

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 5

Specialist Ouderengeneeskunde

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde

**Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2013
voor de medische, tandheelkundige,
klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen**



Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	7
1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan	8
1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten	8
1.4 Indeling van dit deelrapport	8
2. Positionering Specialist Ouderengeneeskunde	11
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Overzicht aanverwante disciplines.....	11
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	12
3. Opleiding	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Adviezen.....	15
3.3 Besluiten	15
3.4 Realisatie	16
3.5 Intern rendement	17
3.6 Conclusies	18
4. Zorgvraag	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Demografie	21
4.3 Epidemiologie.....	24
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen.....	24
4.5 Onvervulde zorgvraag.....	27
4.6 Conclusie zorgvraag.....	30
5. Zorgaanbod	31
5.1 Inleiding	31
5.2 Omvang beroepsgroep.....	31
5.2.1 Aantal geregistreerd	31
5.2.2 Sociale geriatrie	31
5.2.3 Aantal werkzaam.....	32
5.2.4 Geslacht en leeftijdsverdeling.....	33
5.3 Omvang dienstverband	34
5.4 Instroom in het vak.....	35
5.5 Uitstroom uit het vak.....	35
5.5.1 Niet meer geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde	36
5.6 Conclusie zorgaanbod	39
6. Werkproces	41
6.1 Inleiding.....	41
6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	41
6.3 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd	41
6.4 Efficiency	42

6.5	Taakherschikking/taakverschuiving.....	43
6.5.1	Horizontale taakherschikking.....	43
6.5.2	Verticale taakherschikking.....	44
6.6	Conclusie werkproces.....	44
7.	Scenario's	45
7.1	Inleiding.....	45
7.2	Beleidsarm scenario of Referentiescenario.....	45
7.3	Realistisch scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	45
7.3.1	Arbeidstijdvariant.....	46
7.4	Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	47
7.5	Maximaal scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	47
7.6	Conclusie scenario's.....	48
8.	Overwegingen en advies	53
8.1	Inleiding.....	53
8.2	Beleidsontwikkelingen.....	53
8.2.1	Verenso en SOON.....	53
8.2.2	Beleid overheid.....	54
8.2.3	AWBZ en Zorgverzekeringswet.....	54
8.2.4	Maatschappelijke veranderingen.....	55
8.2.5	Taakherschikking.....	55
8.2.6	Buitenland.....	55
8.2.7	Relatie met andere adviezen.....	55
8.2.8	Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen.....	56
8.3	Onzekerheden.....	56
8.3.1	Vraag.....	56
8.3.2	Aanbod.....	56
8.3.3	Werkproces.....	56
8.3.4	Opleidingscapaciteit.....	56
8.3.5	Belangstelling voor het vak.....	57
8.4	Belangrijkste scenario's.....	57
8.5	Advies instroom.....	57
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan.....	58
Bijlage 2:	Parameterwaarden Capaciteitsplannen 2008, 2009, 2010 en 2013.....	59
Bijlage 3:	Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Prismant.....	60
Bijlage 4:	Nadere toelichting op BIG/SSB-gegevens van het CBS.....	62
Bijlage 5:	Procedure en betrokken experts.....	63

Samenvatting

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich sinds de erkenning in 1990 stormachtig ontwikkeld. Met **1.491** geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde was het op 1 januari 2013 getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. Daarnaast werken er nog **30** sociaal geriateren in hetzelfde veld. Door de toenemende vergrijzing zal de zorgvraag sterk stijgen en zal de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde (SO) in de komende 10 jaar ook (moeten) groeien. Veranderingen in de leefsituatie en hogere opleidingsstatus van de bevolking dempen deze ontwikkeling enigszins.

Nieuw beleid

Het regeerakkoord “Bruggen slaan” van de VVD en PvdA en het daaruit voortvloeiende nieuwe overheidsbeleid is gericht op de overheveling van een deel van de AWBZ-gefinancierde zorg naar de Zorgverzekeringswet en Gemeenten. Dit nieuwe beleid zal voor de intramurale én de extramurale ouderenzorg grote consequenties hebben. De geriatrische revalidatie is per 1 januari 2013 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Indicatiestelling voor de geriatrische revalidatie door het CIZ is daarmee komen te vervallen.

Door nieuwe afbakeningscriteria voor de kern-AWBZ zal het aantal mensen dat daadwerkelijk in een instelling of woonzorgcentrum verblijft, gaan dalen. Ouderen met een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket (ZZP1-4), die veilig thuis kunnen wonen, zullen een beroep moeten doen op gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw). Door de daling van het totale aantal intramurale cliënten zal het aandeel van de intramurale cliënten met een indicatie voor een hoog zorgzwaartepakket (ZZP 5-10) stijgen. Deze gefaseerde hervormingen leiden intramuraal dus tot een complexere zorgvraag. Extramuraal zal de zorgverlening competitiever worden. Voor de huisartsen is in het regeerakkoord een sleutelrol weggelegd voor de coördinatie van zorg aan huis. Ook voor de kwetsbare ouderen. De zorg, of het advies over de zorg, voor deze cliënten zal in overleg met de huisarts door de Specialist Ouderengeneeskunde geleverd kunnen (blijven) worden.

Tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde

In 2010 werd er twijfel geuit of het specialisme ouderengeneeskunde wel voldoende zou groeien om de stijgende zorgvraag bij te benen. In het bijzonder de achterblijvende belangstelling van basisartsen voor instroom in deze opleiding baarde zorgen. Nu, drie jaar later, weten we dat de geadviseerde instroom in de opleiding niet is gerealiseerd en het aantal vacatures voor Specialisten Ouderengeneeskunde verder is gestegen tot 18% in het eerste kwartaal van 2013.

Het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde is hoog. Het aantal basisartsen werkzaam in de ouderenzorg is de laatste jaren sterk gestegen. Dat wijst op een grote onvervulde vraag. In het veld wordt de benodigde zorg steeds vaker geleverd door gebruik te maken van taakherschikking naar basisartsen, verpleegkundigen, Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants.

De stijging van de zorgvraag op basis van de demografie gaat harder dan in 2010 werd voorzien. Het tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde zal daardoor veel minder snel ingelopen kunnen worden dan in 2010 was gehoopt. Het beleid voor taakherschikking zal daar gericht rekening mee moeten houden. En de behandelpraktijk zal professioneler en efficiënter moeten gaan functioneren.

1 Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA (29 oktober 2012)

Innovaties en projecten

Tussen instellingen zijn grote verschillen te zien in de ratio van het aantal Specialist Ouderengeneeskunde en het aantal bedden dat zij bedienen. De grote variatie kan deels verklaard worden door de grootte van de instellingen en deels door historisch en lokaal bepaald beleid. Er moet nog veel gebeuren om het zorgaanbod in alle instellingen in evenwicht te brengen met de stijgende zorgvraag. Voor de invoering van innovaties is echter beleid nodig en dit kost jaren.

Door de hervorming van de langdurige zorg blijven mensen langer thuis wonen en zal de ouderenzorg er in 2031 heel anders uit zien dan nu. Het specialisme ouderengeneeskunde anticipeert al op deze ontwikkelingen. De KNMG heeft in haar standpunt² uit 2010 over de medische zorg voor kwetsbare ouderen vastgelegd dat de Specialist Ouderengeneeskunde een belangrijke rol kan vervullen als consultant van de huisarts. In 2011 en 2012 is daar door de huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde, zowel op koepelniveau als in het veld, goed gehoor aan gegeven. Er zijn tal van praktijkvoorbeelden beschreven die als voorbeeld kunnen dienen.

Verenso en Soon hebben campagne gevoerd om het imago van de Specialist Ouderengeneeskunde te verbeteren. Het effect daarvan begint zichtbaar te worden onder studenten die co-schappen hebben gevolgd in de ouderenzorg en daarna een opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde in overweging nemen. De opleidingsinstituten passen de selectie- en toewijzingscriteria aan om goed gemotiveerde basisartsen op te kunnen leiden met minder uitval tijdens de studie. Op landelijke schaal zijn er grote projecten en programma's met aandacht voor de ouderenzorg in de steigers gezet, waaronder het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Deltaplan Dementie en kaderopleidingen voor huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde.

Eind 2012 heeft het College Geneeskundig Specialisten (CGS) zich met het Project Ouderenzorg in de opleiding ten doel gesteld meer aandacht voor ouderenzorg in de vervolgopleidingen van alle specialisten te krijgen.

Advies

Op basis van de beschreven ontwikkelingen adviseert het Capaciteitsorgaan de instroom te bepalen op basis van het voorkeurs of **reëel scenario** met evenwicht op de korte termijn (2025). Dat komt uit op een instroom van **120** aios. Daarmee kunnen, als de recent stijgende interesse voor het beroep nog doorzet, de opleidingsplaatsen het best benut worden en kan het aantal (langdurige) vacatures sneller afnemen.

Als de verticale substitutie achter blijft bij de verwachtingen dan kan gekozen worden voor het **realistische scenario** zonder inzet van aanverwante disciplines met doorgaande trend (2031) wat uitkomt op een instroomadvies van **128** aios.

2 KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

1. Inleiding

Dit deelrapport bij het Capaciteitsplan 2013 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding 'Specialist Ouderengeneeskunde' (SO). Dit deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan 2013 gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2013 omvat naast het instroomadvies over het Specialisme Ouderengeneeskunde ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), de mondzorg (kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde. Over elk van deze onderwerpen is ook een apart deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

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

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

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken rond bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbordsessies.

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

1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan

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

In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroep van de tandartsen en de mondhygiënist te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Aanleiding voor dit advies was het gegeven dat het Capaciteitsorgaan al sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in deze twee opleidingen. Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg.

Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2012 is deze activiteit structureel onderdeel van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor het specialisme ouderengeneeskunde zijn de volgende:

1. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat pas sinds 1990. Het is een van de jongste specialismen in Nederland. De naam 'verpleeghuisarts' is per 15 juli 2009 gewijzigd in 'Specialist Ouderengeneeskunde'.
2. De opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde is in 2007 verlengd van 2 naar 3 jaar. De reden hiervoor was de inpassing in het curriculum van de voorheen zelfstandige opleiding sociale geriatrie.
3. Van de oorspronkelijke groep sociaal geriateren zijn er in 2013 nog ruim 30 werkzaam in de ouderenzorg.
4. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat niet in het buitenland. Instroom van Specialist Ouderengeneeskunde uit het buitenland komt dus niet voor.
5. Omdat geneeskundestudenten en basisartsen weinig kennis van en affiniteit met het specialisme hebben, is er de afgelopen drie jaar actief gewerkt aan een beter imago van het vak en betere randvoorwaarden. De universiteiten gaan de curricula aanpassen om geneeskundestudenten meer gelegenheid te bieden kennis te maken met het specialisme ouderengeneeskunde tijdens de co-schappen.
6. De gemiddelde leeftijd van artsen bij instroom in de vervolgopleiding is 35 jaar.

1.4 Indeling van dit deelrapport

De volgende hoofdstukken bespreken de onderdelen die van belang zijn voor de onderbouwing van het advies over de instroom in de medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde vanaf 2015. Er wordt een toelichting gegeven op de waarden en de ontwikkeling van de belangrijkste parameters die zijn gebruikt in het ramingsmodel voor de berekening van het instroomadvies.

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

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door het geven van advies over de benodigde instroom in de erkende medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de geschiedenis van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de **gerealiseerde instroom** in de erkende medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde van 2005 tot 2013. De adviezen van het Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding passeren de revue. Verder vindt in dit hoofdstuk vaststelling van de parameter 'verwacht intern rendement' plaats, op basis van resultaten uit het verleden.

In de volgende drie hoofdstukken worden de drie verschillende hoofdstromen binnen het model van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1) doorgenomen. Hoofdstuk 4 beschrijft de **verwachte ontwikkeling** van de **zorgvraag** in fte's. Deze ontwikkeling verandert continu. De ontwikkelingen aan de aanbodzijde bieden echter maar beperkte en vertraagde mogelijkheden tot bijsturing in reactie op de zorgvraag. Er is daarom gekozen voor ramingen op de lange termijn. Dit betekent dat de zorgvraag in diverse beleidsscenario's geraamd wordt voor het eerste vaste evenwichtsjaar 2025 en het tweede vaste evenwichtsjaar 2031.

Het Capaciteitsorgaan bestudeert relevant onderzoek, laat onderzoeken doen en schakelt experts in. Desondanks is een aantal ontwikkelingen niet te vangen in puntschattingen. Deze ontwikkelingen worden gevangen in scenario's, die door de experts worden opgesteld. Het Capaciteitsorgaan hanteert in elk scenario een minimum en een maximum waarde voor de betreffende ontwikkeling. Sommige scenario's worden met elkaar gecombineerd.

Het beleidsarme scenario gaat uit van een onveranderde zorgvraag. Het realistische scenario gaat uit van plausibel ingeschatte veranderingen in de demografische zorgvraagontwikkelingen, die zijn gecorrigeerd voor onder- of overconsumptie van zorg. Het reële scenario gaat uit van conservatief ingeschatte veranderingen in demografische, epidemiologische en sociaal-culturele parameters. Het maximale scenario gaat uit van extreem ingeschatte veranderingen in deze parameters. Naast 2025 is gekozen voor het tweede, latere, evenwichtsjaar 2031. Zo nauwkeurig mogelijk wordt in de diverse scenario's rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen in relatie tot de zorgvraag vanaf 2013. Ook de eventuele on vervulde vraag waaraan door gebrek aan capaciteit nu niet kan worden voldaan, wordt in de uitgangpositie betrokken.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2025 en 2031 (nog) werkzaam zijn nu al opgeleid. Verder mag verwacht worden dat partijen het advies in dit Capaciteitsplan op zijn vroegst vanaf 2015 kunnen implementeren. De duur van de vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde is in het betreffende besluit vastgelegd op 3 jaar. Deze twee gegevens betekenen dat de eerste effecten op de uitstroom van geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde pas in 2018 verwacht mogen worden. De hoogte van de instroom in de

opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde beïnvloedt de capaciteit van het aanbod slechts gedurende het “tweede” gedeelte van de onderhavige periode (2018-2031). Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich sinds 2005 heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's.

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk **6**, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft “fte's zorgaanbieder” gemodificeerd voor vakinhoudelijke ontwikkelingen, veranderingen in cliëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakher-schikking en/of taakverschuiving. Ook hiervoor wordt gewerkt met een beleidsarm scenario (geen veranderingen), een realistisch scenario, een reëel scenario (reële inschattingen experts) en een maximaal scenario (extreme inschattingen experts).

Op basis van scenario's rond de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal beleidsrijke ramingen opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk **7** beschrijft de door de experts gemaakte keuzes rond deze **scenario's**.

Hoofdstuk **8** inventariseert tot slot de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt vervolgens een definitieve **keuze** gemaakt voor de **twee** meest waarschijnlijke scenario's. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende twee instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS en het veld. Soms wordt daarbij ook een voorkeur voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies uitgesproken.

2. Positionering Specialist Ouderengeneeskunde

2.1 Inleiding

De verpleeghuisgeneeskunde is in Nederland sinds 1990 een erkend medisch specialisme. De naamgeving voor het specialisme verpleeghuisgeneeskunde en de te voeren titel verpleeghuisarts voldeden steeds minder door het toenemend extramuraal werken. Begin 2009 heeft de minister van VWS ingestemd met een wijziging van de naam in 'specialisme ouderengeneeskunde' en 'Specialist Ouderengeneeskunde'. Overigens gaat het, naast de zorg voor ouderen, ook om de zorg voor een beperkt aantal jongere patiënten die deels voor revalidatie en deels vanwege chronische, meestal meervoudige aandoeningen worden opgenomen in verpleeghuizen.

In de loop der jaren heeft het werkgebied zich in een aantal regio's uitgebreid naar satellieten van verpleeghuizen in verzorgingshuizen (verpleegunits), hospices en transferafdelingen van ziekenhuizen. Ook zijn er al initiatieven genomen om een consultatieve functie te vervullen in de eerstelijnszorg of zelfs te fungeren als hoofdbehandelaar voor ouderen in de eerste lijn. De beroepsvereniging juicht deze ontwikkelingen toe. De beroepsvereniging Verenso bepleitte in haar beleidsplan³ van 2007 al dat de Specialist Ouderengeneeskunde de doelgroep moet bereiken door complexe zorg te bieden in alle (verblijf)situaties van de doelgroep kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Dit leidt per definitie tot een toenemende behoefte aan Specialist Ouderengeneeskunde.

De toename van het aantal Specialist Ouderengeneeskunde heeft voor een ander deel zijn oorzaak in de verbreding van het specialisme. De beëindiging van de zelfstandige opleiding sociale geriatrie en de implementatie van delen van deze opleiding in de (daartoe verlengde) opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde doet ook GGZ-instellingen er toe overgaan om Specialist Ouderengeneeskunde aan te trekken. Tijdens de opleiding kan de aios ook een keuzestage ambulante psychogeriatrisch zorg volgen bij een GGZ-instelling waardoor de drempel verlaagd wordt om daar later ook te gaan werken.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De Specialist Ouderengeneeskunde beweegt zich op een werkterrein dat overlap kent met drie andere medische specialismen: de huisarts al dan niet met de kaderopleiding ouderenzorg, de internist met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde en de klinische geriater. Begin 2013 zijn er 70 huisartsen die de kaderopleiding ouderenzorg hebben gevolgd. Naast hun werk in de eigen huisartsenpraktijk besteden zij ongeveer acht uur per week aan advisering. Hoe de zorgvraag zich over deze vier specialismen gaat verdelen, is nog onduidelijk. Het in 2010 door de KNMG⁴ ingenomen standpunt (zie par. 2.3 Verhoudingen tussen disciplines) kan hierin richtinggevend zijn. Inmiddels nemen Specialist Ouderenzorg en huisartsen op verschillende plaatsen in het land initiatieven om samen te werken⁵. De kaderopleiding "Specialist Ouderengeneeskunde in de Eerstelijns", die speciaal ontwikkeld is voor de Specialist Ouderengeneeskunde, stimuleert hem zijn

3 NVVA (2007). De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg; beleidsplan 2008-2012.

4 KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

5 Visser, J.: Ouderengeneeskunde nieuwe stijl, Medisch Contact 14 maart 2013, 68 nr.11

kennis en vakmanschap daar te brengen waar die nodig is, onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt.

