Knelpunten rond de opleidingsplaatsen voor jeugdartsen, infectieziekte-artsen, medisch milieukundigen en Tuberculose-artsen

Een onderzoek op basis van literatuur, interviews onder instellingen en een discussiebijeenkomst met stakeholders

Eindrapport, oktober 2014

Ronald Batenburg
Inge van der Lee

NIVEL

ISBN [PM]
http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2014 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.

Inhoud

Inhoud **3**
Samenvatting **4**
1 Inleiding en opbouw van dit rapport **7**
1.1 Achtergrond 7
1.2 Doel- en vraagstellingen 9
1.3 Leeswijzer 9

2 Methode **10**

3 Het bureauonderzoek **11**
3.1 Cijfers en trends 11
3.2 Een analyse van eerdere publicaties 14
3.3 Samenvatting en opstap naar de volgende onderzoeksfase 18

4 De interviews met opleidingsinrichtingen **21**
4.1 Inleiding 21
4.2 Hoe ervaren opleidingsinstellingen thans de instroom en belangstelling voor de opleiding arts M&G? 22
4.3 Hoe richten de opleidingsinstellingen hun interne opleidingsbeleid in? 23
4.4 Hebben opleidingsinrichtingen een extern opleidingsbeleid? 26
4.5 Hoe ervaren opleidingsinrichtingen het aanvragen van opleidingsplaatsen? 27
4.6 Conclusies 27

5 Reflectie vanuit een stakeholderbijeenkomst **30**
5.1 Inleiding 30
5.2 Reflectie op de conclusie: de omvang van de opleidingsinrichting heeft een versterkend effect op de opleidingsinspanningen 30
5.3 Reflectie op de conclusie: GGD'en voeren een ander opleidingsbeleid dan thuiszorg- en jeugdzorginstellingen 31
5.4 Reflectie op de conclusie: het plannen van opleidingsplaatsen voor artsen MMK, IZB en TBC is lastiger dan voor jeugdartsen 31
5.5 Reflectie op de conclusie: gebrek aan belangstelling onder basisartsen heeft geen invloed meer op de opleidingsinspanningen 32
5.6 Reflectie op de conclusie: 'de' onzekere omgeving heeft geen invloed op de opleidingsinspanningen 32
5.7 Reflectie op de conclusie: het aanvraag- en invullingsproces heeft geen invloed op de opleidingsinspanningen 32
5.8 Slotopmerkingen 33

6 Conclusies en aanbevelingen **34**

Literatuur **37**
Bijlage I: De artsen publieke gezondheidszorg **38**
Bijlage II: De opleiding artsen M&G **40**

Samenvatting

Al geruime tijd loopt de jaarlijkse instroom in de opleiding tot jeugdarts, arts infectieziektenbestrijding, arts TBC-bestrijding en arts medische milieukunde (zowel de eerste als tweede fase opleiding arts M&G) achter bij wat het Capaciteitsorgaan aan VWS adviseert als de benodigde instroom om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. In het voorjaar van 2014 hebben wij onderzoek gedaan naar de knelpunten die de huidige instroom beperken en naar welke beleidswijzigingen er nodig zijn om die op zowel korte als lange termijn op te lossen. Het resultaat is dit rapport.

In het eerste onderdeel van het onderzoek zijn de publicaties op een rij gezet die de afgelopen jaren over dit onderwerp zijn verschenen. Uit deze publicaties komen twee hoofdknelpunten naar voren. Het eerste probleem is dat er onder artsen-in-opleiding en basisartsen weinig belangstelling is voor de artsberoepen in de publieke gezondheidszorg. En het tweede probleem blijkt dat de organisaties die de betreffende opleidingsplaatsen aanvragen en aanbieden (de GGD'en en jeugd- en thuiszorginstellingen) weinig loopbaanbeleid voeren voor deze artsen. De snel veranderende omgeving waar deze organisatie mee te maken hebben is hier debet aan (transities van zorg tussen sectoren, fusies, bezuinigingen, kostendruk), maar er is ook weinig coördinatie tussen en binnen de verschillende deelsectoren.

Deze knelpunten zijn daarna, in het tweede onderdeel van het onderzoek, op een open wijze onderzocht aan de hand van een telefonische interviewronde onder 16 GGD'en en thuiszorginstellingen. De geïnterviewde opleidingscoördinatoren schetsten een positiever beeld dan gedacht. Veel van hen gaven aan geen problemen (meer) te hebben met het werven van basisartsen. Bij de werving van nieuwe artsen wordt het volgen van de opleiding tot arts M&G veelal als eis gesteld. De afgelopen jaren is er meer in de betreffende opleidingen geïnvesteerd door ook jeugdartsen 'oude stijl' alsnog de eerste of tweede fase van de opleiding tot (profiel)arts M&G te laten volgen. De geïnterviewden gaven aan op te leiden naar behoefte en vermogen en dat dit voor hun eigen situatie thans voldoende is. Wel werd in sommige gevallen aangegeven dat door de eerdere schaarste aan kandidaten men andere keuzes heeft gemaakt wat betreft de verdeling van taken en dat men, bijvoorbeeld, meer verpleegkundigen heeft ingezet. Daarnaast meldden enkele opleidingscoördinatoren regionale tekorten voor de kleinere groepen artsen infectieziektenbestrijding, TBC-bestrijding en medische milieukunde. Vooral de kleinere GGD'en, thuis- en jeugdzorginstellingen noemden als knelpunt dat het, ondanks financiële compensatie, organisatorisch lastig was de opleiders en artsen-in-opleiding vrij te plannen. Rond het aanvraag- en administratieve proces van de opleidingsplaatsen bestaan geen problemen.

In het derde onderdeel van het onderzoek werden deze bevindingen in een bijeenkomst voorgelegd aan vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen, brancheverenigingen en opleidingen voor artsen M&G. Deze consultatie brachten meer strategische knelpunten aan het licht. Wat er volgens deze vertegenwoordigers speelt is dat publieke gezondheidsorganisaties terughoudend zijn met het aanvragen van erkenningen voor het opleiden van verschillende artsen M&G in de eerste of tweede fase. En organisaties die een erkenning hebben, leiden alleen op voor de eigen instelling, waardoor men

ook terughoudend is bij het aantal opleidingsplaatsen dat men aanvraagt. Externe ontwikkelingen en gepercipieerde onzekerheden versterken dit. Instellingen worden zodanig in beslag genomen door de veranderingen in de jeugdgezondheidszorg en publieke gezondheidszorg, dat het personeels- en opleidingsbeleid minder prioriteit krijgt. Voor de thuis- en jeugdzorginstellingen is kostenbeheersing leidend. Voor deze sector geeft men aan dat opleidingsplaatsen niet meer aangevraagd zouden worden als de subsidie daarvoor zou verdwijnen. Voor de GGD'en spelen bezuinigingen ook, en wordt door de decentralisaties de relatie met de gemeenten belangrijker dan ooit. Uit de consultatie kwam naar voren dat een visie ontbreekt op hoe strategisch personeelsbeleid afgestemd moet worden op deze ontwikkelingen. Daarmee blijft ook het strategisch opleidingsbeleid voor profielartsen en artsen M&G oningevuld; en is op dit moment niet te verwachten dat er meer opleidingsplaatsen aangevraagd zullen gaan worden.

Wanneer we de resultaten van de drie onderdelen van het onderzoek overzien, kunnen een aantal conclusies getrokken worden die input geven voor een oplossingsrichting. De eerste, positieve conclusie is dat een aantal knelpunten veel minder prominent aanwezig zijn in de praktijk dan gedacht. Zo is het probleem dat te weinig basisartsen belangstelling hebben voor de eerste en tweede fase opleiding arts M&G nu veel minder groot. Men ervaart geen concurrentie met andere instellingen en voor een aantal moeilijk te vervullen opleidingsplaatsen wordt samengewerkt. Het financieringssysteem voldoet voor de instellingen en men ervaart geen knelpunten in het aanvraagproces. Dit gezegd hebbende, zal een oplossingsrichting dus ingezet moeten worden op het stimuleren van instellingen om méér in opleidingsaccreditaties en/of opleidingsplaatsen te investeren. Daar ligt echter het probleem dat men nu over het algemeen tevreden is over het eigen opleidingsbeleid, en het collectieve probleem van een achterblijvende instroom in de M&G-opleidingen niet ervaart. Men leidt artsen M&G op naar eigen behoefte en vermogen en is daar autonoom in. Ook laat dit onderzoek zien dat publieke gezondheidszorgorganisaties zeer waarschijnlijk niet méér profielartsen en artsen M&G gaan opleiden vanwege de kosten en onzekerheden die men daarbij ervaart, en vanwege het ontbreken van een strategisch personeels- en opleidingsbeleid.

Voortbouwend op deze laatste conclusie, dient een oplossingsrichting ons inziens gebaseerd te zijn op het ontwikkelen strategische personeelsplanning voor thuis- en jeugdzorginstellingen en GGD'en, dat verbonden is met de nieuwe beleidsvisies op de publieke gezondheidszorg. Publieke gezondheidszorgorganisaties dienen hierbij ondersteund te worden. Het ontwikkelen van visie en beleid om de bestaande en gewenste *skill mix* van zorgprofessionals op elkaar te laten aansluiten is complex en vergt nieuwe inspanningen. Dat geldt in het bijzonder voor het bepalen van de rol van gespecialiseerde artsen binnen deze *skill mix* en het daaruit voortvloeiende opleidingsbeleid. Wat het opleiden betreft, kan meer coördinatie tussen instellingen leiden tot een andere verdeling van wie er in elke regio welke profielartsen en artsen M&G gaat opleiden. Instellingen relateren dan de keuze om meer of minder artsen op te leiden aan de keuze die collega-organisaties in de regio maken. Zo kunnen de schaalvoordelen van instellingen die relatief veel artsen opleiden vergroot worden, en het kostenprobleem verkleind worden dat er nu voor zorgt dat alle organisaties gezamenlijk hun opleidingscapaciteit suboptimaal benutten.
Bij voorkeur wordt door de veldpartijen zelf deze coördinatie en ondersteuning georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van een apart regieorgaan voor strategisch personeelsbeleid in de publieke gezondheidszorg. Een dergelijk regieorgaan dient dan wel het com-

mitment te hebben van alle stakeholders die bijdragen aan de opleiding van profielartsen en artsen M&G. Met het oog op de onzekerheden die instellingen ervaren, is het ook van belang dat dat een dergelijk regieorgaan ondersteund wordt door de partijen waaraan publieke gezondheidszorgorganisaties verantwoording afleggen. Dit zijn met name de gemeenten, en voor de financiering van de opleidingsplaatsen het Ministerie van VWS. Een dergelijk regieorgaan kan tevens specifieke input leveren aan de ramingen die het Capaciteitsorgaan uitvoert. Immers, ook op nationaal niveau is het van belang dat de adviezen over de gewenste opleidingsinstroom in de artsen M&G opleidingen gebaseerd zijn op visie en beleid wie welk zorgaanbod binnen de publieke gezondheidszorg zal gaan leveren en welke *skill mix* scenario's daarbij het meest realistisch zullen zijn.

1 Inleiding en opbouw van dit rapport

1.1 Achtergrond

De publieke gezondheidszorg heeft te maken met snelle en ingrijpende veranderingen. Het gaat om een groot aantal transities, vooral in de jeugdzorg, maar ook in de langdurige zorg en op alle terreinen van voorlichting en preventie. Leidend voor de transities is het beleid om zorg zoveel mogelijk in de eerste lijn te leveren in plaats van in de tweede lijn. Ook leidend is het beleid om de professionele zorg zoveel mogelijk te ontlasten door preventie, zelfredzaamheid en leefstijlverbetering. Dit gaat gepaard met een aantal decentralisaties, waarbij de gemeenten een grotere verantwoordelijkheid krijgen voor de toegankelijkheid van zorg op maat en in de buurt. Alle beleidsmakers en uitvoerders in de publieke gezondheidszorg hebben direct te maken met deze transities en decentralisaties. Zoals de recent uitgebrachte Kamerbrief over 'Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk' het samenvat:
"*De publieke gezondheidszorg is in beweging, moet haar verdiensten koesteren maar staat ook voor nieuwe uitdagingen. Het is aan de vier centrale spelers om dit gezamenlijk, met respect voor ieders verantwoordelijkheden, op te pakken en daaraan vorm te geven. Het Rijk en de gemeenten moeten de bestuurlijke kaders bepalen; RIVM en GGD'en moeten zorgen voor een adequate en efficiënte professionele samenwerking.*"

Dit citaat stipt aan dat er binnen de publieke gezondheidszorg verschillende partijen, taken en verantwoordelijkheden zijn die om coördinatie vragen. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is (1) goed zicht op de beschikbare en benodigde capaciteit aan zorgverleners en ondersteuners, en (2) personeelsbeleid dat stuurt op een optimale bezetting (of: *skill mix*) van zorgprofessionals om alle publieke gezondheidszorgtaken uit te voeren. Juist dit is extra lastig in de complexe en veranderende omgeving waarin de publieke gezondheidszorg zich bevindt. Tegen deze achtergrond verdient de positie van artsen die gespecialiseerd zijn in de publieke gezondheidszorg van bijzonder speciale aandacht. Weliswaar vormen zij niet de grootste personeelscategorie die werkzaam is in de sector, maar hun taken en bevoegdheden zijn wel bepalend voor een groot aantal processen waar onderzoek, behandeling, preventie, voorlichting en administratie van verschillende organisaties mee te maken hebben. Wat betreft de positie en inzet van artsen M&G bestaat er alleen een globale coördinatie en een aantal richtlijnen. Voor artsen infectieziektebestrijding bestaat er de zogenaamde VISI-normering, voor medisch milieukundigen zijn er ideeën over normen voor 24x7 rampbezetting en piketdiensten, maar voor de meeste publieke gezondheidszorgberoepen ontbreken vaste capaciteitsnormen of richtlijnen. Wel staat in de Wet publieke gezondheid en het daarbij behorende Besluit publieke gezondheid van 2010, dat GGD'en en organisaties werkzaam op het terrein van de jeugdgezondheidszorg dienen te beschikken over deskundigen (*waaronder* artsen). De artikelen 15 van de Wet publieke gezondheid (Hoofdstuk IV over de gemeentelijke gezondheidsdiensten) en 17 van het Besluit publieke gezondheid uit deze wet specificeren dit. In deze wetsartikelen worden de vier beroepen in de publieke gezondheidszorg benoemd, namelijk medisch milieukundigen, jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding en tuberculoseartsen (meer informatie over deze vier publieke gezondheidsberoepen is te vinden in bijlage I). Expliciet is vastgelegd welke publieke gezondheidszorgtaken zij geacht worden

uit te voeren en aan welke opleidings- en registratie-eisen zij moeten voldoen. Maar de wet geeft niet aan hoeveel profielartsen en artsen M&G per organisatie, taak, proces of regio opgeleid moeten worden, en/of en in welke verhouding tot elkaar of tot andere beroepen.

