



# *Capaciteitsplan 2010*

*Deelrapport 5: **Specialist  
ouderengeneeskunde***

## ***Capaciteitsplan 2010***

### ***Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde 2010***

***Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan  
2010 voor de medische, tandheelkundige,  
klinisch technologische en aanverwante  
(vervolg)opleidingen***

**Statutaire doelstellingen:**

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van 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

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>1. Inleiding</b>                                   | <b>7</b>  |
| 1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan                    | 7         |
| 1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan  | 8         |
| 1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten              | 8         |
| 1.4 Indeling van deze bijlage                         | 8         |
| <b>2. Positionering specialist ouderengeneeskunde</b> | <b>10</b> |
| 2.1 Inleiding   | 10        |
| 2.2 Overzicht aanverwante disciplines                 | 11        |
| 2.3 Verhoudingen tussen disciplines                   | 12        |
| <b>3. Opleiding</b>                                   | <b>13</b> |
| 3.1 Inleiding   | 13        |
| 3.2 Adviezen  | 13        |
| 3.3 Besluiten   | 14        |
| 3.4 Realisatie  | 14        |
| 3.5 Intern rendement                                  | 16        |
| 3.6 Conclusies  | 17        |
| <b>4. Zorgvraag</b>                                   | <b>18</b> |
| 4.1 Inleiding   | 18        |
| 4.2 Demografie  | 18        |
| 4.3 Epidemiologie                                     | 19        |
| 4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen                  | 19        |
| 4.5 Onvervulde zorgvraag                              | 20        |
| 4.6 Conclusie zorgvraag                               | 22        |
| <b>5. Zorgaanbod</b>                                  | <b>23</b> |
| 5.1 Inleiding   | 23        |
| 5.2 Omvang beroepsgroep                               | 23        |
| 5.2.1 Aantal geregistreerd                            | 23        |
| 5.2.2 Sociale geriatrie                               | 24        |
| 5.2.3 Aantal werkzaam                                 | 24        |
| 5.2.4 Leeftijdsverdeling                              | 25        |
| 5.3 Omvang dienstverband                              | 26        |
| 5.4 Instroom in het vak                               | 26        |
| 5.5 Uitstroom uit het vak                             | 27        |
| 5.6 Conclusie zorgaanbod                              | 29        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>6. Werkproces</b>  | <b>31</b> |
| 6.1 Inleiding   | 31        |
| 6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen  | 31        |
| 6.3 Patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd                                      | 31        |
| 6.4 Efficiency  | 32        |
| 6.5 Substitutie   | 34        |
| 6.5.1 Horizontale substitutie   | 34        |
| 6.5.2. Verticale substitutie  | 36        |
| 6.6 Conclusie werkproces  | 38        |
| <br>  |           |
| <b>7. Varianten</b>   | <b>39</b> |
| 7.1 Inleiding   | 39        |
| 7.2 Basisvariant  | 41        |
| 7.3 Hoge en lage combinatievariant  | 41        |
| 7.4 Varianten met hantering van verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines) | 42        |
| 7.5 Gevolgen varianten voor instroom aios   | 42        |
| <br>  |           |
| <b>8. Overwegingen en advies</b>  | <b>44</b> |
| 8.1 Inleiding   | 44        |
| 8.2 Beleidsontwikkelingen   | 44        |
| 8.2.1 Horizontale substitutie   | 44        |
| 8.2.2 Inbedding sociale geriatric   | 45        |
| 8.2.3 Bezuinigingen op AWBZ   | 45        |
| 8.2.4 Revalidatie in Zorgverzekeringswet  | 46        |
| 8.2.5 Verticale substitutie moeizaam  | 46        |
| 8.2.6 Opleidingsinstituten  | 47        |
| 8.3 Belangrijkste varianten   | 49        |
| 8.4 Advies instroom   | 49        |
| <br>  |           |
| <b>Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan</b>   | <b>51</b> |
| <b>Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en Capaciteitsplan 2010</b>       | <b>52</b> |
| <b>Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Prismant</b>                         | <b>53</b> |
| <b>Bijlage 4. Berekening benodigd aantal verpleegkundig specialisten</b>              | <b>55</b> |
| <b>Bijlage 5: Procedure en betrokken experts</b>                                      | <b>57</b> |

## Samenvatting

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich sinds de erkenning in 1990 stormachtig ontwikkeld. Met 1.475 geregistreerde specialisten was het op 1 januari 2010 getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. Door de toenemende vergrijzing zal de zorgvraag qua capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde in de komende 10 jaar groeien met 24%. Veranderingen in de leefsituatie en hogere opleidingsstatus brengen dit percentage enigszins terug, tot 22%. Er beginnen twijfels te ontstaan of het specialisme zodanig zal groeien dat het de toename van de zorgvraag kan bijbenen. Met name de achterblijvende belangstelling van basisartsen voor instroom in deze opleiding veroorzaakt in de nabije toekomst een groeiend tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Het is echter te verwachten dat de ouderenzorg er in 2028 anders zal uitzien dan nu. Het specialisme ouderengeneeskunde anticipeert reeds op mogelijke ontwikkelingen. Voorbeeld hiervan is 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. Een tweede voorbeeld is het inhoudelijk integreren van de sociale geriatrie waardoor een aanpalend werkveld met goede ontplooiingsmogelijkheden wordt betreden. De KNMG heeft recent in een standpunt over de medische zorg voor kwetsbare ouderen vastgelegd de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol te willen geven als consulent van de huisarts. Het aantal behandelcontacten van de specialist ouderengeneeskunde met thuiswonende patiënten is al aan het veranderen in deze richting.

De verbreding van het specialisme ouderengeneeskunde door de integratie van de sociale geriatrie 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 van kracht geworden voor 50 van de 88 instromers. De dalende trend in de vacatures eind 2009 is daardoor omgebogen naar een opwaartse trend. Buffervorming heeft zich maar zeer beperkt voorgedaan door de beperkte instroom in de opleiding tussen 2007 en 2009. De geadviseerde extra instroom om de 'dip' in de uitstroom uit de opleiding op te vangen, is niet gerealiseerd. Daarom wordt voor de komende jaren in elk geval een tijdelijk tekort aan specialisten ouderengeneeskunde verwacht.

Uit de nieuwe raming komt naar voren dat volgens de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan de structurele instroom in de opleiding dient te stijgen van 99 naar 109 plaatsen om blijvend te voorzien in de gevraagde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde. Hierbij is rekening gehouden met een aantal conservatieve schattingen van parameters binnen het werkproces, zoals substitutie en efficiency, die de benodigde capaciteit fors neerwaarts bijstellen. Hetzelfde geldt voor de parameter 'sociaal cultureel' die het verouderingsproces van de bevolking bijna halveert qua zorgvraag. Als voor meer extreme parameterwaarden wordt gekozen, zoals in de hoge combinatievariant, blijkt dat de 'plussen' en de 'minnen' elkaar redelijk in evenwicht

houden. Debet aan de stijging van de geraamde instroom ten opzichte van 2008 is de achterblijvende instroom in de opleiding gedurende de afgelopen twee jaren.

Recent onderzoek dat nog niet is te kwantificeren, laat zien dat de parameter 'verticale substitutie' door verpleegkundig specialisten chronische zorg mogelijk een grotere bijdrage kan leveren dan in deze raming wordt ingeschat. Daarom is het essentieel dat de verpleeghuissector investeert in de uitbreiding van de discipline verpleegkundigen niveau 4 en 5 en de (daarop aansluitende) opleidingen tot praktijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist chronische zorg, die kunnen worden ingezet bij substitutie. Verpleegkundigen niveau 4 en 5 zijn echter ook nodig om de toegenomen oneigenlijke activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde weer terug te brengen in het juiste echelon. In de toekomst kan de specialist ouderengeneeskunde door zijn bredere inhoudelijke opleiding namelijk kiezen voor andere werkomgevingen (met andere uitdagingen) dan het verpleeghuis.

Naast bovenstaand advies aan werkgevers en overheid, adviseert het Capaciteitsorgaan aan de overheid de gesubsidieerde jaarlijkse instroom in de opleiding tot verpleegkundig specialist ten behoeve van de chronische zorg in verpleeghuizen specifiek uit te breiden met 36 plaatsen.

## 1. Inleiding

Deze bijlage bij het Capaciteitsplan 2010 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding ‘specialist ouderengeneeskunde’. De bijlage kan los van het integrale Capaciteitsplan worden gelezen.

Het integrale Capaciteitsplan 2010 omvat naast het instroomadvies over het specialisme ouderengeneeskunde ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de sociale geneeskunde, de mondzorg (inclusief de tandartsen en de mondhygiënist), de artsen voor verstandelijk gehandicapten en de klinisch technologische specialismen. Over elk van deze onderwerpen is eveneens een aparte bijlage met alle gegevens en achtergrondinformatie beschikbaar.