Naast deze disciplines, die horizontale substitutiemogelijkheden bieden, kent het specialisme ouderengeneeskunde ook de mogelijkheid tot verticale taakherschikking. De Verpleegkundig Specialist chronische zorg is op bescheiden schaal actief in de verpleeg- en verzorgingshuizen. In 2010 ging het om een aantal van ongeveer 45, inclusief nog niet geregistreerde Verpleegkundig Specialisten en studenten. Op 1 januari 2012 zijn er 122 geregistreerde Verpleegkundig Specialisten (VS)⁶ en 12 Physician Assistants (PA)⁷ werkzaam in de ouderenzorg. De rol van de Verpleegkundig Specialist kan variëren tussen medebehandelaar, docent en begeleider van verpleegkundigen/verzorgenden en expert in werkgroepen voor kwaliteitsbeleid en scholing. Een grotere rol lijkt op dit moment nog te zijn weggelegd voor de praktijkverpleegkundigen en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving waarvan er veel meer werkzaam zijn in de instellingen.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

De KNMG heeft in 2010 een standpunt ingenomen over de verhoudingen tussen de medische disciplines in de ouderenzorg⁸. Dit betreft overigens alleen de kwetsbare oudere in de thuissituatie, het verzorgingshuis of de ziekenhuissituatie. In het KNMG-standpunt wordt – voor de thuissituatie – voorgesteld dat de Specialist Ouderengeneeskunde op een veel grotere schaal dan nu het geval is de huisarts ondersteunt en aanvult in diens (te ontwikkelen) proactieve werkwijze. Voorwaarde hiervoor is dat de Specialist Ouderengeneeskunde een veel groter aantal patiënten gaat behandelen. Verder zal de Specialist Ouderengeneeskunde in de visie van de KNMG structureel samenwerken met huisartsen die patiëntenzorg leveren in hetzelfde verzorgingshuis. Ziekenhuizen zullen een 'zorgpad voor kwetsbare ouderen' moeten ontwikkelen, met een geriatrisch team als een van de kernelementen. De Specialist Ouderengeneeskunde kan als consultant deelnemen aan dit geriatrisch team vanwege zijn rol in de geriatrische revalidatie. Het ziekenhuis dient binnen het zorgpad in de postacute fase zelf te voorzien in behandeling door een medisch specialist met geriatrische competenties die behandelt vanuit een integrale visie op gezondheid en functiebehoud.

Het College Geneeskundig Specialisten (CGS) van de KNMG is van mening dat (bijna) alle medisch specialisten dienen te beschikken over (basis)kennis van ouderenzorg en dat zij zich moeten bekwaamen in de competenties die bij uitstek aan bod komen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Het College is eind 2012 het project **Ouderenzorg in de opleiding**⁹ gestart. Het doel van het CGS-project is om ouderenzorg in alle medische vervolgoopleidingen te verankeren. Specialismen die geen oudere patiënten kennen, zoals kindergeneeskunde, uitgezonderd.

6 Van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012) : Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice, F. van der Velde, W. van der Windt. Utrecht: Kiwa Prismant.

7 Van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012): Alumni van de masteropleiding Advanced Physician Assistant. Utrecht: Kiwa Prismant.

8 KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

9 <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/CGS-1/Project-Ouderenzorg.htm>

De Specialist Ouderengeneeskunde heeft ook te maken met een aantal andere disciplines. Een belangrijke verandering gedurende de laatste jaren is dat in de werkomgeving van de Specialist Ouderengeneeskunde de verpleegkundige niveau 4 en 5 geleidelijk grotendeels zijn verdwenen. In het verpleeghuis werken nu hoofdzakelijk niveau 2 en niveau 3 verzorgenden. Dit leidt ertoe dat de Specialist Ouderengeneeskunde regelmatig zorgtaken onder zijn niveau uitvoert.

Tegelijkertijd krijgt de substitutie van activiteiten van de Specialist Ouderengeneeskunde door de Verpleegkundig Specialist aarzeland vorm¹⁰. Bij ouderengeneeskunde kwam deze substitutie pas laat op gang. Vanaf 2006 is er wel een stijgende lijn te zien. In 2012 waren er 122 Verpleegkundig Specialisten in de ouderenzorg werkzaam. De verhouding van het aantal Verpleegkundig Specialisten op het aantal Specialisten Ouderengeneeskunde is ongeveer 8% en daarmee vergelijkbaar met de situatie bij de beschouwende beroepen en de psychiatrie.

Tabel 1 : Aantal Verpleegkundig Specialisten werkzaam in het beroep (op 1 januari 2012) en aantal medisch specialisten (op 1 januari 2010) per cluster

	Aantal VS	Aantal werkzame med. specialisten	Verhouding
Huisartsgeneeskunde	121	10.371	1%
Ouderengeneeskunde	122	1.443	8%
Sociale geneeskunde		3.855	
Verstandelijk gehandicapten	28	192	15%
Snijdend	240	4.460	5%
Beschouwend	551	6.760	8%
Ondersteunend	48	2.615	2%
Psychiatrie	197	2.700	7%
Totaal	1.307	30.997	4%

Bron: Kiwa Prismant 2012

In potentie biedt substitutie van taken door de Verpleegkundig Specialist chronische zorg de meeste mogelijkheden qua tijdswinst, gevolgd door taakdelegatie aan praktijkverpleegkundigen.

Veel verpleeghuizen zijn op dit moment bezig met initiatieven om werkzaamheden van de Specialist Ouderengeneeskunde door middel van taakherschikking en/of delegatie uit te laten voeren door andere disciplines. De beroepsvereniging Verenso ondersteunt deze initiatieven. Taakherschikking en taakdelegatie bieden goede mogelijkheden om het werk van de Specialist Ouderengeneeskunde inhoudelijk aantrekkelijker te maken. Daarnaast kan het inzetten van Verpleegkundig Specialisten en praktijkverpleegkundigen de werkdruk van de Specialist Ouderengeneeskunde verlagen, terwijl de *caseload* toch wordt verhoogd.

¹⁰ Van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012): Onderzoeken onder alumni van de Master Nursing Practise (MANP) en de Master Physician Assistant (MPA). Utrecht: Kiwa Prismant.

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2012 Kiwa Prismant onderzoek laten doen naar ontwikkelingen in het werkproces¹¹ die van invloed zijn op de efficiency van de medische zorg door de Specialist Ouderengeneeskunde. De keuze voor taakdelegatie kan de efficiency verhogen. De onderzoekers signaleren hiervoor wel een aantal wezenlijke aandachtspunten:

- Hoe groot is de bereidheid te veranderen: dit geldt zowel van de kant van de Specialist Ouderengeneeskunde als van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Het aanbod van praktijkverpleegkundigen, Verpleegkundig Specialisten, Physician Assistants, basisartsen, doktersassistenten en medisch secretaressen bepaalt in welk tempo Specialisten Ouderengeneeskunde extra ondersteuning kunnen krijgen.
- In welke mate stelt het management middelen ter ondersteuning beschikbaar en stimuleert men andere werkwijzen zoals werken met een elektronisch patiëntendossier.

Het feitelijke tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde, wat blijkt uit langdurig openstaande vacatures en het achterblijven van afgestudeerden, zal het veranderingsproces versnellen. Een aantal verpleeghuizen en Specialisten Ouderengeneeskunde is al bezig, onder druk van de omstandigheden, de zorg anders te organiseren en het werk als Specialist Ouderengeneeskunde aantrekkelijker te maken.

¹¹ Van der Windt, W.; Bloemendaal, I. (2012): Het werkproces onderzocht. Utrecht: Kiwa Prismant.

3. Opleiding

3.1 Inleiding

De opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde duurt volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten drie jaar bij het doorlopen in een voltijds dienstverband. Tot 2007 was de opleiding tweejarig. In verband met de integratie van de opleidingen sociale geriatrie en verpleeghuisarts is de opleidingsduur daarna met een jaar verlengd. De aios worden na centrale aanmelding bij SOON¹² decentraal geselecteerd door de gecertificeerde opleidingsinstellingen (hoofdzakelijk verpleeghuizen). Vervolgens komen ze in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH). Het cursorisch gedeelte van de opleiding wordt verzorgd door drie opleidingsinstituten: het VUmc in Amsterdam, het LUMC in Leiden en het UMC St Radboud Nijmegen.

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft zeven adviezen uitgebracht over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde. In 2000, 2001, 2003, 2005, 2008 en 2010 betrof het een advies in het kader van een integraal Capaciteitsplan. In 2009 is een tussentijds advies uitgebracht over de instroom, omdat toen de realisatie van de geadviseerde tijdelijke extra instroom kon worden beoordeeld. Dit om de 'dip' te corrigeren in de aflevering van nieuwe Specialisten Ouderengeneeskunde uit de overgangslichting 2007.

Het eerste advies van het Capaciteitsorgaan eind 2000 was om jaarlijks 90 aios te laten instromen. Met deze instroom zou in 2010 een evenwichtssituatie tussen vraag en aanbod ontstaan. Omdat een onderzoek in 2001 liet zien dat er veel onvervulbare vacatures waren, heeft het Capaciteitsorgaan in 2001 geadviseerd om twee jaar lang (2002 en 2003) 12 aios extra te gaan opleiden. Daarna is vanaf 2004 weer teruggevallen op het eerdere advies met een jaarlijkse instroom van 90 aios. In het Capaciteitsplan 2005 is geadviseerd om de jaarlijkse instroom vanaf 2006 structureel te verhogen naar 96 aios.

In 2008 heeft het Capaciteitsorgaan aan de minister van VWS aangegeven dat een structurele instroom van 99 aios vanaf 2009 voldoende is om vraag en aanbod in 2025 met elkaar in evenwicht te brengen. Naast deze structurele instroom van 99 aios werd geadviseerd om incidenteel 26 aios extra te laten instromen in verband met de verlenging van de opleiding van 2 naar 3 jaar. Deze verlenging is grotendeels ingegaan in 2007, voor 50 van de 88 aios. In het advies is de tijdelijke extra instroom verdeeld over de jaren 2009 en 2010, elk met 13 extra plaatsen. Tenslotte is in 2009 in een tussentijds advies aan de minister geadviseerd om vanaf 2011 de structurele instroom te verhogen van 99 naar 102 aios. De belangrijkste reden voor deze verhoging was dat de gerealiseerde instroom vanaf 2007 lager bleek te zijn dan geadviseerd. In 2010 is aan de minister geadviseerd om vanaf 2011 de structurele instroom te verhogen van 102 naar 109 aios. Dit gezien het feit dat de instroom al jaren achterbleef bij de gewenste instroom.

Daarnaast werd geadviseerd om de instroom in het specialisme Verpleegkundig Specialist chronische zorg – waar mogelijk selectief – te verhogen met 36 plaatsen om op die manier de mogelijkheden van verticale substitutie van zorg in een snel tempo te vergroten.

¹² SOON (Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland)

3.3 Besluiten

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

Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Het Opleidingsfonds, onderdeel van VWS, verstrekt vanaf 2008 subsidies aan instellingen voor het opleiden van basisartsen tot medisch specialist. Hierbij maakt de Specialist Ouderengeneeskunde deel uit van de zogenoemde 2e tranche. De minister heeft in de kabinetsreactie¹³ op het Capaciteitsplan 2008 het advies van het Capaciteitsorgaan voor het specialisme ouderengeneeskunde integraal overgenomen. In 2009 en 2010 werd een maximale instroom van 112 aios gesubsidieerd. Het tussentijds advies uit 2009 is door de val van het kabinet formeel niet behandeld. Wel is de instroom in de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde voor 2011 in de 2e tranche van het Opleidingsfonds vastgelegd op 102 plaatsen¹⁴, conform het tussentijds advies van het Capaciteitsorgaan uit 2009. Het advies van 2010, om de instroom te verhogen naar 109 plaatsen vanaf 2012, is overgenomen. In het Capaciteitsplan 2013 wordt geadviseerd de instroom te verhogen naar 120 met ingang van 2015.

3.4 Realisatie

Tabel 1 toont de adviezen van het Capaciteitsorgaan, de besluiten van de minister, de gerealiseerde instroom van aios in de opleiding en het totale aantal aios sinds 2005.

Tabel 2 : Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2005

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Advies Capaciteitsorgaan	90	96	96	96	112	112	102	109	109	109	120
Besluit VWS	-	-	-	-	112	112	102	109	109	-	-
Instroom aios	96	91	88*	86	85	77	83	86			
Totaal aantal aios**	201	200	184	162	184	187	236	245			
Percentage vrouwen	72	66	68	68	79	75	76	75			

Bron: RGS 2013

* : waarvan 38 aios nog de tweejarige opleiding volgen

** : per 31 december

¹³ VWS (28 april 2008). Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2008.

¹⁴ VWS (31 maart 2010). Toewijzingskader 2011: ministerie van VWS, MEVA/NBO-2997404.

In 2005 werd een instroom van 96aios gerealiseerd. Deze instroom was hoger dan het Capaciteitsorgaan adviseerde, maar dat is terug te voeren op de niet gerealiseerde instroom uit eerdere jaren. De instroom daalde vanaf 2006 onder het advies van het Capaciteitsorgaan en bleef steeds verder dalen. In 2009 werd 23% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit niet benut. In 2010 was dat zelfs 31%. In 2011 en 2012 ging het wel beter, maar bleef toch nog 20% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit onbenut.

Onderzoek uit 2009 onder recent afgestudeerde basisartsen bevestigt dat de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde niet populair is¹⁵. Slechts 1,6% uit deze groep geeft het specialisme ouderengeneeskunde aan als eerste voorkeur voor een opleidingsplaats; voor 2,7% is deze opleiding de tweede voorkeur.

Een onderzoek van het KNMG Studentenplatform van november 2012 onder 15.863 studentleden van de KNMG met een respons van 2.621 studenten bevestigt het beeld dat de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde niet populair is.

Jaarlijks zoeken ongeveer 2.000 basisartsen een opleidingsplek. Een eerste voorkeur van 1,6% vertaalt zich dan in een instroom van 32aios. Deze berekening is gebaseerd op de enquête onder recent afgestudeerde basisartsen. Uit gegevens van de RGS is bekend dat de gemiddelde leeftijd van alleaios voor het specialisme ouderengeneeskunde in 2012 36 jaar was. De gemiddelde leeftijd voor vrouwen was toen 35 jaar. De gemiddelde leeftijd van mannen was 39 jaar. Dat betekent dat de recent afgestudeerde basisarts niet de enige 'bron' van instroom is. Waarschijnlijk hebben oudere, al dan niet gespecialiseerde artsen meer affiniteit met dit specialisme. De instroomleeftijd voor vrouwen is al jaren 31 tot 32 jaar.

Een tweede nieuw gegeven in deze tabel is de ontwikkeling van het totale aantalaios. De voortdurende daling van dit aantal, vanaf 31 december 2007, wordt deels veroorzaakt door de daling van de instroom vanaios, deels door een toename van het aantalaios dat de opleiding tussentijds afbreekt. Het aantalaios wordt per 31 december 2009 voor het eerst beïnvloed door de verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar. Van het cohort dat in 2007 begon, hebben immers 50aios gekozen voor de 3-jarige opleiding. Dit maskeert voor een gedeelte de effecten van een toename in het tussentijds afbreken van de opleiding. In 2010 hebben 14 studenten hun opleiding afgebroken. In 2011 en 2012 ging het om 13 respectievelijk 17 afbrekers (tabel 3).

Op basis van deze gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** veranderd van **85** (in het Capaciteitsplan 2010) naar **88**. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** wordt veranderd van **74** (in het Capaciteitsplan 2010) naar **86**. De parameter **percentage vrouwen** blijft **75%**.

3.5 Intern rendement

Het interne rendement is het percentageaios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohortaios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen wordt, als indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de uitval.

¹⁵ Prismant (2009). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen.

De verwachting voor de toekomst wordt daarbij gebaseerd op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij het recente verleden zwaarder weegt dan het verder weg gelegen verleden. De meest recente instroomjaren zijn echter nog niet uitgekristalliseerd. Verder moet de parameter niet te afhankelijk worden gemaakt van toeval. Tenslotte wordt een te lage instroom in de opleiding als een groter risico gezien dan een te hoge instroom. Het Capaciteitsorgaan baseert zich daarom op het minimale 5-jaars gemiddelde rendement over de laatste 15 jaar. Dit minimaal 5-jaars gemiddelde wordt in de ramingen in dit Capaciteitsplan vervolgens standaard gecorrigeerd voor het nieuwe beleid van VWS om de vervanging te financieren van aios die hun opleiding afbreken in het kalenderjaar waarin ze ingestroomd waren.

De correctie van het interne rendement voor dit nieuwe beleid voor uitval van de nuldejaars bedraagt in de meeste specialismen 1 tot 3 %. De uitval in het eerste jaar van de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde is hoger dan gemiddeld. Het aantal aios dat tussentijds deze opleiding afbreekt, lijkt geen grote toe- of afname in de tijd te vertonen.

Tabel 3: Afbreken van de opleiding in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal aios dat opleiding afbreekt	16	11	15	14	24	14	13	17
Totaal aantal aios*	201	200	184	162	184	209	236	245
% afbrekers cfm. tekst	7,4	5,2	7,5	8,0	11,5	6,3	5,2	6,5

* : per 31 december van het jaar, bron: RGS 2013

Het percentage uitvallers, gemeten ten opzichte van het totale aantal aios, lag in de periode 2005 t/m 2012 tussen de 5,2% en 8,0% . Dat is een hoog percentage ten opzichte van andere opleidingen, zoals die van de huisartsgeneeskunde waar de gemiddelde jaarlijkse uitval ongeveer 2% bedraagt van het totale aantal aios. Op basis van deze cijfers lijkt het aannemelijk dat het percentage aios dat de opleiding vroegtijdig afbreekt, de komende jaren stabiel zal blijven op een niveau van circa 7%.

De aanvangsleeftijd voor de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde is de laatste jaren gelijk gebleven op 35 jaar. Dat is bijna 6 jaar hoger dan bij de opleiding huisartsgeneeskunde.

3.6 Conclusies

De instroom van aios in de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde ligt sinds 2006 onder het aantal dat volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan noodzakelijk is voor het bereiken van een toekomstig evenwicht tussen vraag en aanbod. En omdat de adviezen vanaf 2009 ook door VWS zijn overgenomen, ligt de instroom daarmee ook onder de gesubsidieerde instroomcapaciteit.

Naast de te lage instroom van aios is er ook sprake geweest van een relatief hoog percentage aios dat de opleiding tussentijds heeft afgebroken. Mogelijk heeft dit te maken gehad met de competenties van de aios en de soepele selectiecriteria die gehanteerd werden. De verlenging van de op-

leidingsduur met een jaar heeft tot een autonome (gunstige) verandering in het interne rendement geleid.

In het Capaciteitsplan 2008 is een **intern rendement** van **90%** gehanteerd. Bij het opstellen van het tussentijds advies in 2009 is de parameter bijgesteld naar **85%**. En in het Capaciteitsplan 2010 werd een percentage van **80%** als realistisch beschouwd. Voor het Capaciteitsplan 2013 wordt een percentage van **81%** als realistisch beschouwd.