Het op landelijk niveau op te leiden aantal jeugdartsen, artsen medisch milieukundigen, artsen tuberculose- en infectieziektebestrijding wordt periodiek onderzocht en geadviseerd door het Capaciteitsorgaan. In het kader van de integrale raming van het Capaciteitsorgaan 2013 is berekend wat de benodigde instroom in de betreffende opleidingen zou moeten zijn, om deze vier beroepsgroepen (afzonderlijk) in de komende 12 à 15 jaar van voldoende capaciteit te voorzien. Daarbij wordt modelmatig rekening gehouden met (1) de toekomstige veranderingen in het arbeidsaanbod door in- en uitstroom, (2) de toekomstige veranderingen in de vraag naar de beroepen door demografische en niet-demografische ontwikkelingen en (3) de zogenaamde onvervulde vraag als gevolg van actuele tekorten. De huidige en de verwachte tekorten spelen vooral voor jeugdartsen door een achterblijvende instroom in de zogenaamde profielopleiding (eerste fase) tot jeugdarts KNMG. Ondanks dat er veel geïnvesteerd is om de opleidingsachterstand in te lopen (het aantal geregistreerde aio's steeg tussen 2008 en 2012 van 83 naar 122), schat het Capaciteitsorgaan dat de onvervulde vraag in 2013 nog 130% van de huidige capaciteit is. Het instroomadvies van 112 tot 144 per jaar blijft dan ook hoog in vergelijking met de gerealiseerde instroom die tussen 2010 en 2012 rond de 70 per jaar schommelde. Voor de drie andere profielopleidingen zijn de aantallen lager en is er geen of minder ondercapaciteit. In de profielopleiding infectieziektebestrijding stroomden in 2012 een aantal van 14 aio's in (advies: 15-19), tuberculosebestrijding 0 (advies: 5-6) en medische milieukunde 2 (advies: 3-4). Voor de tweede fase van de opleiding tot arts M&G gaat het ook om kleinere aantallen, maar lijkt de instroom ook achter te blijven. In 2012 was de totale instroom 25, terwijl het Capaciteitsorgaan per 2013 een instroom adviseerde van 44 tot 51 personen per jaar. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door een onvervulde vraag naar medische milieukundigen en artsen infectieziektebestrijding die de tweede fase arts M&G hebben afgerond.

In de brief waarmee het Capaciteitsplan 2013 in juli 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd, heeft de Minister aangegeven de middenvariant tussen het lage en hoge instroomadvies ten aanzien van de PG-beroepen aan te houden. Daarmee ligt het beleid vast dat er de komende jaren jaarlijks 122 artsen M&G (eerste en tweede fase) opgeleid moeten worden. In de brief wordt expliciet gesteld dat dit voor het veld een grote maar noodzakelijke uitdaging is. De achterblijvende instroom is een probleem dat opgelost moet worden om de beschikbaarheid van de sociale geneeskundige zorg in Nederland op peil te houden. Een goede bezetting van deze opleidingsplaatsen is belangrijk voor het werven en behouden van voldoende artsen Maatschappij en Gezondheid (M&G) die werkzaam zijn in de publieke gezondheid. Onderbenutting van opleidingsplaatsen is juist op dit moment ongewenst. Er bestaat echter nog steeds onduidelijkheid over welke knelpunten er nu precies spelen en of deze incidenteel of structureel van aard zijn. Zo rees de vraag hoe de (initiële) keuze van basisartsen om deze opleidingen te gaan volgen samenhangt met het beleid van de organisaties die deze opleidingsplaatsen aanvragen en aanbieden. En ook hoe dit wordt bepaald door het wervings- en selectiebeleid van de GGD'en en thuiszorginstellingen, in samenhang met het regionale en gemeentelijke beleid dat nu door alle transities in beweging is.

Het bovenstaande was voor VWS aanleiding een onderzoek te laten uitvoeren naar de knelpunten rond de opleidingsplaatsen voor jeugdartsen, infectieziekte-artsen, medische milieukundigen en tuberculoseartsen in Nederland. Het doel van het onderzoek is, naast het inventariseren van de knelpunten, ook het nader duiden van de suboptimale bezetting in de vier profielopleidingen KNMG en de vier opleidingen tot tweede fase arts M&G. De resultaten van de knelpunteninventarisatie en -analyse vormen de input voor beleidsaanbevelingen voor VWS, branche- en beroepsverenigingen in de publieke gezondheidszorg en de organisaties die de opleidingsplaatsen in de praktijk aanvragen en invullen.

1.2 Doel- en vraagstellingen

De voorgaande inleiding en doelen vormen de drie vraagstellingen die in dit onderzoek centraal staan:

1. *Welke knelpunten en belemmeringen bestaan er, volgens bestaande publicaties en volgens uitvoerende organisaties binnen de publieke gezondheidszorg, ten aanzien van de instroom in de opleiding tot profielarts jeugdgezondheid, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en medisch milieukunde (KNMG) en de tweede fase arts M&G met dezelfde profielen? Kunnen deze knelpunten en belemmeringen gespecificeerd worden naar het niveau waarop ze spelen, hoe structureel ze zijn en mogelijke regio's of type instellingen?*
2. *Wat zijn verklaringen van de gevonden knelpunten en belemmeringen, op basis van gesprekken met uitvoerende organisaties en stakeholders in het veld van de publieke gezondheidszorg?*
3. *Welke conclusies kunnen getrokken worden uit de antwoorden op de twee bovenstaande vragen en welke beleidsaanbevelingen kunnen er geformuleerd worden?*

1.3 Leeswijzer

De aanpak en methoden toegepast in dit onderzoek zullen in hoofdstuk 2 worden uitgewerkt. In hoofdstuk 3 en 4 worden de resultaten gepresenteerd en hoofdstuk 5 sluit af met conclusies en aanbevelingen.

2 Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd in drie fasen waarin verschillende methoden werden toegepast. De drie fasen bouwden op elkaar voort om tot slot een antwoord te kunnen geven op het doel: het inventariseren van de knelpunten die leiden tot een suboptimale bezetting in de vier profielopleidingen en de vier opleidingen tot tweede fase arts M&G.

Fase 1
In fase 1 is bureauonderzoek gedaan op basis van bestaande rapporten, onderzoeksmateriaal en visiedocumenten. Daarnaast is er, als vooronderzoek, een secundaire analyse uitgevoerd op de beschikbare registratiegegevens rond de opleidingsplaatsen arts M&G. Het Ministerie van VWS heeft daartoe haar administratieve cijfers over de opleidingsplaatsen voor jeugdartsen, medische milieukundigen, infectieziekte-artsen en tuberculoseartsen beschikbaar gesteld. Dit betreft aantallen en fte's van aangevraagde en toegekende opleidingsplaatsen, naar naam van opleidingsinrichting/organisatie, jaar (2011-2014) en plaats/regio. Ook zijn de aanvraag- en toewijzingscijfers van GGD Nederland gebruikt. Met deze bronnen kon in kaart worden gebracht welke instellingen relatief veel of weinig opleidingsplaatsen hebben aangevraagd en welke trends er te zien zijn in de aanvragen en toewijzingen.
Ook zijn er de afgelopen jaren een aantal rapporten en notities verschenen over de instroom in de vier profiel- en M&G-opleidingen. Sommigen bestrijken de hele arbeidsmarkt van PG-beroepen capaciteit en sommigen gaan specifiek over jeugdartsen, medische milieukundigen, infectieziekte-artsen of tuberculose-artsen in Nederland. Deze rapporten zijn geanalyseerd op de knelpunten en achtergronden die daarin worden genoemd ten aanzien van het vervullen van de opleidingsplaatsen.

Fase 2
In fase 2 zijn interviews gehouden met de verschillende typen instellingen die artsen M&G opleiden. Alle opleidingsinstellingen zijn op basis van de eerder genoemde cijfers ingedeeld en een aantal van hen werd geselecteerd voor een interview. De motivaties en belemmeringen voor het meer of minder opleiden van artsen M&G die uit het vooronderzoek naar voren kwamen vormden het uitgangspunt (*de topic list*) van de interviews. Vanwege de korte tijdspanne van het onderzoek hebben de interviews telefonisch plaatsgevonden. Er werd zonodig een standaard introductietekst en mail naar de te benaderen personen verstuurd om hen over dit onderzoek te informeren.

Fase 3
Fase 3 van het onderzoek bestond uit een discussiebijeenkomst voor de stakeholders die op 1 juli 2014 door het NIVEL georganiseerd werd.. Hierbij waren de belangrijkste branche-, beroeps- en opleidingsorganisaties uit het veld aanwezig, zijnde GGD-Nederland, ActiZ, KAMG, NVAG, VNG, NPHF, VWS, NSPOH, TNO en LOSGIO. In deze bijeenkomst zijn de resultaten op basis van de eerste en tweede fase gepresenteerd en is besproken hoe deze zich verhouden tot de ervaringen en visies van de stakeholders.

3 Het bureauonderzoek

3.1 Cijfers en trends

GGD Nederland, ActiZ en de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) stellen jaarlijks gezamenlijk het toewijzingsvoorstel voor de instroomplaatsen per zorgopleiding op. Daarna stelt VWS, na toetsing van het toewijzingsvoorstel aan de hand van het toewijzingsprotocol, het verdeelplan vast. In dit verdeelplan staat vast welke opleidingsinrichtingen in aanmerking komen voor subsidie voor welke opleidingsplaatsen (zie ook Bijlage II).

Voor het bureauonderzoek zijn cijfers van VWS rond de opleidingsplaatsen voor jeugdartsen, medische milieukundigen, infectieziekte-artsen en tuberculose-artsen geanalyseerd en vergeleken met de cijfers van GGD Nederland. Het gaat om aantallen en fte's van aangevraagde en toegekende opleidingsplaatsen. Deze zijn beschikbaar naar naam van de aanvragende instelling/organisatie, jaar (2011-2014) en plaats/regio. De cijfers van VWS en GGD Nederland komen met elkaar overeen. Alle opleidingsplaatsen die zijn aangevraagd zijn ook toegewezen. In de praktijk wordt na de toekenning geadministreerd welke plaatsen daadwerkelijk bezet zijn en wordt vervolgens de subsidie verstrekt.

Niet alle aangevraagde plaatsen worden bezet en gerealiseerd. Voor 2012 kunnen we de volgende vergelijking maken: er waren 135 aanvragen en toekenningen, maar slechts een instroom van 111 nieuwe specialisten voor de acht opleidingen in het RGS. Hoewel het mogelijk is dat enkele plaatsen pas in het jaar na de aanvraag gerealiseerd worden, wordt uiteindelijk toch zo'n 10% van de aanvragen niet ingevuld. De onderstaande tabel, gebaseerd op cijfers van VWS en GGD Nederland, laat zien hoeveel opleidingsplaatsen er in de periode 2011 en 2014 per specialisme zijn aangevraagd, zijnde de vier typen profielartsen (eerste fase) en de vier typen artsen M&G (tweede fase).

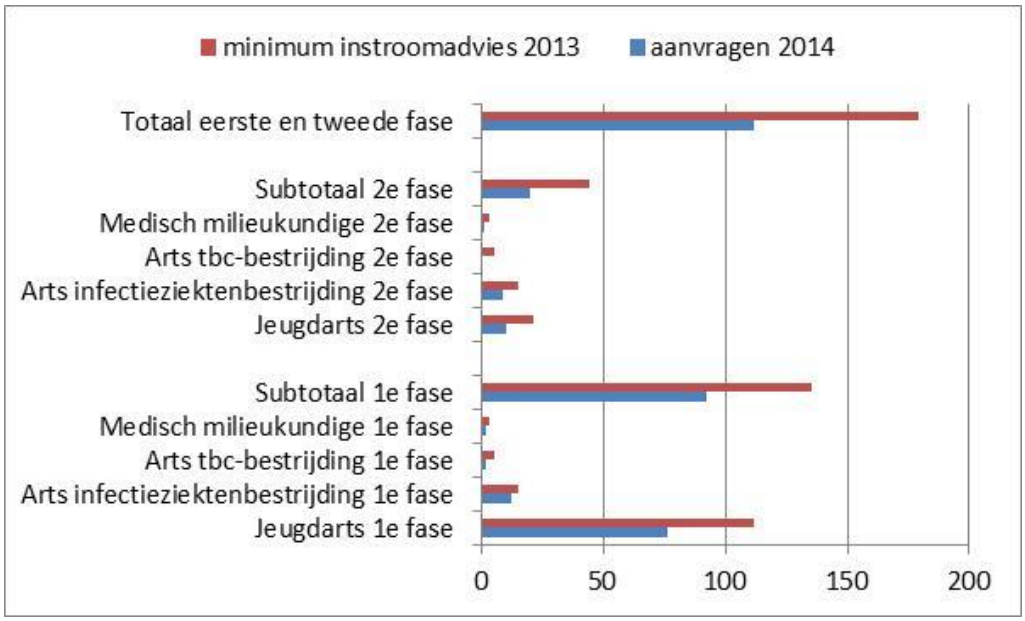
Tabel 3.1 Totaal aantal plaatsen aangevraagd naar jaar, fase en richting opleiding arts M&G

	2011	2012	2013	2014	Totaal 2011-2014
Jeugdarts 1e fase	98	92	80	76	346
Arts infectieziektenbestrijding 1e fase	7	14	11	12	44
Arts tbc-bestrijding 1e fase			1	2	3
Medisch milieukundige 1e fase	3	2	1	2	8
Subtotaal 1e fase	108	108	93	92	401
Jeugdarts 2e fase		16	15	10	41
Arts infectieziektenbestrijding 2e fase		8	8	9	25
Arts tbc-bestrijding 2e fase		2	1		3
Medisch milieukundige 2e fase		1	1	1	3
Subtotaal 2e fase	0	27	25	20	72
Totaal 1e en 2e fase	108	135	118	112	473

Van alle aanvragen vormt die voor jeugdarts eerste fase de grootste groep (73%). Voor de specialisaties TBC bestrijding, infectieziektebestrijding en medische milieukunde worden jaarlijks veel minder opleidingsplaatsen aangevraagd. Ook voor de tweede fase opleidingen worden naar verhouding minder plaatsen aangevraagd dan voor de eerste fase opleidingen (15% versus 85%). De artsen infectieziektebestrijding vormen hierop een uitzondering, daar is de verhouding tussen de aanvragen voor de tweede en de eerste fase ongeveer 1 op 2.

Als we de trends in de aanvraagcijfers verder bestuderen, dan zien we in Tabel 3.1 dat er een daling te zien is bij bijna alle opleidingen, hoewel het soms om kleine aantallen per jaar gaat. Als we naar de grootste groep aanvragen voor opleidingsplaatsen eerste en tweede fase jeugdarts kijken, dan is die de afgelopen vier respectievelijk drie jaar met 22% en 38% gedaald.

In Figuur 3.1 hebben we de meest recente aanvraagcijfers uit 2014 vergeleken met de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan uit 2013. Dit illustreert duidelijk dat er voor alle opleidingen een discrepantie bestaat tussen de minimaal benodigde instroom en het aantal aanvragen. Over alle opleidingen gerekend is het verschil 67 plaatsen, 37% van de geadviseerde instroom in 2013. Dit percentage wordt vooral bepaald door de opleiding jeugdarts eerste fase, waar het verschil tussen het ramingsadvies en het aantal aanvragen 32% is. Hoewel het om kleine aantallen gaat, zijn de verschillen voor de opleidingen medisch milieukundige tweede fase en arts TBC bestrijding nog groter, respectievelijk 67% (1 aanvraag versus 3 geadviseerd) en 60% (2 aanvragen versus 5 geadviseerd).