### 1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

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

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

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken rond bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, substitutie en nieuwe opleidingen. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, ‘invited expert’ meetings en klankbord sessies.

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



## 1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting in 1999 heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. In 2006 adviseerde de Commissie Linschoten om vanaf 2008 de beroepsgroep van de tandartsen en de mondhygiënistes te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Dit was een logisch advies omdat het Capaciteitsorgaan reeds sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in de betreffende opleidingen.
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.

## 1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor het specialisme ouderengeneeskunde zijn de volgende:

1. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat pas sinds 1990. Het is een van de jongste specialismen in Nederland. De naam 'verpleeghuisarts' is per 15 juli 2009 gewijzigd in 'specialist ouderengeneeskunde'.
2. De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is in 2007 verlengd van 2 naar 3 jaar. De reden hiervoor was de inpassing in het curriculum van de voorheen zelfstandige opleiding sociale geriatrie.
3. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat niet in het buitenland. Instroom van specialisten ouderengeneeskunde uit het buitenland komt dus niet voor.
4. Geneeskundestudenten en basisartsen hebben geen grote affiniteit met het specialisme;
5. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de vervolgopleiding is 35 jaar.

## 1.4 Indeling van deze bijlage

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de specialist ouderengeneeskunde inneemt in het zorgveld. Tegelijkertijd toont dit waar raakvlakken zijn met aanverwante beroepen en hoe afstemming met deze beroepen is geborgd. Hierna worden de verschillende onderdelen van het model van het Capaciteitsorgaan (bijlage 1) per hoofdstuk doorlopen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door het geven van advies over de benodigde instroom in de opleidingen. Daarom staat de geschiedenis van de instroomadviezen steeds vrij vooraan in het Capaciteitsplan. Zo geeft hoofdstuk 3 van dit deelrapport een overzicht van de instroom in de erkende medische vervolgopleiding specialist ouderengeneeskunde tot nu toe. De adviezen van het Capaciteitsorgaan vanaf 2000, de besluiten van het ministerie van VWS vanaf 2006 en de realisatie van instroom in de opleiding vanaf 2000 passeren de revue. Ook wordt de parameter 'verwacht rendement' van de opleiding vastgesteld op basis van resultaten uit het verleden.

Hoofdstuk 4 geeft de raming van de verwachte omvang van de zorgvraag in fte's. Gezien de lange duur van de volledige opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (6 jaar geneeskunde, 3 jaar vervolgopleiding) en de beperkte mogelijkheden tot bijsturing (implementatie van dit advies kan op zijn vroegst geschieden vanaf 2012) wordt de zorgvraag geraamd voor de jaren 2022 en 2028. Er is zoveel mogelijk rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Hierbij geldt 1 januari 2010 als vertrekpunt. De raming kijkt ook naar de eventuele onvervulde vraag die door gebrek aan capaciteit nu niet kan worden beantwoord.

Het aanbod aan beroepsbeoefenaren staat beschreven in hoofdstuk 5. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2022 en 2028 (nog) werkzaam zullen zijn nu al opgeleid. Geschetst wordt hoe de beroepsgroep zich getalsmatig en qua fte's heeft ontwikkeld sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan.

In hoofdstuk 6 komen zorgvraag en zorgaanbod bij elkaar, te weten in het werkproces. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod qua fte's specialist ouderengeneeskunde gemodificeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in patiëntgebonden tijd/ werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakherschikking en/of taakverschuiving.

Een aantal ontwikkelingen is niet te vangen in puntschattingen. Het Capaciteitsorgaan hanteert in dat geval voor de betreffende parameter een minimum en een maximum waarde. Op basis van zorgvraag, zorgaanbod en werkproces wordt een aantal beleidsrijke ramingen opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk 7 beschrijft deze varianten.

Hoofdstuk 8 inventariseert tenslotte de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de belangrijkste varianten. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS.

## 2. Positionering specialist ouderengeneeskunde

### 2.1 Inleiding

De specialist ouderengeneeskunde houdt zich van oudsher bezig met de medische zorg voor bewoners van verpleeghuizen. Vandaar gold vroeger de beroepstitel 'verpleeghuisarts'. Hierbij betrof het 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 verpleeghuizen.

In de loop der jaren heeft het werkgebied zich in een aantal regio's uitgebreid naar satellieten van verpleeghuizen in verzorgingshuizen (verpleegunits), hospices en transferafdelingen van ziekenhuizen. Ook zijn er initiatieven genomen om een consultatieve functie te vervullen in de eerstelijnszorg of zelfs te fungeren als hoofdbehandelaar voor ouderen in de eerste lijn. De beroepsvereniging juicht deze ontwikkelingen toe. De beroepsvereniging Verenso (voorheen NVVA) bepleit in zijn beleidsplan<sup>1</sup> dat de specialist ouderengeneeskunde de doelgroep moet bereiken door complexe zorg te bieden in alle (verblijf)situaties van de doelgroep kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Dit leidt per definitie tot een toenemende behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde.

De toename van het aantal specialisten ouderengeneeskunde heeft voor een ander deel zijn oorzaak in de verbreding van het specialisme. De beëindiging van de zelfstandige opleiding sociale geriatrie en de implementatie van delen van deze opleiding in de (daartoe verlengde) opleiding specialist ouderengeneeskunde doet ook GGZ-instellingen er toe overgaan om specialisten ouderengeneeskunde aan te trekken c.q. op te leiden.

Om te bezien of de verbreding van het vakgebied al zichtbaar is in de praktijk heeft het Capaciteitsorgaan medio 2008 een onderzoek laten uitvoeren onder 350 specialisten ouderengeneeskunde<sup>2</sup>. Resultaten uit dit onderzoek zijn vergeleken met resultaten van soortgelijk onderzoek uit 2004<sup>3</sup>. Het blijkt dat de specialist ouderengeneeskunde nog steeds het grootste deel van zijn patiëntgebonden tijd besteedt aan patiënten in een verpleeghuis of een verpleegunit in een verzorgingshuis. Circa 27% van de patiëntgebonden tijd wordt besteed aan patiënten met een andere woon- of verblijfplaats. Qua tijdsbesteding gaat het dan veelal om het mede-behandelaarschap van patiënten (tabel 1). Vergeleken met 2004 (26%) is deze toename lager dan verwacht. De inzet voor patiënten in een GGZ-instelling is nog steeds klein en vergelijkbaar met de inzet voor patiënten in een ziekenhuis.

<sup>1</sup> NVVA (2007). De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg; beleidsplan 2008-2012.

<sup>2</sup> Prismant (2009). Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriater.

<sup>3</sup> Hoek, F., Muller, M., van der Windt, W., Ribbe, M., van der Vleuten, C. (2006). Werkzaamheden van verpleeghuisartsen buiten het verpleeghuis. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde 2006, 31-1, p. 12-16.

Geconcludeerd mag worden dat de verbreding van het vakgebied tussen 2004 en 2008 nog niet heeft doorgezet.

**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

## 2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De specialist ouderengeneeskunde beweegt zich op een werkkerrein dat overlap kent met 3 andere medische specialismen: de huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg, de internist met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde en de klinische geriater. Hoe de zorgvraag zich over deze 4 specialismen gaat verdelen, is nog onduidelijk. Een inventarisatie van de mogelijke veranderingen is in 2007 opgesteld door het STG/HMF<sup>4</sup> in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Er zijn 4 mogelijke scenario's benoemd. Welk van de vier scenario's uiteindelijk gaat doorzetten, valt niet te zeggen. Een recent door de KNMG ingenomen standpunt (zie 2.3) kan hierin een doorbraak betekenen.

Naast deze disciplines die horizontale substitutiemogelijkheden bieden, kent het specialisme ouderengeneeskunde ook de mogelijkheid tot verticale taaksubstitutie. De verpleegkundig specialist chronische zorg is op bescheiden schaal actief in de verpleeg- en verzorgingshuizen. (In 2010 ongeveer een aantal van 45 inclusief nog niet geregistreerde verpleegkundig specialisten en studenten.) De rol van de verpleegkundig specialist kan variëren tussen medebehandelaar, docent en begeleider van verpleegkundigen/verzorgenden en expert in werkgroepen voor kwaliteitsbeleid en scholing.

Van de 'Physician Assistants (PA's)' zijn voor zover bekend op dit moment minder dan 5 actief in verpleeg- en verzorgingshuizen. Een grotere rol lijkt te zijn weggelegd voor de praktijkverpleegkundigen en de gespecialiseerd verpleegkundigen.

<sup>4</sup> STG/HMF (2007). Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden: Scenariostudie. Leiden: STG/HMF.

