factor
Man	189	174	0,92
Vrouw	1.264	1.099	0,87
Onbekend	127	110	0,87
Totaal	1.581	1.384	0,88

Van een substantieel deel van de populatie is het geslacht niet bekend. Voor de raming betekent dit dat de verkregen gegevens niet zonder meer verwerkt kunnen worden, aangezien het ramingsmodel rekent met de gegevens van groepen 'mannen' en 'vrouwen'. Verder heeft de groep 'onbekend' een iets lagere deeltijdfactor dan de groepen mannen en vrouwen. Om de gegevens van de groep 'onbekend' goed mee te kunnen nemen, moeten de deeltijdfactoren van beide groepen iets omlaag. Dit is hersteld in een correctieberekening.³¹³

De fte van werkzame VS'en-AGZ is sinds 2012 sterk gestegen: van ca. 711 in 2012 tot ca. 1.384 in 2019, maar die groei vlakt wel af. In een figuur:

Figuur 19: fte werkzame VS'en-AGZ in de medisch specialistische zorg



De ratio tussen het aantal VS'en-AGZ en het aantal medisch specialisten (MS) stijgt ook: waren er in 2012 nog ca. 4,6 fte VS'en-AGZ per 100 fte MS, is dit per 2019 opgelopen naar 8,4 fte VS'en-AGZ per 100 fte MS.³¹⁴ Ook hier vlakt de groei af: in 2016 waren er 7,0 fte VS'en-AGZ per 100 fte MS. Deze inzet verschilt sterk per specialisme: de hoogste ratio vinden we bij klinische geriatrie (ca. 27,3 fte VS op 100 fte MS) en bij heelkunde (ca. 18,6 fte VS op 100 fte MS).

In het alumnionderzoek is uitgevraagd in welke medisch specialismen de VS'en werken. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid gelezen worden gezien het soms lage aantal respondenten. De meeste VS'en zijn te vinden bij de interne geneeskunde (inclusief oncologie, ca. 282 fte) en in de heelkunde (inclusief oncologie, ca. 238 fte). De grootste relatieve stijging is te zien bij de cardiologie: van ca. 87 fte in 2016 naar ca. 134 fte in 2019 (+54%), bij de maag-darm-leverziekten: van ca. 42 fte in 2016 naar ca. 71 fte in 2019 (+68%) en bij de dermatologie en venerologie: van ca. 21 fte in 2016

³¹³ Een correctieberekening leidt tot een deeltijdfactor voor mannen van 0,9205 i.p.v. 0,9211 en voor vrouwen van 0,8691 i.p.v. 0,8697. Dit percentage wordt verwerkt in het ramingsmodel.

³¹⁴ Van de Leemkolk B, Van der Velde F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prisma.

naar ca. 32 fte in 2019 (+54%). De grootste absolute stijging is bij de heerkunde, van ca. 133 naar ca. 238 fte (+ 105).

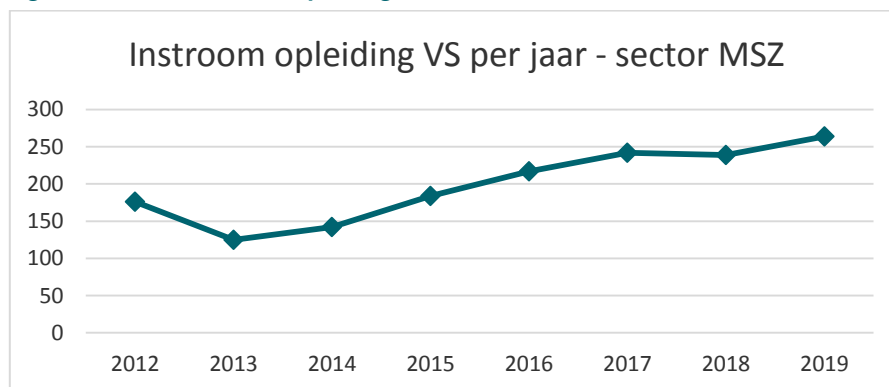
Circa 94% van de in de MSZ werkzame VS'en-AGZ werkt in ziekenhuizen. Circa 6% werkt in de acute zorg en circa 2% in ZBC's.

Aan de VS'en die werken in de MSZ is gevraagd wanneer zij denken te stoppen met werken als VS. Circa **11%** denkt te stoppen binnen 5 jaar, **15%** tussen 5 en 10 jaar, **20%** tussen 10 en 15 jaar en **17%** tussen 15 en 20 jaar. Naar verwachting vertrekt meer dan de helft dus in de komende 20 jaar, via hetzelfde patroon als het gehele beroep.

8.1.2 Opleiding

De instroom in de opleiding MANP is weergegeven in hoofdstuk 3. Het grootste deel van de instromers wordt opgeleid in de sector MSZ, waarbij in 2016 een sterke stijging is opgetreden. Per 2018 zijn er 239 opleidingen in de sector MSZ ingestroomd, per 2019 zijn dit er 264. Gemiddeld wordt meer dan de helft van de opleidingen opgeleid in de MSZ. Figuur 20 toont de historische ontwikkeling:

Figuur 20: instroom MANP-opleiding, sector MSZ



Opmerkelijk is de daling van de instroom in 2013. In hoofdstuk 3 wordt daar op ingegaan. Met name veranderingen in financiering van de zorg lijkt deze daling te hebben veroorzaakt. Voor de raming zijn alleen de meer recente jaren van belang.

Voor de komende jaren gaan we uit van gemiddeld **236** instromers per jaar in de sector MSZ.³¹⁵ Dit is gebaseerd op de instroom in 2019, verminderd met de plaatsen die gefinancierd zijn uit incidentele middelen. Verder gaan we uit van 466 mensen die nu in opleiding zijn, waarvan **233** per leerjaar.

Het intern rendement, oftewel het opleidingsrendement, voor de sectorspecifieke raming MSZ berekenen we hetzelfde als in hoofdstuk 3. Dit wordt berekend over de jaren waarover de sector bekend is (vanaf 2012) en waarvan vrijwel alle opleidingen klaar zijn (tot 2016). Het intern rendement voor de sector is **86,44%**, iets hoger dan over de gehele opleiding. Voor de opleidingen die al in opleiding

³¹⁵ De instroom volgens de opgave van de hogescholen was 264 opleidingen. 239/362^e van de 44 nieuwe plaatsen zijn incidenteel geld. Per saldo blijven er dan 235 plaatsen over die structureel gesubsidieerd zijn. Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

zijn, wordt met een hoger rendement gerekend; er is een kleinere kans dat zij nog stoppen. Dit rendement is **93,0%**.³¹⁶

Voor het percentage vrouwen zijn er geen aanwijzingen dat deze voor de sector MSZ wezenlijk anders is als voor het gehele beroep. Hier rekenen we met **90,67%**.

8.1.3 Zorgvraagontwikkelingen

8.1.3.1 Demografie en epidemiologie

De vraag naar VS'en-AGZ in de MSZ neemt toe door bevolkingsgroei en stijging van het aantal 65+'ers. In de MSZ zien VS'en-AGZ naar verhouding meer oudere patiënten (60 jaar en ouder) dan medisch specialisten (49% t.o.v. 38% van de patiëntcontacten/-populatie).³¹⁷ Hierdoor neemt de zorgvraag voor de VS-AGZ in de MSZ sneller toe vanuit demografie dan die van medisch specialisten. Vanuit demografisch oogpunt stijgt de vraag naar VS'en-AGZ in de MSZ in de komende 5 jaar met **5,8%**. Na 10 jaar met **10,3%**, na 15 jaar met **13,6%** en na 20 jaar met **15,2%**.³¹⁸

Een toename in chronische aandoeningen en multimorbiditeit zorgen ervoor dat de behoefte aan een professional met een meer generalistische inslag in de acute zorg toeneemt. Ook hebben mensen met chronische klachten en multimorbiditeit vaak te maken met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties, waardoor behoefte ontstaat aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Stakeholders benoemen dat VS'en-AGZ of physician assistants (PA's) deze regierol vaker op zich kunnen nemen.³¹⁹ De voorziene jaarlijkse benodigde groei vanuit epidemiologische ontwikkelingen is voor de capaciteit aan VS'en-AGZ in de MSZ **0%** tot **0,2%** per jaar.

8.1.3.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. De volgende ontwikkelingen zijn van invloed op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Meer zorg in eerste lijn en acute zorg

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie. De verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zich doorzet (zie paragraaf 5.3.1).³²⁰ De transitie van zorg, het langer thuis wonen van ouderen, de toename van comorbiditeit en de complexiteit van zorgvragen en de JZOJP zijn stimulerende factoren voor de inzet van VS'en in de eerste

³¹⁶ Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

³¹⁷ Van der Velde, F. & Van de Leemkolk, B. (2019). Een vergelijking van de patiëntenpopulaties van verpleegkundig specialisten en physician assistants met die van geneeskundig specialisten. Utrecht: Prismant.

³¹⁸ Van der Meulen, L., Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

³¹⁹ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

³²⁰ FWG Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht, mei 2018.

lijn en acute zorg.³²¹ Ook ontstaan er nieuwe zorgconcepten. Zo richten ziekenhuizen hun zorg anders in, worden huisartsenpraktijken gezondheidscentra en nemen burgers het initiatief tot het oprichten van zorgcoöperaties op wijkniveau.

Een onzekere factor is de snelheid en omvang van verschuiving van zorg naar de eerste lijn, anderhalve lijn en de thuissituatie. Onder andere de beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn lijkt een knelpunt bij de realisatie van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van VS'en-AGZ in een andere sector kan de verschuiving van zorg en bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals over de sectoren vergemakkelijken. Intersectoraal opleiden vindt bijvoorbeeld plaats in de wijkzorg en huisartsenzorg en in verpleeghuizen en ziekenhuizen.

De inzet van VS'en in de anderhalvelijnszorg staat nog in de kinderschoenen. Er zijn in 2019 circa 72 werkzame VS'en in de anderhalvelijnszorg actief. Zij werken bijvoorbeeld op het gebied van dermatologie/wondzorg, palliatieve zorg en neurologie (transmuraal).

Het langer thuis wonen van ouderen zorgt voor een toenemende vraag in de gehele spoedzorgketen. Door onvoldoende toegankelijke 24/7 zorg 'dichterbij' wordt er veelal aanspraak gedaan op de SEH. 36% van de ouderen die de SEH bezocht in 2017 heeft een welzijns- of eerstelijns somatische klacht. 24% van deze groep bezoekt de SEH met een vraag die met vroegdiagnostiek te voorkomen was. Ook is er sprake van onnodige verplaatsingen en onnodige belasting van de ambulance diensten. Uit onderzoek blijkt dat vooral rondom chronisch zieken en kwetsbare ouderen door preventieve maatregelen en/of vroegdiagnostiek, complicaties en ziekenhuisbelasting voorkomen worden. In de coördinatie en regie op benodigde zorg valt veel te verbeteren.³²²

Er moet beter gestroomlijnd worden welke patiënt waar terecht komt: bij de huisarts, de huisartsenpost, de spoedeisende hulp of de ambulancezorg. Hierover worden afspraken gemaakt in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.³²³ Bij de beslissing of een zorgvraag eerste, tweede of derdelijnszorg is, ontstaat een grijs gebied. Hier is een zorgverlener nodig die zelfstandig kan handelen. Deze kan dan door spoedvisites de vraag in kaart brengen en voor de juiste routing zorgen. De langere reistijden naar HAP's en SEH's door afname van het aantal SEH's zorgt er mogelijk voor dat het doelmatiger wordt dat professionals naar de patiënten toe gaan. De VS (en PA) zijn toegerust en bevoegd om deze taken, die nu door Mobiele medische teams worden uitgevoerd, op te pakken.³²⁴ Een remmende factor is de bekostigingssystematiek: consulten van VS'en (en PA's) worden niet of beperkt vergoed.³²⁵ Het aantal SEH's is afgenomen van 107 naar 88 in de periode 2003-2018. Door de grotere schaalgrootte van de resterende SEH's ontstaat ook daar een toenemende behoefte aan zelfstandig werkende en bevoegde zorgprofessionals. In hoeverre werkzaamheden in de acute zorg in de toekomst bij de VS'en-AGZ terecht komen is vooralsnog ongewis.

³²¹ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

³²² Winkel, E., & Kousemaeker, G. de (2017). Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen. Amsterdam: Fluent.

³²³ Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Geraadpleegd op 11-09-2019, van <https://www.zorginstituut-nederland.nl/werkagenda/spoedzorg/kwaliteitskader-spoedzorgketen>

³²⁴ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

³²⁵ Idem.

Transities stuwen behoefte regierol

Bewegingen zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.³²⁶ Deze ontwikkelingen stimuleren het opleiden en aannemen van VS'en in de MSZ.³²⁷ Er ontstaat namelijk behoefte aan een zorgprofessional die regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. In de medisch specialistische zorg is het invullen van een behoefte aan een coördinerende rol voor 27% van de respondenten een reden voor het opleiden en aannemen van een VS.³²⁸ Andere redenen die een rol spelen bij de toenemende behoefte aan een regierol zijn het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit (zie paragraaf 5.2). Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten.³²⁹

Bekostiging remt en stimuleert inzet VS'en

Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een VS-AGZ. In de MSZ geeft een derde van de betrokkenen aan dat bekostiging een stimulans is voor het opleiden en aannemen van VS'en en PA's. Hierbij worden lagere salariskosten, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd.³³⁰

In de MSZ is 'bekostiging' echter ook de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van VS'en. Het betreft dan vooral onduidelijkheid over toekomstige (DBC-)vergoedingen van zorgverzekeraars, de verdeling van (salaris)kosten tussen het MSB en het ziekenhuis, de verdeling van formatie over de medische en verpleegkundige staf of onduidelijkheid hierover. Soms kiest een vakgroep onder andere voor een VS-AGZ, omdat het ziekenhuis dan een groter deel van de salariskosten op zich neemt dan wanneer gekozen zou worden voor een PA. 87% van de VS'en is in dienst van het ziekenhuis en 1% bij een medisch specialistisch bedrijf.³³¹ Ook onduidelijkheid over toekomstige (DBC-)vergoedingen van zorgverzekeraars heeft een remmend effect.³³²

Bijstellingen in zorgbudgetten zorgden in 2013 mogelijk voor een sterke afname van het aantal instromers in de MANP-opleidingen binnen onder andere de medisch specialistische zorg (zie paragraaf 3.4.2).³³³ Eventuele toekomstige bijstellingen in zorgbudgetten of plafonddafspraken kunnen de

³²⁶ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

³²⁷ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³²⁸ Idem.

³²⁹ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

³³⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³³¹ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). Monitor Taakherschikking. Physician assistants & Verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg. Utrecht: Auteur.

³³² HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³³³ Zie onder andere 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)

vraag naar VS'en (tijdelijk) beïnvloeden. Naar verwachting zal de focus op doelmatigheid in de komende jaren een stimulans voor de inzet van VS'en blijven. Ook meer duidelijkheid over de verdeling van salariskosten en/of formatie binnen ziekenhuizen zal de vraag naar VS'en beïnvloeden.

Gezien de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde sociaal-cultureel vastgesteld op **1,0%-2,0%**.

8.1.3.3 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. Een indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Aangenomen wordt dat er in 2019 steeds ongeveer 73 vacatures voor VS'en-AGZ in de medisch specialistische zorg openstaan.³³⁴ Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame VS'en-AGZ om tot een vacaturegraad te komen. Deze is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid³³⁵. De vacaturegraad voor VS'en-AGZ in de MSZ is 2,6%.³³⁶ Op basis van de bevindingen is ervoor gekozen om voor de parameter onvervulde vraag een bandbreedte van 1,6-3,6% te hanteren. De middenwaarde wordt gevormd door de vacaturegraad. Met het oog op de hoge ervaren krapte aan VS'en-AGZ is besloten de bovenkant van de bandbreedte te hanteren. De parameterwaarde onvervulde vraag is voor de VS'en in de MSZ bepaald op **3,6%**. De onvervulde vraag in de sector MSZ is dus lager dan voor het beroep als geheel (6,9%).

8.1.4 Veranderingen werkproces

8.1.4.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

VS'en-AGZ worden veelvuldig ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in de MSZ door 29% van de respondenten genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Ook beoogde inzet op additionele taken, bijvoorbeeld met als doel het verbeteren van de patiënttevredenheid of het investeren in preventie, is in de medisch specialistische zorg een stimulans om een VS aan te nemen of op te leiden.³³⁷ Het uitvoeren van projecten en innovaties door VS'en-AGZ en meer tijd voor communicatie met patiënten en naasten worden hierbij eveneens genoemd. Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden vaker een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ dan in het verleden het geval was.³³⁸ 83% van de betrokkenen in de MSZ geeft aan dat een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en verbetering van de zorg is.

³³⁴ Circa 39% van de nieuw geplaatste vacatures betreft de MSZ. Dat zou neerkomen op 19 vacatures die per maand nieuw geplaatst worden. De verhouding nieuw geplaatst – openstaand is ongeveer 1 op 2,5. Circa 2/3^e van de vacatures wordt online geplaatst. Omgerekend zijn er dus $19 \cdot 2,5 / 0,66667 = 73$ vacatures.

³³⁵ Frictiewerkloosheid is dat deel van de werkloosheid dat veroorzaakt wordt door fricties op de arbeidsmarkt: tussen het ontstaan van de vacature en het vervullen ervan gaat tijd verloren.

³³⁶ $73 / 1.581$ werkzame VS'en AGZ = 4,6%, gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid = 2,6%.

³³⁷ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

³³⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan VS'en-AGZ de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (95% van de VS'en-AGZ in de MSZ besteedt hier gemiddeld 57% van de werktijd aan). Additionele taken vormen voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk. Bij 71% van de werkzame VS'en-AGZ bestaat een deel van hun werktijd structureel uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 12% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.³³⁹ Voorzien wordt dat de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken de komende jaren aanhoudt. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is daarom vastgesteld op **1,5%**.

8.1.4.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie³⁴⁰. Ook blijven administratieve lasten in veel sectoren een aandachtspunt³⁴¹. Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ. De gehanteerde parameterwaarde is vastgesteld op **0%**.

8.1.4.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Hieronder bespreken we taakverschuivingen tussen VS'en-AGZ en PA's en VS'en-AGZ en aiossen.

Geen structurele taakverschuivingen tussen VS'en-AGZ en PA's

Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er met name in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van VS'en en PA's. Er is echter nog weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie over de functies VS en PA en de bijbehorende bevoegdheden.³⁴²

Ook uit het onderzoek van HHM³⁴³ blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Verschillen tussen de

³³⁹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

³⁴⁰ Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

³⁴¹ (Ont)regel de zorg.

³⁴² Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. & Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

³⁴³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

twee beroepsgroepen zitten vooral in de mate waarin dit gebeurt. Hierbij is zichtbaar dat VS'en in de MSZ vaker worden opgeleid en aangenomen voor onder andere de zorg voor specifieke aandoeningen of patiëntengroepen en het invullen van een coördinerende rol. PA's worden daarentegen wat vaker dan VS'en opgeleid of aangenomen vanwege de hoge werkdruk of beperkte capaciteit van medisch specialisten en aiossen en lagere salariskosten dan medisch specialisten.

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om deze beroepen op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen VS'en en/of PA's. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

Taakverschuivingen vanuit aiossen

In de medisch specialistische zorg ervaren managers dat de zorgvraag toeneemt, terwijl de capaciteit aan aiossen niet mee stijgt. Aiossen kunnen niet zo veel meer worden ingezet tijdens de diensten (zie hoofdstuk 8.1.).³⁴⁴ Dit komt onder andere door de individualisering van de opleidingsduur (Opleidingsakkoord 2013).^{345 346} Ook veranderende eisen aan de inhoud van de medisch specialistische vervolgoopleidingen spelen een rol. Zo worden er niet alleen meer discipline overstijgende competenties gevraagd, maar nemen ook op vakinhoudelijk gebied de eisen toe. Door deze zaken besteden aiossen een relatief groter deel van de opleidingstijd aan specialismegerichte taken. Daarnaast beïnvloeden ook het Arbeidstijdenbesluit en een afname van het aantal instromers in de medisch specialistische vervolgoopleidingen de capaciteit aan aiossen.^{347 348}

In combinatie met een stijging van de zorgvraag ervaren managers knelpunten in de formatie. Het is moeilijk om roosters rond te krijgen voor niet-complexe en/of generalistische taken, zoals het invullen van de zaalartsfunctie. Managers zetten daarom andere zorgprofessionals in om de roosters rond te krijgen. Hierbij zoeken zij een oplossing met het inzetten van aiossen, ziekenhuisartsen en taakherschikking naar VS'en-AGZ en PA's. Voor 7% van de respondenten in de MSZ is de beperkte capaciteit aan aiossen een reden voor het opleiden en aannemen van een VS.³⁴⁹ Een andere oplossing waarvoor een deel van de managers kiest is het aanbieden van een 'bijbaan' aan aiossen, waarbij zij, buiten hun opleiding om, betaald worden ingezet in het ziekenhuis.

³⁴⁴ Zorgvisie (2019). Verkorting opleiding medisch specialist geeft roosterproblemen ziekenhuis. 11-02-2019.

³⁴⁵ SOM (2016). Taakherschikking als reactie op individualiseren van de opleiding. "Met het Opleidingsakkoord van oktober 2013 is afgesproken de medisch specialistische vervolgoopleidingen te versnellen met 7,5%. [...] Door de verminderde aios-inzet zal taakherschikking in toenemende mate worden ingezet."

³⁴⁶ Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgoopleidingen.nl/opleidingsakkoord>. Gemaakte afspraak: "Er komt een geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur. Die bedraagt gemiddeld 4,8 maand voor alle aios in 2022 of omgerekend gemiddeld zes maanden voor 80% van de aios."

³⁴⁷ Het Arbeidstijdenbesluit is sinds 1-8-2011 van kracht. De gemiddelde werkweek van aiossen is verlaagd van 52 naar 48 uur. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen gewerkte uren en slaapuren tijdens een aanwezigheidsdienst.