Tabel 4 : Parameterwaarden opleiding

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	96	85	88
Instroom opleiding laatste jaar	96	74	86
Percentage vrouwen in opleiding	75%	75%	71%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	90%	80%	81%



4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat het ramen van de verwachte zorgvraag voorop. Als basis van de vraag naar de Specialist Ouderengeneeskunde werd het aantal patiënten genomen dat zorg van deze specialist kreeg, ingedeeld op leeftijd en geslacht. De gegevens kwamen uit de registraties van verpleeghuizen. Die namen het grootste gedeelte (75%) van de zorgvraag naar de Specialist Ouderengeneeskunde voor hun rekening. Deze gegevens vormden de basis van de zorgvraag. De op deze manier gecorrigeerde zorgvraag werd dan geprojecteerd op de toekomst met standaard aanpassingen voor demografische invloeden.

Het was dit jaar (2013) voor het eerst mogelijk om gebruik te maken van gegevens van het centraal-administratie-kantoor CAK. In de meeste scenario's gelden ook sociaal-culturele en epidemiologische parameters die invloed kunnen hebben op de zorgvraag.

4.2 Demografie

De factor demografie is belangrijk in het model dat het Capaciteitsorgaan hanteert om de gewenste opleidingscapaciteit te berekenen. Tot nu toe is voor de vraag naar Specialisten Ouderengeneeskunde gebruik gemaakt van gegevens uit verpleeghuizen van rond 2000, toen deze gegevens nog systematisch verzameld werden. Daarna is gekeken naar de gebruikers van de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT-zorg) volgens het RIVM. Het was dit jaar (2013) voor het eerst mogelijk om gebruik te maken van gegevens van het centraal-administratie-kantoor CAK. Daarmee is een vollediger beeld te krijgen van de geïndiceerde zorg en de verdeling over de relevante zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor de sector Verpleging en Verzorging.

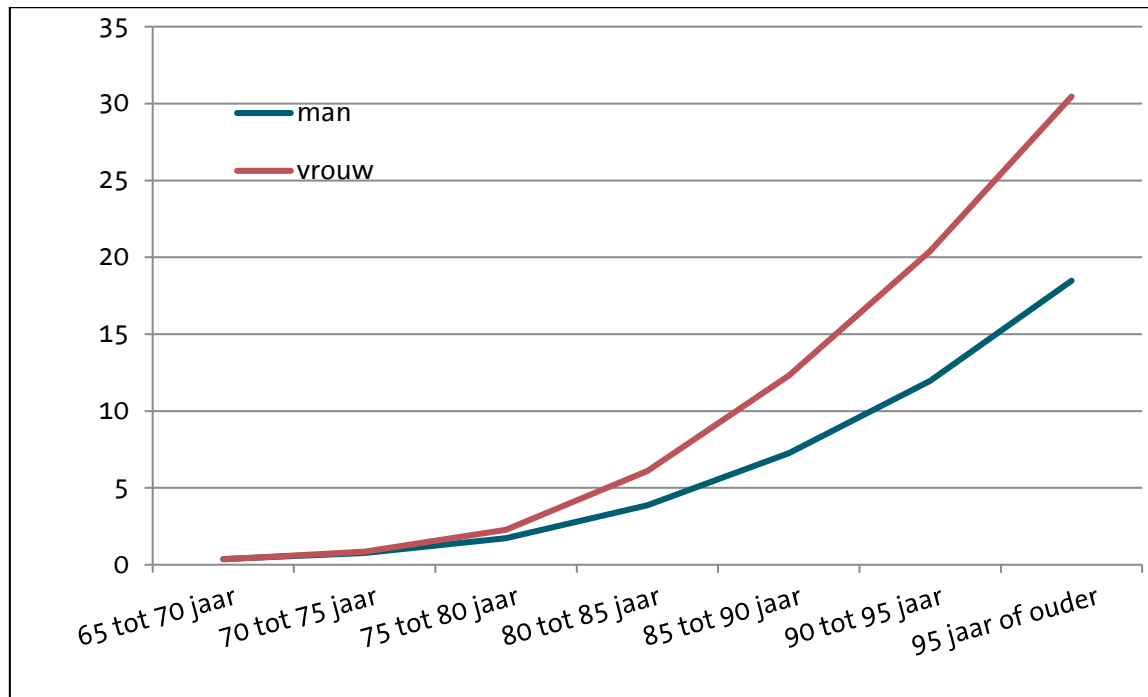
De methode

Om de gevolgen van demografische veranderingen in de vraag naar medische zorg in verpleeghuizen in kaart te brengen moet eerst de huidige zorgconsumptie in beeld gebracht worden. Als indicator voor de huidige zorgconsumptie gaan we uit van de ZZP's 5-10 zoals die bij het CAK geregistreerd staan. Deze consumptie is naar leeftijd en geslacht van de patiënt bekend. Vervolgens wordt aan de hand van de CBS-prognose (december 2012) van de bevolking de verandering in de komende jaren naar leeftijd en geslacht berekend. Vermenigvuldiging met de gebruikscijfers levert het toekomstig gebruik op wanneer alleen de demografische verandering een rol zou spelen.

ZZP's 5-10 naar leeftijd en geslacht in 2013

Van het CAK is een bestand verkregen dat de aantallen naar leeftijd en geslacht per categorie ZZP per 21 februari 2013 weergeeft. Voor de analyse zijn de ZZP's 1-4 buiten beschouwing gelaten, omdat aan deze ZZP's geen medische zorg verbonden is. Figuur 1 geeft een beeld van de toekenningen van ZZP 5-10 per leeftijdscategorie.

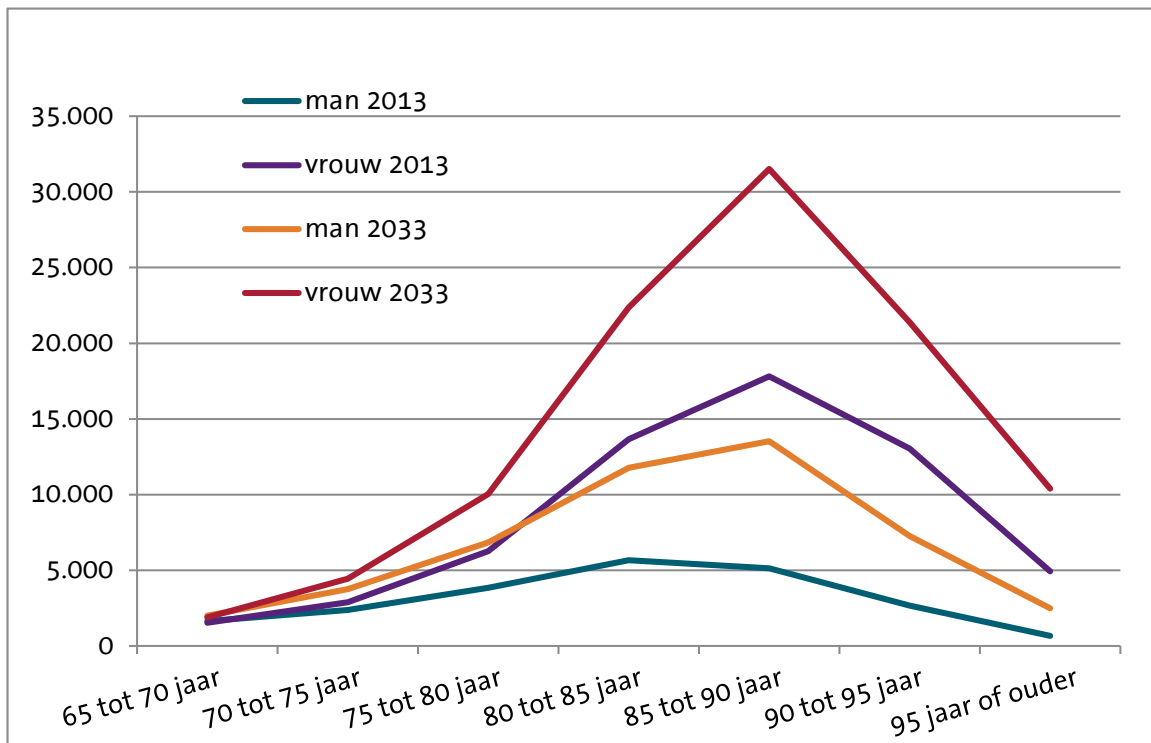
Figuur 1: Het aandeel toekenningen ZP 5-10 per leeftijdscategorie en geslacht in percentages



Van de vrouwen ouder dan 95 jaar heeft in 2013 30% een ZP5-10. Bij de even oude mannen is dat slechts 18,5 %.

Figuur 2 geeft een beeld van het absolute aantal ZZP's in de categorie 5-10 in 2013. Tevens geeft deze figuur een beeld van het aantal in 2033 wanneer de toekenningspercentages naar leeftijd en geslacht gelijk blijven aan de situatie in 2013.

Figuur 2: Het aantal ZZP's 5-10 naar leeftijd en geslacht



We zien een forse groei, in het bijzonder bij mannen. Hun aantal verdubbelt in twintig jaar tijd.

Voor de berekening van het werk voor de Specialist Ouderengeneeskunde heeft het Capaciteitsorgaan alle ZZP's 5-10 even zwaar laten wegen, alleen de revalidatie en palliatieve zorg heeft het orgaan dubbel meegeteld, gezien het extra werk dat deze voor de Specialist Ouderengeneeskunde opleveren.

Tabel 5 geeft de benodigde groei weer aan Specialist Ouderengeneeskunde wanneer alleen de verandering van demografie de komende jaren een rol zou spelen. De waarden van het Capaciteitsplan 2013 komen hoger uit dan 2010 vanwege twee redenen. Ten eerste is de levensverwachting van mannen fors toegenomen. Het CBS heeft haar prognose hierop aangepast. Ten tweede speelt de meer toegesneden meting van wie voor medische zorg van Specialist Ouderengeneeskunde in aanmerking komen een rol. Deze is nu beter toegespitst dan in het verleden.

Tabel 5: De benodigde groei voor Specialist Ouderengeneeskunde alleen vanwege demografie in 2010 en 2013 in percentages

	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
5 jaar	11	15
10 jaar	22	32
15 jaar	35	53
20 jaar	53	78

Op basis van deze nieuwe gegevens van het CAK is de parameter **demografie** aangepast naar **+ 3,2% per jaar**. Dat is 0,9% hoger dan in het Capaciteitsplan 2010.

4.3 Epidemiologie

In de literatuur is een aantal tegengestelde ontwikkelingen gesignaleerd. De toename van diabetes mellitus en de toename van de kankerprevalentie k n leiden tot een toename van de zorgvraag. De verdere verbetering van de volksgezondheid en de kwaliteit van leven, die ook uit RIVM-studies blijken, doen dit effect teniet. In het Capaciteitsplan 2008 is al gewezen op de toename van drankmisbruik onder ouderen en jongeren. Hierdoor kan het aantal Korsakow-patiënten fors toenemen. De toekomst zal nog moeten uitwijzen of het stringentere leeftijdscriterium voor de verkoop van alcoholische drank aan jongeren het tij kan keren. Het aantal mensen met hartfalen zal de komende jaren waarschijnlijk ook fors toenemen. Momenteel hebben ongeveer 130.000 mensen last van hartfalen, in 2025 is dit aantal naar verwachting gestegen tot 195.000. Dit blijkt uit het rapport ‘‘Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst’’ van het RIVM¹⁶.

Buiten de genoemde RIVM-studies is er sinds het vorige Capaciteitsplan geen nieuwe literatuur verschenen voor de parameter epidemiologie. In de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) rapporteert het RIVM elke vier jaar over de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. Elke VTV beschrijft de laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, determinanten, preventie, zorg, gezondheidsverschillen en regionale en internationale vergelijkingen. De zesde uitgave, de VTV-2014, verschijnt pas weer in 2014.

De parameter **epidemiologie** blijft daarom gehandhaafd op **0,0% tot + 0,2% per jaar**.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Voor dit onderwerp verwees het Capaciteitsplan 2008 naar studies van het SCP¹⁷ en FELICE¹⁸. Beide studies beargumenteren dat een aanzienlijk deel van de vraag, zoals die louter op grond van de veroudering van de bevolking wordt voorspeld, niet tot uitdrukking zal komen. De studies stellen dat onderconsumptie optreedt en vooral geldt voor ouderen met een hoger opleidingsniveau, hoger inkomen en hoger vermogen. Zij zijn deels zelfvoorzienend in het oplossen van hun zorgvraag. Zo gesteld bestaat er dus ook een kans dat de zorgvraag weer toe gaat nemen als het opleidings-

¹⁶ RIVM (2012) Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst

¹⁷ SCP (2004). Verpleging en verzorging verklaard.

¹⁸ FELICE (2006). Future Elderly Living Conditions In Europe.

niveau, inkomen en vermogen van ouderen in de toekomst lager zou worden. De mogelijkheden van zelfvoorzienendheid nemen voor een deel van de bevolking dan weer af. Dit roept onzekerheid op over de effecten van de stagnerende economie en de bezuinigingen van de overheid op de zorgvraag.

Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst¹⁹

Het beleid van het kabinet is er op gericht een grote hervorming van de langdurige zorg door te voeren. Kernpunten daarbij zijn de wenselijkheid van zelfregie voor cliënten, de mate waarin langer thuis wonen mogelijk is, de omvang van het beschikbare budget voor huishoudelijke ondersteuning, de noodzaak van een verzekerd recht in de kern-AWBZ en de wens tot geïntegreerde dienstverlening door gemeenten en zorgverzekeraars.

Het kabinet werkt het regeerakkoord als volgt uit:

- Langer thuis wonen is niet voor iedereen met een zorgzwaartepakket 3 en 4 mogelijk. Meer mensen kunnen vanaf 2015 in een instelling verblijven.
- In 2014 blijft extramurale dagbesteding beschikbaar. Hiermee geeft het kabinet uitvoering aan de motie Samsom-Zijlstra. Ook op extramurale persoonlijke verzorging kan in 2014 volledig beroep worden gedaan.
- In de Zvw wordt een nieuwe aanspraak opgenomen: thuisverpleging. Deze aanspraak omvat verpleging en indien onlosmakelijk daarmee verbonden ook verzorging.
- De wijkverpleegkundige draagt zorg voor de verbinding tussen het sociale en medische domein en wordt gepositioneerd in de Zvw. Het kabinet stelt hiervoor 200 miljoen euro beschikbaar.
- Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten. Het kabinet stelt hiervoor 50 miljoen euro beschikbaar.
- Het op behandeling gerichte verblijf in een GGZ-instelling wordt in de Zvw ondergebracht. Het begeleid wonen dat gericht is op participatie vindt het kabinet meer passen binnen het gemeentelijke domein. Het ministerie zal gezamenlijk met de sector deze afbakening verkennen.
- Intramurale zorg in de kern-AWBZ is en blijft een verzekerd recht.
- Nieuwe cliënten kunnen in 2014 een beroep doen op huishoudelijke hulp. In 2015 blijft meer budget beschikbaar voor gemeenten voor de (huishoudelijke) ondersteuning. Gemeenten houden 60% in plaats van 25% van de middelen.
- Het kabinet introduceert onder de Wmo een maatwerkvoorziening (oplopend tot ruim 700 miljoen euro) ter vervanging van de compensatie eigen risico, de aftrek specifieke zorgkosten en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Deze regeling kan worden ingezet in het brede sociale domein.
- De verhoging van de eigen bijdrage voor mensen die in een instelling verblijven wordt verzacht.
- Het kabinet creëert een recht op het pgb (persoonsgebonden budget) onder stringente voorwaarden in de nieuwe Wmo en de kern-AWBZ.

¹⁹ VWS (25 april 2013) Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Deze notitie beschrijft de uitwerking van de kabinetsvoornemens in de langdurige zorg.

De hervorming kent een forse financiële bezuiniging. De hiervoor genoemde aanpassingen worden binnen de budgettaire kaders en het regeerakkoord ingevuld. Conform het regeerakkoord leidt de hervorming van de langdurige zorg tot structureel minder uitgaven ter grootte van 3,5 miljard euro na 2017. De bovengenoemde veranderingen passen daarbinnen. Overigens zal het na de hervorming zo zijn dat in 2017 ongeveer evenveel aan de langdurige zorg en ondersteuning wordt uitgegeven als in 2012 omdat de zorgvraag nog blijft stijgen.

De veranderingen in de langdurige zorg gaan veel vragen van alle betrokkenen. Degenen die een beroep willen doen op ondersteuning of zorg worden aangesproken op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Dit houdt voor gemeenten in dat zij als overheid nog meer naast de burger moet gaan staan. Voor zorgaanbieders betekent deze hervorming dat zij meer mens- en buurtgericht gaan werken. Van zorgverzekeraars/zorgkantoren wordt verwacht dat zij samenwerken met gemeenten en meer verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg in instellingen. Ten slotte, van de samenleving als geheel vraagt deze hervorming meer betrokkenheid en zorg voor elkaar.

Het Capaciteitsorgaan acht een **opwaartse druk naar hogere ZZZ-indicaties**, als mogelijk effect van het beleid, plausibel. De Specialist Ouderengeneeskunde zal meer extramuraal gaan werken, onder andere voor de ouderen die niet meer opgenomen worden. Dat vraagt meer reis- en overlegtijd. Intramuraal zal de Specialist Ouderengeneeskunde het drukker krijgen door het stijgende aandeel cliënten met een complexe zorgvraag.

Ketenzorg

Het effect van het kabinetsbeleid zal sterk afhangen van de mogelijkheid daadwerkelijk uitwerking te geven aan het regeerakkoord. Een groot aantal randvoorwaarden moet nog worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Het tempo waarmee veranderingen kunnen worden ingevoerd is gelimiteerd en afhankelijk van veel externe factoren. Er moet rekening gehouden worden met: belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving, de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid ondersteunend personeel, de mogelijkheden van en medewerking aan horizontale en verticale substitutie van zorg, huisvesting en (des)investeringen, de implementatie van innovatieve zorgconcepten en e-health. In het beleidsstuk "Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg" wordt ook gesproken over het belang van goede ketenzorg. Goede ketenzorg, in samenhang met Wmo-ondersteuning en afgestemd op de informele zorg, stelt mensen in staat om zo lang mogelijk thuis te wonen. Door het overhevelen van zorg, die is gericht op herstel van een aandoening of het tegengaan van verslechtering, naar de Zvw krijgen aanbieders en zorgverzekeraars meer mogelijkheden zorgketens in samenhang te organiseren.