### 2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Met betrekking tot de verhoudingen tussen de medische disciplines in de ouderenzorg is inmiddels een standpunt ingenomen door de KNMG<sup>5</sup>. Dit betreft overigens alleen de kwetsbare oudere in de thuissituatie, het verzorgingshuis of de ziekenhuissituatie. In het KNMG-standpunt wordt – voor de thuissituatie – voorgesteld dat de specialist ouderengeneeskunde op een veel grotere schaal dan nu het geval is de huisarts ondersteunt en aanvult in diens (te ontwikkelen) proactieve werkwijze. Voorwaarde hiervoor is dat de specialist ouderengeneeskunde een veel groter aantal patiënten gaat behandelen. In paragraaf 6.4 van dit deelrapport komt dit aan de orde. Verder zal de specialist ouderengeneeskunde in de visie van de KNMG structureel samenwerken met huisartsen die patiëntenzorg leveren in hetzelfde verzorgingshuis. Ziekenhuizen zullen een ‘zorgpad voor kwetsbare ouderen’ moeten ontwikkelen, met een geriatrisch team als een van de kernelementen. De specialist ouderengeneeskunde kan deelnemen aan dit geriatrisch team als consulent vanwege zijn rol in de geriatrische revalidatie. Het ziekenhuis dient binnen het zorgpad in de postacute fase zelf te voorzien in behandeling door een medisch specialist met geriatrische competenties die behandelt vanuit een integrale visie op gezondheid en functiebehoud.

De specialist ouderengeneeskunde heeft ook te maken met een aantal andere disciplines. Een belangrijke verandering gedurende de laatste jaren is dat in de werkomgeving van de specialist ouderengeneeskunde de verpleegkundige niveau 4 en 5 geleidelijk grotendeels zijn verdwenen. In het verpleeghuis werken nu hoofdzakelijk niveau 2 en niveau 3 verzorgenden. Dit leidt ertoe dat de specialist ouderengeneeskunde in zijn beleving regelmatig oneigenlijke activiteiten uitvoert die adequater zouden kunnen worden opgepakt op een ander niveau.

Tegelijkertijd begint de substitutie van activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde door de verpleegkundig specialist chronische zorg aarzelend vorm te krijgen<sup>6</sup>. In potentie biedt substitutie van taken door de nurse practitioner<sup>7</sup>/verpleegkundig specialist chronische zorg de meeste mogelijkheden qua tijdwinst, gevolgd door taakdelegatie aan praktijkverpleegkundigen. Circa de helft van de verpleeghuizen is op dit moment bezig met initiatieven om werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde door middel van substitutie en/ of delegatie uit te laten voeren door andere disciplines. De beroepsvereniging Verenso ondersteunt deze initiatieven. Substitutie en taakdelegatie bieden goede mogelijkheden om het werk van de specialist ouderengeneeskunde inhoudelijk aantrekkelijker te maken. Daarnaast kan het inzetten van verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen de werkdruk van de specialist ouderengeneeskunde verlagen, terwijl de case load toch wordt verhoogd.

<sup>5</sup> KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG standpunt

<sup>6</sup> Prismant (2009). Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het ziekenhuis

<sup>7</sup> In het vervolg van dit advies wordt de nurse practitioner samengevoegd met de verpleegkundig specialist chronische zorg. Met de term verpleegkundig specialist worden voortaan beide bedoeld.

## 3. Opleiding

### 3.1 Inleiding

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde duurt volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten 3 jaar bij het doorlopen in een voltijds dienstverband. Tot 2007 was de opleiding tweejarig. In verband met de integratie van de opleiding sociale geriatrie en verpleeghuisarts is de opleidingsduur daarna met een jaar verlengd. In 2007 zijn overigens nog 38 van de 88 aios als laatsten begonnen met de tweejarige opleiding. De aios worden decentraal geselecteerd door de gecertificeerde opleidingsinstellingen (hoofdzakelijk verpleeghuizen). Vervolgens komen ze in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH). Het cursorisch gedeelte van de opleiding wordt verzorgd door drie opleidingsinstituten: het VuMC in Amsterdam, het LUMC in Leiden en het UMCN in Nijmegen.

### 3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft 6 adviezen over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde uitgebracht. In 2000, 2001, 2003, 2005 en 2008 betrof het een advies in het kader van een integraal Capaciteitsplan. In 2009 is een tussentijds advies uitgebracht over de instroom omdat toen de realisatie van de geadviseerde tijdelijke extra instroom kon worden beoordeeld. Dit om de 'dip' in de aflevering van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde uit de overgangsluchting 2007 te corrigeren.

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

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

### 3.3 Besluiten

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

Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Het Opleidingsfonds, onderdeel van VWS, verstrekt vanaf 2008 subsidies aan instellingen ten behoeve van het opleiden van basisartsen tot medisch specialist. Hierbij maakt de specialist ouderengeneeskunde deel uit van de zogenoemde 2e tranche. De minister heeft in de kabinetsreactie<sup>8</sup> op het Capaciteitsplan 2008 het advies van het Capaciteitsorgaan voor het specialisme ouderengeneeskunde integraal overgenomen. In 2009 en 2010 werd een maximale instroom van 112 aios gesubsidieerd. Het tussentijds advies uit 2009 is in verband met de val van het kabinet formeel nog niet behandeld. Wel is de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde voor 2011 in de 2e tranche van het Opleidingsfonds inmiddels vastgelegd op 102 plaatsen<sup>9</sup>, conform het tussentijds advies van het Capaciteitsorgaan uit 2009.

### 3.4 Realisatie

Tabel 2 toont de adviezen van het Capaciteitsorgaan, de besluiten van de minister, de gerealiseerde instroom van aios in de opleiding en het totale aantal aios sinds 2000.

**Tabel 2: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2000.**

| Jaar: (20..)             | 00  | 01  | 02  | 03  | 04  | 05  | 06  | 07  | 08  | 09  | 10    | 11  |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|
| Advies Capaciteitsorgaan | 90  | 90  | 102 | 102 | 90  | 90  | 96  | 96  | 96  | 112 | 112   | 102 |
| Besluit VWS              | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | 112 | 112   | 102 |
| Instroom aios            | 85  | 84  | 82  | 97  | 99  | 96  | 91  | 88* | 86  | 85  | 74*** |     |
| Totaal aantal aios**     | 164 | 163 | 169 | 188 | 197 | 201 | 200 | 184 | 162 | 184 |       |     |
| Percentage vrouwen       | 75  | 75  | 75  | 73  | 76  | 72  | 66  | 68  | 68  | 79  |       |     |

Bron: HVRC

\* : waarvan 38 aios nog de tweejarige opleiding volgen

\*\* : per 31 december

\*\*\* : Mededeling SBOH november 2010

Bron: Jaarverslagen HVRC, capaciteitsplannen Capaciteitsorgaan, 2010: mededeling SBOH

<sup>8</sup> VWS (28 april 2008). Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2008.

<sup>9</sup> VWS (31 maart 2010). Toewijzingskader 2011: ministerie van VWS, MEVA/NBO-2997404.



Het advies van het Capaciteitsorgaan uit 2001 om de instroom te verhogen kon in 2002 nog niet worden geëffectueerd. De instroom viel zelfs lager uit dan in voorgaande jaren. Redenen voor de vertraging waren enerzijds de afhandeling van de extra erkenningaanvragen van (nieuwe) opleidingsinstellingen en anderzijds de tegenvallende belangstelling van basisartsen voor deze opleiding. Pas vanaf 2003 lukte het om de instroom in de opleiding omhoog te krijgen (naar 97). In de jaren 2004 en 2005 werd een instroom van 99 respectievelijk 96 aios gerealiseerd. Deze instroom was hoger dan het Capaciteitsorgaan adviseerde maar is terug te voeren op de niet gerealiseerde instroom uit 2002. De instroom daalde vanaf 2006 onder het advies van het Capaciteitsorgaan en bleef steeds verder dalen. In 2009 werd 23% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit niet benut. De voorlopige cijfers over 2010 bevestigen deze trend.

Onderzoek onder recent afgestudeerde basisartsen bevestigt dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde niet populair is<sup>10</sup>. Slechts 1,6% uit deze groep geeft het specialisme ouderengeneeskunde aan als eerste voorkeur voor een opleidingsplaats; 2,7% zou voor deze opleiding kiezen als tweede voorkeur. Jaarlijks zoeken ongeveer 2.000 basisartsen een opleidingsplek. Een eerste voorkeur van 1,6% vertaalt zich dan in een instroom van 32 aios. Deze berekening is gebaseerd op de enquête onder recent afgestudeerde basisartsen. Uit gegevens van de HVRC is bekend dat de gemiddelde instroomleeftijd van aios voor het specialisme ouderengeneeskunde ongeveer 35 jaar is. Dit beeld is echter enigszins vertekend. De instroomleeftijd voor vrouwen is al jaren 31 tot 32 jaar. De gemiddelde instroomleeftijd van mannen is inmiddels ruim boven de 40 jaar. Het gaat hierbij vooral om niet-westerse allochtone asielzoekers<sup>11</sup>. Dat betekent dat de recent afgestudeerde basisarts niet de enige 'bron' van instroom is. Waarschijnlijk hebben oudere, al dan niet gespecialiseerde artsen meer affiniteit met dit specialisme.