³⁴⁸ Het aantal instromers in de medisch specialistische vervolgoopleidingen daalde met 7% over de periode 2010-2018. Het aantal instromers is sinds 2017 redelijk stabiel.

³⁴⁹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Redenen waarom voor een VS gekozen wordt zijn de beperkte capaciteit aan ziekenhuisartsen en de hogere arbeidsmobiliteit van aniossen. Aniossen vertrekken aldus stakeholders vaak binnen enkele maanden tot een aantal jaar. De ervaring is dat PA's en VS'en-AGZ langer blijven en daarmee meer continuïteit van zorg kunnen bieden.³⁵⁰ Het komt voor dat aniossen de voorkeur geven aan een functie binnen ziekenhuizen met opleidingsplaatsen voor de medisch specialistische vervolgoopleidingen in de hoop zo de kansen op een opleidingsplaats te vergroten. Daardoor is het voor hen minder aantrekkelijk om in een ziekenhuis te werken waar dergelijke opleidingsplaatsen niet beschikbaar zijn.

De individualisering van de opleidingsduur wordt gemonitord.³⁵¹ Vanaf juli 2014 is de opleidingsduur met circa 3 maanden verkort. In totaal is de capaciteit aan aiossen met naar schatting 3.219 maanden afgenomen. Hoewel dit de afgelopen jaren invloed heeft gehad op de vraag naar VS'en, is onbekend of deze trend zich zal doorzetten. In de monitoring van de RGS wordt bijgehouden welke oorzaken er zijn voor de terugloop in opleidingsmaanden. Hieruit volgt dat van de afname van 3.219 maanden ongeveer 1.964 maanden worden veroorzaakt door individualisering van de opleidingsduur.³⁵²

Momenteel spreken veldpartijen over het beoogde doel van de geïndividualiseerde versnelling van de opleidingsduur.^{353 354 355} Wanneer de opleidingsduur van aiossen na 2019 verder afneemt en het oorspronkelijke doel van een inkorting van 6 maanden in 2022 wordt aangehouden, dan is te voorzien dat de extra vraag naar VS'en die hieruit voortkomt de komende jaren aanhoudt. Om het effect van deze trend op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ mee te kunnen nemen in de raming is op basis van aannames een doorrekening gemaakt. Hierbij is aangenomen dat de gerealiseerde inkorting van de opleidingsduur doorzet van ongeveer 3 naar ongeveer 6 maanden. Structureel verschuift er dan circa 163,6 fte over 10 jaar, wat een jaarlijkse taakverschuiving van 16,36 fte per jaar betekent. Aangenomen wordt dat daarvan zo'n 15% wordt ingevuld door VS'en. Dit betekent een taakverschuiving van **0,18%** per jaar voor de VS'en-AGZ werkzaam in de MSZ.³⁵⁶

Gezien de onzekerheid over verdere inkorting van de opleidingsduur van aiossen in de medisch specialistische zorg wordt voor de parameter 'horizontale taakverschuivingen' wordt een bandbreedte van **0,0%** tot **0,18%** aangehouden. Bij 0,0% is het uitgangspunt dat er geen verdere inkorting van de opleidingsduur plaatsvindt. Bij 0,18% is de aanname dat dit wel het geval is.

³⁵⁰ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

³⁵¹ RGS 92019. Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019.

³⁵² Op basis van de kolommen 'Versnelling van de opleiding' en 'Werkervaring bij een erkende opleider' in 'RGS monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019'.

³⁵³ Federatie Medisch Specialisten. Opleidingsakkoord. Geraadpleegd op 29-07-2019, van <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/opleidingsakkoord>.

³⁵⁴ Voor de actuele status zie: <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/individualisering>.

³⁵⁵ RGS (2019). Monitoring individualisering opleidingsduur. Uitstroomcohort: 01-01-2018-01-01-2019. Peildatum 12-03-2019. Inkorting bedraagt per 12-03-2019 -2,78 maanden vanaf 1-7-2014.

³⁵⁶ Dit percentage wijkt af van de waarde binnen de raming voor de gehele beroepsgroep VS-AGZ, omdat de waarde daar betrekking heeft op een grotere groep en daarmee lager uitvalt.

8.1.4.4 Verticale taakverschuivingen

Hierna worden ontwikkelingen benoemd, waarvan verwacht wordt dat zij de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ in de MSZ op het vlak van verticale taakverschuivingen. In paragraaf 6.4 is een beschrijving opgenomen van de gehanteerde begrippen, de dataverzameling en een verantwoording van de gehanteerde berekeningssystematiek.

VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

Iets meer dan 66% van de VS'en-AGZ geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de medisch specialist worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ. Het gaat dan om gemiddeld 9,0 uur per week.³⁵⁷ Hoewel deze inschattingen van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van medisch specialisten omvangrijk is, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{358 359} Om deze reden zijn ook aanverwante beroepsgroepen en betrokkenen bij de besluitvorming over het aannemen en opleiden van VS'en bevroegd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep respondenten binnen het onderzoek van HHM voorziet dat het aantal VS'en-AGZ, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.^{360 361} De groei die de focusgroepen voorzien, ligt in de heelkunde en interne geneeskunde op 20-25%.³⁶² De daadwerkelijke historische groei lag daar met gemiddeld 7% per jaar over 2016-2019 boven.

Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan medisch specialisten, aiossen en/of andere zorgprofessionals en een hoge werkdruk bij deze groepen kiest een deel van de zorg-, cluster-, RVE- en medisch managers en medisch specialisten vaker voor de inzet van een VS-AGZ (of een PA).³⁶³ Ook binnen de acute zorg speelt krapte op de arbeidsmarkt een rol bij taakverschuivingen naar VS'en-AGZ (en PA's). Zowel op de SEH (SEH-artsen) als bij de Ambulancezorg (Ambulanceverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, masters) is er sprake van personele tekorten, waardoor taakherschikking en -verschuiving plaatsvindt.³⁶⁴

³⁵⁷ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

³⁵⁸ Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

³⁵⁹ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

³⁶⁰ Modus en mediaan komen veelal overeen.

³⁶¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁶² Over een vijfjaarsperiode

³⁶³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁶⁴ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

In de medisch specialistische zorg zijn er regionale verschillen in de werkdruk en ervaren krapte aan medisch specialisten. In regio Noord-Nederland en iets minder mate in de regio Zuid-Nederland lijken deze zaken vaker een rol te spelen bij de keuze voor een VS-AGZ dan in andere regio's.³⁶⁵ Verder valt in deze sector de krapte aan gespecialiseerd verpleegkundigen op ten opzichte van de relatief lage landelijke onvervulde vraag naar medisch specialisten.^{366 367} Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ.

Daarnaast wordt de VS-AGZ ook gezien als een beroepsgroep die bijdraagt aan de continuïteit van zorg. De VS-AGZ wordt door managers en medisch specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte van een basisarts/anos relatief lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'.

Toenemende bekendheid

Inmiddels is de VS binnen de MSZ een bekende beroepsgroep. Desondanks is ook in de medisch specialistische zorg 'geen ervaring met samenwerking' voor 7% van de respondenten een belemmering bij het opleiden en/of aannemen van een VS.³⁶⁸ Er is weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie over de functies VS'en-AGZ en PA en de bijbehorende bevoegdheden.³⁶⁹ Steeds meer ziekenhuizen richten zich op de ontwikkeling van organisatiebreed beleid voor de inzet van VS'en. Waarschijnlijk zorgt dit ervoor dat VS'en-AGZ vaker op de meest passende plek worden ingezet.

(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Voor bepaalde taken worden de VS expliciet genoemd in de richtlijnen en normeringen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de richtlijnen Geriatrie en Heupdysplasie en de SONCOS-normeringen. Hierdoor verwachten stakeholders dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt.³⁷⁰ De (door)ontwikkeling van kwaliteitseisen van wetenschappelijke verenigingen betekent eveneens dat er meer gemeten wordt in de medisch specialistische zorg. Een deel van het werk dat dit met zich meebrengt wordt uitgevoerd door VS'en-AGZ.

³⁶⁵ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁶⁶ Capaciteitsorgaan (2018). Capaciteitsplan 2018-2021. Deelrapport 8. FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen. Vanaf pagina 48 'Onvervulde vraag'. De vacaturegraad loopt uiteen van 3,7% voor dialyseverpleegkundigen tot 14% voor IC-verpleegkundigen.

³⁶⁷ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1. Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. 'Het ongewogen gemiddelde van de onvervulde vraag over alle medisch specialismen is 1,66%. De onvervulde vraag varieert van 0% (heelkunde) tot 12,5% (SEH).

³⁶⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁶⁹ Kleven, P., Leferink, N., Van den Brink, G. Kouwen, A. (2019). De financiële effecten van taakherschikking. Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief. Radboudumc.

³⁷⁰ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

Toenemende specialisatie stimulans voor taakverschuivingen

Taakverschuivingen naar de VS-AGZ (en de PA) gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de medisch specialist. Medisch specialisten richten zich vaker op een deelgebied of op nieuwe behandel-mogelijkheden binnen hun specialisme. Voor vrijwel alle medisch specialisten geldt dat er verdere subspecialisatie plaatsvindt. Dit lijkt deels toe te schrijven aan technologische mogelijkheden voor bijvoorbeeld interventie-cardiologie, deels door volumenormen en deels door kwaliteitsrichtlijnen.³⁷¹ Het inzetten van de juiste professional op de juiste plek is voor circa een derde van de respondenten in de MSZ reden voor het opleiden en aannemen van een VS.³⁷²

In de medisch specialistische zorg is de zorg voor specifieke patiëntengroepen voor 38% van de respondenten een reden voor het opleiden en aannemen van VS. 26% van de VS'en in de MSZ geeft dan ook aan dat er klachten/patiëntengroepen zijn die niet door de medisch specialist worden gezien, maar wel door de VS.³⁷³ In de medisch specialistische zorg betreft het bijvoorbeeld SOA-zorg, benigne (mamma)klachten, instellen NVS³⁷⁴, geheugenstoornissen of onderzoek in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

Geen structurele verschuivingen vanuit VS'en-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van VS'en naar andere zorgprofessionals, zoals gespecialiseerd verpleegkundigen, praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van VS'en raken de werkzaamheden van medisch specialisten en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden VS'en in de MSZ tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 39% van de VS'en-AGZ geeft onderwijs, 23% begeleidt a(n)ios en/of coassistenten en 5% begeleidt en coacht collega's (anders dan a(n)ios of coassistenten).³⁷⁵ Er zijn geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen bij te stellen voor verschuivingen naar lager opgeleide beroepsgroepen.

Voorziene taakverschuivingen ramingen medisch specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn voor de raming van de medisch specialisten³⁷⁶. Na het doorvoeren van correcties (zie paragraaf 6.4) blijkt er afgerond 23 fte aan werkzaamheden per jaar te verschuiven van medisch specialisten naar de VS-AGZ (Tabel 25). Uitgaande van deze waarden is er per jaar **1,65%** meer fte aan VS'en-AGZ nodig om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

³⁷¹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialismen, klinisch technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

³⁷² HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁷³ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

³⁷⁴ Nervus Vagus Stimulatie (NVS) is een aanvullende behandeling voor mensen met een moeilijk behandelbare epilepsie.

³⁷⁵ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

³⁷⁶ Zie www.capaciteitsorgaan.nl voor het Capaciteitsplan 2019 'Medische (klinisch technologische) specialismen en Spoedeisende geneeskunde'.

Tabel 25: Doorrekening taakverschuivingen raming medisch specialisten (MS) naar VS-AGZ

	Parameterwaarde verticale taakverschuivingen MS	FTE aan MS per 1-1-2019	FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	FTE aan VS'en-AGZ per 1-1-2019	% taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	Aantal FTE aan taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	% verticale taakverschuivingen naar VS'en-AGZ
Medisch specialisten*	-0,33	20.785	69,33	1384	33%	22,88	1,65%

* Incl. klinisch technologisch specialisten en SEH-artsen excl. verschuivingen vanuit revalidatieartsen (zie §8.4)

Uit de vergelijking blijkt dat de richting van de inschattingen van de raming van de medisch specialisten en de bevindingen zoals besproken in de hier voorgaande paragrafen overeenkomen. De verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van medisch specialisten over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers, directieleden en bestuurders. Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat besluiten over het aannemen of opleiden van een VS in de MSZ vooral worden genomen door managers, directieleden en bestuurders. Inschattingen van specialisten, managers en bestuurders die samenwerken met een VS-AGZ zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **1,65%** tot **1,85%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de inschattingen binnen de raming van de medisch specialisten. De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals meegenomen in de ramingen van de geneeskundig specialisten (zie 'impact van deze ontwikkelingen' in paragraaf 6.4).

8.1.4.5 Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen. In de raming wordt daarom als parameterwaarde **0%** aangehouden.

8.1.5 Overwegingen en advies

De trends die zijn beschreven in paragraaf 8.1 zijn meegenomen in het advies over de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen tot VS-AGZ binnen de MSZ. Hiervoor zijn de vetgedrukte parameterwaarden doorgerekend in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. In samenspraak met de werkgroep PA/VS binnen het Capaciteitsorgaan is gekozen voor een adviesvariant. Op basis hiervan wordt geadviseerd om jaarlijks **165** tot **189** studenten in te laten stromen in de opleiding tot VS-AGZ binnen de medisch specialistische zorg. Het voorkeursadvies ligt hierbij aan de onderkant van de bandbreedte en betreft **165** instromers per jaar.

In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 229 studenten in de opleiding tot VS-AGZ binnen de medisch specialistische zorg. Op dit moment is er nog sprake van een tekort aan VS'en-AGZ in de MSZ. Dit tekort wordt op basis van de instroom in de afgelopen jaren bij gelijkblijvende

trends binnen enkele jaren ingelopen, waardoor er binnen het ramingsadvies kan worden volstaan met een minder hoge instroom.

De vraag naar VS'en in de huisartsenzorg en ouderenzorg groeit sneller dan de vraag in de medisch specialistische zorg. Dit komt door veranderingen zoals vergrijzing, de juiste zorg op de juiste plek, het langer thuis wonen van ouderen en de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Op dit moment is de snelheid en omvang van de verschuivingen nog onzeker. Met het oog op deze toekomstige veranderingen is het raadzaam om VS'en-AGZ waar mogelijk intersectoraal en daarmee toekomstbestendig op te leiden. Geadviseerd wordt om te verkennen of er (meer) VS'en-AGZ in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. In de huisartsenzorg en ouderenzorg worden minder VS'en-AGZ opgeleid dan nodig is met het oog op de toekomstige zorgvraag. In deze sectoren worden vaker knelpunten ervaren bij het aannemen en opleiden van VS'en-AGZ (en PA's). Intersectoraal opleiden kan bijdragen aan het opleiden van VS'en-AGZ die onder andere ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Daarbij kunnen intersectoraal opgeleide VS'en-AGZ mogelijk vaker fungeren als 'transmurale brug' tussen sectoren en bijdragen aan verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg en de transitie van zorg.

Om abrupte schommelingen in opleidingscapaciteit binnen sectoren te voorkomen is het raadzaam de adviezen op sectorniveau stapsgewijs door te voeren en daarmee een zachte landing te bewerkstelligen.

Voor een verdere toelichting op het advies en de uitkomsten uit het ramingsmodel verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

8.2 Huisartsenzorg

Binnen deze raming hebben we een instroomadvies opgesteld voor verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ) binnen de sector huisartsenzorg. Specifieke arbeidsmarktgegevens op sectorniveau zijn te vinden in het alumnionderzoek van Prismant (2019).³⁷⁷

8.2.1 Zorgaanbod

Volgens het alumnionderzoek zijn er **309** werkzame VS'en-AGZ in de huisartsenzorg. Deze 309 werkzamen werken in totaal 197 FTE. Circa **87%** van hen is vrouw. De vrouwen werken gemiddeld 0,68 fte en de mannen 0,37 fte (gemiddeld 0,64 fte).

Tabel 26: werkzame VS'en AGZ in de huisartsenzorg

	Aantal	Aantal fte	Deeltijdfactor
Man	39	14	0,37
Vrouw	251	170	0,68
Onbekend	19	13	0,69
Totaal	309	197	0,64

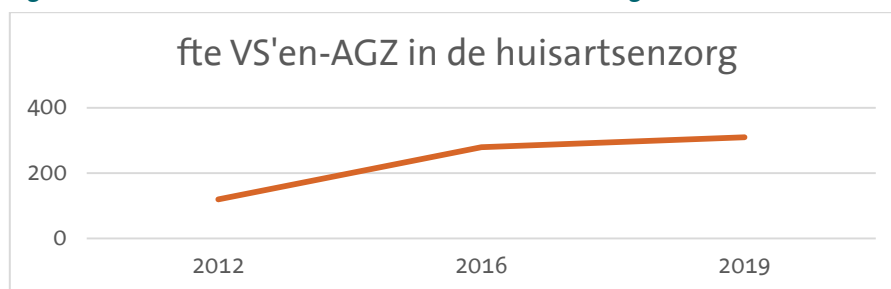
³⁷⁷ Van de Leemkolk B, Van der Velde F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant.

De deeltijdfactor in de huisartsenzorg is substantieel lager dan in de medisch specialistische zorg. De verklaring hiervoor is deels te vinden in de berekeningsmethode: wanneer een VS-AGZ in meerdere sectoren werkt, wordt voor elk van deze sectoren een deeltijdfactor berekend. Een VS-AGZ die full-time werkt (1,0 fte), maar dit gelijk verdeelt over twee sectoren, werkt in beide 0,5 fte. Het lijkt erop dat deze factor van invloed is geweest op de uitkomst voor de huisartsenzorg.

Van een substantieel deel van de populatie VS'en AGZ is het geslacht niet bekend. Voor de raming betekent dit dat de verkregen gegevens niet zonder meer verwerkt kunnen worden, aangezien het ramingsmodel rekent met de gegevens van groepen 'mannen' en 'vrouwen'. Verder heeft de groep 'onbekend' een hogere deeltijdfactor dan de groepen mannen en vrouwen. Om de gegevens van de groep 'onbekend' goed mee te kunnen nemen, moeten de deeltijdfactoren van beide groepen iets omhoog. Dit is hersteld in een correctieberekening.³⁷⁸

Het aantal fte werkzame VS'en-AGZ in de huisartsenzorg is sinds 2012 sterk gestegen: van ca. 75 in 2012 tot ca. 197 in 2019, waarbij de groei langzaam afvlakt. Zie Figuur 21.

Figuur 21: fte aan werkzame VS'en-AGZ in de huisartsenzorg 2012-2019



De ratio tussen het aantal VS'en AGZ en het aantal huisartsen stijgt ook: waren er in 2012 nog ca. 0,9 fte VS AGZ per 100 fte huisartsen, is dit per 2019 opgelopen naar 2,1 fte VS AGZ per 100 fte huisartsen. Ook hier vlakt de groei af: de meeste groei is in de periode 2012-2016 gerealiseerd. In 2016 werkte er 1,7 fte aan VS'en-AGZ per 100 fte aan huisartsen.³⁷⁹

In het alumni-onderzoek is gekeken in welke setting de respondenten werken. Een substantieel deel van de respondenten werkt in meer dan één setting. We zien dat ca. 35% van de respondenten in een gezondheidscentrum werkt, ca. 29% in een solopraktijk, ca. 27% in een groepspraktijk, ca. 17% in een duo-praktijk en ca. 9% binnen een zorggroep.

Aan de alumni is gevraagd wanneer zij denken te stoppen met werken als VS. Circa **10%** denkt te stoppen binnen 5 jaar, **14%** tussen 5 en 10 jaar, **21%** tussen 10 en 15 jaar en **16%** tussen 15 en 20 jaar. De VS'en AGZ in de huisartsenzorg stoppen iets later dan die in de MSZ. Zowel ten opzichte van de MSZ als ten opzichte van het beroep als geheel is de VS in de huisartsenzorg niet opvallend oud of

³⁷⁸ Een correctieberekening leidt tot een deeltijdfactor voor mannen van 0,3696 i.p.v. 0,3683 en voor vrouwen van 0,6791 i.p.v. 0,6767. Dit percentage wordt verwerkt in het ramingsmodel.

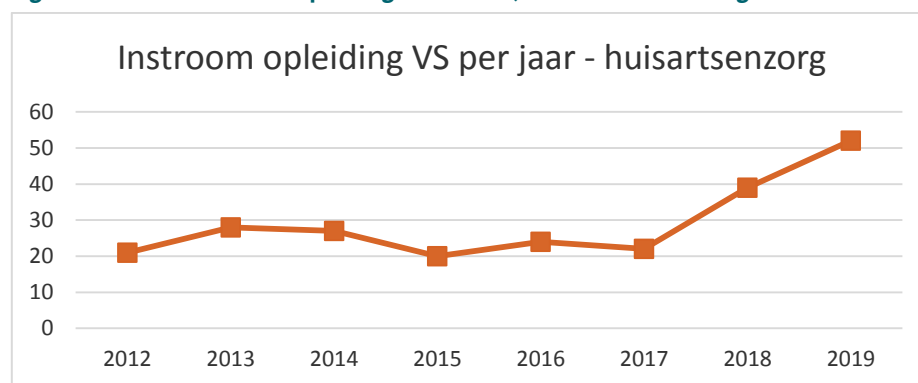
³⁷⁹ Van de Leemkolk, B., Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig assistent. Utrecht: Prismant.

jong. In vergelijking met de huisartsen is de groep VS'en iets jonger (46,5 jaar t.o.v. 47,5 jaar voor de gehele beroepsgroep).

8.2.2 Opleiding

De instroom in de opleiding MANP is weergegeven in hoofdstuk 3. De instroom in de sector huisartsenzorg is de afgelopen jaren niet wezenlijk veranderd en beweegt zich tussen de 20 en 27 opleidingen, maar in 2018 steeg dit aantal naar 39 en in 2019 naar 52. Er is de laatste jaren dus veel meer belangstelling in de laatste jaren. Zie onderstaande Figuur 22.