E-health, Domotica en Ambient Intelligence

Brede toepassing van e-health wordt alom gezien als belangrijke sleutel om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Dankzij e-health komt er meer regie en meer patient empowerment. Juist in de ouderenzorg, een sector waar de grootste uitdagingen liggen, is de adoptie van online zorgtoepassingen in de dagelijkse praktijk tot nu toe nog beperkt.

Binnen verpleeg- en verzorgingshuizen is domotica onmisbaar. Toepassingen van domotica vormen een 'lichter' alternatief voor vrijheidsbeperkende maatregelen als bedhekken en banden. Ze vergroten zo de kwaliteit van leven van bewoners. Ook ondersteunen ze de zorgmedewerkers in hun werk, vooral in de nacht. Ze dienen als extra ogen en oren om goede zorg te bieden. Afhankelijk van de

situatie kan ook het aantal in te zetten medewerkers in de nacht teruggebracht worden. Voorbeelden van mogelijkheden voor domotica in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn: Opsta-alarmering, Verlaat-de-kamer melding, Nachtorientatieverlichting en Camera's.

Voor de (nabije) toekomst zijn de verwachtingen van Ambient Intelligence toepassingen hooggespannen. In de Ambient Intelligencevisie wordt de mens omringd door een systeem van ingebedde computers, chips en sensoren. De bedoeling is dat de patiënt wel de positieve effecten van het systeem merkt, maar zich niet hoeft bezig te houden met de werking ervan. Ambient Intelligence belooft niet alleen de communicatie tussen mens en techniek sterk te verbeteren, maar ook de communicatie tussen technische toepassingen onderling. Ambient Intelligence biedt perspectief op de volledige integratie van zorgfuncties en zorgdiensten²⁰.

Het RIVM heeft in een studie²¹ uit 2009 gesignaleerd dat de verhouding gezonde/ongezonde levensjaren aan het verbeteren is. Omdat de kosten van gezondheidszorg geconcentreerd blijven in het laatste levensjaar, beargumenteert het RIVM dat de kosten van de gezondheidszorg door de toename van het aantal gezonde jaren in 43 jaar met 17% minder zullen stijgen dan verwacht. Deze vermindering van de stijging wordt met name gerealiseerd in de periode 2007-2020.

Voor het Capaciteitsplan 2013 wordt, in verband met de onzekerheid over de komende ontwikkelingen in de langdurige zorg, de parameter **sociaal-cultureel** verlaagd naar **- 1,5% tot - 2,0% per jaar**. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2010 zijn beide percentages 0,5% lager.

4.5 Onvervulde zorgvraag

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

Het Capaciteitsorgaan laat daarom regelmatig vacatureonderzoeken uitvoeren. Hierbij worden de hoofden van de medische diensten van verpleeghuizen geïnterviewd.

Tabel 6: Het aantal vacatures per 1 januari in 2001, 2004, 2007, 2010 en 2013 in personen en in percentage van de bezette arbeidsplaatsen

artsen	% van bezette arbeidsplaatsen (FTE's)				
	2001	2004	2007	2010	2013
SO	11,7	7,7	4,8	12,1	9,7
AIO SO	23,6	23	13,5	49,6	31,6
Overige artsen	8,5	9,4	4,6	9,1	5,1

²⁰ Schuurman, J. et al. Ambient Intelligence. Toekomst van de zorg of zorg van de toekomst? Den Haag: Rathenau Instituut, (2007); Studie 50

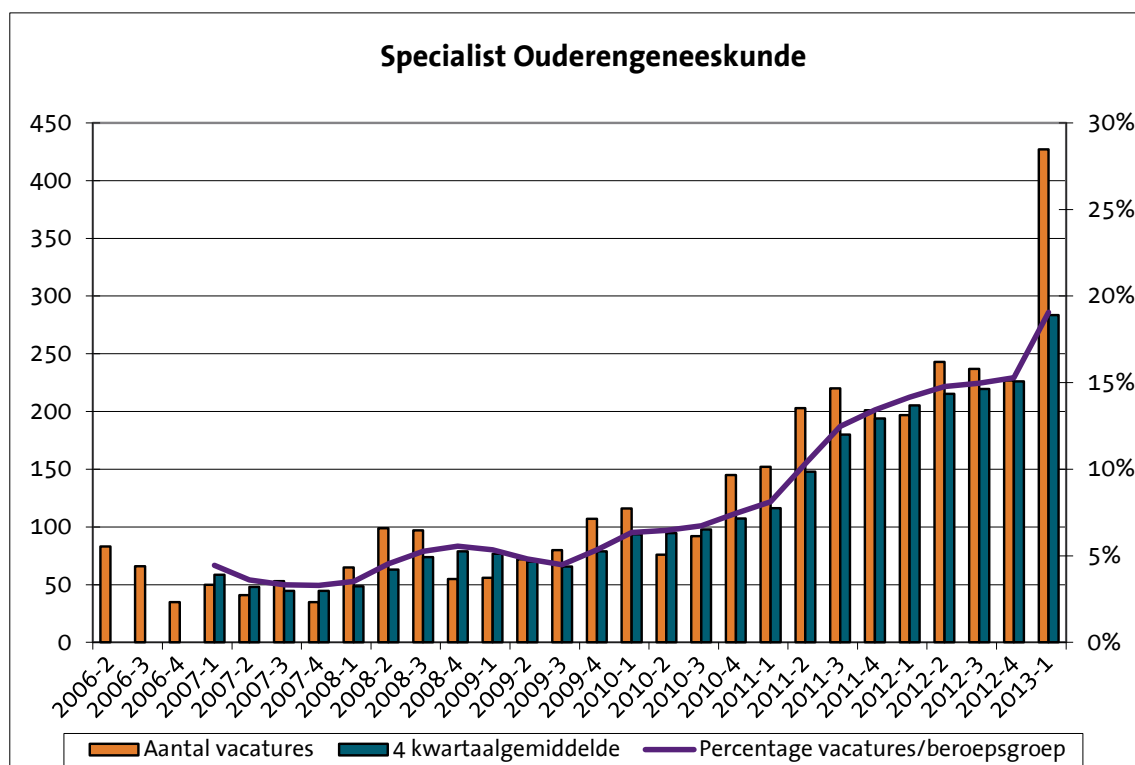
²¹ Wong, A., Kommer, G.J., Polder, J.J. (2009). Levensloop en zorgkosten: Zorg voor euro's – 7. RIVM.

Het percentage vacatures voor artsen, al dan niet in opleiding, is volgens de enquête gedaald tussen 2010 en 2013. Voor de Specialisten Ouderengeneeskunde heeft een daling plaatsgevonden van 12,1 naar 9,7%, bij overige artsen van 9,1 naar 5,1%. Veel instellingen zouden graag meer Specialisten Ouderengeneeskunde opleiden. Het percentage vacatures is weliswaar gedaald ten opzichte van 2010, maar nog steeds staat tegenover elke drie artsen in opleiding een lege plaats, waar men wel zou willen opleiden. Mogelijk speelt hier ook de gewijzigde financiering een rol. In ieder geval speelt ook de afgenomen omvang van de instroom in de opleiding mee. Bijna de helft van het aantal vacatures voor Specialist Ouderengeneeskunde bestaat langer dan een half jaar. Voor de aios en basisartsen ligt dit percentage tussen de 10 en 15%.

Arbeidsmarktmonitor

Het hoge aantal vacatures uit het onderzoek bij de instellingen wordt bevestigd vanuit een andere bron, de Arbeidsmarktmonitor, een rubriek in Medisch Contact. Figuur 3 toont in de rode staven de aantallen vacatures voor Specialist Ouderengeneeskunde uit de Arbeidsmarktmonitor. De blauwe staven geven het gemiddelde van de laatste vier kwartalen aan (vacaturegraad) en corrigeren daarmee voor seizoensgebonden variaties in de vacatures. In de lichtblauwe lijn is de vacaturegraad uitgedrukt als percentage van het aantal geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde. Te zien is dat het aantal vacatures sinds de start van de registratie in 2006 een onregelmatige ontwikkeling doormaakt. In het voortschrijdend gemiddelde (blauwe staven) is deze ontwikkeling beter te zien als een golfbeweging, met een eerste piek in het jaar 2008. In het Capaciteitsplan 2008 is voorspeld dat het aantal vacatures eind 2008, begin 2009 duidelijk zou zakken onder de 74. De reden voor de verwachte (en gerealiseerde) daling van het aantal vacatures is het gegeven dat het Capaciteitsorgaan de instroom van aios in 2005 heeft verhoogd (bovenop de 78 die nodig waren voor evenwicht in 2016) om de openstaande vacatures (in 2004 nog 91) sneller weg te werken. Te zien is dat de daling van het aantal vacatures in 2009 niet verder doorzet in verband met het 'uitsmeren' van het opleidingscohort 2007 over de jaren 2009 en 2010. Pas vanaf 2011 is de uitstroom uit de opleiding weer op een 'normaal' niveau gekomen. Het aantal vacatures is na 2010 echter blijven toenemen. Het jaar 2013 is voor werkzoekende artsen gunstig begonnen; ze konden kiezen uit 2.654 vacatures, meldt Medisch Contact. In het eerste kwartaal van 2013 zijn er volgens de Arbeidsmonitor 2.654 personeelsadvertenties verschenen; 1.710 voor specialisten, 786 voor basisartsen en 158 voor aiossen. Het jaar 2012 sloot nog af met 1.934 vacatures voor artsen in de laatste drie maanden. De cijfers laten verder zien dat Zuid-Holland iets meer Specialisten Ouderengeneeskunde zoekt dan gemiddeld. Van de 512 getelde vacatures in Zuid-Holland is 20% bedoeld voor een Specialist Ouderengeneeskunde, landelijk is dat 16%.

Figuur 3: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures voor Specialist Ouderengeneeskunde sinds 2006 tot en met het eerste kwartaal 2013.



Bron: Arbeidsmarktmonitor, Medisch Contact

De figuur laat zien dat de ontwikkelingen van het aantal vacatures voor Specialist Ouderengeneeskunde sinds 2009 ongunstig zijn geweest, zowel in absoluut aantal als in percentage ten opzichte van de geregistreerde beroepsgroep. Opgemerkt moet worden dat in het eerste kwartaal van 2013 opvallend veel vacatures werden geplaatst, ook voor andere specialismen en voor basisartsen²². Het percentage vacatures schommelt vanaf 2011 tussen de 11% en 18% van de geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde. Ten opzichte van de werkzame Specialist Ouderengeneeskunde zal het beeld nog iets ongunstiger zijn.

De onvervulde vraag blijft hoog. De toename van de inzet van basisartsen wijst ook in deze richting. In het realistisch en reëel scenario hanteert het Capaciteitsorgaan een (huidige) onvervulde vraag van **8%**. In het maximaal scenario bedraagt de onvervulde vraag 15%. In deze scenario's wordt de geobserveerde vacaturegraad alleen gecorrigeerd voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2 à 3% (frictiewerkloosheid).

22 Croonen, H. (2013) : Opvallend veel vacatures Medisch Contact, 25 april 2013, 68 nr. 17.

4.6 Conclusie zorgvraag

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

Tabel 7: Parameterwaarden zorgvraag

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Demografie	2,20%	2,30%	3,20%
Sociaal-cultureel	- 0,5% tot - 1,5%	- 1,0% tot - 1,5%	- 1,5% tot - 2,0%
Epidemiologie	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%
Onvervulde vraag	+ 2,0% tot + 4,0%	+ 5,0% tot + 10,0%	+ 8,0% tot +15,0%

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de huidige beroepsgroep Specialisten Ouderengeneeskunde beschreven. Op basis van deze samenstelling en andere beschikbare gegevens is een verwachting uit te spreken over het verloop van de capaciteit in de komende 18 jaren. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van een daartoe ingesteld register. Het register verpleeghuisgeneeskunde is in 1990 opengesteld door de Huisartsen en Verpleeghuisartsen registratie Commissie (HVRG). Op 1 januari 2013 is dit register opgegaan in het Register Geneeskundig Specialisten (RGS). Andere gegevens die een indicatie geven over bijvoorbeeld het percentage werkende specialisten of de verwachte stopleeftijd, zijn verzameld door enquëtering, navraag bij deskundigen en analyse van CBS-bestanden.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerd

In tabel 8 is te zien dat het aantal geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde per 1 januari 2005 1.256 bedroeg en per 1 januari 2013 1.491²³. Dit is een groei van 235 specialisten ten opzichte van 2005 oftewel 19% in 8 jaar. De groeipercentages fluctueren over de jaren door schommelingen in de in- en uitstroom van geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde (zie par. 5.4 en 5.5).

Tabel 8: Aantal en geslacht geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde per 1 januari

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal	1.256	1.275	1.328	1.392	1.448	1.474	1.476	1.446	1.491
Index	100	102	106	111	115	117	118	115	119
% ♀	59%	60%	60%	60%	61%	61%	61%	63%	64%

Bron : RGS peildatum 31 december 2012

Het lijkt erop dat het percentage vrouwelijke Specialisten Ouderengeneeskunde nog blijft toenemen. Voor de raming is uitgegaan van **1.489** voor de parameter **geregistreerde** specialisten en van 64% voor de parameter **percentage vrouwen** onder de Specialisten Ouderengeneeskunde.

5.2.2 Sociale geriatrie

De opleiding tot sociaal geriater is in 2004 beëindigd. In de nieuwe, verlengde opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde wordt expliciet aandacht besteed aan de sociale geriatrie. Het Capaciteitsorgaan neemt aan dat de sociaal geriater op termijn, wanneer zij uittreden, worden vervangen door Specialisten Ouderengeneeskunde. In 2008 waren er ongeveer 80 geregistreerde sociaal geriater

²³ De RGS geeft de cijfers van het aantal geregistreerde verpleeghuisartsen weer per 31 december van enig jaar. In navolging van andere bijlagen en in aansluiting bij cijfers van het aantal werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde, worden de cijfers van de RGS hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden gebruikt.

werkzaam. Daarnaast beoefenden nog eens 70 artsen dit vak zonder registratie²⁴. Begin 2013 stonden er ongeveer 50 sociaal gerieters geregistreerd in het zogenaamde uitstervende register van de Stichting Geriopterix²⁵. De beheerder van het register geeft aan dat zeker 40 ingeschrevenen ouder zijn dan 50 jaar. 8 ingeschreven zijn rond de 40 jaar. Van 30 ingeschreven is zeker dat zij nog werkzaam zijn in de ouderenzorg, meestal bij de grotere GGZ-instellingen (Parnassia, Geriant, GGZE), een niet gering aantal werkt in managementfuncties. Gemiddeld hebben deze 30 sociaal gerieters een aanstelling van 0,75 fte. In het Capaciteitsplan 2008 is geen rekening gehouden met deze extra fte's. In het Capaciteitsplan 2010 wordt een aantal van 61 fte's genoemd. In dit advies wordt uitgegaan van 30 werkzame sociaal gerieters die op termijn moeten worden vervangen. Dit verhoogt de capaciteit van werkzame Specialist Ouderengeneeskunde met 23 fte's.

5.2.3 Aantal werkzaam

Het aantal werkzame geregistreerde artsen is altijd lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialist kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag, recent overlijden of instroom in een ander beroep (bijvoorbeeld een ander specialisme of een managementfunctie). De titel Specialist Ouderengeneeskunde is geen statisch gegeven, maar is omgeven met tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te mogen blijven voeren. Sinds 1995 vindt herregistratie plaats, waardoor het aantal specialisten dat bijvoorbeeld is gestopt met de uitoefening van hun beroep wordt beperkt tot diegenen die in de afgelopen 1 tot (maximaal) 4,9 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

Kiwa Prismant heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan vier keer onderzoek gedaan naar het aantal werkzame Specialist Ouderengeneeskunde²⁶, voor het laatst begin 2013. Voor de raming 2010 is KIWA Prismant overgestapt op de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. Voor de raming 2013 is ook gebruik gemaakt van het SSB maar zijn de uitkomsten niet vergelijkbaar met die van 2010 in verband met een aangepaste definitie door het CBS (zie bijlage 4). In 2010 werd alleen gekeken naar de Specialist Ouderengeneeskunde werkzaam binnen de gezondheidszorg. Voor de raming 2013 is ook gekeken naar de Specialist Ouderengeneeskunde werkzaam buiten de gezondheidszorg. Dan kan gedacht worden aan organisaties als Novicare en andere commerciële dienstverleners, die wel veel Specialist Ouderengeneeskunde in dienst hebben, maar in de database van het SSB niet herkend worden als organisatie binnen de gezondheidszorg.

In tabel 9 zijn de waardes zoals hierboven berekend weergegeven voor het percentage werkzame Specialist Ouderengeneeskunde ten opzichte van het aantal geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde. Het SSB meet per 1 september van het voorgaande jaar.

²⁴ Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie; Nota takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht, (2003).

²⁵ www.nvsg.nl/register.html

²⁶ Prismant (2005). Vraag en aanbod van verpleeghuisartsen. Raming tot 2022 en de hiervoor gebruikte bronnen (2007). Niet gepubliceerd onderzoek.

