



Capaciteitsplan 2009

*Tussentijds advies instroom
voor de medische vervolgopleiding
specialist ouderengeneeskunde*

Capaciteitsplan 2009

***Tussentijds advies instroom
voor de medische vervolgopleiding
specialist ouderengeneeskunde***

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
2. Positionering	8
Monitoring positionering	8
Situatie 2008	10
Situatie 2008 ten opzichte van 2004	10
Conclusie	11
3. Ontwikkeling aantal specialisten ouderengeneeskunde 2000-2009	12
Geregistreerd aanbod	12
Aantal in Nederland werkzame artsen	12
Omvang dienstverband	13
Leeftijdsverdeling	13
Geslacht	15
Uitstroom	16
Conclusies	17
4. Ontwikkeling opleiding 2000-2009	18
Conclusies	20
5. Blik naar de toekomst	21
Zorgvraag	21
Zorgvraag: huidig niveau medische consumptie	21
Zorgvraag: onvervulde vraag	21
Zorgvraag: demografische ontwikkeling	23
Zorgvraag: sociaal culturele ontwikkeling	23
Zorgvraag: epidemiologische ontwikkeling	24
Zorgaanbod	24
Geregistreeerde, werkzame specialisten ouderengeneeskunde	25
Sociale gerieters	27
Aios	28
Werkproces	28
Vakinhoudelijke ontwikkelingen/ technologie	28
Efficiency	29
Horizontale taakherschikking	29
Horizontale taakherschikking: wettelijke component	30
Horizontale taakherschikking: financieringscomponent	30
Horizontale taakherschikking: inhoudelijke component	30
Verticale taakherschikking	31

6. Behoefteraming aantal specialisten ouderengeneeskunde	34
Lage combinatievariant met doorgaande trend is voorkeursvariant Capaciteitsorgaan	35
7. Benodigde instroom opleiding	38
8. Overwegingen en advies	40
Inhoudelijke ontwikkeling specialist ouderengeneeskunde	40
Beleidsontwikkelingen	41
Haalbaarheid voor opleidingsinstellingen en opleidingsinrichtingen	42
Verticale substitutie alleen mogelijk bij voldoende instroom in de opleiding	
verpleegkundig specialist chronische zorg	43
Advies	44
Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan	47
Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en tussentijds advies 2009	48
Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Prismant	49
Bijlage 4. Berekening benodigd aantal n.p.	51
Bijlage 5. Procedure en betrokken experts	53

Samenvatting

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich sinds de erkenning in 1990 stormachtig ontwikkeld. Met 1.399 werkzame specialisten was dit specialisme op 1 januari 2009 getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. Door de toenemende vergrijzing zal de benodigde zorgvraag qua capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde de komende 10 jaar met 24% groeien. Veranderingen in de leefsituatie en hogere opleidingsstatus brengen dit percentage enigszins terug, tot 22%. Er beginnen twijfels te ontstaan of de groei van het specialisme deze toename van de zorgvraag kan blijven bijbenen.

Het is echter te verwachten dat de ouderenzorg er in 2025 anders uit zal zien dan nu. Een scenariostudie van STG/HMF, in 2007 uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan, schetst vier mogelijke toekomsten, die op dit moment nog steeds alle vier goed mogelijk zijn. Ook het specialisme ouderengeneeskunde anticipeert op mogelijke ontwikkelingen. Voorbeelden hiervan zijn het outreachend werken (buiten de muren van het verpleeghuis) in het kader van de medische zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken in de eerste lijn, en het inhoudelijk integreren van de sociale geriatrie, waardoor een aanpalend werkkterrein met goede ontplooiingsmogelijkheden betreden wordt.

De verbreding van het specialisme komt onder andere tot uiting in de verlenging van de duur van de opleiding van twee naar drie jaar vanaf 2007. Die verlenging is in 2007 voor 50 van de 88 instromers van kracht. Dit betekent naar verwachting dat de dalende trend in de vacatures eind 2009 weer zal ombuigen in een opwaartse trend. Buffervorming heeft zich door de beperkte instroom in de opleiding tussen 2007 en 2009 maar zeer beperkt voorgedaan. De geadviseerde extra instroom om de “dip” in de uitstroom uit de opleiding op te vangen is niet gerealiseerd.

Uit de nieuwe raming komt naar voren dat de structurele instroom in de opleiding volgens de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan van 99 naar 90 aios kan, terwijl we blijven voorzien in de gevraagde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde. Daarbij is rekening gehouden met een aantal conservatieve schattingen van parameters binnen het werkproces, zoals substitutie en efficiency, die de benodigde capaciteit fors neerwaarts bijstellen. Ook de parameter “sociaal cultureel”, die het verouderingsproces van de bevolking qua zorgvraag bijna halveert, is conservatief ingeschat. Als voor meer extreme parameterwaarden wordt gekozen, zoals in de hoge combinatievariant, blijkt dat de “plussen” en de “minnen” elkaar redelijk in evenwicht houden. Indien (analoog aan het besluit bij de medisch specialisten in 2008) door VWS wordt afgezien van de verwachte effecten van substitutie door de n.p., is een instroom van 102 aios per jaar noodzakelijk. Het Capaciteitsorgaan concludeert dat, alles overziend, een **jaarlijkse instroom van 102 aios de meest wenselijke instroom is.**

Recent, nog niet te kwantificeren, onderzoek laat overigens zien dat de parameter “verticale substitutie” door verpleegkundig specialisten chronische zorg mogelijk nog een grotere bijdrage kan leveren dan in deze raming wordt ingeschat. Nader kwantitatief onderzoek zal door het Capaciteitsorgaan worden uitgezet.

Essentieel is dat er door de intramurale sector wordt geïnvesteerd in de uitbreiding van de discipline verpleegkundigen. Het betreft dan verpleegkundig specialisten chronische zorg, die ingezet kunnen worden bij substitutie, maar ook verpleegkundigen niveau 4 en 5, die oneigenlijke activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde weer terug in het juiste echelon brengen. De specialist ouderengeneeskunde kan in de toekomst door zijn bredere inhoudelijke opleiding namelijk kiezen voor andere werkomgevingen die hem inhoudelijk of financieel meer uitdagen.

Naast dit advies aan de werkgevers en overheid wordt aan de overheid in overweging gegeven om de jaarlijkse instroom in de opleiding tot **nurse practitioner/ verpleegkundig specialist ten behoeve van de chronische zorg gericht te stimuleren met 30 à 40 plaatsen**. In het reguliere Capaciteitsplan dat eind 2010 verschijnt zal dit advies opnieuw worden getoetst aan nieuw onderzoek en de lopende ontwikkelingen in het volgende jaar.

1. Inleiding

Het Capaciteitsorgaan heeft in februari 2008 het integrale Capaciteitsplan 2008 vastgesteld. Met betrekking tot de specialist ouderengeneeskunde¹ is in het advies aan de minister van VWS aangegeven dat een structurele instroom van 99 aios vanaf 2009 voldoende is om vraag en aanbod met elkaar in evenwicht te brengen. Uitgangspunt voor dit advies was het scenario volgens de zogenaamde “lage combinatievariant”. Naast de 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 ingegaan in 2007. De tijdelijke extra instroom zou bij voorkeur al in 2008 kunnen ingaan en dan worden verdeeld over 3 jaar. Een en ander zal overigens geen invloed (meer) hebben op de verwachte daling van de uitstroom van de opleiding in 2009 en 2010. Omdat het Capaciteitsorgaan niet verwachtte dat het advies al in 2008 kon worden geïmplementeerd is geadviseerd om de instroom van aios te bepalen op 112 in 2009 en 2010, waarvan 99 structureel en 13 incidenteel. De minister heeft in de kabinetsreactie² op het Capaciteitsplan dit advies van het Capaciteitsorgaan overgenomen.

Sinds de erkenning als specialisme -in 1990- heeft het aantal geregistreerde en werkzame specialisten ouderengeneeskunde zich stormachtig ontwikkeld. Voor een groot deel wordt dat veroorzaakt door de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Voor een ander deel is de verbreding van het specialisme de oorzaak. De beëindiging van de opleiding sociale geriatrie maakt dat GGZ instellingen er meer toe overgaan om specialisten ouderengeneeskunde aan te trekken c.q. op te leiden. Daarnaast anticipeert de beroepsvereniging Verenso in haar “Beleidsplan 2008-2012” ook op nieuwe ontwikkelingen, zoals het werken in andere settings dan het verpleeghuis.

De specialist ouderengeneeskunde beweegt zich op een werkterrein dat overlap kent met 3 andere specialisten: de huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg, de internist met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde, en de klinische geriater. De beroepsgroepen zijn nog met elkaar in overleg om de te leveren zorg aan de kwetsbare oudere zo goed mogelijk te modelleren. De raming van het specialisme ouderengeneeskunde kent daarom een groot aantal onzekerheden. Welke mogelijke veranderingen gaan optreden is in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzocht door het STG³. Er zijn 4 mogelijke scenario's benoemd. Welk scenario gaat doorzetten was en is onduidelijk. In verband met de incidentele instroom en de moeilijk voorspelbare ontwikkeling van het specialisme heeft het Capaciteitsorgaan besloten om een tussentijds advies over de instroom uit te brengen ultimo 2009.

¹ Sinds 15 juli 2009 is de beschermde titel “verpleeghuisarts” gewijzigd in “specialist ouderengeneeskunde”.

² Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2008; 25 april 2008.

³ STG/HMF: Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. Scenariostudie. Leiden; oktober 2007.

2. Positionering

De specialist ouderengeneeskunde hield zich van oudsher bezig met de zorg voor bewoners van verpleeghuizen. Het betrof dan vooral ouderen met psychogeriatrische problemen en chronische lichamelijke gebreken. Daarnaast ging het om een beperkt aantal jongere patiënten, die deels voor revalidatie, en deels vanwege chronische, meestal meervoudige, aandoeningen werden opgenomen.

In de loop van de jaren heeft het werkgebied zich in een aantal regio's uitgebreid naar verpleegunits van verzorgingshuizen. Ook zijn er initiatieven om een consultatieve functie in de eerstelijns zorg te vervullen of zelfs een hoofdbehandelaar te worden voor ouderen in de eerste lijn. De beroepsvereniging juicht deze ontwikkeling toe. In haar beleidsplan⁴ bepleit Verenso (voorheen NVVA) in haar doelgroepspecifieke perspectief dat de specialist ouderengeneeskunde de doelgroep moet bereiken door complexe zorg in alle (verblijf)situaties van de doelgroep kwetsbare ouderen en chronisch zieken te bieden.

Monitoring positionering

Om te bekijken of de verbreding van het vakgebied al zichtbaar is in de praktijk heeft het Capaciteitsorgaan medio 2008 een onderzoek laten uitvoeren onder 350 specialisten ouderengeneeskunde⁵. Resultaten uit dit onderzoek zijn vergeleken met soortgelijk onderzoek uit 2004⁶. Het blijkt dat de tijd die specialisten ouderengeneeskunde besteden aan patiëntgebonden activiteiten tussen 2004 en 2008 nauwelijks is veranderd en 70 à 71% bedraagt.

Verder blijkt dat de specialist ouderengeneeskunde nog steeds het grootste gedeelte van zijn patiëntgebonden tijd besteedt aan patiënten in een verpleeghuis of een verpleegunit in een verzorgingshuis. In totaliteit bedraagt de gemiddelde patiëntgebonden tijd in 2008 21,7 uur, tegen 21,4 uur in 2004.

Circa 27% van de patiëntgebonden tijd wordt inmiddels aan patiënten met een andere woon- of verblijfplaats besteed. Qua tijdsbesteding gaat het dan veelal om het medebehandelaarschap van patiënten (tabel 1). Vergeleken met 2004 (26%) is deze toename lager dan werd verwacht. De inzet voor patiënten in een GGZ instelling is nog steeds klein, en vergelijkbaar met de inzet voor patiënten in een ziekenhuis.

⁴ NVVA: De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg; beleidsplan 2008-2012; november 2007.

⁵ Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters: Prismant; juni 2009.

⁶ Werkzaamheden van verpleeghuisartsen buiten het verpleeghuis: Hoek, F.; Muller, M.; van der Windt, W.; Ribbe, M.; van der Vleuten, C.; Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde 2006;31-1:12-16

Tabel 1. Procentuele patiëntgebonden tijdsbesteding: woon/ verblijfplaats en behandelvorm

Woon/ verblijfplaats patiënt	Hoofdbehandelaar	Medebehandelaar	Totaal
Verpleeghuis/ verpleegunit verzorgingshuis	71,4	1,9	73,3
Hospice	2,0	—	2,0
Verzorgingshuis	1,8	6,3	8,1
Revalidatiecentrum	1,2	-	1,2
Zelfstandig wonend, dagbehandeling volgend	1,1	4,2	5,3
Zelfstandig wonend	1,0	2,3	3,3
GGZ instelling	1,0	1,4	2,4
Ziekenhuis	0,7	0,9	1,6
Overig	1,7	1,0	2,7
Totaal	83,9	16,1	100

Bron: Prismant

In tabel 2 wordt het gemiddelde aantal behandelde patiënten in 2004 en 2008 per specialist ouderengeneeskunde uitgezet voor de behandelvorm tegen de woon/ verblijfplaats van de patiënt, waarbij de rijen in dezelfde dalende volgorde zijn geplaatst als in tabel 1.

Tabel 2. Aantal patiënten per fte specialist ouderengeneeskunde naar woon/ verblijfplaats, gecorrigeerd voor verschil in behandeluren tussen 2004 en 2007

Woon/ verblijfplaats patiënt	Hoofdbehandelaar		Medebehandelaar / consulent		Totaal	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Verpleeghuis/ verpleegunit verzorgingshuis	41,0	45,5	4,1	3,6	45,1	49,1
Hospice	0,1	0,4	0,1	-	0,2	0,4
Verzorgingshuis	2,8	1,9	7,6	9,6	10,4	11,5
Revalidatiecentrum	-	0,5	-	-	-	0,5
Zelfstandig wonend, dagbehandeling volgend	-	2,2	-	6,2	-	8,5
Zelfstandig wonend	1,2	0,6	3,7	2,1	4,9	2,7
GGZ instelling	0,6	0,7	0,3	0,7	0,9	1,5
Ziekenhuis	0,4	0,3	0,3	0,4	0,7	0,8
Overig	0,4	1,2	0,4	0,4	0,8	1,6
Totaal	46,5	53,4	16,4	23,2	62,9	76,6

Bron: Prismant

Situatie 2008

Een aantal zaken vallen in de vergelijking van tabel 1 en 2 op. Met betrekking tot de situatie in 2008 is de ranglijst anders voor de tijdsbesteding per patiëntencategorie dan voor de aantallen behandelde patiënten, zowel vanuit de functie hoofdbehandelaar als medebehandelaar. De patiënt die in 2008 dagbehandeling volgt terwijl hij zelfstandig woont, schuift qua behandelantallen omhoog naar de top 3 van patiëntencategorieën “ten koste” van de patiënt die in het hospice verblijft. Dit betekent ook dat de verhouding tussen de tijdsbesteding naar patiëntencategorie enerzijds en aantallen behandelde patiënten anderzijds fors verschilt. De tijd die besteed wordt aan een patiënt in een hospice is vele malen groter dan de tijd die besteed wordt aan een zelfstandig wonende en dagbehandeling volgende patiënt.