Figuur 22: instroom MANP-opleiding 2012-2019, sector huisartsenzorg



Voor de komende jaren gaan we uit van gemiddeld **47** instromers per jaar in de sector huisartsenzorg.³⁸⁰ Dit is gebaseerd op de instroom in 2019, verminderd met de plaatsen die gefinancierd zijn uit incidentele middelen. Verder gaan we uit van 63 mensen die nu in opleiding zijn, waarvan **31,5** per leerjaar.

Het intern rendement voor de sectorspecifieke raming voor de VS AGZ in de huisartsenzorg berekenen we hetzelfde als in hoofdstuk 3. Deze wordt berekend over de jaren waarover de instroom in de sector bekend is (vanaf 2012) en waarvan vrijwel alle opleidingen klaar zijn (tot 2016). Het intern rendement voor de sector is **78,13%**, substantieel lager dan over de gehele opleiding. Voor de opleidingen die reeds in opleiding zijn, wordt met een hoger rendement gerekend; er is een kleinere kans dat zij nog stoppen. Dit rendement is **88,40%**³⁸¹

Er zijn geen aanwijzingen dat het percentage vrouwen in de sector huisartsenzorg wezenlijk anders is dan voor het gehele beroep. Hier rekenen we met **90,67%**.

Huisartsenzorg ten opzichte van andere sectoren

In de huisartsenzorg worden vaker belemmeringen ervaren bij het opleiden en aannemen van VS'en (en PA's) dan in andere sectoren. Het gaat dan om belemmeringen op het vlak van bekostiging en praktische punten (bijvoorbeeld gebrek aan praktijkruimten). Veel van deze belemmeringen hangen

³⁸⁰ De instroom volgens de opgave van de hogescholen was 52 opleidingen. 39/362^e van de 44 nieuwe plaatsen zijn incidenteel geld. Per saldo blijven er dan 47 plaatsen over die structureel gesubsidieerd zijn. Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

³⁸¹ Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

samen met de beperkte omvang van huisartsenpraktijken ten opzichte van zorgorganisaties in andere sectoren. Door deze beperktere omvang zijn er vaak minder (financiële) middelen beschikbaar en worden eerder een hoger risico en een hogere belasting ervaren. Deze knelpunten remmen de vraag naar VS'en in de huisartsenzorg.

In vergelijking met andere sectoren wordt vooral in de huisartsenzorg aangegeven dat de subsidie op het opleiden van een VS te laag is. Ook onduidelijkheid over toekomstige subsidies voor het opleiden van VS'en en physician assistants (PA's) werkt belemmerend. In paragraaf 3.4.2 is te zien dat de instroom in de opleidingen tot VS (en PA) vrijwel gelijk op gaat met het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen, totdat er in 2013 een sterke daling zichtbaar is in het aantal instromers in de MANP-opleiding. Alleen in de huisartsenzorg is een stijging zichtbaar. Volgens betrokkenen hangt de afname van het aantal instromers in 2013 samen met veranderingen van financiering van de zorg in onder andere de medisch specialistische zorg. In 2013 start in de huisartsenzorg de stimuleringssubsidie van Stichting KOH (zie paragraaf 3.4.2).³⁸²

Overige genoemde belemmeringen voor het opleiden van een VS zijn: onvoldoende opleidingsplaatsen, onvoldoende behandelruimtes of andere voorzieningen, beperkte tijd om op te leiden en te weinig hogescholen die opleiden voor de eerste lijn.³⁸³ Gezien deze knelpunten is het onzeker of er de komende jaren voldoende instroom in de MANP-opleiding gerealiseerd kan worden.

8.2.3 Zorgvraagontwikkelingen

8.2.3.1 Demografie en epidemiologie

De vraag naar VS'en-AGZ in de huisartsenzorg neemt toe door bevolkingsgroei en stijging van het aantal 65-plussers. De toename van het aantal ouderen, die bovendien vaker langer zelfstandig wonen, leidt tot meer multimorbiditeit, ouderdomsziekten (zoals artrose, diabetes en coronaire hartziekten) en geriatrische syndromen.³⁸⁴ Er komen zodoende steeds meer mensen met een complexe, domein overstijgende zorgvraag. Hierdoor stijgt de vraag naar eerstelijnszorg. Vanuit demografisch oogpunt stijgt de vraag naar VS'en-AGZ in de huisartsenzorg in de komende 5 jaar met **5,5%**. Na 10 jaar met **10,7%**, na 15 jaar met **15,5%** en na 20 jaar met **18,4%**.³⁸⁵

Betere behandelmethoden van onder andere hart- en vaatziekten en kanker zorgen voor een hogere levensverwachting. Steeds meer mensen leven ook met de langetermijngevolgen van deze aandoeningen. Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit neemt toe.³⁸⁶ Ook demografische ontwikkelingen, het overheidsbeleid dat erop gericht is zoveel mogelijk mensen zo lang

³⁸² Zie onder andere start stimuleringssubsidie Huisartsenzorg in 2013 en 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)

³⁸³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁸⁴ Geriatrische syndromen zijn gezondheidsproblemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen, zoals polyfarmacie, vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, incontinentie, depressie, beperkingen in het dagelijks functioneren en eenzaamheid.

³⁸⁵ Van der Meulen, L, Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prisma.

³⁸⁶ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven: Auteur.

mogelijk thuis te laten wonen, de transitie van zorg naar de eerste lijn en het aantal vaccinaties in de huisartsenzorg zorgen voor meer werkdruk. Tezamen leidt dit tot een toenemende vraag naar VS'en-AGZ in de huisartsenzorg.. De voorziene jaarlijkse benodigde groei vanuit epidemiologische ontwikkelingen is voor de capaciteit aan VS'en-AGZ in de huisartsenzorg **0,4% tot 0,5%** per jaar.

8.2.3.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. De volgende ontwikkelingen zijn van invloed op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Meer zorg in eerste lijn

Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie. De verwachting dat de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn zich doorzet (zie paragraaf 5.3.1)³⁸⁷. De transitie van zorg van de tweede naar de anderhalve en eerste lijn en 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) zijn voor bijna een vijfde van de respondenten in de huisartsenzorg stimulerende factoren voor het opleiden en aannemen van VS'en.³⁸⁸ Voor de komende jaren wordt voorzien dat de VS-AGZ door de aandacht voor JZOJP steeds meer zorg in de eerste lijn op zich zal nemen. Ook toenemende mogelijkheden voor het verlenen van zorg in de eerste lijn, het langer thuis wonen van ouderen en de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit spelen hierbij een rol.

Een onzekere factor is de snelheid en omvang van verschuiving van zorg naar de eerste lijn, anderhalve lijn en de thuissituatie (zie paragraaf 5.3.2). Zo lijkt de beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn een knelpunt bij de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Immers, als er zorg verschoven moet worden tussen de sectoren, moet de bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals meebewegen. Wellicht dat intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van VS'en-AGZ in een andere sector dit kan vergemakkelijken. Intersectoraal opleiden vindt bijvoorbeeld plaats in de wijkzorg en huisartsenzorg en in verpleeghuizen en ziekenhuizen.

De inzet van VS'en in de anderhalvelijnszorg staat nog in de kinderschoenen. Er zijn in 2019 circa 72 werkzame VS'en in de anderhalvelijnszorg actief. Zij werken bijvoorbeeld op het gebied van dermatologie/wondzorg, palliatieve zorg en neurologie (transmuraal).

Transities stuwen behoefte regierol

Bewegingen zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), netwerkgeneeskunde en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.³⁸⁹ Er wordt meer samenwerking voorzien tussen de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg. Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt

³⁸⁷ FWG Brancheboekje ziekenhuiszorg. Utrecht, mei 2018.

³⁸⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁸⁹ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

over de diverse sectoren of “schotten” heen. Het invullen van de behoefte aan een coördinerende rol is voor bijna een vijfde van de respondenten een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. In de huisartsenzorg wordt hierbij ook lokale samenwerking met andere zorgaanbieders en verbinding met de wijk genoemd.³⁹⁰ De VS-AGZ vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren. Dit zijn bijvoorbeeld de medisch specialistische-, acute-, huisartsen- en thuis-/wijkzorg. Andere redenen die meespelen bij de toenemende behoefte aan een regierol zijn het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit (zie paragraaf 5.2).

Bekostiging remt en stimuleert inzet verpleegkundig specialisten

In de huisartsenzorg is 'bekostiging' de meest genoemde remmende factor voor het opleiden of aannemen van VS'en. Dit komt met name door onduidelijkheid bij huisartsen over toekomstige bekostiging door zorgverzekeraars en gebrekkige bekostiging door zorgverzekeraars. Het declareren van verrichtingen (zoals consulten en visites) die de VS uitvoert, is doorgaans niet voldoende om salaris-, werkgevers- en overheadkosten te dekken. Huisarts en zorgverzekeraar kunnen afspraken maken over het uitvoeren van bepaalde (kwaliteits)projecten of modules. Daar staat een aparte financiering tegenover. Andere mogelijkheden zijn meer patiënten inschrijven, besparen op de kosten van een waarnemend huisarts en/of het verminderen van het aantal fte aan huisartsen.³⁹¹ De winst voor de huisarts moet echter ook vooral gezocht worden in het vrijkomen van tijd die aan andere zaken, zoals scholing, kan worden besteed. Een toekomstbestendige en toereikende bekostiging van de inzet van VS'en door zorgverzekeraars, zal zorgen voor meer vraag naar VS'en in de huisartsenzorg. Vooralsnog is hier echter geen zicht op.

Bij enkele huisartsen en managers leven zorgen over hogere salariseisen die VS mogelijk gaan stellen, naarmate de professionalisering van deze beroepsgroepen vordert. Wanneer deze eisen sterk stijgen, kan dit het beroep minder aantrekkelijk worden voor werkgevers. In de huisartsenzorg wordt de VS voor het eerst beschreven in de CAO Huisartsenzorg 2019-2020.^{392 393} Enkele huisartsen noemen ontbrekende of onduidelijke afspraken over de verdeling van salariskosten tussen dagpraktijk(en) en huisartsenposten als belemmering voor het opleiden en aannemen van VS'en AGZ. Daarentegen noemt een derde van de respondenten bekostiging als reden om wel VS'en op te leiden en aan te nemen. Hierbij noemen zij vooral lagere salariskosten en innovatiegelden.

Gezien deze ontwikkelingen en de onbekende variabelen hierin hanteert het Capaciteitsorgaan een brede bandbreedte. De parameterwaarde sociaal-cultureel is vastgesteld op **1,0%-3,0%**.

8.2.3.3 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. Een

³⁹⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁹¹ Van der Burgt, R., Van Roij, J., Derckx, E. & Meulepas, M. (2016). Innovatie en ondernemerschap. Vier verpleegkundig specialisten en vier huisartsen in één praktijk. *De Verpleegkundig Specialist*. Jaargang 11. Zomer 2016.

³⁹² InEen (2019). Nieuwe cao Huisartsenzorg 2019-2020. 6 juni 2019.

³⁹³ Principeakkoord cao huisartsenzorg 1 maart 2019 – 31 december 2020

indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Aangenomen wordt dat er in 2019 steeds ongeveer 12 vacatures voor VS'en-AGZ in de huisartsenzorg openstaan.³⁹⁴ Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame VS'en AGZ om tot een vacaturegraad te komen. Deze is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid.³⁹⁵ De vacaturegraad voor VS'en-AGZ in de huisartsenzorg is 1,8%.³⁹⁶ Op basis van de bevindingen hanteert het Capaciteitsorgaan voor de parameter onvervulde vraag een bandbreedte van 0,8-2,8%. De middenwaarde wordt gevormd door de vacaturegraad. Met het oog op de hoge ervaren krapte aan VS'en-AGZ hanteert het Capaciteitsorgaan de bovenkant van de bandbreedte. De parameterwaarde onvervulde vraag is voor de VS'en in de huisartsenzorg bepaald op **2,8%**. De onvervulde vraag in de sector huisartsenzorg is dus lager dan voor het beroep als geheel (6,9%).

8.2.4 Veranderingen werkproces

8.2.4.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Binnen de huisartsenzorg is er sprake van vakinhoudelijke ontwikkelingen die de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ (mogelijk) beïnvloeden. Deze vallen uiteen in de inzet op additionele taken en mogelijke uitbreiding van de bevoegdheden met schouwen.

Structurele inzet op additionele taken

VS'en-AGZ worden veelvuldig ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Deze zaken worden in de huisartsenzorg genoemd als redenen voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Met name het verbeteren van de organisatie van de zorg is een reden voor het opleiden en aannemen van een VS.³⁹⁷ Het uitvoeren van projecten en innovaties door VS'en-AGZ, het verhogen van patiënttevredenheid en meer tijd voor communicatie met patiënten en naasten worden eveneens genoemd. Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden vaker een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ dan in het verleden het geval was.³⁹⁸ Een groot deel (62%) van de bevroegden geeft aan dat een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en het streven naar verbetering van de zorg is. Elementen die hierbij vooral genoemd worden zijn de aandacht van VS'en voor specifieke patiëntengroepen (zoals ouderen of chronische patiënten), de zorg voor specifieke gebieden (bijv. wond- of palliatieve zorg) en het verhogen van de patiënttevredenheid.³⁹⁹ 27% van de VS'en in de huisartsenzorg geeft dan ook aan dat er klachten/patiëntengroepen zijn die niet door de huisarts worden gezien, maar wel door de VS.⁴⁰⁰ Het gaat dan bijvoorbeeld om wondzorg en dermatologie.

³⁹⁴ Circa 8% van de nieuw geplaatste vacatures betreft de huisartsenzorg. Dat zou neerkomen op 3,5 vacatures die per maand nieuw geplaatst worden. De verhouding nieuw geplaatst – openstaand is ongeveer 1 op 2,5. Circa 2/3^e van de vacatures wordt online geplaatst. Omgerekend zijn er dus $3,5 * 2,5 / 0,66667 = 12$ vacatures.

³⁹⁵ Frictiewerkloosheid is dat deel van de werkloosheid dat veroorzaakt wordt door fricties op de arbeidsmarkt: tussen het ontstaan van de vacature en het vervullen ervan gaat tijd verloren.

³⁹⁶ $12 / 309$ werkzame VS'en AGZ = 4,8%, gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid = 2,8%.

³⁹⁷ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

³⁹⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

³⁹⁹ Idem.

⁴⁰⁰ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan VS'en-AGZ de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (100% van de VS'en-AGZ in de huisartsenzorg besteedt hier gemiddeld 68% van de werktijd aan). Additionele taken vormen voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk. Bij 53% van de werkzame VS'en-AGZ bestaat een deel van hun werktijd structureel uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 11% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.⁴⁰¹

Schouwen

VS'en-AGZ (en PA's) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven VS'en-AGZ (en PA's) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn VS'en-AGZ hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en PA's in te zetten voor lijkschouwing. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. De VS-AGZ is hierbij niet genoemd. Bezien zal moeten worden of wetswijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.^{402 403}

Voorzien wordt dat de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken de komende jaren aanhoudt. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is vastgesteld op **1,0%**. Omdat er nog geen besluit is genomen over het toekennen van de bevoegdheid tot schouwen is deze ontwikkeling nog niet doorgerekend in de raming.

8.2.4.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande zijn op het

⁴⁰¹ Idem.

⁴⁰² Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

⁴⁰³ Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

vlak van ICT en technologie⁴⁰⁴. Ook blijven administratieve lasten in veel sectoren een aandachtspunt.⁴⁰⁵ Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ. De gehanteerde parameterwaarde is daarom vastgesteld op **0%**.

8.2.4.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft, wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Uit onderzoek blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van VS'en en PA's in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Hierbij is bijvoorbeeld zichtbaar dat VS'en vaker dan PA's worden opgeleid en aangenomen met als reden de inzet van de juiste professional op de juiste plek en de zorg voor specifieke aandoeningen en patiëntengroepen. Echter ook PA's worden vanwege deze redenen opgeleid en aangenomen, alleen in mindere mate. PA's worden dan weer vaker dan VS'en opgeleid en aangenomen vanwege opvolgingsproblematiek binnen de huisartsenpraktijk.⁴⁰⁶ Op dit moment zijn er geen signalen dat er structureel taken verschuiven tussen vraag VS'en-AGZ en PA's in de huisartsenzorg. Om deze reden wordt de parameterwaarde vastgesteld op **0%**.

8.2.4.4 Verticale taakverschuivingen

Hierna worden ontwikkelingen benoemd, waarvan verwacht wordt dat zij de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ in de huisartsenzorg op het vlak van verticale taakverschuivingen. In paragraaf 6.4 is een beschrijving opgenomen van de gehanteerde begrippen, de dataverzameling en een verantwoording van de gehanteerde berekeningssystematiek.

VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

71% van de VS'en-AGZ geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de huisarts worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ. Het betreft gemiddeld 9,9 uur per week.⁴⁰⁷ Hoewel deze inschattingen van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van huisartsen omvangrijk is, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{408 409}

⁴⁰⁴ Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

⁴⁰⁵ (Ont)regel de zorg.

⁴⁰⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁰⁷ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁴⁰⁸ Van Klaveren, S. & Van der Meer, E. (2017). De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. *BMC Advies*. januari 2017.

⁴⁰⁹ Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Om deze reden zijn ook huisartsen, praktijk-/bedrijfskundig-/zorg- en medisch managers, raden van bestuur en HRM bevroegd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. Wat opvalt, is dat er een sterke spreiding is in de verwachtingen binnen de huisartsenzorg: de meningen zijn erg verdeeld. Het aantal respondenten is relatief klein, maar het merendeel (69%) van de respondenten voorziet dat het aantal VS'en-AGZ binnen de huisartsenzorg in de komende 5 jaar zal stijgen, onder andere door taakverschuivingen. Schattingen lopen uiteen van +5% tot >50%. Bijna 10% voorziet juist een daling van de inzet van VS'en in de huisartsenzorg. Van de respondenten werkt 42% (nog) niet met een VS.^{410 411} Sinds 2012 neemt het aantal fte aan VS'en in de huisartsenzorg met een jaarlijkse groei van 15% sneller toe dan in de meeste andere sectoren. Alleen in de verpleeghuiszorg, waar de zorgvraag snel toeneemt door vergrijzing, neemt het aantal fte aan VS'en met 19% per jaar sneller toe. In de huisartsenzorg wordt relatief vaker een grotere groei van het aantal VS'en voorzien in de komende vijf jaar ten opzichte van andere sectoren.^{412 413} De groei neemt wel wat af. Over 2016-2019 bedroeg deze 10% per jaar.

Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan zorgprofessionals en een hoge werkdruk kiezen huisartsen, bestuurders en managers vaker voor de inzet van een VS-AGZ (of een PA). Arbeidsmarktfactoren zijn alleen in de huisartsenzorg de meest genoemde stimulerende factor voor het aannemen of opleiden van een VS-AGZ. Met name de krapte aan en werkdruk van huisartsen worden in dit kader regelmatig genoemd.⁴¹⁴ In de huisartsenzorg zijn naast krapte en een hoge werkdruk ook opvolgingsproblematiek, het bieden van carrièreperspectief aan hbo'ers en de wens van huisartsen om minder uren te werken veelgenoemde stimuli voor het opleiden en aannemen van een VS-AGZ.⁴¹⁵ Wanneer er geen opvolger gevonden wordt en/of er een lokale krapte aan huisartsen is, kiezen huisartsenpraktijken vaak voor de inzet van een HIDHA, waarnemer, VS en/of PA.^{416 417}

Daarnaast wordt de VS-AGZ ook gezien als een beroepsgroep die bijdraagt aan de continuïteit van zorg. De VS-AGZ wordt door managers en huisartsen beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte van tijdelijke waarnemers of een basisarts/anios lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'.

Ook andere sectoren merken de gevolgen van de werkdruk in de huisartsenzorg. In de gehandicaptenzorg speelt de beperkte capaciteit aan artsen verstandelijk gehandicapten en ook van huisartsen een stuwende rol in de inzet van VS'en-AGZ. In de medisch specialistische zorg wordt de beperkte

⁴¹⁰ Modus en mediaan komen veelal overeen.

⁴¹¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴¹² Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

⁴¹³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴¹⁴ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴¹⁵ Idem.

⁴¹⁶ Idem.

⁴¹⁷ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

capaciteit in de huisartsenzorg genoemd als remmende factor voor de transitie van zorg naar de eerste lijn. In de wijkzorg ziet men dat een tekort aan en de werkdruk van huisartsen zorgt voor een toenemende behoefte aan zorgprofessionals naast de huisarts. Daarbij is een eigenstandige bevoegdheid voor diagnose stellen en medicatie voorschrijven belangrijk.⁴¹⁸ De krapte aan zorgprofessionals in de huisartsenzorg is landelijk hoog.^{419 420} Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ.

Toenemende bekendheid

In de huisartsenzorg wint de VS aan bekendheid. Hoewel arbeidsmarktkrapte in sommige organisaties een reden is om te beginnen met het verschuiven van taken, komt er vaak een proces op gang zodra de eerste VS-AGZ in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde van de VS-AGZ zien, waarna er visie en beleid ontstaat en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt. Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van de VS-AGZ een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal VS'en toeneemt, stijgt ook de bekendheid. Een lange termijn visie of beleid op de inzet van VS'en-AGZ is veelal aanwezig bij huisartsenposten, maar ontbreekt vaak nog binnen huisartsenpraktijken.⁴²¹

(Door)ontwikkeling richtlijnen

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Voor bepaalde taken worden de VS expliciet genoemd in de richtlijnen en normeringen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de richtlijnen Geriatrie, Heupdysplasie en COPD. Hierdoor verwachten stakeholders dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt.⁴²² Er zijn op dit moment geen landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en VS'en vastgelegd in een consensusdocument binnen de huisartsenzorg.

Geen structurele verschuivingen vanuit VS'en-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken binnen de huisartsenzorg verschuiven van VS'en naar andere zorgprofessionals, zoals praktijkondersteuners in de huisartsenzorg of doktersassistenten. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van VS'en raken de werkzaamheden van huisartsen en niet zozeer die van mbo'ers en hbo'ers. Wel besteden VS'en tijd aan deskundigheidsbevordering. 27% van de VS'en-AGZ geeft onderwijs en 14% begeleidt a(n)ios of coassistenten.⁴²³ Er zijn geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen hiervoor bij te stellen.