Tabel 9: Percentage werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde per 1 september

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% werkzaam	98	98,1	98,2	98,3	97,9	97,9	96,9	96,6	96,3	96,2	97,8

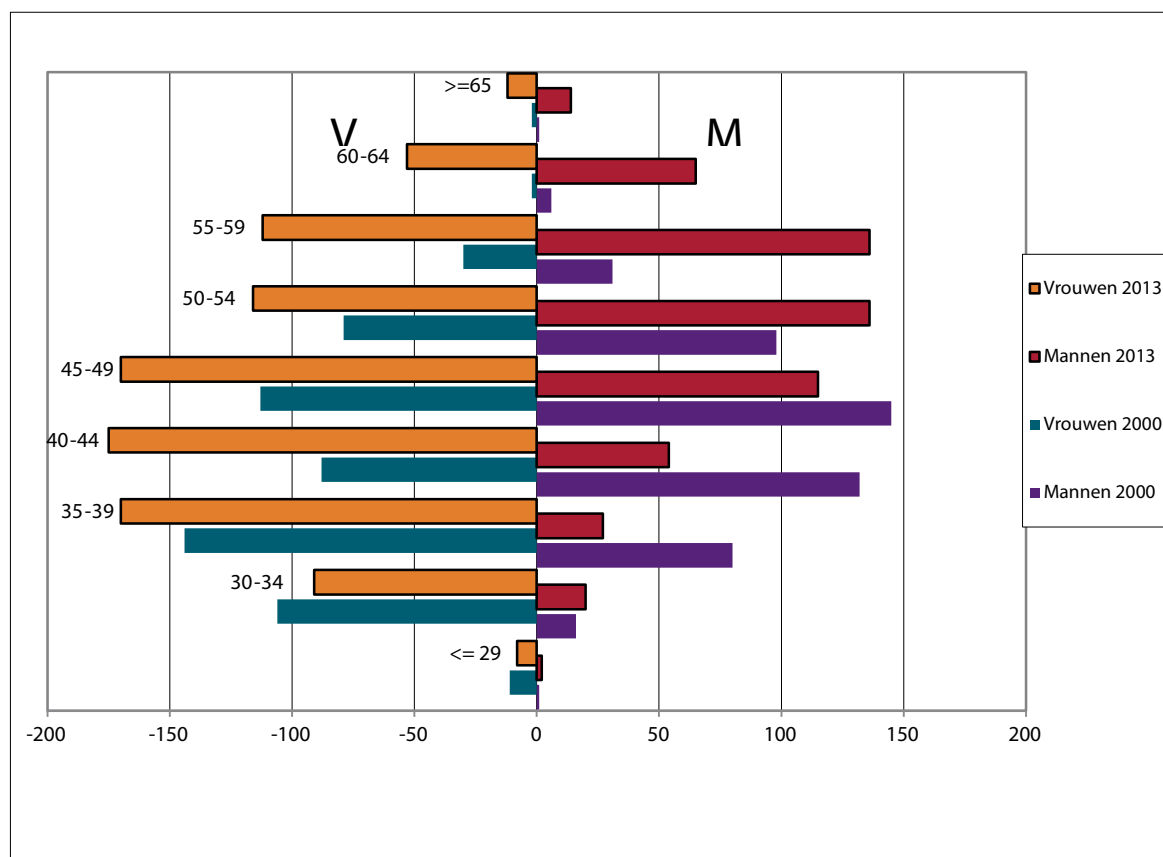
Bron : SSB/CBS 2012

Op basis van het gemiddelde van deze waarden wordt de parameter **percentage werkzaam** gesteld op **97,5%**. Voor de raming van 2010 werd uitgegaan van 92,8% op basis van een definitie die alleen rekening hield met werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde binnen de gezondheidszorg.

5.2.4 Geslacht en leeftijdsverdeling

De beroepsgroep Specialisten Ouderengeneeskunde is gemiddeld 48,4 jaar. Het aandeel Specialisten Ouderengeneeskunde van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 47% van het totale aantal geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde. Dit is in lijn met het gegeven dat de erkenning van het specialisme (net als klinische geriatrie en klinische genetica) vrij recent is. Een lage gemiddelde leeftijd heeft voor de raming als consequentie dat er gemiddeld minder uitstroom om leeftijdsredenen zal zijn. In figuur 4 wordt de leeftijd- en geslachtsindeling van de geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde op 1 januari 2000 en 1 januari 2013 vergeleken.

Figuur 4: Leeftijd en geslachtsofbouw Specialisten Ouderengeneeskunde; 1 januari 2000 en 1 januari 2013



Bron : RGS 2013

Uit deze figuur blijkt dat de beroepsgroep in omvang is toegenomen en dat vooral de leeftijdscategorieën tussen de 30 en 55 jaar daaraan een bijdrage leveren. Zoals al bleek uit tabel 8, is met name het aantal vrouwelijke Specialisten Ouderengeneeskunde aan het toenemen. De instroom van mannelijke Specialisten Ouderengeneeskunde lijkt terug te lopen. Op basis van dynamische analyses van dit soort gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden berekend. In de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk staan de resultaten van deze analyse.

5.3 Omvang dienstverband

Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. De gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek van 2012 zijn vergeleken met de gegevens over alle Specialisten Ouderengeneeskunde uit het SSB van het CBS. In dit bestand zijn alle Specialisten Ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in de sector Zorg en Welzijn geregistreerd op deeltijdfactor over de periode 2001 t/m 2010.

In tabel 10 zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven.

Tabel 10 : Deeltijdfactor van Specialisten Ouderengeneeskunde per jaar

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Deeltijdfactor mannen	96%	94%	94%	94%	94%	95%	95%	95%	95%	96%
Deeltijdfactor vrouwen	79%	77%	76%	76%	77%	79%	80%	81%	82%	82%
Deeltijdfactor totaal	86%	85%	84%	83%	84%	86%	86%	87%	87%	87%

Bron : SSB/CBS

De tabel laat zien dat de deeltijdfactor van de Specialisten Ouderengeneeskunde langzaam daalt in de periode waarover gegevens beschikbaar zijn, zowel bij de mannen als de vrouwen. Op basis van het SSB bedraagt de parameter **gemiddeld fte** voor **mannen 0,96** en voor **vrouwen 0,82**.

5.4 Instroom in het vak

Instroom als Specialist Ouderengeneeskunde is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de vervolgopleiding of een deel daarvan. Het enige alternatief - instroom uit het buitenland - is onmogelijk, omdat het specialisme in het buitenland niet bestaat. De nieuwe inschrijvingen in het register van Specialist Ouderengeneeskunde sinds 2005 zijn weergegeven in tabel 11.

Tabel 11: Aantal nieuwe inschrijvingen Specialist Ouderengeneeskunde in het RGS-register per kalenderjaar

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inschrijvingen	82	81	80	80	49	37	51	63

Bron : RGS 2013

Vanaf 2005 tot 2009 is het aantal Specialisten Ouderengeneeskunde dat voor het eerst in het RGS-register werd ingeschreven, constant gebleven. In 2009 en 2010 is een forse daling van de nieuwe inschrijvingen te zien. Deze daling is in hoofdzaak terug te voeren op de verlenging van de opleiding van twee naar drie jaar die met het Kaderbesluit per 2007 van kracht werd voor het grootste gedeelte van de aios die dat jaar met de opleiding begonnen. In 2007 zijn 38 aios gestart met de tweejarige opleiding en 50 met de driejarige opleiding. Het verschil tussen de 38 aios die zijn gestart en de 49 Specialisten Ouderengeneeskunde die zijn geregistreerd is de resultante van tussentijdse uitval, verkorte opleidingstrajecten en verlengde opleidingstrajecten. Vanaf 2010 is het aantal inschrijvingen geleidelijk weer gestegen tot 63 in 2012.

5.5 Uitstroom uit het vak

De uitschrijvingen uit het register van Specialisten Ouderengeneeskunde sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 12.

Tabel 12: Aantal uitschrijvingen uit het RGS per kalenderjaar

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Uitschrijvingen	81	28	22	22	23	77	39	20

Bron : RGS 2013

Uitschrijving geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt (sinds 1995) elke 5 jaar door de Specialist Ouderengeneeskunde aangevraagd bij de RGS. Om voor herregistratie in aanmerking te komen moeten Specialist Ouderengeneeskunde aantonen dat zij in de vijf jaar direct voorafgaand aan de expiratedatum van de registratie, gedurende ten minste één jaar ten minste 16 uur per week en vanaf 1 januari 2009 gemiddeld 16 uur per week als zodanig werkzaam zijn geweest. Een verklaring van werkzaamheden is vereist. In dat geval kan de herregistratie met één jaar worden hernieuwd, mits aan de overige eisen is voldaan. Vanaf 1 januari 2006 moeten Specialist Ouderengeneeskunde door middel van een verklaring aantonen dat zij jaarlijks ook ten minste tien ANW-diensten (avond-, nacht-, of weekenddiensten) hebben gedaan, ongeacht de omvang van hun werkzaamheden. Vanaf 1 januari 2009 moeten Specialist Ouderengeneeskunde aantonen dat zij jaarlijks gedurende ten minste 50 uur ANW-diensten hebben verricht. Specialist Ouderengeneeskunde moeten ook aantonen dat zij gemiddeld over een periode van vijf jaar, ten minste 40 uur per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Deelname aan het visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging is nog geen operationele herregistratie-eis voor Specialist Ouderengeneeskunde.

Voor het Capaciteitsplan 2008 is gebruik gemaakt van leeftijdsspecifieke vertrekkansen die waren berekend op basis van uitstroomgegevens over de periode 2001-2005. Voor het Capaciteitsplan 2010 is in opdracht van het Capaciteitsorgaan de jaarlijkse vertrekkansen naar leeftijd en geslacht opnieuw berekend. Hierbij is gebruik gemaakt van de gegevens van de RGS over de periode 2001 tot en met 2008.

5.5.1 Niet meer geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde

Voor het Capaciteitsplan 2013 is gebruik gemaakt van het onderzoek dat in 2012 is gedaan naar niet meer geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde²⁷. De vraagstelling voor dit onderzoek luidde:

Hoe ontwikkelde de uittrede (leeftijd) bij Specialist Ouderengeneeskunde zich de afgelopen jaren en wat kunnen we de komende jaren verwachten?

De demografische ontwikkeling binnen de beroepsgroep van Specialist Ouderengeneeskunde kan een groot effect hebben op het vertrek uit het beroep en daarmee op de benodigde instroom van aios. De vraag is nu of evenveel Specialist Ouderengeneeskunde hun registratie verliezen als in het begin van dit decennium en of dezelfde vertrekrichting en vertrekredenen een rol spelen. Daarnaast speelt bij pensionering de vraag wat het effect is van de huidige maatschappelijke discussie en wetgeving rond de pensioneringsleeftijd. Verandert de leeftijd waarop Specialist Ouderengeneeskunde gemiddeld met pensioen gaan?

²⁷ Van der Windt, W.; Arnold, E.J.E. (2012): Niet meer geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Kiwa Pris-

Het onderzoek heeft zich toegespitst op twee vragen:

- Hoe verliep de afgelopen jaren (2000 – 2010) de pensionering van Specialisten Ouderengeneeskunde?
- Hoe verliep de overige uittreding (verlies van registratie) bij Specialisten Ouderengeneeskunde?

De belangrijkste bevindingen over de uitstroomkansen:

- In de leeftijdscategorieën tot 40 jaar stroom gemiddeld 1% jaarlijks uit.
- In de tijdvakken 40-44 en 45- 49 groeit de jaarlijks uitstroom tot 2%.
- De uitstroomkansen van de 45 tot 59-jarigen zijn in de loop der tijd gedaald. Bij de 55 tot 59-jarigen nam dat zelfs af van gemiddeld 6 naar 1% per jaar.
- De uitstroomkansen van de hoogste leeftijdscategorieën zijn weinig veranderd. We zien wel dat er sprake is van een verschuiving binnen de leeftijdsklasse. De gemiddelde leeftijd waarop men met pensioen gaat, loopt namelijk op. Dat speelt zich voor een belangrijk deel af in de categorie 60-64 jaar. De 65+ers zijn vaak al gestopt met werken, maar het schrappen uit het register vindt vaak met vertraging plaats (gemiddeld 2 jaar).

De uitstroomkansen voor de modelberekeningen zijn op dezelfde wijze berekend als bij de medisch specialisten op grond van het SSB van het CBS. In dat bestand is bijvoorbeeld na te gaan hoeveel van de in 1999 werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde ook in 2010 nog werkzaam waren.

Het CBS onderscheidt in haar statistiek van medische geschoolden (SSB) of men werkzaam is en zo ja waar. In dit bestand kan men van de geregistreerden die in 1999 werkzaam waren (zowel binnen als buiten de zorgsector) nagaan hoeveel er naar leeftijd (5-jaarsklassen) en geslacht uitgestroomd zijn (naar een situatie van niet meer geregistreerd en/of niet meer werkzaam zijn).

Tabel 13 laat zien dat 31,6% van de mannen die in 1999 werkzaam waren in 2010 niet meer (in het vak) actief waren. Voor de vrouwen geldt een percentage van 32,5%.

Tabel 13: Het aantal werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde per sept. 1999 en het aantal dat in de periode 1999-2010 de registratie verloor of niet meer werkzaam is

	Werkzaam 1999	Vertrokken 1999-2010	%
Mannen			
25 /m 29	1	0	0
30 t/m 34	13	4	28
35 t/m 39	81	7	7,9
40 t/m 44	120	20	15,2
45 t/m 49	125	28	20,4
50 t/m 54	82	58	64,3
55 t/m 59	22	20	82,6
60 t/m 64	4	4	100
65 en ouder	1	1	100
Totaal	449	142	31,6
Vrouwen			
25 /m 29	8	2	22,7
30 t/m 34	84	16	17,3
35 t/m 39	92	13	12,8
40 t/m 44	81	20	22,4
45 t/m 49	100	34	30,9
50 t/m 54	60	38	57,6
55 t/m 59	24	21	79,5
60 t/m 64	2	2	100
65 en ouder	1	1	100
Totaal	452	147	32,5

Passen we de vertrekpercentages naar leeftijd en geslacht toe op de aanwezigen in 2009/2010 dan kunnen we berekenen hoeveel procent de komende tien jaar naar verwachting vertrekt. Daarbij hebben we de elfjaarsperiode omgezet naar een periode van tien jaar. We nemen verder aan dat de komende tijd de pensioenleeftijd toeneemt tot **67 jaar**. Dit betekent dat voor de eerste 10 jaar twee leeftijdscategorieën van de leeftijdscategorie 55-59 jaar minder vertrekken. Kijken we naar de situatie over 20 jaar dan geldt hetzelfde voor de categorie die nu valt in de leeftijdscategorie 45-49 jaar.

Tabel 14: De geraamde uitstroom over 10 en 20 jaar in percentage van nu werkzame Specialisten Ouderengeneeskunde

	Man		Vrouw	
	10 jaar	20 jaar	10 jaar	20 jaar
Specialisten Ouderengeneeskunde	44	78	32	64

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

5.6 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2013 bedraagt het percentage vrouwen onder de 1.491 geregistreerde Specialist Ouderengeneeskunde 64%. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 75% van de huidige 245 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename van het percentage vrouwelijke aios wordt niet meer verwacht. De geregistreerde beroepsgroep zal door de instroom van vrouwelijke Specialist Ouderengeneeskunde de komende jaren met ongeveer **+ 0,3%** per jaar blijven feminiseren.

De deeltijdfactor is ten opzichte van 2010 toegenomen. Eerder is in hoofdstuk 5 geconstateerd dat de vrouwelijke Specialist Ouderengeneeskunde gemiddeld **0,82 fte** werkten en mannelijke Specialist Ouderengeneeskunde **0,96 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,87 fte**. In het Capaciteitsplan 2010 waren de fte-parameters respectievelijk **0,74 fte**, **0,91 fte** en **0,81fte**. In dit advies worden de nieuwe, over de gehele linie hogere waarden gebruikt. In dit advies is rekening gehouden met een verdere ontwikkeling van arbeidstijdverandering (ATV) van **0,0%**.

Het aantal werkzame Specialist Ouderengeneeskunde in 2013 wordt door Prismant geschat op **1.486 (inclusief 30 sociaal geriaters)**. Als we ervan uit mogen gaan dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, beschikt de beroepsgroep over **1.298 fte's** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2010 werd nog uitgegaan van **1.120 fte's**.

In tabel 15 worden de parameterwaarden die in de raming 2013 voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen 2008 en 2010.

Tabel 15: Parameterwaarden zorgaanbod

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Werkzame specialisten	1.295	1.369	1.486
Aantal fte's	981	1.120	1.298
Gemiddelde fte man	0,87	0,91	0,96
Gemiddelde fte vrouw	0,68	0,74	0,82
percentage werkzame vrouwen	59%	61%	62%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%
Uitstroom tot 2018	18%	14%	18%
Uitstroom tot 2023	39%	31%	37%
Uitstroom tot 2028	58%	49%	53%
Uitstroom tot 2033	74%	64%	69%
Extern rendement	98% na 1 jaar	98% na 1 jaar	98% na 1 jaar
	95% na 5 jaar	95% na 5 jaar	95% na 5 jaar
	90% na 10 jaar	90% na 10 jaar	90% na 10 jaar
	85% na 15 jaar	85% na 15 jaar	85% na 15 jaar
Instroom buitenland	0	0	0

6. Werkproces

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid voor de zorgvraag beschikbare tijd kan fors toe- of afnemen door bijvoorbeeld verbetering van de efficiency of een andere verdeling van de tijd over patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Parameters die te maken hebben met het werkproces, gelden immers voor de totale groep werkzame specialisten. In de navolgende hoofdstukken wordt ingegaan op de parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen, verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden tijd, efficiency en taakherschikking/substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Door het voorspelde tekort aan verzorgend en verplegend personeel, vooral op de niveaus 3 en 4, zal naar verwachting de inzet van domotica in de zorg een grote vlucht gaan nemen. Voor de Specialist Ouderengeneeskunde heeft dit waarschijnlijk geen grote betekenis. De nieuwe technieken zullen in eerste instantie worden ingezet om de verpleging en verzorging te ontlasten. Nieuwe technieken kunnen wel een rol gaan spelen in de geriatrie revalidatie. Dit kan leiden tot een intensivering van het werk.

Op het gebied van e-health, domotica en zelfmanagement zijn ontwikkelingen in gang gezet die ertoe zullen leiden dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De effecten hiervan zijn al onder het hoofdstuk van de zorgvraag beschreven.

Er zijn verder geen bijzondere vakinhoudelijke ontwikkelingen bekend die van grote invloed zullen zijn op de inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde. Wat wel kan worden genoemd, is de observatie dat de Specialist Ouderengeneeskunde zelf, bij gebrek aan ondersteunend personeel nog vaak wordt ingezet voor oneigenlijke werkzaamheden.

De verwachting is dat de intensivering van het werk door de nieuwe technieken in de revalidatie waarschijnlijk geen gelijke tred zal houden met de vermindering van de werkbelasting door het terugbrengen van oneigenlijke taken. De parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** wordt in verband met de intensivering van de werkzaamheden voor geriatrie revalidatie gesteld op **+ 0,2% tot + 0,4% per jaar**. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2008 en 2010 is dit geen verandering.

6.3 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd

Sinds 1983 wordt al onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde. In 1983 bedroeg het percentage patiëntgebonden tijd 62%. In 1992 was hetzelfde percentage gestegen naar 65% en in 2004 naar 71%. Onderzoek dat Prismant in 2009 heeft uitgevoerd, wijst erop dat de verhouding tussen patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd (onveranderd) is blijven steken op 70%. Bij de mannelijke Specialist Ouderengeneeskunde is dit percentage 64%, bij de vrouwelijke Specialist Ouderengeneeskunde 74%. De mannen besteden relatief meer tijd aan management taken dan de vrouwen.

In hoofdstuk 4, over de zorgvraag, is voor het eerst gebruik gemaakt van de gegevens van het centraal-administratie-kantoor (CAK) voor het berekenen van de factor demografie. We zagen dat de parameterwaarde voor de demografie sinds 2009 was gestegen van 2,3% per jaar naar 3,2% per jaar vanaf 2013. Deze stijging is ook terug te zien in de samenstelling en het aantal van de landelijk geïndiceerde ZZP's en het daaraan gekoppelde aantal verpleegdagen. In tabel 17 worden de zware ZZP's 5 tot en met 10 weergegeven. Bij die ZZP's zijn altijd behandelaars betrokken, waaronder de Specialist Ouderengeneeskunde.