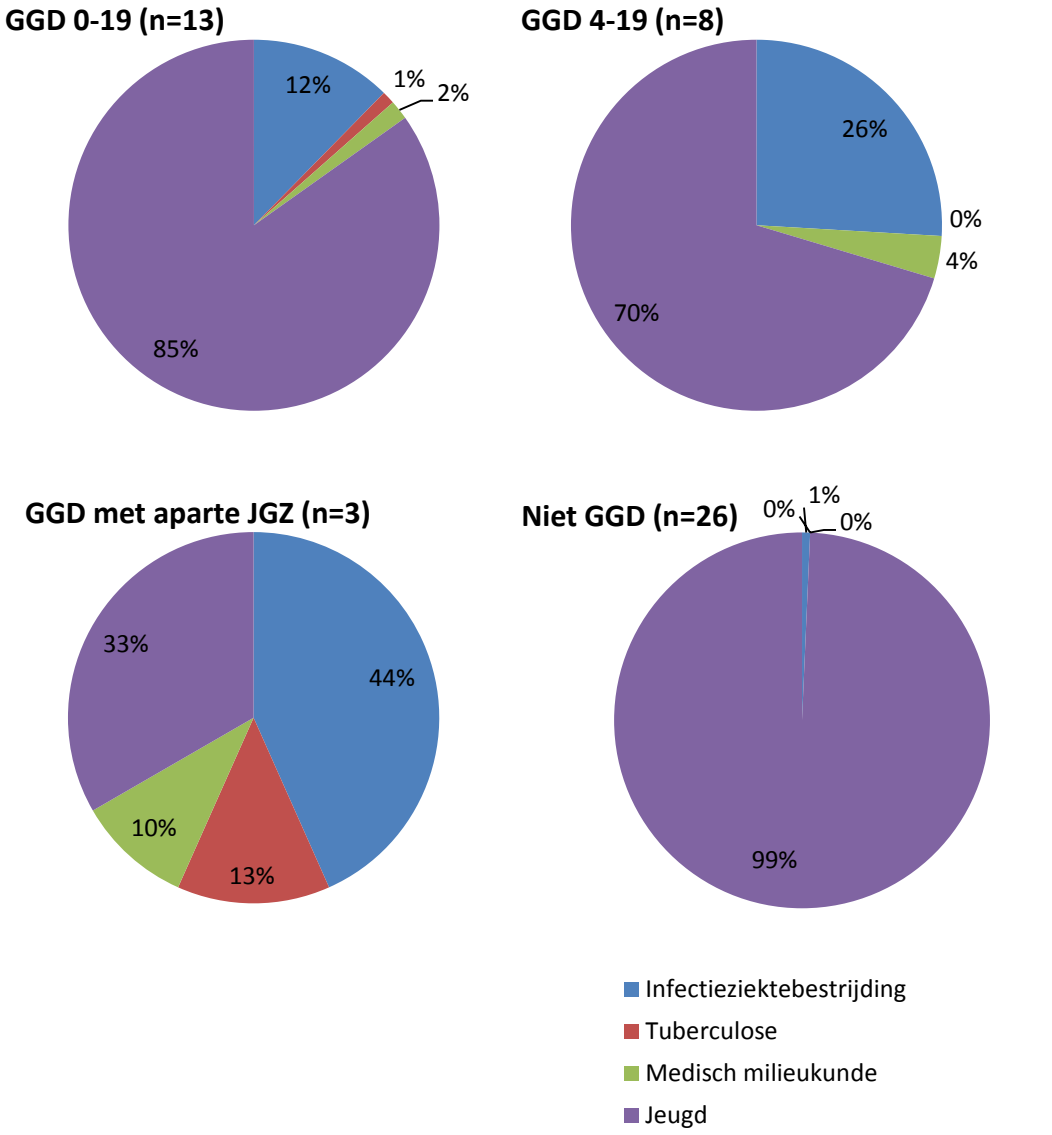


Figuur 3.1 Aantal aangevraagde plaatsen 2014 en minimum instroomadvies 2013 Capaciteitsorgaan voor de eerste en tweede fase arts M&G

Kijken we naar het aantal instellingen dat de opleidingsplaatsen aanvraagt, dan is dat de afgelopen jaren constant gebleven. Anno 2014 zijn er 51 organisaties te onderscheiden die opleidingsplaatsen hebben aangevraagd tussen 2011 en 2014. De meeste aanvragen

zijn gedaan door wat thans ‘GGD Regio Utrecht’ heet (in totaal 42 aanvragen), gevolgd door GGD Hollands Midden-RDOGR (28), GGD Amsterdam (26) en Centrum Jeugd en Gezin Rijnmond (25). Organisaties die slechts één of twee plaatsen hebben aangevraagd in de afgelopen jaren zijn Careyn Jeugd en Gezin, Stichting Thebe, Vivent Stg, Zorggroep Almere, AMC en RIVM.

Verdelen we alle aanvragen tussen 2011 en 2014 naar type organisatie en opleidingsrichting, dan laat Figuur 3.3 het volgende beeld zien: GGD’en die (thans) jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen aanbieden vragen voornamelijk opleidingsplaatsen jeugdarts aan. Voor GGD’en die jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen aanbieden of die geen jeugdgezondheidszorg aanbieden, ligt dit percentage lager. Andere organisaties, de thuiszorg- en jeugdzorgorganisaties, hebben, op één uitzondering na, alleen opleidingsplaatsen jeugdgezondheidszorg aangevraagd. Deze indeling naar type aanvragende organisaties (‘opleidingsinrichtingen’ genoemd) komt in het volgende hoofdstuk terug.

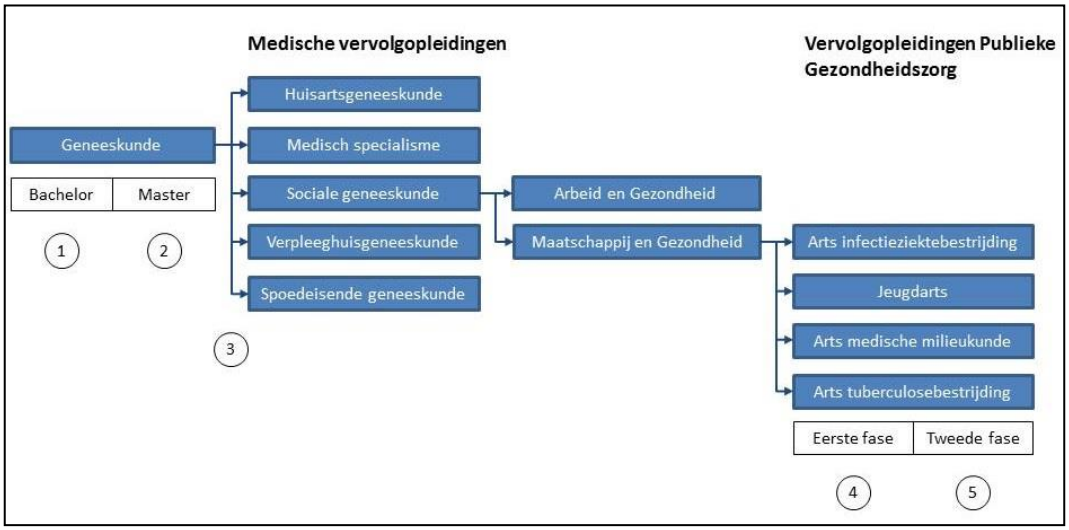


Figuur 3.2 Aangevraagde plaatsen 2011-2014 naar type instelling en opleidingsrichting

3.2 Een analyse van eerdere publicaties

Voor het vooronderzoek zijn de volgende publicaties geraadpleegd:

- *Capaciteitsplan 2013, Deelrapport 4 Sociaal-Geneeskundige Beroepen (Capaciteitsorgaan, 2013)*
- *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen (KIWA Cartier, 2013)*
- *Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD (AEF, 2013)*
- *Brief aan DG Huijse m.b.t. capaciteitsraming artsen Infectieziekten en Artsen Jeugdgezondheidszorg (NPHF, 2013)*
- *Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland. Resultaten van een landelijk onderzoek (Jambroers, Ontschoten, Essink Bot, 2013)*
- *De bevolking gezond houden. Position artikel Artsen Maatschappij & Gezondheid (KAMG, 2012)*
- *Instroombevordering opleiding jeugdarts KNMG. Een discussiedocument (CBOG, 2012).*



Figuur 3.3 De route naar de vervolgopleidingen publieke gezondheidszorg en knelpunten daarin door publicaties aangeduid

De publicaties zijn geanalyseerd op de knelpunten die genoemd worden ten aanzien van de achterblijvende instroom in de opleidingsplaatsen voor de 4 PG-beroepen. De knelpunten die genoemd worden kunnen worden geordend volgens de verschillende stappen in de opleidingsroute(s) tot arts M&G (zie Figuur 3.3 hieronder). In een aantal publicaties worden de knelpunten teruggevoerd naar de geneeskunde-opleiding (nummers 1 en 2 in de figuur 3.3). Andere publicaties gaan over knelpunten bij de overgang naar de medische vervolgopleiding (nummer 3). Tot slot noemen een aantal publicaties de praktijk van de arts M&G-opleidingen zelf (nummer 4 en 5)als knelpunten, zowel wat betreft de organisatie als de eerste en tweede fase van de opleiding.

Knelpunten "1"en "2", gerelateerd aan de bachelor- en masterfase geneeskunde

In verschillende rapporten wordt aangeven dat de basisopleidingen te weinig aandacht besteden aan de benodigde competenties voor de specialisaties sociaal geneeskundigen (NPHF, 2014). Studenten kunnen zich tijdens hun studie nauwelijks een beeld vormen van wat artsen die bij een GGD, UWV of arbodienst werken nu eigenlijk doen. In het onderwijs tot basisarts krijgt deze specialisatie weinig aandacht (van der Gulden, 2012). Public health staat ver van de belevingswereld van de studenten af. Zij oriënteren zich in grote meerderheid op een loopbaan waarin ze iets voor patiënten kunnen betekenen (van der Gulden, 2012). Opvallend is dat in het eerste jaar veel studenten jeugdarts als voorkeur aangeven, maar dat dit tijdens de opleiding sterk verandert. Uit nader onderzoek blijkt dat zij in het begin waarschijnlijk jeugd- en kinderarts met elkaar verwarren (Soethout, 2007).
In de masterfase doen de meeste geneeskundestudenten een coschap sociale geneeskunde waarbij een globale beroepsoriëntatie één van de leerdoelen is. Studenten kunnen in deze periode kiezen voor een stage bij een GGD, een arbodienst of het UWV voor een kennismaking met een van de disciplines binnen de sociale geneeskunde (van der Gulden, 2012). Dit coassistentschap sociale geneeskunde is van relatief korte duur (van der Gulden, 2012). Eén van de verklaringen voor de korte duur van dit coschap en het feit dat er doorgaans maar met één discipline wordt kennis gemaakt is dat de afdelingen sociale geneeskunde nu al veel moeite hebben om voldoende stagecapaciteit te werven (van der Gulden, 2012). Een ander gevolg van het feit dat er niet voldoende stagecapaciteit beschikbaar is, is dat de coassistent tijdens het coschap begeleid wordt door verschillende artsen en andere professionals. De meesten van hen kunnen de coassistent hooguit enkele dagdelen begeleiden om de onderwijslast te spreiden.

In verschillende publicaties wordt benoemd dat geneeskundestudenten door het huidige curriculum de sociale geneeskunde niet goed leren kennen. En dat geldt nog sterker voor de publieke gezondheidszorg. Het geldt ook andersom: instellingen in de publieke gezondheidszorg doen relatief weinig ervaring op met het begeleiden van geneeskundestudenten en hebben weinig mogelijkheden om hen voor het vak te interesseren. Zo geven coschapbegeleiders aan dat zij moeite hebben om tot een objectieve beoordeling van de prestaties en competenties van de coassistent te komen. Vrijwel alle coassistenten krijgen een 7 of een 8, een onvoldoende is zeer ongebruikelijk. Deze gang van zaken draagt ertoe bij dat coassistenten het coschap sociale geneeskunde niet erg serieus nemen. Artsen in andere coschappen worden door de studenten beoordeeld als meer gedreven en competenter dan de artsen die een rol hebben tijdens het coschap sociale geneeskunde (van der Gulden, 2012). Een ander knelpunt is dat veel stagebegeleiders de coassistent niet zelf aan het werk durven te laten omdat ze tijdens hun korte contact onvoldoende beeld krijgen van wat de student kan en weet. De coassistenten voelen zich hierdoor onderschat, want ze zijn bijna toe aan hun artsexamen wanneer ze het coschap sociale geneeskunde volgen. Tijdens hun eerdere coschappen mochten ze (onder supervisie) toenemend zelfstandig werken. Ze ervaren het coschap sociale geneeskunde dan ook als te weinig actief omdat dit vooral beperkt blijft tot meekijken bij het spreekuur en de verdere activiteiten van hun stag verleners (van der Gulden, 2012). Jeugdartsen geven zelf aan dat kennis van psychosociale zorg heel belangrijk is voor hun vak, maar dat dit in twee weken coschap niet goed over te brengen is aan de studenten (Soethout, 2007). Wat tenslotte ook nog mee kan spelen is dat vooral oudere artsen coassistenten begeleiden tijdens dit coschap.

In het ziekenhuis zijn de begeleidende artsen vaak maar een paar jaar ouder, waardoor het contact meestal soepeler verloopt. Ook dit maakt de drempel hoger om voor een opleiding tot sociaal geneeskundige te kiezen (van der Gulden, 2012).

Knelpunten "3", gerelateerd aan de specialisatiefase en de keuze voor de medische vervolgopleiding

Verschillende publicaties geven aan dat er onder afgestudeerde artsen relatief weinig belangstelling bestaat om zich te specialiseren als sociaal geneeskundige (van der Velde e.a., 2009; NPHF, 2014). Dit probleem ligt in het verlengde van de knelpunten die hiervoor zijn genoemd, namelijk dat de belangstelling bij de geneeskundestudenten laag is, mede door het onderwijscurriculum. Ook wordt verwezen naar de intrinsieke motivatie van jonge artsen. De meerderheid zou zich vooral oriënteren op een loopbaan waarin ze iets 'direct voor patiënten kunnen betekenen', waarbij het publieke gezondheidsdomein hen kennelijk niet minder of aanspreekt (van der Gulden, 2012; Soethout, 2007; 2013). Hier werkt dus ook de onbekendheid met het vak door en de perceptie die bij studenten en basisartsen leeft dat het beroep van jeugdarts minder aantrekkelijke taken herbergt (CBOG, 2012).