⁴¹⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴¹⁹ Batenburg, R. et.al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

⁴²⁰ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. 'parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%'.

⁴²¹ Van der Biezen, M., Vermeulen, H., Laurant, M. & Derckx, E. (2017). Versterking opleiding VS en PA huisartsenzorg. IQ Healthcare en Stichting KOH.

⁴²² Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

⁴²³ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

Voorziene taakverschuivingen raming huisartsen

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door huisartsen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de raming voor de huisartsen⁴²⁴. Na het doorvoeren van correcties (zie paragraaf 6.4) blijkt dat er (op basis van de raming van de huisartsen) afgerond 9-22 fte aan werkzaamheden per jaar te verschuiven van huisartsen naar de VS-AGZ (Tabel 27, volgende pagina). Hierbij is de 9 fte gebaseerd op de minimale waarden voor verticale taakverschuivingen in de raming van de huisartsen. Dit is dus het minimale scenario. De 22 fte is gebaseerd op de maximale waarde in deze raming. Uitgaande van deze waarden is er per jaar **4,77%** tot 11,13% meer fte aan VS'en-AGZ nodig om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

Tabel 27: Doorrekening taakverschuivingen raming huisartsen (HA) naar VS-AGZ

	Parameterwaarde verticale taakverschuivingen HA	FTE aan HA per 1-1-2019	FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	FTE aan VS'en-AGZ per 1-1-2019	% taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	Aantal FTE aan taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	% verticale taakverschuivingen naar VS'en-AGZ
Huisartsen (minimale waarde)	-0,6%	9.496	56,98	197	16,5%	9,40	4,77%
Huisartsen (maximale waarde)	-1,4%	9.496	132,94	197	16,5%	21,94	11,13%

Uit de vergelijking blijkt dat de richting van de inschattingen van de raming van de huisartsen en de bevindingen zoals besproken in de hier voorgaande paragrafen overeenkomen. De verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van huisartsen over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers, directieleden en bestuurders. Besluiten over het aannemen of opleiden van een VS in de huisartsenzorg in de dagpraktijken worden vooral genomen door huisartsen. In de huisartsenposten gebeurt dit door zorg-/medisch managers, ondersteunende professionals en huisartsen. Inschattingen van huisartsen, managers en bestuurders die samenwerken met een VS-AGZ zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **4,77%** tot **11,63%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de inschattingen binnen de raming van huisartsen. De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals gehanteerd in de ramingen van de huisartsen (zie 'impact van deze ontwikkelingen', paragraaf 6.4). In de huisartsenzorg lopen de inschattingen over de voorziene toename van het aantal VS'en in de sector sterker uiteen dan in andere sectoren, waarbij een deel van de respondenten zeer hoge groeipercentages (>50%) noemt. Om

⁴²⁴ Zie www.capaciteitsorgaan.nl voor het Capaciteitsplannen 2019 'Huisartsgeneeskunde'.

deze reden kiest het Capaciteitsorgaan voor een brede bandbreedte en ligt de maximale parameterwaarde wat hoger (+0,5%) dan die in andere sectoren.

8.2.4.5 Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen. In de raming wordt als parameterwaarde **0%** aangehouden.

8.2.5 Overwegingen en advies

De hiervoor genoemde trends zijn meegenomen in het advies over de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen tot VS-AGZ binnen de huisartsenzorg. Hiervoor zijn de vetgedrukte parameterwaarden doorgerekend in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan kiest in samenspraak met de werkgroep PA/VS voor een adviesvariant. Het advies is om jaarlijks **66** tot **132** studenten in te laten stromen in de opleiding tot VS-AGZ binnen de huisartsenzorg. Het voorkeursadvies ligt hierbij aan de onderkant van de bandbreedte en betreft **66** instromers per jaar.

In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 31 studenten in de opleiding tot VS-AGZ binnen de huisartsenzorg. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft, is duidelijk dat de instroom in de opleidingen tot VS-AGZ in de huisartsenzorg sterk moet stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Vooralsnog is onduidelijk hoe snel de transitie van zorg naar de eerste lijn zich zal voltrekken. Ook is onbekend hoe omvangrijk deze zal zijn en hoeveel van de verschoven zorg te zijner tijd door de VS-AGZ zal worden uitgevoerd. Gezien deze onzekerheden bestaat het advies uit een brede bandbreedte.

Op dit moment is er sprake van toenemende arbeidsmarktknelpunten in de huisartsenzorg. De meningen over welke zorgprofessionals naast de huisarts het beste kunnen worden ingezet, lopen sterk uiteen. Er moet geborgd worden dat er in de huisartsenzorg voldoende zorgprofessionals, waaronder VS'en-AGZ, opgeleid worden. Daarom is het raadzaam om met veldpartijen in overleg te gaan over benodigde maatregelen en/of investeringen en door middel van sectorbreed arbeidsmarktbeleid nog grotere arbeidsmarktproblematiek te voorkomen.

De snelheid en omvang van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn is nog onzeker, evenals de hoeveelheid werk die bij de VS-AGZ in de huisartsenzorg terecht zal komen. Het is niet aannemelijk dat er voldoende VS'en-AGZ die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg over zullen stappen naar de huisartsen- en ouderenzorg, wanneer de vraag deels verschuift naar deze sectoren. Geadviseerd wordt om te verkennen of er (meer) VS'en-AGZ in een samenwerkingsverband met meerdere sectoren kunnen worden opgeleid. Daarbij zijn afspraken over de inzet na diplomering van belang. Deels kan hiermee de verschuiving van instroomplaatsen van de medisch specialistische zorg naar de huisartsenzorg geleidelijk vorm worden gegeven. Daarbij kunnen intersectoraal opgeleide VS'en-AGZ mogelijk vaker fungeren als "transmurale brug" tussen sectoren en bijdragen aan de verdere totstandkoming van de anderhalvelijnszorg en de transitie van zorg. Opleiden vanuit een intersectoraal samenwerkingsverband neemt daarnaast mogelijk een deel van de belemmeringen in de huisartsenzorg weg die ervaren worden bij het opleiden van VS'en.

Daarnaast kan het overstappen van VS'en-AGZ naar een andere sector mogelijk vergemakkelijkt worden met het aanbieden van herscholingstrajecten voor gediplomeerde VS'en-AGZ. Voor een deel van de betrokkenen is het ontbreken van herscholingstrajecten een belemmering voor het aannemen van elders opgeleide VS'en.

Voor een toelichting op de keuze voor deze adviesvariant en de uitkomsten uit het ramingsmodel verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

8.3 Ouderenzorg

Binnen deze raming hebben we een instroomadvies opgesteld voor verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ) binnen de sector ouderenzorg. In deze paragraaf worden de sectoren wijkzorg en eerstelijnsverblijf en verpleeghuiszorg gecombineerd. Specifieke arbeidsmarktgegevens op sectorniveau zijn te vinden in het alumnionderzoek van Prismant (2019).⁴²⁵

8.3.1 Zorgaanbod

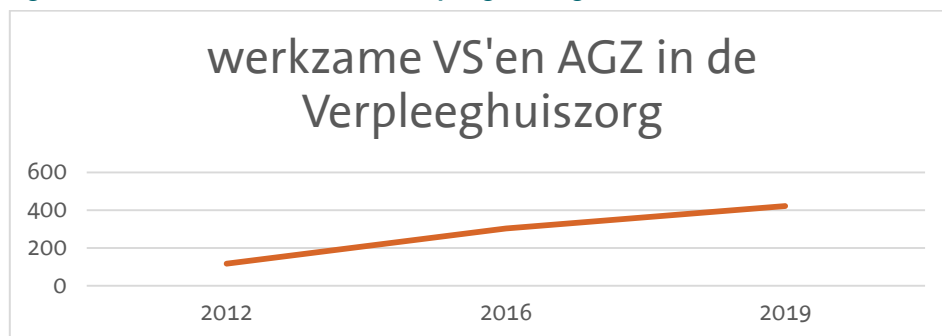
8.3.1.1 Zorgaanbod wijkzorg en eerstelijnsverblijf

Volgens het alumnionderzoek zijn er 101 werkzame VS'en AGZ in de wijkzorg en eerstelijnsverblijf. Deze 101 werkzamen werken in totaal 51 FTE. Circa 90% van hen is vrouw. Omdat het aantal respondenten in deze groep laag is, is er verder niets bekend over de fte per geslacht en dergelijke. Omdat er in de vorige jaren geen specifieke uitvraag is gedaan naar deze sector, zijn er ook geen historische gegevens bekend.

8.3.1.2 Zorgaanbod verpleeghuiszorg

Volgens het alumnionderzoek zijn er 421 werkzame VS'en AGZ in de verpleeghuiszorg. Deze 421 werkzamen werken in totaal 339 FTE. Circa 86% van hen is vrouw. Het aantal werkzame VS'en AGZ is sinds 2012 sterk gestegen: van ca. 117 in 2012 tot ca. 421 in 2019, waarbij de groei langzaam afvlakt. Zie Figuur 23:

Figuur 23: werkzame VS'en AGZ in de verpleeghuiszorg 2012-2019



⁴²⁵ Van de Leemkolk B, Van der Velde F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant.

De ratio tussen het aantal VS'en AGZ en het aantal specialisten ouderengeneeskunde stijgt ook: waren er in 2012 nog ca. 7,7 fte VS'en per 100 fte specialisten ouderengeneeskunde, is dit per 2019 opgelopen naar 23,3 fte VS'en per 100 fte specialisten ouderengeneeskunde. Ook hier vlakt de groei af: de meeste groei is in de periode 2012-2016 gerealiseerd. Er werkte toen 16.0 fte aan VS'en-AGZ per iedere 100 fte aan specialist ouderengeneeskunde.⁴²⁶

In het alumni-onderzoek is gekeken aan welke soort patiënten de respondenten zorg verlenen. Een substantieel deel van de respondenten werkt voor meerdere soorten patiënten. We zien dat ca. 24% van de respondenten voornamelijk psychogeriatrische zorg levert, een even hoog percentage doet dit in combinatie met somatische zorg en palliatieve zorg, en een iets kleiner deel (20%) levert psychogeriatrische en somatische zorg. Het aandeel revalidatiezorg is beperkt: circa 11% levert dit in combinatie met alle hiervoor genoemde patiëntengroepen, circa 6% levert voornamelijk revalidatiezorg.⁴²⁷

8.3.1.3 Aanbod gecombineerde sector ouderenzorg

Er werken mensen in zowel de sector wijkzorg/eerstelijnsverblijf als in de sector verpleeghuiszorg. Om te weten hoeveel mensen er werken in de sector ouderenzorg mogen de genoemde getallen dus niet worden opgeteld. De gecombineerde aantallen staan in Tabel 28:

Tabel 28: Aantal werkzamen en fte Ouderenzorg

	Aantal	Aantal fte	Deeltijdfactor
Man	56	50	0,90
Vrouw	362	283	0,78
Onbekend	68	57	0,83
Totaal	486	389	0,80

Van een substantieel deel van de populatie is het geslacht niet bekend. Voor de raming betekent dit dat de verkregen gegevens niet zonder meer verwerkt kunnen worden, aangezien het ramingsmodel rekent met de gegevens van groepen 'mannen' en 'vrouwen'. Om de gegevens van de groep 'onbekend' goed mee te kunnen nemen, moet de man/vrouw verhouding worden aangepast. Een correctieberekening leidt tot een percentage vrouwen van **82,18%** (i.p.v. 86,65%). Dit percentage wordt verwerkt in het ramingsmodel.⁴²⁸

Uitstroomverwachting ouderenzorg

Aan de alumni is gevraagd wanneer zij denken te stoppen met werken als VS. Bij de wijkzorg en eerstelijnsverblijf zien we dat een heel groot deel tussen 10 en 15 jaar uitstroomt (32%), waar dat binnen nu en 5 jaar (9%) en tussen 5 en 10 jaar (8%) heel weinig is. Circa 18% denkt tussen 15 en 20 jaar uit te stromen. Er is dus een groot cohort dat naar verwachting over 10 tot 15 jaar uitstroomt.

⁴²⁶ Idem.

⁴²⁷ Opgeteld is dit 125%. Dit komt door het eerder genoemde effect dat relatief veel VS'en in meerdere soorten praktijken werken.

⁴²⁸ De groep 'onbekend' werkt gemiddeld 0,833 fte. Dat ligt ongeveer tussen de deeltijdfactor van mannen en vrouwen in. Deze groep heeft dus een andere man/vrouw verhouding. Wanneer dit rekenkundig wordt bepaald, blijkt de verhouding ongeveer 45,4% mannen – 54,6% vrouwen te zijn voor deze 68 werkzamen. Hierdoor schuift de verhouding voor de hele groep ook op.

Bij de verpleeghuiszorg is het beeld gelijkmatiger: circa 15% stroomt binnen nu en 5 jaar uit, circa 19% tussen 5 en 10 jaar, circa 14% tussen 10 en 15 jaar en circa 15% tussen 15 en 20 jaar. In beide sectoren is dus meer dan de helft van de werkzame populatie binnen 20 jaar uitgestroomd, wat bij de verpleeghuiszorg iets meer is dan het beroep als geheel en bij de wijkzorg en eerstelijnsverblijf iets minder.

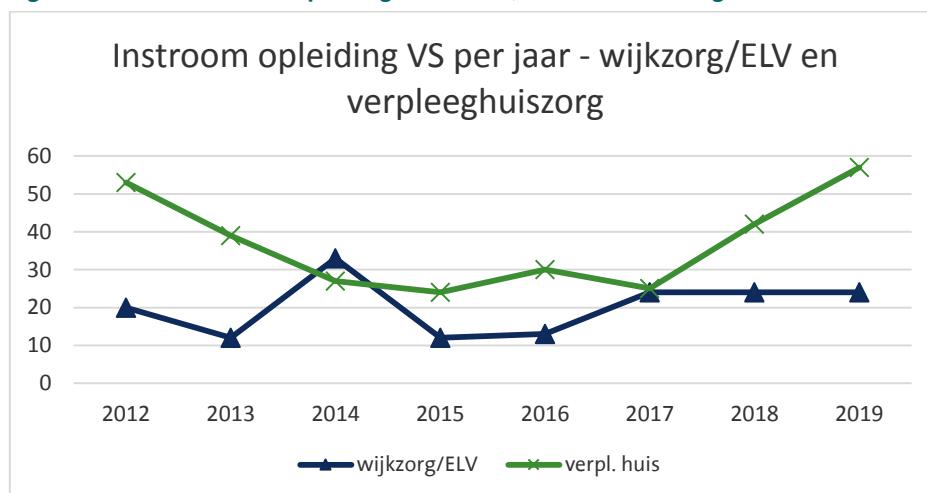
Tabel 29: uitstroomverwachting VS'en AGZ per geslacht

Cumulatief aandeel		
	mannen	vrouwen
Binnen nu en 5 jaar	15%	15%
Tussen 5 en 10 jaar	33%	33%
Tussen 10 en 15 jaar	50%	50%
Tussen 15 en 20 jaar	64%	64%

8.3.2 Opleiding

De instroom in de opleiding MANP is weergegeven in hoofdstuk 3. De instroom in de sector thuiszorg en eerstelijnsverblijf was de afgelopen jaren erg veranderlijk, met minimaal 12 en maximaal 33 opleidingen. In de sector verpleeghuiszorg zagen we eveneens veel beweging: de afgelopen jaren is deze instroom gedaald, maar in 2018 weer sterk gestegen. Zie onderstaande figuur.

Figuur 24: instroom MANP-opleiding 2012-2019, sector ouderenzorg



Voor de komende jaren gaan we uit van gemiddeld **73** instromers per jaar in de sector ouderenzorg (de combinatie van wijkzorg/ELV en verpleeghuiszorg).⁴²⁹ Dit is gebaseerd op de instroom in 2019, verminderd met de plaatsen die gefinancierd zijn uit incidentele middelen. Gezien de beperkte capaciteit aan hbo-verpleegkundigen is het onzeker of er de komende jaren voldoende instroom in de MANP-opleiding gerealiseerd kan worden. Verder gaan we uit van 106 mensen die nu in opleiding zijn, waarvan **53** per leerjaar.

⁴²⁹ De instroom volgens de opgave van de hogescholen was 81 opleidingen. 66/362^e van de 44 nieuwe plaatsen zijn incidenteel geld. Per saldo blijven er dan 73 plaatsen over die structureel gesubsidieerd zijn. Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

Het intern rendement voor de sectorspecifieke raming voor de VS AGZ in de ouderenzorg berekenen we hetzelfde als in hoofdstuk 3: deze wordt berekend over de jaren waarover de sectoren bekend zijn (vanaf 2012) en waarvan vrijwel alle opleidingen klaar zijn (tot 2016). Het intern rendement voor de sector is **74,83%**, substantieel lager dan over de gehele opleiding. Dat komt vooral door het jaar 2014 (intern rendement 60%). Voor de opleidingen die reeds in opleiding zijn, wordt met een hoger rendement gerekend; er is een kleinere kans dat zij nog stoppen. Dit rendement is **86,50%** ⁴³⁰

Voor het percentage vrouwen zijn er geen aanwijzingen dat deze voor de sector ouderenzorg wezenlijk anders is als voor het gehele beroep. Hier rekenen we met **90,67%**.

8.3.3 Zorgvraagontwikkelingen

8.3.3.1 Demografie en epidemiologie

De vraag naar VS'en-AGZ in de ouderenzorg neemt zeer sterk toe door bevolkingsgroei en stijging van het aantal 65+'ers. De toename van het aantal ouderen, die bovendien vaker langer zelfstandig wonen, leidt tot meer multimorbiditeit, ouderdomsziekten (zoals artrose, diabetes en coronaire hartziekten) en geriatrische syndromen.⁴³¹ Het aantal mensen met dementie neemt toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040, een ruime verdubbeling.⁴³² Vanuit demografisch oogpunt stijgt de vraag naar VS'en-AGZ in de ouderenzorg in de komende 5 jaar met **14,6%**. Na 10 jaar met **34%**, na 15 jaar met **50,5%** en na 20 jaar met **65,7%**.⁴³³

Het aantal mensen met een chronische aandoening en multimorbiditeit stijgt.⁴³⁴ In combinatie met demografische ontwikkelingen, het overheidsbeleid dat erop gericht is zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en de transitie van zorg naar de eerste lijn, leidt dit tot meer (kwetsbare) mensen die zorg vragen in onder andere de wijkzorg. Deze mensen hebben vaak te maken hebben met een veelheid aan zorgprofessionals en -organisaties. Daardoor ontstaat behoefte aan iemand die zicht houdt op het integrale traject en zorgt voor coördinatie van de betrokken zorgprofessionals. Vanuit diverse sectoren wordt benoemd dat VS'en-AGZ of een physician assistant (PA) deze regierol vaker op zich kunnen nemen. De toename van comorbiditeit en complexiteit van zorg vraagt volgens betrokkenen om de inzet van hoger geschoold personeel in de wijkzorg. Dat personeel kan via triage en regievoering een belangrijke invloed hebben op de patiëntenstromen richting huisarts en ziekenhuis.⁴³⁵ De meerwaarde van de VS bevindt zich onder andere in de integratie van care en cure en het bieden van hoogcomplexere verpleegkundige zorg.⁴³⁶

⁴³⁰ Zie voor meer uitleg over de berekeningsmethode hoofdstuk 3.

⁴³¹ Geriatrische syndromen zijn gezondheidsproblemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen, zoals polyfarmacie, vallen, geheugenproblemen en dementie, gezichts- en gehoorstoornissen, incontinentie, depressie, beperkingen in het dagelijks functioneren en eenzaamheid.

⁴³² RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven.

⁴³³ Van der Meulen, L., Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

⁴³⁴ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven.

⁴³⁵ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA. / Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019

⁴³⁶ Boeijen, E., Peters, J. & Van Vught, A. (2019). Nurse practitioners leading the way: An exploratory qualitative study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 00 (2019). 1-9,. DOI# 10.1097/JXX.0000000000000307

Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en de hoogste ziektelast. Niet alleen medische maar ook sociale problemen nemen toe.⁴³⁷ De instroom in zorgprofiel 5, beschermd wonen met intensieve dementiezorg, is over 2013-2016 toegenomen met 26%.⁴³⁸ Ouderen met dementie hebben meestal ook één of meer andere aandoeningen en vertonen bij opname in het verpleeghuis meestal gedragsproblemen. De veranderende samenstelling van de patiëntenpopulatie maakt de zorg voor deze groep intensiever.

Voorgaande ontwikkelingen dragen bij aan een stijgende behoefte aan VS'en-AGZ in de ouderenzorg. De voorziene jaarlijkse benodigde groei vanuit epidemiologie is voor de capaciteit aan VS'en-AGZ in de ouderenzorg **0,3% tot 0,6%** per jaar.

8.3.3.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. De volgende ontwikkelingen zijn van invloed op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Meer zorg in eerste lijn en thuis

Vanaf 2013 is het overheidsbeleid erop gericht om ouderen langer thuis te laten wonen. Steeds meer zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en de thuissituatie. Doordat ouderen langer thuis wonen, verblijven kwetsbare groepen ook vaker thuis. Dit geldt ook voor de 85-plussers, die vaak thuis wonen met ondersteuning vanuit de wijkverpleging.⁴³⁹ In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022 wordt genoemd dat VS'en een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de zorg thuis, vanuit het adagium 'specialistisch waar het moet, generalistisch waar het kan'.⁴⁴⁰

De transitie van zorg en 'De juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) zorgt met name voor een stijgende vraag naar VS'en in de thuiszorg. 31% van de respondenten in de thuiszorg noemt deze ontwikkelingen als stimulerende factoren voor het opleiden en aannemen van VS'en. Ook het langer thuis wonen van ouderen en ambulantisering worden genoemd als redenen.⁴⁴¹ Voor de komende jaren wordt voorzien dat de VS-AGZ steeds meer zorg op zich zal nemen. Dat komt door toenemende mogelijkheden voor het verlenen van zorg in de eerste lijn, de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit en de aandacht voor de JZOJP.