Tabel 17: Het aantal verpleegdagen per ZZP ouderenzorg (x 1.000.000)

ZZP:	2009	2010	2011	2012
5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	14,2	15,6	16,6	17,1
6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6,8	6,9	7,1	7,9
7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	4	3,8	3,9	4,6
8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	0,6	0,9	1,1	1,2
9b Herstelgerichte verpleging en verzorging	3,4	3,3	3,3	0,4
10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0,3	0,2	0,2	0,2
9a Geriatrische revalidatiezorg				3
Totaal	29,3	30,6	32,3	34,4

De forse stijging met 2,1 miljoen verpleegdagen in 2012 ten opzichte van 2011 is nog onderwerp van lopend onderzoek. De resultaten van dat onderzoek worden eind 2013 verwacht.

6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency verhogen zijn bijvoorbeeld het uitzuiveren van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen en effectievere patiëntenlogistiek.

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2012 Kiwa Prismant onderzoek laten doen naar ontwikkelingen in het werkproces²⁸ die van invloed zijn op de efficiency van de medische zorg door de Specialist Ouderengeneeskunde.

Het rapport “*Het werkproces onderzocht*” heeft als subtitel “*Hoeveel patiënten kan een Specialist Ouderengeneeskunde bedienen?*” De historie leert dat het aantal patiënten waaraan de Specialist Ouderengeneeskunde zorg verleent, uitgedrukt in bedden, lager is geworden. Dat kan het gevolg zijn van veranderingen in de samenstelling van het patiëntenbestand en de beschikbaarheid van voldoende

²⁸ Van der Windt, W.; Bloemendaal, I. (2012): Het werkproces onderzocht. Utrecht: Kiwa Prismant.

ondersteuning (verpleging, administratie). Bekend is dat het aantal meer medische zorgbehoevende patiënten (revalidatie, palliatief) snel is gegroeid.

Uit onderzoek blijkt echter ook dat er een grote variatie is in omvang van de medische zorg per patiënt tussen verpleeghuisorganisaties. Onderzocht is welke verschillen in taken en werkwijzen van invloed kunnen zijn op de efficiency van de medische zorg door de Specialist Ouderengeneeskunde.

In welke mate zouden Specialist Ouderengeneeskunde efficiënter kunnen werken en hoeveel Specialist Ouderengeneeskunde zijn er dan minder nodig? Respondenten uit de medische dienst van elf zorginstellingen gaven in de rapportage een bandbreedte aan die loopt van 8%, wat zij als een gemiddelde aangaven, tot 24% wanneer alle zorginstellingen zouden gaan werken volgens de door Verenso en SOON gepropageerde behandelpraktijk nieuwe stijl.

Het tempo waarin veranderingsprocessen zich voltrekken, laat zich moeilijk voorspellen. Uit een tijdreeksanalyse komt naar voren dat een periode van 10-15 jaar (naar analogie van de opkomst van Verpleegkundig Specialist en verpleegkundigen met een specifieke taak) voor de hand ligt. Al met al komen de onderzoekers van Kiwa Prismant tot een bandbreedte van 0,5-2% per jaar in de komende 10 jaar.

Op basis van de bespreking van het rapport “Het werkproces onderzocht” in de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde is de parameter **efficiency** vastgesteld op - 0,5% tot - 2,0% per jaar. In het Capaciteitsplan 2010 werden percentages van - 0,5% tot - 0,7% gehanteerd.

6.5 Taakherschikking/taakverschuiving

Als er tijd bij een specialist vrijkomt door de inzet van een andere persoon noemt het Capaciteitsorgaan dat substitutie. Het kan daarbij formeel gaan om taakdifferentiatie, taakherschikking en/of taakverschuiving. Substitutie kent twee componenten. De horizontale substitutie betreft verschuiving van werk tussen vergelijkbaar opgeleide beroepsgroepen, zoals tussen de Specialist Ouderengeneeskunde en de klinisch geriater, de internist met aandachtsgebied ouderen, de huisarts of de revalidatiearts. Verticale substitutie betreft verschuiving van taken naar lager opgeleide beroepsgroepen, bijvoorbeeld van de Specialist Ouderengeneeskunde naar de basisarts, verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving, Verpleegkundig Specialist chronische zorg, de praktijkverpleegkundige of de physician assistant.

6.5.1 Horizontale taakherschikking

Over horizontale substitutie is niet veel bekend. Naar schattingen uit 2010 werd 13% van de fte's van Specialist Ouderengeneeskunde toen gewerkt buiten de verpleeghuismuren. Er zijn geen gegevens over eerdere jaren bekend.

In een gezamenlijk standpunt²⁹ van de KNMG onderschrijven partijen de intensivering van de rol van de Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn (bij de huisarts en in het verzorgingshuis). In deze visie kan de Specialist Ouderengeneeskunde ook in de tweede lijn op onderdelen een consultatieve rol spelen.

29 KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

Alhoewel uit het bovenstaande een aantal signalen is te herleiden die wijzen op een verschuiving van taken in de richting van de Specialist Ouderengeneeskunde – en dit ook wordt bevestigd in de aantallen patiënten die in mede-behandelaarschap of consultantschap worden gezien – is ervoor gekozen de daadwerkelijke bewegingen af te wachten. De financiële versoeringen in de GGZ, de op handen zijnde bezuinigingen in de langdurige zorg en de onzekerheid rond de daadwerkelijke inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde door de huisarts, hebben ertoe geleid dat de parameter **horizontale taakherschikking** is gehandhaafd op **+ 0,5% tot + 1,0% per jaar**.

6.5.2. Verticale taakherschikking

Verticale taakherschikking betreft het structureel verschuiven van taken van Specialist Ouderengeneeskunde naar lager opgeleide disciplines. Dit wordt momenteel gefrustreerd door (dreigende) personeelstekorten op het niveau van de verzorgenden en met name door de (in vergelijking met vroeger) veel lagere aantallen werkzame verpleegkundigen niveau 4 en niveau 5. Tegelijkertijd is er echter ook binnen het specialisme ouderengeneeskunde sprake van toenemende capaciteitsproblemen. Hierdoor neemt de noodzaak tot intensivering van de verticale taakherschikking toe.

Bij de inzet van basisartsen, de Verpleegkundig Specialist, praktijkverpleegkundige en/of andere ondersteuners kan sprake zijn van substitutie. De daarmee gepaard gaande 'tijdwinst' is het grootst bij de inzet van de basisarts, Verpleegkundig Specialist en de praktijkverpleegkundige. Aan de verhouding tussen de disciplines is ook aandacht besteed in paragraaf 2.3.

Tegelijkertijd krijgt de substitutie van activiteiten van de Specialist Ouderengeneeskunde door de Verpleegkundig Specialist aarzelend vorm³⁰. Bij ouderengeneeskunde kwam deze substitutie pas laat op gang. Vanaf 2006 is er wel een stijgende lijn te zien. In 2012 waren er 122 Verpleegkundig Specialisten in de ouderenzorg werkzaam. De verhouding van het aantal Verpleegkundig Specialisten op het aantal Specialist Ouderengeneeskunde is ongeveer 8% en daarmee vergelijkbaar met de situatie bij de beschouwende beroepen en de psychiatrie.

Op basis van het voorgaande is voor de parameter **verticale taakherschikking** een percentage van **- 0,5% tot - 1,0% per jaar** gehandhaafd.

6.6 Conclusie werkproces

In tabel 18 worden de conclusies voor het werkproces samengevat.

Tabel 18: Parameterwaarden werkproces

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%
Efficiency	- 0,3% tot - 0,6%	- 0,5% tot - 0,7%	- 0,5% tot - 2,0%
Substitutie horizontaal	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%
Substitutie verticaal	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%

³⁰ Van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012): Onderzoeken onder alumni van de Master Nursing Practise (MANP) en de Master Physician Assistant (MPA). Utrecht: Kiwa Prismant.

7. Scenario's

7.1 Inleiding

Hoofdstukken 4, 5, en 6 bevatten alle beschikbare informatie over de stand van zaken van respectievelijk de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. Ook schatten experts in deze hoofdstukken zo goed mogelijk hoe de afzonderlijke parameters voor deze drie onderdelen zich de komende 12 tot 18 jaar gaan ontwikkelen. Voor sommige parameters gaven de experts aan dat het onmogelijk is de toekomst te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden, een plausibele en een extreme, gehanteerd in de raming. Bijlage 2 geeft een samenvattend overzicht van de parameterwaarden zoals die uiteindelijk in het rekenmodel door Kiwa Prismant zijn gehanteerd.

In deze raming is dezelfde systematiek gehanteerd als in het Capaciteitsplan 2010. Op basis van signalen uit het veld is wel de benaming van de verschillende scenario's (voorheen varianten) in dit hoofdstuk aangepast. De nieuwe benamingen zijn meer in overeenstemming met de inhoud van het betreffende scenario. Ook zijn de verschillende scenario's in dit hoofdstuk grafisch weergegeven.

Een theoretisch scenario is het **status quo scenario**. Dit scenario beperkt zich tot het doorrekenen van de capaciteit aan Specialisten Ouderengeneeskunde bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding in de komende periode. In die zin is het een scenario dat alleen focust op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid van het scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in vraag en aanbod volledig worden genegeerd. Het scenario geeft wel duidelijk aan wat er met het aanbod aan Specialisten Ouderengeneeskunde gebeurt in een status quo situatie. Het scenario wordt in dit deelrapport niet gebruikt.

7.2 Beleidsarm scenario of Referentiescenario

Het eerste echte scenario is het **beleidsarme scenario**. In dit scenario wordt de huidige zorgvraag (in fte's Specialisten Ouderengeneeskunde) eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag en vervolgens wordt de vraagontwikkeling ten gevolge van de parameter "demografie" geraamd voor de komende 18 jaar, met specifieke aandacht voor de twee zogenaamde evenwichtsjaren 2025 en 2031. Vervolgens wordt aan de hand van de huidige beschikbare capaciteit en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios geraamd hoeveel van deze capaciteit aan Specialisten Ouderengeneeskunde in 2031 nog beschikbaar is. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag en het verwachte zorgaanbod (uit de huidige arbeidsmarktcapaciteit) in 2025/ 2031 bepaalt hoeveel aios moeten worden opgeleid vanaf 2015.

Zowel de ontwikkeling van de zorgvraag als de ontwikkeling van het zorgaanbod worden alleen bepaald door extrapolaties op basis van gegevens uit eerdere jaren. Het beleidsarme scenario is een directe, bijna lineaire afleiding van de observaties uit het verleden en bevat geen elementen die door beleid beïnvloed (kunnen) worden. Het beleidsarme scenario wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere ramingen.

7.3 Realistisch scenario met tijdelijke of doorgaande trend

De twee volgende scenario's die worden getoond zijn het **realistisch scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **realistisch scenario met doorgaande trend**. Deze twee scenario's borduren voort op het

beleidsarme scenario door de toevoeging van de parameters “epidemiologie” en “sociaal-culturele ontwikkelingen” aan de zorgvraagzijde en de parameters “vakinhoudelijke ontwikkelingen”, “technologie”, “efficiency”, en “horizontale substitutie” aan de werkproceszijde.

Voor de parameters “sociaal-culturele ontwikkelingen” en “horizontale substitutie” zijn in het algemeen gevoeliger voor beleidsontwikkelingen. Bij de Specialist Ouderengeneeskunde wordt dit in de schattingen van de experts bevestigd. Afhankelijk van de uitwerking van beleid zal deze parameter volgens de experts de komende jaren kunnen variëren tussen twee vastgestelde percentages: het plausibele percentage en het extreme percentage. In het realistische scenario voor de sociaal-culturele ontwikkeling wordt het plausibele percentage (-1,5%) gebruikt. Voor het realistische scenario voor horizontale substitutie wordt het plausibele percentage (0,5%) gebruikt. De reden voor het hanteren van het plausibele percentage is dat voor elk van de afzonderlijke parameters geldt dat zij zich niet, geheel, of deels kunnen voordoen gedurende de onderhavige tijdsperiode.

Voor de andere parameters geldt dat in de realistische scenario's telkens de plausibele waarden zijn gehanteerd. Daardoor wordt bereikt dat parameters die misschien helemaal geen uitwerking zullen hebben op de raming in de bewuste tijdsperiode, worden gecompenseerd door parameters die een hogere dan plausibele uitwerking zullen hebben. Voor de duidelijkheid: men moet beseffen dat de plausibele waarde de waarde is die 0,0% het dichtste benadert. Beide realistische scenario's combineren dus de meest plausibele waarden van elke geschatte parameter met elkaar.

Voor geen van bovenstaande parameters kan worden gegarandeerd dat zij de komende 12 tot 18 jaar onverkort dezelfde invloed op de zorgvraagontwikkeling zullen blijven hebben. Om die reden is er naast het realistische scenario met doorlopende trend ook een realistisch scenario doorgerekend waarbij alle trendmatige veranderingen, met uitzondering van demografische veranderingen, na 10 jaar stoppen. De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig door kunnen blijven gaan. Sommige trends stoppen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar. Door alle trends na 10 jaar te laten stoppen, ontstaat voor beleidsmakers meer inzicht in de invloed die deze trends hebben op het realistische scenario. Dit scenario wordt het **realistisch scenario met tijdelijke trend** tot 2023 genoemd.

Aan de andere kant zou een beschreven trend ook door kunnen zetten. De demografische veranderingen gaan bijvoorbeeld door gedurende de hele looptijd van de raming. Hetzelfde zou ook kunnen gelden voor de epidemiologische en sociaal-culturele effecten. Het betreft dan een scenario waarin zich geen veranderingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters meer voordoen na de start van de raming. Dit scenario wordt het **realistisch scenario met doorgaande trend** genoemd.

7.3.1 Arbeidstijdvariant

Normaliter volgen in de systematiek van het Capaciteitsorgaan nu twee scenario's waarin de effecten van toekomstige arbeidstijdveranderingen ten gevolge van cao-afspraken of veranderingen in de verhouding loondienst/vrij ondernemer worden getoond. Voor de Specialist Ouderengeneeskunde, die merendeels in loondienst werken, gelden cao-afspraken. Voor deze Specialist Ouderengeneeskunde die in loondienst werken wordt de komende jaren geen arbeidstijdverandering verwacht.

7.4 Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Het vierde en het vijfde gehanteerde scenario zijn het **reëel scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **reëel scenario met doorgaande trend**. Op basis van het tweede en derde scenario wordt de raming van de zorgvraag naar Specialisten Ouderengeneeskunde verminderd door mogelijke verticale substitutie in het werkproces. Dit is een beleidsrijk scenario. Deze verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de beroepsgroep, de werkgevers en de beleidsmakers bij de overheid en zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie komt binnen de ouderengeneeskunde op gang. In de Capaciteitsplannen 2008 en 2010 werd er ook al rekening mee gehouden. Momenteel zijn de verwachtingen over verticale substitutie hoger gespannen dan in het recente verleden. Verticale substitutie zal hard nodig zijn en wordt gestimuleerd door de overheid. Op basis van recente rapporten over de inzet van basisartsen, verpleegkundigen, Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants^{31/32}, is de parameter verticale substitutie voor de Specialisten Ouderengeneeskunde gehandhaafd op jaarlijks -0,5% tot -1,0%.

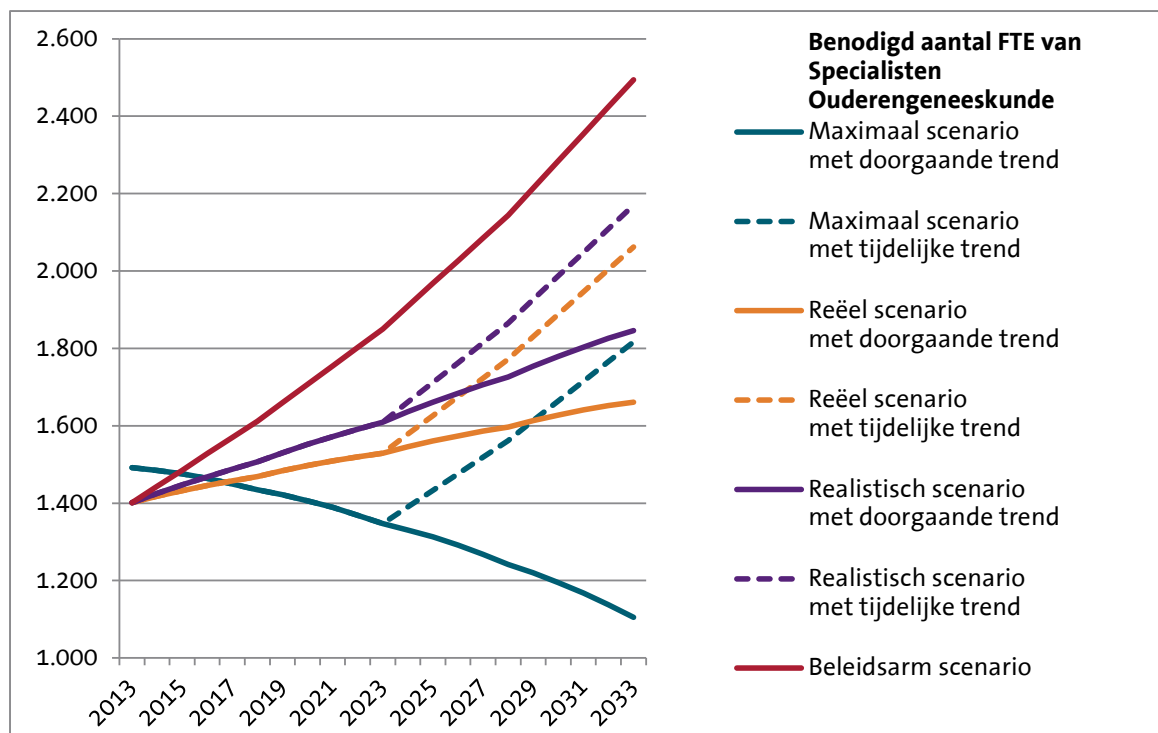
7.5 Maximaal scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Tot slot zijn er voor de Specialisten Ouderengeneeskunde nog twee scenario's uitgewerkt: het **maximaal scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **maximaal scenario met doorgaande trend**. Zoals de naam al suggereert, zijn in deze twee scenario's voor alle afzonderlijke parameters de extreme percentages opgenomen (waarover overeenstemming tussen alle partijen in het veld kon worden bereikt). In het maximale scenario worden deze extreme waarden gehanteerd, waardoor de schatting van de toekomstige zorgvraag in sommige gevallen hoger, maar in sommige gevallen ook lager kan uitvallen. De kans dat alle parameters tegelijkertijd voor de gehele looptijd van de raming op hun meest extreme waarde zullen doorwerken, wordt als klein beschouwd. Tegelijkertijd geven deze waardes de beleidsmaker wel informatie over de maximale bandbreedte die met behulp van de huidige gegevens kan worden bepaald. In figuur 5 wordt weergegeven hoe de zeven scenario's de verwachte zorgvraag beïnvloeden, waarbij de tijdas in de figuur overigens doorloopt tot 2033.