Een tweede nieuw gegeven in deze tabel is de ontwikkeling van het totale aantal aios. De voortdurende daling van dit aantal, vanaf 31 december 2007, wordt deels veroorzaakt door de daling van de instroom van aios, deels door een toename van het aantal aios dat de opleiding tussentijds afbreekt. Het aantal aios wordt per 31 december 2009 voor het eerst beïnvloed door de verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar. Van het cohort dat in 2007 begon, hebben immers 50 aios gekozen voor de 3 jarige opleiding. Dit maskeert voor een gedeelte de effecten van een toename in het tussentijds afbreken van de opleiding.

Op basis van deze gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** veranderd van **96** (in het Capaciteitsplan 2008) naar **85**. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** wordt veranderd van **96** in **74**. De parameter **% vrouwen** wordt gehandhaafd op **75%**.

<sup>10</sup> Prismant (2009). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen.

<sup>11</sup> Persoonlijke mededeling J.F.Hoek



### 3-5 Intern rendement

Uit tabel 2 valt af te leiden dat er (naast een lagere instroom van aios) ook sprake moet zijn van een verandering in het aantal aios dat tussentijds uitvalt. Deze tussentijdse uitval tijdens de opleiding wordt verwerkt in het interne rendement. Dit bestaat uit het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Omdat het geruime tijd kan duren voordat een cohort aios de opleiding volledig heeft doorlopen (met name vanwege het scriptiegedeelte), is een ruwe maar actuelere benadering van dit interne rendement de volgende. Gekeken wordt naar het aantal aios dat de opleiding in een jaar voortijdig afbreekt ten opzichte van het totale aantal aios dat gedurende dat jaar in opleiding was (totaal aantal aios per 31 december van elk jaar plus aantal uitgevallen aios gedurende het jaar). Dit percentage uitvallers voor elk jaar wordt vervolgens vermenigvuldigd met de opleidingsduur (in jaren). Het interne rendement is dan 100% minus het zo berekende percentage uitvallers. Het aantal aios dat de opleiding op enig moment voortijdig afbreekt is opgevraagd bij de HVRC en wordt getoond in tabel 3.

**Tabel 3: Afbreken van de opleiding in relatie tot opleidingscapaciteit**

| Jaar: (zo..)             | 00   | 01   | 02   | 03   | 04   | 05   | 06   | 07   | 08   | 09     | 10   |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|
| Aantal aios dat afbreekt | 15   | 13   | 12   | 9    | 12   | 16   | 11   | 15   | 14   | 24     | 14** |
| Totaal aantal aios*      | 164  | 163  | 169  | 188  | 197  | 201  | 200  | 184  | 162  | 184    | -    |
| % afbrekers cfm. tekst   | 8,4% | 7,4% | 6,6% | 4,6% | 5,7% | 7,4% | 5,2% | 7,5% | 8,0% | 11,5 % | -    |

\* : per 31 december van het jaar

\*\* : mededeling SBOH november 2010

Bron: HVRC

Het absolute aantal aios dat de opleiding tussentijds afbreekt, lijkt te schommelen vanaf 2000, met een dip in 2003 en een piek in 2009. In elk geval is het percentage uitvallers, gemeten ten opzichte van het totaal aantal aios, in de periode 2007 t/m 2009 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 potentieel geschikte aios. De doelstellingen qua instroom zijn niet gerealiseerd. Mogelijk zijn vooral in de afgelopen jaren op deze soms zeer krappe wervingsmarkt aios aangenomen, waarvan tijdens de opleiding bleek dat ze niet of minder geschikt waren<sup>12</sup>. Op basis van deze cijfers lijkt het aannemelijk dat het percentage aios dat de opleiding vroegtijdig afbreekt, de komende jaren zal blijven toenemen.

<sup>12</sup> Hoek J.F. (2006). Vroeg gestruikeld. Hoge uitval bij allochtone aios in de opleiding tot verpleeghuisarts. Medisch Contact 60, p. 1208-1211.

Door de verlenging van de opleiding met een jaar stijgt daarnaast het percentage afbrekers per cohort aios in elk geval door autonome factoren als ziekte en arbeidsongeschiktheid. Indien de uitvalpercentages over de periode 2007 t/m 2009 worden gemiddeld komt de gemiddelde jaarlijkse uitval op 9,1% van het totale aantal aios.

### 3.6 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 toekomstig evenwicht tussen vraag en aanbod. Naast de te lage instroom van aios is er ook sprake van een stijging van het percentage aios dat de opleiding tussentijds afbreekt. Tenslotte leidt de verlenging van de opleidingsduur met een jaar ook tot een autonome verandering in het interne rendement.

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

**Tabel 4: Parameterwaarden opleiding**

| Onderwerp                                | Capaciteitsplan 2008 | Capaciteitsplan 2010 |
|--|----------------------|----------------------|
| <b>Instroom gemiddeld laatste 3 jaar</b> | <b>96</b>            | <b>85</b>            |
| <b>Instroom opleiding laatste jaar</b>   | <b>96</b>            | <b>74</b>            |
| Percentage vrouwen in opleiding          | 75 %                 | 75 %                 |
| Opleidingsduur                           | 3 jaar               | 3 jaar               |
| <b>Intern rendement</b>                  | <b>90 %</b>          | <b>80 %</b>          |

## 4. Zorgvraag

### 4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat het ramen van de verwachte zorgvraag voorop. 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 komen uit de registraties van verpleeghuizen. Die nemen nog steeds het grootste gedeelte (75%) van de zorgvraag naar de specialist ouderengeneeskunde voor hun rekening. Deze gegevens vormen de basis van de zorgvraag en worden voortdurend door het Capaciteitsorgaan gemonitord en aangepast. De op deze manier gecorrigeerde zorgvraag wordt dan geprojecteerd op de toekomst met standaard aanpassingen voor demografische invloeden. In de meeste scenario's gelden ook sociaal culturele en epidemiologische parameters die invloed kunnen hebben op de zorgvraag (bijlage 1).

### 4.2 Demografie

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 parameters (zie verder). In dit advies wordt voor de demografische ontwikkeling de zorgconsumptie gekoppeld aan de middenvariant van de CBS bevolkingsprognose die is uitgebracht in het eerste kwartaal van 2009. Voor het Capaciteitsplan 2008 gold een koppeling met de middenvariant uit de bevolkingsprognose van het eerste kwartaal van 2007.

In vergelijking met de bevolkingsprognose van het CBS uit 2007 neemt de bevolkingsomvang iets sneller toe dan verwacht. De gestegen immigratie levert de belangrijkste bijdrage aan deze toename. De levensverwachting blijft echter ook toenemen, ten opzichte van 2007 met + 1,7 jaar voor mannen en + 1,4 jaar voor vrouwen<sup>13</sup>. 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 van inwoners ouder dan 80 jaar toeneemt. De verwachting van het CBS over de ontwikkeling van het aantal inwoners boven de 75 jaar tussen 2007 en 2022 is een toename van 35%, oftewel 2,3% per jaar.

De toename van de levensverwachting levert gedurende de eerstkomende jaren voor de zorgvraag een relatieve daling op. Doordat in deze periode het zorgintensieve laatste levensjaar voor relatief minder mensen aanbreekt dan op basis van eerdere gegevens werd verwacht, is de zorgvraag iets lager dan verwacht. Omdat de raming zich echter uitstrekt over een lange periode is in het Capaciteitsplan 2010 géén rekening gehouden is met deze kortdurende tussentijdse afname.

<sup>13</sup> RIVM (2010). Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010.

Op basis van de nieuwe gegevens van het CBS is de parameter **demografie** aangepast naar **+ 2,3% per jaar**. Dat is 0,1% hoger dan in het Capaciteitsplan 2008.

#### 4.3 Epidemiologie

In de literatuur zijn een aantal tegengestelde ontwikkelingen gesignaleerd. 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 blijken, doen dit effect teniet. In het Capaciteitsplan 2008 is gewezen op de toename van drankmisbruik onder ouderen en jongeren. Hierdoor kan het aantal Korsakow-patiënten fors toenemen. De uitkomsten van de studies waren echter niet eensluidend. Ook buiten de RIVM-studie is er sinds het vorige Capaciteitsplan geen nieuwe literatuur verschenen. De parameter **epidemiologie** blijft daarom gehandhaafd op **0,0% tot + 0,2% per jaar**.