Situatie 2008 ten opzichte van 2004

In de eerste plaats kan uit tabel 2 worden geconstateerd dat na correctie voor het (nagenoeg gelijkblijvend) beschikbaar aantal behandeluren (21,4 versus 21,7) de hoeveelheid behandelde patiënten met 20,1% is gestegen. De stijging van de behandelde patiëntenaantallen vindt over de gehele linie plaats, zowel in de categorie “hoofdbehandelaar” (+ 15%) als “medebehandelaar/ consulent” (+ 41%). De enige uitzondering hierop zijn de patiënten die zelfstandig wonen.

De grootste groei qua aantallen patiënten heeft zich zowel absoluut als relatief voorgedaan bij de patiënten die zelfstandig wonen en dagbehandeling volgen. Vooral de functie als medebehandelaar / consulent is bij deze patiëntengroep fors toegenomen sinds 2008. De inzet van specialisten ouderengeneeskunde bij de GGZ instellingen is minder toegenomen dan eigenlijk werd verwacht. Wellicht zal de oriëntatie op deze sector pas toenemen als de nieuwe opleiding de eerste specialisten “nieuwe stijl” gaat afleveren.

Uit het onderzoek in 2004 en 2008 kon ook een vergelijking worden gemaakt tussen het aantal minuten per patiënt naar de verschillende patiëntencategorieën. In tabel 3 is het resultaat hiervan weergegeven. De specialist ouderengeneeskunde heeft in elke patiëntencategorie de duur van het patiëntcontact teruggebracht, met uitzondering van de GGZ instellingen. Dit verklaart de productiviteitswinst.

Tabel 3. Aantal minuten per week per patiënt naar woon/ verblijfplaats in 2004 en 2008

Woon/ verblijfplaats patiënt	Totaal	
	2004	2008
Verpleeghuis/ verpleegunit verzorgingshuis	30	28
Hospice	108	86
Verzorgingshuis	23	13
Revalidatiecentrum	57	46
Zelfstandig wonend en dagbehandeling volgend	-	12
Zelfstandig wonend	24	23
GGZ instelling	28	31
Ziekenhuis	48	40
Overig	30	31

Bron: Prismant

Conclusie

De tabellen geven een indicatie voor verschuivingen in de positionering van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2004. Voor de patiëntencategorie “zelfstandig wonend en dagbehandeling volgend” betreft het niet meer dan een indicatie, omdat deze categorie in het onderzoek uit 2004 niet duidelijk gedefinieerd was. Tegelijkertijd is de productie van specialisten ouderengeneeskunde in 4 jaar tijd met 20% gestegen, zonder dat dit ten koste van de productie bij de meer tijdsintensieve patiënten (hospice en revalidatie patiënten) is gegaan. In 2008 was nog niet merkbaar dat de specialist ouderengeneeskunde op grotere schaal in de GGZ instellingen zijn intrede had gedaan.

3. Ontwikkeling aantal specialisten ouderengeneeskunde 2000-2009

Geregistreerd aanbod

Het register verpleeghuisgeneeskunde is in 1990 opengesteld door de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC). Sinds 1995 vindt ook herregistratie plaats, waardoor het aantal specialisten dat is gestopt met de uitoefening van hun beroep wordt beperkt tot diegenen die de afgelopen 5 jaar nog niet geherregistreerd zijn. In tabel 4 is zichtbaar dat het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2000 1.007 bedroeg en per 1 januari 2009 1.447⁷. Dit is een groei van precies 440 specialisten ten opzichte van 2000, 43,7% in 9 jaar of 4,9% per jaar. In 2005 en 2006 is de jaarlijkse groei iets groter geweest dan het gemiddelde in de voorgaande jaren.

Tabel 4. Aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde (1 januari betreffende jaar)

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal personen	1.007	1.054	1.120	1.161	1.227	1.256	1.275	1.325	1.395	1.447
Index 2000	100	104,7	111,1	115,3	121,8	124,7	126,6	131,6	138,5	143,7
Toename index	0	4,7	6,4	4,2	6,5	2,9	1,9	5,0	6,9	5,2

Bron: Jaarverslagen HVRC

Aantal in Nederland werkzame artsen

Het aantal werkzame artsen is uiteraard lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland (in 2008 gold dat voor 19 specialisten ouderengeneeskunde) of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag, of instroom in een ander beroep (bijvoorbeeld in een managementfunctie in de zorg).

Prismant heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan herhaald onderzoek gedaan naar het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde⁸, voor het laatst in 2007. In tabel 5 zijn de waarden van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde weergegeven.

⁷ De HVRC geeft de cijfers van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde 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 HVRC hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden gebruikt.

⁸ Vraag en aanbod van verpleeghuisartsen. Raming tot 2022 en de hiervoor gebruikte bronnen: Prismant; mei 2005. Niet gepubliceerd onderzoek; 2007.

**Tabel 5. Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde
(1 januari betreffende jaar)**

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal werkzaam	952				1.110*	1.177		1.295		1.399*
Geregistreerd	1.007	1.054	1.120	1.161	1.227	1.256	1.275	1.325	1.395	1.447
% werkzaam	94,5					93,7		97,7		

* : Schatting NVVA respectievelijk Prismant

Bron: Prismant/ jaarverslagen HVRC

De gegevens uit de tabel voor het aantal werkzame specialisten in het jaar 2009 zijn het resultaat van de (op drie meetmomenten gebaseerde) aannahme dat ongeveer 95% van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde ook daadwerkelijk als zodanig werkzaam is. De groei van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde loopt daardoor vanzelfsprekend ongeveer parallel met de groei van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde.

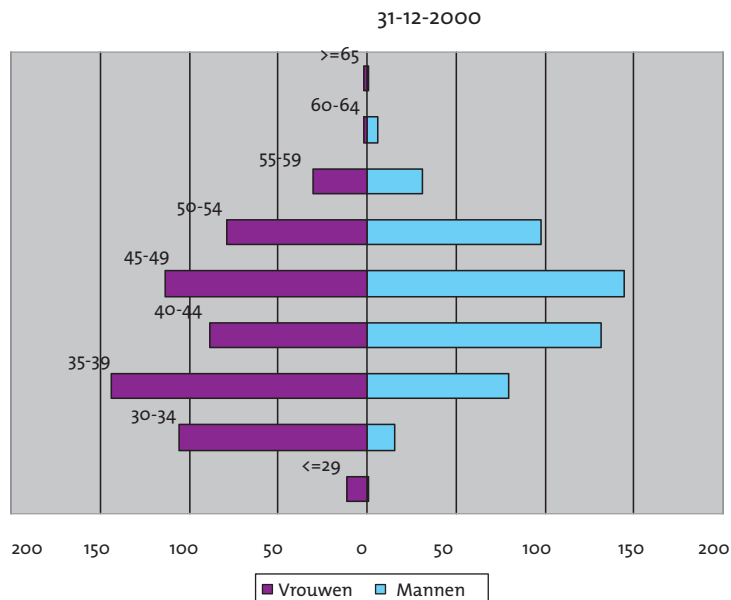
Omvang dienstverband

Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van de gegevens uit het Prismant onderzoek uit 2008 (voetnoot 5). Dit onderzoek betrof 351 specialisten ouderengeneeskunde, waarvan 135 man en 216 vrouw waren. De gegevens over de omvang van het dienstverband zijn door 124 mannen en 203 vrouwen ingevuld. Aan de hand hiervan is geconstateerd dat de vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld 0,76 fte werkten en mannelijke specialisten ouderengeneeskunde 0,91 fte. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op 0,83 fte. De ontwikkelingen in de arbeidstijd voor de gehele groep specialisten ouderengeneeskunde worden meegewogen in de aanbodsontwikkeling en daar besproken bij de deeltijdfactor. In het Capaciteitsplan 2008 waren de fte parameters 0,68 respectievelijk 0,87 en 0,76 fte. In het tussentijdse advies worden de nieuwe, over de gehele linie hogere, waarden gebruikt.

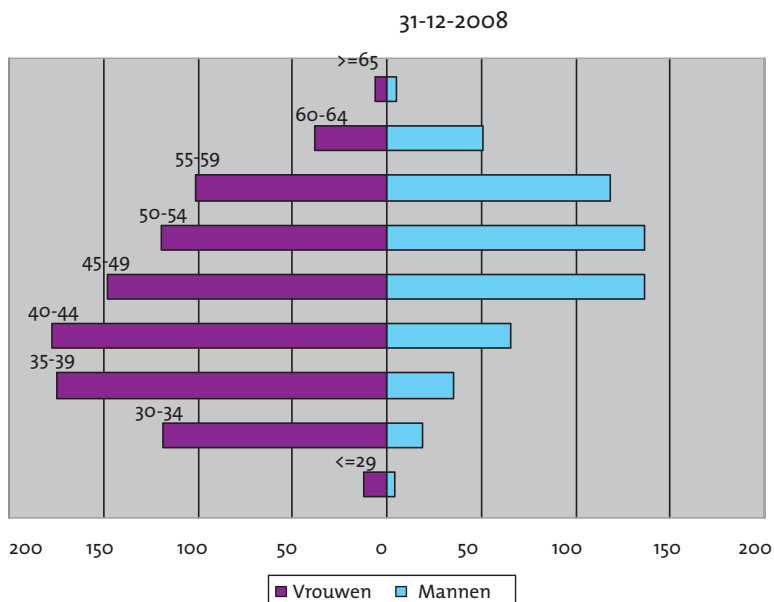
Leeftijdsverdeling

De beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde is vrij jong. Het aandeel specialisten ouderengeneeskunde van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 39% van het totale aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. In figuur 1 wordt de leeftijdsindeling van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde op 1 januari 2000 en 1 januari 2009 vergeleken.

Figuur 1a. Leeftijds/ en geslachtsofbouw geregisteerde specialisten ouderengeneeskunde



Figuur 1b. Leeftijds/ en geslachtsofbouw geregisteerde specialisten ouderengeneeskunde



Bron: HVRC

Uit deze figuren blijkt dat de beroepsgroep in omvang toeneemt, en dat vooral de jongere leeftijdscategorieën daartoe een bijdrage leveren. De beroepsgroep “verjongt”. De uitstroom uit het vak, die sterk leeftijdsgebonden is, zal daarom de komende jaren lager zijn dan in de meeste andere specialismen.

Geslacht

Uit de gegevens van de HVRC kan ook het percentage vrouwen onder het totaal van specialisten ouderengeneeskunde worden berekend (tabel 6).

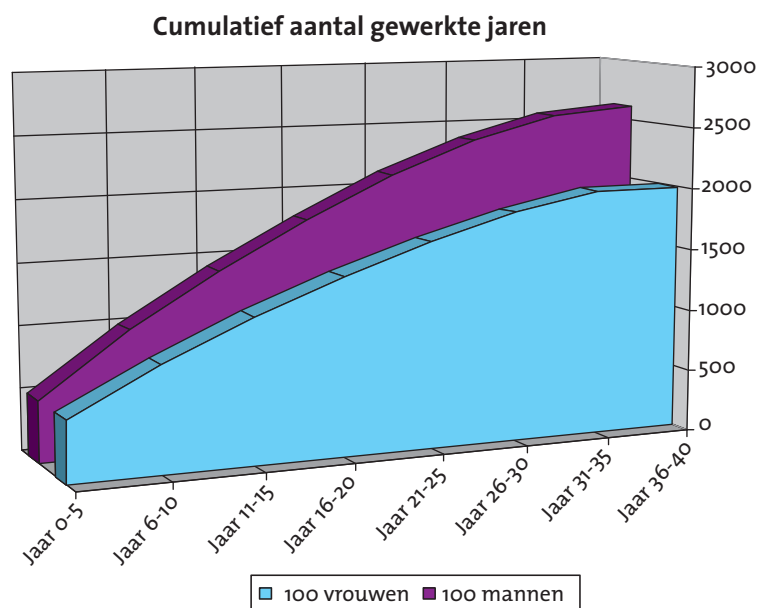
Tabel 6. Percentage vrouwen onder de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde (1 januari betreffende jaar)

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
# geregistreerd	1.007	1.054	1.120	1.161	1.227	1.256	1.275	1.325	1.395	1.447
% vrouwen	50%	53%	54%	56%	57%	57%	59%	60%	60%	61%

Bron: Jaarverslagen HVRC

Het lijkt erop dat het percentage vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde blijft toenemen, maar iets langzamer dan enkele jaren geleden. Het evenwichtspunt wordt waarschijnlijk steeds dichterbij genaderd. De instroom van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde bestond in 2008 overigens voor 70% uit vrouwen. Voor de tussentijdse raming is uitgegaan van 61% vrouwen onder de specialisten ouderengeneeskunde.

Figuur 2. Cumulatief aantal gewerkte jaren voor 100 mannen en 100 vrouwen



Het tijdsbestedingsonderzoek leverde ook informatie op over de cumulatief gewerkte jaren voor mannen en vrouwen. Uit figuur 2 blijkt dat 100 vrouwen na 35 jaar bijna 2.000 mensjaren werk geproduceerd hebben; voor 100 mannen bedraagt dit aantal 2.600.

Uitstroom

De uitschrijvingen uit het register van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Aantal uitschrijvingen uit register HVRC per kalenderjaar

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Uitschrijvingen	45	8	14	18	29	81	28	22	22

Bron: Jaarverslagen HVRC

Herregistratie wordt (sinds 1995) elke 5 jaar door de HVRC opgestart. De minimumomvang van de werkzaamheden om in aanmerking te komen voor herregistratie bedraagt sinds 1 januari 2006 16 uur per week bij een minimumduur van één jaar. Specialist ouderengeneeskunde dienen aan te tonen dat zij jaarlijks gemiddeld ten minste 50 uur aan avond-, nacht- en weekenddiensten hebben verricht. Verder dienen zij ten minste 40 uur per jaar deelgenomen te hebben aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en als hoofdbehandelaar voor 25 patiënten te fungeren. Deze laatste bepalingen zijn in 2002 van kracht geworden.

De piek in de uitschrijvingen in 2000, vijf jaar na de start van de herregistratie, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een “opschoning” onder specialisten ouderengeneeskunde die in eerste instantie nog wel geherregistreerd zijn. In de tabel is ook een grote piek in de uitstroom zichtbaar in het jaar 2005. Hoogstwaarschijnlijk is deze piek veroorzaakt door het aflopen van de geclausuleerde registratie voor specialisten ouderengeneeskunde tot 1 maart 2005, die in het kader van de overgangsregeling mogelijk was. In die zin moet de uitstroom in 2005 als een anomalie worden beschouwd. Dit is ook de oorzaak van de lage toename van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2006 (tabel 4).