31 van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012); Alumni van de masteropleiding advanced nursing practitioner. Utrecht: Kiwa Prismant

32 van der Velde, F.; Van der Windt, W. (2012); Alumni van de masteropleiding physician assistant. Utrecht: Kiwa Prismant.

Figuur 5. Zorgvraagontwikkeling in FTE Specialisten Ouderengeneeskunde voor zeven verschillende scenario's; 2013-2033



7.6 Conclusie scenario's

Duidelijk is dat in het beleidsarme scenario, waar alleen onvervulde vraag en demografische veranderingen worden gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen, er (naast de eenmalige aanpassing in 2013 ten gevolge van de onvervulde vraag) al een behoorlijke toename is te verwachten van de zorgvraag. De zorgvraag stijgt naar 2.354 fte's Specialisten Ouderengeneeskunde voor het jaar 2031.

In het realistisch scenario wordt naast de onvervulde vraag en de demografie ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een paar parameters uit het werkproces. De toevoeging van epidemiologie en sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologie, efficiency en horizontale substitutie resulteert in een tweetal (paarse) lijnen die een duidelijk lagere hellingshoek hebben dan het beleidsarme scenario. Uiteraard breekt de paarse lijn met tijdelijke trend na 10 jaar af en krijgt dan dezelfde hellingshoek als het beleidsarme scenario. Deze twee scenario's leiden tot een verwachte vraag naar 1.803 fte's respectievelijk 2.048 fte's Specialisten Ouderengeneeskunde in 2031.

Daarmee belanden we bij de twee reële scenario's, het ene met doorgaande trend en het andere zonder. De zorgvraag stijgt in deze twee scenario's in 2031 naar 1.641 respectievelijk 1.946 fte's. De waarden liggen lager dan in de twee realistische scenario's. Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van verticale substitutie in deze sector.

In het maximale scenario wordt voor alle parameters in plaats van de meeste plausibele waarde de extreme waarde gebruikt waarover consensus bestond bij de experts. Bij de Specialisten Ouderengeneeskunde betekent dit dat de verwachte zorgvraag in 2031 lager wordt dan in de reële scenario's, namelijk 1.168 respectievelijk 1.715 fte's. Deze waarden worden hier weergegeven omdat zij, net als het beleidsarme scenario, de bandbreedte van de mogelijke verwachtingen bepalen. De verwachting is dat van alle mogelijkheden in 2031 de 1.168 fte's en de 2.354 fte's de twee uitersten weergeven. Tabel 19 vat de gegevens uit figuur 5 nog eens samen en voegt de geraamde zorgvraag in aantallen Specialisten Ouderengeneeskunde toe aan de geraamde fte's Specialisten Ouderengeneeskunde.

Tabel 19: Geraamde zorgvraag in fte's en in aantal Specialisten Ouderengeneeskunde per scenario in 2025 en 2031

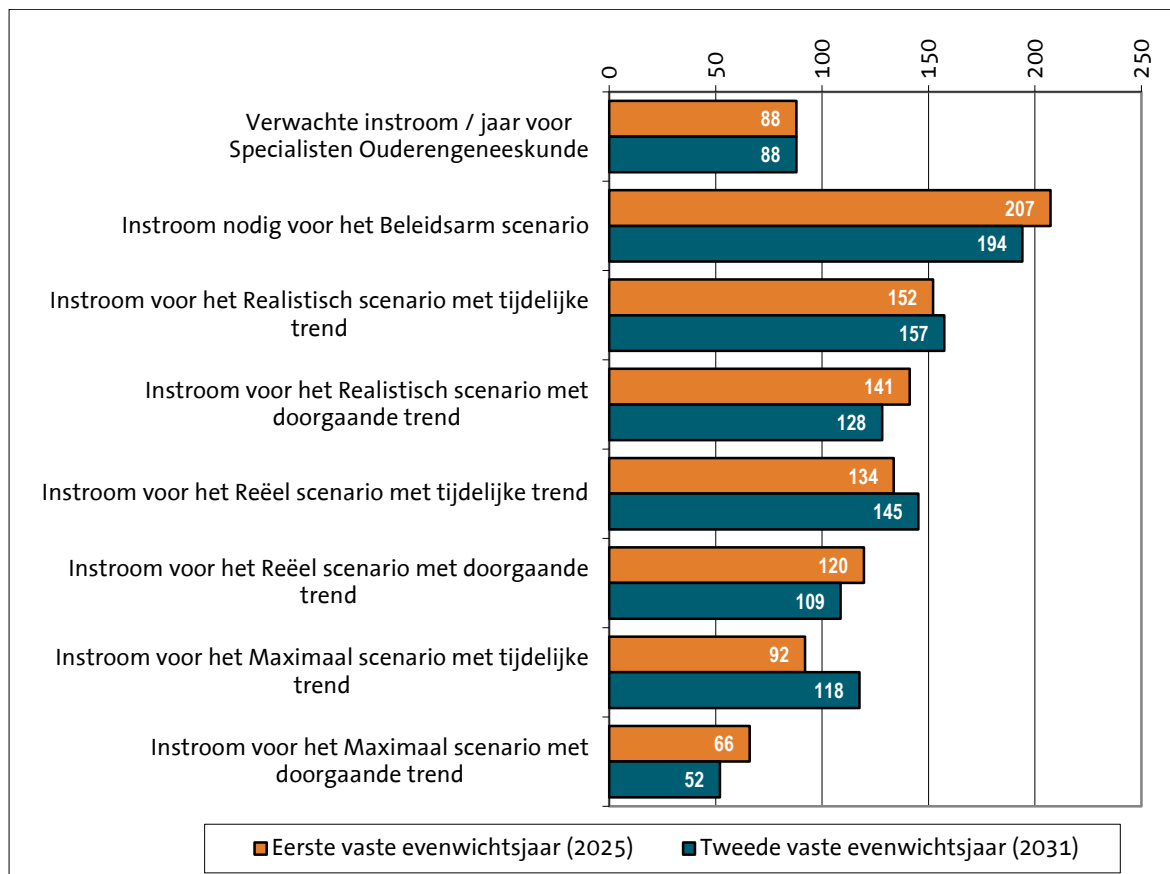
Evenwichtsjaar	2025		2031	
Scenario	Fte	Aantal	Fte	Aantal
Beleidsarm scenario	1.968	2.290	2.354	2.750
Realistisch scenario; tijdelijke trend	1.712	1.991	2.048	2.392
Realistisch scenario; doorgaande trend	1.661	1.931	1.803	2.105
Reëel scenario; tijdelijke trend	1.626	1.891	1.946	2.272
Reëel scenario; doorgaande trend	1.561	1.815	1.641	1.915
Maximaal scenario; tijdelijke trend	1.433	1.665	1.715	2.002
Maximaal scenario; doorgaande trend	1.313	1.524	1.168	1.362

Gevolgen diverse scenario's voor de benodigde instroom aios ouderengeneeskunde

Tabel 19 laat zien welke gevolgen de diverse scenario's hebben voor de benodigde fte's Specialisten Ouderengeneeskunde en voor de aantallen Specialisten Ouderengeneeskunde in 2025 en 2031. Het Capaciteitsorgaan creëert daarmee de mogelijkheid om het evenwicht tussen vraag en aanbod 6 jaar eerder of later te bereiken. Als een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2025 bereikt moet worden, heeft dat grotere effecten op de geadviseerde instroom. De periode waarover ingegrepen kan worden, start immers pas in 2015 (met effectuering in het veld van een eventuele verandering in de instroom in de opleiding) en stopt in 2022 (het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2025 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt voor Specialisten Ouderengeneeskunde). Keuze voor het evenwichtsjaar 2031 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen. Dat laatste levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten.

In figuur 6 wordt getoond welke instroom aan aios ouderengeneeskunde vanaf 2015 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2025 of 2031 in evenwicht te krijgen.

Figuur 6: Instroom aios ouderengeneeskunde vanaf 2015 per scenario voor evenwicht in 2025 of 2031



Figuur 6 laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde een bandbreedte heeft van 52 tot 207 aios. Momenteel is de instroom gemiddeld over de laatste 3 jaar 88 aios per jaar (ongewijzigd scenario). De instroom zou in het beleidsarme scenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de onvervulde vraag) omlaag kunnen naar 207 aios per jaar voor evenwicht in 2025 en naar 194 voor evenwicht in 2031.

Indien gekozen wordt voor één van de twee realistische scenario's (dus met plausibel ingeschatte epidemiologische en sociaal-culturele factoren) bedraagt de bandbreedte 128 tot 157 aios ouderengeneeskunde. Bij aanname van een tijdelijke trend is voor het bereiken van het evenwicht in 2025 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 152 aios nodig. Indien geaccepteerd wordt dat het huidige tekort aan Specialist Ouderengeneeskunde over een 6 jaar langere periode wordt ingelopen, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 157 aios. Uiteraard zijn beide getallen lager als in het realistische scenario

wordt gekozen voor doorgaande trends. Voor evenwicht in 2025 of 2031 wordt de benodigde jaarlijkse instroom dan 141 respectievelijk 128 aios ouderengeneeskunde.

In de twee reële scenario's wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de realistische scenario's. Dat leidt uiteraard tot een lichte afname van de behoefte aan instromende aios. Bij het reële scenario met tijdelijke trend wordt de instroom dan 134 aios bij een evenwicht in 2025 en 145 aios voor een later te bereiken evenwicht. Indien de trends doorgaan, wordt de instroom voor een evenwicht in 2025 of 2031 120 aios respectievelijk 109 aios.

De twee maximale scenario's gaan uit van de meest extreme waarden voor een aantal eerder beschreven parameters waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale scenario met tijdelijke trend heeft een jaarlijkse instroom van 92 of 118 aios om in 2025 respectievelijk 2031 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij een doorgaande trend zijn 66 of 52 instromende aios per jaar nodig.



8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke scenario's door het Capaciteitsorgaan gekozen worden als de meest passende voor een advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde. Deze keuze wordt bepaald door de verwachtingen die kunnen worden gekoesterd rond de beleidsontwikkelingen en de belangrijkste onzekerheden die op dit moment bestaan. Op basis van deze beschrijving in de paragrafen 8.2 en 8.3 wordt in paragraaf 8.4 een keuze gemaakt voor de twee scenario's die het Capaciteitsorgaan het meest waarschijnlijk lijken. In paragraaf 8.5 ten slotte wordt het advies geformuleerd dat per 2013 aan de minister wordt gegeven betreffende de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Het Capaciteitsorgaan signaleert een aantal ontwikkelingen en onzekerheden:

- Het effect van imagooverhogende campagnes van Verenso en SOON op de instroom
- De mogelijkheden van taakherschikking voor substitutie
- De effecten van de overheveling van de (geriatrische) revalidatie van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet
- De hervormingen in de langdurige zorg
- De mogelijke zuigkracht van de GGZ-instellingen op de Specialist Ouderengeneeskunde
- De horizontale substitutie naar de huisartsenzorg (Bruggen slaan: sleutelrol voor de huisarts)
- De snelheid waarmee beleid geïmplementeerd kan en zal worden

8.2.1 Verenso en SOON

De beroepsverenigingen en opleidingsinstellingen, Verenso, SOON³³, het Consilium Ouderengeneeskunde, de KNMG en ActiZ, hebben vanaf 2010 veel werk gemaakt van beleid gericht op het aantrekkelijker maken van het werken in de ouderenzorg. Met imago-campagnes zijn bestaande vooroordelen gecorrigeerd. Met sprekende voorbeelden uit de praktijk wordt de interesse bij studenten en basisartsen gewekt voor de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde. Dat begint zijn vruchten af te werpen. De universiteiten passen de curricula aan om studenten eerder kennis te laten maken met het werk van de Specialist Ouderengeneeskunde, want onbekend maakt onbemind³⁴. Professionalisering van het beroep maakt het werk in de ouderenzorg ook aantrekkelijker. Verenso en SOON hebben een modern model voor de behandelpraktijk ontwikkeld³⁵. Bij een instelling die het nieuwe praktijkmodel heeft geïmplementeerd werken artsen, paramedici en psychologen samen met praktijkondersteuners en praktijkassistenten. De behandelgegevens van al hun patiënten hebben zij via hun elektronisch patiëntendossier altijd en overal beschikbaar. Een slim scholingsstelsel houdt de behandelaars up-to-date.

33 SOON – Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland

34 Boersma, H.; Conijn, M. : Wie gaat er voor onze ouderen zorgen? Maak coschap ouderengeneeskunde verplicht, Arts in Spe februari 2013.

35 Hoek, F.; Roos, F. (2011): Behandelpraktijken in opleidingsverpleeghuizen. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2011-3.

Kenmerken van deze moderne praktijkvoering samengevat:

- Eén uitvalsbasis
- Centrale bereikbaarheid (één telefoonnummer 7/24)
- Taakherschikking
- Uniforme en hoge kwaliteit behandelzorg volgens de laatste inzichten
- Efficiënt (meer patiënten per behandelaar)
- Elektronisch patiëntendossier
- Neemt deel aan een scholingsnetwerk

Deze praktijkvorm maakt meestal onderdeel uit van een verpleeghuisorganisatie, instelling voor verstandelijk gehandicapten of GGZ-instelling. In een dienstverlenings-overeenkomst wordt vastgelegd wat de instelling van de praktijk mag verwachten en andersom. Deze vorm van dienstverlening wordt ook steeds vaker aangeboden door commerciële dienstverleners op basis van detachering. De verwachting is dat nieuwe vormen van praktijkvoering bij zullen dragen aan een hogere efficiency. Bij de berekening van het instroomadvies is rekening gehouden met deze ontwikkelingen.

8.2.2 Beleid overheid

Het regeerakkoord “Bruggen slaan”³⁶ van de VVD en PvdA en het daaruit voortvloeiende nieuwe overheidsbeleid, dat gericht is op de overheveling van een deel van de AWBZ-gefinancierde zorg naar de Zorgverzekeringswet en Gemeenten, zal voor de intramurale én de extramurale ouderenzorg grote consequenties hebben. De geriatrische revalidatie is per 1 januari 2013 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Indicatiestelling voor de geriatrische revalidatie door het CIZ is daarmee komen te vervallen.

Door nieuwe afbakeningscriteria voor de kern-AWBZ zal het aantal mensen dat daadwerkelijk in een instelling verblijft gaan dalen. Ouderen met een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket (ZZP 1-4), die veilig thuis kunnen wonen, zullen een beroep moeten doen op gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw). Het aandeel van de intramurale cliënten met een indicatie voor een hoog zorgzwaartepakket zal daardoor stijgen. Deze gefaseerde hervormingen leiden intramuraal tot een complexere zorgvraag. Extramuraal zal de zorgverlening competitiever worden. Voor de huisartsen is in het regeerakkoord een sleutelrol weggelegd voor de coördinatie van zorg aan huis. Ook voor de kwetsbare ouderen. De zorg, of het advies over de zorg, voor deze cliënten zal in overleg met de huisarts door de Specialist Ouderengeneeskunde geleverd kunnen (blijven) worden.

8.2.3 AWBZ en Zorgverzekeringswet

De beoogde bezuinigingen in de AWBZ kunnen bij implementatie van het huidige regeerakkoord leiden tot een absolute daling van het aantal kwetsbare ouderen en verstandelijk gehandicapten dat intramuraal mag verblijven. Cliënten met een lage indicatie voor hun ZorgZwaartePakket (ZZP) kunnen dan niet meer worden opgenomen. De zorg voor die groep mensen zal dan in de thuissituatie gecoördineerd en geleverd moeten worden onder regie van de huisarts.

De kostenstijging wordt verder gedrukt van 2,5 naar 2% voor medisch specialistische zorg en vrijge-

³⁶ Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA (29 oktober 2012)

vestigde medisch specialisten. Voor huisartsen naar 2,5%. Dit pakket van maatregelen legt het fundament voor een structuur van sterke eerste- en anderhalvelijnszorg, dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol. In dit kader zijn er al veel landelijke initiatieven gestart waarbij Specialist Ouderengeneeskunde en huisartsen onderlinge werkafspraken hebben gemaakt.

Extramurale verpleging wordt in 2017 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en valt daar onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg.

8.2.4 Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij is al een aantal jaren op weg naar een steeds individualistischer ingestelde samenleving, waarin ontwikkeling en benutting van de eigen mogelijkheden voorop staan. De onderlinge solidariteit neemt af. Het gedrag van de zorgvragers zal veranderen waarbij een deel van de patiëntenpopulatie vaker en intensiever een beroep zal doen op ouderengeneeskunde. Het gaat daarbij vooral om de grote groep kwetsbare ouderen en gehandicapten die in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor intramurale AWBZ-gefinancierde zorg. Een ander deel van de bevolking zal, door een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en e-health-oplossingen en mantelzorg, minder vaak een beroep hoeven doen op de Specialist Ouderengeneeskunde.

8.2.5 Taakherschikking

De horizontale taakherschikking van de tweedelijnszorg naar de Specialist Ouderengeneeskunde zal naar verwachting geen grote vlucht nemen.

In de verticale substitutie zit enige ontwikkeling. De toename van het aantal werkzame basisartsen in de ouderengeneeskunde is opvallend en kan verklaard worden door de grote on vervulde vraag. Taakherschikking op grote schaal door basisartsen lijkt daarmee een feit maar camoufleert mogelijk ook een disbalans in de gewenste bezetting en een optimale skill mix.

Recent onderzoek³⁷ laat zien dat verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving een steeds grotere bijdrage leveren aan verticale substitutie, maar de inzet van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants blijft relatief laag. In het Capaciteitsplan 2010 is al benadrukt dat het essentieel is dat de verpleeghuissector investeert in de uitbreiding van de discipline verpleegkundigen niveau 4 en 5 en de (daarop aansluitende) opleidingen tot praktijkverpleegkundige of Verpleegkundig Specialist chronische zorg, die kunnen worden ingezet bij taakherschikking.

8.2.6 Buitenland

Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat in het buitenland niet. Instroom van Specialist Ouderengeneeskunde uit het buitenland komt dus niet voor.