#### 4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen

Voor dit onderwerp verwijst het Capaciteitsplan 2008 naar studies van het SCP<sup>14</sup> en FELICE<sup>15</sup>. Beide studies beargumenteren dat een aanzienlijk deel van de vraag, zoals die louter op grond van de veroudering van de bevolking wordt voorspeld, niet tot uitdrukking zal komen. De studies stellen dat deze onderconsumptie momenteel ook al optreedt en vooral geldt voor ouderen met een hoger opleidingsniveau. Omdat het opleidingsniveau van de toekomstige ouderen – en ook hun inkomen en hun vermogen – hoger zal zijn, is het aannemelijk dat deze onderconsumptie toeneemt<sup>16</sup>.

Daarnaast wordt de zorgconsumptie ook beïnvloed door de huishoudensituatie. De FELICE studie voorspelt dat het aantal ouderen zonder partner en/of kinderen zal afnemen. Hierdoor kan een groter beroep worden gedaan op informele zorg. Dit geldt in het bijzonder voor mannen. Er komen weliswaar meer oudere mannen maar naar verhouding zijn dat minder vaak alleenstaande mannen. De kans voor een oudere man om te worden opgenomen 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.

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

<sup>14</sup> SCP (2004). Verpleging en verzorging verklaard.

<sup>15</sup> FELICE (2006). Future Elderly Living Conditions In Europe.

<sup>16</sup> Vulto, M., Koot, J. (2007). Medische ouderenzorg in de toekomst: anticiperen op ziekte en welbevinden.

<sup>17</sup> Wong, A., Kommer, G.J., Polder, J.J. (2009). Levensloop en zorgkosten: Zorg voor euro's – 7. RIVM.

huishoudensituatie is hierbij cruciaal, conform de studie van FELICE. 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 studie van FELICE die een neerwaartse bijstelling van de kostenontwikkeling noemde in de orde van grootte van 20%. Voor het Capaciteitsplan 2010 is de parameter  **sociaal cultureel**  veranderd naar  **- 1,0% tot - 1,5% per jaar** . Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2008 is het 'lage' percentage aangepast en is de range gehalveerd.

#### 4.5 Onvervulde zorgvraag

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

Het Capaciteitsorgaan laat daarom regelmatig vacatureonderzoeken uitvoeren. Hierbij worden de hoofden van de medische diensten van verpleeghuizen geënquêteerd. Er vindt vervolgens correctie plaats voor non-respons. Het aantal vacatures dat op deze wijze is berekend, bedroeg in 2001, 2004, 2007 en 2010<sup>18</sup> respectievelijk 118, 91, 74 en 140. Het aantal vacatures is tussen 2007 en 2010 fors toegenomen en ligt momenteel hoger dan in 2001. Dat geldt ook voor het aantal vacatures onder aios specialist ouderengeneeskunde (2001: 40; 2010: 57). Het aantal vacatures voor 'overige artsen' bedroeg in 2001 18 en in 2010 17. Uitgedrukt als percentage van het totaal aantal (in een verpleeghuissetting werkzame) specialisten ouderengeneeskunde bedroeg het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde in 2010 11,8%. Deze resultaten wijzen in de richting van een (te) groot verschil tussen vraag naar en aanbod van specialisten ouderengeneeskunde.

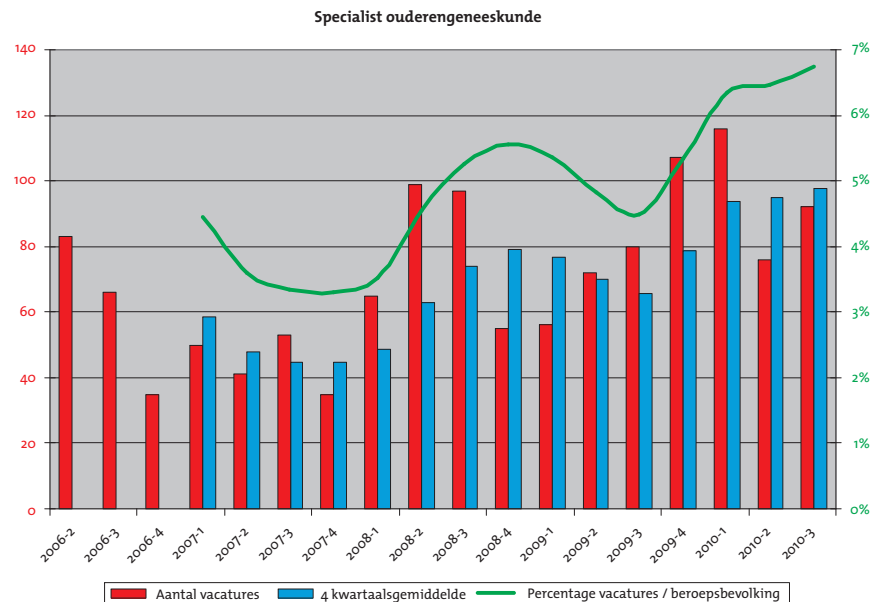
Dit signaal wordt bevestigd vanuit een andere bron, de Arbeidsmarktmonitor. Figuur 1 toont in de rode staven de aantallen vacatures voor specialist ouderengeneeskunde uit de Arbeidsmarktmonitor in Medisch Contact. De blauwe staven geven het gemiddelde van de laatste vier kwartalen aan (vacaturegraad) en corrigeren daarmee voor seizoensgebonden variaties in de vacatures. In de groene lijn is de vacaturegraad uitgedrukt als percentage van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde.

Te zien is dat het aantal vacatures sinds de start van de registratie in 2006 een onregelmatige ontwikkeling doormaakt. In het voortschrijdend gemiddelde (blauwe staven) is deze ontwikkeling beter te zien als een golfbeweging, met een eerste piek in

<sup>18</sup> Vacatureonderzoek 2010 (2010). Prismant.

het jaar 2008. In het Capaciteitsplan 2008 is voorspeld dat het aantal vacatures eind 2008, begin 2009 duidelijk zou zakken onder de 74. De reden voor de verwachte (en gerealiseerde) daling van het aantal vacatures is het gegeven dat het Capaciteitsorgaan de instroom van aios in 2005 heeft verhoogd (bovenop de 78 die nodig waren voor evenwicht in 2016) om de openstaande vacatures (in 2004 nog 91) sneller weg te werken. Te zien is dat de daling van het aantal vacatures in 2009 niet verder doorzet in verband met het 'uitsmeren' van het opleidingscohort 2007 over de jaren 2009 en 2010. Pas vanaf 2011 zal de uitstroom uit de opleiding weer op een 'normaal' niveau komen. Dit betekent dat het aantal vacatures in 2010 zal blijven toenemen door de 'dip' in de aflevering van de opleiding.

**Figuur 1: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures voor specialist ouderengeneeskunde sinds 2006**



Bron: Arbeidsmarktmonitor, Medisch Contact

In het derde kwartaal van 2010 bedroeg het voortschrijdend percentage vacatures ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde 6,7%. Zoals eerder aangegeven bedraagt het percentage vacatures dat Prismant in zijn vacatureonderzoek in 2010 signaleerde, 11,8%. Hierbij moet worden aangetekend 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 7,5 %. Het verschil tussen de 7,5 % vacatures uit de Arbeidsmarktmonitor en de 11,8% vacatures uit de enquête onder hoofden medische dienst is te verklaren uit vacatures die niet extern worden gepubliceerd.

Bij een redelijk evenwicht op de arbeidsmarkt is 2 tot 3% vacatures (afgezet tegen het totaal aan bezette arbeidsplaatsen) gebruikelijk. Het gaat hierbij om vervanging van de uitstroom op basis van leeftijd en mutaties vanwege wisseling van werkplek. Het huidige percentage openstaande vacatures (ruim 8% meer dan wenselijk) duidt op een forse spanning op de arbeidsmarkt voor specialisten ouderengeneeskunde. Er is wel een daling van het absolute aantal vacatures in het tweede en derde kwartaal van 2010. Die wordt mogelijk veroorzaakt door werkgevers die om pragmatische redenen adverteren voor basisartsen in plaats van specialisten ouderengeneeskunde. Dit blijkt echter niet uit het onderzoek van Prismant. Er bestaat op zijn minst onduidelijkheid over de gesignaleerde daling in het tweede kwartaal van 2010.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **onvervulde vraag** geschat op **+ 5% tot + 10% eenmalig**. De + 5% onvervulde vraag bestaat uit de 7% vacatures uit de Arbeidsmarktmonitor minus de 2% reguliere vacatures. De 10% onvervulde vraag bestaat uit de 12% vacatures uit het Prismant onderzoek minus de 2% reguliere vacatures. De percentages voor de parameter onvervulde vraag van + 5% en + 10% zijn 3% respectievelijk 6% hoger dan de percentages die zijn gebruikt in het Capaciteitsplan 2008.

#### 4.6 Conclusie zorgvraag

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

Tabel 5: Parameterwaarden zorgvraag

| Onderwerp         | Capaciteitsplan 2008 | Capaciteitsplan 2010 |
|-------------------|----------------------|----------------------|
| Demografie        | + 2,2 %              | + 2,3 %              |
| Sociaal cultureel | - 0,5 % tot - 1,5 %  | - 1,0 % tot - 1,5 %  |
| Epidemiologie     | 0,0 % tot + 0,2 %    | 0,0 % tot + 0,2 %    |
| Onvervulde vraag  | + 2,0 % tot + 4,0 %  | + 5,0 % tot + 10,0 % |

## 5. Zorgaanbod

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de huidige beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde beschreven. Op basis van deze samenstelling en andere beschikbare gegevens is een verwachting uit te spreken over het verloop van de capaciteit in de komende 18 jaren. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van een daartoe ingestelde register. Het register verpleeghuisgeneeskunde is in 1990 opengesteld door de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC). Andere gegevens die een indicatie geven over bijvoorbeeld het percentage werkende specialisten of de verwachte stopleeftijd, zijn verzameld door enquêtering.

### 5.2 Omvang beroepsgroep

#### 5.2.1 Aantal geregistreerd

In tabel 6 is te zien dat het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2000 1.007 bedroeg en per 1 januari 2010 1.475<sup>19</sup>. Dit is een groei van 468 specialisten ten opzichte van 2000 oftewel 46% in 10 jaar. De groeipercentages fluctueren over de jaren door schommelingen in de in- en uitstroom van geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde (zie 5.4 en 5.5).

**Tabel 6: Aantal en geslacht geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari**

| Jaar: (20..) | 00    | 01    | 02    | 03    | 04    | 05    | 06    | 07    | 08    | 09    | 10    |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Aantal       | 1.007 | 1.054 | 1.120 | 1.161 | 1.227 | 1.256 | 1.275 | 1.325 | 1.395 | 1.447 | 1.475 |
| Index 2000   | 100   | 104,7 | 111,1 | 115,3 | 121,8 | 124,7 | 126,6 | 131,6 | 138,5 | 143,7 | 146,5 |
| % vrouwen    | 50 %  | 53 %  | 54 %  | 56 %  | 57 %  | 59 %  | 60 %  | 60 %  | 60 %  | 61 %  | 61 %  |

Bron: HVRC

Het lijkt erop dat het percentage vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde blijft toenemen. Dit echter in een langzamer tempo dan in het begin van deze decade. De instroom van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde bestond in 2009 overigens voor 79% uit vrouwen. Voor de raming is uitgegaan van **1.475** voor de parameter **geregistreerde** specialisten en van **61%** voor de parameter **% vrouwen** onder de specialisten ouderengeneeskunde.

<sup>19</sup> De HVRC heeft de cijfers van het aantal geregistreerde verpleeghuisartsen weer per 31 december van enig jaar. In navolging van andere bijlagen en in aansluiting bij cijfers van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde, worden de cijfers van de HVRC hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden gebruikt.



### 5.2.2 Sociale geriatrie

In 2008 waren er ongeveer 80 geregistreerde sociaal geriateren werkzaam. Daarnaast beoefenden nog eens 70 artsen dit vak zonder registratie<sup>20</sup>. In 2009 waren er ongeveer 90 geregistreerde sociaal geriateren<sup>21</sup>. 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 geriateren op termijn, wanneer zij uittreden, worden vervangen door specialisten ouderengeneeskunde. In dit advies wordt uitgegaan van 75 werkzame sociaal geriateren die op termijn moeten worden vervangen. Dit verhoogt de capaciteit van werkzame specialisten ouderengeneeskunde met **61 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 is geen rekening gehouden met deze extra fte's.

### 5.2.3 Aantal werkzaam

Het aantal werkzame geregistreerde artsen is altijd 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, overlijden of instroom in een ander beroep (bijvoorbeeld een ander specialisme of een managementfunctie). De titel specialist ouderengeneeskunde is geen statisch gegeven maar is omgeven met tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te mogen blijven voeren. Sinds 1995 vindt herregistratie plaats, waardoor het aantal specialisten dat bijvoorbeeld is gestopt met de uitoefening van hun beroep wordt beperkt tot diegenen die in de afgelopen 1 tot (maximaal) 4,9 jaar niet zijn geherregistreerd.

Prismant heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan drie keer onderzoek gedaan naar het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde<sup>22</sup>, voor het laatst in 2007. Voor de raming 2010 is Prismant overgestapt op analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. In tabel 7 zijn de zo berekende waarden voor het percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde weergegeven. Hierbij geldt de aantekening dat de meetmomenten iets verschillen. Het SSB meet per 1 september van het voorgaande jaar, de HVRC meet per 31 december van het voorgaande jaar.

<sup>20</sup> Nota takenpakket verpleeghuisarts/ Sociaal geriater.

<sup>21</sup> Mondelinge mededeling NVSG.

<sup>22</sup> Prismant (2005). Vraag en aanbod van verpleeghuisartsen. Raming tot 2022 en de hiervoor gebruikte bronnen (2007). Niet gepubliceerd onderzoek.

Tabel 7: Percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari

| Jaar: (20..) | 00   | 01   | 02   | 03   | 04   | 05   | 06   | 07   | 08   | 09 | 10 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|----|
| % werkzaam   | 90,8 | 92,6 | 92,8 | 95,7 | 93,2 | 93,5 | 92,4 | 93,2 | 90,9 | -  | -  |

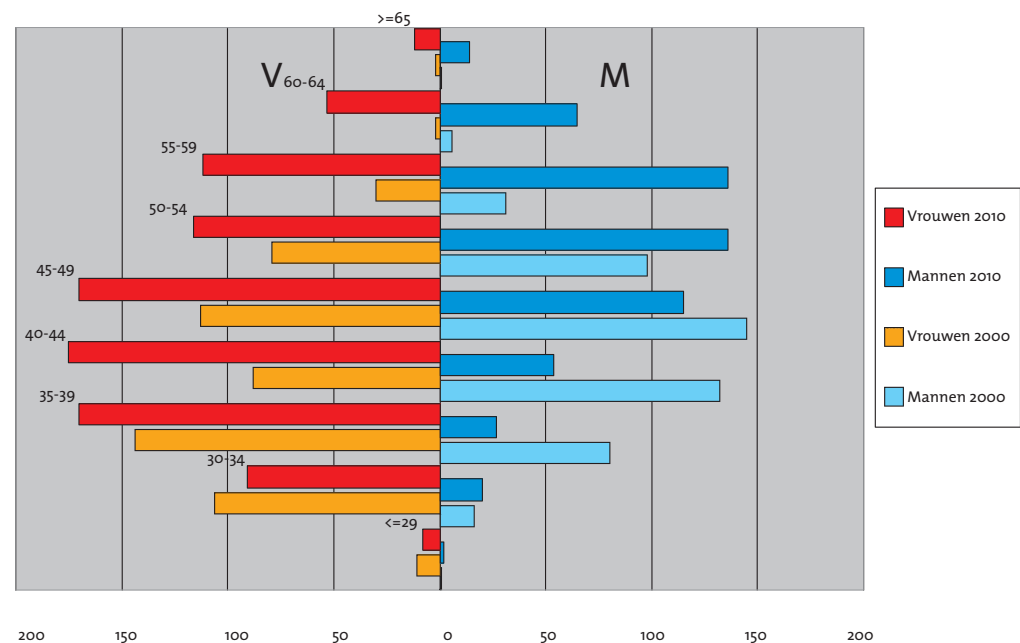
Bron: SSB/CBS en jaarverslagen HVRC

Op basis van het gemiddelde van deze waarden wordt de parameter **percentage werkzaam** gesteld op **92,8%**.

#### 5.2.4 Leeftijdsverdeling

De beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde is gemiddeld vrij jong. Het aandeel specialisten ouderengeneeskunde van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 44% van het totale aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. Dit is in lijn met het gegeven dat de erkenning van het specialisme (net als klinische geriatrie en klinische genetica) vrij recent is. Een lage gemiddelde leeftijd heeft voor de raming als consequentie dat er gemiddeld minder uitstroom om leeftijdsredenen zal zijn. In figuur 2 wordt de leeftijd- en geslachtsindeling van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde op 1 januari 2000 en 1 januari 2010 vergeleken.