Prismant heeft overigens in 2007 onderzoek verricht onder specialisten ouderengeneeskunde die gestopt waren⁹. Daaruit kwam naar voren dat 17% overstapt naar een managementfunctie in het verpleeghuis, 12% een andere functie invult binnen de ouderenzorg, en 41% een andere medische functie is gaan uitvoeren. In het Capaciteitsplan 2008 is op basis van de uitstroomcijfers over 2001-2005 besloten om bij de raming van de toekomstige behoefte uit te gaan van een groter aantal specialisten ouderengeneeskunde dat stopt dan voorheen.

De gegevens over de uitstroom in 2006, 2007 en 2008 zijn echter weer in lijn met de gegevens over de jaren voor 2005, met een geleidelijke maar beperkte toename van de uitstroom.

⁹ Notitie Prismant voor Capaciteitsorgaan: De parameters voor de opleiding voor verpleeghuisartsen geëvalueerd; 2007

Conclusies

Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde is sinds 2000 met 43,7% toegenomen. Naar verwachting is daardoor ook het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde met eenzelfde percentage toegenomen. De leeftijd- en geslachtsopbouw leveren aanleiding tot een kleine verandering in de parameter geslacht in dit tussentijds advies.

Verder is geconstateerd dat de vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld 0,76 fte werkten en mannelijke specialisten ouderengeneeskunde 0,91 fte. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op 0,83 fte. In het tussentijdse advies worden deze nieuwe, over de gehele linie hogere, waarden voor de raming gebruikt.

De uitstroom was in 2000 en 2005 groter dan gebruikelijk. Het betrof een eenmalige toename in de uitstroom ten gevolge van nieuwe herregistratie-eisen van het CHVG. De uitstroomkansen zullen op basis van de gegevens van de HVRC geactualiseerd worden.

4. Ontwikkeling opleiding 2000-2009

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde duurt 3 jaar. Tot 2007 was de opleiding tweejarig. In 2007 zijn overigens nog 38 aios gestart aan de tweejarige opleiding. Een tweede verandering was dat de aios, in navolging van de huisartsen in opleiding, niet meer in dienst zijn van een instelling maar van de stichting beroepsopleiding huisartsen (SBOH). De opleiding wordt verzorgd vanuit drie locaties: het VuMC in Amsterdam, het LUMC te Leiden, en het UMCN in Nijmegen. De instroom in de opleiding en het totale aantal aios sinds 2000 is in tabel 8 getoond.

Tabel 8. Instroom opleiding en opleidingscapaciteit

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Instroom aios	85	84	82	97	99	96	91	88*	86	83
Advies Capaciteitsorgaan	90	90	102	102	90	90	96	96	96	112
Totaal aantal aios**	164	163	169	188	197	201	200	184	162	-

* : waarvan 38 aios nog de tweejarige opleiding volgen

** : per 31 december

Bron: Jaarverslagen HVRC, Capaciteitsplan 2000, 2002, 2005, en 2008, mededelingen opleiders

De instroom in de opleiding is van het jaar 2002 tot en met het jaar 2004 toegenomen. Het advies om de instroom te verhogen is in die periode door de opleidingsinstituten daadwerkelijk gerealiseerd. In de jaren na 2004 is de instroom van aios echter weer gedaald. In 2008 en 2009 is de instroom van aios weer op het niveau van de jaren 2001 / 2002 beland, terwijl het ministerie van VWS subsidie voor 96 respectievelijk 112 plaatsen beschikbaar had gesteld. Dit gegeven is tamelijk verontrustend, omdat de opleidingsinstellingen wél beoogden om ook 112 aios te laten instromen.

Een tweede verontrustend gegeven in deze tabel is de ontwikkeling van het totale aantal aios. De daling van het totale aantal aios vanaf 2007 wordt deels veroorzaakt door de daling van de instroom van aios. In 2007 zijn 88 aios gestart met de opleiding. Theoretisch is het cohort aios, dat 2005 ingestroomd was (96 aios), in 2007 volledig uitgestroomd. Het totale aantal aios zou dan per 31 december 2007 met 8 (96-88) moeten zijn gedaald ten opzichte van 31 december 2006. Voor 2008 levert deze redenering een daling van 9 aios op. De daling van het totale aantal aios per 31 december 2008 ten opzichte van 31 december 2006 bedroeg echter niet 17 aios, maar 38.

Het aantal aios wordt per 31 december 2008 overigens nog niet beïnvloed door de verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar. Vanaf 2009 zal dit wel een (verhogend en maskerend) effect veroorzaken.

Andere mechanismen waarmee het totale aantal aios wordt beïnvloed zijn:

- Stijging van het aantal aios door een daling van de uitstroom (door incidentele verlenging van de opleidingsduur, bijvoorbeeld in verband met parttime werken of zwangerschap);
- Daling van het aantal aios door een toename van het aantal aios dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde afbreekt voordat de opleiding afgerond is.

Het eerste mechanisme wordt buiten beschouwing gelaten, omdat er niet eenvoudig gegevens hierover te achterhalen zijn. Bekend is dat 68% van de huidige aios vrouw is. Het aantal aios dat de opleiding op enig moment afbreekt is wel te achterhalen (tabel 9).

Tabel 9. Uitstroom uit de opleiding door afbreken van de aios

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal aios dat afbreekt	15	13	12	9	12	16	11	15	14
Totaal aantal aios*	164	163	169	188	197	201	200	184	162
% afbrekers	9,1%	8,0%	7,1%	4,8%	5,7%	7,4%	5,2%	7,5%	8,0%

* : per 31 december van het jaar

Bron: Jaarverslagen HVRC

Het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt lijkt de laatste jaren toe te nemen. In elk geval is het percentage uitvallers in 2007 en 2008 hoger dan in de jaren 2003 t.m. 2006. Uit mondelinge mededelingen van de opleidingsinstellingen blijkt dat men de laatste jaren grote moeite heeft met het werven van voldoende geschikte aios. De doelstellingen qua instroom zijn ook niet gerealiseerd in 2006, 2007 en 2008. Mogelijk zijn vooral in de afgelopen jaren op deze soms zeer krappe arbeidsmarkt aios aangenomen, waarvan in tweede instantie tijdens de opleiding is gebleken dat deze minder of niet geschikt waren¹⁰. Op basis van deze cijfers lijkt het aannemelijk dat het percentage aios dat de opleiding vroegtijdig afbreekt in elk geval gedurende de komende jaren zal blijven toenemen. Daarnaast wordt het percentage afbrekers per cohort aios ook hoger, omdat de opleiding een jaar langer duurt en er dus nu ook een afbrekkans in het derde opleidingsjaar in de berekening van het interne rendement wordt betrokken. Dit maakt een bijstelling van het zogenaamde “interne rendement” noodzakelijk.

¹⁰ Hoek J.F.: Vroeg gestruikeld. Hoge uitval bij allochtone aios in de opleiding tot verpleeghuisarts. Medisch Contact; 2005 60:1208-1211.

Conclusies

De instroom van aios in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is sinds 2004 aan het dalen en ligt vanaf 2006 telkens beneden het aantal dat volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan noodzakelijk is voor het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod. In 2008 werd 15% van de instroomcapaciteit niet benut.

Naast de te lage instroom van aios is er ook sprake van een hoog jaarlijks percentage aios dat tussentijds de opleiding afbreekt. Dit percentage neemt de laatste jaren verder toe. Los van de toename van dit percentage leidt de verlenging van de opleidingsduur met 50% ook tot een autonome verandering in het interne rendement.

5. **Blik naar de toekomst**

In het model van het Capaciteitsorgaan wordt het proces van ramen benaderd als het in evenwicht brengen van de zorgvraag en het zorgaanbod, waarbij het werkproces het scharnier is waarlangs zorgvraag en zorgaanbod met elkaar verbonden zijn. Deze drie fundamentele elementen uit het model worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt en voorzien van gegevens, op basis waarvan een inschatting wordt gemaakt van de waarde die voor elke parameter in deze drie elementen wordt gehanteerd. In bijlage 1 worden de parameters samengevat en vergeleken met de parameters die gehanteerd zijn in het Capaciteitsplan 2008.

Zorgvraag

De zorgvraag wordt gebaseerd op het huidige niveau van de medische consumptie. Vervolgens wordt de medische consumptie gecorrigeerd voor de “onvervulde vraag”, dat wil zeggen: de mate waarin de zorgvraag afwijkt van de zorgconsumptie. Deze zorgvraag wordt dan geprojecteerd op de toekomst, waarbij aannames worden gedaan voor de demografische, sociaal culturele, en epidemiologische ontwikkelingen.

Zorgvraag: huidig niveau medische consumptie

Als basis van de huidige medische consumptie wordt het aantal patiënten met zorg van de specialist ouderengeneeskunde gebruikt, ingedeeld op leeftijd en geslacht. De gegevens worden verkregen uit de registraties van verpleeghuizen, die nog steeds het grootste gedeelte van de medische consumptie van de specialist ouderengeneeskunde voor hun rekening nemen. Deze gegevens vormen de basis van de zorgvraag en worden voortdurend door het Capaciteitsorgaan gemonitord en aangepast.

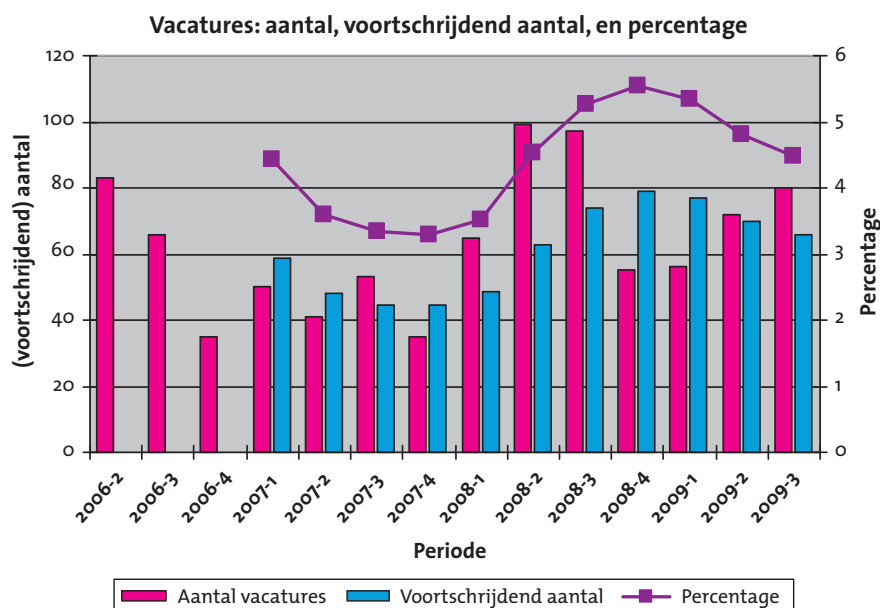
Zorgvraag: onvervulde vraag

Om de werkelijke zorgvraag te benaderen is gekeken naar de mate waarin de beroepsgroep de vraag van de bevolking niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van de raming, de zogenaamde onvervulde vraag. Als graadmeter hiervoor kan in het algemeen worden gedacht aan wachtlijsten (mits niet vervuld om andere redenen) en aan het al of niet bestaan van (veel) vacatures. Als deze vacatures dan moeilijk te vervullen zijn geeft dit een indicatie dat er werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal gewerkt wordt. Prismant heeft een vacatureonderzoek uitgevoerd in 2001, 2004, en 2007. Het blijkt dat het aantal vacatures tussen 2001 en 2007 is afgenomen van 118 naar respectievelijk 91 en 74. Ook het percentage vacatures ten opzichte van de gehele beroepsgroep is gedaald.

Dit signaal wordt vanuit een andere hoek bevestigd. Sinds 2006 wordt door Medisch Contact elk kwartaal een Arbeidsmarktmonitor uitgegeven. De gegevens uit deze monitor zijn dynamischer. Door middeling van de 4 laatste kwartalen worden seizoensinvloeden beperkt en worden trends beter zichtbaar. Figuur 3 toont in de rode staven de aantallen vacatures voor specialist ouderengeneeskunde uit de Arbeidsmarktmonitor in Medisch Contact. De groene staven geven het gemiddelde

van de laatste 4 kwartalen aan en corrigeren daarmee voor seizoensinvloeden. In de blauwe lijn is de vacaturegraad uitgedrukt als een percentage van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde.

Figuur 3. Aantal, voortschrijdend aantal en voortschrijdend percentage vacatures voor specialist ouderengeneeskunde sinds 2006



Bron: medisch Contact

Te zien is dat het aantal vacatures sinds de start van de registratie in 2006 een onregelmatige ontwikkeling doormaakt. In het voortschrijdend gemiddelde (groene staven) is deze ontwikkeling beter te zien als een golfbeweging, met een piek voor het jaar 2008. In het Capaciteitsplan 2008 is aannemelijk gemaakt dat het aantal vacatures eind 2008, begin 2009 duidelijk zou zakken onder de 74. De Arbeidsmarktmonitor rapporteert in het laatste kwartaal van 2008 55 vacatures, in het eerste kwartaal van 2009 56, in het tweede kwartaal van 2009 72, en in het derde kwartaal 2009 80. 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 deels wegvallen van een opleidingscohort. In 2009 zullen theoretisch maximaal 38 aios uit de opleiding als specialist geregistreerd kunnen worden, en in 2010 50 (zie tabel 8). Pas vanaf 2011 zal de uitstroom uit de opleiding weer kunnen gaan stijgen naar een “normaal” niveau. Dat betekent dat het aantal vacatures in 2009 en 2010 zal blijven toenemen door de dip in de aflevering van de opleiding.

Momenteel is het percentage vacatures ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde 4,5%. Dat is dicht bij het percentage dat Prismant uit haar vacatureonderzoek begin 2007 signaleerde (4,8%). Daarbij moet aangetekend worden dat Prismant het percentage berekende op basis van de werkzame

specialisten ouderengeneeskunde en de Arbeidsmarktmonitor werkt op basis van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. Als de Arbeidsmarktmonitor hiervoor wordt gecorrigeerd bedraagt het percentage vacatures 4,7%. Bij een redelijk evenwicht op de arbeidsmarkt is 2 tot 3% vacatures (afgezet tegen het totaal bezette arbeidsplaatsen) gebruikelijk. Het gaat dan om vervanging van de uitstroom op basis van leeftijd en mutaties vanwege wisseling van werkplek.

De **onvervulde vraag** wordt op basis van bovenstaande gegevens geschat op **+2% tot +4%**. Deze percentages zijn identiek aan de percentages die in het Capaciteitsplan 2008 zijn gehanteerd.