8.2.7 Relatie met andere adviezen

Door de bezuinigingen in de AWBZ-gefinancierde zorg, de voorgenomen populatiegebonden financiering en de sleutelpositie die de huisarts krijgt, zullen steeds vaker samenwerkingsrelaties met de Specialist Ouderengeneeskunde ontstaan. De intensiteit van die relaties zal erg afhankelijk zijn van de regionale demografie en specifieke zorgvraag.

37 Enquête medische dienst verpleeginstellingen; Kiwa Prismant, januari 2013.

8.2.8 Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met de haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen, die immers vertegenwoordigd zijn in de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde en in het Plenair Orgaan. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal ai's is uit continuïteitsoogpunt van groot belang voor de opleidingsinstellingen.

8.3 Onzekerheden

Deze raming heeft als doel de beleidsbeslissers een impressie te geven van mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden, de bandbreedte van de vraagontwikkeling en arbeidsmarkten. Onzekerheden bestaan voor elk onderdeel van de raming.

8.3.1 Vraag

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameters "horizontale substitutie" en "sociaal-culturele ontwikkelingen". Het gaat dan om de vraag of de maatregelen die in het regeerakkoord "Bruggen slaan" staan voor de hervorming van de langdurige zorg én de huisartsensector alle worden uitgevoerd, in welk tempo, en met welke empirische gevolgen voor volume en kwaliteit van de ouderenzorg. De economische crisis waarin Nederland zich sinds 2008 bevindt zal volgens sommigen nog een aantal jaren duren. Welke invloed heeft dit op de zorgvraag?

8.3.2 Aanbod

Door de toenemende zorgvraag en de afbouw van de AWBZ-gefinancierde zorg neemt de hoeveelheid werk van de Specialist Ouderengeneeskunde toe. Binnen de instellingen door de toename van cliënten met een complexe zorgvraag. Buiten de instellingen door een (pro)actieve samenwerking met de huisartsen.

Op zich is dat een positie die aansluit bij de professionalisering die de beroepsgroep voorstaat maar kan dat met de huidige beschikbare capaciteit nog niet waar maken.

8.3.3 Werkproces

Tussen instellingen zijn grote verschillen te zien in de ratio van het aantal Specialist Ouderengeneeskunde en het aantal bedden dat zij bedienen. De grote variatie kan deels verklaard worden door de grootte van de instellingen en deels door historisch en lokaal bepaald beleid. De grote verschillen tussen instellingen laten ook zien dat er ruimte is om efficiënter te gaan werken. Onzekerheid binnen dit onderdeel van de raming zit in de verticale substitutie. Er zullen creatieve manieren gevonden moeten worden om de beschikbare skill mix aan zorgverleners en ondersteuners in de ouderenzorg af te stemmen op de veranderende zorgvraag. Daar is nog weinig ervaring mee.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Op het terrein van de opleidingscapaciteit bestaan weinig onzekerheden. Er is een tekort aan kandidaten!

In de afgelopen jaren is in de praktijk gebleken dat de instroom in de medische vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde achterblijft bij de geadviseerde en toegestane instroom. De opleidingsinstellingen slaagden er niet in voldoende geschikte ai's te rekruteren. De verwachting dat de

toename van het aantal basisartsen zou leiden tot een betere bezetting van de opleidingsplaatsen voor Specialist Ouderengeneeskunde, is tot nu toe niet bewaarheid.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

De belangstelling voor het vak Specialist Ouderengeneeskunde lijkt, door imago-campagnes, wervende publicaties en activiteiten en het opnemen van stages in de geneeskunde studie, toe te nemen. Ouderengeneeskunde krijgt ook in andere vervolgoopleidingen meer aandacht.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan kiest in het geval van het specialisme ouderengeneeskunde voor twee verschillende scenario's. De redenen daarvoor zijn grotendeels genoemd in de paragrafen 8.2 en 8.3. Dat de hervormingen in de langdurige zorg een grote impact zullen hebben op de ouderenzorg binnen en buiten de instellingen lijkt geen twijfel. De verwachting dat de overheid de verticale substitutie in de ouderenzorg gaat stimuleren is reëel, maar zal mede afhangen van de beschikbaarheid van voldoende kandidaten met de juiste vaardigheden en bevoegdheden. De onzekerheid zit voornamelijk in het tempo waarin de benodigde aanpassingen doorgevoerd kunnen en zullen worden.

Het Capaciteitsorgaan richt zich met de beleidskeuze aan de aanbodzijde vooral op de korte termijn. Hoe kunnen gemotiveerde kandidaten en instellingen met opleidingsplaatsen maximaal geacommodeerd worden?

Voor het scenario waarbij voorzien wordt dat de substitutie door taakherschikking achter blijft bij de verwachtingen, wordt gekozen voor een oplossing op de langere termijn.

8.5 Advies instroom

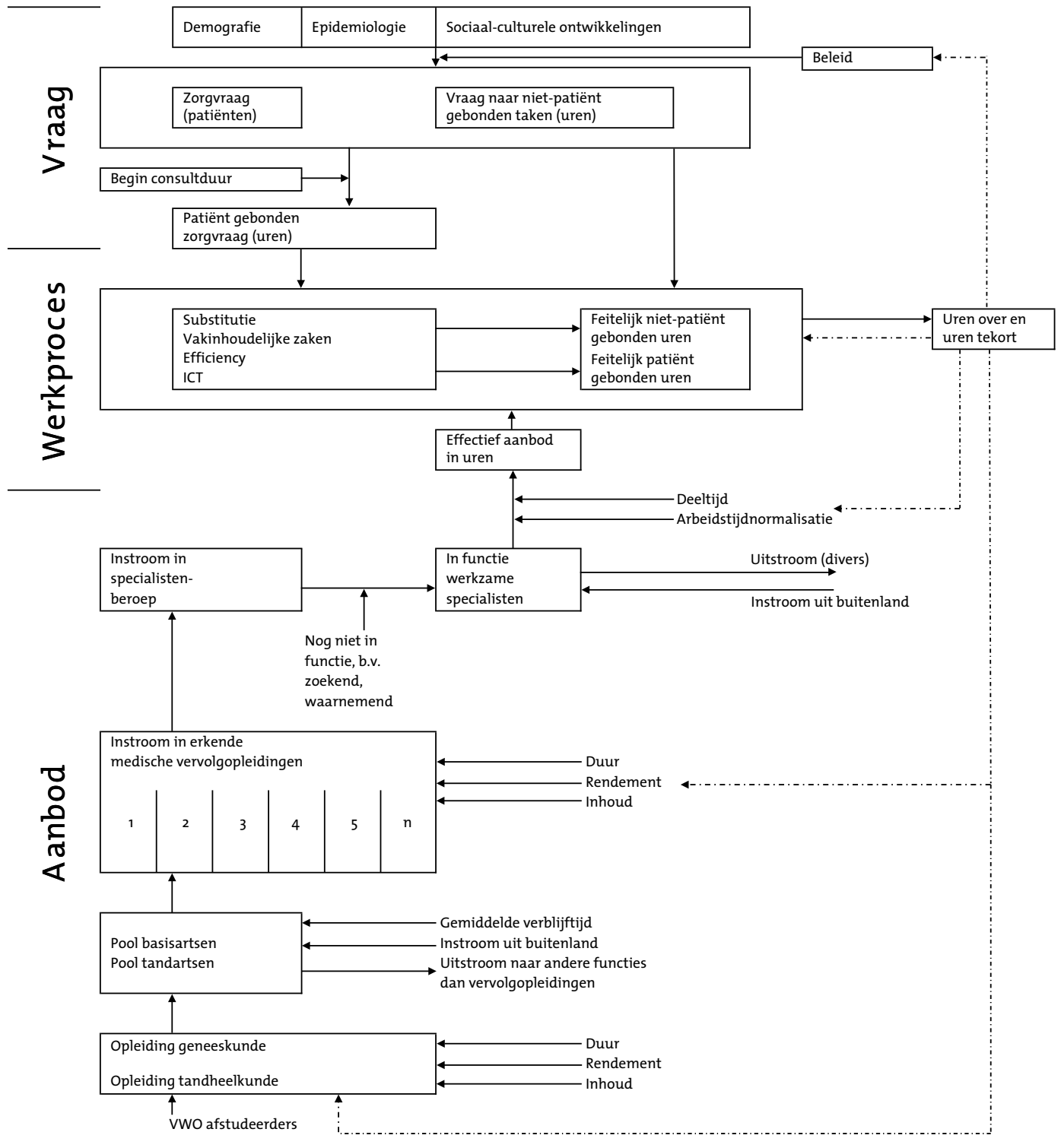
Op basis van de beschreven ontwikkelingen en onzekerheden adviseert het Capaciteitsorgaan de instroom te bepalen op basis van het voorkeurs of **reële scenario** met evenwicht op de korte termijn (2025). Dat komt uit op een instroom van **120** aios. Daarmee kunnen, mits de interesse voor het beroep stijgt, de opleidingsplaatsen het best benut worden en kan het aantal (langdurige) vacatures sneller afnemen.

Als de verticale substitutie achter blijft bij de verwachtingen dan kan gekozen worden voor het **realistische scenario** zonder inzet van aanverwante disciplines met doorgaande trend (2031) wat uitkomt op een instroomadvies van **128** aios. Een hoger instroomadvies lijkt praktisch niet haalbaar door een gebrek aan kandidaten en opleidingsplaatsen.

De komende jaren zal gemonitord moeten worden of de berekende potentiële efficiencywinst wel gehaald wordt binnen de beoogde tijdspanne. Bij een volgende raming kan de factor efficiencywinst dan beter ingeschat worden.

Om voorgaande redenen spreekt het Capaciteitsorgaan finaal een voorkeur uit voor een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2015) van 120 tot 128 aios in de medische vervolgoopleiding Specialist Ouderengeneeskunde.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Parameterwaarden Capaciteitsplannen 2008, 2009, 2010 en 2013

Parameter	Capaciteitsplan 2008	Tussentijds Advies 2009	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Opleiding				
Instroom opleiding gemiddeld	96	96	85	88
Instroom opleiding voorgaand jaar	88	90	74	86
% vrouwen in opleiding	75%	75%	75%	75%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3jaar
Opleidingsrendement	90%	85%	80%	81%
Zorgvraag				
Huidige consumptie	-	-	-	-
Onvervulde vraag	+ 2,0% tot + 4,0%	+ 2,0% tot + 4,0%	+ 5,0% tot + 10,0%	+ 8,0% tot + 15,0%
Factor demografie	2,20%	2,30%	2,30%	3,20%
Factor sociaal-cultureel	- 0,5% tot - 1,5%	- 1,0% tot - 1,5%	-1,0% tot - 1,5%	-1,5% tot - 2,0%
Factor epidemiologie	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%
Zorgaanbod				
Werkzame specialisten	1.295	1.399	1.369	1.486
Aantal fte's	981	1.161	1.120	1.298
Gemiddelde fte man	0,87	0,91	0,91	0,96
Gemiddelde fte vrouw	0.68	0.76	0,74	0,82
% werkzame vrouwen	59%	61%	61%	62%
Arbeidstijdverandering	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Uitstroom tot 2012/14	18%	14%	14%	18%
Uitstroom tot 2017/19	39%	31%	31%	37%
Uitstroom tot 2022/24	58%	49%	49%	53%
Uitstroom tot 2027/29	74%	64%	64%	69%
Extern rendement	98% na 1 jaar	98% na 1 jaar	98% na 1 jaar	98% na 1 jaar
	95% na 5 jaar	95% na 5 jaar	95% na 5 jaar	95% na 5 jaar
	90% na 10 jaar	90% na 10 jaar	90% na 10 jaar	90% na 10 jaar
	85% na 15 jaar	85% na 15 jaar	85% na 15 jaar	85% na 15 jaar
Instroom buitenland	0	0	0	0
Werkproces				
Vakinhoudelijk	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%
Efficiency	- 0,3% tot - 0,6%	- 0,5% tot - 0,7%	- 0,5% tot - 0,7%	- 0,5% tot - 2,0%
Substitutie horizontaal	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%
Substitutie verticaal	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%

Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Prismant

Beroepsgroep: Specialisten Ouderengeneeskund	Parameterwaarden volgens standaardspecificatie		
Beroepsgroep	Specialisten Ouderengeneeskunde		
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2013	2015	2023
Evenwichtsjaar 1 en 2		2025	2031
AANBOD IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2013	565	921	1.486
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2013	38,0%	62,0%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2013	0,96	0,82	0,873
FTE per werkzame persoon in 2018	0,96	0,82	0,869
FTE per werkzame persoon in 2023	0,96	0,82	0,864
FTE per werkzame persoon in 2028	0,96	0,82	0,862
FTE per werkzame persoon in 2033	0,96	0,82	0,86
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2018	22,0%	16,0%	18,3%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2023	44,0%	32,0%	36,6%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2028	61,0%	48,0%	52,9%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2033	78,0%	64,0%	69,3%
VRAAG IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2013	8,0%		15,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2018		15,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2023		32,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2028		53,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2033		78,0%	
Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakin. vwb. MS)	0,0%		0,2%
Verandering per jaar agv sociaal-culturele ontwikkelingen	-1,5%		-2,0%
Verandering per jaar agv vakinhoud. ontwikk. (voor MS bij epid.)	0,2%		0,4%
Verandering per jaar agv efficieny (=werkproces MS)	-0,5%		-2,0%
Verandering agv horiz. taakhersch. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)	0,5%		1,0%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,5%		-1,0%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,0%		0,0%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2013	26	63	88
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2013	29,0%	75,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2013	3	3	3
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2013	81,0%	81,0%	81,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	85,0%	85,0%	85,0%

INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2013 t/m 2014	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2013/2014	25,5	62,5	88
Geslachtsverdeling voor instroom in 2013/2014	29,0%	75,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom in 2013/2014	3	3	3
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2013/2014	81,0%	81,0%	81,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	85,0%	85,0%	85,0%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2015	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2015	25,5	62,5	88
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2015	29,0%	75,0%	100,0%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2015	3	3	3
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2015	81,0%	81,0%	81,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	85,0%	85,0%	85,0%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2013	0	0	0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	50,0%	50,0%	100,0%
Rendement buitenlandse instroom	80,0%	80,0%	80,0%

Bijlage 4: Nadere toelichting op BIG/SSB-gegevens van het CBS

Controle- en correctiemethoden

Het CBS controleert de waarden en frequenties van de door het CIBG aangeleverde variabelen op plausibiliteit en volledigheid. Personen die geen geldig BSN (Burger Service Nummer) en Nederlands adres hebben, zijn niet in de analyse betrokken. Dit geldt ook voor medisch geschoolden die op het peilmoment geen geldige registratie hebben. Meerdere op het peilmoment geldige registraties per persoon in het BIG-register zijn beperkt tot één enkele registratie per persoon, door de meest relevante registratie te selecteren. Zo is bijvoorbeeld de registratie als basisarts niet meegenomen, indien een geregistreerde ook een registratie als medisch specialist had op het peilmoment. Daarnaast zijn enkele arts-specialismen vanwege inhoudelijke overlap samengevoegd. Tevens zijn er enkele bijzondere categorieën gemaakt voor medisch geschoolden met veel voorkomende samenhangende beroepen en/of specialismen. Personen die vanwege meerdere banen op het peilmoment een deeltijdfactor van hoger dan 1 hebben, hebben een naar beneden afgeronde deeltijdfactor van 1 gekregen. Er is bij de indeling van medisch geschoolden naar hun arbeidspositie alleen uitgegaan van hun primaire arbeidsbetrekking, d.w.z. de arbeidsbetrekking waarmee een persoon op het peilmoment het hoogste jaarinkomen vergaarde. Niet-werkzame medisch geschoolden zijn slechts ingedeeld in één van de mogelijke klassen van uitkeringsgerechtigden.

Wat is de kwaliteit van de uitkomsten? Nauwkeurigheid

De cijfers geven de geregistreerde werkelijkheid weer. Doordat niet alle medisch geschoolden koppelbaar zijn met andere CBS-gegevens, bestaat de mogelijkheid dat de weergegeven aantallen medisch geschoolden enigszins lager zijn dan in andere publicaties op basis van het BIG-register. Voorts zit er enige vertraging in de aanlevering vanuit beroepsverenigingen aan het CIBG, waardoor voor het meest recente publicatiejaar de gepubliceerde cijfers van enkele medische beroepen iets lager zijn dan het werkelijke aantal medisch geschoolden in deze beroepen. Verder is de nauwkeurigheid van de gepubliceerde cijfers afhankelijk van de kwaliteit van de brongegevens waaruit het Sociaal Statistisch Bestand is opgebouwd. De cijfers zijn afgerond op vijftallen, waarbij de waarden minder dan vijf naar boven zijn afgerond. Deze afronding heeft een effect op de (sub)totalen in de tabel: deze (sub)totalen komen in een aantal gevallen niet overeen met de som van de onderliggende waarden.

Volgtijdelijke vergelijkbaarheid

De cijfers zijn over de opeenvolgende jaren grotendeels goed met elkaar vergelijkbaar. Echter, vanwege een wijziging in de Standaard Bedrijfs Indeling (SBI) in de jaren 2001 en 2002 is de indeling naar werkzame sectoren vóór en in die jaren niet volledig vergelijkbaar met de indeling ná die jaren. Dit heeft met name betrekking op de GGZ-sector. Ook wordt vanaf verslagjaar 2009 met de SBI 2008 gewerkt; voor eerdere verslagjaren is gebruik gemaakt van de SBI 1993. Dit kan ook kleine indelingsverschillen tot gevolg hebben. Daarnaast is de deeltijdfactor voor personen in loondienst pas beschikbaar vanaf 2001; voor zelfstandigen is geen deeltijdfactor bekend.

Bijlage 5: Procedure en betrokken experts

Het Plenair Orgaan heeft dit advies van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde besproken in haar vergadering op 26 juni 2013. Het uiteindelijke advies is op 26 juni 2013 vastgesteld.

De samenstelling van **Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde** was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. drs. R.D. Dutrieux

Mw. M. Bogaerts

Dhr. drs. G.M. de Wild

Organisaties van opleidingsinstituten/opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. W.P. Achterberg

Dhr. drs. J.F. Hoek

Mw. S.D.A. Bruijns

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. D.A.C. Beens

Dhr. drs. J.J.W.H. Crasborn

De samenstelling van het **Plenair Orgaan** was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

Mw. M.M.E. Schneider

Dhr. R.Ph. Smitshuijzen

Dhr. B. Stegeman

Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)

Dhr. B. Vogel

Dhr. dr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp

Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld

Dhr. drs. P. de Jonge

Dhr. dr. S.J. Noorda

Dhr. N.G.M. Oerlemans

Dhr. H.A.P. Pols

Dhr. J. Schaart

Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (voorzitter Dagelijks Bestuur/Plenair Orgaan)

Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Dhr. A.J. Lamping

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl