



De arbeidsmarkt voor verslavingsartsen in Nederland

Een toekomstverkenning en capaciteitsraming

E. Vis
R. Batenburg
L. van der Velden
S. Versteeg

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122- 92-7

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2018 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is gegevens te verzamelen waarmee het Capaciteitsorgaan een eerste richtinggevend advies aan VWS kan opstellen over de gewenste instroom in de opleiding tot het profiel verslavingsarts.

Als eerste is hiervoor de huidige en toekomstige beschikbare capaciteit aan verslavingsartsen in Nederland berekend. Een web-enquête onder de in 2017 geregistreerde verslavingsartsen leverde informatie op over de hoeveelheid uren en FTE die men werkt, wanneer men het vak verwacht te verlaten, welke verschillen er tussen mannen en vrouwen hierin bestaan en in welke sectoren men werkzaam is. Samen met gegevens uit het Register Geneeskundig Specialisten en van de opleiding die vanuit het Radboud MC wordt verzorgd, is de vervangingsvraag naar verslavingsartsen voor de komende 12 à 18 jaar bepaald. Op basis van een in- en uitstroommodel is berekend dat de huidige capaciteit van 187 verslavingsartsen die samen 153 FTE werkten in 2018, met 15% gestegen zal zijn in 2030 en met 24% in 2038.

Ten tweede is de *benodigde* capaciteit aan verslavingsartsen in Nederland geschat voor dezelfde periode van 12 à 18 jaar. Aan de geënquêteerde verslavingsartsen is gevraagd welke factoren zullen bijdragen aan een groei van de zorgvraag en welke aan een krimp van de benodigde capaciteit. Deze factoren zijn daarna op basis van aanvullende bronnen gekwantificeerd en verwerkt in een viertal scenario's. Daarnaast is tevens op basis van CBS-cijfers en gegevens uit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) berekend wat de effecten van de demografische en epidemiologische veranderingen onder de bevolking zijn. Op basis van alle factoren en scenario's is de uitbreidingsvraag naar verslavingsartsen voor de komende 12 à 18 jaar geschat. In de meeste scenario's neemt de vraag naar verslavingsartsen toe, behalve als alleen rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen. Deze trend zorgt ervoor dat de zorgvraag zal dalen, net als trends in substitutie waarin taken van verslavingsartsen worden overgenomen door verpleegkundigen en psychiaters. Daar tegenover staan factoren als sociaal-culturele, epidemiologische en vakinhoudelijke ontwikkelingen die de benodigde capaciteit aan verslavingsartsen doen toenemen. Daarnaast is er op dit moment een (beperkt) tekort aan verslavingsartsen.

Uit een aantal scenario's komt naar voren dat benodigde capaciteit na 5 jaar sneller zal groeien dan de beschikbare capaciteit aan verslavingsartsen. Dit betekent een bijstelling van de huidige opleidingsinstroom van 13,3 personen per jaar tot maximaal 17,3. Een aantal scenario's geeft echter ook aan dat juist een reductie van opleidingsinstroom nodig is om evenwicht in 2030 of 2038 te bereiken tot minimaal 8,4 personen per jaar. Selecteren we alleen de scenario's waarin:

- alle vraagfactoren mee zijn genomen,
- 2030 als het eerst haalbare evenwichtsjaar wordt gezien de bijstellingsperiode, en
- van doorgaande vraag trends wordt uitgegaan,

dan is het instroomadvies tussen 15,0 en 17,3 personen per jaar op te leiden.

Het vergt nadere afweging, beleidsoriëntatie en visie om een keuze te maken voor een bepaald scenario om daar vervolgens op te sturen. De uitkomst van dit onderzoek biedt handvatten voor het denken in deze scenario's en deze ook af te zetten tegen de daadwerkelijke mogelijkheden om de opleidingsinstroom voor verslavingsartsen bij te stellen.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding van het onderzoek	5
1.2 Onderzoeksvragen	6
2 Methoden	7
2.1 Het rekenmodel voor capaciteitsramingen	7
2.2 Web-enquête onder verslavingsartsen	8
2.3 Analyse cijfers uit het LADIS	10
3 Het aanbod van verslavingsartsen	12
3.1 De werkzaamheid van verslavingsartsen	12
3.2 Verwachte uitstroom	13
3.3 Verandering in werkuren	14
3.4 Extern rendement	15
3.5 Deelconclusie	16
4 De vraag naar verslavingsartsen	18
4.1 Demografische ontwikkelingen	18
4.2 Epidemiologische ontwikkelingen	20
4.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen	24
4.4 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	26
4.5 Efficiency ontwikkelingen	28
4.6 Horizontale en verticale substitutie	30
4.7 Arbeidstijdverandering	32
4.8 Deelconclusie	32
5 Aansluiting tussen vraag en aanbod	34
5.1 Het beschikbare aanbod aan verslavingsartsen 2018-2038	34
5.2 Het beschikbare en benodigde aanbod aan verslavingsartsen 2018-2038	35
5.3 De bijstelling van de opleidingsinstroom voor verslavingsartsen	37
6 Conclusies en aanbevelingen	39
6.1 Een korte samenvatting en conclusie	39
6.2 Aanbevelingen	40
Literatuur	41
Bijlage A De enquête onder verslavingsartsen	42

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Hoewel verslavingsartsen al langer onder deze beroepstitel werkzaam zijn, is pas sinds 2007 de erkende tweejarige vervolgopleiding voor de profielregistratie als verslavingsarts KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) gestart. In 2012 ging het KNMG akkoord met de aanvraag van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) om aangewezen te worden als een zelfstandig profiel binnen de beleidsregels van huisarts- en verpleeghuisarts-geneeskunde (Besluit Verslavingsgeneeskunde, College Geneeskundige Specialismen, 14 november 2012).

De formele erkenning van het profiel van verslavingsarts inclusief de bijbehorende vervolgopleiding is een belangrijk moment geweest voor het vakgebied. Het probleem deed zich namelijk voor dat vooral veel jonge (basis)artsen na een aantal jaar de verslavingszorg weer verlieten vanwege het gebrek aan een opleiding en een carrièreperspectief. Met het ontwikkelen van de vervolgopleiding heeft de VVGn naast het inhoudelijk ontwikkelen van het vakgebied en borgen van de kwaliteit van de verslavingszorg dan ook als belangrijk neven doel jonge basisartsen aan te trekken en te behouden.

De uitdagingen op de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen zijn niet alleen uit wervingsperspectief groot. Het profiel kent onder andere door 'zij'-instroom van wat oudere artsen een afwijkende geslachts-leeftijdverdeling. Daarmee kent de beroepsgroep een ander patroon van extern rendement en uitstroom vergeleken met aanverwante specialismen. Daarnaast heeft de nieuwe opleiding een aantal transitieën noodzakelijk gemaakt voor de huidige groep werkzame verslavingsartsen. Er zou extra uitval bij het moment van de eerste collectieve herregistratie kunnen ontstaan vanwege overgangsregelingen die bij de eerste registratie zijn bepaald. Ten slotte is door de afwijkende opleidingsduur en de verschillende instroommogelijkheden de instroomplanning complexer dan bij andere profielen.

Met het oog op deze ontwikkelingen is het Capaciteitsorgaan gevraagd een eerste capaciteitsraming uit te voeren, en te bepalen hoe groot in de komende jaren de instroom in de opleiding tot verslavingsarts moet zijn. Bij aanvang van dit onderzoek was reeds een aantal gegevens bekend om onderdelen van het ramingsmodel in te vullen, zoals de in- en uitstroom in de opleiding en het register. Het doel van dit onderzoek was de resterende gegevens te verzamelen waarmee het Capaciteitsorgaan een advies aan VWS kan geven over de gewenste instroom in de opleiding tot het profiel verslavingsarts. Daartoe zal gebruik worden gemaakt van verschillende bronnen om een capaciteitsramingsmodel voor de verslavingsartsen in Nederland op te stellen. Met dit model zal de huidige en toekomstige *beschikbare* capaciteit aan verslavingsartsen in Nederland worden berekend, waarmee de zogenaamde *vervangingsvraag* naar verslavingsartsen voor de komende 12 à 18 jaar wordt bepaald. Tevens zal met het model de huidige en toekomstige *benodigde* capaciteit aan verslavingsartsen in Nederland worden geschat; hiermee wordt de zogenaamde *uitbreidingsvraag* naar verslavingsartsen voor de komende 12 à 18 jaar bepaald. De vervangings- en uitbreidingsvraag bepalen tezamen hoeveel capaciteit aan verslavingsartsen er over 12 à 18 jaar teveel of te weinig zal zijn, en hoe de huidige instroom in de opleiding tot verslavingsarts bijgesteld zal moeten worden om evenwicht tussen vraag en aanbod op deze

arbeidsmarkt te bereiken.

1.2 Onderzoeksvragen

Voor het inschatten van de parameterwaarden worden op verzoek van het Capaciteitsorgaan de volgende vraagstellingen onderscheiden:

1. Ten aanzien van het aanbod van verslavingsartsen in Nederland zijn de onderzoeksvragen:
 - Hoeveel fte werken verslavingsartsen in totaal en naar leeftijd, geslacht, dienstverband en werkkring?
 - Wat is de verwachte uitstroom over 5, 10, 15 en 20 jaar?
 - Wat is het externe rendement na 1, 5, 10 en 15 jaar?
2. Ten aanzien van de vraag naar verslavingsartsen:
 - In welke mate zullen zich demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen in de bevolking voordoen die effect hebben op de vraag naar verslavingsartsen?
3. Ten aanzien van het werkproces van verslavingsartsen:
 - In welke mate zullen zich vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen voordoen in het vakgebied van verslavingsartsen, alsook ontwikkelingen op het gebied van horizontale substitutie, verticale substitutie, arbeidstijdverandering en efficiency?
3. Ten aanzien van de aansluiting tussen vraag en aanbod naar verslavingsartsen:
 - Wat zal in 2030 en 2036 het verschil tussen vraag en aanbod zijn, op basis van de ontwikkelingen in het toekomstige aanbod van en de vraag naar verslavingsartsen, vastgelegd in verschillende scenario's?
 - Gegeven het bijstellingsjaar 2020, de instroom die beurtelings in januari en september begint en de mogelijkheid om de instroom in de opleiding tot verslavingsarts de komende 12 à 18 jaar bij te stellen: hoeveel artsen dienen er per jaar in te stromen in de opleiding?

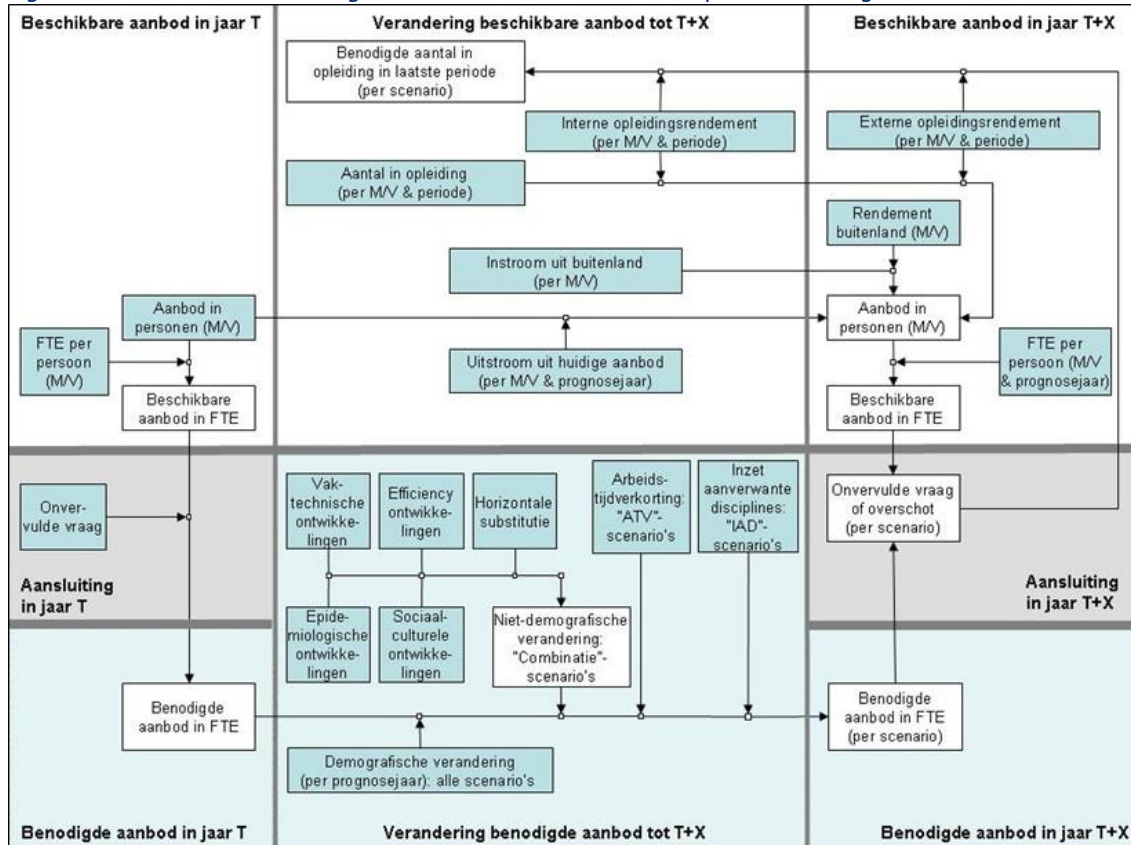
In Hoofdstuk 2 zullen de methoden van dit onderzoek worden besproken, waarna in Hoofdstuk 3 de resultaten worden beschreven. Hoofdstuk 4 geeft een samenvatting en conclusie van het onderzoek.

2 Methoden

2.1 Het rekenmodel voor capaciteitsramingen

Om een advies uit te kunnen brengen over het aantal op te leiden zorgprofessionals is vanaf 1999 het rekenmodel capaciteitsramingen voor medische beroepen door het NIVEL in samenwerking met het Capaciteitsorgaan ontwikkeld. Dit model is schematisch weergegeven in Figuur 2.1.

Figuur 2.1 Schematische weergave van het rekenmodel voor capaciteitsramingen



Het model is opgedeeld in twee lagen: het beschikbare aanbod van een beroepsgroep, in dit geval verslavingsartsen, (de bovenste helft van de figuur) en het benodigde aanbod van een beroepsgroep, of wel de vraag naar de diensten van de beroepsgroep (de onderste helft van de figuur). Daarnaast kent het model drie kolommen: het heden (jaar T, aan de linkerkant), de toekomst (jaar T+X, aan de rechterkant) en wat daartussen gaat veranderen (verandering tussen jaar T en T+X, het midden van de figuur). Tussen de lagen en kolommen is ruimte gemaakt voor blokken die gaan over de aansluiting van vraag en aanbod in het heden (jaar T) en in de toekomst (jaar T+X).

De werking van het rekenmodel is vervolgens uit te leggen in een drietal stappen.

1. Allereerst wordt bepaald hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich in de huidige situatie tot elkaar verhouden (het vlak “aansluiting in jaar T”). Hier wordt dus gekeken of er in de huidige situatie sprake is van een overschot of tekort aan bepaalde beroepsbeoefenaars, uitgedrukt in FTE’s¹.
2. Daarna wordt geschat hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich zal ontwikkelen tot aan een bepaald evenwichtsjaar (“jaar T+X”). Meestal wordt 10 à 20 jaar vooruit gerekend, in stappen van 5 jaar vanaf het basisjaar.
Aan de bovenkant van de figuur bevinden zich de belangrijkste factoren die de beschikbare capaciteit in het prognosejaar bepalen. Het gaat hier (1) de huidige capaciteit uitgedrukt in FTE en (2) de verandering van deze capaciteit door instroom en uitstroom. De instroom wordt voornamelijk bepaald door het aantal personen dat de opleiding heeft afgerond of gaan afronden en hun rendement (de kans dat zij in de beroepsgroep instromen na hun studie en hier ook werkzaam in zijn in een bepaald prognosejaar). De uitstroom heeft voornamelijk betrekking op uittreding uit de beroepsgroep door bijvoorbeeld pensionering. Ook kan in het model rekening worden gehouden met voortijdige uitstroom, een verandering van het gemiddeld aantal FTE dat de beroepsgroep werkt en instroom vanuit het buitenland.
Aan de onderkant van de figuur worden de belangrijkste factoren geschat die de ontwikkeling van de benodigde capaciteit tussen T en T+X bepalen. Deze factoren zijn grofweg in te delen in factoren die de vraag verhogen of verlagen op basis van (1) ontwikkelingen in de omvang en samenstelling van de bevolking (bijvoorbeeld door een toename aan patiënten en bevolkingsaanwas of door vergrijzing) en (2) ontwikkelingen in het vakgebied (bijvoorbeeld veranderingen met betrekking tot efficiency en taakherschikking naar andere beroepsgroepen).
3. Ten slotte wordt bepaald hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich tot elkaar verhouden (“aansluiting in jaar T”). Uit dit verschil wordt vervolgens afgeleid hoe veel personen (meer of minder) in de periode tussen T en T+X moeten worden opgeleid om in het prognosejaar evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Om tot een invulling van alle factoren (‘parameters’) van het rekenmodel te komen, en zo het capaciteitsramingsmodel voor de verslavingsartsen in Nederland op te kunnen stellen, worden verschillende bronnen gebruikt. Een belangrijke bron voor de aanbodkant van het model is de web enquête die onder verslavingsartsen is uitgezet, en die hieronder nader wordt toegelicht. Een tweede bron voor de vraagkant van het model is het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Daarnaast worden andere bronnen gebruikt die in de volgende hoofdstukken worden toegelicht.

2.2 Web-enquête onder verslavingsartsen

In het najaar van 2017 is een web enquête uitgezet onder alle 215 verslavingsartsen² die geregistreerd waren door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Op 20 oktober

¹ Full Time Equivalenten. Deze meeteenheid voor ‘werkzaamheid’ is primair bedoeld om rekening te houden met werken in deeltijd (ook wel de ‘deeltijd-factor’ genoemd). Per definitie staat fulltime werken gelijk aan 1 FTE, parttime werken is dan uitgedrukt in proporties van 1 FTE (werkt men 4 dagen en wordt in het beroep of de sector 5 dagen als de standaard werkweek beschouwd, dan is dan 0,8 FTE). Een standaard werkweek kan ook uitgedrukt worden in uren, en indien van toepassing uitgesplitst naar kantooruren en avond-, nacht- en weekenddiensten. Hoe uren en FTE zich tot elkaar verhouden en omgerekend worden kan per beroep en sector verschillen. Hoe dat voor de verslavingsartsen in dit onderzoek is gedaan, wordt nader toegelicht in hoofdstuk 3.

² Voor vijf personen is de mailing niet aangekomen wegens een foutief e-mailadres. Er is niet bekend wat hun achtergrondkenmerken zijn.

2017 is de eerste mailing uitgegaan. Er is twee keer gerappelleerd, namelijk op 30 oktober 2017 en op 22 november 2017. Op 29 november 2017 is de dataverzameling beëindigd.

De enquête bestond uit ongeveer 40 grotendeels gesloten vragen, waarvan het invullen 15 à 20 minuten tijd in beslag nam³. De vragenlijst is voor verspreiding twee keer getoetst door de leden van de door het Capaciteitsorgaan ingestelde begeleidingscommissie. In de enquête zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- Achtergrondgegevens;
- De opleidingsachtergrond;
- De huidige of, wanneer respondenten niet meer werken, vroegere werksituatie;
- Enkele toekomstverwachtingen met betrekking tot de eigen werkzaamheden;
- Enkele toekomstverwachtingen met betrekking tot ontwikkelingen in de behoefte aan verslavingsartsen;
- De aansluiting van kennis en vaardigheden met het werk als verslavingsarts;
- De redenen waarom zij voor het beroep van verslavingsarts gekozen hebben.

In totaal zijn 159 verslavingsartsen met de enquête begonnen, wat betekent dat de respons zo'n 74% zou bedragen⁴. Van hen heeft echter 18 procent de enquête niet compleet afgerond en ook de achtergrondkenmerken geslacht en leeftijd niet bekend gemaakt. Op basis hiervan zijn 28 personen verwijderd voor de analyses. In totaal zijn dus 131 personen, die de enquête allemaal hebben afgerond en waarvan geslacht en leeftijd bekend zijn, geïnccludeerd in dit onderzoek.

In Tabel 2.1 is de respons weergegeven naar leeftijd en geslacht. In totaal is een netto respons behaald van 60,9%. De respons is onder vrouwen wat hoger dan onder mannen. Wanneer gekeken wordt naar leeftijd wordt duidelijk dat het responspercentage vooral onder jongere verslavingsartsen tot en met een leeftijd van 39 jaar hoog is. Verslavingsartsen tussen de 40 en 49 jaar hebben de enquête juist iets minder vaak ingevuld.

Tabel 2.1 Responsoverzicht, responspercentage naar geslacht en leeftijd

	Benaderd	Gerespondeerd	Responspercentage
Totaal	215	131	60,9%
Geslacht			
Man	129	75	58,1%
Vrouw	86	56	65,1%
Leeftijd			
30 t/m 39 jaar	23	19	82,6%
40 t/m 49 jaar	53	28	52,8%
50 t/m 59 jaar	78	45	57,7%
60 jaar en ouder	61	39	63,9%

Deze respons-verschillen naar leeftijd en geslacht zijn niet zodanig dat hierdoor de responsgroep heel anders is samengesteld dan de populatie van benaderde verslavingsartsen. Dit laat tabel 2.2

³ Bij het berekenen van dit gemiddelde zijn enkele 'outliers' verwijderd, namelijk respondenten die meer dan 100 minuten over de enquête hebben gedaan.

⁴ $(159/215) \cdot 100 = 73,9\%$.

zien. Daarom is besloten de responsdata-set niet te corrigeren (c.q. te wegen) naar leeftijd en geslacht.

Tabel 2.2 Samenstelling van de groep benaderde en responderende verslavingsartsen naar geslacht en leeftijd

	Benaderd		Gerespondeerd	
	N	%	N	%
Totaal	215	100	131	100
Geslacht				
Man	129	60%	75	57%
Vrouw	86	40%	56	43%
Leeftijd				
30 t/m 39 jaar	23	11%	19	15%
40 t/m 49 jaar	53	25%	28	21%
50 t/m 59 jaar	78	36%	45	34%
60 jaar en ouder	61	28%	39	30%

2.3 Analyse cijfers uit het LADIS

Om toekomstvoorspellingen te kunnen doen over de behoefte aan verslavingsartsen zijn kerncijfers uit het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) geanalyseerd. Met deze gegevens kan in kaart worden gebracht welke trends zich hebben voorgedaan wat betreft het gebruik van verslavingszorg in Nederland tot en met 2015. Ook wordt onderzocht hoe de behoefte aan verslavingszorg verdeeld is naar enkele achtergrondkenmerken van de patiëntenpopulatie en welk aandeel van verslavingszorg wordt verleend door een (verslavings)arts. Op basis van deze cijfers zijn, in combinatie met de input van verslavingsartsen zelf, schattingen gedaan met betrekking tot de vraagparameters in het rekenmodel voor capaciteitsramingen, met name de factoren ‘demografische ontwikkelingen’, ‘epidemiologische ontwikkelingen’, ‘sociaal-culturele ontwikkelingen’, ‘horizontale substitutie’ en ‘inzet aanverwante disciplines’.

Om de factor ‘demografische ontwikkelingen’ te bepalen worden de meest recente cijfers uit het LADIS over het gebruik van verslavingszorg naar leeftijd en geslacht (peiljaar 2015) gecombineerd met de laatste bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar⁵. Door het aantal contacten te vermenigvuldigen met de verwachte verandering in bevolkingsaantallen, wordt eerst de omvang van de zorgvraag geschat voor de jaren 2018, 2023, 2028, 2033 en 2038. Vervolgens is berekend wat in 2023, 2028, 2033 en 2038 de verwachte verandering in de zorgvraag ten opzichte van 2018 zal zijn. Mannen en vrouwen in verschillende leeftijdscategorieën zijn niet gelijk in hun aandeel in de totale zorgvraag en zullen de komende jaren niet evenredig snel toenemen. Deze veranderende bevolkingssamenstelling wordt ‘door-geschat’ in de verandering in de totale verwachte vraag naar verslavingszorg in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar.

⁵ Zie: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597ned&D1=0&D2=a&D3=0,111-130&D4=1,6,11,16,21,23,33,I&HDR=T,G3,G1&STB=G2&VW=T>.

Het LADIS biedt de mogelijkheid verschillende eenheden met betrekking tot de huidige vraag naar verslavingszorg te analyseren, bijvoorbeeld het aantal patiënten of het aantal patiëntcontacten. De analyses voor dit rapport baseren zich expliciet op het aantal patiëntcontacten. Contacten zijn de meest accurate indicator om de werkbelasting en daarmee de benodigde capaciteit van verslavingsartsen in Nederland te bepalen.

3 Het aanbod van verslavingsartsen

3.1 De werkzaamheid van verslavingsartsen

Van de ondervraagde verslavingsartsen is 87% (N=114) werkzaam als verslavingsarts in Nederland. Verslavingsartsen die niet als zodanig in Nederland werkzaam zijn (N=15), zijn bijvoorbeeld al gepensioneerd of werkzaam in een ander beroep, zoals de psychiatrie.

Gemiddeld geven de verslavingsartsen aan 34 uur per week te werken, waarvan iets meer dan 3 uur per week wordt besteed aan avond-, nacht- en weekend- (ANW-)diensten. Ongeveer 19 uur (56,4%) wordt besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten. Daarnaast besteden de ondervraagde werkzame verslavingsartsen zo'n 9 uur per week (27,2%) aan indirect patiëntgebonden activiteiten en ruim 5 uur (16,5%) aan niet patiëntgebonden activiteiten, zoals financiële administratie, opleiden en managementtaken⁶. Ter vergelijking: uit het tijdsbestedingsonderzoek onder huisartsen in 2013 bleek dat zij 56% van hun werktijd besteden aan direct patiëntgebonden activiteiten, 25,7% aan indirect patiëntgebonden activiteiten en 18,3% aan niet-patiëntgebonden activiteiten (Van Hassel et al., 2014). Deze percentages liggen dus dicht in de buurt van de werktijdverdeling van de verslavingsartsen.

Omdat in het capaciteitsramingsmodel wordt gewerkt met FTE als de centrale meeteenheid van beschikbare en benodigde capaciteit, is het totaal aantal uur per week die de verslavingsartsen in de enquête opgaven te werken omgerekend naar FTE. Dit is gedaan door het aantal uren te delen door 39, het totaal aantal uren dat is vastgelegd in de CAO voor de verslavingsartsen bij een volledig dienstverband (36 uur tijdens kantoortijden plus 3 uur tijdens ANW-diensten). Alle verslavingsartsen die hebben aangegeven 39 of meer uur per week te werken, kregen de maximale FTE-waarde toegekend, namelijk 1 FTE⁷.

In Tabel 3.1 is vervolgens het gemiddeld aantal FTE dat verslavingsartsen werken weergegeven naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat verslavingsartsen gemiddeld 0,817 FTE werken. Vrouwelijke verslavingsartsen werken gemiddeld iets meer dan mannelijke verslavingsartsen (respectievelijk 0,827 en 0,809 FTE). Dit kan verklaard worden door het relatief hoge aandeel van werkzame mannen in de leeftijdscategorie 60 jaar en ouder. Zij werken beduidend minder FTE dan de andere groepen. In de jongere categorieën (tot en met 49 jaar) werken mannelijke verslavingsartsen meer dan vrouwen, terwijl dit in de twee oudere leeftijdscategorieën (vanaf 50 jaar) andersom is.

⁶ Bij de berekening van het aantal uren naar direct, indirect en niet patiëntgebonden activiteiten zijn 11 personen verwijderd vanwege een niet kloppende optelling van deze activiteiten naar het totaal aantal uren (een afwijking van meer dan 10% van het totaal aantal uren).

⁷ Over deze 'aftopping' is discussie mogelijk. In principe is FTE een maatstaf waarbij 0 het minimum en 1,0 het maximum is, maar in de praktijk kan men meer dan één FTE werken en kan dat ook contractueel vastgelegd zijn. Dat speelt dan echter specifiek voor een werkgever en en/of werknemer, en daarom is hier de standaard gehanteerd: werkt men 39 uur of meer uren per week dan is dat fulltime en dus 1.0 FTE.

Tabel 3.1 Gemiddeld aantal FTE^a dat verslavingsartsen werken naar geslacht en leeftijd

	Man		Vrouw		Totaal	
	FTE	N	FTE	N	FTE	N
30 t/m 39 jaar	0,988	6	0,903	10	0,934	16
40 t/m 49 jaar	0,898	11	0,722	16	0,794	27
50 t/m 59 jaar	0,859	24	0,888	18	0,871	42
60 jaar en ouder	0,667	23	0,800	6	0,695	29
Totaal	0,809	64	0,827	50	0,817	114

^a FTE is berekend door het totaal aantal uren per week dat de verslavingsartsen in de enquête aangaven te werken te delen door 39, het totaal aantal uren dat is vastgelegd in de CAO voor de verslavingsartsen bij een volledig dienstverband (36 uur tijdens kantoor tijden plus 3 uur tijdens ANW-diensten).

De meeste verslavingsartsen (88%) werken in vast dienstverband. De overige verslavingsartsen werken in tijdelijk dienstverband, zijn gedetacheerd of combineren een vast en tijdelijk dienstverband. Niemand werkt in een maatschap en slechts enkelen werken als zelfstandige, eventueel naast een baan in loondienst.

Gemiddeld gaven de verslavingsartsen aan 0,817 FTE te werken. Uit Tabel 3.2 blijkt dat dit naar dienstverband verschilt. Zij die werken in loondienst werken gemiddeld 0,842 FTE. De geheel of gedeeltelijk zelfstandig werkzame verslavingsartsen werken gemiddeld minder FTE (0,618 en 0,694), maar dit gemiddelde is wellicht minder betrouwbaar vanwege de geringe omvang van deze groep.

Tabel 3.2 Gemiddeld aantal FTE^a dat verslavingsartsen aangeven te werken naar werkring

	FTE	N
In loondienst (geen zelfstandige of maatschapslid)	0,842	100
Als zelfstandige (geen loondienst of maatschapslid)	0,618	10
Zowel in loondienst als zelfstandig (geen maatschapslid)	0,694	4
Totaal	0,817	114

^a FTE is berekend door het totaal aantal uren per week dat de verslavingsartsen in de enquête aangaven te werken te delen door 39, het totaal aantal uren dat is vastgelegd in de CAO voor de verslavingsartsen bij een volledig dienstverband (36 uur tijdens kantoor tijden plus 3 uur tijdens ANW-diensten).

3.2 Verwachte uitstroom

De verslavingsartsen is gevraagd tot welke leeftijd zij *verwachten* als verslavingsarts actief te blijven. Hieruit is berekend hoe groot de verwachte uitstroom uit de beroepsgroep over 5, 10, 15 en 20 jaar zal zijn. Tabel 3.3 laat zien dat de uitstroom onder mannen groter zal zijn dan die onder vrouwen. In totaal wordt verwacht dat 16,2% van de gehele beroepsgroep zal uitstromen binnen 5 jaar. Dit zal oplopen tot 76,6% in 20 jaar.

Tabel 3.3 *Verwachte uitstroom van de huidige groep werkzame verslavingsartsen in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar naar geslacht*

	Man		Vrouw		Totaal	
	%	N	%	N	%	N
Binnen 5 jaar	20,6%	13	10,4%	5	16,2%	18
Binnen 10 jaar	50,8%	19	27,1%	8	40,5%	27
Binnen 15 jaar	63,5%	8	54,2%	13	59,5%	21
Binnen 20 jaar	81,0%	11	70,8%	8	76,6%	19

Van de nu werkzame verslavingsartsen verwacht slechts een klein deel, namelijk zo'n 6%, zich niet te laten her-registreren. Deze groep bestaat geheel uit personen die binnen 5 jaar willen stoppen met het werk als verslavingsarts. Een enkele verslavingsarts gaf aan door te willen stromen naar bijvoorbeeld psychiatrie of een ander specialisme. Het overgrote deel bestaat echter uit oudere verslavingsartsen die vanwege pensionering zich niet laten her-registreren. Op basis hiervan concluderen we dat er weinig tot geen extra verlies van capaciteit zal zijn vanwege voortijdige uitstroom van (jonge) verslavingsartsen.

3.3 Verandering in werkuren

Op de vraag "Verwacht u over 5 jaar nog steeds werkzaam te zijn als verslavingsarts in Nederland?" heeft 78% instemmend geantwoord. Voor ongeveer 10% van de responderende verslavingsartsen geldt dat zij nog niet weten of ze over 5 jaar nog zullen werken als verslavingsarts. Van de 89 personen die aan hebben gegeven over 5 jaar waarschijnlijk nog te werken als verslavingsarts, zegt het merendeel (61,8%) tegen die tijd waarschijnlijk nog even veel uren te werken. Slechts 5,6% (N=5) van de verslavingsartsen verwacht meer uren te gaan werken (gemiddeld 7 uur meer) en 23,6% (N=21) verwacht minder uren te werken over 5 jaar (gemiddeld 11 uur minder). De overige verslavingsartsen (9%) weten nog niet of zij over vijf jaar meer of minder uren zullen gaan werken.

De uren die men opgaf zijn op dezelfde wijze omgerekend naar FTE als hiervoor, dus door deze te delen door 39 (het totaal aantal uren dat is vastgelegd in de CAO voor de verslavingsartsen bij een volledig dienstverband). Tabel 3.4 geeft weer hoeveel FTE verslavingsartsen gemiddeld verwachten te werken over 5 jaar én het gemiddeld aantal FTE dat men nu werkt (afgeleid uit Tabel 3.1). Het blijkt dan dat vooral mannen vanaf 50 jaar verwachten iets minder FTE te gaan werken in de komende 5 jaar. Dit zou op een 'afbouw-scenario' kunnen duiden voor deze groep. Voor vrouwen geldt voor bijna alle leeftijdsgroepen dat zij verwachten iets minder FTE te zullen werken.