Zorgvraag: demografische ontwikkeling

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

In vergelijking met de CBS bevolkingsprognose uit 2007 neemt de bevolkingsomvang sneller toe dan verwacht. Deze belangrijkste bijdrage aan deze toename wordt veroorzaakt door gestegen immigratie. De levensverwachting blijft echter ook toenemen, ten opzichte van 2007 met + 1,7 jaar voor mannen en + 1,4 jaar voor vrouwen. Oorzaken hiervan zijn daling van de sterfte aan hart- vaatziekten en een generieke daling van de sterfte op hoge leeftijd. Dit veroorzaakt een stijging van het aantal geprognosticeerde inwoners ouder dan 65 jaar, waarbij vooral het aandeel inwoners ouder dan 80 jaar toeneemt. De verwachting van het CBS over de ontwikkeling van het aantal inwoners boven de 65 jaar tussen 2007 en 2022 is een toename van 35%, of 2,3% per jaar. De parameter **demografie** is op basis van de nieuwe gegevens van het CBS aangepast naar **+2,3%**. Dat is 0,1% hoger dan in het Capaciteitsplan 2008.

Zorgvraag: sociaal culturele ontwikkeling

In het Capaciteitsplan 2008 wordt voor dit onderwerp verwezen naar een studie van het SCP¹¹ en FELICE¹². In beide studies wordt beargumenteerd dat een aanzienlijk deel van de vraag, die op grond van de veroudering van de bevolking wordt voorspeld, niet tot expressie zal komen. Beide studies stellen dat deze onderconsumptie momenteel ook al optreedt en vooral geldt voor ouderen met een hoger opleidingsniveau. Omdat het opleidingsniveau van de toekomstige ouderen hoger zal zijn en ook hun inkomen en hun vermogen is het aannemelijk dat de onderconsumptie zal toenemen¹³.

¹¹ SCP publicatie: Verpleging en verzorging verklaard; oktober 2004

¹² Future Elderly Living Conditions In Europe; september 2006

¹³ STG: Medische ouderenzorg in de toekomst: anticiperen op ziekte en welbevinden: Vulto, M. Koot, J.; 2007

De zorgconsumptie wordt daarnaast ook beïnvloed door de huishoudensituatie. De FELICE studie voorspelt dat het aantal ouderen zonder partners/ of kinderen zal afnemen, waardoor een groter beroep op informele zorg kan worden gedaan. Dit geldt in het bijzonder voor mannen. Er komen weliswaar meer oudere mannen, maar naar verhouding zijn het minder vaak alleenstaande mannen. De kans voor een oudere man om opgenomen te worden in een verpleeghuis is geringer wanneer zijn partner nog in leven is. Het omgekeerde geldt ook: de kans dat een vrouw wordt opgenomen in een verpleeghuis wanneer haar partner nog leeft is veel kleiner dan bij een alleenstaande vrouw.

Tenslotte heeft het RIVM in een recente studie¹⁴ 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 stijgen dan verwacht. Deze vermindering van de stijging wordt met name in de periode 2007-2020 gerealiseerd. De invloed van de huishoudensituatie is daarbij conform de FELICE studie cruciaal. In de periode 2007 tot 2020 verwacht het RIVM een stijging van de kosten van de ouderenzorg met (slechts) 1,2% per jaar. Vanaf 2020 tot 2040 stijgen de kosten met 2,3% per jaar. Vanaf 2040 bedraagt de stijging 0,6% per jaar. Deze projecties sluiten goed aan bij de resultaten van de FELICE studie, die ook een neerwaartse bijstelling van de kostenontwikkeling in de grootteorde van 20% noemde. Deze percentages zijn gebruikt bij het formuleren van de parameter voor de raming 2009. De factor **sociaal-cultureel** is in deze tussentijdse evaluatie veranderd naar **-1,0% tot -1,5%**. Ten opzichte van de eerdere aannames in het Capaciteitsplan 2008 is het “lage” percentage aangepast en is de range gehalveerd.

Zorgvraag: epidemiologische ontwikkeling

In de literatuur zijn een aantal ontwikkelingen te signaleren die een tegengesteld effect hebben. De toename van diabetes mellitus en de toename van de kanker prevalentie kán leiden tot een toename van de zorgvraag. De verdere verbetering van de volksgezondheid en de kwaliteit van leven, die ook uit RIVM studies blijkt, doen dit effect teniet. In het Capaciteitsplan 2008 is ook gewezen op de toename van drankmisbruik onder ouderen en jongeren, waardoor het aantal Korsakow patiënten fors kan gaan toenemen. De studies waren niet eensluidend. Ook is er buiten de RIVM studie geen nieuwe literatuur verschenen sinds het vorige Capaciteitsplan. De factor **epidemiologie** blijft daarom gehandhaafd op **0,0% tot 0,2%**.

Zorgaanbod

In het zorgaanbod wordt ingegaan op verwachte ontwikkelingen bij de bestaande beroepsgroep, die gesplitst kan worden in de geregistreerde, werkzame specialisten ouderengeneeskunde, de sociaal geriaters, en de aios.

¹⁴ RIVM: Levensloop en zorgkosten; Zorg voor euro's – 7; Wong, A. Kommer, G.J. Polder, J.J.

Geregistreerde, werkzame specialisten ouderengeneeskunde

Per 1 januari 2009 bedraagt het percentage vrouwen onder de 1.447 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde 61%. In hoofdstuk 4 is al aangegeven dat 68% van de 162 aios vrouw is. Dit komt redelijk goed overeen met het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename van dit percentage wordt niet meer verwacht. De beroepsgroep zal de komende jaren met ongeveer **+0,3%** per jaar blijven feminiseren.

De deeltijdfactor is ten opzichte van 2007 toegenomen. Eerder is in hoofdstuk 2 geconstateerd dat de vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld **0,76 fte** werkten en mannelijke specialisten ouderengeneeskunde 0,91 fte. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,83 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 waren de fte parameters 0,68 respectievelijk 0,87 en 0,76 fte. In het tussentijdse advies worden deze nieuwe, over de gehele linie hogere, waarden gebruikt. Verder is in het Capaciteitsplan 2008 nog uitgegaan van een daling van het gemiddelde aantal fte's van 1 à 2% in de komende 10 jaar oftewel -0,1% tot -0,2% per jaar. Uit de gegevens van het meest recente onderzoek blijkt dat het aantal fte's noch bij de mannen noch bij de vrouwen verder is gedaald. In dit tussentijdse advies is daarom met een ontwikkeling van het aantal fte van **0,0%** rekening gehouden.

Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde in 2009 wordt door Prismant geschat op 1.476. 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 **1.209 fte** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2008 werd nog uitgegaan van 981 fte.

Verder is in het Capaciteitsplan 2008 gebruik gemaakt van leeftijdsspecifieke vertrekansen die berekend waren op basis van uitstroomgegevens over de periode 2001-2005. In hoofdstuk 2 is al melding gemaakt van het feit dat de uitstroom in 2005 hoog was: 81 uitschrijvingen versus ongeveer 30 uitschrijvingen in de jaren ervoor en erna. Deze uitstroom werd veroorzaakt door het aflopen van de geclausuleerde registratie voor specialisten ouderengeneeskunde. In de jaren erna is de uitstroom weer genormaliseerd. Op verzoek van het Capaciteitsorgaan is de jaarlijkse vertrekans naar leeftijd en geslacht opnieuw berekend met gebruikmaking van de gegevens van de HVRC over de periode 2001 tot en met 2008. In tabel 10 is het resultaat hiervan weergegeven. In afwijking van de eerdere parameters is hier ook de vertrekans uit het Capaciteitsplan 2008 weergegeven.

Tabel 10. Jaarlijkse vertrekkans specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht in % ; Capaciteitsplan 2008 vs. tussentijds advies 2009

Jaar	2008		2009	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
25-29 jaar	0,0	0,0	0,0	0,0
30-34 jaar	0,0	1,1	0,8	0,9
35-39 jaar	1,5	2,1	1,9	2,4
40-44 jaar	1,5	2,6	1,5	2,2
45-49 jaar	2,4	2,4	2,1	2,0
50-54 jaar	4,7	4,7	3,7	3,5
55-59 jaar	6,9	7,5	5,0	5,4
60-64 jaar	13,3	20,0	11,9	18,1

Bron: Prismant op basis van HVRC gegevens over 2001 t.m. 2008

Te zien is dat de vertrekkans in bijna elke leeftijdscategorie ten opzichte van 2008 zijn gedaald. Voor een deel wordt dit veroorzaakt door een uitmiddeling van de grote piek in het vertrek in het jaar 2005. Voor een ander deel wellicht door de reeds ingezette versoeringen in de arbeidsvoorwaarden.

De vertrekkans is bij vrouwen iets hoger dan bij mannen. Dit heeft te maken met het feit dat vrouwen gemiddeld iets minder lang doorwerken. Uit de tabel blijkt ook dat de mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 35-39 jaar iets hoger scoren in vertrek kans dan de omringende leeftijdscategorieën. Bij de vrouwen kan dit te maken hebben met gezinsomstandigheden. Bij mannen en vrouwen zijn er misschien ook andere loopbaanmogelijkheden die zich dan voordoen.

De vertrekkans in de oudere leeftijdscategorieën zijn het meest gedaald. Deze dalingen zijn door het grote aantal artsen in deze leeftijdscategorieën ook het meest betrouwbare gegeven uit de tabel. Omdat de specialist ouderengeneeskunde relatief laat instroomt in zijn specialisme weegt de invloed van een lagere vertrekkans op latere leeftijd zwaarder door dan bij een ander specialisme.

Naast deze huidige vertrekkans wordt in dit tussentijdse advies geen rekening gehouden met het feit dat het PGGM veronderstelt dat de (pré) pensioenleeftijd met gemiddeld 1 à 2 jaar gaat toenemen tengevolge van versoeringen in de pré-pensioenvoorzieningen en een geleidelijke toename van de pensioenleeftijd. De vertrekkans in de twee hoogste leeftijdscategorieën wordt daardoor op termijn verlaagd. In dit tussentijdse advies wordt hier, net als in het Capaciteitsplan 2008, gezien het ontbreken van harde cijfers voornamelijk geen rekening mee gehouden.

Naast de uitstroom door vertrek van werkzame specialisten wordt 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 zullen afstuderen. Dit wordt betiteld

als het externe rendement. Het externe rendement is gesteld op 98% 1 jaar na het afronden van de opleiding, 95% na 5 jaar, 90% na 10 jaar en 85% 15 jaar na afstuderen. Er is sinds 2008 geen nieuw gegevensmateriaal verschenen dat aanleiding is om deze percentages te wijzigen.

Sociale geriater

Er waren in 2008 ongeveer 80 geregistreerde sociaal geriater werkzaam. Daarnaast beoefenden nog eens 70 artsen het vak zonder registratie¹⁵. In 2009 waren er ongeveer 90 geregistreerde sociaal geriater¹⁶. 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. Van de 90 in 2009 geregistreerde sociaal geriater waren er (in 2008) 80 werkzaam. In dit tussentijdse advies is uitgegaan van 75 werkzame sociaal geriater, die op termijn vervangen moeten worden. Dit verhoogt de capaciteit van werkzame specialisten ouderengeneeskunde met **61 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 is met deze extra fte's geen rekening gehouden.

¹⁵ Nota takenpakket verpleeghuisarts/ Sociaal geriater

¹⁶ Mondelinge mededeling NVSG

Aios

De instroom van aios is na een aantal jaren van stijging sinds 2005 weer aan het dalen (tabel 8). De instroom is vanaf dat jaar lager dan in het Capaciteitsplan 2005 als wenselijk wordt beschouwd. Door de beperkte belangstelling voor het volgen van de opleiding is de mogelijkheid van een kwalitatieve selectie bij aanmelding slechts beperkt aanwezig. De aanzienlijke uitbreiding van de gewenste instroom speelt hierbij ook een rol. Uiteraard is er sprake van een relatie tussen de omvang van de instroom en de mogelijke uitval van aios.

De daadwerkelijke uitval van aios is uit de HVRC jaarverslagen ook te zien (tabel 9). Deze uitstroom wordt in de onderste rij van de tabel weergegeven als een percentage van het aantal aios per 31 december van het jaar. Deze uitval betreft de uitval gedurende het jaar, gedeeld door het aantal aanwezige aios. Dit kan worden vertaald in het zogenaamde interne rendement. Het interne rendement betreft telkens een jaarcohort aios en betreft het percentage aios dat de opleiding start en ook daadwerkelijk afmaakt. Grofweg is het interne rendement bij een stabiele instroom te berekenen als $100\% - (\text{percentage afbrekers} * \text{duur opleiding in jaren})$. De instroom is echter niet stabiel geweest. De daling van de instroom in combinatie met de stijging van het aantal afbrekers maakt dat het interne rendement moet worden bijgesteld. In het Capaciteitsplan 2008 is voor het interne rendement een percentage van 90% gehanteerd. Gezien de toename van het aantal uitvallers lijkt een percentage van **85% intern rendement** nu aantrekkelijker.

Werkproces

Binnen het werkproces kunnen een aantal elementen worden onderscheiden.

Vakinhoudelijke ontwikkelingen/technologie

De inzet van techniek in de care zal een grotere vlucht gaan nemen door het voorspelde tekort aan verzorgend en verplegend personeel¹⁷, vooral op de niveau's 3 en 4. Voor de specialist ouderengeneeskunde heeft dit waarschijnlijk niet zo veel 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 revalidatie. Dit kan leiden tot een intensivering van het werk. Op het gebied van telemedicine en zelfmanagement zijn ontwikkelingen aan de gang 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 genoemd kan worden is het signaal dat de specialist ouderengeneeskunde bij gebrek aan verpleegkundigen wordt ingezet voor oneigenlijke werkzaamheden.

¹⁷ Regiomarge 2008 Prismant

De factor wordt in verband met de intensivering van de werkzaamheden in het kader van revalidatie gesteld op **+2% tot + 4%**. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2008 is er geen verandering.

Efficiency

Hierbij kan gedacht worden aan omstandigheden die leiden tot een toename of een afname van het niet direct patiëntgebonden handelen. Binnen de tijd die bestemd is voor patiëntgebonden handelen kunnen dan weer factoren de efficiency van het patiëntgebonden handelen beïnvloeden. Factoren die de efficiency verlagen zijn bijvoorbeeld extra handelingen om activiteiten in het kader van de behandeling van een patiënt te documenteren (bij aanwezigheid van geautomatiseerde én handmatige systemen), of een toename van de reistijd van de specialist ouderengeneeskunde tengevolge van het (extramuralisering)beleid van de instellingen. Tenslotte speelt hier het aspect van de verhouding tussen patiëntgebonden tijd en niet- patiëntgebonden tijd.

Factoren die de efficiency verhogen zijn bijvoorbeeld het uitzuiveren van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen, en effectievere patiëntenlogistiek. Onderzoek naar de tijdsbesteding van specialist ouderengeneeskunde wordt sinds 1983 uitgevoerd. In 1983 bedroeg het percentage patiëntgebonden tijd 62%. In 1992 was ditzelfde percentage gestegen naar 65%, en in 2004 naar 71%.

Het onderzoek dat Prismant in 2009 heeft uitgevoerd wijst erop dat de verhouding tussen patiëntgebonden tijd en niet- patiëntgebonden tijd (onveranderd) op 70% is blijven steken. Bij de mannelijke specialist ouderengeneeskunde is dit percentage 64%, bij de vrouwelijke specialist ouderengeneeskunde bedraagt het 74%. Er zijn dus geen aanwijzingen dat de het percentage patiëntgebonden tijd nog verder is toegenomen.

De efficiency van de specialist ouderengeneeskunde binnen de patiëntgebonden tijd is in de afgelopen 4 jaar wel toegenomen (zie tabel 3). Bij een kleine toename van de beschikbare patiëntgebonden tijd (21,7 i.p.v. 21,4 uur) is het aantal patiënten dat de specialist ouderengeneeskunde per week behandeld gestegen van 62,9 naar 76,6. Dat is 20% in vier jaar oftewel 5% per jaar.

De factor efficiency is op basis van deze gegevens geschat op **-0,5% tot -0,7%**. In het Capaciteitsplan 2008 zijn percentages van -0,3% tot -0,6% gehanteerd.

Horizontale taakherschikking

De horizontale taakherschikking van de specialist ouderengeneeskunde kent een aantal componenten, namelijk een wettelijke component, een financieringscomponent, en een inhoudelijke component.

Horizontale taakherschikking: wettelijke component

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt in de komende jaren verder versoepeld. Prismant heeft op basis van gegevens van het ministerie van VWS de mutaties in de beschikbare middelen per branche/ soort uitgaven¹⁸ in kaart gebracht.

Tabel 11. Mutaties in beschikbare middelen per branche/ soort uitgaven in % t.o.v. voorgaand jaar

Branche/ soort uitgaven	2009	2010	2011
Ziekenhuizen*	3,3	2,9	2,5
GGZ	3,8	3,9	3,9
Gehandicaptenzorg	4,2	-0,8	3,1
Ouderenzorg	3,6	-1,9	2,6
Patiëntgebonden budget	11,1	11,1	11,8
Wmo	1,8	1,8	0,0
Totaal	3,9	1,6	3,4

De budgettaire groei in de ouderenzorg bedraagt de komende drie jaar gemiddeld 1,4% per jaar. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat er ook een omzetgroei van 1,4% wordt gerealiseerd. Zorginstellingen kunnen er ook voor kiezen hun balanspositie te verbeteren. De zorginstellingen zullen op basis hiervan op de korte termijn hun verwachtingen ten aanzien van de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde waarschijnlijk bijstellen.

Horizontale taakherschikking: financieringscomponent

De invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP) als financieringssysteem zal binnen alle betrokken organisaties een rol gaan spelen. De verwachting is dat organisaties de gemiddelde zorgzwaarte van hun patiënten zullen laten stijgen om op die manier onzekerheden in de toekomstige financiering af te dekken. Dat betekent dat ook de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, die in de diverse zzp's is beschreven, licht zal stijgen.

Horizontale taakherschikking: inhoudelijke component

De (geriatrie) revalidatie wordt waarschijnlijk vanaf 2011 uit de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, en valt dan onder de DBC structuur. De inhoudelijke component van deze overheveling wordt gevormd door het gegeven dat er nu nog een gedeelte van de doelgroep aan patiënten vanuit het ziekenhuis doorstroomt naar een revalidatie instelling in plaats van het verpleeghuis. Er kan dus horizontale substitutie gaan plaatsvinden tussen de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts. Deze horizontale substitutie hoeft zich niet te beperken tot de oudere patiënt.

¹⁸ Middelen langdurige zorg zijn naar rato verdeeld over ggz care, gehandicapten- en ouderenzorg; er is rekening gehouden met taakstellingen voor ziekenhuizen (brief 23 juli 2007).

Eerdere ervaringen met de DBC structuur leren dat de zorgvraag hierdoor mogelijk groter gaat worden. Anderzijds kan de DBC ook een prijsdrukkend effect hebben op de geriatrische revalidatie. Deze laatste factor heeft echter geen directe invloed op het volume van de zorgvraag. De verwachting is dat de specialist ouderengeneeskunde meer tijd zal gaan besteden aan de geriatrische revalidatie. Op dit moment besteedt de specialist ouderengeneeskunde hier ongeveer 20% van zijn tijd aan.

De specialist ouderengeneeskunde staat niet alleen als het om de levering van geneeskundige ouderenzorg gaat. Naast de revalidatiearts zijn ook de internist met aandachtsgebied ouderengeneeskunde, de huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg, en de klinisch geriater in dit werkveld aanwezig. De klinisch geriater is bij uitstek een tweedelijns specialisme en vormt in die zin samen met de internist met aandachtsgebied ouderenzorg een aanvulling op de specialist ouderengeneeskunde. Bovendien zijn de aantallen van de betreffende andere specialismen nog laag (minder dan 200). De huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg zal eerder de specialist ouderengeneeskunde ontmoeten, temeer daar de specialist ouderengeneeskunde zich meer extramuraal wil gaan profileren. Een gemeenschappelijke of gezamenlijke strategie rond de afstemming van het best mogelijke aanbod aan de patiënt ontbreekt. De betrokken verenigingen zijn binnen het federatieve verband van de KNMG hierover wel in gesprek. Een gezamenlijk standpunt wordt binnen enkele maanden verwacht. Nieuwe inzichten, die van belang zijn voor dit tussentijds advies, zijn dus nog niet beschikbaar.

Tenslotte wordt aandacht gevraagd voor de ontwikkelingen in de GGZ. Nu de opleiding is verbreed en verlengd, zal de specialist ouderengeneeskunde ook worden ingezet op domeinen waar voorheen de sociaal geriater actief was. Er kan daardoor substitutie ontstaan tussen de (ambulante) psychiater en de specialist ouderengeneeskunde. Voor deze tussentijdse raming wordt ervan uitgegaan dat deze substitutiemogelijkheid in de oude situatie (met de sociaal geriater) ook bestond en niet meer of minder wordt benut. Ervaringsgegevens ontbreken nog.

Op basis van bovenstaande signalen is besloten dat de factor horizontale taakherschikking op **+0,5% tot +1,0%** wordt gehandhaafd.

Verticale taakherschikking

Verticale taakherschikking betreft het structureel verschuiven van taken van specialisten ouderengeneeskunde naar lager opgeleide disciplines. Dit wordt gefrustreerd door (dreigende) personeelstekorten op het niveau van met name de verzorgenden en door de (in vergelijking met vroeger) lagere aantallen werkzame verpleegkundigen. Tegelijkertijd is er echter ook op het niveau van de specialist ouderengeneeskunde sprake van capaciteitsproblemen, waardoor verticale taakherschikking gestimuleerd wordt.

Uit onderzoek van Prismant begin 2007¹⁹ is gebleken dat 35% van de verpleeghuizen werkt met verpleegkundigen die specifieke medische taken uitvoeren en/ of nurse practitioners. In combinatie met vergelijkbaar onderzoek in 2004 kan de volgende tabel worden geconstrueerd.

Tabel 12. Inzet van verpleegkundige met specifieke taakomschrijving of n.p. in %

Omschrijving verpleeghuis	01-01-04	01-01-07
Werkt met n.p. of verpleegkundige met specifieke taakomschrijving	16%	35%
Heeft concrete plannen om te gaan werken met n.p. of verpleegkundige met specifieke taakomschrijving	20%	18%
Geen van beide	64%	46%

Bron: Prismant

De belangstelling voor de inzet van lagere echelons in het kader van verticale substitutie neemt dus duidelijk toe. Het meest recente onderzoek²⁰ naar verticale substitutie is breder uitgevoerd. Dit onderzoek heeft voornamelijk kwalitatieve informatie opgeleverd. Naast taakverschuiving en taakdelegatie naar n.p.'s en verpleegkundigen is daarin ook bezien in hoeverre andere professionals taken (kunnen) uitvoeren die nu door de specialist ouderengeneeskunde worden uitgevoerd.

In dit onderzoek, dat is uitgevoerd onder 38 verpleeghuizen die al dan niet werkten met nurse practitioners, (praktijk)verpleegkundigen, andere ondersteuners, combinaties van de voorgaande disciplines, of zonder specifieke ondersteuning, zijn naast de specialist ouderengeneeskunde en de zorgprofessionals, die taken kunnen overnemen, ook de beleidsmakers geïnterviewd over hun strategische verwachtingen met betrekking tot de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Het onderzoek heeft de volgende resultaten opgeleverd.

Er kan bij inzet van de nurse practitioner, praktijkverpleegkundige, en/ of andere ondersteuners sprake zijn van substitutie. De daarmee gepaard gaande "tijdswinst" is het grootst bij inzet van de nurse practitioner en de praktijkverpleegkundige. De uitersten van de geschatte tijdswinst liggen ver uit elkaar, maar de onderzoekers schatten dat de inzet van nurse practitioners een bruto tijdswinst van 50 tot 70% oplevert. Voor de nurse practitioner noemden zij een gemiddelde van 63%. Dit betekent dat 1 fte specialist ouderengeneeskunde voor te substitueren werkzaamheden vervangen kan worden door 1,6 fte nurse practitioner. Voor de praktijkverpleegkundige liggen de marges in de tijdswinst op 35 tot 50%. Dit betekent dat in geval van substitutie per fte te substitueren specialist ouderengeneeskunde 2

¹⁹ Notitie voor Capaciteitsorgaan: De parameters voor de planning van opleiding voor verpleeghuisartsen geëvalueerd; maart 2007

²⁰ Prismant: Taakverschuiving en taakdelegatie bij verpleeghuisartsen/ sociaal geriaters; september 2009.

fte tot 3 fte praktijkverpleegkundige benodigd wordt. Een gemiddelde tijdwinst of aantal fte's is voor de praktijkverpleegkundige niet genoemd.

Het onderzoek heeft geen kwantitatieve resultaten opgeleverd. Wel is door het management van enkele verpleeghuizen aangegeven dat zij substitutie op een grotere schaal willen gaan implementeren in hun organisatie. In een expert meeting/invitational conference eind 2009 zal dit gegeven getoetst worden bij een grotere groep bestuurders. Kwantitatief onderzoek wordt in 2010 uitgevoerd ten behoeve van het Capaciteitsplan 2010.

Op basis van het voorgaande is besloten om voor deze tussentijdse raming de factor verticale taakherschikking vooralsnog te handhaven op **-0,5% tot -1,0%**.

6. Behoefteraming aantal specialisten ouderengeneeskunde

In hoofdstuk 5 is aangegeven wat de momentane stand van zaken rond het zorgaanbod, zorgvraag, en werkproces is. Verder is voor deze drie onderdelen een benadering van de toekomst gegeven, vertaald naar zo betrouwbaar mogelijk ingeschatte parameters met eventueel een boven- en een ondergrens. In dit tussentijdse advies wordt dezelfde methode gehanteerd als in het Capaciteitsplan 2008. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de parameterwaarden. Waarden die afwijken van de waarden die zijn gehanteerd in het Capaciteitsplan 2008 zijn vet gedrukt. De afwijkingen zijn alle gebaseerd op hetzij recent literatuuronderzoek, recent onderzoek van Prismant of derden (CBS), of recente gegevens van de HVRC.

In het navolgende wordt dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2008. Dit betekent dat voor de specialist ouderengeneeskunde géén arbeidstijdvariant wordt uitgerekend. Voor de referentie jaren 2019 en 2025 worden een viertal varianten uitgewerkt (tabel 13).

De eerste variant is de variant **bij huidige instroom**, waarin de ontwikkeling van de beroepsgroep bij ongewijzigde instroom wordt weergegeven. Dit is in feite het scenario dat gekenmerkt wordt door ongewijzigd beleid ten aanzien van de instroom.

Vervolgd wordt met de **basisvariant**, waarbij rekening wordt gehouden met de factoren *demografie en onvervulde vraag* in de *vraagontwikkeling* en met *alle factoren* in de *aanbodontwikkeling*. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze op strategisch niveau vrij hard zijn en gedragen en bevestigd worden door gedocumenteerd onderzoek van derden. De basisvariant kan worden beschouwd als het vertrekpunt van de ramingen. Al de gebruikte factoren hebben slechts één waarde.

In de **lage combinatievariant zonder doorgaande trends na 2019** wordt de basisvariant aangevuld met alle andere factoren die in de vraagontwikkeling en het werkproces zijn benoemd. Het betreft dan de factoren *sociaal-cultureel, epidemiologie* in de *vraagontwikkeling*, en de factoren *vakinhoud/ technologie, efficiency, horizontale substitutie, en verticale substitutie* in het *werkproces*. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze in prognoses minder eenvoudig te voorspellen zijn dan de factoren in de basisvariant. Er bestaat voor elk van deze factoren geen zekerheid of ze in de toekomst überhaupt geactiveerd zullen worden (of blijven). Daarnaast zijn voor deze factoren naast de onderzoeken ook indirecte of afgeleide waarnemingen een belangrijke gegevensbron.

De waarden die voor deze factoren worden gehanteerd hebben meestal een range, met een minimum en een maximum waarde. De waarde wordt aan de hand van voorstellen van het Bureau bepaald door (eventuele) werkgroep, Kamer Specialisten

Ouderengeneeskunde en Plenair Orgaan. In deze bestuurlijke gremia zijn zorgverzekeraars, opleidingsinstellingen en beroepsgroep paritair vertegenwoordigd. Voor 2019 als eindjaar van de trends is gekozen omdat dat een 10-jaarsperiode is, gerekend vanaf 2009.

Voor elk van de afzonderlijke factoren geldt dat ze zich tijdens de periode tot het jaar 2019 niet, deels, geheel op minimumwaarde, geheel op maximumwaarde, of geheel of deels op een waarde tussen minimum en maximum kunnen voordoen. In de lage combinatievariant wordt deze onzekerheid gehanteerd door ervan uit te gaan dat alle factoren zich de gehele periode zullen voordoen, maar dan wel op de minst extreme waarde. Op deze manier ondervangen een aantal factoren die niet of maar deels in de voorspelde periode optreden, de verandering door een aantal andere factoren die sterker stijgen of dalen dan de minst extreme waarde aangeeft. Voor de duidelijkheid moet men zich realiseren dat de minst extreme waarde die waarde is, die o het dichtst benaderd. Voor de positieve waarden betreft het dus de laagste waarde, voor de negatieve waarde is het de hoogste waarde. De lage combinatievariant combineert dus niet de minimale waarden, maar de minst extreme waarden voor elke parameter. Dat betekent dat de lage combinatievariant kan resulteren in een hoger aantal benodigde specialisten dan de hoge combinatievariant, bijvoorbeeld als de totale neerwaartse effecten van de geschatte efficiencywinst, sociaal culturele affecten en substitutiewinst in de meest extreme waarden hoger zijn dan de totale opwaartse effecten van stijging van de zorgvraag en de daling van het rendement van de opleiding.