Wanneer jonge artsen hun specialisatiekeuze uitstellen, of pas later kunnen maken door een tekort aan plaatsen bij hun specialisatiekoorkeur zoals thans vaak het geval is, dan zou dat een positief effect kunnen hebben op de belangstelling voor een loopbaan als arts M&G. Uit eerder onderzoek blijkt dat bij de sociaal geneeskundigen de totale tijd tussen het afleggen van het artsexamen en het starten van de vervolgopleiding relatief lang is (Van der Velden & Hingstman, 2003). Naarmate basisartsen ouder worden geven zij er vaker de voorkeur aan een sociaal geneeskundige opleiding te gaan doen. Zo wil slechts 1% van de basisartsen die jonger dan 30 zijn sociale geneeskunde gaan doen. In de leeftijdsgroep 30-39 jaar ligt dit aandeel op ongeveer één derde. De basisartsen in de leeftijd van 40 tot 65 geven aan van plan te zijn om een sociaal geneeskundige opleiding te gaan doen. De verklaring hiervoor is dus dat deze basisartsen al geruime tijd zijn afgestudeerd en geen opleidingsplaats in de richting van hun eerste voorkeur konden vinden (van der Velde e.a., 2009). Een andere relevante ontwikkeling is dat vrouwen een voorkeur voor het vakgebied van de sociale geneeskunde hebben omdat daarbinnen goede mogelijkheden bestaan om parttime te werken en om werktijden tijdens kantooruren te hebben (Soethout, 2007). Met het sterk toenemende aantal vrouwen onder de geneeskundestudenten en de komende cohorten basisartsen zou dit dus ook meer belangstelling voor de opleiding arts M&G kunnen betekenen.

Knelpunten "4"en "5": gerelateerd aan de profileringsfase en de inrichting van de vervolgopleiding arts M&G

Gegeven de knelpunten die spelen in het opleidingstraject tot aan de vervolgopleiding arts M&G, en de 'verdunning' van de belangstelling die hieruit ontstaat, worden in de publicaties ook een aantal knelpunten genoemd die te maken hebben met de in-, door- en uitstroom voor de vervolgopleidingen publieke gezondheidszorg zélf. We sommen deze hieronder op.

- In 2012 concludeerde het CBOG in haar rapport dat de erkenning van de opleiding tot jeugdarts KNMG, in termen van functie, taken en verantwoordelijkheden, te onduidelijk is. Dit werpt ten eerste een barrière op voor basisartsen om de opleiding tot jeugdarts te gaan volgen. En ten tweede vormt dit een drempel voor organisaties om zich (1) als opleidingsinrichting te accrediteren en (2) opleidingsplaatsen jeugdarts aan te vragen. Het CBOG gaf in 2012 als belangrijk knelpunt aan dat de jeugdgezondheid(szorg) zeer in beweging was en dat 'veldpartijen' geen visie kunnen of willen formuleren over de positie, taken en verantwoordelijkheden van de jeugdarts (CBOG, 2012). Naar aanleiding van deze problematiek wordt sinds de zomer van 2014 een grootschalig onderzoek uitgevoerd vanuit de Afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Het onderzoek beoogt de landelijke capaciteit voor jeugdgezondheidszorg in Nederland in kaart te brengen, door via de organisaties te vragen hoeveel personen er in de JGZ werken, met welke kwalificaties, en welke taken zij uitvoeren. Gebaseerd op de kerntaken van de publieke gezondheidszorg is het doel de resultaten geschikt te maken zodat deze "(…) voor het veld relevant zijn bij het plannen en sturen op de benodigde expertise en capaciteit in de toekomst en daarmee op de kwaliteit en doelmatigheid van de jeugdgezondheidszorg" (Jambroers, 2014). De belangrijkste stakeholders die bij dit onderzoek betrokken en uitgenodigd zijn, zijn GGD GHOR NL, ACTIZ, AJN, V&VN, NVDA, NPHF en NSPOH, alsook de VNG en VWS.
- Het Capaciteitsorgaan refereert in haar Capaciteitsplan 2013 in bredere zin ook aan het veld en de overheid, als ook aan nieuw beleid dat ten aanzien van de publieke gezondheidszorg wordt ontwikkeld. Hoewel het volgens het Capaciteitsorgaan nu 'goed mogelijk is een redelijk goede verwachting van de zorgvraag te formuleren', blijven er nog een groot aantal onzekerheden bestaan. Die hebben onder andere te maken met de veranderende uittredeleeftijd van de artsen M&G die nu werkzaam zijn en het goed schatten van deze vervangingsvraag.
- De NPHF becommentarieert in haar strategische notitie het feit dat de opleidingsplaatsen M&G niet ten volle worden gebruikt (NPHF, 2014). Alle opleidingsinrichtingen samen hebben nog nooit het aantal instroomplaatsen aangevraagd dat voor het goed functioneren van de jeugdgezondheidszorg wenselijk wordt geacht. Volgens de NPHF geven opleidingsinrichtingen vanuit hun lokale focus en behoefte invulling aan hun opleidingscapaciteit en bepalen ze op basis daarvan hun instroombehoefte. De focus is dus gericht op het voldoende opleiden van jeugdartsen voor de eigen opleidingsinrichting, oftewel 'opleiden voor de eigen instelling en niet opleiden voor de markt'. Er is in die zin geen 'landelijke ambitie of verantwoordelijkheid' (Baaijens & Warmenhoven, 2014).
- Een ander knelpunt dat de NPHF noemt is dat er sprake is van fusies en reorganisaties, die veel aandacht vragen van GGD'en en zorgorganisaties. Hierdoor ligt de focus niet op opleiden en personeelsbeleid. Onzekerheid in de externe omgeving zal doorwerken in het opleidingsbeleid van de instellingen en ook de bezuinigingsdruk zet een rem op het opleiden van nieuwe artsen.
- Het Capaciteitsorgaan noemt als specifiek knelpunt dat opleidingsplaatsen verloren gaan als de subsidie (die één jaar eerder aangevraagd moet worden), de basisarts als opleidingskandidaat, de opleidingsinrichting en de opleider niet allemaal min of meer op hetzelfde moment aanwezig zijn (Capaciteitsplan, 2013). Dit vergt planning en timing die organisaties niet altijd kunnen of willen opbrengen. AEF meldt in haar rapport dat in de praktijk GGD'en en andere uitvoeringsorganisaties in de jeugdgezondheidszorg hun medewerkers niet altijd voor de opleiding M&G willen vrijmaken

(AEF, 2013). Een ander punt dat hier van invloed is, is dat de bestaande opleidingscapaciteit snel kan verdwijnen nu praktijkopleiders richting pensionering gaan (NPHF, 2014). Dit geldt vooral voor de ervaren artsen die werkzaam zijn in de medische milieukunde (NPHF, 2013).

3.3 Samenvatting en opstap naar de volgende onderzoeksfase

Samenvatting

In haar Capaciteitsplan 2013 adviseerde het Capaciteitsorgaan dat er jaarlijks minimaal 197 en maximaal 224 artsen M&G eerste en tweede fase moeten worden opgeleid om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. In het Capaciteitsplan wordt ook gesteld dat er in de afgelopen jaren "*(….) hard gewerkt is om de opleidingsachterstand in te lopen*", maar er blijft een forse discrepantie bestaan tussen het instroomadvies naar aanleiding van het besluit van de Minister om in te zetten op 202 op te leiden artsen M&G per jaar, en het aantal aangevraagde opleidingsplaatsen dat in 2012 en 2013 op 138 is blijven steken. Daar gaat ook nog een uitval van zo'n 20 plaatsen vanaf vanwege *mismatches* tussen aanvrager/ opleidingsinrichting, opleidingskandidaat en opleider. De grootste zorg zit bij de grootste vervolgopleidingen M&G, de opleiding arts M&G Jeugdgezondheidszorg eerste fase (of: profielopleiding jeugdarts KNMG) en tweede fase (of: opleiding arts M&G, profiel jeugdarts KNMG). De GGD'en, en dan in het bijzonder de GGD'en die jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen aanbieden, vragen de meeste M&G-opleidingsplaatsen aan. Maar ook thuis- en jeugdzorginstellingen hebben in de afgelopen 4 jaar 37% van de plaatsen jeugdarts M&G aangevraagd. Het aantal opleidingsinrichtingen bedraagt thans 51 organisaties en is de afgelopen jaren stabiel. Hierbij is rekening gehouden met een aantal fusies en organisatie(naams)veranderingen die plaats hebben gevonden.

Uit een inventarisatie van bestaande publicaties die door en voor het veld zijn uitgebracht, kan ten eerste worden afgeleid dat de geringe belangstelling van geneeskundestudenten voor het domein van de publieke gezondheidszorg vaak als 'basisoorzaak' wordt genoemd voor de achterblijvende instroom in de opleiding tot arts in de publieke gezondheidszorg. De belangstelling van de basisartsen is zo gering door de schaarse aandacht voor de publieke gezondheidszorg tijdens de basisopleiding en te weinig diepgang tijdens de sociaal geneeskundige coschappen. De structureel lage opleidingsinstroom in de jeugdgezondheidszorg, infectieziektenbestrijding, TBC bestrijding en medische milieukunde, zal niet in staat zijn de aankomende vergrijzing van de huidige beroepsbeoefenaren te compenseren. En ook het aantal artsen KNMG/M&G dat jonge artsen kan en wil opleiden neemt door de vergrijzing snel af. Een lichtpuntje lijkt te zijn dat door de huidige krapte aan medisch-specialistische opleidingsplaatsen en het toenemend aantal vrouwelijke studenten de belangstelling voor de publieke gezondheidszorg mogelijk zal toenemen.

In meer recente publicaties vanuit het veld worden daarnaast nog een aantal andere grote knelpunten genoemd, die niet zozeer met de belangstelling van studenten of basisartsen te maken hebben, maar met het strategische gedrag van de organisaties die de artsen M&G opleiden en in dienst hebben. De inrichting van de publieke gezondheidszorg in Nederland is in beweging en de onzekerheid die daarmee gepaard gaat lijkt organisaties op hun

hoede en afhoudend te maken om in nieuw (arts)personeel te investeren. Zeker als publieke organisaties zoals GGD'en verwikkeld zijn in fusies en via de gemeenten te maken hebben met bezuinigingen, gaat de strategische aandacht niet primair uit naar opleidings- en personeelsbeleid. Zeker als alleen voor de eigen organisatie wordt opgeleid is men voorzichtig met het aanvragen van opleidingsplaatsen, ook omdat het gevaar bestaat dat voor de aangevraagde plaats een jaar later geen kandidaat, opleider of locatie beschikbaar is. Of die onzekerheid ten onrechte zo gepercipieerd wordt is onduidelijk. Maar de publicaties geven aan dat de branche- en beroepsorganisaties weinig gezamenlijk beleid hebben gemaakt of actie hebben ondernomen om deze onzekerheid aan de orde te stellen of weg te nemen. Er is eerder sprake van een situatie waarin het belang van een sterke publieke gezondheidszorg voorop staat, maar waarbij niet duidelijk is wie de regie heeft en wil of kan voeren over de taak- en rolverdeling van organisaties, beroepsgroepen en opleidingen in dit domein. Voor de domeinen van de infectieziekten, TBC bestrijding en medische milieukunde lijken de onzekerheden proportioneel wat kleiner. Maar ze werken mogelijk even sterk door als in de jeugdgezondheidszorg, waar door veldpartijen gevreesd wordt dat organisaties steeds verder in een defensieve, in plaats van een investeringsgerichte, positie terecht komen.

De opstap naar de volgende onderzoekfase

Deze bevindingen hebben input geleverd voor het opstellen van een interviewprotocol, om daarmee in de praktijk verder te onderzoeken welke knelpunten er nu spelen bij welke organisaties die artsen M&G opleiden. Het volgende hoofdstuk gaat nader in op de opzet van en uitvoering van de interviewronde. Op de volgende pagina staat het gehanteerde interviewprotocol.

1. De eerste vraag in het interview betreft de perceptie van de instroom en belangstelling voor de eerste en tweede fase arts M&G. Semi-gestructureerd (dus met mogelijkheid tot doorvragen en 'zijsporen') zal gevraagd worden:

a. Wat is de huidige belangstelling voor de opleidingsplaatsen M&G in uw organisatie? En waar hangt dit mee samen?

b. Hoe worden artsen voor de M&G-opleiding in/door uw organisatie geselecteerd?

2. Vervolgens worden een aantal (open) vragen gesteld over het interne opleidingsbeleid van de organisaties. Hiermee wordt nagegaan wat er aan beleid is uitgedacht, hoe men het opleiderschap invult:

a. Sinds wanneer bent u een opleidingsinstelling voor welke opleidingen?

b. Hoe is uw opleidingsbeleid t.a.v. artsen M&G vorm gegeven, hoe wordt het aantal op te leiden artsen en opleidingsplaatsen bepaald?

c. Waardoor verschilt volgens u het aantal plaatsen dat instellingen aanvragen?

3. Omdat in toenemende mate de omgeving belangrijker lijkt te worden voor de opleidingsinstellingen (transities in de jeugdzorg, sectorale veranderingen in de vorm van fusies, nieuwe samenwerkingsvormen, invoering van veiligheidsregio's, preventieprogramma's en een nieuwe rol van de gemeenten) is vervolgens ook gevraagd naar wat we het 'externe' opleidingsbeleid hebben genoemd. Vragen zijn:

a. Is er afstemming/samenwerking met andere partijen?

b. Wat is de relatie met de gemeente?

c. Wat is de relatie met de opleidingen zelf?

4. Tenslotte worden in het interview vragen gesteld over knelpunten die mogelijk kunnen bestaan in het aanvraag- en invullingsproces van de opleidingsplaatsen. Verwijzend naar de plaatsen die de organisatie in de afgelopen jaren heeft aangevraagd, zijn de open vragen:

a. Wat vindt u van de aanvraagprocedure, termijnen, formularia?

b. Zijn er kwesties m.b.t. verrekening van kosten en opleidingsplaatsen?

4 De interviews met opleidingsinrichtingen

4.1 Inleiding

De tweede fase van het onderzoek stond in het kader van het interviewen van de opleidingsinstellingen die tussen 2011 en 2014 opleidingsplaatsen voor de PG-beroepen hebben aangevraagd. Zoals in het vorige hoofdstuk al werd aangegeven, zijn er anno 2014 in totaal 51 opleidingsinrichtingen te onderscheiden: organisaties die geaccrediteerd zijn en tussen 2011 en 2014 minstens één opleidingsplaats hebben aangevraagd. Hierbij is rekening gehouden met fusies en organisatieveranderingen die in dezelfde periode hebben plaats gevonden.

Om uit deze 51 organisaties een selectie voor de interviews te maken, is de groep opgedeeld naar drie relevante kenmerken, waarvan we verwachten dat deze samenhangen met het 'aanvraag-gedrag' en het opleidingsbeleid ten aanzien van de artsen M&G die zij in dienst hebben en nemen.

1. Ten eerste is er onderscheid gemaakt tussen GGD'en en niet-GGD'en, en binnen de groep van 15 GGD'en is onderscheid gemaakt naar zij die jeugdzorg voor 0-19 en 4-19 jarigen aanbieden en GGD' en zonder jeugdgezondheidszorg. Dit onderscheid is van belang voor de breedte waarin deze GGD'en opereren en het aantal verschillende PG-artsen dat zij opleiden. Hierbij moet aangetekend worden dat dit voor sommige organisaties in de periode 2011-2014 veranderd kan zijn.
2. Ten tweede is er ook onderscheid gemaakt naar het 'bereik' van de organisaties en opleidingsinstellingen. Een belangrijk onderscheid is of men alleen JGZ-opleidingsplaatsen aanvraagt of ook opleidingsplaatsen voor IZB, TBC en/of arts MMK. Ook hierbij moet aangetekend worden dat dit in de afgelopen jaren voor bepaalde organisaties veranderd kan zijn. Organisaties dienen zich namelijk regelmatig te kwalificeren voor het opleiden van verschillende beroepen. Hierdoor kan het voorkomen dat organisaties hun opleidingskwalificaties in de loop van de tijd hebben verloren of juist hebben uitgebreid.
3. Ten derde is er onderscheid gemaakt naar het aantal aanvragen voor opleidingsplaatsen tussen 2011 en 2014. Kijkend naar het gemiddeld aantal aanvragen is onderscheid gemaakt tussen opleidingsinstellingen met minder of meer aanvragen in die vier jaar.

Tabel 4.1 toont de aantallen instellingen die in de periode 2011 t/m 2014 één of meer opleidingsplaatsen hebben aangevraagd, ingedeeld naar de drie hiervoor genoemde kenmerken. Van de instellingen die opleiden tot twee of meer profielen (N=25) behoren de meeste tot een 0-19 GGD (N=12). Hiervan hebben negen GGD'en voor de periode 2011-2014 meer dan tien opleidingsplaatsen aangevraagd. Voor de groep opleidingsinrichtingen die alleen opleiden tot profiel en arts M&G jeugdarts KNMG (N=26; vooral thuiszorginstellingen), heeft het merendeel (22) minder dan tien opleidingsplaatsen aangevraagd voor de periode 2011-2014. Per cel tussen haakjes het aantal instellingen dat uiteindelijk is geïnterviewd. Het streven was om uit zoveel mogelijk cellen organisaties te interviewen, om zo informatie te vergaren met een zo goed mogelijke spreiding van respondenten of soorten organisaties. Dat is redelijk gelukt. In de maanden mei en juni 2014

zijn in totaal zijn 16 van de 51 opleidingsinrichtingen geïnterviewd, waarvan 10 GGD'en en 6 niet-GGD'en. De opleidingsinrichtingen zijn gezamenlijk goed voor 225 van de 473 aangevraagde opleidingsplaatsen in de periode 2011-2014 (48%). Contactpersonen binnen de geïnterviewde organisaties zijn verkregen van GGD Nederland en ook geworven via het eigen netwerk van contacten van de NIVEL-onderzoekers. Deze persoonlijke benadering was belangrijk om contact en respons te krijgen voor het interview. Na uitleg van het onderzoek was de contactpersoon, in de meeste gevallen de opleidingscoördinator van de instelling, bereid om het telefonische interview te laten afnemen.

Tabel 4.1 Selectiekader; aantallen opleidingsinrichtingen anno 2014 per 'conditie' en (tussen haakjes) aantallen geïnterviewd

	Leidt op tot profielarts én arts M&G jeugdarts, en arts IZ/TBC/MMK KNMG					Leidt alleen op tot profielarts M&G jeugdarts KNMG				
	0-19 GGD	4-19 GGD	GGD zonder JGZ	Geen GGD	Totaal	0-19 GGD	4-19 GGD	GGD zonder JGZ	Geen GGD	Totaal
<10 aanvragen	3 (2)	3 (1)	1	-	7 (3)	1	-	-	21 (2)	22 (2)
≥10 aanvragen	9 (5)	5 (2)	2	1 (1)	18 (8)	-	-	-	4 (3)	4 (3)
Totaal	12 (7)	8 (3)	3	1 (1)	25 (11)	1	-	-	25 (5)	26 (5)

In de onderstaande paragraven worden de resultaten van de 16 interviews samengevat. We volgen daarbij de vragen en topics uit het interviewprotocol dat in de conclusie van het vorige hoofdstuk is toegelicht.

4.2 Hoe ervaren opleidingsinstellingen thans de instroom en belangstelling voor de opleiding arts M&G?

Vraag: Wat is de belangstelling voor M&G- opleidingsplaatsen in uw organisatie, en waar hangt dit mee samen?

Opvallend is dat de geïnterviewden over het algemeen aangeven nu een goede positie op de arbeidsmarkt te hebben. Het werven van basisartsen levert op dit moment voor de meerderheid van de opleidingsinrichtingen geen problemen (meer) op. Vooral GGD'en die inzetten op brede taken, opleiding en loopbaanontwikkeling, hebben geen moeite artsen voor de jeugdartsopleiding te werven. Er zijn enkele instellingen die de afgelopen jaren wel tekorten hebben ervaren. Een aantal relatief kleinere instellingen (GGD Zeeland, Icare, Thebe) is daardoor bewust op taakherschikking gaan inzetten, door de inzet van verpleegkundigen en het aantrekken van verpleegkundig specialisten voor de jeugdgezondheidszorg.

Een verschil tussen de JGZ-sector en de sectoren IZB, TBC en MMK is echter de omvang en 'massa' van de arbeidsmarkt. Zo geeft één organisatie aan dat het niet gelukt is om iemand te vinden voor een door hen aangevraagde opleidingsplaats arts IZB KNMG vanwege de 'kleine vijver' waarin gevist moet worden. Veel van de geïnterviewden ervaren dat de belangstelling voor de opleidingsplaatsen JGZ momenteel groter is, ook onder de wat jongere basisartsen. Jonge kandidaten hebben daarbij als voordeel vaak nog niet

gebonden te zijn door een gezin of kinderen. De relatief oudere (basis)artsen, die al langer in de organisatie werkzaam zijn, vinden het echter veelal niet zinvol (meer) om een opleiding tot jeugdarts eerste fase te gaan volgen.

Vraag: Hoe worden artsen voor de M&G-opleiding in/door uw organisatie geselecteerd?

Opleidingsinrichtingen combineren in veel gevallen het werven van basisartsen met het plannen van opleidingsplaatsen. Tijdens het sollicitatiegesprek wordt aan de basisartsen gevraagd of ze bereid zijn een opleidingsplaats te gaan invullen. Daardoor is men kritischer geworden bij de werving. De meeste geïnterviewden geven aan artsen te selecteren op basis van een motivatie- of sollicitatiegesprek voor de opleidingsplaatsen arts JGZ KNMG. Het komt steeds vaker voor dat opleidingsinrichtingen meer geïnteresseerden hebben dan opleidingsplaatsen. Soms schuiven basisartsen dan door naar plaatsen die in het volgende jaar worden aangevraagd. In sommige gevallen is het aantal jaren dat iemand in dienst is doorslaggevend voor het wel of niet (mogen) invullen van een opleidingsplaats. Ook wordt de opleidingsplaats soms per toerbeurt door verschillende locaties van de instelling aangevraagd. Andere door opleidingsinstellingen genoemde eisen die gesteld worden aan de basisartsen, zijn een minimale beschikbaarheid van minimaal 18 of 24 uur per week, een vast dienstverband of eerst een tijdelijk dienstverband van een jaar en een stabiele privé-omgeving. Eén geïnterviewde geeft aan dat haar GGD het beleid voert dat de arts na de M&G-opleiding gevraagd wordt minstens twee jaar te blijven. Een andere GGD contracteert jeugdartsen bewust alleen voor de duur van de opleiding.

Binnen het opleidingsbeleid dat de meeste instellingen aangeven te voeren, vormt bij de selectie van kandidaten voor een opleidingsplaats de capaciteit, flexibiliteit en productiviteit van de organisatie wel een belangrijke beperking. Zoals een geïnterviewde aangeeft: *"Daarnaast moeten we reëel zijn en is het een te grote investering voor ons en voor de oudere basisartsen om ze een opleidingsplaats te laten volgen."* Dat geldt nog meer voor de tweede fase JGZ, dan moet de profielopleiding zijn afgerond en moet er binnen de organisatie een beleidspositie beschikbaar zijn, zoals bijvoorbeeld stafarts. Een belangrijk onderscheid is tevens dat voor de opleidingsplaatsen IZ, MMK en TBC geldt dat een basisarts wordt geworven via een sollicitatieprocedure en dat deze artsen regelmatig alleen voor de duur van de opleiding worden aangenomen. Voor jeugdartsen vormt de rekrutering van basisartsen die net in dienst zijn meer het uitgangspunt, en is er tevens een inhaalslag in het opleiden van oudere jeugdartsen (zie ook hierna).

4.3 Hoe richten de opleidingsinstellingen hun interne opleidingsbeleid in?

Vraag: Waarom is uw organisatie een M&G-opleidingsinrichting (geworden)?

Het merendeel van de opleidingsinrichtingen geeft aan dat te zijn vanuit kwaliteitsoogpunt. Als het gaat om de JGZ, vindt men dat alle basisartsen die in dienst zijn ten minste opgeleid moeten worden tot jeugdarts KNMG en een bepaald percentage tot arts M&G (tweede fase). De meerderheid is van mening dat basisartsen minimaal moeten voldoen aan het opleidingsprofiel JGZ. Het advies dat GGD Nederland heeft gegeven over de verhouding arts M&G/jeugdarts KNMG/basisarts (21%:63%:17%) wordt hierbij regel-

matig genoemd. Ook wordt de VISI-norm voor IZ-artsen genoemd. Alle organisaties hebben een apart opleidingsplan dat recent is opgesteld.

Voor een aantal is een belangrijke motivatie dat ze hun artsen in de gelegenheid willen stellen om zich verder te ontwikkelen en zich verder te scholen. Sommigen noemen het feit dat opleidingsinrichtingen artsen loopbaanperspectief en 'baangarantie' kunnen geven. Ook speelt bij enkelen de profilering naar buiten toe (*"wij vinden het belangrijk dat wij bekend staan als een GGD die veel aandacht besteedt aan opleidingsplaatsen").* Daarbij wordt wel onderkend dat het voor de organisatie een forse investering op de lange termijn is. Eén GGD geeft aan het als taak te zien ook op te leiden voor andere GGD'en en organisaties, omdat ze weten dat niet alle organisaties daartoe voldoende opleiders of kandidaten hebben.

Vraag: Hoe wordt in uw organisatie het aantal aan te vragen opleidingsplaatsen bepaald?

De geïnterviewden in de meeste opleidingsinrichtingen plannen het aantal opleidingsplaatsen met het oog op het vervangen van huidige en vertrekkende JGZ/IZ/TBC/MMK-artsen. De oudere artsen bouwen vaak al wat eerder af en ontplooien nevenactiviteiten. Het plannen op vervanging wordt wat vaker genoemd voor de artsen IZ, TBC en MMK. Voor de artsen JGZ is de arbeidsmarkt wat groter en worden er ook plaatsen aangevraagd voor de nieuw geworven of net begonnen basisartsen. Veel instellingen noemen ook het 'heropleiden' van artsen die hun positie vóór de introductie van de M&G-opleiding hebben verworven. Niet alle oudere artsen hebben belangstelling om alsnog de eerste en/of tweede fase opleiding te gaan volgen. Tot slot geeft één opleidingsinrichting aan dat het aantal aangevraagde opleidingsplaatsen afhangt van de leeftijdssamenstelling van de werkzame basisartsen. De volgende twee citaten illustreren dit:

- *"In ons bestand is de gemiddelde leeftijd van de jeugdartsen erg hoog. Zij zijn al jaren jeugdarts en hebben weinig zin meer om een aanvullende opleiding te volgen."*
- *"Er is weinig instroom van nieuwe basisartsen en het blijkt dat de jongeren wel een opleidingsplaats willen."*

Bij een aantal opleidingsinrichtingen hangt het aantal aan te vragen opleidingsplaatsen af van de capaciteit aan opleiders. Wat de opleiders aankunnen wordt ingevuld. Een aantal geeft aan maximaal twee opleidelingen per opleider te kunnen inzetten. Bij sommigen instellingen zijn er wel opleiders voor de eerste, maar niet voor de tweede fase arts M&G. Het gaat dan om thuiszorgorganisaties die ook geen M&G-artsen in dienst hebben of hebben opgeleid.

Een factor van belang is ook de omvang van de organisatie, c.q. het aantal artsen dat men in dienst heeft en de mogelijkheid tot flexibiliteit. Bij kleine organisaties met relatief weinig artsen in dienst hebben meerdere opleidingsplaatsen veel impact op de opleiders en de productiviteit. *"We kunnen maar één arts op hetzelfde moment in opleiding hebben. Er zijn wel eens momenten geweest dat er meer dan één in opleiding was en dat heeft zoveel impact op de organisatie."* Een andere instelling geeft aan dat het bij hen wel eens voorkomt dat artsen die in opleiding zijn hun eigen vervanging en 'improductiviteit' moeten oplossen door overuren te draaien.

Het aanvragen van tweede fase opleidingsplaatsen hangt, zoals eerder gezegd, samen met de beschikbaarheid van opleiders, maar hier spelen meer fundamentele zaken ook een rol. Voor artsen IZB is de tweede fase een standaard vervolgstap in hun loopbaan en functie, voor artsen JGZ is dat niet zo. Niet alle instellingen zeggen dat zij een plek voor een tweede fase M&G in hun organisatie hebben. Drie citaten illustreren dit:

- *"De arts M&G is niet altijd nodig, en zeker niet bij thuiszorgorganisaties"*
- *"De tweede fase is binnen onze organisatie niet van toepassing. Wij zijn een 0-4 JGZ-organisatie en wij kunnen ze dus ook niet opleiden. Wij zijn een kleine thuiszorgorganisatie en zolang we nog niet geïntegreerd zijn met de GGD kunnen we dat taakveld niet bieden."*
- *"Nu krijgen ze wel een subsidie van het VWS, maar wij hebben jeugdartsen met een tweede fase opleiding minder nodig. Die opleiding is heel beleidsmatig. Andere opleidingen en achtergronden bieden net zoveel mogelijkheden om beleidsaanbevelingen te doen. Dus de arts M&G is dus niet altijd nodig, en zeker niet bij thuiszorgorganisaties".*

Een aantal opleidingsinrichtingen geven aan minder opleidingsplaatsen aan te vragen door taakherschikking naar verpleegkundig specialisten. Deze verplaatsingen in de uitvoering van taken vinden vaak plaats omdat er moeilijk aan artsen te komen is en verpleegkundigen makkelijker te vinden zijn. Eén inrichting vertelt dat wanneer een arts weggaat, deze niet wordt vervangen. Volgens hen is de JGZ voor verpleegkundigen veel interessanter dan voor basisartsen. Ook kunnen jeugdartsen door taakherschikking meer betrokken worden bij andere aandachtsgebieden, zoals de ketensamenwerking: *"want naast de consultatiebureauconsulten vindt men het prettig om zich ook met andere taken bezig te houden."*

Vraag: Wat zijn, volgens u, oorzaken van verschillen in het aantal plaatsen dat M&G-opleidingsinrichtingen aanvragen?

In antwoord op deze vraag wordt het eerder genoemde punt van schaalgrootte het vaakst genoemd. Grote inrichtingen hebben meer capaciteit om op te leiden en meer artsen nodig die opgeleid moeten worden. Hiermee wordt het eerdere punt bevestigd dat schaaleffecten sterk meespelen en elkaar versterken. Een aantal geïnterviewden meent dat de subsidie voor kleine instellingen niet dekkend is en dat dan de investering in de opleideling en de opleider te groot is. Citaat: "*Alhoewel de opleiding is gesubsidieerd vraagt het van de instellingen wel een inspanning om medewerkers de opleiding te laten volgen".* Herhaald wordt dat basisartsen in opleiding en de opleider minder cliënten kunnen bedienen, een interessante bevinding omdat het opleidingsfonds juist gericht is op het compenseren van dergelijke 'dervingskosten'. Hoe dan ook, als gevolg van deze opvatting lijkt het zo te zijn dat het voor de kleinere instellingen niet haalbaar is om twee medewerkers per jaar te laten instromen in de opleiding. Zo duurt de doorstroom met een parttime dienstverband ook langer.