Ook ontstaan 'nieuwe' woonvormen voor ouderen voor laag- en semicomplexe zorg. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen en willen niet altijd de verantwoordelijkheid nemen voor deze verzorgingshuizen in een nieuwe jas. Een deel van de zorg kan door VS'en-AGZ opgevangen worden. VS'en-AGZ vervullen een inhoudelijk aansturende rol in de wijkteams. Zij brengen expertise in de wijk voor hoogcomplexere verpleegkundige zorg, bijvoorbeeld bij complexe wondzorg.

⁴³⁷ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven.

⁴³⁸ Burg, M. van den, Dijk, C. van, Dik, J. W., Heim, N., & Mahler, M. (2018). Zorgcijfers Monitor: Verblijfsduur in verpleging en verzorging niet korter in de Wet langdurige zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland.

⁴³⁹ Nederlandse ZorgAutoriteit (2018). Monitor zorg voor ouderen.

⁴⁴⁰ Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022. mei 2018.

⁴⁴¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Daarnaast ontstaan nieuwe zorgconcepten waarin VS een prominente rol kunnen spelen. Een voorbeeld van de verplaatsing van ziekenhuiszorg is 'Ziekenhuis op wielen', een nurse-led initiatief van een VS waarbij medisch specialistische zorg wordt geboden thuis of in het verpleeghuis. Ook in de WijkKliniek in Amsterdam bieden VS'en-AGZ binnen een multidisciplinair team herstel na ziekenhuisbehandeling voor kwetsbare ouderen in de acute fase in de eigen wijk.^{442 443} Dergelijke initiatieven sluiten aan op de afbouw van het aantal ziekenhuizen en de toenemende reistijd voor patiënten die naar het ziekenhuis moeten.

Een onzekere factor is de snelheid en omvang van verschuiving van zorg naar de eerste lijn, anderhalve lijn en de thuissituatie (zie paragraaf 5.3.2). Onder andere de beschikbare capaciteit op de arbeidsmarkt in de eerste lijn en in de wijk lijkt een knelpunt bij de realisatie van de verschuiving van zorg naar de eerste lijn en het langer thuis wonen van ouderen. Intersectoraal opleiden of het aanbieden van herscholingstrajecten bij het (deels) inzetten van VS'en-AGZ in een andere sector kan de verschuiving van zorg en bijbehorende capaciteit aan zorgprofessionals over de sectoren vergemakkelijken. Intersectoraal opleiden vindt bijvoorbeeld plaats in de wijkzorg en huisartsenzorg en in verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Ook de toegenomen zorgzwaarte in de verpleeghuiszorg maakt dat de vraag naar VS'en stijgt. Na de transitie in 2016 ontvangen cliënten met lagere zorgzwaartepakketten verzorging thuis en zijn de overgebleven intramurale plaatsen gericht op verpleging. De gemiddeld hogere kosten per cliënt die hiermee gepaard gaan zijn terug te zien in de cijfers. Gelijktijdig zien de verpleeghuizen het aantal cliënten toenemen. Ook het aantal cliënten voor ambulante verpleeghuiszorg, zoals cliënten met een volledig pakket thuis (VPT) of een modulair pakket thuis (MPT), en voor wijkverpleging neemt toe. Deze ontwikkeling ligt in lijn met afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging die gebaseerd zijn op de uitgangspunten van de nota De juiste zorg op de juiste plek.^{444 445} In 2017 kwamen mensen minder snel in aanmerking kwamen voor zorg uit de Wlz dan in 2015. Hierdoor ontving men in de Wlz in 2017 gemiddeld zwaardere zorg.⁴⁴⁶ Er is sinds 2012 geen sprake van een drastische daling van de verblijfsduur in een verpleeghuis. De mediane verblijfsduur van ouderen die tussen 2012 en 2016 zijn opgenomen in een verpleeghuis is licht afgenomen, van 22 naar 20 maanden.⁴⁴⁷ ⁴⁴⁸ Hoewel de transitie plaatsvond in 2016 en de grootste verschuiving in de patiëntenpopulatie inmiddels heeft plaatsgevonden, wordt voorzien dat de komende jaren nog aanpassingen van de beroepsmix volgen om deze beter toe te rusten op de nieuwe situatie.

⁴⁴² AMC (2019). WijkKliniek. Geraadpleegd op 5-11-2019, van <https://www.amc.nl/web/specialismen/geriatrie-ouderengeneeskunde-1/acute-ouderenzorg/wijkkliniek.htm>

⁴⁴³ Telefonisch contact projectleider 'De PA en de VS in de anderhalvelijnszorg' op 5-11-2019. Zie: <https://zorgmasters.nl/lopende-onderzoeken-en-projecten/de-pa-en-de-vs-in-de-anderhalvelijnszorg/>

⁴⁴⁴ Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). Jaarverslagenanalyse VVT 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstege accountants en adviseurs.

⁴⁴⁵ IDEM.

⁴⁴⁶ Vektis (2018). Wat zijn de gemiddelde kosten per persoon in de Wlz? Geraadpleegd op 13 juni 2018, van <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wet-langdurige-zorg/row-3/wat-zijn-de-gemiddelde-kosten-per-persoon-in-de-wlz/>

⁴⁴⁷ Nederlandse ZorgAutoriteit (2018). Monitor Zorg voor ouderen 2018. Utrecht.

⁴⁴⁸ De mediane verblijfsduur geeft aan na hoeveel maanden de helft van de ouderen die in het gegeven jaar zijn ingestroomd, zijn overleden.

Transities stuwen behoefte regierol

Bewegingen zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.⁴⁴⁹ Er wordt meer samenwerking voorzien tussen de ziekenhuizen, eerste lijn, acute zorg en thuis-/wijkzorg. Hierbij ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Het invullen van de behoefte aan een coördinerende rol is voor 25% van de respondenten in de thuiszorg en 15% in de verpleeghuiszorg een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. In de thuiszorg wordt hierbij door 28% van de respondenten ook lokale samenwerking met de huisarts genoemd.⁴⁵⁰ De VS-AGZ vormt als het ware een 'transmurale brug': de schakel tussen diverse zorgorganisaties en -sectoren, zoals de medisch specialistische-, acute-, huisartsen- en thuis-/wijkzorg. Andere redenen die meespelen bij de toenemende behoefte aan een regierol zijn het toenemende aantal patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit (zie paragraaf 5.2).

Bekostiging

In de langdurige zorg lijkt er, los van de subsidie op opleiden, slechts beperkt sprake te zijn van de invloed van bekostiging. Het niet zelfstandig mogen declareren is een beperking voor de ontwikkeling van de extramurale langdurige zorg. Bekostiging gaat een grotere rol spelen, als zorgkantoren eisen gaan stellen over de inzet van bepaalde zorgprofessionals. Het besluit over het al dan niet aannemen en opleiden van VS'en wordt veelal centraal genomen door de Raad van Bestuur. Vaak gaat het dan om een besluit over het aannemen of opleiden van (één van) de eerste VS'en-AGZ binnen de organisatie. Wanneer het aantal specialisten ouderengeneeskunde dat als ZZP'er werkt toeneemt, wordt de inzet van een specialist ouderengeneeskunde relatief kostbaar. De keuze valt dan vaker op een "goedkopere" VS-AGZ of PA.

Gezien deze ontwikkelingen en de onzekerheden kiest het Capaciteitsorgaan hierin voor een brede bandbreedte. De parameterwaarde sociaal-cultureel is vastgesteld op **1,0%-3,0%**.

8.3.3.3 Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. Een indicator voor onvervulde vraag is de vacaturegraad. Aangenomen wordt dat er in 2019 steeds ongeveer 89 vacatures voor VS'en-AGZ in de ouderenzorg openstaan.⁴⁵¹ Dit aantal is afgezet tegen het aantal werkzame VS'en AGZ om tot een vacaturegraad te komen. Er zijn ongeveer 19 vacatures per 100 werkzamen. De vacaturegraad is vervolgens gecorrigeerd voor frictiewerkloosheid⁴⁵². De vacaturegraad voor VS'en-AGZ in de ouderenzorg komt daarmee op 17,0%.⁴⁵³ Op basis van de bevindingen

⁴⁴⁹ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

⁴⁵⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁵¹ Circa 43,9% van de nieuw geplaatste vacatures betreft de ouderenzorg. Dat zou neerkomen op 23 vacatures die per maand nieuw geplaatst worden. De verhouding nieuw geplaatst – openstaand is ongeveer 1 op 2,5. Circa 2/3^e van de vacatures wordt online geplaatst. Omgerekend zijn er dus $23 \cdot 2,5 / 0,66667 = 89$ vacatures.

⁴⁵² Frictiewerkloosheid is dat deel van de werkloosheid dat veroorzaakt wordt door fricties op de arbeidsmarkt: tussen het ontstaan van de vacature en het vervullen ervan gaat tijd verloren.

⁴⁵³ $89 / 468$ werkzame VS'en AGZ = 19,0%, gecorrigeerd voor 2% frictiewerkloosheid = 17,0%.

kies het Capaciteitsorgaan ervoor om voor de parameter onvervulde vraag een bandbreedte van 16,0-18,0% te hanteren. De middenwaarde wordt gevormd door de vacaturegraad. Met het oog op de hoge ervaren krapte aan VS'en-AGZ is besloten de bovenkant van de bandbreedte te hanteren. De parameterwaarde onvervulde vraag is voor de VS'en in de ouderenzorg bepaald op **18,0%**. De onvervulde vraag in de sector ouderenzorg is dus beduidend hoger dan voor het beroep als geheel (6,9%).

8.3.4 Veranderingen werkproces

8.3.4.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Binnen de ouderenzorg is er sprake van vakinhoudelijke ontwikkelingen. Deze vallen uiteen in de inzet op additionele taken en mogelijke uitbreiding van de bevoegdheden tot schouwen.

Structurele inzet op additionele taken

VS'en-AGZ worden veelvuldig ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten en organisatie van de zorg. Deze zaken worden in de ouderenzorg, en dan met name in de thuiszorg, genoemd als redenen voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Met name het uitvoeren van projecten en innovaties is in de thuiszorg een reden voor het opleiden en aannemen van een VS.⁴⁵⁴ Het verhogen van patiënttevredenheid en meer tijd voor communicatie met patiënten en naasten worden hierbij eveneens genoemd. Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden vaker een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ dan in het verleden het geval was.⁴⁵⁵

Een groot deel van de betrokkenen geeft aan dat een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en het streven naar verbetering van de zorg is. Elementen die hierbij vooral genoemd worden zijn de aandacht van VS'en voor specifieke patiëntengroepen en gebieden.⁴⁵⁶ 23% van de VS'en in de verpleeghuiszorg geeft dan ook aan dat er klachten/patiëntengroepen zijn die niet door de geneeskundig specialist worden gezien, maar wel door de VS.⁴⁵⁷ Het gaat bijvoorbeeld om wondzorg en diabeteszorg.

Exacte cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken ontbreken. Wel zijn cijfers voorhanden over de top vijf aan werkzaamheden waaraan VS'en-AGZ de meeste werktijd besteden. Het overgrote deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites. Echter vormen additionele taken voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk. Bij 60% van de VS'en in de verpleeghuiszorg en 70% in de thuiszorg bestaat een deel van hun werktijd structureel uit het uitvoeren van projecttaken. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld respectievelijk 13% en 15% van hun tijd aan. Dit is los van

⁴⁵⁴ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁴⁵⁵ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁵⁶ Idem.

⁴⁵⁷ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmacotherapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.⁴⁵⁸

Schouwen

VS'en-AGZ (en PA's) beschikken momenteel niet over een zelfstandige bevoegdheid tot schouwen. Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging bepaalt dat lijkschouwing zo spoedig mogelijk na het overlijden geschiedt door de behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer. Bij verwacht overlijden in de huisartsenzorg en de ouderenzorg geven VS'en-AGZ (en PA's) aan dat zij deze taak ook op zich zouden kunnen nemen. Vanwege vergrijzing is er de komende jaren een grote toename in de vraag naar 'schouwen' te voorzien. Op dit moment zijn VS'en-AGZ hiertoe echter nog niet bevoegd en voeren zij deze taak dus niet uit.

Op 2 februari 2018 is het rapport van de Taskforce lijkschouw aan de Tweede Kamer aangeboden. De Taskforce heeft in een van de aanbevelingen aangegeven de mogelijkheden te willen verkennen om forensisch verpleegkundigen en physician assistants in te zetten voor de lijkschouw. Zij kunnen de behandelend arts assistentie verlenen en daarmee ontlasten bij het verrichten van de lijkschouw. De VS-AGZ is hierbij niet genoemd. Bezien zal moeten worden of wetswijziging gewenst is om anderen dan de behandelend arts de lijkschouw te kunnen laten verrichten. Dit kan worden betrokken bij de lopende herziening van de Wlb.^{459 460}

Voorzien wordt dat de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken de komende jaren aanhoudt. De parameterwaarde voor vakinhoudelijke ontwikkelingen is vastgesteld op **1,5%**. Omdat er nog geen besluit is genomen over het toekennen van de bevoegdheid tot schouwen is deze ontwikkeling nog niet doorgerekend in de raming.

8.3.4.2 Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande zijn op het vlak van ICT en technologie⁴⁶¹. Administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt⁴⁶². Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ. De gehanteerde parameterwaarde is vastgesteld op **0%**.

⁴⁵⁸ Idem.

⁴⁵⁹ Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). Onderwerp: Rapport "De dood als startpunt" van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. 02-02-2018.

⁴⁶⁰ Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie (2018). De dood als startpunt. een onderzoek naar de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

⁴⁶¹ Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

⁴⁶² (Ont)regel de zorg.

8.3.4.3 Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuiven tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Ook uit onderzoek van HHM blijkt dat PA's veelal nog onbekend zijn binnen de ouderenzorg. Op dit moment zijn er geen signalen dat er structureel taken verschuiven tussen vraag VS'en-AGZ en PA's in de ouderenzorg. Om deze reden wordt de parameterwaarde vastgesteld op **0%**.

8.3.4.4 Verticale taakverschuivingen

Hierna worden ontwikkelingen benoemd, waarvan verwacht wordt dat zij de komende jaren de meeste invloed zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ in de ouderenzorg op het vlak van verticale taakverschuivingen. In paragraaf 6.4 is een beschrijving opgenomen van de gehanteerde begrippen, de dataverzameling en een verantwoording van de gehanteerde berekeningssystematiek.

VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

62% van de VS'en-AGZ in de ouderenzorg geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de specialist ouderengeneeskunde worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ. Het betreft dan de specialist ouderengeneeskunde waarmee zij het meeste samenwerken, zoals de specialist ouderengeneeskunde of in de wijkzorg de huisarts. Het gaat volgens de VS'en-AGZ om gemiddeld 14,1 (wijkzorg en ELV) en 11,7 (verpleeghuiszorg) uur per week.⁴⁶³ Hoewel deze inschattingen van het aantal uur aan taken dat overgenomen kan worden van geneeskundig specialisten omvangrijk zijn, wil het niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{464 465}

Om deze reden zijn ook specialisten ouderengeneeskunde, managers, bestuurders en HR-professionals bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep bevraagden voorziet dat het aantal VS'en-AGZ, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.^{466 467} De verwachte groei in de focusgroepen ligt hoger met een voorziene verdubbeling in de thuis-, wijk- en anderhalvelijnszorg en een verdubbeling in de verpleeghuiszorg.⁴⁶⁸ De daadwerkelijke historische groei lag in de verpleeghuiszorg met gemiddeld zo'n 17% per jaar vanaf 2016 wat hoger. De relatieve groei neemt wel wat af. Over 2012-2019 bedroeg deze circa 19% per jaar.

⁴⁶³ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁴⁶⁴ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

⁴⁶⁵ Wallenburg, I., Janssen, M. & de Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

⁴⁶⁶ Modus en mediaan komen veelal overeen.

⁴⁶⁷ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁶⁸ Over een vijfjaarsperiode

Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en specialisten ouderengeneeskunde vaker voor de inzet van een VS-AGZ (of een PA). Arbeidsmarktfactoren is één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een VS-AGZ. Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor deze beroepsgroepen zouden kiezen. Toch maakt arbeidsmarktkrapte dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist, eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een VS-AGZ eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

In de wijkzorg zorgt een tekort aan en de werkdruk van huisartsen voor een toenemende behoefte aan zorgprofessionals naast de huisarts, met een eigenstandige bevoegdheid voor diagnose stellen en medicatie voorschrijven. Daarnaast blijken huisartsen nogal eens te worden ingezet voor de medische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen. De complexiteit van de zorg voor deze kwetsbare ouderen overstijgt echter - naar het idee van de huisartsen - de huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg zou (deels) bij de specialist ouderengeneeskunde moeten liggen, maar diens beschikbaarheid is vaak onvoldoende geregeld. De LHV heeft een leidraad ontwikkeld die huisartsen steunt in de keuze of en onder welke voorwaarden zij zorg leveren.⁴⁶⁹

De krapte aan geneeskundig specialisten is in de huisartsenzorg en de ouderenzorg landelijk (zeer) hoog.^{470 471 472} Voorzien wordt dat (regionale) tekorten de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ.

Toenemende bekendheid

In de ouderen- en gehandicaptenzorg speelt vaker dan in andere sectoren onbekendheid met het beroep van VS-AGZ.⁴⁷³ Door deze onbekendheid is er met name bij artsen terughoudendheid bij het aanstellen of opleiden van een VS-AGZ. Hierin lijkt, mogelijk mede vanwege arbeidsmarktkrapte of toenemende bekendheid, de laatste jaren een kentering te komen. Organisatie breed beleid of een visie op de inzet van VS'en-AGZ ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties.⁴⁷⁴

(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocument

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Voor bepaalde taken worden de VS expliciet genoemd in de richtlijnen

⁴⁶⁹ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

⁴⁷⁰ Batenburg, R. et.al. (2018). Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel. Prismant.

⁴⁷¹ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. 'parameterwaarde onvervulde vraag huisartsen: 3-5%'.

⁴⁷² Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. 'parameterwaarde onvervulde vraag specialisten ouderengeneeskunde: 10,5-16%'.

⁴⁷³ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁷⁴ Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G. & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijngeneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

en normeringen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de richtlijnen Geriatrie en Heupdysplasie. Hierdoor verwachten stakeholders dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt.⁴⁷⁵

De (door)ontwikkeling van kwaliteitseisen van wetenschappelijke verenigingen betekent eveneens dat er meer gemeten wordt in de medisch specialistische zorg. Een deel van het werk dat dit met zich meebrengt wordt uitgevoerd door VS'en-AGZ. Ook in de thuis-/wijkzorg is de verwachting dat uitkomstseisen zullen zorgen voor meer metingen en registraties. De toenemende complexiteit van de medisch verpleegtechnische zorg / verpleegkundige Topzorg vraagt om heldere eisen. Momenteel wordt een start gemaakt met het meten van resultaten, bijvoorbeeld van wondzorg.⁴⁷⁶

Inmiddels wordt in de ouderenzorg binnen een samenwerkingsverband van Verenso, V&VN VS en NAPA gesproken over een eerste consensusdocument met landelijke samenwerkingsafspraken. Richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijken taakverschuivingen naar VS'en-AGZ en samenwerking tussen zorgprofessionals.

Toenemende specialisatie stimulans voor taakverschuivingen

Taakverschuivingen naar de VS-AGZ gaan samen met sub- of taakspecialisatie van de geneeskundig specialist. VS'en nemen minder complexe taken over van specialisten ouderengeneeskunde.⁴⁷⁷ Het inzetten van de juiste professional op de juiste plek is voor circa een derde van de respondenten in de ouderenzorg reden voor het opleiden en aannemen van een VS.⁴⁷⁸ De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat richting de VS-AGZ. Daarnaast voeren VS'en-AGZ in de ouderenzorg relatief veel additionele taken uit (zie paragraaf 6.1).

Geen structurele verschuivingen vanuit VS'en-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van VS'en naar andere zorgprofessionals, zoals mbo-/hbo-verpleegkundigen en verzorgenden. Op dit moment zijn hiervan geen signalen. De werkzaamheden van VS'en raken de werkzaamheden van specialisten ouderengeneeskunde en niet zozeer die van mbo- en hbo'ers. Wel besteden VS'en in diverse sectoren tijd aan deskundigheidsbevordering van collega's. 21% van de VS'en-AGZ in de verpleeghuiszorg geeft onderwijs, 14% begeleidt a(n)ios en coassistenten en 8% begeleidt en coacht collega's (anders dan A(N)IOS of coassistenten). In de wijkzorg en eerstelijnsverblijf geeft maar liefst 53% van de VS'en-AGZ onderwijs.⁴⁷⁹ Er zijn geen redenen om de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen bij te stellen voor taakverschuivingen van de VS-AGZ naar andere beroepen.

⁴⁷⁵ Prismant (2019). Verslag focusgroepen VS/PA.

⁴⁷⁶ Verpleegkundige Topzorg (2019). "Bij de huidige verschuiving van de tweede- naar de eerstelijns is het van groot belang te zorgen dat de wijkverpleegkundigen op specialistische kennis goed ondersteund worden. Dit kan middels een specialistisch team wat ingeschakeld kan worden door de wijkverpleegkundige, huisarts en/of de verpleeghuisarts. Verpleegkundige Topzorg is opgericht door acht zorgorganisaties met het doel kwalitatief hoogwaardige wondzorg in de thuissituatie te faciliteren. Dit is fijn voor de patiënt en zorgt voor een kostendaling in de zorg. Verpleegkundige Topzorg wil niet concurreren met andere zorgaanbieders, maar juist aansluiten bij bestaande structuren en transmurale samenwerkingen." Geraadpleegd op 17-10-2019, van www.verpleegkundigtopzorg.nl

⁴⁷⁷ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde.