Lage combinatievariant met doorgaande trend is voorkeursvariant Capaciteitsorgaan

In de **lage combinatievariant met doorgaande trend vanaf 2007** wordt ook na 2019 “doorgerekend” met de aanvullende factoren uit de basisvariant. Deze lage combinatievariant met doorgaande trend wordt ook wel de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan genoemd, omdat deze variant de voorkeur geniet van het Capaciteitsorgaan. De andere varianten worden met name gebruikt om de range van de adviezen weer te geven. De lage combinatievariant met doorgaande trend vanaf 2007 loopt in het Capaciteitsplan 2008 en dit advies door tot 2025.

Tot slot bestaat er uiteraard ook een **hoge combinatievariant**. Deze variant is eerder nooit in de rapportage van het Capaciteitsorgaan doorgerekend, omdat de kans als zeer klein wordt beschouwd dat alle genoemde factoren gedurende de volledige voorspellingsperiode zullen doorwerken op hun maximaal ingeschatte waarde. In dit advies worden alle varianten wél benoemd, zodat de lezer zich een indruk kan vormen van de mate waarin de verschillende scenario's uit elkaar lopen.

In onderstaande tabel worden het aantal personen en aantal fte's weergegeven voor de belangrijkste varianten in de twee genoemde evenwichtsjaren, voorafgegaan door de huidige stand van zaken.

Tabel 13. Beschikbaar en benodigd aantal specialisten ouderengeneeskunde per variant

Variant	Specialist ouderengeneeskunde							
	2007		2009		Evenwichtsjaar 2019		Evenwichtsjaar 2025	
	#	Fte	#	Fte	#	Fte	#	Fte
Huidige instroom (83)	1.295	993	1.399	1.161	1.626	1.314	1.681	1.349
Basisvariant					1.880	1.516	2.133	1.708
Lage combinatievariant, geen doorgaande trend vanaf 2019					1.641	1.325	1.863	1.493
Lage combinatievariant, doorgaande trend tot 2025					1.641	1.325	1.710	1.370
Lage combinatievariant zonder inzet aanverwante disciplines, doorgaande trend					1.727	1.394	1.858	1.489
Hoge combinatievariant, geen doorgaande trend vanaf 2019					1.619	1.307	1.839	1.473
Hoge combinatievariant, doorgaande trend tot 2025					1.619	1.307	1.650	1.322
Hoge combinatievariant zonder inzet aanverwante disciplines, doorgaande trend					1.800	1.435	2.043	1.637

Bron: Prismant

Bij continuering van de huidige gerealiseerde jaarlijkse instroom van 83 aios zullen er in 2019 en 2025 1.626 respectievelijk 1.681 specialisten ouderengeneeskunde zijn. De beroepsgroep neemt in 2025 ten opzichte van 2007 met 30% in omvang toe.

Voor de basisvariant komt het aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde voor het evenwichtsjaar 2019 uit op 1.880 en voor het evenwichtsjaar 2025 op 2.133. Dit zou voor 2025 een groei van 65% ten opzichte van 2007 betekenen. Deze groei is nodig om de huidige onvervulde vraag te vervullen, de groei tengevolge van de demografische factoren te compenseren, en de verdere feminisering van het beroep op te vangen.

Volgens de lage combinatievariant met of zonder doorgaande trend zijn er in 2019 1.641 specialisten ouderengeneeskunde nodig. Voor het evenwichtsjaar 2025 liggen deze getallen uiteraard hoger: 1.863 specialisten ouderengeneeskunde volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en 1.710 specialisten volgens de lage combinatievariant mét doorgaande trend na 2019.

Dit betekent dat de parameters waarvoor deze schattingen worden gehanteerd (alle parameters in het werkproces, en de parameters epidemiologie en sociaal cultureel in de zorgvraag) in totaliteit de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde neerwaarts bijstellen.

De hoge combinatievariant met en zonder doorgaande trend is ter illustratie van de stelling op de vorige pagina toegevoegd en laat zien wat de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zou zijn als alle genoemde parameters zich inderdaad

gedurende de gehele periode op hun maximale waarde zouden voordoen. Zoals gezegd is de kans daarop zo klein, dat deze gegevens niet zijn opgenomen in het Capaciteitsplan 2008 (maar wel in de publicatie die NIVEL en Prismant als achtergronddocument hebben gepubliceerd²¹). Uit de tabel blijkt dat de hoge combinatievariant voor 2019 met en zonder doorgaande trend een behoefte aan 1.619 specialisten ouderengeneeskunde oplevert. Voor 2025 wordt de behoefte zonder doorgaande trend 1.839 en met doorgaande trend 1.650. Deze getallen zijn lager dan de corresponderende getallen in de lage combinatievariant, hetgeen te wijten is aan de combinatie van hogere (negatieve) parameters.

Het al dan niet hanteren van een substitutie-effect door de inzet van aanverwante disciplines doet er in deze berekening ook veel toe. In het volgende hoofdstuk wordt hierop uitgebreider terug gekomen.

²¹ Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding: NIVEL/Prismant; februari 2008

7. Benodigde instroom opleiding

Met deze gegevens en prognoses is door Prismant de instroom in de opleiding berekend die past bij de verschillende varianten. In bijlage 2 en 3 zijn gedetailleerde gegevens over deze berekening weergegeven. In onderstaande tabel worden de uitkomsten van de berekeningen volgens de verschillende varianten samengevat.

Tabel 14. Benodigde jaarlijkse instroom per variant van 2011-2019 met 2019 en 2025 als evenwichts jaren

Variant	Instroom	2011 t/m 2015, evenwicht 2019	2016 t/m 2021, evenwicht 2025	2011 t/m 2021, evenwicht 2025
Basisvariant		141	132	123
Lage combinatievariant, geen doorgaande trend vanaf 2019		86	102	116
Lage combinatievariant, doorgaande trend tot 2025		86	86	86
Lage combinatievariant zonder inzet aanverwante disciplines, doorgaande trend		106	98	102
Hoge combinatievariant, geen doorgaande trend vanaf 2019		81	100	115
Hoge combinatievariant, doorgaande trend tot 2025		81	79	78
Hoge combinatievariant zonder inzet aanverwante disciplines, doorgaande trend		123	106	113

Bron: Prismant

De instroom tot 2021 is berekend voor twee opties: de eerste optie kent een instroom voor de periode 2011 t/m 2015 en een andere instroom voor de periode 2016 t/m 2021. De tweede optie kent slechts één onafgebroken instroom voor de gehele periode 2011 t/m 2021. Het jaar 2011 is het eerste jaar waarop gestuurd kan worden aan de hand van dit tussentijds advies. Het jaar 2015 is het laatste jaar waarop (bij een driejarige opleiding) nog gestuurd kan worden voor het bereiken van een evenwicht in 2019. Om diezelfde reden is 2021 het laatste jaar waarin kan worden gestuurd op een evenwicht in 2025.

In deze tabel is de benodigde instroom voor de basisvariant voor alle drie de getoonde periodes het hoogst. Dit was ook al af te leiden uit de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde voor deze variant in het vorige hoofdstuk. De benodigde instroom in de opleiding volgens de basisvariant ligt tussen de 123 en 141 aios, afhankelijk van de gekozen periode en het jaar waarnaar men toewerkt. Dit is beduidend meer dan momenteel opgeleid wordt.

Zoals te voorzien was komt de benodigde instroom in de lage combinatievarianten lager uit. Voor een evenwicht in 2019 is een instroom van 86 aios berekend. Als de trends na 2019 niet doorzetten is een instroom van 102 aios vanaf 2016 noodzakelijk, of een instroom van 116 vanaf 2011. De benodigde capaciteit kruipt dan naar de aantallen volgens de basisvariant. Zetten de trends in de lage combinatievariant wél door, dan is een jaarlijkse instroom van 86 aios ook na 2019 voldoende.

Wordt de mogelijkheid van substitutie (door n.p.) in de praktijk om diverse redenen niet benut/ behaald, dan is in de lage combinatievariant een instroom van 106 aios nodig om al in 2019 een evenwicht te bereiken. De instroom zou in de daaropvolgende periode mogen dalen naar 98 aios. Wil men in een onafgebroken periode opleiden, is vanaf 2011 een instroom van 102 aios noodzakelijk.

Bij de hoge combinatie varianten blijkt dat de benodigde instroom voor de periode 2011 t/m 2015 naar 81 aios gaat. Het aantal benodigde aios is in de hoge combinatievariant lager dan in de lage combinatievariant. Wordt de trend na 2019 losgelaten, dan gaan de aantallen benodigde aios uiteraard weer omhoog, maar blijven iets onder de benodigde instroom in de lage combinatievariant. Als de trend doorzet is in de periode 2016 t/m 2021 een instroom van 79 aios voldoende om het evenwicht in 2025 te bereiken. De instroom in deze variant ligt bij doorgaande trends voor de periode 2011 t/m 2021 op 78 aios.

Wordt ook in deze variant de substitutie als niet haalbaar beschouwd, dan verandert de instroomraming naar 123 en 106 respectievelijk 113 aios per jaar.

8. Overwegingen en advies

In dit hoofdstuk wordt de vraag behandeld welke instroomvariant uiteindelijk door het Capaciteitsorgaan als uitgangspunt voor een advies gebruikt kan worden. Deze vraag is moeilijk te beantwoorden tengevolge van grote onzekerheden ten aanzien van beleids- en domeinontwikkelingen binnen de ouderenzorg. Het Capaciteitsorgaan signaleerde deze onzekerheden al in haar reguliere advies in 2008, maar verwachtte dat deze onzekerheid een jaar later voor een groot gedeelte opgelost zou zijn. Dat blijkt niet het geval te zijn. In zekere zin is de onzekerheid zelfs toegenomen door het voornemen van het kabinet om de (geriatische) revalidatie over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet, en de mogelijke zuigkracht van de GGZ instellingen op de specialist ouderengeneeskunde. In het navolgende komen een aantal overwegingen aan de orde, waarna wordt overgegaan tot het advies.

Inhoudelijke ontwikkeling specialist ouderengeneeskunde

De beroepsvereniging Verenso heeft in haar beleidsplan 2008-2012 de visie op de komende jaren weergegeven. De doelgroep bestaat uit ouderen met meerdere aandoeningen (kwetsbare ouderen), maar ook op (jongere) chronisch zieken met dreigende complexe problematiek. Het doel is “het versterken van hun functionele autonomie en kwaliteit van leven ongeacht de plaats waar deze kwetsbare mensen zich bevinden. Ook willen wij de doelgroep eerder bereiken en ons handelen, meer dan thans het geval kan zijn, baseren op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek”. De specialist ouderengeneeskunde moet zijn zorg gaan verlenen in andere settings dan het verpleeghuis: thuis, in het verzorgingshuis, in de GGZ instellingen, en in het ziekenhuis.

In de praktijk wordt al op verschillende plaatsen geëxperimenteerd met de inzet van specialisten ouderengeneeskunde naast huisartsen. Hoe de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts eruit gaat zien is echter nog niet uitgekristalliseerd. Overleg tussen alle relevante disciplines (de huisartsen, de internist met aandachtsgebied ouderenzorg, de klinisch geriater en de specialist ouderengeneeskunde) binnen de koepel van de federatie KNMG is ook nog steeds gaande.

Eerder kwam al aan de orde dat de STG in opdracht van het Capaciteitsorgaan een scenariostudie heeft verricht binnen de ouderenzorg. Daarbij ging het om de vraag wat de meest aannemelijke ontwikkelingen zullen zijn in de medische ouderenzorg en welke partijen in welke onderlinge verhoudingen deze zorg zullen bieden. Deze scenariostudie laat zien dat, afhankelijk van de verwachte positie van de doelgroep en de wetgever, bepaalde beroepen kunnen gaan verdwijnen of sterk kunnen gaan uitbreiden. Duidelijk is in iedere geval dat de huisarts zich meer gaat manifesteren in de regie van de ouderenzorg. De huisartsen staan op het standpunt dat de opleidingen van de huisarts en de specialist ouderenzorg meer naar elkaar toe moeten groeien²². Helaas kan op dit moment uit de verschillende scenario's nog niet

²² NHG standpunt: Toekomstvisie huisartsenzorg: huisartsgeneeskunde voor ouderen

een voorkeursscenario geïdentificeerd worden. Het ziet er zelfs naar uit dat er regionale verschillen in de scenario's zullen gaan ontstaan, afhankelijk van de handelwijzen van betrokkenen én de achterliggende zorginstellingen.

Naast de extramuralisering levert ook de inbedding van de sociale geriatrie in de beroepsgroep een aantal onzekerheden op. Nu de instroom in de opleiding tot sociaal geriater in 2002 is stilgelegd, zal de GGZ sector zich waarschijnlijk bijna automatisch wenden tot diens opvolger, de specialist ouderengeneeskunde. Vanaf 2005 werd jaarlijks door een aantal sociaal geriateren en basisartsen in soortgelijke functies binnen de GGZ de opleiding "verpleeghuisarts" gevolgd. Gemiddeld betrof dit 5 à 6 artsen per jaar, hetgeen (bij een carrière van 20 jaar) overeenkomt met een werkzaam "bestand" van circa 100 sociaal geriateren. Dit is een redelijke bevestiging voor de gemaakte veronderstelling.

De onzekerheden die nu ontstaan zijn de volgende. In de eerste plaats is de GGZ sector bezig met verbetering van de kwaliteit. De inzet van basisartsen in de sector zal daarom in de toekomst mogelijk verminderen. Een volgende logische stap is opwaardering van de functie naar specialist ouderengeneeskunde. Er ontstaat dan een zuigkracht op de zittende specialisten ouderengeneeskunde, omdat de specialisten ouderengeneeskunde in de GGZ sector veelal in een hogere FWG schaal worden geplaatst, en omdat het werken in deze setting voor een reeds vele jaren geregistreerde specialist ouderengeneeskunde een nieuwe uitdaging kan vormen.

De tweede onzekerheid betreft horizontale substitutie in de GGZ sector tussen de psychiater en de specialist ouderengeneeskunde. De GGZ sector kent, ondanks het forse tempo waarin de opleiding tot psychiater sinds 2000 is uitgebreid, nog steeds aanzienlijke tekorten aan psychiaters. Dit betekent dat horizontale substitutie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de psychiater niet ondenkbaar is.

De derde onzekerheid betreft de mogelijkheid om de substitutiemogelijkheden te "verzilveren". De bezetting van n.p.'s in de verpleeghuiszorg bedroeg per 1 januari 2009 inclusief de tweedejaars studenten nog geen 40 personen. Jaarlijks stromen 300 n.p.'s de opleiding in. Deze hebben echter bijna allemaal een HBO-V niveau 5 achtergrond. Vanwege het feit dat de verpleeghuizen de afgelopen periode de bezetting van met name verpleegkundigen niveau 4 en 5 hebben teruggedrongen leidt ertoe dat de "kweekvijver" voor n.p.'s in deze sector klein is. Verder vindt er momenteel ook geen sectorgerichte inzet van het subsidie instrument voor n.p.'s door VWS plaats.

Beleidsontwikkelingen

De veranderingen in de financieringsstructuur binnen de AWBZ zullen miskenbaar gevolgen hebben voor de specialist ouderengeneeskunde. De introductie van de zorgzwaartepakketten maakt dat verpleeghuizen op een andere manier gebudgetteerd worden, en er ook een prikkel ontstaat om zo "zwaar" mogelijke patiënten op te nemen. In de zzp's zit een deel zorg dat door de specialist

ouderengeneeskunde geleverd moet worden. Als verpleeghuizen niet kunnen voldoen aan deze levering, zal dat op termijn gevolgen hebben voor hun budgetten.

In de tweede plaats wordt de specialist ouderengeneeskunde straks ook deels losgekoppeld van de AWBZ door de overheveling van de (geriatrische) revalidatie naar de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de financieringswijze vergelijkbaar wordt met die in de curatieve sector (DBC). De specialist ouderengeneeskunde kan zich dan veel gemakkelijker buiten de instellingsmuren gaan begeven. Verwacht wordt dat de specialist ouderengeneeskunde dan in toenemende mate in consult geroepen kan worden binnen de eerste lijn bij het opstellen van behandelplannen. Ook is mogelijk dat de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn zelf behandelend gaat optreden, vooral vanuit grotere gezondheidscentra met een behoorlijk aantal oudere patiënten. Toch moet uit het onderzoek van Prismant geconstateerd worden dat in de afgelopen 4 jaar de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde buiten de instelling niet of nauwelijks toenemen. Van een duidelijke toename van de samenwerking met de huisarts is ook geen sprake.

Daarnaast is ook denkbaar dat, bij het vrijgeven van deze revalidatie markt, de revalidatiearts zich nadrukkelijker op deze activiteit gaat richten. Ruwweg 20% van de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde zijn gericht op revalidatie. Gezien de grote omvang van de beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde (1.295 werkzaam in 2007) in vergelijking met de revalidatieartsen (365 werkzame artsen in 2007) is dit op dit moment niet direct een optie, maar wel een lange termijn overweging.

Haalbaarheid voor opleidingsinstellingen en opleidingsinrichtingen

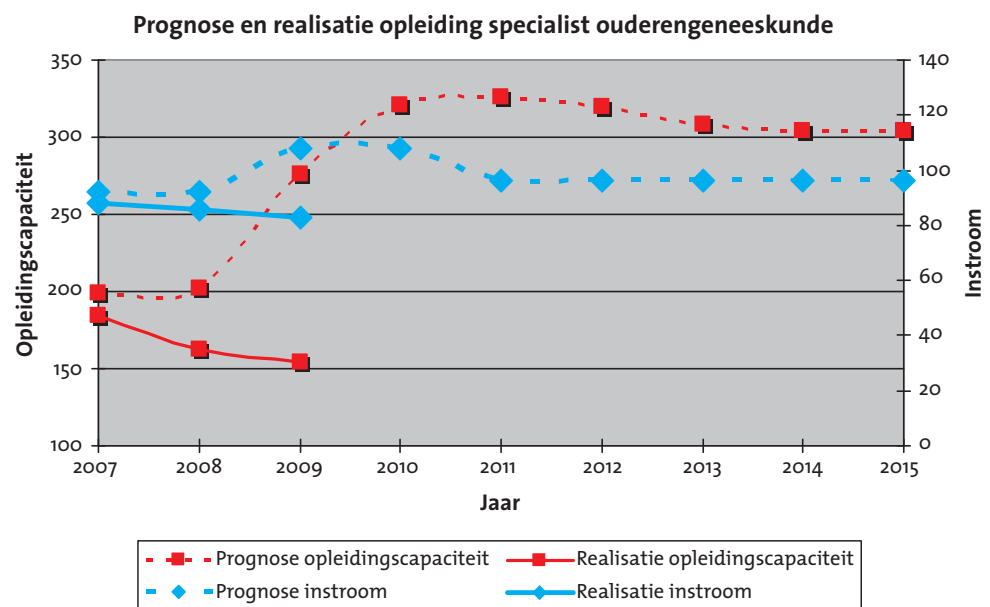
Het Capaciteitsorgaan houdt in haar adviezen primair geen rekening met haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde varianten, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen, waarvoor veelal stabiliteit van de instroom en totaal aantal aanwezige aios van groot belang is. Dit wordt in zo'n geval wel expliciet in de overwegingen gemeld. In dit geval is door de opleidingsinstellingen aangegeven dat zij, ingeval gekozen wordt voor de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan, ervoor willen pleiten om de jaarlijkse instroom op 90 in plaats van 86 aios vast te stellen. Dit vanwege een aantal pragmatische, maar ook inhoudelijke motieven. Het Plenair Orgaan heeft op 25 november 2009 ingestemd met deze motieven en met de keuze voor 90 in plaats van 86 aios in de voorkeursvariant.

In de praktijk is de afgelopen jaren gebleken dat de instroom in de medische vervolgopleiding specialist ouderengeneeskunde steeds verder achterblijft bij de geadviseerde en toegestane instroom. De opleidingsinstellingen slagen er de afgelopen jaren niet in om voldoende geschikte sollicitanten te vinden. De toegestane incidentele verhoging voor 2009 is helemaal niet gerealiseerd. Ook begint het interne rendement te dalen naar waardes die buiten de gebruikelijke reikwijdte van andere specialistische opleidingen liggen. 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. Inmiddels hebben de drie opleidingsinstituten en Verenso, ondersteund door ActiZ, een campagne gestart om het beroep en de opleiding onder de aandacht te brengen van co-assistenten en basisartsen.

In het Capaciteitsplan 2008 werd een grafische presentatie van de instroom en het totaal aantal aiOS specialist ouderengeneeskunde gegeven (figuur IV.4, pagina 242). Deze figuur is nu aangevuld met de gerealiseerde cijfers uit 2007 en 2008. Ook is een prognose gemaakt van het totaal aantal aiOS, de opleidingscapaciteit.

Figuur 4. Verwachte instroom en opleidingscapaciteit vanaf 2007 tot 2015 en gerealiseerde instroom en opleidingscapaciteit in 2007 en 2008



Bron: Capaciteitsplan 2008 en bewerking HVRC gegevens; gegevens 2009 onder voorbehoud.

Verticale substitutie alleen mogelijk bij voldoende instroom in de opleiding verpleegkundig specialist chronische zorg

In hoofdstuk 5 is het onderwerp verticale substitutie al aan de orde geweest. Uit het meest recente onderzoek van Prismant blijkt dat verticale substitutie niet alleen in de richting van de verpleegkundig specialist mogelijk is. In 2008 werd elke fte specialist ouderengeneeskunde ondersteund door 0,35 fte andere zorgbeoefenaars waarvan de doktersassistente (0,09 fte) en de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV, 0,06 fte) qua omvang de twee belangrijkste waren. De discipline verpleegkundigen was gefragmenteerd over de verpleegkundige (0,04 fte), praktijkverpleegkundige (0,03 fte), nurse practitioner (0,03 fte) en de geriatrisch verpleegkundige (0,01 fte).

In het Capaciteitsplan 2008 werd uitgegaan van een verticale substitutie van -5% tot -10% door nurse practitioners en/ of verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving. Volgens de gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek van Prismant zijn in 2009 per fte specialist ouderengeneeskunde al 0,03 fte nurse

Practitioner en 0,03 fte praktijkverpleegkundige aanwezig. Omgerekend naar het totale aantal fte's specialist ouderengeneeskunde betekent dit dat momenteel circa 32 fte nurse practitioner en circa 39 fte praktijkverpleegkundige de specialisten ouderengeneeskunde zou ondersteunen. Dit sluit goed aan bij resultaten van recent kwantitatief onderzoek door het Bureau van het Capaciteitsorgaan.

Uit een ander kwantitatief onderzoek komt naar voren dat er in 2008 in totaal ongeveer 39 nurse practitioners en 2e jaars nurse practitioners in opleiding in de verpleeghuizen aanwezig waren. Dit sluit weer redelijk aan bij de gevonden fte getallen uit het onderzoek van Prismant. Dit betekent overigens niet dat er daarbij ook voor deze aantallen fte's sprake is van substitutie.

Als we ervan uitgaan dat de verticale substitutie volgens het eerder ingenomen uitgangspunt de komende 10 jaar mag stijgen naar -5% (lage combinatievariant) tot -10% (hoge combinatievariant) dan betekent dit dat er in 2019 volgens de lage combinatievariant een toename van ongeveer (voor een onderbouwing van deze berekening zie bijlage 4) 112 fte nurse practitioners ten opzichte van nu zal zijn. Omdat een nurse practitioner in deze setting straks gemiddeld waarschijnlijk ongeveer 0,8 fte werkt betekent dat in aantallen een toename van 140 nurse practitioners. Inclusief de zittende 38 nurse practitioners betreft het dan 178 personen. Voor de hoge combinatievariant betreft het dan 404 personen.

Met correctie voor het intern rendement van de opleidingen (afhankelijk van het gewenste tempo in de substitutie en de vervanging van de reeds zittende nurse practitioners), bestaat er vanaf 2010 -bij verder ongewijzigde behoefte aan verpleegkundig specialisten chronische zorg- binnen de verpleeghuissector ruimte voor een jaarlijkse verhoging van de specifieke instroom in de opleiding verpleegkundig specialist chronische zorg van 20 tot 37 personen. Gezien de op korte termijn verwachte tekorten in het specialisme ouderengeneeskunde verdient een instroom van 40 personen onze voorkeur. De vraag is of op deze specifieke instroom gericht instrumentarium kan worden ingezet.

Tenslotte moet worden geconstateerd dat de -nog iets recenter erkende- verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg, aandachtsgebied psychogeriatric, binnen de substitutievarianten momenteel nog niet is meegenomen. Deze specialist is binnen de verpleeghuissector zeker voor een aantal deelgebieden een potentiële optie. Vanwege het gegeven dat er nog geen kwantificerend onderzoek naar dit specialisme voorhanden is heeft het Capaciteitorgaan deze substitutie optie niet verder kunnen verkennen.

Advies

Voor dit advies wordt zoals gebruikelijk de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan gehanteerd, met doorgaande trends vanaf 2009 tot 2025. Deze variant vraagt bij een verwacht substitutiepercentage van -0,5% per jaar om een structurele jaarlijkse instroom van 86 aios.

Indien voorlopig wordt afgezien van het hanteren van een substitutiepercentage (m.a.w. 0,0% per jaar) is een jaarlijkse instroom nodig van 102 aios in deze medische vervolgopleiding.

Bij deze berekeningen is in acht genomen dat in 2007 en 2008 minder aios zijn ingestroomd dan in het Capaciteitsplan 2008 werd verondersteld. De ontwikkeling van het aantal vacatures heeft zich in de afgelopen kwartalen ontwikkeld volgens de verwachtingen van het Capaciteitsorgaan. Momenteel bevindt het aantal vacatures zich weer in een stijgende lijn. De verwachting is dat deze stijging zeker door zal zetten tot begin 2011.

In het besluit over de instroom in de opleiding tot medisch specialist heeft de minister van VWS besloten om de raming te hanteren waarin geen kwantitatief effect werd verwacht van de inzet van aanverwante disciplines. In dit eindadvies worden daarom twee opties afgewogen, namelijk de voorkeursvariant mét en de voorkeursvariant zónder inzet aanverwante disciplines.

In deze afweging heeft het Capaciteitsorgaan meegewogen dat het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde de komende twee jaren zal blijven stijgen en dat de introductie van de n.p. in de verpleeghuizen mede afhankelijk is van de voorkeuren van de n.p.'s en de financieringsmogelijkheden van de verpleeghuizen. De daadwerkelijk gerealiseerde substitutie wordt vooralsnog op 0% gehouden. Daarnaast heeft de beroepsvereniging Verenso aangegeven dat zij samen met de drie opleidingsinstituten en met ondersteuning van Actiz een gerichte wervingscampagne voor aios aan het opstarten zijn. Het zal averechts werken op de instroom als belangstellende aios uiteindelijk teleurgesteld zouden moeten worden.

Alles wegend wordt daarom een structurele jaarlijkse instroom in de medische vervolgopleiding specialist ouderengeneeskunde geadviseerd van 102 aios vanaf 2011.

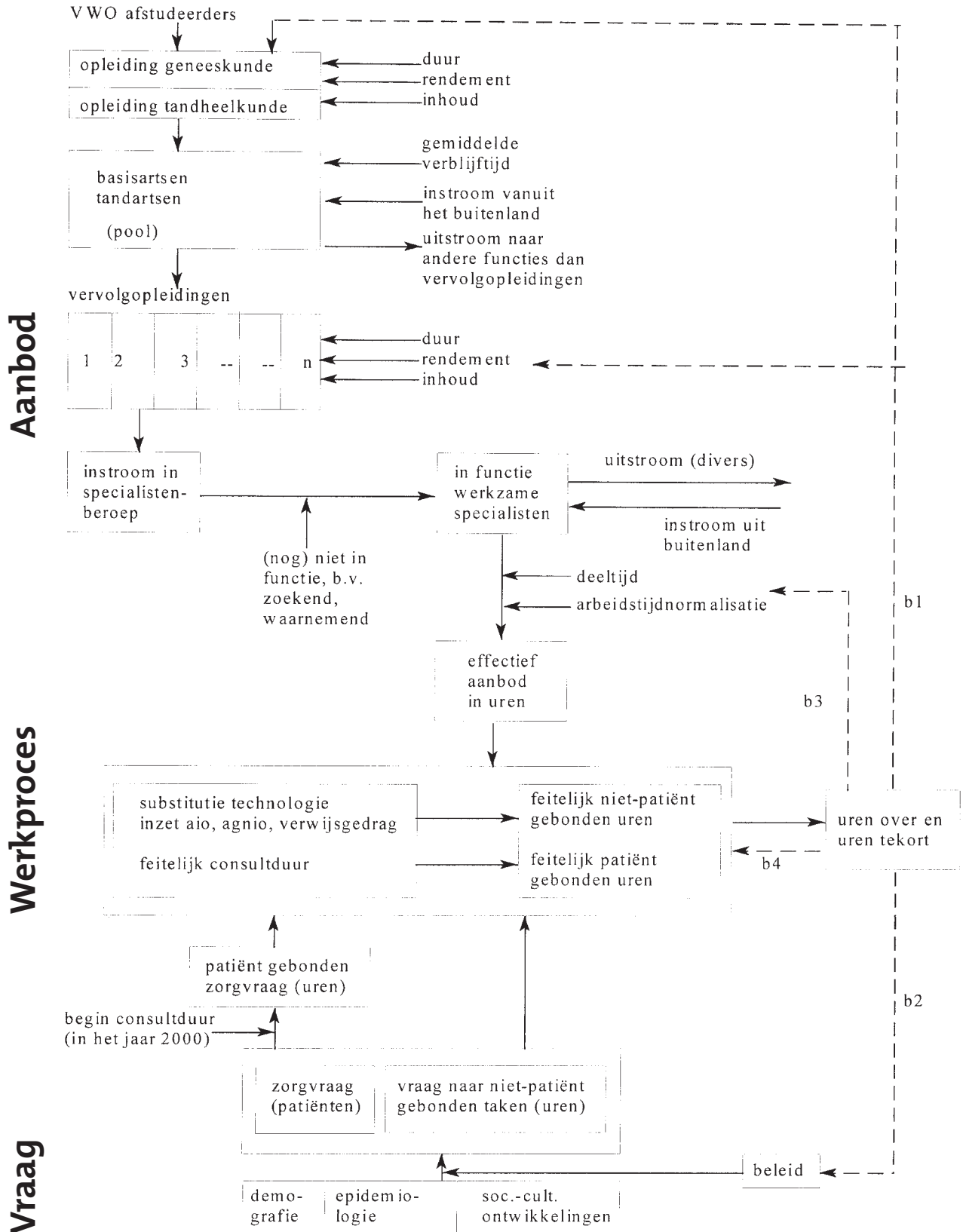
Incidentele maatregelen in de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde om de verwachte daling in de uitstroom van de opleiding eind 2009 en heel 2010 te ondervangen worden in dit advies niet meer voorgesteld. De verwachting is dat dit geen effect meer kan hebben op de realisering van extra zorgaanbod in 2010 en 2011.