Een aantal opleidingsinrichtingen geeft daarnaast aan dat het ook van het eerder genoemde opleidingsbeleid van de organisatie afhangt. Volgens hen zijn er organisaties in de publieke gezondheidszorg die de meerwaarde van het opleiden van basisartsen tot jeugdarts niet inzien. Daar zijn dan ook vaak alleen maar basisartsen in dienst. Citaat: *"Dat heeft alles te maken met de visie die een organisatie heeft. Vindt men het nodig of niet om*

jeugdartsen op te leiden?" Twee instellingen voegen hieraan toe dat het binnen de JGZ onduidelijk is wie wat binnen de jeugdgezondheidszorg moet uitvoeren en hoeveel jeugdartsen men in dienst moet hebben. Daardoor is er veel 'interpretatieruimte' wat betreft HR-management. Citaat: *"Dat is niet vastgelegd. Dat moet een bekwame professional zijn, maar dat kan dus ook een jeugdverpleegkundige zijn. Daar ligt veel vrijheid."* Hier komt de onzekerheid in de omgeving van de JGZ-instellingen terug die we eerder in het vooronderzoek beschreven.

In spaarzame gevallen wordt als reden de ongelijke regionale verdeling van capaciteit en aanbod over Nederland genoemd. Een eerder genoemd knelpunt is het wervingsprobleem van basisartsen voor de profielopleiding arts TBC in het noorden des lands. Als oorzaak wordt hiervoor de afwezigheid van een opleidingsinrichting die geaccrediteerd is voor de M&G-opleiding TBC.

4.4 Hebben opleidingsinrichtingen een extern opleidingsbeleid?

Vraag: Is er afstemming/samenwerking met andere instellingen in uw opleidingsbeleid?

Op deze vraag kwam het vaakst het antwoord 'nee' of 'niet echt'. De eerder geciteerde stelling uit het vooronderzoek bevestigt dat de instellingen voornamelijk voor eigen organisatie opleiden. Er is soms uitwisseling van opleiders en opleidelingen wanneer deze in de ene regio wat schaarser zijn dan in de andere. Zo werken twee GGD'en samen bij het aanvragen en invullen van opleidingsplaatsen arts M&G MMK. Zo is afgestemd dat één van de twee GGD'en niet erkend hoeft te zijn als opleidingsinrichting.

Twee andere geluiden zijn hierboven al eerder geciteerd. Eén GGD gaf specifiek aan dat zij het wél als hun taak zien M&G-artsen op te leiden voor andere regio's. De geïnterviewde gaf aan dat dit ook met de unieke omgeving waarin zij opereren te maken heeft, namelijk de nabijheid van zware industrie en haventransport. Dit levert expertise en praktijkervaring voor M&G-artsen op die moeilijk elders is te krijgen. Onder de geïnterviewden waren geen instellingen die aangaven minder of zo weinig mogelijk op te leiden omdat andere opleidingsinrichtingen dat al doen.

Vraag: Is de relatie met de gemeente van invloed op uw opleidingsbeleid?

Alle opleidingsinrichtingen geven aan dat het gemeentelijke beleid geen rol speelt bij het opleidingsbeleid. Ze zien dit wel tegen de achtergrond dat gemeenten de Wet Publieke Gezondheid uitvoeren en daarmee wél directe invloed hebben op de financiering van GGD'en. Het aanvragen van opleidingsplaatsen, de selectie hiervoor en het personeelsbeleid, is in ieder geval een interne aangelegenheid waar men graag autonoom in wil blijven. De geïnterviewden namens de GGD'en gaven aan dat zij vanzelfsprekend (en volgens wettelijke regels) verantwoording afleggen aan de gemeente voor de uitvoering van de Wet PG en citaat: "*waarbij dan ook 'iets' over personeel gezegd wordt*". De eerder genoemde vrijheid die men heeft bij het invullen van het aantal aan te stellen en op te leiden artsen M&G speelt hier dus ook door.

4.5 Hoe ervaren opleidingsinrichtingen het aanvragen van opleidingsplaatsen?

Vraag: Ervaart u problemen met het aanvragen van opleidingsplaatsen, de formularia en het systeem van toekenning en verrekening van opleidingsplaatsen?

Geen van de opleidingsinrichtingen ervaart problemen met het aanvragen van de opleidingsplaatsen voor arts M&G eerste of tweede fase. De procedures en het systeem zijn duidelijk, zeker als men het een aantal keren gedaan heeft. Sommige opleidingscoördinatoren die het vergelijken met eerdere jaren geven aan dat het "*in het begin wat ingewikkeld was, maar te doen"* en vonden het vroeger juiste complexer. Een aantal geïnterviewden is zeer te spreken over de voorlichtingsbijeenkomsten die door GGD-NL en Actiz worden georganiseerd en over de door hen verstrekte informatie.

Wat mogelijk meespeelt, is dat alle plaatsen die worden aangevraagd ook gehonoreerd worden. Er is geen sprake van competitie of iets dergelijks. Ook qua financiering en afrekening is er geen onvrede met het financiële proces. Een enkele opleidingsinrichting geeft aan dat de subsidie niet toereikend is, een punt dat eerder genoemd werd voor de kleinere organisaties.

Een knelpunt dat sommige geïnterviewden ervaren is dat er slechts één keer per jaar opleidingsplaatsen kunnen worden aangevraagd. Een aantal van hen kwam hierdoor in problemen. Het is soms lastig op hetzelfde moment kandidaat, opleider en plaats bij elkaar te hebben. Het compenseren van tussentijdse uitval of switches van kandidaat, opleider en/of opleidingsplaats, zijn niet mogelijk of erg ingewikkeld. Enkele citaten:

- *"Als er iemand uitvalt, is het lastig om de opleidingsplaats elders/door iemand anders te laten invullen"*
- *"Nu even wat problemen met de opleidingsplaatsen tweede fase. Er gaat een hele periode overheen voordat je erkend bent als opleidingsinrichting. Wij wilden eerst een goed beleidsplan schrijven, waardoor we te laat waren met het aanvragen. Daarnaast kan het zes tot negen maanden duren. Dat zou sneller moeten kunnen."*
- *"Problemen met termijnen. Dat is nu niet meer mijn taak, maar wat ik begrijp is dat het voor mei moet worden aangegeven. En soms hebben we geen zicht op of dat gaat lukken. En soms zijn er omstandigheden dat iemand uitvalt. En het laten invullen van de opleidingsplaats door een andere persoon is dan lastig."*

4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we de resultaten gepresenteerd van interviews met de opleidingscoördinatoren van 16 verschillende opleidingsinstellingen. De instellingen zijn gespreid naar:

- het aantal opleidingsplaatsen dat zij tussen 2011 en 2014 hebben aangevraagd
- of zij alleen jeugdartsen of ook artsen medische milieukunde, infectieziektenbestrijding en TBCbestrijding opleiden
- GGD'en en niet-GGD'en (thuis- en jeugdzorgorganisaties)

- het aanbieden van GGD jeugdzorg voor 0-19-jarigen, 4-19-jarigen

Alle bevindingen overziend is er een tamelijk grote mate van overeenstemming tussen de opleidingsinstellingen in het interne en externe opleidingsbeleid dat zij voeren, de motivatie om opleidingsinstelling te zijn en de factoren die bij het aanvragen van opleidingsplaatsen een rol spelen. Een aantal knelpunten, of beter gezegd beperkingen, bij het aanvragen van opleidingsplaatsen M&G, die uit het vooronderzoek naar voren kwamen worden door de interviews bevestigd. Maar ook kwamen er een aantal nieuwe en andere factoren rondom het opleidingsbeleid naar voren. We vatten deze hieronder samen.

1. De omvang van de organisatie speelt op meerdere manieren een belangrijke rol. Instellingen die veel artsen in dienst kennen ook een grotere noodzaak om hun komende uittrede op te vangen. Daarnaast hebben grotere instellingen vaak meer opleiders die de artsen M&G in opleiding kunnen begeleiden. Dat geldt vooral voor opleiders voor de tweede fase M&G, die in grote organisaties meer beleidsgerichte taken hebben. Ten derde geven de geïnterviewden aan dat grotere organisaties meer flexibiliteit kunnen opbrengen om zowel opleiders als artsen-in-opleiding vrij te maken voor de opleidingstijd. Voor kleine organisaties wegen de kosten voor accreditatie voor meerdere eerste en tweede fase M&G-opleidingen niet op tegen de baten. Wat hierdoor kan ontstaan, is dat grotere instellingen steeds meer en kleinere opleidingsinrichtingen steeds minder artsen gaan opleiden.
2. Ook speelt het type opleidingsinstelling een rol. Er is een belangrijk onderscheid tussen de GGD'en en de thuiszorg- en jeugdzorginstellingen, dat vooral tot uiting komt in de motivatie en ambitie om opleidingsinstelling te zijn. Een aantal geïnterviewde GGD'en profileert zich bewust als opleidingsinstelling binnen en buiten de regio. Zij willen zo aantrekkelijk mogelijk zijn voor basisartsen en bieden de opleidingsplaatsen M&G bewust aan als loopbaaninstrument. Andere thuiszorg- en jeugdzorginstellingen hebben een meer pragmatisch beleid. Deze werken waar mogelijk met verpleegkundigen en zien taakherschikking als manier om juist minder afhankelijk te zijn van jeugdartsen. Thuiszorg- en jeugdzorginstellingen zijn ook minder ambitieus in het alsnog heropleiden van jeugdartsen die al vóór de invoering van het M&G-opleidingssysteem hun functie zijn gaan vervullen.
3. De GGD'en die ook artsen medische milieukunde, infectieziektenbestrijding en TBCbestrijding opleiden, hebben met nog specifiekere factoren te maken dan de instellingen die alleen jeugdartsen opleiden. Het gaat daarbij om kleinere aantallen artsen-in-opleiding en opleiders, waardoor matching tussen vraag een aanbod moeilijker is en regionale problemen eerder genoemd worden. Het is op deze domeinen van de publieke gezondheidszorg dat opleidingsinrichtingen aangeven samen te werken, al is dat incidenteel en niet structureel. Het 'delen' van opleiders of opleidingsplaatsen (accreditaties) is daar een voorbeeld van. Als het gaat om de jeugdgezondheidszorg is er geen sprake van een extern opleidingsbeleid en samenwerking. Daar bepalen eerder kosten, efficiency en productiviteit het opleidingsbeleid.
4. Een factor die in het bureauonderzoek prominent naar voren kwam, maar niet in de interviews wordt bevestigd, is dat er momenteel een tekort zou zijn aan belangstellende (en gemotiveerde) basisartsen voor een positie als jeugdarts, arts IZB, TBC of MMK. Hier kan sprake zijn van een bias in de 16 gesproken opleidingsinstellingen, maar ook onder de kleinere instellingen, die minder ambitieus lijken, wordt niet genoemd dat gebrek aan kandidaten een rem zet op het aanvragen en invullen van op-

leidingsplaatsen M&G. Wel ervaren sommige instellingen dat oudere interne kandidaten soms geen belangstelling meer hebben om de eerste of tweede fase opleiding M&G te volgen, maar dit is in verhouding ook een klein probleem.

5. Ook de onzekerheid in de omgeving (door transities en decentralisaties) is een factor die wel uit het vooronderzoek naar voren komt, maar niet duidelijk door de geïnterviewden wordt genoemd als bepalend voor het opleidingsbeleid. Geen van de geïnterviewde GGD'en geeft aan haar personeels- en opleidingsbeleid nu meer met de gemeente af te stemmen. Als onzekerheden in de omgeving worden wel genoemd dat het eigenlijk onduidelijk is welke capaciteit en personeelssamenstelling men nu mag of moet aanhouden voor het uitvoeren van de taken. Voor de jeugdgezondheidszorg wordt wel het GGD-Nederland advies en voor infectieziektebestrijding de Visi-norm genoemd. Maar deze zijn niet echt leidend en men ervaart een grote (maar ook wenselijke) ruimte in de eigen personele invulling van de organisatie, ook ten aanzien van het aantal artsen in dienst en in opleiding.
6. Een derde factor die na de reeks van interviews genuanceerd kan worden, is dat het (centraal gereguleerde) proces en systeem van aanvragen van opleidingsplaatsen een knelpunt zou zijn. Nagenoeg alle geïnterviewden zijn positief over het systeem. Wel dwingt het de organisaties tot een jaarlijks inschatting van de benodigde capaciteit, verloop, kandidaten en opleiders, hetgeen voor de kleinere instellingen lastiger en risicovoller is dan voor de grotere. Ook hierbij dient opgemerkt te worden dat de meeste geïnterviewden al enige jaren opleidingsinrichting zijn en dus vertrouwd met het systeem . Het is mogelijk dat bijvoorbeeld jeugd- en thuiszorginstellingen die niet geinterviewd zijn of niet geaccrediteerd zijn als opleidingsinrichting, vanwege de (gepercipieerde) complexiteit van het aanvraagproces geen opleidingsplaatsen aanvragen of hebben aangevraagd.

5 Reflectie vanuit een stakeholderbijeenkomst

5.1 Inleiding

Als laatste en derde fase van dit onderzoek is een stakeholderbijeenkomst georganiseerd ten kantore van het NIVEL op 1 juli 2014. Op dat moment waren de meeste resultaten bekend van de interviewronden die zijn beschreven in het vorige hoofdstuk. Gecombineerd met de resultaten van het bureauonderzoek zijn deze resultaten in een open discussiebijeenkomst van 3 uur voorgelegd aan vertegenwoordigers van GGD-Nederland, ActiZ, KAMG, NVAG, VNG, NPHF, VWS, NSPOH, TNO en LOSGIO. Het Ministerie van VWS was als waarnemer bij de bijeenkomst aanwezig. Alle deelnemers werden persoonlijk uitgenodigd en ze ontvingen van te voren een agenda en een algemene beschrijving van het onderzoek. Men kreeg expliciet te horen dat het doel van de bijeenkomst was om te reageren op de uitkomsten van het onderzoek tot dan toe, om zo ook de visie en observaties van de belangrijkste veldpartijen in het onderzoek mee te kunnen nemen.

Door de opkomst en actieve deelname van alle genoemde organisaties kan gesteld worden dat de stakeholderbijeenkomst geslaagd was. Het veld was breed en goed vertegenwoordigd en de presentatie van de uitkomsten van de interviewronde gaf veel stof tot discussie en reflectie. De discussie was open en constructief, waarbij elke organisatie en vertegenwoordiger zijn of haar eigen inbreng kon hebben. Omdat dit onderdeel van het onderzoek voortbouwt op de vorige onderdelen, worden de 6 conclusies uit het vorige hoofdstuk als uitgangspunt genomen voor de beschrijving van de discussie die in de stakeholderbijeenkomst werd gevoerd. In de bijeenkomst zijn niet precies deze 6 conclusies gepresenteerd, maar wel de onderwerpen die onderdeel uitmaakten van het interviewprotocol voor de opleidingscoördinatoren.