⁴⁷⁸ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁷⁹ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

Voorziene taakverschuivingen ramingen geneeskundig specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor de raming voor de specialisten ouderengeneeskunde⁴⁸⁰. Na het doorvoeren van correcties (zie paragraaf 6.4) blijkt dat er afgerond 9-17 fte aan werkzaamheden per jaar te verschuiven van specialisten ouderengeneeskunde naar de VS'en-AGZ (zie Tabel 30). Hierbij is de 9 fte gebaseerd op de minimale waarden voor verticale taakverschuivingen in de raming van de specialisten ouderengeneeskunde. Dit is dus het minimale scenario. De 17 fte is gebaseerd op de maximale waarde in deze raming. Uitgaande van deze waarden is er per jaar **2,24%** tot 4,48% meer fte aan VS'en-AGZ nodig om deze verticale taakverschuivingen op te vangen.

Tabel 30: Doorrekening taakverschuivingen raming specialisten ouderengeneeskunde (SO) naar VS'en-AGZ

	Parameterwaarde verticale taakverschuivingen SO	FTE aan SO per 1-1-2019	FTE aan jaarlijks te verschuiven taken	FTE aan VS'en-AGZ per 1-1-2019	% taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	Aantal FTE aan taken dat verschuift naar VS'en-AGZ	% verticale taakverschuivingen naar VS'en-AGZ
minimale waarde	-1,0%	1.452	14,52	389	60%	8,71	2,24%
maximale waarde	-2,0%	1.452	29,04	389	60%	17,42	4,48%

Uit de vergelijking in Tabel 30 blijkt dat de richting van de inschattingen van de raming van de specialisten ouderengeneeskunde en de bevindingen zoals besproken in de hier voorgaande paragrafen overeenkomen. De verschillen zijn te herleiden tot verschillen in meetmethode en het type respondenten/deelnemers. Over het algemeen zijn inschattingen van specialisten ouderengeneeskunde over de omvang van taakverschuivingen meer behoudend dan inschattingen van managers, hoofden medische (behandel)dienst en bestuurders. Uit onderzoek van HHM (2019) blijkt dat besluiten over het aannemen of opleiden van een VS in de ouderenzorg vooral worden genomen door hoofden medische (behandel)dienst, bestuurders en zorg-/medisch managers. Inschattingen van specialisten ouderengeneeskunde, managers en bestuurders die samenwerken met een VS-AGZ zijn veelal weer hoger dan die van personen die geen ervaring hebben met dergelijke samenwerking.

Impact van deze ontwikkelingen

Op basis van de hiervoor genoemde ontwikkelingen is de parameterwaarde voor verticale taakverschuivingen vastgesteld op **2,24%** tot **4,68%** per jaar. Hierbij wordt de onderkant van de bandbreedte gevormd door de inschattingen binnen de raming van specialisten ouderengeneeskunde. De bovenkant van de bandbreedte ligt wat hoger dan de maximale waarden zoals meegenomen in de

⁴⁸⁰ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde.

raming van de specialist ouderengeneeskunde (zie ‘impact van deze ontwikkelingen’ in paragraaf 6.4).

8.3.4.5 Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen. In de raming wordt als parameterwaarde **0%** aangehouden.

8.3.5 Overwegingen en advies

De hiervoor genoemde trends zijn meegenomen in het advies over de benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen tot VS-AGZ binnen de ouderenzorg. Hiervoor zijn de vetgedrukte parameterwaarden doorgerekend in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. In samenspraak met de werkgroep PA/VS binnen het Capaciteitsorgaan is gekozen voor een adviesvariant. Op basis hiervan wordt geadviseerd om jaarlijks **161** tot **236** studenten in te laten stromen in de opleiding tot VS-AGZ binnen de ouderenzorg. Het voorkeursadvies ligt hierbij aan de onderkant van de bandbreedte en betreft **161** instromers per jaar.

In de afgelopen 5 jaar stroomden er jaarlijks gemiddeld 55 studenten in de opleiding tot VS-AGZ binnen de ouderenzorg. Hoewel het een eerste richtinggevend advies betreft, is duidelijk dat de instroom in de opleidingen tot VS-AGZ in de ouderenzorg zeer sterk moet stijgen om ook in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Belangrijke stuwende factoren zijn de vergrijzing en het langer thuis wonen van ouderen. Vooralsnog is onduidelijk welk deel van de zorg te zijner tijd door de VS-AGZ zal worden uitgevoerd. Gezien deze onzekerheden bestaat het advies uit een brede bandbreedte.

Voor een verdere toelichting op de keuze voor deze adviesvariant en de uitkomsten uit het ramingsmodel verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

8.4 Overige sectoren

Inleiding

Verpleegkundig specialisten in de algemene gezondheidszorg (VS'en-AGZ) zijn in diverse zorgsectoren actief. Naast het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep VS'en-verpleegkundig specialisten AGZ bevat dit Capaciteitsplan 3 sectorspecifieke adviezen voor de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Deze vindt u terug in paragraaf 8.1, 8.2 en 8.3. Gezien het relatief kleine aantal VS'en-AGZ binnen de revalidatie, gehandicaptenzorg en de sociale geneeskunde bleek het niet mogelijk om voor deze sectoren tot een betrouwbaar instroomadvies te komen. Voor de revalidatie, gehandicaptenzorg, sociale geneeskunde en anderhalvelijnszorg waren wel voldoende gegevens voorhanden voor een aparte beschrijving in dit rapport. Uiteraard zijn ook de onderzochte ontwikkelingen in deze overige sectoren meegenomen bij de totstandkoming van het instroomadvies voor de gehele beroepsgroep.

Bevindingen op hoofdlijnen

Er heeft geen aparte raming plaatsgevonden voor de revalidatie, sociale geneeskunde en de gehandicaptenzorg. Wel is duidelijk dat de instroom in de opleiding tot VS-AGZ binnen deze sectoren de afgelopen jaren achterbleef op de benodigde instroom. Over de periode 2015 t/m 2019 stroomden er jaarlijks gemiddeld 16 studenten in de opleiding tot VS binnen deze sectoren. Wanneer de raming voor de totale beroepsgroep verminderd wordt met de sectorspecifieke adviezen⁴⁸¹, kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks circa 37 tot 99 instromers nodig zouden zijn om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op minimaal 37 instromers per jaar. Aangezien er echter geen aparte raming heeft plaatsgevonden voor deze sectoren hebben deze aantallen niet de status van een ramingsadvies en kennen zij een grotere onzekerheidsmarge. Een specifieke beschrijving van de relevante ontwikkelingen in deze sectoren vindt u hierna.

Dataverzameling

De voor dit hoofdstuk gebruikte bronnen zijn steeds dezelfde als voor het gehele advies (zie voorgaande hoofdstukken). Bij de uitvraag van gegevens is steeds specifiek gevraagd naar de sector/de sectoren waarin de VS-AGZ actief is. Vervolgens is voor de sectoren medisch specialistische zorg, de ouderenzorg en de huisartsenzorg onderzocht welke gegevens bruikbaar zijn voor ramingen, oftewel het vaststellen van parameters, op sectorspecifiek niveau. Waar gegevens op sectorniveau onvolledig of onvoldoende betrouwbaar bleken, zijn gegevens op beroepsniveau gebruikt. Waar dit het geval was is dit aangegeven. De cijfers die als parameterwaarden zijn doorgerekend in de raming zijn steeds vetgedrukt weergegeven.

8.4.1 Revalidatie

8.4.1.1 Werkzamen

Er zijn circa 51 werkzame verpleegkundig specialisten (VS'en) in de revalidatiezorg actief die samen circa 39 FTE werken (in 2016 waren dit er nog 41 resp. 24). Ten opzichte van de revalidatieartsen is de verhouding tussen het aantal VS'en en het aantal revalidatieartsen gestegen van 5,0 fte VS AGZ per 100 fte revalidatieartsen tot 8,7 fte VS per 100 fte revalidatieartsen. Gemiddeld zijn zij 44,9 jaar, iets jonger dan de groep als geheel. Circa 80% is vrouw. Verwacht wordt dat de uitstroom uit het beroep voor de revalidatiezorg niet anders is dan voor het beroep als geheel: circa 11% stroomt uit binnen nu en 5 jaar, circa 15% tussen 5 en 10 jaar, circa 20% tussen 10 en 15 jaar en circa 17% tussen 15 en 20 jaar. Daarmee is na 20 jaar meer dan de helft van de werkzame VS'en AGZ uitgestroomd.

8.4.1.2 Opleiding

Over de jaren 2012-2019 zijn er in totaal 23 personen binnen de revalidatiezorg ingestroomd in de opleiding. Een duidelijke trend is niet zichtbaar, de jaarlijkse instroom liep uiteen van 0 tot 6 personen per jaar. Een specifiek intern rendement is voor deze groep ook niet te berekenen, wel voor de opleidingen die niet in de sectoren medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg zijn opgeleid: daarvan was het intern rendement 77,27%, iets lager dan van de gehele opleiding.

⁴⁸¹ Medisch specialistische zorg (paragraaf 8.1), huisartsenzorg (paragraaf 8.2) en ouderenzorg (paragraaf 8.3).

8.4.1.3 Zorgvraagontwikkelingen

Demografie en epidemiologie

De groei van de bevolking en de toename van het aantal 65-plussers, maakt dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt. Voorzien wordt dat de vraag voor de gehele beroepsgroep VS-AGZ vanuit demografisch oogpunt in de komende 5 jaar met 7,4% stijgt. Na 10 jaar met 14,6%, na 15 jaar met 20,4% en na 20 jaar met 24,7%.⁴⁸² Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit stijgt.⁴⁸³ Naar verwachting stijgt de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ vanuit epidemiologische ontwikkelingen met 0,1%-0,3% per jaar.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Bewegingen zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en de transitie van zorg naar de eerste lijn en de thuissituatie, zorgen ervoor dat zorg meer rondom de patiënt wordt georganiseerd.⁴⁸⁴ Er ontstaat behoefte aan een zorgprofessional die hierbij regie houdt over de diverse sectoren of 'schotten' heen. Daarnaast neemt de behoefte aan een regierol toe door de toename van ketenzorg en value based healthcare. Het streven naar shared decisionmaking en één vast aanspreekpunt per patiënt maakt dat er meer tijd nodig is voor begeleiding van patiënten.⁴⁸⁵ Deze ontwikkelingen kunnen het opleiden en aannemen van VS'en in de revalidatiezorg stimuleren. Het financiële plaatje speelt een belangrijke rol bij de besluitvorming over het al dan niet aannemen en/of opleiden van een VS-AGZ. In de revalidatiezorg is bekostiging één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het opleiden en aannemen van VS'en en physician assistants (PA's). Hierbij worden lagere salariskosten, het zelfstandig DBC's openen en sluiten en doelmatigheid het vaakst genoemd.⁴⁸⁶ Bijstellingen in zorgbudgetten zorgden in 2013 voor een sterke afname van het aantal instromers in de MANP-opleidingen binnen onder andere de revalidatiezorg (zie paragraaf 3.4.2).⁴⁸⁷ Eventuele toekomstige bijstellingen in zorgbudgetten of plafonddafspraken kunnen de vraag naar VS'en (tijdelijk) beïnvloeden. Naar verwachting zal de focus op doelmatigheid in de komende jaren een stimulans voor de inzet van VS'en blijven.

Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en -resultaten. 64%

⁴⁸² Van der Meulen L, Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prismant.

⁴⁸³ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven.

⁴⁸⁴ Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft ?

⁴⁸⁵ Prismant (2018). Verslag focusgroepen VS/PA.

⁴⁸⁶ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁸⁷ Zie onder andere 'Begrotingsakkoord 2013. Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd' (bezuinigingen in curatieve zorg (incl. curatieve GGZ) en langdurige zorg)

van de VS'en in de revalidatie ervaart een tekort aan VS'en. 10% denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt en 26% heeft geen mening.⁴⁸⁸ Voor de grotere sectoren is een vacaturegraad op basis van online vacatures berekend om te komen tot een inschatting van de onervulde vraag. Voor de revalidatiezorg waren onvoldoende gespecificeerde data voorhanden. Wel blijkt uit onderzoek dat binnen de revalidatiezorg een groter deel van de VS'en en PA's zelf wordt opgeleid ten opzichte van andere sectoren. In de revalidatiezorg geeft 38% van de respondenten aan geen elders gediplomeerde PA's aan te nemen, omdat ze zelf opleiden. In andere sectoren ligt dit percentage rond de 30%.⁴⁸⁹

8.4.1.4 Veranderingen werkproces

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

VS'en-AGZ worden in diverse sectoren ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten of het invullen van een regierol. In de revalidatiezorg wordt dit echter niet specifiek benoemd. Ook ontbreken cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken in deze sector. Een groot deel van de betrokkenen bij de besluitvorming over het opleiden en aannemen van VS'en geeft aan dat een reden hiervoor de verbetering van de zorg is. Elementen die hierbij vooral genoemd worden zijn de aandacht van VS'en voor specifieke patiëntengroepen en gebieden.⁴⁹⁰

Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande zijn op het vlak van ICT en technologie⁴⁹¹ en administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt⁴⁹². Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er in de medisch specialistische zorg toenemende aandacht is voor het gericht positioneren van VS'en (en PA's). Uit eerder onderzoek bleek dat een dergelijke visie op welke professional het beste

⁴⁸⁸ Van de Leemkolk, B., Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleiding tot verpleegkundig assistent. Utrecht: Prisma.

⁴⁸⁹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁹⁰ Idem.

⁴⁹¹ Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

⁴⁹² (Ont)regel de zorg.

kan worden ingezet veelal ontbrak en dat het in dienst nemen van een VS (of PA) veelal op toeval berust.^{493 494}

Ook blijkt dat de besluitvorming over het opleiden en aannemen van VS'en en PA's in 2019 vrijwel geheel door dezelfde factoren beïnvloed wordt. Hierbij is in de revalidatiezorg zichtbaar dat VS'en vaker worden opgeleid en aangenomen vanwege aandacht voor specifieke gebieden. PA's worden in de revalidatiezorg daarentegen wat vaker dan VS'en opgeleid of aangenomen vanwege de organisatie van de zorg, de hoge werkdruk of beperkte capaciteit van medisch specialisten en aiossen, lagere salariskosten dan medisch specialisten, het zelfstandig DBC's kunnen openen en sluiten en doelmatigheid.⁴⁹⁵

Inmiddels zijn diverse ziekenhuizen bezig met trajecten of visieontwikkeling om deze beroepen op de juiste plek in te zetten. Dit leidt veelal niet tot herpositionering van bestaande professionals. Wel dragen deze trajecten bij aan gerichte positionering van nieuw aan te nemen VS'en en/of PA's. Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

Verticale taakverschuivingen

Diverse ontwikkelingen zijn van invloed op de verschuiving van taken naar VS'en-AGZ.

VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

81% van de VS'en-AGZ in de revalidatiezorg geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de revalidatiearts worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ.⁴⁹⁶ Hoewel dit een hoog percentage betreft, wil het niet zeggen dat deze verschuivingen ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{497 498 499} Om deze reden zijn ook HR-professionals, revalidatieartsen en managers bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. De grootste groep respondenten voorziet dat het aantal

⁴⁹³ Laurant M, van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

⁴⁹⁴ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelmwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

⁴⁹⁵ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁴⁹⁶ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁴⁹⁷ Timmermans, M., Laurant, M. & Van Vught, A. (2016). De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare.

⁴⁹⁸ Wallenburg, I., Janssen, M. & De Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

⁴⁹⁹ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelmwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

VS'en-AGZ, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.^{500 501} De daadwerkelijke historische groei lag met gemiddeld zo'n 18% per jaar vanaf 2016 hoger.

Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan revalidatieartsen en een hoge werkdruk kiezen werkgevers en revalidatieartsen vaker voor de inzet van een VS-AGZ (of een PA). Arbeidsmarktfactoren is één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een VS-AGZ. Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor deze beroepsgroepen zouden kiezen. Arbeidsmarktkrapte maakt dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een VS-AGZ eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen. Voorzien wordt dat (regionale) krapte en werkdruk de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ.

Daarnaast wordt de VS-AGZ ook gezien als een beroepsgroep die bijdraagt aan de continuïteit van zorg. De VS-AGZ wordt door managers en geneeskundig specialisten beoordeeld als een beroepsgroep met een relatief lage arbeidsmobiliteit: ze blijven ten opzichte een basisarts/anios relatief lang werkzaam binnen een functie en bij een werkgever. De continuïteit die dit met zich meebrengt, wordt door collega's en leidinggevendenden gewaardeerd vanwege het vaste aanspreekpunt en de opbouw van kennis en ervaring. Ook patiënten hechten waarde aan een 'vast gezicht'. Beperkingen in de inzet van aiossen ten aanzien van de continuïteit van zorg zijn in de revalidatiezorg een reden voor het opleiden en aannemen van een VS-AGZ.

Toenemende bekendheid

Hoewel arbeidsmarktkrapte in sommige organisaties een reden is om te beginnen met het verschuiven van taken, komt er vaak een proces op gang zodra de eerste VS'en-AGZ in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde zien, waarna er visie en beleid ontstaat en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt. Organisatiebreed beleid of een visie op de inzet van VS'en-AGZ ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties. Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van VS'en-AGZ een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal VS'en toeneemt, stijgt ook de bekendheid. Daarnaast vindt vaak ook kruisbestuiving plaats: een revalidatiearts of manager heeft bij een eerdere werkgever samengewerkt met een VS en introduceert het beroep bij zijn nieuwe werkgever en collega's.

(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocumenten

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijken taakverschuivingen naar VS'en-AGZ en samenwerking. In de revalidatiegeneeskunde bestaat er sinds april 2016 een consensusdocument, waarin afspraken zijn gemaakt over de samenwerking tussen revalidatieartsen, VS'en en PA's.

⁵⁰⁰ Modus en mediaan komen veelal overeen.

⁵⁰¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

Geen structurele verschuivingen vanuit VS'en-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van VS'en naar andere (lager opgeleide) zorg-professionals. Op dit moment zijn hiervan geen signalen.

Voorziene taakverschuivingen raming geneeskundig specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn door revalidatieartsen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars in het kader van de raming voor de revalidatieartsen⁵⁰². Voorzien wordt dat er jaarlijks -0,2% aan taken van de revalidatiearts verschuift naar de VS en de PA in de revalidatiezorg. Dit betreft jaarlijks 0,9 fte, waarvan aangenomen wordt dat 0,44 fte aan taken naar de VS-AGZ verschuift (zie paragraaf 6.4.7).

Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep VS-AGZ binnen de revalidatiezorg bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep VS-AGZ.

Op basis van het verschil tussen de ramingen voor de medisch specialistische zorg, de ouderenzorg en de huisartsenzorg met de raming voor de totale beroepsgroep kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks meer instromers nodig zijn in de revalidatiezorg, gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Het gaat dan jaarlijks om circa 37 tot 99 instromers. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. De gemiddelde instroom in deze overige sectoren bedroeg tezamen 16 personen per jaar. In de revalidatiezorg ervaart een deel van de bevrageden momenteel een tekort aan opleidingsplaatsen voor VS'en en PA's.

8.4.2 Gehandicaptenzorg

8.4.2.1 Werkzamen

Er zijn circa 49 werkzame verpleegkundig specialisten (VS'en) in de gehandicaptenzorg actief die samen circa 32 FTE werken. In 2016 was dit 45 resp. 34, de deeltijdfactor is dus sterk gedaald. Ten opzichte van de artsen verstandelijk gehandicapten (AVG-artsen) is de verhouding aantal VS'en – aantal AVG-artsen gedaald van 17,3 fte VS AGZ per 100 fte AVG-arts tot 15,4 fte VS per 100 fte AVG-arts. Deze ratio is wel relatief hoog in vergelijking met andere sectoren. Gemiddeld zijn zij 47,3 jaar, vrijwel gelijk aan de groep als geheel. Circa 72% is vrouw, wat relatief laag is. Verwacht wordt dat de uitstroom uit het beroep voor de gehandicaptenzorg niet anders is dan voor het beroep als geheel: circa 11% stroomt uit binnen nu en 5 jaar, circa 15% tussen 5 en 10 jaar, circa 20% tussen 10 en 15

⁵⁰² Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 Medische specialisten, Klinische technologische specialisten, Spoedeisende geneeskunde. Utrecht.

jaar en circa 17% tussen 15 en 20 jaar. Daarmee is na 20 jaar meer dan de helft van de werkzame VS'en AGZ uitgestroomd.

8.4.2.2 Opleiding

Over de jaren 2012-2019 zijn er in totaal 26 opleidingen ingestroomd. Een duidelijke trend is niet zichtbaar, de jaarlijkse instroom liep uiteen van 1 tot 6 personen per jaar. Een specifiek intern rendement is voor deze groep ook niet te berekenen, wel voor de opleidingen die niet in de sectoren medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg zijn opgeleid: daarvan was het intern rendement 77,27%, iets lager dan van de gehele opleiding.

8.4.2.3 Zorgvraagontwikkelingen

Demografie en epidemiologie

De groei van de bevolking en de toename van het aantal 65-plussers, maakt dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt. Voorzien wordt dat de vraag voor de gehele beroepsgroep VS-AGZ vanuit demografisch oogpunt in de komende 5 jaar met 7,4% stijgt. Na 10 jaar met 14,6%, na 15 jaar met 20,4% en na 20 jaar met 24,7%.⁵⁰³ Het aantal mensen met een verstandelijke beperking zal in de toekomst verder toenemen (zie paragraaf 5.2.3). Naar verwachting stijgt de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ in de gehandicaptenzorg vanuit epidemiologische ontwikkelingen met 0,1%-0,2% per jaar. Dit komt overeen met de waarden die gehanteerd zijn in de raming voor de arts verstandelijk gehandicapten.⁵⁰⁴

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder andere voort uit veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. In de gehandicaptenzorg voorziet 67% van de betrokkenen bij de besluitvorming over het opleiden en aannemen van VS'en een stijging van de inzet in de komende vijf jaar. Hierbij speelt onder andere de toenemende vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in het laatste decennium een rol. Er wordt van kwetsbare groepen steeds meer zelfredzaamheid en ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk verwacht. Dat wordt gestimuleerd door de hervormingen van de langdurige zorg, het extramuraliseringsbeleid en het participatiebeleid. Het overheidsbeleid stimuleert dat mensen met een beperking zoveel mogelijk zelfstandig wonen en deelnemen aan de samenleving, onderwijs en werk. De praktijk wijst echter uit dat dit niet voor iedereen haalbaar is. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld lang niet altijd kiezen waar en met wie ze wonen.⁵⁰⁵ Ook is het vinden en behouden van betaald werk voor hen vaak veel moeilijker dan voor de algemene bevolking.^{506 507}

Onvervulde vraag

⁵⁰³ Van der Meulen L, Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prisma.

⁵⁰⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan Arts Verstandelijk Gehandicapten.

⁵⁰⁵ Putter, I. de, Oldenkamp, M., Hulsbosch, L., & Boeije, H. (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap: Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.

⁵⁰⁶ Sadiraj, K., Hoff, S., & Versantvoort, M. (2018). *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁵⁰⁷ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 6. Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en –resultaten. Uit onderzoek blijkt dat 78% van de VS'en-AGZ in de gehandicaptenzorg een tekort aan VS'en ervaart. Geen enkele VS-AGZ in de gehandicaptenzorg binnen dit onderzoek denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt en 22% heeft geen mening.⁵⁰⁸ Voor de grotere sectoren is een vacatu-regraad op basis van online vacatures berekend om te komen tot een inschatting van de onvervulde vraag. Voor de gehandicaptenzorg waren onvoldoende gespecificeerde data voorhanden.

8.4.2.4 Veranderingen werkproces

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

VS'en-AGZ worden veelvuldig ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten, organisatie van de zorg of het invullen van een regierol. Het verbeteren van de organisatie van de zorg wordt in de gehandicaptenzorg door 20% van de respondenten genoemd als reden voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ. Ook beoogde inzet op andere additionele taken, bijvoorbeeld met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven of het investeren in preventie en gezondheid, is in de gehandicaptenzorg een stimulans om een VS aan te nemen of op te leiden.⁵⁰⁹ Respondenten geven aan dat deze additionele werkzaamheden vaker een stimulans zijn voor het opleiden en aannemen van VS'en-AGZ dan in het verleden het geval was.⁵¹⁰ Cijfers over de omvang van de inzet van VS'en-AGZ op additionele taken ontbreken.

Een groot deel van de betrokkenen geeft aan dat een reden voor het opleiden en aannemen van VS'en het streven naar verbetering van de zorg is. Elementen die hierbij vooral genoemd worden zijn de aandacht van VS'en voor specifieke patiëntengroepen en gebieden, zoals psychofarmaca of diabetes.⁵¹¹ Daarnaast wordt de inzet van een VS-AGZ ook gezien als een investering in preventie en gezondheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven. In de gehandicaptenzorg geven diverse stakeholders aan behoefte te hebben aan meer verpleegkundige en medische kennis, naast de inzet van gedragsdeskundigen en –therapeuten.

Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande zijn op het vlak van ICT en technologie⁵¹². Administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt.⁵¹³

⁵⁰⁸ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁵⁰⁹ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁵¹⁰ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁵¹¹ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁵¹² Onder andere: telemonitoring voor patiënten met een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, of COPD. Toename aantal e-mailconsulten bij de huisarts. Stijging aantal patiëntenportalen bij ziekenhuizen. Computerondersteuning bij triage, diagnose, prognose of behandelplan met medische expertsystemen.

⁵¹³ (Ont)regel de zorg.

Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Uit de veldgesprekken en interviews bleek dat er in de gehandicaptenzorg veel onbekendheid is met deze beroepen en het onderscheid tussen deze beroepen. Het aantal werkzame VS'en en met name physician assistants (PA's) in de sector is ook nog gering. Uit eerder onderzoek bleek dat een dergelijke visie op welke professional het beste kan worden ingezet veelal ontbrak en dat het in dienst nemen van een VS (of PA) veelal op toeval berust.^{514 515 516 517} Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

Verticale taakverschuivingen

Diverse ontwikkelingen zijn van invloed op de verschuiving van taken naar VS'en-AGZ.

VS'en-AGZ kunnen meer taken overnemen

44% van de VS'en-AGZ in de gehandicaptenzorg geeft aan dat er werkzaamheden zijn die nu door de arts verstandelijk gehandicapten worden gedaan, die wat inhoud betreft ook gedaan kunnen worden door een VS-AGZ.⁵¹⁸ Dit wil het niet zeggen dat deze verschuivingen ook daadwerkelijk gerealiseerd worden. In de praktijk blijken taakverschuivingen vaak langzamer te gaan dan verwacht door uiteenlopende belemmeringen.^{519 520 521 522 523}

⁵¹⁴ Laurant M, van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

⁵¹⁵ Lovink M, van Vught A, van den Brink G, Laurant M. (2017) Eindrapport. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc.

⁵¹⁶ Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁵¹⁷ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

⁵¹⁸ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁵¹⁹ Lovink M, Van Vught A, Van den Brink G, Laurant M. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. 2017. Radboudumc, IQ healthcare & Eerstelijns geneeskunde. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

⁵²⁰ Van Klaveren S, Van der Meer E. De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Een verkenning van haar positie. BMC Advies. januari 2017.

⁵²¹ Timmermans M, Laurant M, Van Vught A. De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts. Radboudumc, IQ healthcare. December 2016.

⁵²² Wallenburg I, Janssen M, de Bont A. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Februari 2015. Erasmus UMC. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

⁵²³ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc.

Om deze reden zijn ook HR-professionals, artsen verstandelijk gehandicapten, bestuurders en managers bevraagd over ontwikkelingen die zij (voor)zien op het vlak van verticale taakverschuivingen. In de gehandicaptenzorg kunnen VS'en niet-complexe taken overnemen van de arts verstandelijk gehandicapten, zodat deze zich meer kan richten op de complexe, specialistische zorg en behandeling.⁵²⁴ Een VS richt zich bijvoorbeeld op dermatologie, urinewegklachten of wondzorg/decubitus. De arts verstandelijk gehandicapten legt vaker de focus op zaken als gedragsproblematiek, genetica en syndroom specifieke klachten.⁵²⁵ De meer algemene en/of geprotocolleerde zorg gaat richting de VS-AGZ.

De grootste groep respondenten voorziet dat het aantal VS'en-AGZ, onder andere door taakverschuivingen, in de komende 5 jaar met 5-25% zal stijgen.⁵²⁶ ⁵²⁷ De daadwerkelijke historische groei lag gemiddeld op circa 5% per jaar.

Krapte op de arbeidsmarkt en werkdruk aanjager taakverschuivingen

Door (regionale) tekorten aan artsen verstandelijk gehandicapten en een hoge werkdruk kiest een deel van de werkgevers en artsen verstandelijk gehandicapten vaker voor de inzet van een VS-AGZ. Arbeidsmarktfactoren is één van de meest genoemde stimulerende factoren voor het aannemen of opleiden van een VS-AGZ. Diverse stakeholders geven aan dat ze liever alleen vanuit inhoudelijke overwegingen voor deze beroepsgroepen zouden kiezen. Arbeidsmarktkrapte maakt dat de inzet van andere zorgprofessionals dan een geneeskundig specialist eerder overwogen wordt. Wanneer de keuze voor een VS-AGZ eenmaal gemaakt is, is dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie. Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen. Voorzien wordt dat (regionale) krapte en werkdruk de komende jaren een stuwend effect blijven hebben op de inzet van VS'en-AGZ.

De LHV heeft een leidraad opgesteld waarin wordt gesteld dat de algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten die vanwege hun zorgbehoefte in een zorginstelling wonen niet valt onder het basisaanbod medische zorg dat een huisarts in de thuissituatie levert.⁵²⁸ De VGN steunt deze opvatting niet en wijst op het recht van elk mens op algemeen medische zorg en het feit dat de specialistische AVG niet is opgeleid tot huisarts.⁵²⁹ ⁵³⁰ In de gehandicaptenzorg verlenen huisartsen hierdoor minder basiszorg in de instellingen dan voorheen het geval was. Daarnaast bestaat er een krapte aan artsen verstandelijk gehandicapten, waardoor deze de zorg die niet langer wordt ingevuld door de lokale huisarts niet op kan vangen. Daarbij is de arts verstandelijk gehandicapten een specialist en is er behoefte aan een zorgprofessional die basiszorg kan leveren.⁵³¹ Een deel van de gehandicaptenzorg organisaties kiest ervoor om een VS-AGZ aan te stellen om triage en niet-complexe

⁵²⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.

⁵²⁵ Veldgesprekken en interviews Capaciteitsorgaan 2018-2019.

⁵²⁶ Modus en mediaan komen veelal overeen.

⁵²⁷ HHM (2019). Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg. Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en.

⁵²⁸ Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 9 juli). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.

⁵²⁹ Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019, 30 juli). *Huisartsenzorg voor mensen met een beperking steeds meer in de knel* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <https://www.vgn.nl/artikel/27846>

⁵³⁰ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.

⁵³¹ Idem.

behandelingen uit te voeren. Daarnaast functioneert de VS-AGZ als laagdrempelig aanspreekpunt voor verpleegkundigen, agogen en groepsmedewerkers en verzorgt deze deskundigheidsbevordering.^{532 533}

Toenemende bekendheid

Hoewel arbeidsmarktkrapte in sommige organisaties een reden is om te beginnen met het verschuiven van taken, komt er vaak een proces op gang zodra de eerste VS'en-AGZ in een organisatie werkzaam zijn. Men gaat de meerwaarde zien, waarna er visie en beleid ontstaat en een verdere uitwerking van inhoudelijke taakverdeling plaatsvindt. Organisatie breed beleid of een visie op de inzet van VS'en-AGZ ontbreekt echter vaak nog binnen zorgorganisaties. Vrijwel alle stakeholders benoemen dat bekendheid van VS'en-AGZ een belangrijke rol speelt bij de omvang van taakverschuivingen. Alleen al doordat het aantal VS'en toeneemt, stijgt ook de bekendheid. Daarnaast vindt vaak ook kruisbestuiving plaats: een arts verstandelijk gehandicapten of manager heeft bij een eerdere werkgever samengewerkt met een VS en introduceert het beroep bij zijn nieuwe werkgever en collega's.

(Door)ontwikkeling richtlijnen en consensusdocument

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg is er in diverse sectoren sprake van (door)ontwikkeling van richtlijnen en normeringen. Richtlijnen en consensusdocumenten vergemakkelijken taakverschuivingen naar VS'en-AGZ en samenwerking. In de gehandicaptenzorg bestaat er nog geen consensusdocument, waarin afspraken zijn gemaakt over de samenwerking tussen artsen verstandelijk gehandicapten, VS'en en PA's.

Geen structurele verschuivingen vanuit VS'en-AGZ naar andere beroepen

Tot slot is nagevraagd in hoeverre taken verschuiven van VS'en naar andere (lager opgeleide) zorgprofessionals. Op dit moment zijn hiervan geen signalen.

Voorziene taakverschuivingen raming geneeskundig specialisten

De hiervoor genoemde bevindingen zijn vergeleken met de parameterwaarden voor taakverschuivingen die vastgesteld zijn in het kader van de raming voor de arts verstandelijk gehandicapten. Voorzien wordt dat er jaarlijks -0,2% tot -0,5% aan taken van de arts verstandelijk gehandicapten verschuift naar de VS. Dit betreft jaarlijks 0,42 tot 1,04 fte (zie paragraaf 6.4.7).⁵³⁴

Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep VS-AGZ binnen de gehandicaptenzorg bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep VS-AGZ. Op basis van het verschil

⁵³² Zorgvisie (2019). VGN: Huisartsenzorg in het geding voor gehandicapten. 01-08-2019. Geraadpleegd van, <https://www.zorgvisie.nl/vgn-huisartsenzorg-in-het-geding-voor-gehandicapten/>

⁵³³ LHV (2019). Nieuwe leidraad zorg voor verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen. Geraadpleegd van, <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-zorg-voor-verstandelijk-gehandicapten-zorginstellingen>

⁵³⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.

tussen de ramingen voor de medisch specialistische zorg, de ouderenzorg en de huisartsenzorg met de raming voor de totale beroepsgroep kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks meer instromers nodig zijn in de revalidatiezorg, gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Het gaat dan jaarlijks om circa 37 tot 99 instromers. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. De gemiddelde instroom in deze overige sectoren bedroeg tezamen 16 personen per jaar.

8.4.3 Sociale geneeskunde

8.4.3.1 Werkzamen

Er zijn circa 49 verpleegkundig specialisten (VS'en) in de sociale geneeskunde actief die samen circa 39 fte werken. Gezien het kleine aantal VS'en-AGZ in de sociale geneeskunde zijn de onderzoeksresultaten indicatief. In 2016 ging het nog om 17 werkzamen. Ten opzichte van de geneeskundig specialisten (GS) is de ratio gestegen van 0,3 fte VS per 100 fte GS tot 1,1 fte VS per 100 fte GS. Gemiddeld zijn zij 48,9 jaar, ouder dan de groep als geheel, wat komt door een relatief hoog aandeel 50-plussers (55%). Circa 90% is vrouw. Verwacht wordt dat de uitstroom uit het beroep voor de sociale geneeskunde niet anders is dan voor het beroep als geheel: circa 11% stroomt uit binnen nu en 5 jaar, circa 15% tussen 5 en 10 jaar, circa 20% tussen 10 en 15 jaar en circa 17% tussen 15 en 20 jaar. Daarmee is na 20 jaar meer dan de helft van de werkzame VS'en AGZ in de sociale geneeskunde uitgestroomd.

8.4.3.2 Opleiding

Over de jaren 2012-2019 zijn er in totaal 62 opleidingen ingestroomd. Het aantal per jaar is stijgende. Een duidelijke trend is niet zichtbaar, de jaarlijkse instroom liep uiteen van 2 tot 14 personen per jaar. Een specifiek intern rendement is voor deze groep ook niet te berekenen, wel voor de opleidingen die niet in de sectoren medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ouderenzorg zijn opgeleid: daarvan was het intern rendement 77,27%, iets lager dan van de gehele opleiding. Gezien de beperkte capaciteit aan hbo-verpleegkundigen is het onzeker of er de komende jaren voldoende instroom in de MANP-opleiding gerealiseerd kan worden.

8.4.3.3 Zorgvraagontwikkelingen

Demografie en epidemiologie

De groei van de bevolking en de toename van het aantal 65-plussers, maakt dat de vraag naar VS'en-AGZ stijgt. Er wordt voorzien dat de vraag voor de gehele beroepsgroep VS-AGZ vanuit demografisch oogpunt in de komende 5 jaar met 7,4% stijgt. Na 10 jaar met 14,6%, na 15 jaar met 20,4% en na 20 jaar met 24,7%.⁵³⁵ Het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit stijgt.⁵³⁶ Naar verwachting stijgt de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ vanuit epidemiologische ontwikkelingen met 0,1%-0,3% per jaar.

⁵³⁵ Van der Meulen L, Van der Velde, F. (2019). Bijdrage factor demografie voor benodigde capaciteit VS en PA. Utrecht: Prisma-mant.

⁵³⁶ RIVM (2018). De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese. Bilthoven.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Er zijn geen structurele ontwikkelingen in beeld die de vraag naar VS'en in deze sector beïnvloeden.

Onvervulde vraag

De onvervulde vraag duidt de huidige balans tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 is een uitgebreide toelichting opgenomen van de onderzoeksmethoden en –resultaten. Uit onderzoek blijkt dat 37% van de VS'en-AGZ in de sociale geneeskunde een tekort aan VS'en ervaart. Geen enkele VS-AGZ in de sociale geneeskunde binnen dit onderzoek denkt dat er sprake is van een evenwicht op de arbeidsmarkt en 63% heeft geen mening.⁵³⁷ Voor de grotere sectoren is een vacatu-regraad op basis van online vacatures berekend om te komen tot een inschatting van de onvervulde vraag. Voor de sociale geneeskunde waren onvoldoende gespecificeerde data voorhanden.

8.4.3.4 Veranderingen werkproces

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

VS'en-AGZ worden veelvuldig ingezet op additionele taken, zoals preventie, communicatie met patiënten en naasten, organisatie van de zorg of het invullen van een regierol. In de sociale geneeskunde voeren VS'en vaker dan in andere sectoren projecttaken uit. 65% van de VS'en in deze sector geeft aan een groot deel van de werktijd hieraan te besteden. Projecttaken omvatten taken die zich richten op innovatie, verbetering van de kwaliteit van zorg en organisatie van de zorg. Zij besteden hier gemiddeld 16% van hun tijd aan. Dit is los van overleg en afstemming, zoals intercollegiaal-, farmaco-therapeutisch- en multidisciplinair overleg. Ook participatie in werkgroepen en commissies en het doen van wetenschappelijk onderzoek valt hierbuiten.⁵³⁸ Hoewel het grootste deel van de werktijd bestaat uit patiëntgebonden taken, zoals consulten, spreekuur en visites (91% van de VS'en-AGZ in de sociale geneeskunde besteedt hier gemiddeld 45% van de werktijd aan), vormen additionele (project)taken voor een meerderheid van de VS'en-AGZ een structureel onderdeel van het werk.

Efficiency

De parameter 'efficiency' duidt in hoeverre er meer of minder capaciteit aan zorgprofessionals nodig is om eenzelfde hoeveelheid taken te verrichten. Er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het vlak van ICT en technologie. Administratieve lasten blijven in veel sectoren een aandachtspunt.⁵³⁹ Toch zijn er geen signalen dat deze ontwikkelingen op dit moment of in de nabije toekomst direct effect zullen hebben op de benodigde capaciteit aan VS'en-AGZ.

Horizontale taakverschuivingen

Wanneer het taakverschuivingen tussen beroepsgroepen van dezelfde opleidingsniveaus betreft wordt gesproken over horizontale taakverschuivingen. Het aantal werkzame VS'en en met name PA's in de sector is gering. Uit eerder onderzoek bleek dat een dergelijke visie op welke professional het

⁵³⁷ Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (2019). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Utrecht: Prismant

⁵³⁸ Idem.

⁵³⁹ (Ont)regel de zorg.

beste kan worden ingezet veelal ontbrak en dat het in dienst nemen van een VS (of PA) veelal op toeval berust.^{540 541 542 543} Op dit moment zijn er geen signalen dat de vraag naar VS'en-AGZ hierdoor zal dalen of stijgen. Om deze reden wordt er aangenomen dat er geen sprake is van structurele en substantiële horizontale taakverschuivingen tussen PA's en VS'en.

Verticale taakverschuivingen

Ruim twee derde van de bevroegde VS'en in de sociale geneeskunde geeft aan dat zij werkzaamheden over kunnen nemen die nu door een sociaal geneeskundige(n) worden uitgevoerd. Ook vanuit de sociaal geneeskundigen worden veel taakverschuivingen voorzien naar VS'en. Hierbij spelen uiteenlopende factoren een rol.

Een stimulerende factor hierin is het tekort aan bedrijfsartsen. De tekorten aan bedrijfsartsen hebben er wel toe geleid dat een vorm van verticale substitutie, taakdelegatie, inmiddels verder is uitgewerkt. De NVAB stelt de "Werkwijzer taakdelegatie" breed beschikbaar als een instrument voor bedrijfsartsen om de bedrijfsgezondheidszorg doeltreffender en doelmatiger te maken. Met de werkwijzer wordt de zorgvuldigheid van taakdelegatie geborgd en vindt taakdelegatie op een verantwoorde manier plaats. Lastig is echter dat er in de sector (ook) een tekort aan verpleegkundigen is. De arts infectieziektebestrijding is door de toename van geprotocolleerd werken in staat om een aantal veel voorkomende activiteiten te delegeren aan het secretariaat (bijvoorbeeld geselecteerde meldingen zoals kinkhoest), aan VS'en, en aan de deskundige infectieziektepreventie. De jeugdgezondheidszorg kent verticale substitutie van de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige en naar de VS preventieve zorg. Deze zouden op zich nog meer kunnen herschikken.

In het kader van de raming voor de sociaal geneeskundigen zijn parameterwaarden voor taakverschuivingen vastgesteld⁵⁴⁴. Voorzien wordt dat er jaarlijks 0,5% tot 1,0% aan taken van de sociaal geneeskundigen verschuift naar de VS in de sociale geneeskunde. In verband met de aanzienlijke omvang van de beroepsgroep van de sociaal geneeskundigen ten opzichte van de VS'en, komen de waarden voor verticale taakverschuivingen naar de VS hoog uit met 42% tot 85% per jaar. Dit betreft jaarlijks 58-90 fte (zie paragraaf 6.4.7).

Arbeidstijdverandering

Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.

⁵⁴⁰ Laurant M, van Vught A. (2018). Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen: Radboudumc en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

⁵⁴¹ Lovink M, van Vught A, van den Brink G, Laurant M. (2017) Eindrapport. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc.

⁵⁴² Van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. & Laurant, M. (2017). Factors influencing decisions of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18 (1), doi: 10.1186/s12875-017-0587-3.

⁵⁴³ Kouwen, A., Van den Brink, G., Kleven, P., Leferink, N., Van Vught, Y., Grijzen, Y., Van der Heijden, M. & Van Acker, B. (2016). Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk. Een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015. Nijmegen: Radboudumc..

⁵⁴⁴ Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 4 Sociaal geneeskundigen.

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep van VS'en-AGZ binnen de sociale geneeskunde bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep VS-AGZ. Op basis van het verschil tussen de ramingen voor de medisch specialistische zorg, de ouderenzorg en de huisartsenzorg met de raming voor de totale beroepsgroep kan geconcludeerd worden dat er jaarlijks meer instromers nodig zijn in de revalidatiezorg, gehandicaptenzorg en sociale geneeskunde om tot een evenwicht op de arbeidsmarkt te komen en dit te behouden. Het gaat dan jaarlijks om circa 37 tot 99 instromers. Wanneer net als bij de sectorspecifieke adviezen gekeken wordt naar de onderkant van deze bandbreedte zou een advies uitkomen op 37 instromers per jaar. De gemiddelde instroom in deze overige sectoren bedroeg tezamen 16 personen per jaar.

8.4.4 Anderhalvelijnszorg

8.4.4.1 Werkzamen

Er zijn circa 72 verpleegkundig specialisten (VS'en) (onder andere) in de anderhalvelijnszorg actief. Dat is 2% van alle VS'en-AGZ. Zij vonden het echter lastig hun inzet te verbijzonderen tot het aantal fte in de anderhalvelijnszorg. Vaak combineren zij deze zorg met andere sectoren, zoals de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkzorg en eerstelijnsverblijf en GGZ. Hierbij worden de gebieden dermatologie/wondzorg, palliatieve zorg en neurologie (transmuraal) meerdere keren genoemd.

8.4.4.2 Opleiding

Voor de anderhalvelijnszorg zijn geen opleidingsgegevens voorhanden.

8.4.4.3 Zorgvraag- en werkprocesontwikkelingen

In de anderhalvelijnszorg is in de toekomst mogelijk meer inzet van VS'en-AGZ nodig. Op dit moment is hierop echter nog onvoldoende zicht. Hoewel er een toename zichtbaar is in initiatieven in de anderhalvelijn, staat de inzet van VS'en-AGZ (en PA's) in de anderhalvelijnszorg in 2019 nog aan het begin van de ontwikkeling.⁵⁴⁵

Impact van deze ontwikkelingen

Gezien de relatief kleine omvang van de beroepsgroep VS-AGZ binnen de anderhalvelijns zorg bleek het niet mogelijk om een sectorspecifiek advies uit te brengen. Bovengenoemde ontwikkelingen zijn daarom meegewogen in de raming van de totale beroepsgroep VS-AGZ.

⁵⁴⁵ Van Erp, R., Van Doorn-Klomberg, A., Laurant, M., Van den Brink, G. & Van Vught, A. (2019). De rol van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialist in de Anderhalvelijnszorg een systematische literatuurstudie. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening.

Bijlage 1: Aandachtspunten voor een volgende raming

Bij de totstandkoming van deze eerste richtinggevende raming zijn een aantal punten naar voren gekomen die aandacht vragen bij het opstellen van een eventuele volgende raming in de toekomst. Deze punten worden hieronder genoemd.

- 1) In dit ramingstraject was het noodzakelijk om veel gegevens uit te vragen bij de beroepsgroep en de opleidingsinstellingen, bij gebrek aan bruikbare data vanuit registratieorganen. Hoewel alle partijen hun volledige medewerking hebben verleend, betekende dit wel een hoge belasting voor de VS'en en de opleidingsinstellingen. Gegevens die niet voorhanden waren bij de registratieorganen en die hierdoor uitgevraagd moesten worden bij de beroepsgroep en opleidingsinstellingen betreffen:
 - a. het intern rendement van de opleiding, de daadwerkelijke gemiddelde opleidingsduur en het aantal VS'en in opleiding per sector (opleidingsregister);
 - b. uitstroomgegevens van geregistreerde VS'en-AGZ naar geslacht en leeftijdscohort en het aantal VS'en-AGZ naar sector (specialistenregister);
 - c. het type verleende zorg en de tijd die daaraan besteed is door VS'en-AGZ (bij gebrek aan eenduidige en volledige registratiegegevens in onder andere de DBC-registratie)
 - d. leeftijd en geslacht van patiënten van VS'en-AGZ.

Naast een extra belasting van beroepsgroep en hogescholen heeft het gebrek aan bruikbare data van registratieorganen ook effect op de nauwkeurigheid van de raming. Zo is vanwege het gebrek aan uitstroomgegevens uitgegaan van uitstroomverwachtingen van de beroepsgroep. De toekomstige uitstroom en de vervangingsvraag is mogelijk lager of hoger ingeschat dan daadwerkelijk het geval is. Verder ontbreekt door de afwezigheid van volledige en eenduidige registratiegegevens met betrekking tot door VS'en verleende zorg en informatie over patiëntengroepen. Dit betekent een beperking bij het in kaart brengen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Ook is niet inzichtelijk welke taken zij uitvoeren en in hoeverre daar verschuivingen optreden, bijvoorbeeld door substitutie of suppletie.

- 2) In dit Capaciteitsplan zijn de VS'en-AGZ die werkzaam zijn in de sector medisch specialistische zorg binnen het specialisme klinische geriatrie opgenomen binnen de gegevens en het advies van de medisch specialistische zorg. Bij een eventuele vervolgraming kan overwogen worden om de dataverzameling zodanig in te richten dat de VS'en-AGZ die werkzaam zijn binnen het specialisme klinische geriatrie kunnen worden meegenomen in de raming van de 'Ouderenzorg'. Hierdoor zal een toekomstig ramingsadvies voor de Ouderenzorg hoger uitvallen en een advies voor de medisch specialistische zorg lager.
- 3) Om zicht te krijgen op onder andere het zorgaanbod zijn alumni van de opleidingen via de hogescholen benaderd met een arbeidsmarktenquête. Reden hiervoor is dat het BIG-register geen medewerking verleende aan het benaderen van BIG-geregistreerde VS'en.

Daarnaast wilden we met de enquête, om zicht te krijgen op de uitstroom, ook gediplomeerde VS'en-AGZ die niet geregistreerd zijn als VS, benaderen. Aangezien echter niet alle e-mailadressen in de alumnibestanden meer actueel zijn, was er geen volledig bereik van de doelgroep.

- 4) In paragraaf 5.4 over Onvervulde Vraag is beschreven dat de arbeidsmarkt van VS'en zich vooral op sectorniveau bevindt. 87% van de VS'en-AGZ geeft aan nooit in een ander sector dan hun huidige sector te hebben gewerkt. Gezien dit gegeven is het raadzaam om bij een eventuele toekomstige raming wederom, waar mogelijk, instroomadviezen op sectorniveau op te stellen. Wanneer er gewerkt wordt met een categorie 'overige sectoren' kan er een nauwkeurigheidsslag gerealiseerd worden door een aparte doorrekening van de aanbodparameters te laten maken binnen het arbeidsmarktonderzoek.

- 5) VS'en-AGZ die werkzaam zijn in meerdere sectoren, werken per sector een relatief laag aantal uren ten opzichte van VS'en-AGZ die niet in andere sectoren actief zijn. Hierdoor wordt de gemiddelde deeltijdfactor per sector gedrukt. Bij doorrekening van deze lagere deeltijdfactor in de sectorspecifieke ramingen is er mogelijk sprake van een kleine onder- of overschatting in het sectorspecifieke ramingsadvies, naar gelang er meer of minder VS'en-AGZ werkzaam zijn in andere sectoren dan de sector waarin zij zijn opgeleid.

Een voorbeeld: Wanneer iemand in de huisartsenzorg is opgeleid en vervolgens 3 dagen in de huisartsenzorg blijft werken en 2 dagen in de medisch specialistische zorg, is het rendement van de opleiding in de huisartsenzorg relatief laag en wordt dit ook als zodanig doorerekend in de raming voor de huisartsenzorg. Echter de 2 dagen die deze persoon actief is in de medisch specialistische zorg drukken ook de deeltijdfactor in de medisch specialistische zorg, hoewel het rendement van de opleiding in feite hoger uitvalt: deze persoon is immers niet opgeleid in de medisch specialistische zorg, maar werkt er wel.

De invloed van VS'en-AGZ die in meerdere sectoren actief zijn op de deeltijdfactor per sector, lijkt beperkt aangezien het merendeel van de VS'en-AGZ (94%) werkzaam is in één sector.

Van de respondenten die in meerdere sectoren actief zijn werkt de grootste groep zowel in de medisch specialistische als in de huisartsenzorg (14%). Tussen deze twee sectoren vinden ook de meeste wisselingen van sector plaats: VS'en-AGZ stappen over van de ene naar de andere sector. Hierbij vertrekken de meeste VS'en-AGZ uit de medisch specialistische zorg.

Deels komt dit, omdat in deze sector een groter aantal VS'en-AGZ werkzaam is. Op basis van deze informatie is het aannemelijk dat er ook meer VS'en-AGZ die zijn opgeleid in de medisch specialistische zorg deels gaan werken in de huisartsenzorg dan andersom. Dit zou betekenen dat het rendement van de opleiding in de huisartsenzorg wat hoger uitvalt door overstappers vanuit de medisch specialistische zorg en dat van de medisch specialistische zorg, wat lager. Doordat het aantal VS'en-AGZ in de huisartsenzorg echter relatief laag is, wordt de gemiddelde deeltijdfactor sterker gedempt door de deeltijdwerkers in deze sector.

In eventueel vervolgonderzoek is het raadzaam om inzichtelijk te maken in welke sector personen die in meerdere sectoren werken, zijn opgeleid. Ook is het raadzaam om te verkennen wat de mogelijkheden zijn voor het vaststellen van een sectorspecifiek extern rendement.

Op basis van de nu beschikbare gegevens is het aannemelijk dat het extern rendement voor

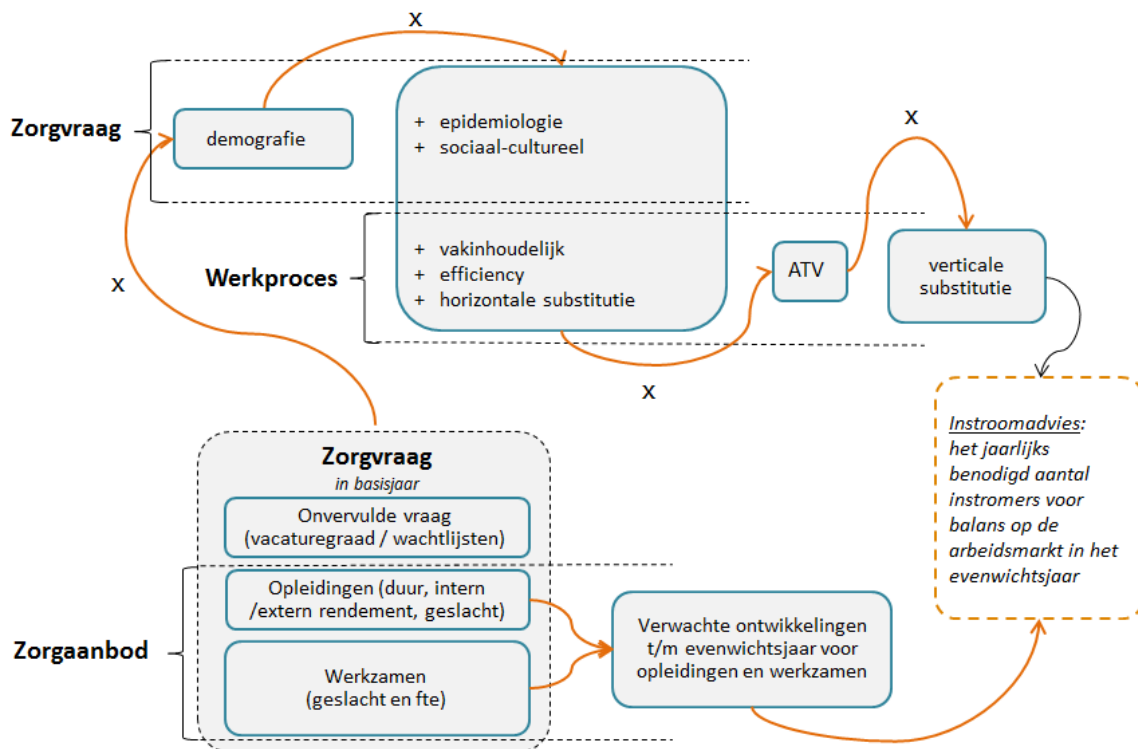
de medisch specialistische zorg wat lager uitvalt en het extern rendement voor de huisartsenzorg wat hoger.

- 6) In toekomstig alumni-onderzoek is het raadzaam om een extra vraag op te nemen in de enquête bij het cluster 'niet werkzaam in het beroep' om te achterhalen of alumni zijn opgeleid in de GGZ of in de AGZ. Voor de VS-AGZ kan dan het percentage niet werkzaam in het beroep berekend worden. In deze raming is gerekend met een generiek percentage voor alle VS'en.

Bijlage 2: Conceptuele weergave ramingsmodel

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. In dit ramingsmodel worden parameterwaarden doorgerekend (zie bijlage 3). Deze parameterwaarden zijn in samenspraak met de Werkgroep PA/VS vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit. In bijlage 4 treft u informatie aan over de betrokkenen en de procedure. Hieronder ziet u een conceptuele weergave van dit model.

Figuur 25: Conceptuele weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan



De formule van het ramingsmodel luidt als volgt:

$$\text{Vraag (t)} = (\text{vraag (t0)} + \text{onvervulde vraag (t0)}) \times (\text{demografie (t)}) \times (\text{epidemiologie (t)} + \text{sociaal-cultureel (t)}) + \text{vakinhoudelijk (t)} + \text{efficiency (t)} + \text{horizontale taakherschikking (t)}) \times (\text{ATV (t)}) \times (\text{verticale substitutie (t)})$$

waarbij t = moment in tijd

Bijlage 3: Overzicht parameterwaarden

Op basis van parameterwaarden uit de volgende tabellen zijn de eerste richtinggevende instroomadviezen voor de VS-AGZ tot stand gekomen. Tabel 31 betreft de waarden voor het advies voor de gehele beroepsgroep. Tabel 32, Tabel 33 en Tabel 34 bevatten de waarden voor de sectorspecifieke adviezen voor de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de ouderenzorg. Voor extern rendement zijn alleen parameterwaarden op beroepsniveau vastgesteld (zie hoofdstuk 4).

Tabel 31: Parameterwaarden raming VS - AGZ - gehele beroepsgroep

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Uitstroom vrouwen Tot 2024	9%
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	82,65%	Tot 2029	23%
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	90,92%	Tot 2034	43%
Jaarlijkse instroom	377	Tot 2039	60%
In opleiding per leerjaar	338	Extern rendement mannen Na 1 jaar	94,9%
Percentage vrouwen	90,67%	Na 5 jaar	86,9%
Demografie 2024	7,4%	Na 10 jaar	93,4%
2029	14,6%	Na 15 jaar	86,9%
2034	20,4%	Extern rendement vrouwen Na 1 jaar	98,5%
2039	24,7%	Na 5 jaar	96,1%
Epidemiologie	0,1% - 0,3%	Na 10 jaar	86,6%
Sociaal cultureel	1,0% - 3,0%	Na 15 jaar	77,1%
Onvervulde vraag	6,9%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	1,5%
Werkzamen	2.433	Efficiency	0%
Gemiddeld fte man	0,94	Taakverschuiving horizontaal	0,0% - 0,12%
Gemiddeld fte vrouw	0,86	Taakverschuiving verticaal	2,75% - 4,81%
Percentage werkzame vrouwen	83,48%	Arbeidstijdverandering	0%
Uitstroom mannen Tot 2024	24%		
Tot 2029	50%		
Tot 2034	65%		
Tot 2039	80%		

**Tabel 32: Parameterwaarden raming VS-AGZ - medisch specialistische zorg
(incl. acute zorg, excl. revalidatie)**

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Gemiddeld fte man	0,92
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	86,44%	Gemiddeld fte vrouw	0,87
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	93,0%	Uitstroom mannen	Tot 2024 11%
Jaarlijkse instroom	236		Tot 2029 26%
In opleiding per leerjaar	233		Tot 2034 46%
Percentage vrouwen	90,67%		Tot 2039 63%
Demografie		Uitstroom vrouwen	Tot 2024 11%
2024	5,8%		Tot 2029 26%
2029	10,3%		Tot 2034 46%
2034	13,6%		Tot 2039 63%
2039	15,2%		
Epidemiologie	0,0%-0,2%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	1,5%
Sociaal cultureel	1,0% - 2,0%	Efficiency	0%
Onvervulde vraag	3,6%	Taakverschuivingen horizon-taal	0,0% - 0,18%
Aantal werkzamen	1.581	Taakverschuivingen verticaal	1,65% - 1,85%
Percentage werkzame vrouwen	86,91%	Arbeidstijdverandering	0%

Tabel 33: Parameterwaarden raming VS-AGZ – huisartsenzorg

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Gemiddeld fte man	0,37
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	78,13%	Gemiddeld fte vrouw	0,68
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	88,40%	Uitstroom mannen	Tot 2024 10%
Jaarlijkse instroom	47		Tot 2029 24%
In opleiding per leerjaar	31,5		Tot 2034 45%
Percentage vrouwen	90,67%		Tot 2039 61%
Demografie		Uitstroom vrouwen	Tot 2024 10%
2024	5,5%		Tot 2029 24%
2029	10,7%		Tot 2034 45%
2034	15,5%		Tot 2039 61%
2039	18,4%		
Epidemiologie	0,4% - 0,5%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	1,0%
Sociaal cultureel	1,0% - 3,0%	Efficiency	0%
Onvervulde vraag	2,8%	Taakverschuivingen horizon-taal	0%
Aantal werkzamen	309	Taakverschuivingen verticaal	4,77% - 11,63%
Percentage werkzame vrouwen	86,9%	Arbeidstijdverandering	0%

Tabel 34: Parameterwaarden raming VS-AGZ – ouderenzorg

Parameter	waarde	Parameter	waarde
Opleidingsduur	2,0	Gemiddeld fte man	0,90
Intern rendement voor instroom vanaf 2019	74,83%	Gemiddeld fte vrouw	0,78
Intern rendement per 01-01-2019 al in opleiding	86,50%	Uitstroom mannen	Tot 2024 15%
Jaarlijkse instroom	73		Tot 2029 33%
In opleiding per leerjaar	53		Tot 2034 50%
Percentage vrouwen	90,67%		Tot 2039 64%
Demografie	2024 14,6%	Uitstroom vrouwen	Tot 2024 15%
	2029 34%		Tot 2029 33%
	2034 50,5%		Tot 2034 50%
	2039 65,7%		Tot 2039 64%
Epidemiologie	0,3% - 0,6%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	1,5%
Sociaal cultureel	1,0% - 3,0%	Efficiency	0%
Onvervulde vraag	18,0%	Taakverschuivingen horizontaal	0%
Aantal werkzamen	486	Taakverschuivingen verticaal	2,24% - 4,68%
Percentage werkzame vrouwen	82,18%	Arbeidstijdverandering	0%

Bijlage 4: Procedure en betrokkenen

Dit Capaciteitsplan is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Werkgroep PA/VS, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaars, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De gesignaleerde ontwikkelingen zijn vervolgens in hoofdstuk 3 t/m 6 vertaald in parameterwaarden en door een extern bureau doorgerekend in het ramingsmodel. De uitkomsten van het ramingsmodel in de vorm van adviesvarianten, zijn gebruikt voor het bepalen van de bandbreedte van de ramingsadviezen. (Zie hoofdstuk 7 en 8.) Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan Verpleegkundig Specialisten AGZ 2021-2024 vastgesteld in haar vergadering van 4 december 2019.

De samenstelling van de Werkgroep PA/VS was op 4 december 2019 als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren

Mw. Irma de Hoop
Dhr. Bart Ruiterkamp

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. Geert van der Brink
Dhr. Jeroen Peters
Mw. Riet van Dommelen
Dhr. Luppó Kuilman

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. Henk Willem Otten

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op 4 december 2019 als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren

Dhr. Niels Oerlemans
Mw. Floor Haak-van der Lely
Dhr. Ate van der Zee
Dhr. Chris Polman
Mw. Diny de Bresser
Mw. Petra de Rijke
Mw. Cisca Wijmenga
Dhr. Henk Hagoort

Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Mw. Caroline van Mierlo
Mw. Carin Littoij
Dhr. Theo Haasdijk
Dhr. Joost Drenth
Dhr. Roy Dutrieux
Dhr. Leo van der Beek
Mw. Astraia Rühl
Dhr. Johan van Ingen
Dhr. Jack Dekker

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. Olivier Gerrits
Dhr. Wout Adema
Dhr. Joël Gijzen

Vanuit het bureau van het Capaciteitsorgaan waren Mw. E.J.C.M. Dankers-de Mari (programmasecretaris) en Dhr. J. Janse (programmasecretaris) betrokken bij de totstandkoming van dit ramingsadvies.

Bijlage 5: Afkortingen en begrippen

Onderstaande lijst bevat afkortingen en begrippen die regelmatig voorkomen in dit Capaciteitsplan.

Afkorting	Betekenis
AGZ	Algemene gezondheidszorg
aios	arts in opleiding tot specialist
anios	arts niet in opleiding tot specialist
ATV	Arbeidstijdverandering
BIG(-register)	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists (model)
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (longziekte)
CSV	College Specialismen Verpleegkunde
DALY	Disability-Adjusted Life-Years
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
ELV	eerstelijns verblijf
Fte	fulltime equivalent
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHZ	gehandicaptenzorg
GS	Geneeskundig Specialist
HBO	hoger beroepsonderwijs
HR(-professionals)	Human Resources
ICT	informatie- en communicatietechnologie
JZOJP	de Juiste Zorg Op de Juiste Plek
KOH	Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (stichting)
MANP	Master Advanced Nursing Practice (opleiding)
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MEVA	Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (directie van VWS)
MPA	Master Physician Assistant (opleiding)
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf
MSc	Master of Science
MSZ	medisch specialistische zorg
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NLQF	Nederlands kwalificatieraamwerk
NP	Nurse Practitioner
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit

OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ministerie)
PA	Physician Assistant
POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
RVE	Resultaatverantwoordelijke Eenheid
SEH	spoedeisende hulp
SES	sociaal-economische status
SONCOS(-normen)	Stichting ONCOlogische Samenwerking
UMC	Universitair Medisch Centrum
UR(-geneesmiddelen)	Uitsluitend op Recept
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
V&VN VS	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten (afdeling van V&VN)
Verenso	Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde
VPL	verpleeghuiszorg
VS	Verpleegkundig specialist
VS-AGZ	Verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg
VSR	Verpleegkundig Specialisten Register
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlb	Wet op de lijkbezorging
wo	wetenschappelijk onderwijs
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 200 45 10

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