Tevens wordt voorgesteld om de instroom in de opleiding n.p. respectievelijk de toekomstige instroom in het specialisme verpleegkundig specialist chronische zorg gericht te stimuleren om op die manier de mogelijkheden van substitutie van medisch specialistische zorg te vergroten. Zonder sterke sturing ligt suppletie en kwaliteitsgroei waarschijnlijk meer voor de hand. Gezien de momentane vacaturegraad aan specialisten ouderengeneeskunde is de verpleeghuissector een serieuze kandidaat voor innovatie op beroepskrachtenterrein.

Het advies om 102 aios specialist ouderengeneeskunde te laten instromen kan daarom niet los worden gezien van de overweging om de ontwikkeling van de nurse practitioner in het verpleeghuis/ verpleegkundig specialist chronische zorg tot een capaciteit van 40 instroomplaatsen gericht te stimuleren.

Verwacht mag worden dat de komende anderhalf jaar op enig moment toch meer duidelijkheid zal ontstaan over een aantal onzekerheden, dat in dit tussentijds advies is gesignaleerd. Daarnaast bestaat er eind 2010 meer duidelijkheid over de mogelijkheden van horizontale substitutie, over de vacaturegraad, en over de daadwerkelijke instroom van aios in 2009 en 2010. Om die reden wordt het specialisme ouderengeneeskunde in het volgende integrale Capaciteitsplan, dat eind 2010 zal verschijnen, opnieuw meegenomen.

Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en tussentijds advies 2009

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Tussentijds advies 2009	Reden verandering
Zorgvraag			
<i>Huidige consumptie</i>	-	-	
Onvervulde vraag	2,0% tot 4,0%	2,0% tot 4,0%	
Factor demografie	2,2%	2,3%	Demografische prognose CBS
Factor sociaal cultureel	-0,5% tot -1,5%	-1,0% tot -1,5%	Studie RIVM bevestigt FELICE
Factor epidemiologie	0,0% tot 0,2%	0,0% tot 0,2%	
Zorgaanbod			
Werkzame specialisten	1.295	1.399	Gegevens HVRC
Aantal fte's	981	1.161	Inclusief sociale geriatrie
Gemiddelde fte man	0,87	0,91	Tijdbestedingonderzoek
Gemiddelde fte vrouw	0,68	0,76	Tijdbestedingonderzoek
% werkzame vrouwen	59%	61%	Tijdbestedingonderzoek
Arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	
Uitstroom tot 2012/14	18%	14%	Gegevens HVRC
Uitstroom tot 2017/19	39%	31%	Gegevens HVRC
Uitstroom tot 2022/24	58%	49%	Gegevens HVRC
Uitstroom tot 2027/29	74%	64%	Gegevens HVRC
Instroom opleiding gem.	96	96	
Instroom opleiding 2007/2008	96	90	Gegevens HVRC
% vrouwen in opleiding	75%	75%	Gegevens HVRC
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	
Opleidingsrendement	90%	85%	Gegevens HVRC
Extern rendement	98% na 1 jaar 95% na 5 jaar 90% na 10 jaar 85% na 15 jaar	98% na 1 jaar 95% na 5 jaar 90% na 10 jaar 85% na 15 jaar	
Instroom buitenland	0	0	
Werkproces			
Vakinhoudelijk	+0,2% tot +0,4%	+0,2% tot +0,4%	
Efficiency	-0,3% tot -0,6%	-0,5% tot -0,7%	Tijdbestedingonderzoek
Substitutie horizontaal	+0,5% tot +1,0%		Onderzoek Prismant
Substitutie verticaal	-0,5% tot -1,0%		Onderzoek Prismant

⁴⁷ Bron: NPHF, Eindrapport Beroepskrachtenplanning Public health, een pleidooi voor systematische en integrale beroepskrachtenplanning in de public health. Juli 2007.

Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Prismant

Bijlage vooronderstellingen:

Tabel 1: overzicht aannames per parameter

Beroepsgroep: Specialisten ouderengeneeskunde	Parameterwaarden volgens standaardspecificatie		
	Specialisten ouderengeneeskunde		
Beroepsgroep	2009	2011	2019
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2009	2011	2019
Evenwichtsjaar 1 en 2		2019	2025
AANBOD IN 2009 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2029	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2009	576	900	1.476
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2009	39,0%	61,0%	
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2009	0,910	0,760	0,819
FTE per werkzame persoon in 2014	0,910	0,760	0,814
FTE per werkzame persoon in 2019	0,910	0,760	0,808
FTE per werkzame persoon in 2024	0,910	0,760	0,803
FTE per werkzame persoon in 2029	0,910	0,760	0,799
Aandeel werkzame personen van 50 jaar of ouder in 2009	45,0%	26,0%	33,4%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2014	16,0%	14,0%	14,8%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2019	37,0%	31,0%	33,3%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2024	59,0%	49,0%	52,9%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2029	77,0%	64,0%	69,1%
VRAAG IN 2009 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2029	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2009	2,0%		4,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2014		11,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2019		23,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2024		35,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2029		53,0%	
Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakinh. vwb. MS)	0,00%		0,20%
Verandering per jaar agv sociaalculturele ontwikkelingen	-1,00%		-1,50%
Verandering per jaar agv vakinhoud. ontwikk. (voor MS bij epid.)	0,20%		0,40%
Verandering per jaar agv efficieny (=werkproces MS)	-0,50%		-0,70%
Verandering agv horiz. taakhersch.	0,50%		1,00%
Verandering per jaar agv verticale substitutie	-0,50%		-1,00%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%

Beroepsgroep: Specialisten ouderengeneeskunde		Parameterwaarden volgens standaardspecificatie		
Beroepsgroep	Specialisten ouderengeneeskunde			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2009	2011	2019	
Evenwichtsjaar 1 en 2		2019	2025	
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2009	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2009	21,9	65,1	87,0	
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2009	25,2%	74,8%	100%	
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2009	2,0	2,0	2,0	
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2009	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2009	98,0%	98,0%	98,0%	
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2009	95,0%	95,0%	95,0%	
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2009	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2009	85,0%	85,0%	85,0%	
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2009 t/m 2010	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2009/2010	20,9	62,1	83,0	
Geslachtsverdeling voor instroom in 2009/2010	25%	74,8%	100%	
Opleidingsduur voor instroom in 2009/2010	3,0	3,0	3,0	
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2009/2010	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2009/2010	98,0%	98,0%	98,0%	
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2009/2010	95,0%	95,0%	95,0%	
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2009/2010	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2009/2010	85,0%	85,0%	85,0%	
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2011	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2011	20,9	62,1	83,0	
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2011	25,2%	74,8%	100%	
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2011	3,0	3,0	3,0	
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2011	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2011	98,0%	98,0%	98,0%	
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2011	95,0%	95,0%	95,0%	
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2011	90,0%	90,0%	90,0%	
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2011	85,0%	85,0%	85,0%	
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2009	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2009	0,0	0,0	0,0	
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	50,0%	50,0%	100%	
Rendement buitenlandse instroom	80,0%	80,0%	80,0%	

Bijlage 4. Berekening benodigd aantal n.p.

De onderbouwing van het benodigd aantal n.p.'s zoals genoemd in hoofdstuk 8 is als volgt:

De substitutiefactor is -0,5 tot -1,0% per jaar, afhankelijk van het gegeven of voor de lage of de hoge combinatievariant wordt gekozen. De redenering wordt gevolgd tot 2025. De totale omvang van de substitutie is dan 7,5% tot 15%.

Lage combinatievariant

In 2025 zijn 1.370 fte specialist ouderengeneeskunde nodig volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend en inzet aanverwante disciplines (tabel 13). Tot 2025 heeft in die variant aan substitutie plaatsgevonden (2025-2010)= 15 jaar van -0,5%= 7,5% fte specialist ouderengeneeskunde.

In 2025 is dus qua specialisten ouderengeneeskunde nodig exclusief verticale substitutie $100/92,5 * 1.370$ fte = 1.480 fte. Dit komt redelijk goed overeen met het getal 1.489, dat in tabel 13 wordt genoemd als benodigd aantal fte zónder de inzet van aanverwante disciplines.

Uitgaande van 1.489 fte bedraagt 7,5% hiervan 112 fte. Volgens het Werknemersonderzoek 2009 van Prismant zijn rond de zomer van 2009 reeds 32 n.p.'s werkzaam in de verpleeghuissector, voor in totaal 29 fte. De deeltijdfactor van deze n.p.'s ligt hoog (91%), maar de gemiddelde leeftijd ook (50 jaar). Waarschijnlijk is deze groep n.p.'s (in hun pioniersfunctie) niet helemaal representatief voor de toekomstige n.p.'s. Voor de rest van de berekening wordt daarom een deeltijdfactor van 80% gehanteerd.

In totaal werken dus in deze variant $112 + 29 = 141$ fte in de verpleeghuizen. Bij een gemiddeld dienstverband van 0,8 fte zijn dit $141 * (100/80) = 178$ personen. Het studierendement, door Prismant berekend op basis van de instroom in de opleiding sedert 2005 en de diploma's sedert 2007, bedraagt 85%. De benodigde instroom in de opleiding is dan $178 * (100/85) = 209$ personen in de komende 15 jaar.

Aangetekend moet worden dat dit een zeer grove berekening is, waarin geen rekening is gehouden met bijvoorbeeld de vervangingsvraag – die, gezien de hoge gemiddelde leeftijd van de huidige groep reëel zal zijn) en/of met het externe rendement. Een inschatting zijdens het Bureau van het Capaciteitsorgaan is dat naast de 198 berekende personen nog eens 100 personen nodig zullen zijn om deze twee factoren in de komende 15 jaar te compenseren. Daarmee komt de totale gewenste instroom op 309 personen in 15 jaar oftewel 20 personen per jaar.

Hoge combinatievariant

In 2025 zijn 1.322 fte specialist ouderengeneeskunde nodig volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend en inzet aanverwante disciplines (tabel 13). Tot 2025 heeft in die variant aan substitutie plaatsgevonden (2025-2010)= 15 jaar van -1,0%= 15% fte specialist ouderengeneeskunde.

In 2025 is dus qua specialisten ouderengeneeskunde nodig exclusief verticale substitutie $100/85 * 1.322 \text{ fte} = 1.555 \text{ fte}$. Dit komt redelijk goed overeen met het getal 1.637, dat in tabel 13 wordt genoemd als benodigd aantal fte zónder de inzet van aanverwante disciplines. De berekening maakt daarom gebruik van het aantal fte dat door Prismant in tabel 13 is berekend.

Uitgaande van 1.637 fte bedraagt 15% hiervan 246 fte. In totaal werken dus in deze variant $246 + 29 = 275 \text{ fte}$ in de verpleeghuizen.

Bij een gemiddeld dienstverband van 0,8 fte zijn dit $275 * (100/80) = 344 \text{ personen}$. Het studierendement, door Prismant berekend op basis van de instroom in de opleiding sedert 2005 en de diploma's sedert 2007, bedraagt 85%. De benodigde instroom in de opleiding is dan $344 * (100/85) = 404 \text{ personen}$ in de komende 15 jaar.

Aangetekend moet worden dat dit een zeer grove berekening is, waarin geen rekening is gehouden met bijvoorbeeld de vervangingsvraag – die, gezien de hoge gemiddelde leeftijd van de huidige groep reëel zal zijn) en/of met het externe rendement. Een inschatting zijdens het Bureau van het Capaciteitsorgaan is dat naast de 404 berekende personen nog eens 150 personen nodig zullen zijn om deze twee factoren in de komende 15 jaar te compenseren. Daarmee komt de totale gewenste instroom op 554 personen in 15 jaar oftewel 37 personen per jaar.

Bijlage 5: Procedure en betrokken experts

Procedure

De Werkgroep Taakverschuiving Specialist Ouderengeneeskunde is in de eerste helft van 2009 betrokken geweest bij het opstellen van het “Capaciteitsplan 2009, tussentijds advies instroom voor de medische vervolgopleiding specialist ouderengeneeskunde”.

De Kamer Specialist Ouderengeneeskunde heeft het advies op 29 oktober 2009 geaccordeerd.

Het Plenair Orgaan heeft het advies op 25 november 2009 vastgesteld.

Betrokken experts

Plenair Orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Dhr. dr. R.A. van Eijck
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn (voorzitter DB)
Mw. dr. M.J. Kaljouw
Dhr. C.J.G. Theeuwes
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. Dr. L. Wigtersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Beij
Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld
Dhr. drs. P.J.L. van Heugten
Dhr. drs. P. de Jonge
Dhr. dr. S.J. Noorda
Dhr. prof.dr. H.A.P. Pols
Dhr. drs. P.M.L. Smits MBA (lid DB)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (lid DB)
Dhr. A.M. van Houten
Dhr. J.W. Schouten

Kamer Specialist Ouderengeneeskunde

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. R.D. Dutrieux
Mw. L. Jacobs-Stoel
Dhr. F. Roos

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. H.J.M. Cools
Dhr. drs. J.F. Hoek
Dhr. drs. H. Kanters

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. D.A.C. Beens
Dhr. J.J.W.H. Crasborn
Dhr. J.W. Schouten

Werkgroep Taakverschuiving

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. F. Roos
Organisaties van opleidingsinstellingen
Dhr. drs. H. Kanters
Organisaties van zorgverzekeraars
Dhr. J.J.W.H. Crasborn

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