5.2 Reflectie op de conclusie: de omvang van de opleidingsinrichting heeft een versterkend effect op de opleidingsinspanningen

Over het algemeen wordt het belang van schaalgrootte voor de opleidingsinstellingen beaamd. Het opleiden van artsen vergt (voor)investeringen en aanpassingen in personeelsplanning en grotere organisaties hebben daar meer financiële en organisatorische ruimte voor. Kleinere organisaties zijn daardoor nooit aan het opleiden begonnen, zijn afgehaakt of alleen een ‘passieve’ opleidingsinrichting. Het mobiliseren van deze groep zou het aantal aanvragers en aanvragen van opleidingsplaatsen kunnen vergroten. Door fusies neemt het aantal kleinere organisaties in de publieke gezondheidszorg af, waardoor er mogelijk ook meer aanvragen voor opleidingsplaatsen kunnen komen.

In de stakeholderbijeenkomst werd genoemd dat bepaalde organisaties ‘verzadigd’ zijn wat betreft het opleiden, vooral na het wegwerken van de achterstand in jeugdartsen die niet de eerste fase M&G hebben doorlopen. Er is ook een aantal grote GGD’en die bepaalde publieke gezondheidszorgartsen niet zelf opleiden, maar deze aantrekken nadat ze bij een andere GGD zijn opgeleid. Men vindt dat vooral voor het opleiden van artsen in de tweede fase M&G te weinig gebeurt. Juist nu er meer strategisch overleg met gemeenten plaatsvindt, is er meer bestuurlijke kennis nodig bij artsen in de publieke gezond-

heidszorg. Bestuurders van GGD'en en thuiszorgorganisaties zien echter de meerwaarde van de tweede fase M&G-opleiding nog niet en ze zijn erg terughoudend om hun artsen beleidsmatig op te leiden. Dit wordt als een gemiste kans ervaren omdat artsen M&G juist goed zouden kunnen bijdragen aan beleid en advisering binnen en buiten de instelling. Men erkent echter ook dat het profiel van de M&G arts kennelijk nog niet bekend genoeg is. En de invloed van schaalgrootte komt ook hier weer terug, organisaties moeten immers wel al een tweede fase M&G opgeleide arts in dienst hebben die andere artsen kan opleiden. Opleiders voor de tweede fase zijn er in kleine instellingen niet, of er is slechts één persoon die moeilijk vrij te plannen is.

5.3 Reflectie op de conclusie: GGD'en voeren een ander opleidingsbeleid dan thuiszorg- en jeugdzorginstellingen

Het onderscheid tussen GGD'en en thuiszorginstellingen kwam in de stakeholdersbijeenkomst naar voren bij de discussie over de motivatie achter het opleidingsbeleid van instellingen. Men vindt dat er meer planmatig en met visie moet worden opgeleid, niet alleen op geleide van uitstroom en personeelssamenstelling. Men vindt dat een toekomstvisie ontbreekt. Vooral het opleidingsbeleid van thuiszorgorganisaties wordt als te weinig ambitieus getypeerd: basisartsen kunnen kiezen voor een vervolgopleiding, maar als ze dat niet willen, gebeurt het ook niet. Niet voor alle basisartsen die de jeugdartsfunctie gaan vervullen wordt een opleidingsplaats aangevraagd en ook worden artsen in thuiszorgorganisaties niet geselecteerd op hun bereidheid de vervolgopleiding te gaan volgen. Een aantal deelnemers spreekt de zorg uit dat thuiszorgorganisaties met nul-urencontracten werken en dat ze artsen via uitzendbureaus werven. Ook wordt herkend dat sommige instellingen taakherschikking doorvoeren, wat zelfs tot het ontslag van artsen in de publieke gezondheidszorg heeft geleid. Over het algemeen maakt men zich zorgen over het onderbelichte HRM-beleid in thuisorganisaties én GGD'en. Volgens de deelnemers is dat in ziekenhuizen verder ontwikkeld.

5.4 Reflectie op de conclusie: het plannen van opleidingsplaatsen voor artsen MMK, IZB en TBC is lastiger dan voor jeugdartsen

De jeugdgezondheidszorg richt zich meer op productie dan de medische milieukunde, de infectieziekten- en TBC bestrijding en bij de jeugdgezondheidszorg gaat het om grotere aantallen. Dat is volgens de deelnemers een bepalend onderscheid voor het opleidingsbeleid. Bij medische milieukunde, infectieziekten en TBC bestrijding komt het door de kleinschaligheid en het onderzoeksmatige karakter van het vak vaker voor dat er opvolgingsproblemen zijn of dat er op een bepaald moment geen match tussen vraag en aanbod is. Zo wordt de eerdere constatering dat IZB-artsen in het noorden des lands heel lastig te rekruteren zijn, door een te smalle basis en een te kleine arbeidsmarkt, beaamd. Men geeft aan dat daar door de 'niet-jeugdartsen' in de publieke gezondheidszorg nog meer moet worden samengewerkt om vraag en aanbod sluitend te krijgen en regionale tekorten te voorkomen. Een discussiepunt dat daarbij naar voren werd gebracht, is dat regelgeving soms samenwerking tussen instellingen en regio's in de weg staat. Het systeem van toekenning van opleidingsplaatsen aan een bepaalde opleidingsinrichting laat tussentijdse wijzigingen niet of moeilijk toe waardoor er minder flexibiliteit is. Bij jeugdartsen speelt dit vanwege de grote aantallen minder.

5.5 Reflectie op de conclusie: gebrek aan belangstelling onder basisartsen heeft geen invloed meer op de opleidingsinspanningen

Wat betreft het werven en selecteren van basisartsen zijn de meeste deelnemers van mening dat momenteel niet de kwantiteit maar de kwaliteit van de kandidaten een knelpunt is. Men stelt dat er eerder te lage dan te hoge eisen aan kandidaten wordt gesteld. Men is kritisch ten aanzien van wat zij een 'opportunistische houding' van sommige basisartsen noemen, basisartsen die de publieke gezondheidszorg alleen als tijdelijk werkdomein of gelegenheidskeuze uitproberen. Men beaamt dat de arbeidsmarktsituatie ten gunste van de sector is veranderd, maar dat het belangrijk blijft om het imago te verbeteren.

5.6 Reflectie op de conclusie: 'de' onzekere omgeving heeft geen invloed op de opleidingsinspanningen

Uit de discussie komt naar voren dat onzekerheden in de toekomst een grote invloed zullen hebben op het opleidingsbeleid en dus op het aantal aangevraagde opleidingsplaatsen. Een aantal deelnemers ziet duidelijk dat instellingen (bestuurders) nu 'op veilig spelen'. Thuiszorgorganisaties zoeken naar samenwerkingsverbanden en besluiten daardoor niet of weinig op te leiden. Het gevaar bestaat dat eventuele uitgaven aan opleiding en nieuw aangetrokken personeel bij een fusie of samenwerking overbodig blijken te zijn. Deze onzekerheden zetten een rem op investeringen in personeel en opleiding.

Onzekerheden worden ook genoemd in de relatie tussen GGD'en en gemeenten. Deze wordt omschreven als 'weerbarstig' en 'ongewis' omdat, vanuit beide kanten, onduidelijk is wat de nieuwe verhoudingen zullen worden. Men verwacht niet dat de gemeenten zich op korte termijn met het opleidingsbeleid van GGD'en gaan bemoeien. Maar men vindt het wel een slechte zaak dat sommige gemeenten helemaal niets weten van het personeels- en opleidingsbeleid van hun GGD. Wethouders houden zich alleen op strategisch niveau met de publieke gezondheidszorg bezig, niet met 'hun' dokters en hoe die opgeleid worden. Deze 'management-bijziendheid' en afstand tussen beleid en praktijk kan veranderen als artsen M&G ook gesprekpartners van de gemeente worden. Dit punt werd eerder genoemd onder 5.2 waar het ging over de meerwaarde van de tweede fase opleiding M&G.

5.7 Reflectie op de conclusie: het aanvraag- en invullingsproces heeft geen invloed op de opleidingsinspanningen

De stakeholders beamen dat het huidige proces van aanvragen en toekennen van opleidingsplaatsen goed verloopt. Instellingen zijn inmiddels bekend met het systeem en daar op ingesteld. Wel vindt men dat er meer aandacht kan komen voor instellingen die nog geen opleidingsaccreditatie hebben of relatief weinig plaatsen aanvragen. Zoals al eerder opgemerkt heeft men het idee dat er een onbenut potentieel aan opleidingscapaciteit is, bestaande uit instellingen die zich ten onrechte onttrekken aan het opleiden van basisartsen omdat dit al door anderen wordt gedaan en men ook zonder opleidingsplaatsen kan functioneren.

Een ander aandachtspunt dat werd genoemd, is dat het 'niet op naam' aanvragen van opleidingsplaatsen teveel vrijblijvendheid met zich mee brengt. Anderen vinden dat deze

mogelijkheid wel moet blijven bestaan. Dit hangt samen met beleidskeuzes bij het opleiden: wordt er een opleidingsplaats voor een beschikbare kandidaat gecreëerd en aangevraagd of wordt er een opleidingsplaats aangevraagd waarna daar een kandidaat voor gezocht wordt? Beide varianten komen in de praktijk voor. Niet duidelijk is of de één de voorkeur geniet boven de andere en ook niet of dit een verschil zou maken voor het totaal aantal opleidingsplaatsen dat wordt aangevraagd.

5.8 Slotopmerkingen

Ter afsluiting van de bijeenkomst wordt geconcludeerd dat kosten en onzekerheden een zodanige rol spelen, dat subsidie op de M&G-opleidingen een absolute voorwaarde voor instellingen is om te (blijven) opleiden. Men geeft aan dat als de subsidie zou wegvallen, ook het vervolgopleiden van artsen binnen de publieke gezondheidszorg voor een groot deel zou stoppen. Tegelijkertijd wordt geconcludeerd dat de urgentie ontbreekt om meer artsen te gaan opleiden in de publieke gezondheidszorg. Een ongewenste situatie, want het aantal op te leiden M&G artsen speelt een rol bij de positionering van de publieke gezondheidszorg binnen het zorgstelsel. Men deelt de mening dat de arts M&G beter gepositioneerd moet worden. De transities in 2015 vragen een duidelijke rol van de jeugdarts en de arts M&G. De link met de gemeente, die al eerder werd genoemd, moet volgens de deelnemers juist nu opgepakt worden door de artsen JGZ en M&G. De opdracht voor het veld is om collectief het opleidingsklimaat te verbeteren, daarbij ‘minder in hokjes’ te denken en niet alleen beleid te voeren voor de eigen regio, instelling of discipline. Deze aanbeveling uit de stakeholderbijeenkomst komt terug in het volgende concluderende hoofdstuk.

6 Conclusies en aanbevelingen

Kort samengevat was de hoofdvraag van dit onderzoek: welke knelpunten en belemmeringen bestaan er ten aanzien van de instroom in de opleiding tot profielarts jeugdgezondheid, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en medisch milieukunde (KNMG), en de tweede fase arts M&G met dezelfde profielen, en kunnen deze knelpunten en belemmeringen nader gespecificeerd en verklaard worden?

De resultaten overziend is de belangrijkste conclusie dat de achterblijvende instroom in de profielarts en M&G opleidingen op centraal niveau wél, maar op decentraal niveau níet als problematisch wordt ervaren. Publieke gezondheidszorgorganisaties ervaren op dit moment geen urgentie om méér basisartsen te gaan opleiden. Tot nu toe blijkt ook uit cijfers, dat het aantal organisaties dat opleidingsplaatsen kan aanvragen stabiel is en dat het aantal opleidingsplaatsen dat zij aanvragen licht daalt. De opleidingsinrichtingen leiden, naar eigen zeggen, op naar vermogen en behoefte. Zij ervaren in ieder geval geen knelpunten (meer) in de vorm van tekorten wat betreft kandidaten of financiering van de opleidingen.

Er zijn verschillende redenen waarom instellingen in de praktijk niet meer artsen opleiden dan zij nu al doen. Voor de profiel- en M&G-opleidingen tot jeugdarts speelt, dat veel instellingen net een achterstand hebben ingelopen met het opleiden van jeugdartsen die alsnog de profielopleiding zijn gaan volgen. Aan basisartsen die voor de jeugdgezondheidszorg worden aangenomen, wordt over het algemeen de opleiding tot profielarts aangeboden, maar niet de tweede fase opleiding tot arts M&G. Voor de laatst genoemde opleiding, die meer op beleid en onderzoek is gericht, zijn minder opleiders beschikbaar en vaak ziet men er binnen de instelling de meerwaarde er niet van in. Vooral kleinere instellingen ervaren het als probleem dat het opleiden van artsen tijd en organisatie kost die door de subsidie niet volledig wordt gecompenseerd. De transities, decentralisaties en fusies waarmee GGD'en en thuiszorginstellingen te maken hebben blijken als reactie op te roepen dat men terughoudend is in het meer of verder opleiden van jeugdartsen. Op brancheniveau wordt tevens als oorzaak genoemd dat instellingen te weinig visie en ambitie tonen in hun personeels- en opleidingsbeleid. De veranderende omgeving maakt het volgens hen noodzakelijk dat er meer in de strategische personeelsplanning van jeugdartsen geïnvesteerd gaat worden, maar ook deze urgentie wordt binnen de instellingen niet zo ervaren. Men is autonoom in het bepalen van het opleidingsbeleid en men wil dat graag zo houden.

Voor de achterblijvende instroom in de opleiding tot arts infectieziektebestrijding, TBC bestrijding en medische milieukunde gelden vergelijkbare redenen. Het gaat hier echter om kleinere aantallen en qua volume om een kleiner probleem. Zo loopt het aantal aanvragen voor de tweede fase opleiding tot arts M&G infectieziektebestrijding bijna in de pas met het instroomadvies. Specifiek aan deze beroepen is, dat er eerder lokale tekorten aan kandidaten en opleidingsinrichtingen optreden. Daarom vragen instellingen (GGD'en) soms samen opleidingsplaatsen aan. Dit geeft aan dat het opleidingsbeleid van instellingen soms wél extern gericht is.

Welke oorzaken voor de discrepantie tussen centraal beleid en decentrale praktijk vormen nu (knel)punten waarvoor aanbevelingen te formuleren zijn? We definiëren daartoe een drietal thema's waarvoor, ons inziens, een oplossingsrichting geschetst kan worden.

1. *De relatieve kosten voor het behalen van een opleidingsaccreditatie en het in de praktijk opleiden van artsen zijn voor sommige organisaties te hoog*

We constateerden dat zowel GGD'en als jeugd- en thuiszorginstellingen terughoudend en autonoom in hun opleidingsbeleid zijn en dat dit vooral geldt voor de kleinere instellingen. Bij kleinere organisaties trekken de opleidingsactiviteiten een relatief zware wissel op de bezetting. Zij zijn minder flexibel bij het inzetten van de subsidie voor vervanging van de artsen in opleiding en de opleiders. Om diezelfde reden is het verder opleiden van profielartsen in de tweede fase opleiding M&G voor hen minder aantrekkelijk. Als een organisatie geen opleider en/of accreditatie voor deze opleiding heeft, zal het aanvragen van opleidingsplaatsen ook niet van de grond komen.
Het kostenaspect kwam ook uit de interviews en stakeholderbijeenkomst naar voren in relatie tot de trend in de thuiszorg om flexibele en goedkopere arbeidskrachten in te zetten, die het werk van jeugdartsen overnemen. Een aantal instellingen gaf aan bewust meer verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen te hebben geworven om zo de organisatie minder afhankelijk te maken van hun artsen. Voor deze instellingen zal dat er zelfs toe leiden dat zij minder artsen M&G gaan opleiden.

2. *Instellingen leiden op naar eigen behoefte, de urgentie van landelijk dreigende tekorten worden niet ervaren*

Alle instellingen, de thuiszorgorganisaties wat vaker dan de GGD'en, geven aan dat men primair opleidt voor de eigen organisatie. Dit is vanuit bedrijfseconomisch oogpunt begrijpelijk, maar leidt in dit geval tot een typisch onbedoeld gevolg, namelijk dat de optelsom steeds in een achterblijvende opleidingsinspanning resulteert. Een belangrijk punt is dat men het landelijke achterblijven van de instroom niet als een eigen probleem ervaart en daar ook geen verantwoordelijkheid voor voelt. Aan de andere kant zien we bij het opleiden van artsen medische milieukunde wél meer noodzaak om ook naar andere organisaties te kijken en samen te werken. De opleidingscoördinator van een GGD, die aangaf het als plicht te zien om als opleidingsinrichting ook voor andere instellingen op te leiden, blijft vooralsnog een uitzondering. Op brancheniveau constateert men ook dat instellingen meeliften op de opleidingsinspanningen van anderen.

3. *Er is weinig coördinatie tussen en van publieke gezondheidszorgorganisaties*

Verschillende stakeholders gaven aan dat instellingen nog een weinig gecoördineerd HRM-beleid voeren. GGD'en en thuiszorginstellingen zouden juist nu een meer strategisch opleidingsbeleid moeten gaan ontwikkelen om op de transities en de veranderende relatie met gemeenten in te spelen. Omdat dit complexe opgaven zijn, is ondersteuning en advies door overkoepelende organisaties van belang. Uit de geanalyseerde rapporten blijkt, dat er al de nodige initiatieven zijn genomen om meer coördinatie en lijn in het arbeidsmarkt- en personeelsbeleid binnen de publieke gezondheidszorg te krijgen. Voor het instroomtekort in profielarts en M&G opleidingen zijn er weer nieuwe kansen en bedreigingen bij gekomen, zoals dit onderzoek ook laat zien. Dit vergt opnieuw coördinatie en het ontwikkelen van een visie waar alle organisaties en stakeholders zich aan willen committeren. Pas dan kan regie worden gevoerd en kunnen GGD'en en thuiszorginstel-

lingen concreter geadviseerd worden over hun strategisch personeels- en opleidingsbeleid.

Een oplossingsrichting en aanbevelingen

De drie thema's zijn complex en kunnen vanuit verschillende perspectieven worden bekeken, maar hangen ook met elkaar samen. Een oplossingsrichting dient de drie thema's dus te verbinden. We beginnen met het thema dat er een gezamenlijke visie geformuleerd zou moeten worden op het strategische personeelsbeleid van de publieke gezondheidszorgorganisaties, waarbinnen de profielartsen en artsen M&G in teamverband een duidelijk rol hebben. Vanuit die visie kunnen adviezen worden opgesteld omtrent de gewenste verhoudingen in de *skill mix* van eerste en tweede fase artsen M&G, verpleegkundigen en ondersteunende beroepen. Die adviezen fungeren dan als richtlijn of 'benchmark' voor instellingen, waarbij het belangrijk is dat deze afgestemd kunnen worden op de specifieke kenmerken van de regio. Vanuit de veldpartijen, branche- en beroepsorganisaties zou een regieorgaan in het leven kunnen worden geroepen dat deze taak op zich neemt.

Parallel daaraan is het cruciaal dat het veld, de publieke gezondheidszorgorganisaties, het voordeel zien van zo'n regieorgaan en daaraan willen meewerken. Deze voordelen dienen in ieder geval gerelateerd te zijn aan de kosten en onzekerheden die hun beleid nu zo sterk lijken te bepalen.
Wat betreft de kosten kan het voorstel verkend worden om aan de organisaties duidelijk te maken dat zij ervoor kunnen kiezen meer of minder artsen op te leiden, maar dat deze keuze gerelateerd is aan de keuze die hun collega organisaties in de regio maken. Zo kunnen de schaalvoordelen van instellingen die relatief veel artsen opleiden vergroot worden, maar dienen andere instellingen die niet of minder opleiden bereid te zijn deze artsen 'af te nemen'. Dit vergt extra coördinatie maar kan het probleem oplossen dat alle organisaties gezamenlijk hun opleidingscapaciteit nu suboptimaal benutten.
Wat betreft de onzekerheden is het van belang dat publieke gezondheidszorgorganisaties weten dat de visie van het regieorgaan ondersteund wordt door de partijen waar zij verantwoording aan afleggen, vooral de gemeenten en voor de opleidingsplaatsen het Ministerie van VWS. Deze dienen dus bij de visievorming betrokken te worden. Daarmee kan er ook een sterkere sturing komen op de opleidingsgelden die nu gereserveerd worden voor de acht M&G opleidingen. Deze sturing kan uiteraard het wegwerken van de huidige achterstand in de opleidingsinstroom tot doel hebben, maar tevens een efficiënte verdeling van opleidingscapaciteiten over Nederland.

Voor elke oplossingsrichting geldt dat die bij moet dragen aan de overbrugging tussen de centrale en decentrale 'wereld', die uit dit onderzoek prominent, maar ook als onbedoeld naar voren komt. Daarom is tenslotte een randvoorwaarde dat het hiervoor voorgestelde regieorgaan haar adviezen afstemt met het Capaciteitsorgaan. Die kan doorrekenen welke gevolgen bepaalde normen of adviezen zouden hebben voor de benodigde instroom in de M&G opleidingen. Hierdoor kan de wisselwerking tussen de opleidingspraktijk en de instroomregulering als beleidsinstrument voor de publieke gezondheidszorg verbeterd worden.

Literatuur

Andersson Elffers Felix. Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. AEF: Utrecht, 2013

Baaijens, H & N. Warmenhoven. Korte weergave van de gesprekken n.a.v. rapport capaciteitsraming in zomer en najaar 2013. NPHF, Utrecht, maart 2014

Butterman, O. & M. van der Waal. Functies, beroepen en opleidingen in de publieke gezondheidszorg, een kwalitatief overzicht van de stand van zaken en een blik op de toekomst. CBOG, 2010.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013; deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen. Capaciteitsorgaan: Utrecht, 2013

CBOG. Instroombevordering opleiding jeugdarts KNMG. Een discussiedocument. Utrecht, 2012

GGD Nederland. Eindrapportage Project positionering Beroep en Opleiding Arts M&G, augustus 2010.

Jambroers, M., van Honschooten, Essink Bot. Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland. Resultaten van een landelijk onderzoek. AMC: Amsterdam, 2013

KAMG. De bevolking gezond houden. Position paper Artsen Maatschappij & Gezondheid. KAMG; Utrecht, 2012

Meer, G. de, Groot, B., & Nellissen, J. De positionering van de arts Maatschappij & Gezondheid. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 88(8), 425-426, 2010.

NPHF. Brief aan DG Huijts mbt capaciteitsraming artsen Infectieziekten en Artsen Jeugdgezondheidszorg, 16 oktober 2013

NPHF. Plan van aanpak beroepen en opleidingen Sociale geneeskunde. Gespreksnotitie. Utrecht, maart 2014

Van der Gulden, J. Sociale geneeskunde verdient meer aandacht in studentenonderwijs. TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 90(7), 387-388, 2012.

Bijlage I: De artsen publieke gezondheidszorg

Gemeenten, GGD'en dragen in Nederland volgens de Wet Publieke Gezondheidszorg zorg voor het bevorderen van medisch-milieukundige zorg (Artikel 2, Stb. 2008, 460), zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (Artikel 5, Stb. 2008, 460), zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding (Artikel 6, Stb. 2008, 460), waaronder onder andere ook het bestrijden van tuberculose behoort. Het merendeel van de artsen in de publieke gezondheidszorg is dan ook werkzaam bij een GGD, maar zij werken tevens bij thuiszorginstellingen, ministeries, in ziekenhuizen, in de geestelijke gezondheidszorg, bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, op universiteiten, bij zorgverzekeraars en bij meldpunten Kindermishandeling.

Medisch milieukundigen
De medische milieukunde is een vak dat zich richt op de invloed van milieufactoren en gezondheid. Het primaire doel van de medisch milieukundigen is het streven naar een zo gezond mogelijke leefomgeving. Zij geven adviezen over hoe gezondheidsrisico's ten gevolge van milieudeterminanten te voorkomen en te beperken en houden zich onder andere bezig met bodem-, water- en luchtverontreiniging, geluid- of stankoverlast en elektromagnetische straling (website NVMM, PM). Medisch milieukundigen zijn onder meer werkzaam bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en). In de laatste jaren zijn medisch milieukundigen steeds vaker werkzaam binnen onderzoeksinstellingen (zoals universiteiten en het RIVM) op het gebied van milieu en gezondheid.

Jeugdartsen
De jeugdgezondheidszorg richt zich op een gezond en veilig opgroeien van alle kinderen vanaf de geboorte tot de leeftijd van 19 jaar. De voornaamste doelen van de jeugdarts zijn het bewaken en bevorderen van de gezondheid van de jeugd en het voorkomen of tijdig opsporen van ziekten. Zij houden zich bezig met zowel de individuele gezondheid als de gezondheid van groepen jeugdigen, en betrekken daarbij de lichamelijke, cognitieve, psychosociale en emotionele ontwikkeling, de leefomgeving, de leefstijl en de gezondheidszorgvoorzieningen. Jeugdartsen zijn onder andere werkzaam bij GGD'en, thuiszorginstellingen en JGZ-instellingen.

Artsen infectieziektebestrijding
Artsen infectieziektebestrijding richten zich op het voorkómen van infectieziekten en op het doelmatig bestrijden van uitbraken van verschillende besmettelijke ziekten, zoals kinkhoest, bof, hepatitis A, B en C. Artsen infectieziektebestrijding zijn onder andere werkzaam op de afdeling Infectieziekten van de GGD, waar zij aan de hand van een melding van vermoeden van bepaalde infectieziekten beoordelen of er besmettingsgevaar dreigt en of er maatregelen (zoals interventie door middel van chemoprofylaxe, vaccinatie, hygiëneadviezen of anders) genomen moeten worden. De GGD heeft dan de taak om de bron van de infectie op te sporen en contacten van de geïnfecteerde patiënt op de hoogte te stellen. De GGD werkt bij de bestrijding van infectieziekten samen met vele artsen en instellingen. Andere instanties en organisaties waar artsen infectiebestrijding werkzaam kunnen zijn en die betrokken zijn bij infectieziektebestrijding zijn onder ande-

re het Centrum voor infectieziektebestrijding (CIb, onderdeel van het RIVM) en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR).

Tuberculoseartsen
Tuberculoseartsen zijn deskundigen in de tuberculosebestrijding op regionaal en nationaal niveau die zich richten op het bestrijden en voorkómen van tuberculose (TBC). TBC is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door bacteriën van het Mycobacterium tuberculosis-complex. De meest voorkomende vorm is longtuberculose, maar tuberculose kan ook voorkomen in andere delen van het lichaam, zoals bijvoorbeeld in de lymfeklieren, gewrichten, botten of in de hersenen. Een tbc-patiënt is besmettelijk wanneer er afwijkingen zijn in de longen met een open verbinding naar de luchtwegen. Dan wordt gesproken van open tuberculose.

De GGD spoort TBC op met röntgenfoto's en de Mantouxtest (prikje in de onderarm). Van de 1000 personen in Nederland waarbij TBC wordt vastgesteld, wordt ongeveer 30% door de GGD ontdekt. De andere 70% wordt ontdekt door medisch specialisten in het ziekenhuis (http://www.ggd.amsterdam.nl/infectieziekten/tuberculose/onderzoek/). Mensen waarbij TBC is vastgesteld worden behandeld door de tuberculose-arts. Ook wordt rond elke tuberculosepatiënt een contactonderzoek uitgevoerd. Dan wordt onderzocht of de besmette patiënt andere mensen heeft geïnfecteerd en of er een besmettingsbron ontdekt kan worden. Contactonderzoeken worden uitgevoerd door de afdeling TBC-bestrijding van de GGD.

Bijlage II: De opleiding artsen M&G

Opleiding en opleidingsplaatsen

De vier publieke gezondheidszorg-beroepen medisch milieukundigen, jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding en tuberculose-artsen vallen onder de Artsen Maatschappij en Gezondheid (M&G). Het doel van de Arts Maatschappij en Gezondheid (M&G) is het bevorderen en bewaken van de gezondheid van de bevolking. De opleiding tot Arts Maatschappij en Gezondheid is naast Arbeid en Gezondheid een hoofdstroom binnen de sociale geneeskunde. De opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid is een integrale opleiding die bestaat uit twee fasen van elk twee jaar. De eerste fase is een beroepsgerichte eerste fase waarin gekozen wordt uit één van de zeven eerder benoemde specialismen (profiel). De eerste fase leidt op tot deelregistratie in één van de profielen van maatschappij en gezondheid. De tweede fase richt zich op beleid, visieontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek in de publieke gezondheid. Afronding van de tweede fase leidt tot een registratie Arts M&G (BIG registratie medisch specialist). Onder de Artsen Maatschappij en Gezondheid vallen naast de vier publieke gezondheidszorg opleidingen ook nog Forensische geneeskunde, Sociaal Medische indicatiestelling en advisering en Beleid en Advies.

De procedure en toewijzing van de instroomplaatsen voor artsen in de publieke gezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculose of medisch milieukunde eerste fase of tweede fase) wordt weergegeven in tabel 3.1. Het betreft de toewijzing van de opleidingsplaatsen voor de profielopleidingen voor zowel de eerste als tweede fase. Een instelling kan overigens pas Artsen In Opleiding tot Specialist (AIOS) in opleiding nemen indien deze als opleidingsinrichting is erkend door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Dus formeel gezien is dit een eerste stap die gezet moet worden alvorens de procedure toewijzing instroomplaatsen wordt gestart. De procedure tot erkenning neemt zes tot acht maanden in beslag.

Tabel II.1 Procedure en planning toewijzing instroomplaatsen voor 2014 voor de opleidingen arts M&G d.d. 25 april 2013

9 april 2013	Opleidingsinrichtingen ontvangen van GGD Nederland en ActiZ een formulier om aantal te realiseren instroomplaatsen per profiel in 2014 in aan te geven.
17 mei 2013	Deadline terugzenden volledig ingevuld formulier 'opgave van gewenste instroomplaatsen' GGD Nederland of ActiZ.
31 mei 2013	GGD Nederland en ActiZ leggen concept toewijzingsvoorstel voor aan de directies van opleidingsinrichtingen.
14 juni 2013	Deadline terugzenden volledig ingevuld formulier 'reactie op voorlopig toewijzingsvoorstel subsidiabele Arts M&G-opleidingen' GGD Nederland of ActiZ.
15 juli 2013	GGD Nederland en ActiZ overhandigen definitieve toewijzingsvoorstel aan VWS en directies van opleidingsinrichtingen.
15 augustus 2013	VWS stelt het verdeelplan vast.
26 november 2013	GGD Nederland, KAMG en ActiZ organiseren een evaluatiebijeenkomst over de toewijzingsronde van instroomplaatsen 2014 t.b.v. de Arts M&G-opleidingen.

Bron: Protocol ten behoeve van toewijzing instroomplaatsen voor 2014 voor de opleidingen arts M&G d.d. 25 april 2013