In het capaciteitsramingsmodel kan in principe rekening worden gehouden met de verwachting dat een beroepsgroep in de komende 5, 10, 15 en 20 gemiddeld minder FTE zal gaan werken. Daarbij moeten er echter gegronde redenen zijn dat dit een structurele en doorgaande trend is die zal gelden voor de gehele beroepsgroep (waarbij eventueel onderscheid gemaakt kan worden tussen mannen en vrouwen). Deze redenen lijken er voor de beroepsgroep van verslavingsartsen voorsnog niet te zijn. Het is niet te verwachten dat de CAO op dit punt zal worden aangepast of dat er een nieuwe generatie zal zijn waarvan bekend is dat die structureel minder FTE zal werken. Tabel 3.4 laat zien dat de jongeren verwachten over 5 jaar bijna precies evenveel FTE verwachten te werken als nu. Wat het gewenste aantal FTE is dat de verslavingsartsen in opleidingen denken te

of willen gaan werken is niet bekend, maar er zijn geen aanwijzingen dat dat veel zal afwijken van wat de huidige beroepsgroep werkt.

Tenslotte speelt bij de enquêtevraag naar het aantal uur dat men verwacht te werken dat er veranderde omstandigheden kunnen zijn die ertoe leiden dat deze verwachting niet gerealiseerd kan worden. Men blijft bijvoorbeeld evenveel FTE werken omdat de werkdruk in de organisatie dit vereist, of vanwege persoonlijke omstandigheden.

Tabel 3.4 Gemiddeld aantal FTE ^a dat verslavingsartsen verwachten te werken over 5 jaar naar geslacht en leeftijd

	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	FTE nu	FTE over 5 jaar	N	FTE nu	FTE over 5 jaar	N	FTE nu	FTE over 5 jaar	N
30 t/m 39 jaar	0,988	0,988	6	0,903	0,875	10	0,934	0,917	16
40 t/m 49 jaar	0,898	0,898	11	0,722	0,684	16	0,794	0,771	27
50 t/m 59 jaar	0,859	0,833	24	0,888	0,760	18	0,871	0,802	42
60 jaar en ouder	0,667	0,644	23	0,800	0,800	6	0,695	0,676	29
Totaal	0,809	0,791	64	0,827	0,764	50	0,817	0,779	114

^a FTE is berekend door het totaal aantal uren per week dat de verslavingsartsen in de enquête aangaven te werken te delen door 39, het totaal aantal uren dat is vastgelegd in de CAO voor de verslavingsartsen bij een volledig dienstverband (36 uur tijdens kantooruren plus 3 uur tijdens ANW-diensten).

3.4 Extern rendement

Om het zogenaamde extern rendement van de opleiding tot verslavingsarts te bepalen dient gekeken te worden naar de percentage verslavingsartsen dat de opleiding heeft afgerond en na een bepaalde periode nog steeds werkzaam is in het beroep als verslavingsarts. De huidige tweejarige opleiding tot verslavingsarts is pas in 2007 opengesteld waardoor het extern rendement nog maar voor een beperkte groep en over een beperkte periode bepaald kan worden. Over 5 à 10 jaar zal er een betere basis zijn om het extern rendement van de opleiding te bepalen.

Om deze parameter toch te kunnen invullen in het capaciteitsramingsmodel, is ervoor gekozen uit te gaan van het extern rendement van de opleiding tot *specialist ouderengeneeskunde* (SO). Dit is net als de opleiding tot verslavingsarts ook een relatief jonge specialisatie, maar voor de SO-opleiding zijn wel al eerder externe rendements-berekeningen gedaan. De extern rendementscijfers die het Capaciteitsorgaan in 2016 heeft gebruikt voor de raming van de SO-opleiding zijn weergegeven in Tabel 3.5. Deze worden dus ook toegepast op de onderhavige raming van de verslavingsartsen.

Tabel 3.5 Extern rendement opleiding huisartsgeneeskunde naar geslacht

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Na 1 jaar	99,0%	98,8%	98,9%
Na 5 jaar	91,7%	91,6%	91,7%
Na 10 jaar	86,2%	85,0%	85,7%
Na 15 jaar	84,4%	77,7%	81,5%

Bron: Capaciteitsplan Specialist Ouderengeneeskunde 2016, tabel 15.

3.5 Deelconclusie

In Tabel 3.6 is samenvattend weergegeven welke parameterwaarden gebruikt zullen worden voor de aanbodkant van het capaciteitsramingsmodel, waarmee een eerste instroomadvies zal worden berekend voor de opleiding tot verslavingsarts in Nederland voor de komende 12 à 18 jaar na 2019 als eerste bijstellingsjaar.

De meeste parameters zijn beschreven in de voorgaande paragrafen, de parameters in het eerste blok van de tabel zijn afgeleid uit gegevens van twee andere bronnen:

- de Registratie Geneeskundig Specialisten (RGS; de bron die ook in dit onderzoek is gebruikt voor het uitzetten van de enquête, en
- het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen (RCSW; het enige opleidingsinstituut dat de opleiding verslavingsgeneeskunde in Nederland aanbiedt).

De RGS- en RCSW-cijfers zijn opgevraagd in februari 2018 en gelden voor de situatie per 1/1/2018. De overige aanbod-parameters zijn gebaseerd op informatie uit de enquête die medio 2017 is uitgezet, en waarvan we aannemen dat deze ook zullen gelden voor 1/1/2018.

Daarmee wordt met alle aanbodparameters bepaald wat de huidige capaciteit aan verslavingsartsen in Nederland is per 1/1/2018, en hoe vanaf deze datum de capaciteit zich zal ontwikkelen.

Tabel 3.6 Parameterwaarden aanbod van verslavingsartsen: FTE, uitstroom en extern rendement

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzame verslavingsartsen ^a			187
% vrouwen onder werkzame verslavingsartsen			40,3%
Instroom uit het buitenland			0
Aantal verslavingsartsen in opleiding per leerjaar ^b			17,7
% vrouwen onder verslavingsartsen in opleiding			43,8%
Instroom in de opleiding per jaar ^c			13,3
% vrouwen onder de instroom			43,8%
Intern rendement van de opleiding ^c			77,4%
Duur van de opleiding			2 jaar
Gemiddeld FTE per persoon in het basisjaar ^d	0,809	0,827	0,817
FTE per werkzame persoon in 5 jaar	0,809	0,827	0,817
FTE per werkzame persoon in 10 jaar	0,809	0,827	0,817
FTE per werkzame persoon in 15 jaar	0,809	0,827	0,817
FTE per werkzame persoon in 20 jaar	0,809	0,827	0,817
Uitstroom van werkzame personen ^d			
tot aan 2023	20,6%	10,4%	16,2%
tot aan 2028	50,8%	27,1%	40,5%
tot aan 2033	63,5%	54,2%	59,5%
tot aan 2038	81,0%	70,8%	76,6%
Extern rendement ^e			
na 1 jaar	99,0%	98,8%	98,9%
na 5 jaar	91,7%	91,6%	91,7%
na 10 jaar	86,2%	85,0%	85,7%
na 15 jaar	84,4%	77,7%	81,5%

^a Gebaseerd op het aantal van 215 geregistreerde verslavingsartsen in 2017 (bron: RGS), vermenigvuldigd met het percentage dat in de 2017-enquête aangaf op dit moment daadwerkelijk werkzaam te zijn als verslavingsarts (87%); $215 \times 0,87 = 187$.

^b Gebaseerd op RCSW-cijfers; het aantal verslavingsartsen in opleiding was in 2015, 2016 en 2017 samen 53, in 2017 was er geen instroommoment. Verdeeld over deze 3 jaar is het aantal in opleiding per leerjaar $53/3 = 17,7$.

^c Gebaseerd op RCSW-cijfers; de instroom in de opleiding was in 2016, 2017 en 2018 samen 40, in 2017 was er geen instroommoment. Verdeeld over deze 3 jaar is de jaarlijkse instroom $40/3 = 13,3$. Het intern rendement is op dezelfde bron gebaseerd en betreft een gewogen gemiddelde over de jaren 2007-2015.

^d Gebaseerd op de 2017-enquête voor dit onderzoek uitgezet.

^e Gebaseerd op de extern rendement waarden zoals gehanteerd voor de capaciteitsraming van de beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde in 2016.

4 De vraag naar verslavingsartsen

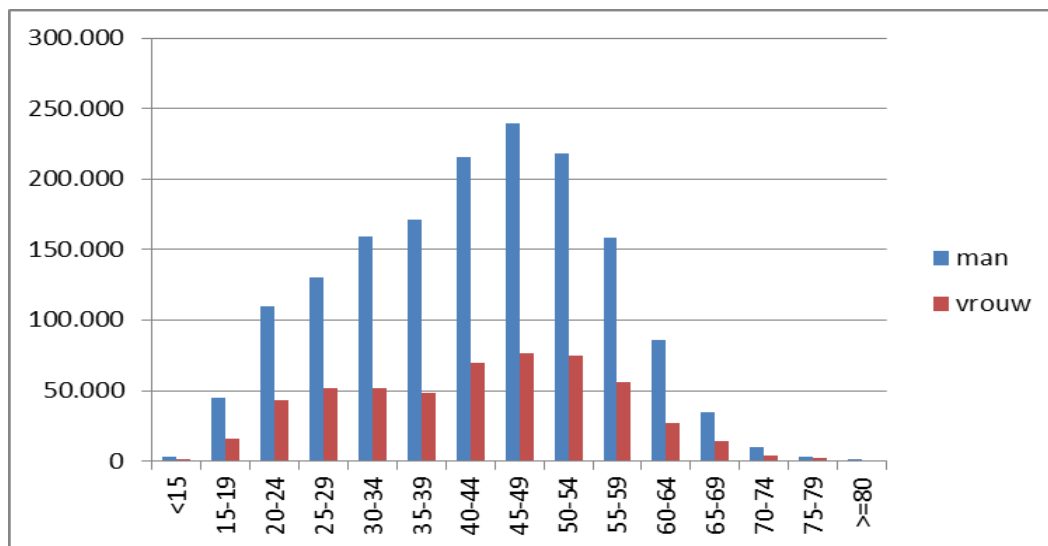
4.1 Demografische ontwikkelingen

Onder de factor demografische ontwikkelingen in het capaciteitsramingsmodel wordt verstaan:
“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van veranderingen in de omvang van de bevolking naar leeftijd en geslacht.”

Bij het inschatten van demografische ontwikkelingen wordt dus een gelijkblijvende zorgvraag naar leeftijd en geslacht verondersteld en wordt enkel het effect van een veranderende bevolkingssamenstelling inzichtelijk gemaakt.

Figuur 4.1 illustreert hoe het gebruik van verslavingszorg samenhangt met leeftijd en geslacht voor het meest recent beschikbare jaar, 2015. Mannen maken in hogere mate gebruik van verslavingszorg dan vrouwen. Daarnaast komt verslavingsproblematiek vooral voor bij personen in de leeftijd van 40 tot 55 jaar.

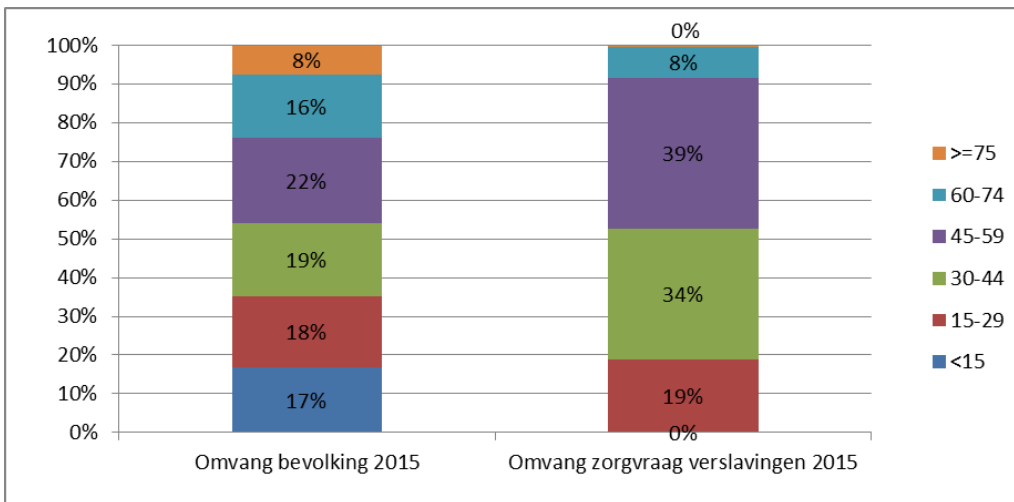
Figuur 4.1 Aantal contacten verslavingszorg naar geslacht en leeftijd (2015)



Bron: LADIS

Figuur 4.2 illustreert op een andere manier hoe leeftijd het gebruik van verslavingszorg bepaalt. Hieruit blijkt dat een beperkt aantal leeftijdscategorieën verantwoordelijk is voor het grootste deel van de contacten in de verslavingszorg, terwijl zij in de opbouw van de bevolking niet per definitie de grootste groep zijn. Zo is te zien dat de groep 30-44 jarigen 19% van de totale bevolking in Nederland beslaat, terwijl zij verantwoordelijk zijn voor maar liefst 34% van de contacten in verband met verslavingsproblematieken. Dat verschil is nog groter voor de groep 45-59 jarigen. Van de gehele bevolking valt 22% in deze leeftijdsgroep maar zij zijn verantwoordelijk voor 39% van de contacten.

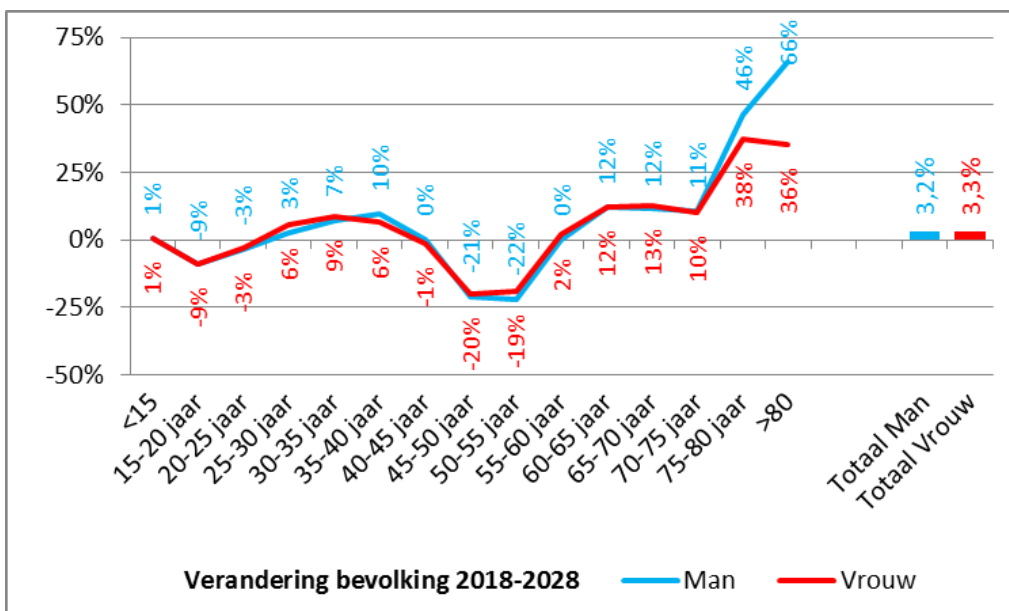
Figuur 4.2 Aandeel per leeftijdscategorie in de bevolking en omvang verslavingszorg



Bron: CBS en LADIS

De verschillende leeftijdsgroepen zullen in de komende jaren niet evenredig toenemen. Figuur 4.3 toont de verandering in de bevolkingsopbouw tussen 2018 en 2028, volgens de prognoses van het CBS. Door de vergrijzing neemt het aandeel van de oudere leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar toe. De groepen 45- tot 55-jarigen en de jongeren tot 25 jaar nemen tussen 2018 en 2028 echter af. Voor de 75- en 80-plussers is opvallend dat het aandeel mannen veel sterker stijgt dan het aandeel vrouwen (46%/66% versus 38%/36%), wat veroorzaakt wordt door de inhaalslag in levensverwachting die mannen de laatste decennia hebben doorgemaakt.

Figuur 4.3 Procentuele verandering in de bevolkingsopbouw tussen 2018 en 2028 naar leeftijd en geslacht



Bron: CBS

Als we de meest recente bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek⁸ afzetten tegen de verdeling van het gebruik van verslavingszorg naar leeftijd kunnen we concluderen dat de vraag naar verslavingszorg in de komende 20 jaar licht zal *afnemen*. Dit komt voornamelijk doordat de groep van rond de 50 jaar de komende 20 jaar zal krimpen. Het aandeel ouderen neemt sterk toe maar daar ligt het gebruik van verslavingszorg lager. In totaal wijzen onze berekeningen van de factor demografische ontwikkelingen dus op een afname van de vraag naar verslavingszorg van **1%** voor de komende 5 jaar tot **6%** in de komende 20 jaar zie Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Verwachte verandering zorgvraag op basis van demografische ontwikkelingen

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

4.2 Epidemiologische ontwikkelingen

Bij de factor epidemiologie wordt een inschatting gemaakt van:

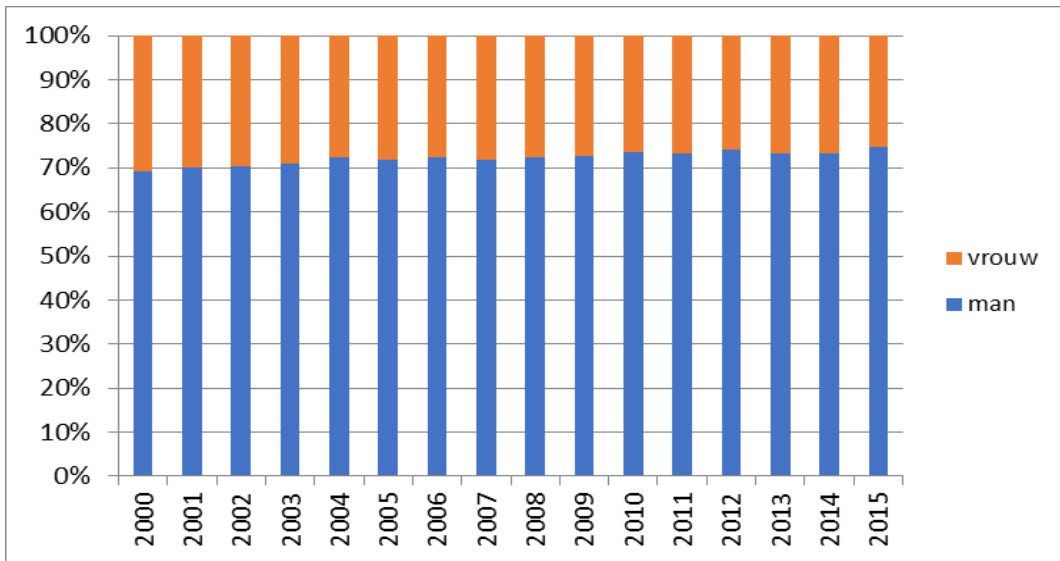
“de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van veranderingen in het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking.”

Bij de inschatting met betrekking tot demografische ontwikkelingen wordt verondersteld dat de zorgvraag naar leeftijd en geslacht gelijk blijft. Bij de inschatting van epidemiologische ontwikkelingen kijken we juist naar veranderingen in het vóórkomen van verslavingsproblematiek naar leeftijd en geslacht. Hier worden trends tussen mannen en vrouwen van verschillende leeftijdscategorieën dus wel meegenomen.

Figuur 4.3 toont ten eerste de verdeling van het totaal aantal contacten per jaar naar geslacht. Het aandeel mannen is zeer geleidelijk en licht toegenomen van ongeveer 69% in 2000 tot bijna 75% in 2015. Aangezien we zowel in de samenstelling van de bevolking naar geslacht, als in het gebruik van verslavingszorg naar geslacht slechts kleine veranderingen over de tijd zien, laten we geslacht buiten beschouwing bij het bepalen van de epidemiologische factor die in het ramingsmodel wordt genomen. Overigens is de geslachtsverdeling per verslavingsproblematiek wel verschillend. Maar omdat we het hier het *totaal* aantal verslavingszorgcontacten beschouwen als maat voor de te verwachten vraag naar verslavingsartsen, gaan we hier niet nader op de verschillende typen verslavingsproblematiek in.

⁸ Beschikbaar via statline.cbs.nl onder ‘Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming’.

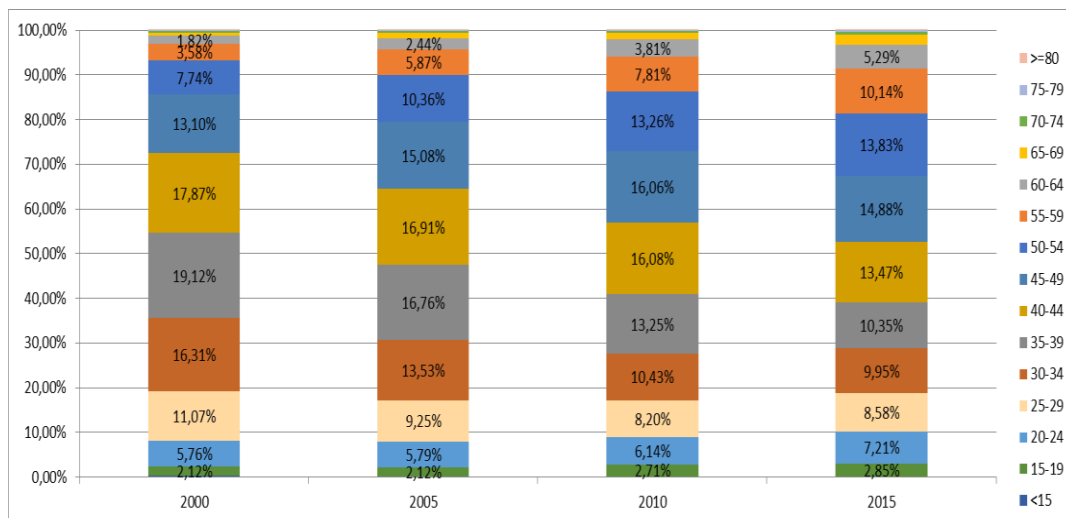
Figuur 4.3 Trend in verslavingszorgcontacten naar geslacht



Bron: LADIS

Naar leeftijd zijn de volgende trends te beschrijven. Figuur 4.4. toont het aandeel van elke leeftijdscategorie in het totaal aantal contacten zoals gerapporteerd door het LADIS. Vooral de categorieën van 55 tot 69 jaar vertonen een stijging (+11%), terwijl in de leeftijdscategorieën van 30 tot 44 jarigen structureel een daling (-20%) te zien is. Het is daarbij mogelijk dat er, naast het leeftijdseffect dat in kaart is gebracht en door is gerekend bij de factor demografie, ook een cohorteffect speelt. Dat betekent dat verslavingsproblematiek niet enkel gerelateerd is aan bepaalde leeftijdsfasen, maar ook aan de periode waarin men is geboren en opgegroeid.

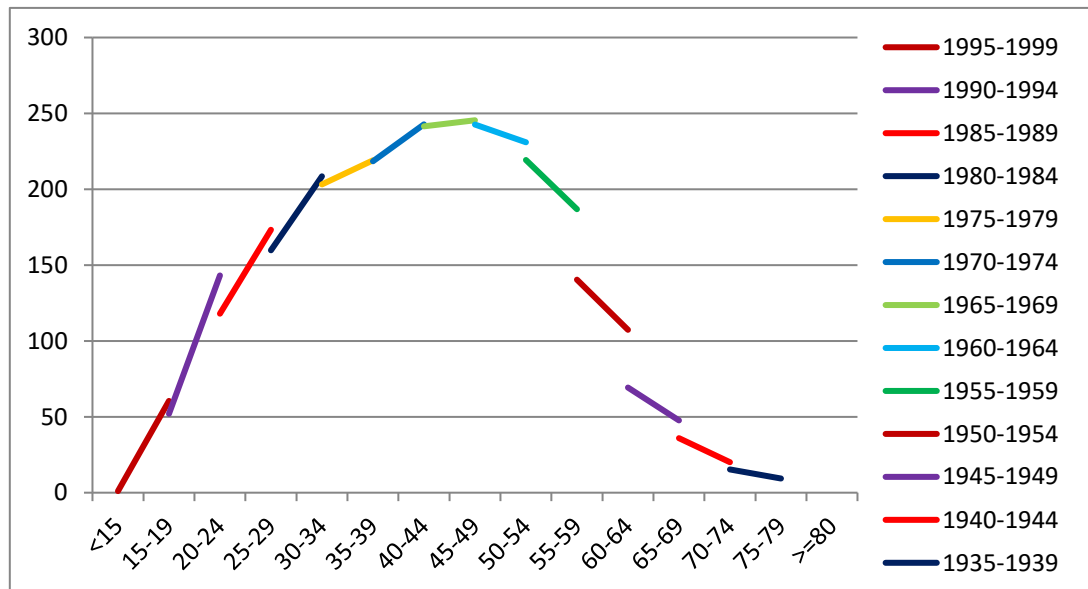
Figuur 4.4 Aandeel verslavingszorgcontacten per leeftijdsgroep, 2000-2015



Bron: LADIS

Om te onderzoeken of en in welke mate er een cohort-effect speelt, zijn aanvullende analyses gedaan waarbij het aantal contacten per 1.000 inwoners in de jaren 2010 en 2015 is vergeleken voor verschillende vijfjaarscohorten.

Figuur 4.4 Contacten per 1.000 inwoners naar leeftijd en cohortgroep, 2010-2015



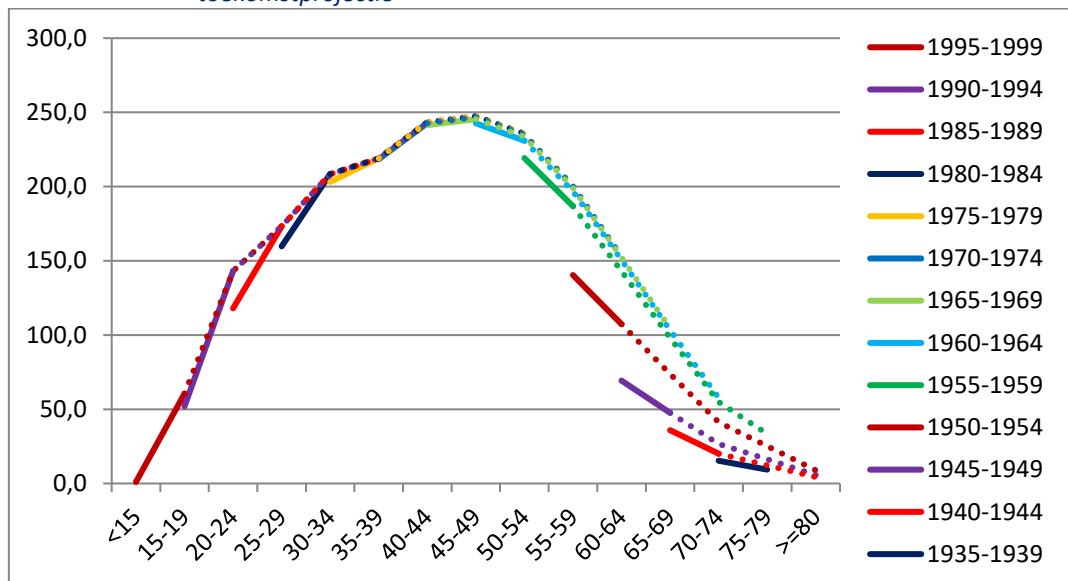
Bron: LADIS

Wanneer het gebruik van verslavingszorg puur door leeftijd zou worden bepaald dan verwachten we dat het gebruik van een bepaald geboortecohort in 2015 gelijk is aan het gebruik van het cohort dat 5 jaar eerder is geboren in 2010. Oftewel: er is sprake van een puur leeftijds- en geen cohorteffect, zodra we zien dat het gebruik van de personen die in 2010 een bepaalde leeftijdscategorie betreden gedurende de 5 jaar daarna (dus tot en met 2015) in gebruik verandert naar het niveau van het cohort dat vijf jaar eerder in die leeftijdscategorie viel.

In figuur 4.4 is te zien dat dit het geval is rondom de leeftijden van 40 jaar (bijvoorbeeld, de gele lijn van cohort 1975-1979 sluit bijna naadloos aan op de blauwe lijn van het 5 jaar oudere cohort 1970-1974). Echter, vooral bij de oudere cohorten vanaf 1965-1969 zien we dat de gekleurde niet meer op elkaar aansluiten. Dit geeft aan dat deze cohorten zich qua gebruik van verslavingszorg juist *niet* gedragen als hun voorgaande cohorten.

Dit betekent dat met deze cohorten en hun specifieke cohort-effecten rekening moet worden gehouden bij de demografische projecties en het leeftijdseffect die we hiervoor presenteerden. Figuur 4.5 toont een toekomstprojectie die wél rekening houdt met de trends en verschillen binnen de cohorten tussen 2010 en 2015. Deze 'correctie' is gevisualiseerd met doorgaande stippellijnen voor alleen de oudere cohorten omdat deze het meest afwijken van hun voorgaande cohorten zoals we hiervoor in Figuur 4.4. hebben laten zien. Figuur 4.5 laat zien dat de oudere cohorten vanaf 1960-1964, rekening houdend met de eerdere verschillen, structureel een hoger gebruik van verslavingszorg kennen dan verwacht op basis van hun leeftijd in de toekomst.

Figuur 4.5 Contacten per 1.000 inwoners naar leeftijd en cohortgroep, 2010 en 2015 inclusief toekomstprojectie



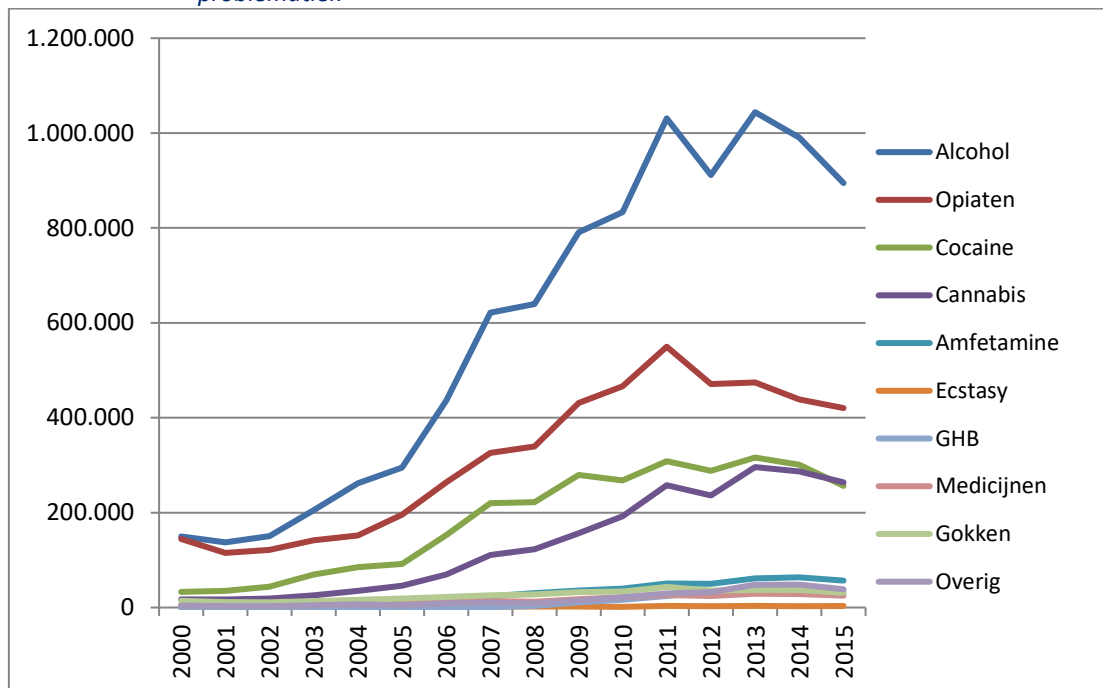
Bron: LADIS

Wanneer we nu de demografische projectie uit de vorige paragraaf afzetten tegen dit cohort-effect dan kan hieruit het (leeftijds)specifieke epidemiologie-effect worden afgeleid. Op basis van 'alleen' demografische ontwikkelingen schatten we eerder een daling in van het gebruik van verslavingszorg van -6%. Maar als we rekening houden met het hiervoor aangetoonde cohort-effect dan zou er juist sprake zijn van een *stijging* over de komende 20 jaar en wel van 4,8%. Houden we de 'originele' inschatting van -6% aan voor de factor demografie voor de komende 20 jaar, dan betekent dit dat de factor epidemiologie moet worden ingeschat met **0,54%**⁹ per jaar; om zo op een demografie-effect gecorrigeerd voor epidemiologie van 4,8% in de komende 20 jaar uit te komen.

Naast cohort-effecten kan er nog sprake zijn van *andere* epidemiologische ontwikkelingen, die verband houden met trends in het vóórkomen van type verslavingen in Nederland. Figuur 4.6 geeft de trend in het absolute aantal contacten naar type verslaving weer tussen 2000 en 2015. Het totaal aantal contacten voor alle typen is tot 2011 sterk gestegen. Hierna is de groei gestagneerd en fluctueert het tussen 2011 en 2015. Het lijkt moeilijk voorspelbaar hoe dan vanaf 2015 het totaal aantal contacten naar verslavingsproblematiek zich zal doorzetten. De prevalentie van verschillende verslavingsproblematiek zal daarom niet als epidemiologisch effect mee genomen worden in het ramingsmodel.

⁹ Het verschil tussen -6% en +4,8% is 10,8%, 10,8%/20 jaar = 0,54% per jaar.

Figuur 4.6 Ontwikkeling totaal aantal contacten tussen 2000 en 2015 naar verslavingsproblematiek



Bron: LADIS

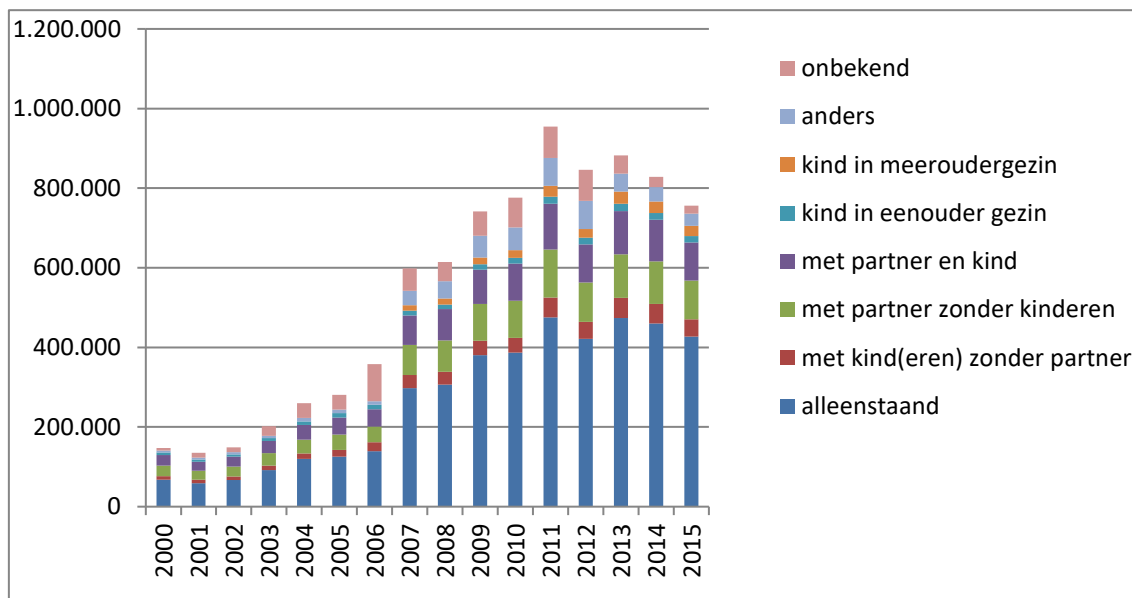
4.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De factor sociaal-culturele ontwikkelingen wordt in het ramingsmodel als volgt gedefinieerd:
“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van sociale en culturele ontwikkelingen die bepalen hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruik maken van de zorg.”

Bij het inschatten kunnen verschillende factoren een rol spelen, zoals de mate van mondigheid van patiënten en de effecten van het beleid van zorgverzekeraars op het gebruik van zorg. In het geval van verslavingszorg kunnen ook trends in de houdingen ten aanzien van verslavingen en enkele achtergrond- of huishoudkenmerken een rol spelen.

Het gebruik van verslavingszorg is gerelateerd aan de leefsituatie. Uit Figuur 4.7 blijkt dat van alle contacten alleenstaanden verantwoordelijk zijn voor het grootste aandeel (60%), en dit aandeel is vooral de laatste 5 jaar ook toegenomen. Omdat het aantal en aandeel eenpersoonshuishoudens tot 2030 in de meeste gebieden in Nederland (sterk) zal toenemen (Kooijman et al. 2016), is het aannemelijk dat een verdere groei in eenpersoonshuishoudens zal leiden tot een groei in het gebruik van verslavingszorg.

Figuur 4.7 Contacten verslavingszorg naar levenssituatie



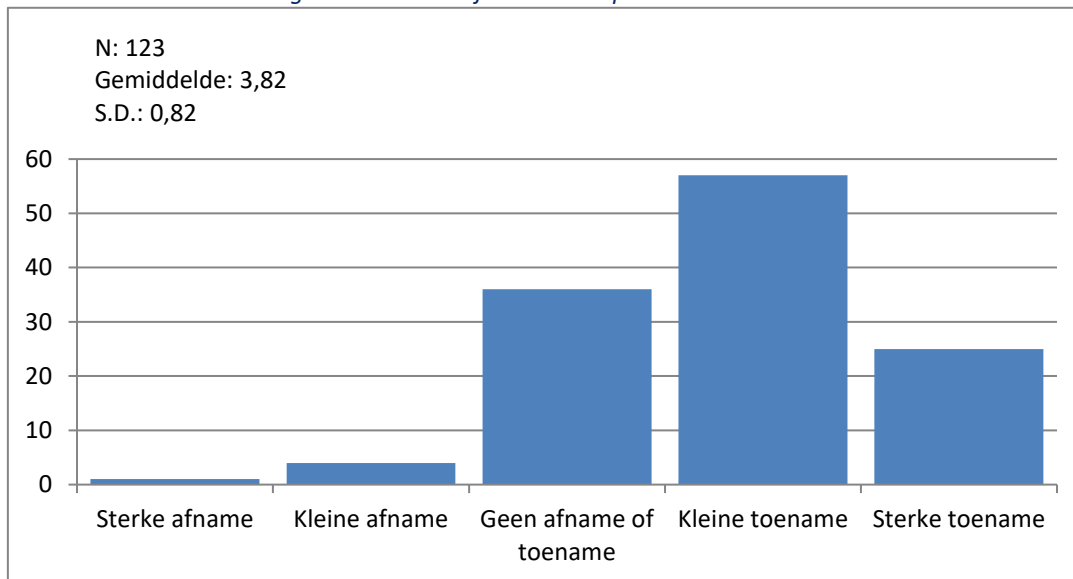
Bron: LADIS

Andere sociaal-culturele ontwikkelingen hebben te maken met de acceptatie en houdingen ten aanzien van verslavingen (en het hulp zoeken bij verslavingsproblematiek). Mogelijk wordt er in de toekomst in toenemende mate anders aangekeken tegen verslavingsproblematiek en wordt het zoeken van hulp meer geaccepteerd en het belang van een behandeling meer onderkend. Eén verslavingsarts gaf in de uitgezette enquête bijvoorbeeld het volgende aan:

“Ik verwacht dat het nut van verslavingsartsen steeds beter erkend wordt. Ook zal de behoefte toenemen door toenemend beter onderkennen van verslaving als probleem en daardoor zal een grotere groep patiënten wordt bereikt, waarvoor meer verslavingsartsen nodig zijn om te behandelen.”

Over het algemeen verwachten de verslavingsartsen die de enquête hebben ingevuld een lichte toename in de vraag naar verslavingsartsen als gevolg van sociaal-culturele factoren (zie Figuur 4.8). Dit resultaat ligt in lijn met het bovenstaande namelijk dat sociaal-culturele factoren een (licht) positief effect zullen hebben op de vraag naar verslavingszorg in de komende 10 jaar.

Figuur 4.8 *Inschatting invloed sociaal-culturele ontwikkelingen op de behoefte aan verslavingsartsen over 10 jaar door respondenten*



De waarden die we het effect van sociaal-culturele ontwikkelingen in het capaciteitsramingsmodel toekennen baseren we op de inschattingen die in 2016 door het Capaciteitsorgaan zijn gedaan voor psychiaters en huisartsen, twee beroepsgroepen die het meest vergelijkbaar zijn met verslavingsartsen. Voor huisartsen werd in 2016 ingeschat dat sociaal-culturele ontwikkelingen de benodigde capaciteit zal doen toenemen met 0,8% tot 1,6% per jaar¹⁰. Voor psychiaters werd ingeschat dat door deze factor de vraag jaarlijks met 0,9% zal toenemen¹¹. Op basis van deze schattingen nemen we de middenwaarde van 0,8-1,6-range voor de huisartsen en middelen we deze met de waarde van 0,9 voor de psychiaters. Zo komen we uit op een verwachte groei van de vraag naar verslavingsartsen, als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen, in de komende 20 jaar van **1,0%** per jaar (10% per 10 jaar).

4.4 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Onder de factor vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt verstaan:

“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied.”

Bij vakinhoudelijke ontwikkelingen kan in dit geval gedacht worden aan nieuwe technologische toepassingen en diagnose- of behandelmethoden welke invloed hebben op de behoefte aan verslavingsartsen.

In de LADIS data zijn geen indicatoren beschikbaar voor het inschatten van vakinhoudelijke ontwikkelingen. Wel kunnen deze inschattingen gebaseerd worden op enkele uitslagen van de enquête. Hierin worden twee belangrijke vakinhoudelijke ontwikkelingen genoemd die van invloed

¹⁰ Zie Pagina 48 in het Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (Utrecht: Capaciteitsorgaan).

¹¹ Zie Pagina 89 in het Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 1 Medisch specialisten (Utrecht: Capaciteitsorgaan).

kunnen zijn op de toekomstige behoefte aan verslavingsartsen. Allereerst wordt een toename aan multidisciplinaire en multisysteem benaderingen genoemd, waardoor meer expertise aangewend zou moeten worden. Onduidelijk blijft echter hoe deze ontwikkeling van invloed zal zijn op de toekomstige behoefte aan verslavingszorg in Nederland.

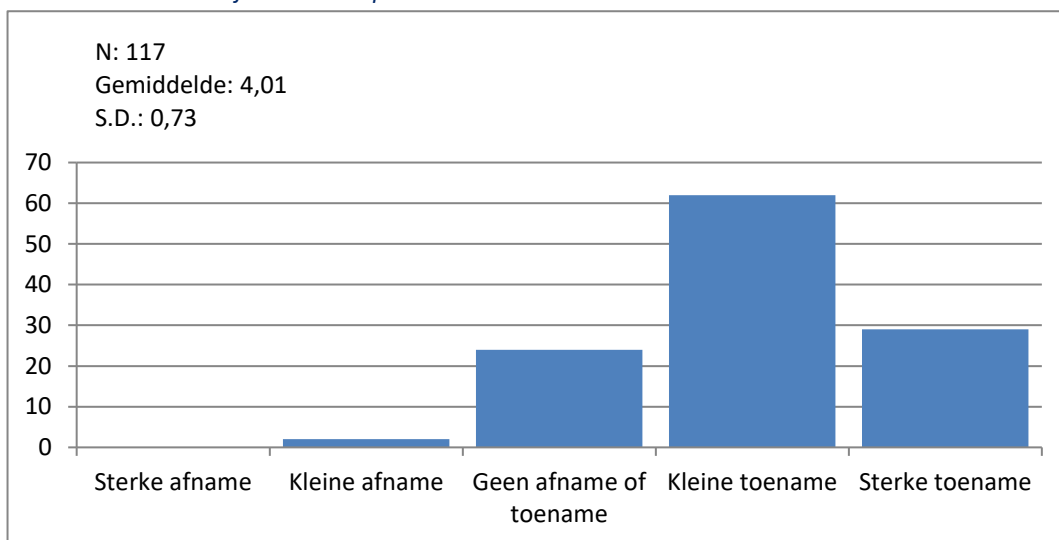
Daarnaast laat een respondent weten:

“De erkenning van verslaving als biopsychosociaal (...) geeft een sterke toename aan de behoefte.”

De erkenning van verslaving als biopsychosociaal probleem kan als vakinhoudelijke ontwikkeling worden beschouwd wanneer onder medische beroepsgroepen zelf de verslavingsarts meer als expert wordt gezien op het gebied van verslaving als biopsychosociaal probleem.

De meeste respondenten geven aan een toename van de behoefte aan verslavingsartsen te verwachten in de komende 10 jaar wanneer het gaat om vakinhoudelijke ontwikkelingen (Figuur 4.9). De score op de vijfpuntschaal is vergelijkbaar met die voor sociaal-culturele ontwikkelingen.

Figuur 4.9 Inschatting invloed vakinhoudelijke ontwikkelingen op de behoefte aan verslavingsartsen over 10 jaar door respondenten



Ook betrekken we hierbij weer de waarden die in 2016 voor de huisartsen zijn ingeschat voor wat betreft het effect van vakinhoudelijke ontwikkelingen, namelijk dat dit zal leiden tot 0,1% tot 0,4% groei in zorgvraag¹². Voor verslavingsartsen schatten we op basis van de hiervoor beschreven informatie dat het effect van vakinhoudelijke ontwikkelingen daar boven zal liggen, maar omdat hier ook de nodige onzekerheid hanteren we een *range* van effectwaarden namelijk van **0,4% tot 1%** per jaar (4 tot 10% per 10 jaar).

¹² Zie Pagina 61 in het Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (Utrecht: Capaciteitsorgaan).

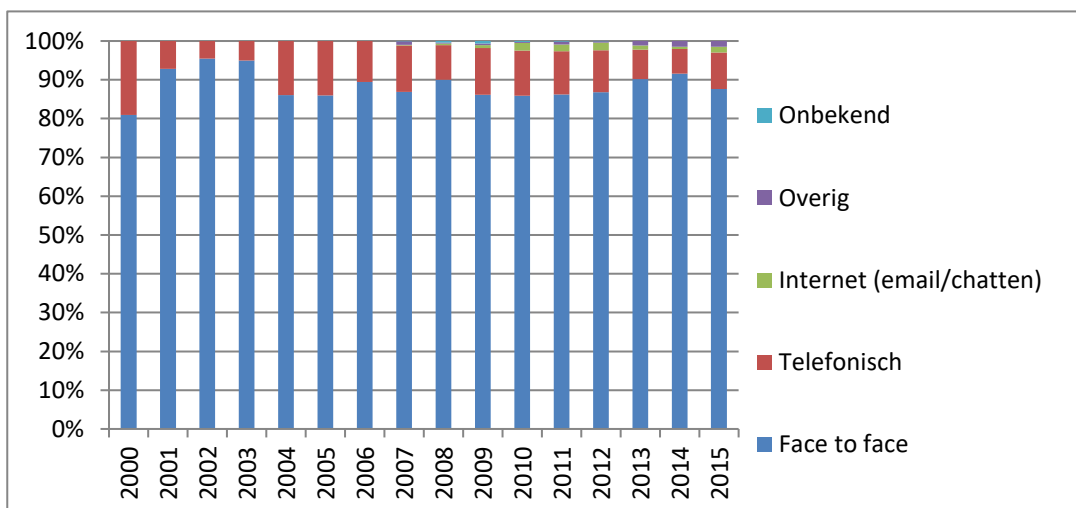
4.5 Efficiency ontwikkelingen

Voor de factor 'efficiency' wordt een inschatting gemaakt van:

“de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van de efficiency van de werkprocessen van de beroepsgroepen en de organisaties waarin zij werken.”

Gedacht kan worden aan het gebruik van bepaalde zorgstandaarden, schaalvergroting en administratieve systemen. Figuur 4.10 toont de trends in de verschillende soorten contacten die in verslavingsinstellingen plaats vonden over de periode 2000-2015. Uit de figuur blijkt dat face to face contacten altijd rond de 90% van het totaal aantal contacten in beslag hebben genomen. Vanaf 2008 doet contact via internet haar intrede. Deze contactvorm blijft echter zeer beperkt in het aandeel van het totaal aantal contacten en vertoont geen stabiele trend. Ook is niet duidelijk welke andere contactvorm het internet zou vervangen. Over trends in de feitelijke duur van de contacten is in de LADIS-data geen betrouwbare informatie beschikbaar.

Figuur 4.10 Trend in de verhouding van verschillende contactsoorten



Bron: LADIS

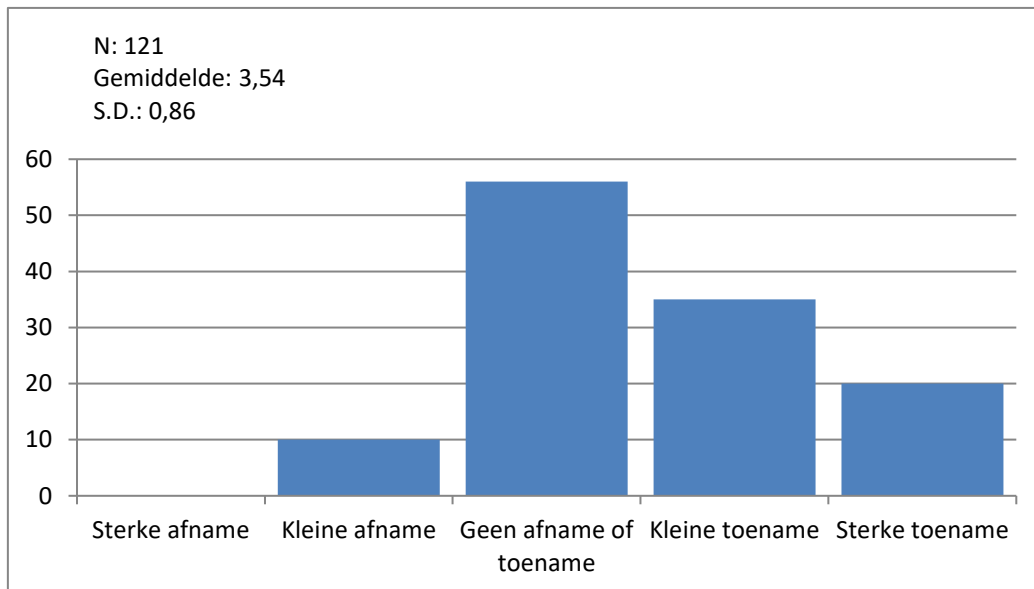
De meeste verslavingsartsen die hebben gerepondeerd op de enquête denken ook dat de behoefte aan verslavingsartsen niet zal veranderen naar aanleiding van efficiency ontwikkelingen (zie Figuur 4.11). Daarnaast is er een behoorlijk aandeel dat een (kleine of sterke) *toename* verwacht in de behoefte aan verslavingsartsen als gevolg van deze factor. Dit zou betekenen dat verslavingsartsen juist minder efficiënt zullen gaan werken, door bijvoorbeeld administratiedruk of andere niet-patiëntgebonden werkzaamheden. Zoals één van de respondenten aangeeft:

“De laatste 10 jaren is de bureaucratie/technocratie toegeslagen in de uitoefening van het vak. De inhoud van het beroep verslavingsarts is gereduceerd tot een zeer minieme bijdrage in het proces dat hulpverlening heet. Vooruitlopend op de volgende vragen: De behoefte aan verslavingsartsen wordt bepaald door de financiering en de organisatie van de zorg. Heeft totaal niets meer met het vak te maken. Jammer.”

Hoewel in het huidige onderzoek is uitgevraagd hoe de tijdbesteding van verslavingsartsen naar patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren is, zijn over deze gegevens nog geen trendcijfers beschikbaar. Er kunnen dus geen uitspraken worden gedaan over een eventueel toegenomen administratiedruk en dus een mindere mate van efficiëntie voor verslavingsartsen.

Al met al is het inschatten van de factor efficiency met de nodige onzekerheden omgeven. Wegen we de antwoorden mee van de respondenten, dan zouden we hier een licht positieve waarde aan kunnen geven gezien de score op de vijfpuntsschaal. Daar staat echter tegenover dat voor de huisartsen in 2016 een percentage van 0% is gebruikt voor zowel de lage als hoge variant van deze parameter¹³. Gezien deze onzekerheden gaan we hier uit van twee varianten voor deze factor en daarmee een *range* van meetwaarden (net als bij de vorige factor), van **0%** tot **0,25%** (0% respectievelijk 2,5% per 10 jaar).

Figuur 4.11 *Inschatting invloed efficiency ontwikkelingen op de behoefte aan verslavingsartsen over 10 jaar door respondenten*



¹³ Zie Pagina 61-63 in het Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde (Utrecht: Capaciteitsorgaan).

4.6 Horizontale en verticale substitutie

Horizontale en verticale substitutie betreffen de overdracht van taken van en naar bepaalde beroepsgroepen. De definitie van de factor horizontale substitutie in het ramingsmodel is:

“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau.”

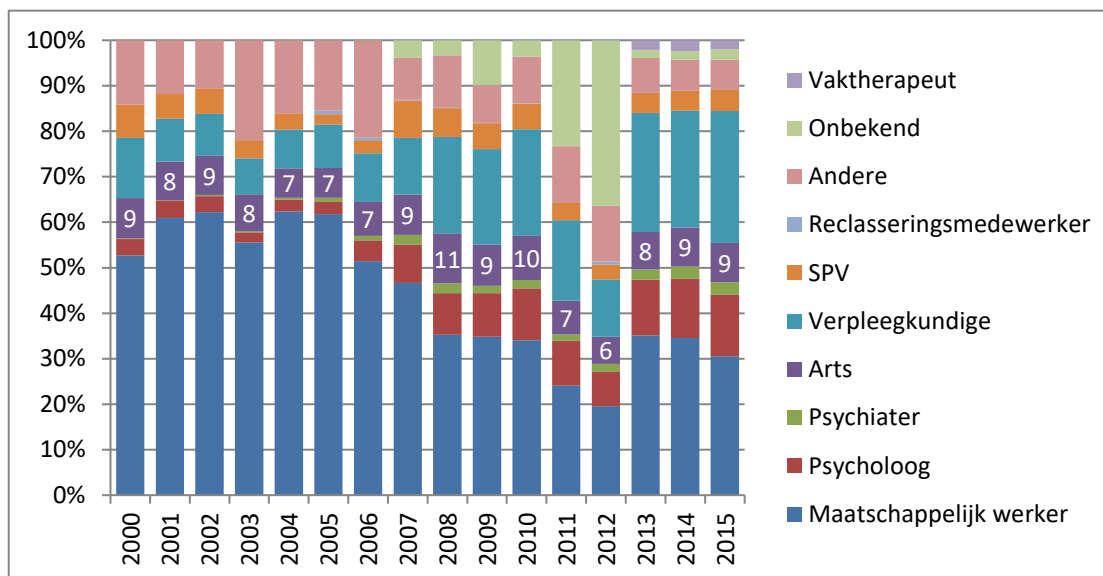
Het gaat hier dus om een overname van taken of patiënten tussen specialisten en tussen de 2^e lijn en de huisartsen(posten). Daarnaast definiëren we verticale substitutie als volgt:

“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een ander opleidingsniveau.”

Bij verticale substitutie is dus sprake van taakdelegatie of herschikking van artsen naar verpleegkundig specialisten, physician assistants, praktijkverpleegkundigen of bijvoorbeeld psychologen.

Figuur 4.12. is gebaseerd op de LADIS-data en laat zien dat het aandeel van (verslavings)artsen¹⁴ in het totaal aan contacten relatief stabiel is gebleven rond de 9% tussen 2000 en 2015. Op basis van deze gegevens is geen duidelijke horizontale of verticale substitutietrend waarneembaar waarbij de rol van (verslavings)artsen duidelijk groter of kleiner is geworden.

Figuur 4.12 Trend in het aandeel van verslavingsartsen en andere professionals in alle contacten i.v.m. verslavingszorg

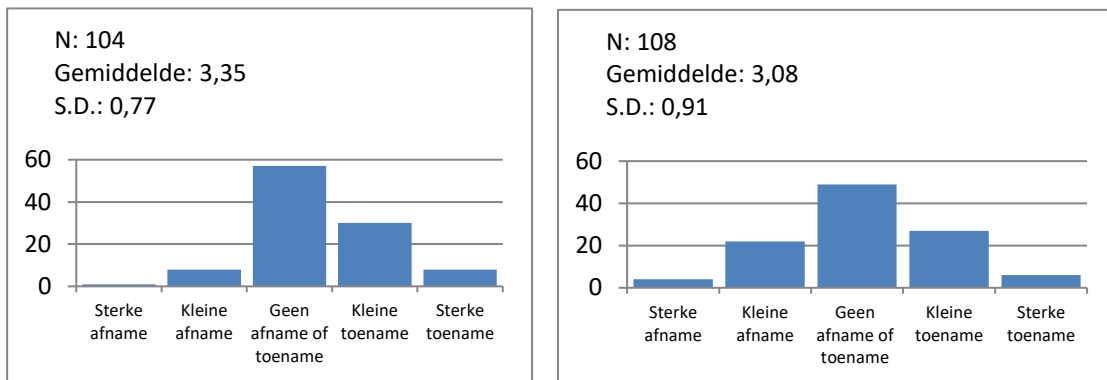


Bron: LADIS

¹⁴ In de data is niet gespecificeerd welke soort arts wordt bedoeld. Het is echter waarschijnlijk dat het voornamelijk om verslavingsartsen of artsen gaat met ervaring in de verslavingszorg of -geneeskunde.

Dit sluit niet uit dat er in de praktijk wel substitutie kan hebben plaatsgevonden, dan wel verder plaats zou kunnen vinden. Verticale substitutietrends die de werklast van verslavingsartsen kan doen afnemen worden gevormd door delegatie naar de verpleegkundige. Omgekeerd kan de werklast van verslavingsartsen toenemen als er horizontale substitutie plaats vindt van andere artsen naar verslavingsartsen, wat verwacht wordt in ziekenhuizen, GGZ instellingen, de forensische zorg en gehandicaptenzorg. Een aantal verslavingsartsen noemde in de open vraag van de enquête beide vormen van substitutie en men schatte in dat deze een zekere impact zullen hebben op de toekomstige vraag (figuur 4.13).

Figuur 4.13 Inschatting invloed horizontale substitutie (links) en verticale substitutie (rechts); op de behoefte aan verslavingsartsen over 10 jaar door respondenten



Concluderend en op basis van het bovenstaande, schatten we in dat *verticale* substitutie netto een gering *negatief* effect zal hebben op de toekomstige behoefte aan verslavingsartsen voornamelijk door een verdere delegatie van taken naar verpleegkundigen.. Daarbij laten we vooral de kwalitatieve uitspraken van de verslavingsartsen meewegen en minder de ‘kwantitatieve’ inschatting die in rechter histogram in figuur 4.13 die een licht positief effect van verticale substitutie impliceren. Omdat er ook onzekerheid speelt rond deze trend en het mogelijke effect, hanteren we ook hier weer een *range* van effectwaarden namelijk tussen de **-0,2%** en **-0,5%** per jaar.

Ook rond het effect van *horizontale* substitutie spelen onzekerheden, omdat dit mede afhankelijk is van het beleid van instellingen, overheden en welke visie gevolgd wordt ten aanzien van sectorale substitutie en bekostiging. Daarom wordt ook hier een range van effectwaarden gehanteerd namelijk van **0,1%** tot **0,3%** per jaar. Hierbij wordt dus verwacht dat verslavingsartsen een grotere rol gaan spelen in de sectoren waar zij nu nog minder actief zijn en daar mogelijk van andere specialisten taken in de toekomst zullen gaan overnemen.

4.7 Arbeidstijdverandering

De factor arbeidstijdverandering wordt als volgt gedefinieerd:

“Inschatting van de jaarlijkse procentuele toe- of afname in behoefte aan een bepaalde beroepsgroep, als gevolg van een structurele verandering in het aantal uur dat een beroepsgroep formeel kan of mag werken, vastgelegd in cao’s of andere regelgeving.”

Omdat er op dit moment geen aanwijzingen zijn voor aankomende officiële wijzigingen in de werktijden van verslavingsartsen (zie hiervoor paragraaf 3.3 waarin de huidige en verwachte werkweek van verslavingsartsen is beschreven) wordt deze parameter op **0%** gesteld.

4.8 Deelconclusie

In Tabel 4.1 is weergegeven welke parameterwaarden gebruikt zullen worden voor de vraagkant van het capaciteitsramingsmodel. Hoe tot deze waarden is gekomen is in de voorgaande paragrafen beschreven. Zoals een aantal malen in dit hoofdstuk aangegeven, dient te worden bedacht dat de vraagparameters van het ramingsmodel met meer onzekerheden omgeven zijn dan de aanbodparameters die in het vorige hoofdstuk zijn afgeleid. Het gaat om complexe trends die minder goed te voorspellen en/of te extrapoleren zijn. Daardoor zijn het ook moeilijk kwantificeerbare trends die vanuit de samenleving, het beleid, het werkveld en andere contexten op macroniveau de arbeidsmarkt van de beroepsgroep beïnvloeden.

Voor enkele vraagparameters is dan ook gewerkt met varianten en *ranges* om daarin de onzekerheidsmarges uit te drukken. In dit onderzoek zijn er vier factoren waarvoor zo’n *range* is uitgedrukt in twee verschillende waarden (varianten), namelijk:

- De mate waarin vakinhoudelijke ontwikkelingen de vraag naar verslavingsartsen zal *verhogen* (variant laag: met 0,4% per jaar, variant hoog: met 1,0% per jaar);
- De mate waarin efficiency-ontwikkelingen de vraag naar verslavingsartsen zal *verhogen* (variant laag: niet oftewel met 0% per jaar, variant hoog: met 0,25% per jaar);
- De mate waarin horizontale substitutie ontwikkelingen de vraag naar verslavingsartsen zal *verlagen* (variant laag: niet oftewel met 0% per jaar, variant hoog: met 1,0% per jaar);
- De mate waarin verticale substitutie ontwikkelingen de vraag naar verslavingsartsen zal *verlagen* (variant laag: niet oftewel met 0,1% per jaar, variant hoog: met 0,5% per jaar).

Voor de overige factoren (paramaters) is één waarde gehanteerd. Voor de factor demografie wordt dit gepresenteerd als een ‘midden’-variant omdat deze factor als basis in alle scenario’s wordt meegenomen. Dat geldt ook voor de factor ‘onvervulde vraag’ die in Tabel 4.1 is opgenomen. Dit is een inschatting van de mate waarin er op dit moment (het basisjaar 2018) een overschot of tekort is aan verslavingsartsen. Deze discrepantie tussen vraag en aanbod wordt meegenomen in het ramingsmodel als een (positieve of negatieve) capaciteit die door bijstelling van de opleidingsinstroom overbrugd moet worden, ‘voorafgaand’ aan de discrepantie tussen vraag en aanbod die kan ontstaan als we de ontwikkelingen over 12 a 18 jaar in het model betrekken. Kijkend naar de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen anno 2018 kan gesteld worden dat er sprake is van een tekort. Er is een substantieel aantal vacatures, gecorrigeerd voor seizoensinvloeden zo’n

5% van het aantal werkzame verslavingsartsen. Nemen we in acht dat 2% 'frictiewerkloosheid' hoort bij de wisseling van banen in een 'normaal functionerende arbeidsmarkt' dan komen we op een inschatting van 3% onvervulde vraag als waarde die in de raming als basiswaarden meegenomen zal worden.

Ook voor de factoren epidemiologie, sociaal cultureel, verticale substitutie en arbeidstijdverkorting is één waarde aangehouden. Voor deze factoren geldt dat er weinig onzekerheid is over hun invloed op de benodigde capaciteit aan verslavingsartsen, vandaar dat de waarden in Tabel 4.1 in de 'laag'- en 'hoog'-variant dezelfde zijn.

Tabel 4.1 Parameterwaarden vraag naar verslavingsartsen onderscheiden naar een 'laag'-, 'midden'- en 'hoog'-variant

	Laag	Midden	Hoog
Demografie			
Verandering t/m 2023		-1,0%	
Verandering t/m 2028		-3,1%	
Verandering t/m 2033		-5,0%	
Verandering t/m 2038		-6,0%	
Onvervulde vraag		3%	
<hr/>			
Epidemiologie	0,54%		0,54%
Sociaal cultureel	1,0%		1,0%
Vakinhoudelijk	0,4%		1,0%
Efficiency	0,0%		0,25%
Verticale substitutie	-0,2%		-0,5%
Horizontale substitutie	0,1%		0,3%
Arbeidstijdverandering	0,0%		0,0%

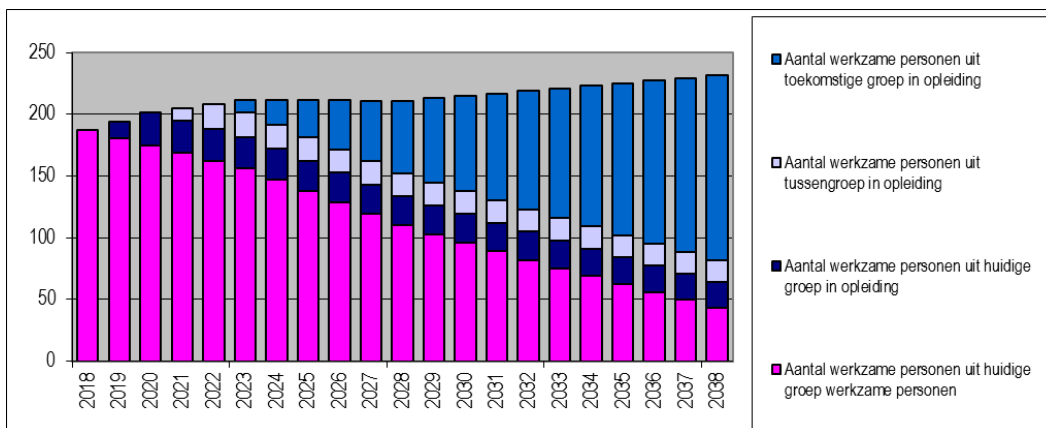
5 Aansluiting tussen vraag en aanbod

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het capaciteitsramingsmodel gepresenteerd, waarvoor in hoofdstuk 3 en 4 de parameterwaarden zijn ingeschat. Allereerst wordt ingegaan op de verwachte ontwikkeling van het beschikbare aanbod aan verslavingsartsen over 20 jaar. Daarna volgt een conclusie over het benodigde aanbod in die periode. Als laatste volgt een uiteenzetting wat betreft de benodigde instroom en eventuele bijstelling van de instroom in opleiding tot verslavingsarts in de komende jaren.

5.1 Het beschikbare aanbod aan verslavingsartsen 2018-2038

Figuur 5.1 toont de ontwikkeling van het beschikbare aanbod van werkzame verslavingsartsen van 2018 tot 2038, uitgaande van een gelijkblijvende opleidingsinstroom van personen 13,3 personen per jaar (zie tabel 3.6). Van de 187 verslavingsartsen die in 2018 werkzaam zijn, zijn er in 2038 nog 43 over. Deze afname is, zoals in hoofdstuk 3 beschreven, vooral te wijten aan het natuurlijke verloop (pensionering) van de beroepsgroep. Dat de uitstroom aanzienlijk is, betekent echter niet dat de omvang van de beroepsgroep zal afnemen. Deze wordt namelijk elk jaar aangevuld door verslavingsartsen die nu en in de toekomst de opleiding tot verslavingsarts afronden. Als dat in het tempo van 13,3 per jaar zal doorgaan, dan stijgt het totale aanbod aan verslavingsartsen tot 215 in 2030 en 232 in 2038. Uitgedrukt in FTE zal het aanbod met hetzelfde percentage per jaar toenemen, namelijk van 153 FTE in 2018 tot 176 FTE in 2030 en 179 FTE in 2038. Figuur 5.1 laat zien dat de groei vooral plaats vindt in de eerste 5 jaar, daarna vlakt deze af om na 2028 gelijkmatig met ongeveer 1% per jaar door te groeien.

Figuur 5.1 Het beschikbare aanbod van verslavingsartsen, in personen geschat voor 2018-2038 en uitgaande van een opleidingsinstroom van 13,3 personen per jaar



Deze ontwikkeling wordt ook het basis-scenario genoemd. Bij een onveranderde opleidingsinstroom en een gelijkblijvende vraag, zal door in- en uitstroom de capaciteit aan verslavingsartsen zich dus positief ontwikkelen. Door de 'groeispuur' in de eerste paar jaar wordt in ieder geval de met 3% onvervulde vraag ingelopen die voor 'het nu' is ingeschat (zie paragraaf 4.8). Of de capaciteitsgroei ook in de pas zal lopen met verschillende vraagontwikkelingen die hiervoor zijn ingeschat, wordt in de volgende paragraaf besproken.

5.2 Het beschikbare en benodigde aanbod aan verslavingsartsen 2018-2038

In hoofdstuk 4 is voor een groot aantal vraagontwikkelingen uiteen gezet hoe en waarom deze de vraag naar verslavingsartsen zullen beïnvloeden. Om deze ontwikkelingen en hun varianten wat betreft de effectwaarden hanteerbaar te maken, zijn vier scenario's opgesteld waarmee verschillende combinaties doorgerekend kunnen worden:

1. *Demografie scenario*

Hierin is alleen het effect van de factoren onvervulde vraag en demografische ontwikkelingen meegenomen, het effect van alle andere factoren is op 0 gesteld.

2. *Werkproces scenario*

Hierin zijn de factoren van het demografische scenario meegenomen plus de lage varianten van de factoren epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, horizontale substitutie, vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency. Binnen dit scenario worden nog twee varianten onderscheiden namelijk dat:

- Alle factoren in dit scenario alleen tot 2030 effect hebben;
- Alle factoren in dit scenario alleen ook na 2030 effect hebben.

3. *Verticale substitutie scenario*

Hierin zijn de factoren van het werkproces scenario meegenomen plus de lage variant van de factor verticale substitutie. Ook binnen dit scenario worden nog twee varianten onderscheiden namelijk dat:

- Alle factoren in dit scenario alleen tot 2030 effect hebben;
- Alle factoren in dit scenario alleen ook na 2030 effect hebben.

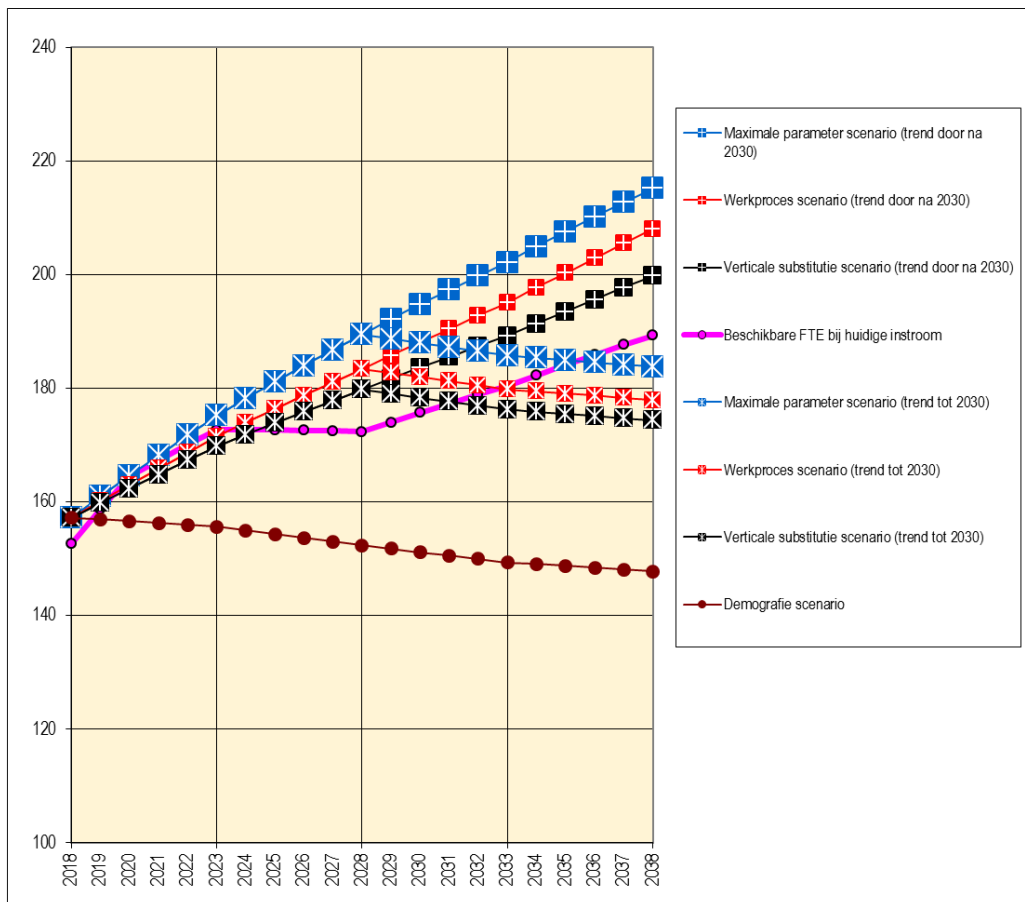
4. *Maximale parameter scenario*

Hierin zijnde factoren van het verticale substitutie scenario meegenomen maar dan de hoge variant van alle factoren. En ook binnen dit scenario worden de twee varianten onderscheiden namelijk dat:

- Alle factoren in dit scenario alleen tot 2030 effect hebben;
- Alle factoren in dit scenario alleen ook na 2030 effect hebben.

Figuur 5.2 geeft de resultaten weer, waarin voor alle scenario's is doorgerekend hoe de benodigde capaciteit aan verslavingsartsen zich tussen 2018 en 2038 zal ontwikkelen. Ook toont de grafiek de beschikbare capaciteit aan verslavingsartsen tussen 2018 en 2038, de ontwikkeling die in de voorgaande paragraaf als het basis-scenario is getoond. Het gat tussen 'beschikbaar' (de roze lijn) en 'benodigd' (de andere gekleurde lijnen) geeft aan wanneer, in welke mate en in welk scenario er een tekort of een overschot aan verslavingsartsen zal ontstaan.

Figuur 5.2 Ontwikkeling van het beschikbare aanbod (roze lijn) en het benodigde aanbod aan verslavingsartsen in FTE voor de 7 scenario's (verschillende kleuren), 2018-2018



De roze lijn in de grafiek laat de 'groeisput' in de beschikbare capaciteit tussen 2018 en 2023 zien, de stabilisatie daarvan tussen 2023 en 2028, waarna deze verder omhoog klimt.¹⁵ In de eerste 5 jaar ligt de beschikbare capaciteit iets boven de benodigde capaciteit van alle scenario's. Het demografie-scenario (de bruine lijn) wijkt daarbij flink af van de andere scenario's, met een gestage daling van de benodigde capaciteit aan verslavingsartsen. Hierin is alleen het effect van de veranderende bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht opgenomen, waarvan we eerder prognosticeerden dat dit de vraag naar verslavingszorg zal doen afnemen.

De factoren die in het werkproces-, verticale substitutie- en maximale parameter-scenario zijn opgenomen hebben over het algemeen het veronderstelde effect dat de vraag naar verslavingsartsen juist zal toenemen (behalve verticale substitutie). De rode, blauwe en zwarte lijn van het werkproces- en verticale substitutie-scenario die uitgaan van een 'doorgaande trend' lopen na 2025 steeds verder boven de roze lijn, hetgeen aangeeft dat in die scenario's er een tekort aan verslavingsartsen zal ontstaan. De varianten waarin aangenomen wordt dat de trends zich niet doorzetten doen dat ook, maar komen in een later stadium onder de roze lijn terecht.

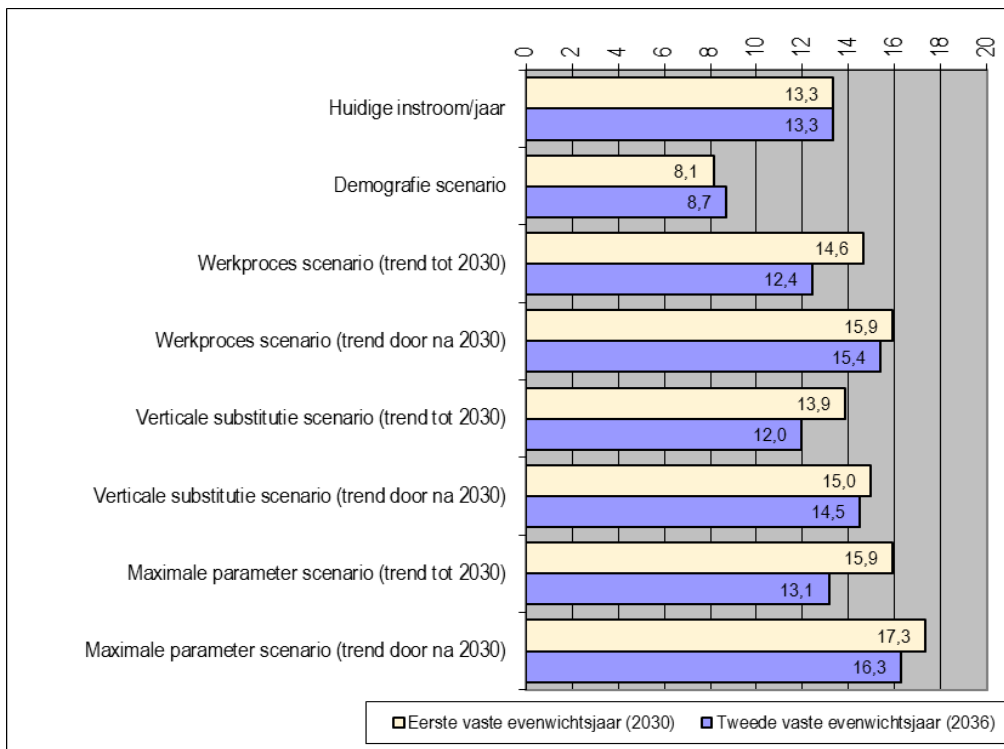
¹⁵ De trends in deze grafiek worden voor 'vergroet' doordat de Y-as niet op 0 geijkt is. In werkelijkheid lopen de trends dus minder steil, maar de grafiek is zo ingesteld om het onderscheid tussen de verschillende scenario-lijnen te verduidelijken.

Geconcludeerd kan worden dat de meeste scenario's het benodigde aanbod aan verslavingsartsen groter is en blijft dan de ontwikkeling van het beschikbare aanbod in FTE. Dit betekent dus dat in de meeste scenario's er ook meer verslavingsartsen moeten worden opgeleid om vraag en aanbod in evenwicht te brengen. Die bijstelling van de opleidingsinstroom is het meest nodig in het maximale parameter-scenario met doorgaande trend, het minst in het verticale substitutie- en werkproces-scenario zonder doorgaande trend. In de grafiek is te zien dat deze zwarte lijn en rode met kruisjes op korte en lange termijn het meest in de pas lopen met de roze lijn, beschikbare capaciteit aan verslavingsartsen. De volgende paragraaf laat zien wat dan de bijstelling van de gemiddelde instroom zou moeten zijn, mede gegeven de periode die hiervoor uitgetrokken kan worden. Figuur 5.2 laat immers ook zien dat de discrepantie tussen wat aan capaciteit beschikbaar en benodigd is, per scenario door de tijd heen verandert.

5.3 De bijstelling van de opleidingsinstroom voor verslavingsartsen

Wat de instroom in de opleiding nu in personen per jaar zou moeten zijn in de verschillende scenario's, toont Figuur 5.3. Per scenario zijn twee varianten doorgerekend, namelijk dat de bijstelling van de opleidingsinstroom in 2030 dan wel in 2036 gerealiseerd wordt. Er worden dus twee verschillende perioden aangehouden waarin de opleidingsinstroom bijgesteld kan worden om daarmee evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Met een later 'evenwichtsjaar' kan het tempo waarin bijgesteld kan worden geleidelijker verlopen.

Figuur 5.3 Huidige en benodigde instroom in de verslavingsarts-opleiding per jaar voor evenwichtsjaar 2030 en 2036 en de 7 scenario's



Wanneer het doel is om in 2030 of 2036 evenwicht te bereiken, dan laat Figuur 5.3 zien dat in de meeste andere scenario's de jaarlijks opleidingsinstroom verhoogd moet worden ten opzichte van de huidige instroom van 13,3 personen. Houden we een relatief korte bijstellingsperiode aan (de gele balken), dan zal in *alle* scenario's behalve demografie de instroom naar boven bijgesteld moeten worden. Het meest in het maximale parameter scenario met doorgaande trend met 4 plaatsen/personen per jaar, het minst in het verticale substitutie zonder doorgaande trend met (gemiddeld) 0,6 plaatsen/personen per jaar. Wordt er wat meer tijd genomen voor bijstelling (2036) dan dient in drie van de zeven scenario's de opleidingsinstroom verhoogd te worden.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Een korte samenvatting en conclusie

De in dit onderzoek gepresenteerde scenario's vertalen een aantal ontwikkelingen die kunnen gaan optreden op de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen in Nederland. Samen met de ontwikkeling in het aanbod aan verslavingsartsen bepalen deze binnen welke *range* de instroom in de opleidingsinstroom zou moeten worden bijgesteld om evenwicht tussen vraag en aanbod binnen 12 á 18 jaar te bereiken dan wel te behouden.

Daarbij konden de aanbodontwikkelingen eenduidig worden beschreven: de beroepsgroep is zo volledig mogelijk in kaart gebracht en zo betrouwbaar en valide mogelijk is de in- en uitstroom voor de komende 20 jaar geprognosticeerd. Hierbij is tevens rekening gehouden met de samenstelling naar leeftijd en geslacht en de werkzaamheid van de verslavingsartsen.

De vraagontwikkelingen op de arbeidsmarkt konden daarentegen minder eenduidig worden vastgesteld. Ingeschat is dat ontwikkelingen in het vakgebied en substitutie impact zullen hebben op de benodigde capaciteit in de toekomst, maar dat hierbij grote onzekerheden spelen. Het effect van demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen konden op basis van meer gedocumenteerde cijfers en inschattingen wel eenduidiger worden geprognosticeerd. Naast de vraag- en aanbodprognoses is de uitkomst van de capaciteitsramingen ook nog afhankelijk van de aanname of trends zich op de langere termijn zullen doorzetten of niet en wat hoe lang de bijstellingsperiode wordt gekozen.

Uit de verschillende scenario's komt naar voren dat er tussen de 8,1 en 17,3 personen per jaar opgeleid zouden moeten worden om evenwicht op de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen te bereiken. Dat is een brede *range*, maar de meeste scenario's zitten dicht bij elkaar namelijk tussen de 12 en 17. Nemen we als 'voorkeurs-scenario':

- alle factoren mee die voor het capaciteitsramingsmodel zijn ingeschat,
- gaan we uit van de kortere bijstellingperiode met 2030 als evenwichtsjaar,
- aan dat er sprake is van doorgaande vraag trends,

dan is het instroomadvies 15,0 personen per jaar als de lage effectwaarden van de factoren worden aangenomen en 17,3 voor de hoge effectwaarden.

Het vergt nadere afweging, beleidsoriëntatie en visie om een keuze te maken voor een bepaald scenario om daar vervolgens op te sturen. Waarbij niet voor één scenario gekozen hoeft te worden, maar *ranges* zoals hiervoor beschreven. De uitkomst van dit onderzoek bieden concrete handvatten voor het denken in scenario's en deze ook af te zetten van de daadwerkelijke mogelijkheden om de opleidingsinstroom bij te stellen.

6.2 Aanbevelingen

Na dit onderzoek naar de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen, dat is opgesteld voor een eerste ‘richtinggevend advies’ van het Capaciteitsorgaan, is een aantal aanbevelingen te formuleren.

Dat betreft ten *eerste* de inschatting van de factoren die de vraag naar verslavingsartsen bepalen. Aan de verslavingsartsen zelf is in de enquête gevraagd hoe zij de impact van deze factoren inschatten. Uitgedrukt op een vijfpunts-schaal was er voor een aantal factoren redelijke consensus tussen de respondenten, maar een nadere kwantificering in termen van procenten extra benodigde capaciteit per jaar liet zeer grote verschillen zien. Daarom was het voor een aantal factoren noodzakelijk om de effectwaarden van aanverwante specialismen zoals huisartsen en psychiaters te hanteren. Er zou verkend kunnen worden of in scenario-workshops met experts de vraagfactoren nader gespecificeerd en nauwkeuriger gekwantificeerd kunnen worden. Daarbij verdient het aanbeveling om niet alleen werkzame verslavingsartsen maar ook verslavingsartsen in opleiding, beroepsgroepen waarmee de verslavingsartsen samenwerken, opleiders en werkgevers van verslavingsartsen te betrekken.

Ten *tweede* geeft de gehouden enquête onder de verslavingsartsen aanleiding tot vervolgonderzoek. Vanwege de relatief jonge leeftijd van de beroepsgroep in termen van officiële erkenning zijn nog niet voldoende registratiecijfers beschikbaar om de instroom, doorstroom en uitstroom te bepalen. Hetzelfde geldt voor het externe rendement. Ook compliceert het feit dat verslavingsartsen al voor de officiële erkenning van het specialisme werkzaam waren en de onregelmatige instroom-momenten in de opleiding betrouwbare prognoses van de huidige en toekomstige capaciteit. Om hierover meer aanvullende informatie te verzamelen kan gedacht worden aan het opzetten van alumni-monitoring of alumni-panels, wat vergemakkelijkt wordt doordat er sprake is van één opleiding en het bestaan van intercollegiale toetsingsgroepen in de verslavingszorg. Ook zouden de personeelsbestanden van werkgevers en pensioenfondsen gegevens kunnen opleveren om trend- en ‘stands-cijfers’ over de beroepsgroep te valideren.

Ten *derde* en tenslotte, het plannen van capaciteit door het ‘draaien aan de opleidingsknop’ is een belangrijke maar niet het enige instrument voor strategisch arbeidsmarktbeleid. Ook het zorgen voor voldoende belangstelling voor de opleiding en het vak behoort daartoe, zodat de gewenste instroom er ook zal zijn en er eventueel geselecteerd kan worden. En gezien de huidige arbeidsmarktsituatie is behoud en duurzame inzetbaarheid van verslavingsartsen een aandachtspunt. Hier ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgevers, beroepsvereniging, opleiding, beleid en adviserende instellingen.

Literatuur

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

Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 1 Medisch specialisten. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016 - Deelrapport 5 Specialist ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

<https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/huidige-regelgeving-per-specialismeprofiel/verslavingsgeneeskunde-profiel.htm>

<http://www.ladis.eu/>

<http://statline.cbs.nl>

Bijlage A De enquête onder verslavingsartsen

Welkom bij deze enquête over de arbeidsmarkt voor verslavingsartsen. De enquête bestaat uit verschillende onderdelen met een aantal vragen, namelijk:

- Uw opleidingsachtergrond
- Uw huidige of, wanneer u momenteel niet werkt als verslavingsarts, vroegere werksituatie
- Enkele toekomstverwachtingen met betrekking tot uw eigen werkzaamheden als verslavingsarts
- Toekomstverwachtingen met betrekking tot ontwikkelingen in de behoefte aan verslavingsartsen
- De aansluiting van uw kennis en vaardigheden met uw werk als verslavingsarts
- Achtergrondgegevens zoals uw leeftijd en geslacht

Wanneer u momenteel niet actief bent als verslavingsarts zal de enquête automatisch enkele van bovenstaande vragen overslaan, zodat u alleen de vragen te zien krijgt die voor u van toepassing zijn. Als u het antwoord op een vraag niet weet of niet wilt geven kunt u de vraag overslaan of de optie 'weet niet' aanvinken.

U kunt de vragenlijst niet tussentijds afsluiten om op een later moment verder te gaan. Uw antwoorden worden dan niet bewaard. Bovenin het scherm kunt u wel zien hoe ver u al met de enquête bent gevorderd.

Klik op "verder" om met de enquête te beginnen.

Wanneer u vragen heeft over het invullen van de enquête of over het onderzoek, kunt u contact opnemen met:

Elize Vis
e.vis@nivel.nl
030-2729790

Hartelijk dank voor uw medewerking!

DEEL I: UW OPLEIDING

1. Heeft u een opleiding tot verslavingsarts afgerond?

Ja

Nee [Hoofdsectie]. [Deel 2: Uw werksituatie]

2. In welk jaar bent u gestart met de opleiding tot verslavingsarts en in welk jaar heeft u deze afgerond?

Startjaar:

Eindjaar:

3. In welk land heeft u de opleiding tot verslavingsarts afgerond?

Nederland

Noorwegen

Australië

Verenigde Staten

Anders, namelijk:

DEEL II: UW WERKSITUATIE

4. Bent u op dit moment werkzaam als verslavingsarts?

Nee, ik ben op dit moment helemaal niet werkzaam als verslavingsarts [Hoofdsectie]. [19]. [18. Bent u ooit werkzaam geweest als verslavingsarts in Nederland?]

Ja, ik ben op dit moment werkzaam in Nederland als verslavingsarts

Ja, ik ben op dit moment werkzaam in het buitenland als verslavingsarts, namelijk in:

[Hoofdsectie]. [19]. [18. Bent u ooit werkzaam geweest als verslavingsarts in Nederland?]

5. Sinds welk jaar bent u werkzaam als verslavingsarts in Nederland?

Sinds

(graag jaartal invullen)

6. Wat is de aard van uw dienstverband?

Vast

Tijdelijk

Gedetacheerd

7. Hoeveel uur per week bent u in totaal werkzaam als verslavingsarts in Nederland, onderverdeeld in kantooruren en de actieve werktijd tijdens ANW diensten?

	Uren gemiddeld per week
Tijdens kantooruren	<input type="text"/>
Tijdens ANW-diensten	<input type="text"/>
TOTAAL	<input type="text"/>

8. U heeft aangegeven in totaal [!VR7(3,1)*1!] uur per week te werken als verslavingsarts in Nederland. Kunt u hieronder aangeven hoeveel van deze uren u besteedt aan direct, indirect en niet-patiëntgebonden activiteiten? (*Verdeel dus het totaal aantal uren over deze drie categorieën*)

	Uren gemiddeld per week
Direct patiëntgebonden activiteiten (bijvoorbeeld: consulten, e-mails en telefoontjes met patiënten)	<input type="text"/>
Indirect patiëntgebonden activiteiten (bijvoorbeeld: overleg over patiënten, registratie patiëntgegevens)	<input type="text"/>
Niet-patiëntgebonden activiteiten (bijvoorbeeld: werkoverleg, bijhouden vakliteratuur, management taken, financiële administratie, opleiding)	<input type="text"/>

9. Werkt u momenteel als verslavingsarts in loondienst, in een maatschap en/of als zelfstandige? (meerdere antwoorden mogelijk)

In loondienst

In een maatschap

Als zelfstandige

10. U heeft aangegeven in de volgende positie(s) in totaal [!VR7(3,1)*1!] uur per week te werken als verslavingsarts in Nederland. Kunt u per positie aangeven hoeveel uren u per week werkt? (Verdeel dus het totaal aantal uren over deze drie categorieën)

	Uren gemiddeld per week
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

11. In wat voor type instelling(en) werkt u momenteel als verslavingsarts? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Algemeen ziekenhuis
- Academisch ziekenhuis
- GGZ instelling
- Zelfstandige verslavingszorginstelling
- Anders, namelijk:

12. Verwacht u over 5 jaar nog steeds werkzaam te zijn als verslavingsarts in Nederland?

- Ja
- Nee [Hoofdsectie].[16].[15. Wat zal waarschijnlijk de reden zijn dat u over 5 jaar niet meer werkt als verslavingsarts in Nederland? (meerdere antwoorden mogelijk)]
- Weet niet

13. Verwacht u over 5 jaar even veel, meer of minder uren te werken als verslavingsarts in Nederland?

Ik denk over 5 jaar:

- Meer uren te werken als verslavingsarts
- Even veel uren te werken als verslavingsarts [Hoofdsectie].[17].[16. Verwacht u zich te laten herregistreren als verslavingsarts in Nederland?]
- Minder uren te werken als verslavingsarts
- Weet niet [Hoofdsectie].[17].[16. Verwacht u zich te laten herregistreren als verslavingsarts in Nederland?]

14. Hoeveel uur verwacht u over 5 jaar dan in totaal te werken?

uren per week

15. Wat zal waarschijnlijk de reden zijn dat u over 5 jaar niet meer werkt als verslavingsarts in Nederland? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Pensioen
- Ziekte/arbeidsongeschiktheid
- Zwangerschap
- Zorg voor huishouden, kinderen/gezin of andere familieleden
- Andere privé-redenen / persoonlijk omstandigheden
- Niet voldoen aan herregistratie-eisen
- Vertrek naar het buitenland
- Ik ben dan werkzaam in een ander beroep/functie **binnen** de verslavingszorg/geneeskunde
- Ik ben dan werkzaam in een ander beroep/functie **buiten** de verslavingszorg/geneeskunde
- Anders, namelijk:

16. Verwacht u zich te laten herregisteren als verslavingsarts in Nederland?

- Ja
- Nee
- Weet niet

17. Tot welke leeftijd (ongeveer) denkt u uiteindelijk te werken als verslavingsarts in Nederland?

Tot

jaar

 [Hoofdsectie]. [DEEL 3: TOEKOMSTVERWACHTINGEN ARBEIDSMARKT VERSLAVINGSARTSEN]

18. Bent u ooit werkzaam geweest als verslavingsarts in Nederland?

- Ja
- Nee

19. In welke periode(s) bent u werkzaam geweest als verslavingsarts in Nederland?

	Startjaar	Eindjaar
Eerste periode:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eventuele 2e periode:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20. Hoeveel uur per week was u gedurende de laatste periode gemiddeld werkzaam als verslavingsarts in Nederland?

uur per week

21. In wat voor type instelling(en) werkte u gedurende de laatste periode als verslavingsarts in Nederland? (meerdere antwoorden mogelijk)

Algemeen ziekenhuis

Academisch ziekenhuis

GGZ instelling

Zelfstandige verslavingszorginstelling

Anders, namelijk:

Als vr4 gelijk is aan 3 [Hoofdsectie].[26].[25. Denkt u in de toekomst (weer) te beginnen met werken als verslavingsarts in Nederland?]

22. Waarom werkt u momenteel niet als verslavingsarts in Nederland?

Ik ben tijdelijk of permanent geheel gestopt met werken [Hoofdsectie].[25].[24. Waarom bent u tijdelijk of permanent geheel gestopt met werken? (meerdere antwoorden mogelijk)]

Ik werk tijdelijk of permanent in een ander beroep

23. Welk beroep oefent u dan uit op dit moment?

Psycholoog

Psychiater

Huisarts

Bedrijfsarts

Verzekeringsarts

Anders, namelijk:

24. Waarom bent u tijdelijk of permanent geheel gestopt met werken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Pensioen
- Ziekte/arbeidsongeschiktheid
- Zwangerschap
- Zorg voor huishouden, kinderen/gezin of andere familieleden
- Vertrek naar het buitenland
- Andere privé-redenen / persoonlijk omstandigheden
- Niet voldoen aan herregistratie-eisen
- Het werk als verslavingsarts voldeed niet meer aan mijn wensen
- Mogelijkheid om een functie met meer toekomstperspectief te vervullen
- Mijn arbeidscontract is niet verlengd
- Anders, namelijk:

25. Denkt u in de toekomst (weer) te beginnen met werken als verslavingsarts in Nederland?

- Nee, zeker niet
- Misschien
- Ja, zeker wel

26. Tot welke leeftijd (ongeveer) denkt u dan uiteindelijk te werken als verslavingsarts?

Tot

jaar

DEEL III: TOEKOMSTVERWACHTINGEN ARBEIDSMARKT VERSLAVINGSARTSEN

27. Denkend aan de komende 10 jaar, hoe verwacht u dat de volgende ontwikkelingen de behoefte aan verslavingsartsen in Nederland zullen beïnvloeden? Bij elke ontwikkeling kunt u onze definitie van het begrip zien door met uw muis over de tekst te bewegen.

Ik verwacht dat door deze ontwikkelingen de behoefte aan verslavingsartsen....

	Sterk zal afnemen	Een beetje zal afnemen	Hetzelfde zal blijven	Een beetje zal toenemen	Sterk zal toenemen	Weet niet
Demografische ontwikkelingen						
Ontwikkelingen in de omvang van de bevolking naar leeftijd en geslacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demografische ontwikkelingen						
Epidemiologische ontwikkelingen						
Ontwikkelingen met betrekking tot het vóórkomen en de verspreiding van ziekten en aandoeningen onder de bevolking.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epidemiologische ontwikkelingen						
Sociaal-culturele ontwikkelingen						
Ontwikkelingen in hoe patiënten omgaan met ziekten en gebruiken maken van zorg. Bijvoorbeeld toenemende mondigheid van patiënten of het omgaan met financiële barrières tot zorg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociaal-culturele ontwikkelingen						
Arbeidstijdverandering						
Structurele veranderingen in het aantal uur dat een beroepsgroep <u>formeel</u> kan of mag werken, vastgelegd in cao's of andere regelgeving.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidstijdverandering						
Ontwikkelingen met betrekking tot efficiency						
Ontwikkelingen die gericht zijn op het verhogen van efficiency van de werkprocessen van beroepsgroepen en de organisaties waarin zij werken. Voorbeelden zijn schaalvergroting, administratieve druk of toename van productiviteit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontwikkelingen met betrekking tot efficiency						
Horizontale substitutie						
Een structurele verschuiving van werk tussen beroepsgroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau. Bijvoorbeeld van de specialist in de tweede lijn naar de huisarts in de eerste lijn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Horizontale substitutie

Verticale substitutie

Een structurele verschuiving van werk naar beroepsgroepen met een lager opleidingsniveau.



Bijvoorbeeld van artsen naar verpleegkundig specialisten of physician assistants.

Verticale substitutie

Vaktechnische ontwikkelingen

Ontwikkelingen in de technische en wetenschappelijke aspecten van het vakgebied.



Voorbeelden zijn nieuwe behandelmethoden, nieuwe problematiek ontdekt door onderzoek etc.

Vaktechnische ontwikkelingen

28. Hieronder kunt u uw antwoorden op vraag 27 eventueel toelichten:

29. Kunt u, alle eerder genoemde ontwikkelingen in ogenschouw nemend, inschatten hoeveel u verwacht dat de totale behoefte aan verslavingsartsen in Nederland de komende 10 jaar zal veranderen?

Ik denk dat alles bij elkaar, de behoefte aan verslavingsartsen in Nederland de komende 10 jaar:

- Sterk zal afnemen
- Een beetje zal afnemen
- Hetzelfde zal blijven
- Een beetje zal toenemen
- Sterk zal toenemen
- Weet niet

30. Kunt u de totale toe- of afname van de behoefte aan verslavingsartsen die u verwacht ook uitdrukken in een groei- of krimpprocentage over een periode van 10 jaar? Het gaat hier om een inschatting (uw 'best guess'), waarbij u dit hieronder in de eerste regel kunt aangeven als één procentage (bijv. 1, 5, of 10 in de kolom 'Stijgen' of in de kolom 'Dalen'). In de twee regels daaronder kunt u aangeven of wat u minimaal of maximaal aan groei- of krimpprocentage in 10 jaar verwacht. Daarmee kunt u een 'range' aangeven van uw inschatting.

	Stijgen met %	Dalen met %
a) Mijn best guess is dat in de komende 10 jaar de behoefte aan verslavingsartsen in Nederland zal stijgen of dalen met:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) minimaal zal stijgen of dalen met:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) maximaal zal stijgen of dalen met:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEEL IV: AANSLUITING OPLEIDING ARBEIDSMARKT

31. Hieronder volgt een aantal stellingen over de aansluiting van uw kennis en vaardigheden tot uw huidige werkzaamheden als verslavingsarts. Kunt u van elke stelling aangeven in hoeverre u het hiermee eens of oneens bent ?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens, noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet niet/n.v.t.
Ik voel mij door de opleiding goed voorbereid op het werk als verslavingsarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ervaar problemen bij mijn werk als verslavingsarts door een tekort aan kennis en vaardigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind dat de aansluiting van kennis en vaardigheden met het werk als verslavingsarts veel beter kan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij mijn huidige werkgever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou gemakkelijk een nieuwe baan/functie kunnen krijgen bij een andere werkgever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn veel mogelijkheden om mijzelf verder te ontwikkelen in dit vakgebied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Kun u aangeven welke problemen u het meest ervaart bij de uitoefening van uw beroep als verslavingsarts, in relatie tot uw huidige kennis en vaardigheden? U kunt dit hieronder toelichten.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

33. Wat denkt u nodig te hebben om te kunnen groeien in uw ontwikkeling als verslavingsarts?

34. Volgt u momenteel extra scholing of cursussen?

Ja

Nee [Hoofdsectie].[37]. [36. Wat vind u aantrekkelijk in het specialisme verslavingsarts? (meerdere antwoorden mogelijk)]

35. Welke cursussen of scholing volgt u? (meerdere antwoorden mogelijk)

Vakinhoudelijke scholing of cursus

Scholing of cursus gericht op vaardigheden (bijvoorbeeld communicatieve, probleemoplossende of leidinggevende vaardigheden)

Bedrijfsspecifieke scholing of cursus

Anders, namelijk:

--

36. Wat vind u aantrekkelijk in het specialisme verslavingsarts? (meerdere antwoorden mogelijk)

De mogelijkheid om in deeltijd te werken

De gunstige werktijden (weinig diensten)

De carrièremogelijkheden die het werk biedt

De promotiekansen die het werk biedt

De inhoud van het werk

Intensief contact met de patiënten

De mogelijkheid om in loondienst te werken

De mogelijkheid om me zelfstandig te vestigen

De diversiteit van het vak en de diversiteit van de populatie

De sfeer/cultuur

De mogelijkheid om onderzoek te doen

Bekendheid met het vak / eerdere ervaring met het specialisme

DEEL IV: ACHTERGRONDVRAGEN

Als laatste volgen nu een aantal achtergrondvragen.

37. Wat is uw geboortejaar?

38. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

39. Wat is het geboorteland van uzelf?

Nederland

Indonesië/ voormalig Nederlands-Indië

Suriname

Marokko

Turkije

Duitsland

België

Groot Brittannië

Noorwegen

Nederlandse Antillen

Aruba

Verenigde Staten

Rusland

Georgië

Wit-Rusland

Afghanistan

Irak

Egypte

Anders, namelijk:

40. Wanneer u opmerkingen heeft over de vragenlijst kunt u deze hieronder aangeven:

Dit is het einde van de vragenlijst. Klik op verstuur om uw antwoorden te verzenden.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

**Uw antwoorden zijn verstuurd.
Hartelijk dank voor uw medewerking!**