Figuur 2: Leeftijd en geslachtsopbouw specialisten ouderengeneeskunde; 1 januari 2000 en 1 januari 2010



Bron: HVRC

Uit deze figuur blijkt dat de beroepsgroep in omvang is toegenomen en dat vooral de leeftijdscategorieën tussen de 30 en 50 jaar daaraan een bijdrage leveren. Zoals al bleek in tabel 6, is met name het aantal vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde aan het toenemen. De instroom van mannelijke specialisten

ouderengeneeskunde lijkt terug te lopen. Op basis van een dynamische analyses van dit soort gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden berekend. In de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk staan de resultaten van deze analyse.

### 5.3 Omvang dienstverband

Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van de gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek uit 2009. Dit onderzoek betrof 351 specialisten ouderengeneeskunde, waarvan 135 man en 216 vrouw waren. De gegevens over de omvang van het dienstverband zijn ingevuld door 124 mannen en 203 vrouwen. 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 voor vrouwen, 0,87 voor mannen en 0,76 fte gemiddeld.

De gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek van 2009 zijn vergeleken met de gegevens over alle specialisten ouderengeneeskunde uit het SSB-bestand van het CBS. In dit bestand zijn alle specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in de sector Zorg en Welzijn, geregistreerd op deeltijdfactor over de periode 2001 t/m 2007. In tabel 8 zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven.

**Tabel 8: Deeltijdfactor van specialisten ouderengeneeskunde per jaar**

|                        | Jaar: (20..) | 01  | 02  | 03  | 04  | 05  | 06  | 07  |
|------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Deeltijdfactor mannen  |              | 96% | 94% | 94% | 94% | 94% | 91% | 91% |
| Deeltijdfactor vrouwen |              | 78% | 78% | 77% | 76% | 77% | 74% | 74% |
| Deeltijdfactor totaal  |              | 86% | 85% | 84% | 84% | 84% | 81% | 81% |

Bron: SSB/CBS bestand

De tabel laat zien dat de deeltijdfactor van de specialisten ouderengeneeskunde zowel bij de mannen als de vrouwen in de periode waarover gegevens beschikbaar zijn, langzaam daalt. In grote lijnen zijn de resultaten uit het tijdsbestedingsonderzoek 2009 en het SSB-bestand 2001 t/m 2007 gelijk. Op basis van het SSB-bestand bedraagt de parameter **gemiddeld fte** voor **mannen 0,91** en voor **vrouwen 0,74**.

### 5.4 Instroom in het vak

Instroom als specialist ouderengeneeskunde is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de vervolgopleiding of een deel daarvan. Het enige alternatief, instroom uit het buitenland, is onmogelijk omdat het specialisme in het buitenland niet bestaat. De nieuwe inschrijvingen in het register

van specialist ouderengeneeskunde sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 9. In 2000 is een opvallend aantal van 92 specialisten ingeschreven, waarvan echter 21 in het kader van een opleiding op basis van de Tijdelijke Bijzondere Erkenningsregeling.

**Tabel 9: Aantal nieuwe inschrijvingen specialist ouderengeneeskunde in het HVRC register per kalenderjaar**

| Jaar: (20..)   | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Inschrijvingen | 92 | 68 | 56 | 71 | 54 | 82 | 81 | 80 | 80 | 49 | -  |

Bron: Jaarverslagen HVRC

Vanaf 2005 tot 2008 is het aantal specialisten ouderengeneeskunde dat voor het eerst in het HVRC register werd ingeschreven, constant gebleven. In 2009 is een forse daling van de nieuwe inschrijvingen te zien. Deze daling is in hoofdzaak terug te voeren op de verlenging van de opleiding van 2 naar 3 jaar die met het Kaderbesluit per 2007 van kracht werd voor het grootste gedeelte van de aios die dat jaar met de opleiding begonnen. In 2007 zijn 38 aios gestart met de tweejarige opleiding en 50 met de driejarige opleiding. Het verschil tussen de 38 aios die zijn gestart en de 49 specialisten ouderengeneeskunde die in 2009 zijn geregistreerd is de resultante van tussentijdse uitval, verkorte opleidingstrajecten en verlengde opleidingstrajecten.

## 5.5 Uitstroom uit het vak

De uitschrijvingen uit het register van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 10.

**Tabel 10: Aantal uitschrijvingen uit register HVRC per kalenderjaar**

| Jaar: (20..)    | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Uitschrijvingen | 45 | 8  | 14 | 18 | 29 | 81 | 28 | 22 | 22 | 23 |

Bron: Jaarverslagen HVRC

Uitschrijving geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt (sinds 1995) elke 5 jaar door de specialist ouderengeneeskunde aangevraagd bij de HVRC. Om in aanmerking te komen voor herregistratie bedraagt de minimumomvang van de werkzaamheden 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 moeten zij ten minste 40 uur per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering en fungeren als hoofdbehandelaar voor 25 patiënten. Deze laatste bepalingen zijn in 2002 van kracht geworden met een bijbehorende overgangsregeling.

De piek in de uitschrijvingen in 2000, vijf jaar na de start van de eerste herregistratie, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een 'opschoning' onder specialisten ouderengeneeskunde die in 1995 nog wel zijn geherregistreerd. De tabel laat ook een grote piek in de uitstroom zien in 2005. Hoogstwaarschijnlijk is deze tweede piek niet veroorzaakt door de derde herregistratie van specialisten ouderengeneeskunde maar door het aflopen van de geclausuleerde registratie voor specialisten ouderengeneeskunde tot 1 maart 2005 die in het kader van de eerder genoemde 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 6).

Bij het opstellen van 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 vóór 2005, met een geleidelijke maar beperkte toename van de uitstroom.

Verder is in het Capaciteitsplan 2008 gebruik gemaakt van leeftijdsspecifieke vertrekkansen die waren berekend op basis van uitstroomgegevens over de periode 2001-2005. In paragraaf 5.5 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. In opdracht van het Capaciteitsorgaan is de jaarlijkse vertrekkans naar leeftijd en geslacht opnieuw berekend met gebruikmaking van de gegevens van de HVRC over de periode 2001 tot en met 2008. Tabel 11 geeft het resultaat hiervan weer.

**Tabel 11: Jaarlijkse vertrekkans specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht in %.**

| Jaar       | Capaciteitsplan 2008 |         | Capaciteitsplan 2010 |         |
|------------|----------------------|---------|----------------------|---------|
|            | 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 vertrekansen in bijna elke leeftijdscategorie zijn gedaald ten opzichte van 2008. Voor een deel wordt dit veroorzaakt door een uitmiddeling van de grote piek in het vertrek in het jaar 2005. Voor een ander deel is de oorzaak wellicht de reeds ingezette versoeringen in de arbeidsvoorwaarden met betrekking tot mogelijkheden voor vervroegd pensioen.

De vertrekans is bij vrouwen iets hoger dan bij mannen. Dit heeft te maken met het feit dat vrouwen gemiddeld minder lang doorwerken. Uit de tabel blijkt ook dat de mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 35-39 jaar iets hoger scoren in vertrekansen dan de omringende leeftijdscategorieën. Bij de vrouwen kan dit te maken hebben met zich wijzigende gezinsomstandigheden. Bij mannen en vrouwen zijn er misschien ook andere loopbaanmogelijkheden die zich voordoen in die leeftijdsklasse. Prismant heeft in 2007 onderzoek verricht onder specialisten ouderengeneeskunde die gestopt waren<sup>23</sup>. 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 uitoefenen.

De vertrekansen in de oudere leeftijdscategorieën zijn het meest gedaald ten opzichte van 2008. Deze dalingen zijn door het grote aantal artsen in deze leeftijdscategorieën ook het betrouwbaarste gegeven uit de tabel. Omdat de specialist ouderengeneeskunde relatief laat instroomt in zijn specialisme, weegt de invloed van een lagere vertrekans op latere leeftijd zwaarder dan bij een ander specialisme.

In dit advies wordt geen rekening gehouden met de veronderstelling van het PGGM dat de gemiddelde (pre)pensioenleeftijd met gemiddeld 1 à 2 jaar gaat toenemen tengevolge van versoeringen in de prepensioenvoorzieningen en een geleidelijke toename van de pensioenleeftijd. Daardoor wordt de vertrekans in de twee hoogste leeftijdscategorieën op termijn waarschijnlijk nog verder verlaagd.

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

## 5.6 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2010 bedraagt het percentage vrouwen onder de 1.475 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde 61%. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 79% van

<sup>23</sup> Prismant (2007). Notitie voor Capaciteitsorgaan. De parameters voor de opleiding voor verpleeghuisartsen geëvalueerd.

de huidige 184 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename van het percentage vrouwelijke aios wordt niet meer verwacht. De geregistreeerde beroepsgroep zal door de instroom van vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde 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 **0,74 fte** werkten en mannelijke specialisten ouderengeneeskunde **0,91 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,81 fte**. In het Capaciteitsplan 2008 waren de fte parameters respectievelijk 0,68 fte, 0,87 fte en 0,76 fte. In dit advies worden de 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 advies is rekening gehouden met een ontwikkeling van het aantal fte van **0,0%**.

Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde in 2010 wordt door Prismant geschat op 1.369. Als we ervan uit mogen gaan dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreeerde vrouwen en mannen, beschikt de beroepsgroep over **1.120 fte** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2008 werd nog uitgegaan van 981 fte.

In tabel 12 worden de parameterwaarden die in deze raming voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met het Capaciteitsplan 2008.

**Tabel 12: Parameterwaarden zorgaanbod**

| Onderwerp                     | Capaciteitsplan 2008  | Capaciteitsplan 2010  |
|-------------------------------|---|---|
| <b>Werkzame specialisten</b>  | <b>1.295</b>  | <b>1.369</b>  |
| <b>Aantal fte 's</b>          | <b>981</b>  | <b>1.120</b>  |
| <b>Gemiddelde fte man</b>     | <b>0,87</b>   | <b>0,91</b>   |
| <b>Gemiddelde fte vrouw</b>   | <b>0,68</b>   | <b>0,74</b>   |
| % werkzame vrouwen            | <b>59 %</b>   | <b>61 %</b>   |
| <b>Arbeidstijdverandering</b> | 0 %   | 0 %   |
| <b>Uitstroom tot 2013</b>     | <b>18 %</b>   | <b>14 %</b>   |
| <b>Uitstroom tot 2018</b>     | <b>39 %</b>   | <b>31 %</b>   |
| <b>Uitstroom tot 2023</b>     | <b>58 %</b>   | <b>49 %</b>   |
| <b>Uitstroom tot 2028</b>     | <b>74 %</b>   | <b>64 %</b>   |
| Extern rendement              | 98% na 1 jaar<br>95 % na 5 jaar<br>90 % na 10 jaar<br>85 % na 15 jaar | 98% na 1 jaar<br>95 % na 5 jaar<br>90 % na 10 jaar<br>85 % na 15 jaar |
| Instroom buitenland           | 0   | 0   |

## 6. Werkproces

### 6.1 Inleiding

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

### 6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De inzet van techniek in de care zal een grotere vlucht gaan nemen door het voorspelde tekort aan verzorgend en verplegend personeel<sup>24</sup>, vooral op de niveaus 3 en 4. Voor de specialist ouderengeneeskunde heeft dit waarschijnlijk geen grote betekenis. De nieuwe technieken zullen in eerste instantie worden ingezet om de verpleging en verzorging te ontlasten. Nieuwe technieken kunnen wel een rol gaan spelen in de 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 kan worden genoemd, is de observatie dat de specialist ouderengeneeskunde zelf meldt dat hij of zij bij gebrek aan verpleegkundigen niveau 4 en 5 wordt ingezet voor oneigenlijke werkzaamheden.

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

### 6.3 Patiëntgebonden en niet patiëntgebonden tijd

Sinds 1983 wordt al onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van de specialist ouderengeneeskunde. In 1983 bedroeg het percentage patiëntgebonden tijd 62%. In 1992 was ditzelfde percentage gestegen naar 65% en in 2004 naar 71%.

<sup>24</sup> Regiomarge 2008 Prismant.



Onderzoek dat Prismant in 2009 heeft uitgevoerd, wijst erop dat de verhouding tussen patiëntgebonden tijd en niet- patiëntgebonden tijd (onveranderd) is blijven steken op 70%. Bij de mannelijke specialist ouderengeneeskunde is dit percentage 64%, bij de vrouwelijke specialist ouderengeneeskunde 74%. Er zijn dus geen aanwijzingen dat het percentage patiëntgebonden tijd ten opzichte van 2008 verder is toegenomen.

#### 6.4 Efficiency

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. Een ander voorbeeld is een toename van de reistijd van de specialist ouderengeneeskunde tengevolge van het (extramuraliserings-)beleid van de instellingen.

Factoren die de efficiency verhogen zijn bijvoorbeeld het uitzuiveren van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen en effectievere patiëntenlogistiek. Wat betreft de patiëntenlogistiek heeft Prismant in 2008 onderzoek gedaan. In tabel 13 wordt het gemiddelde aantal per week behandelde patiënten in 2004 en 2008 per specialist ouderengeneeskunde uitgezet voor de behandelvorm tegen de woon-/verblijfplaats van de patiënt.

**Tabel 13: Aantal patiënten per week per fte specialist ouderengeneeskunde naar woon/ verblijfplaats, gecorrigeerd voor verschil in behandeluren**

| Woon/ verblijfplaats patiënt                  | Hoofdbehandelaar |             | Medebehandelaar/<br>consulent |             | Totaal      |             |
|---|------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
|   | 2004             | 2008        | 2004                          | 2008        | 2004        | 2008        |
| Verpleeghuis/ verpleegunit<br>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,<br>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         |
| <b>Totaal</b>                                 | <b>46,5</b>      | <b>53,4</b> | <b>16,4</b>                   | <b>23,2</b> | <b>62,9</b> | <b>76,6</b> |

Bron: Prismant

Een aantal zaken valt op in de vergelijking van 2004 en 2008. 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 zelfstandig woont. Met betrekking tot de situatie in 2008 is de ranglijst anders voor de tijdsbesteding per patiëntencategorie (tabel 1) dan voor de aantallen behandelde patiënten, zowel vanuit de functie hoofdbehandelaar als medebehandelaar.

Dit betekent ook dat de verhouding tussen enerzijds de tijdsbesteding naar patiëntencategorie en anderzijds aantallen behandelde patiënten fors verschilt. De tijd die wordt besteed aan een patiënt in een hospice is vele malen meer dan de tijd die wordt besteed aan een patiënt die zelfstandig woont en dagbehandeling volgt.

Uit tabel 13 kan worden geconcludeerd dat na correctie voor het (nagenoeg gelijkblijvend) beschikbaar aantal behandelingen (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 in de categorie 'medebehandelaar/ consulent' (+ 41%). De enige uitzondering hierop zijn de patiënten die zelfstandig wonen. De verbreding van de inzet is dus over de gehele linie hoofdzakelijk intra- en semimuraal. De grootste groei qua aantallen patiënten heeft zich, zowel absoluut als relatief gezien, voorgedaan bij de patiënten die zelfstandig wonen en dagbehandeling volgen. Vooral de functie als medebehandelaar/consulent is bij deze patiëntengroep sinds 2008 fors toegenomen. Dat betekent dat het beleid van de beroepsvereniging Verenso inderdaad in de praktijk wordt uitgevoerd door de beroepsgroep. De stijging van het aantal patiënten waarvoor men werd geconsulteerd of medebehandelaar was, wijst in die richting. Op het totaal aan patiëntbehandelingen is de groep nog steeds bescheiden (6,5%). De inzet van specialisten ouderengeneeskunde bij de GGZ-instellingen is minder toegenomen dan eigenlijk werd verwacht. Wellicht zal de inzet in deze sector pas toenemen als de nieuwe, uitgebreidere, opleiding de eerste specialisten ouderengeneeskunde gaat afleveren.

In het onderzoek in 2008<sup>25</sup> kan ook een vergelijking worden gemaakt tussen het aantal minuten per patiënt naar de verschillende patiëntencategorieën in 2004 en 2008 (tabel 14).

**Tabel 14: Aantal minuten per patiënt per week 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

<sup>25</sup> Verijdt, F., van der Windt, W. (2009). Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. Prismant.

De specialist ouderengeneeskunde heeft de duur van het patiëntcontact teruggebracht in elke patiëntencategorie, met uitzondering van de categorie patiënten die wonen in een GGZ-instelling. Dit verklaart de productiviteitswinst. In de afgelopen 4 jaar is de efficiency van de specialist ouderengeneeskunde binnen de patiëntgebonden tijd toegenomen. Bij een kleine toename van de beschikbare patiëntgebonden tijd (21,7 in plaats van 21,4 uur) is het aantal patiënten dat de specialist ouderengeneeskunde per week behandelt, gestegen van 62,9 naar 76,6. Dat is 20% in vier jaar oftewel 5% per jaar. In 2008 was het eerdergenoemde productiviteitsverlies in de GGZ instellingen nog niet merkbaar omdat de specialist ouderengeneeskunde nog maar beperkt zijn intrede had gedaan in de GGZ-instellingen.

Op basis van deze gegevens is de parameter **efficiency** geschat op - 0,5% tot - 0,7% per jaar. In het Capaciteitsplan 2008 zijn percentages van - 0,3% tot - 0,6% gehanteerd.

## 6.5 Substitutie

Als tijd bij een specialist vrijkomt door de inzet van iemand anders noemt het Capaciteitsorgaan dat substitutie. Het kan daarbij formeel gaan om taakdifferentiatie, taakherschikking en/ of taakverschuiving. Substitutie kent twee componenten. De horizontale substitutie betreft substitutie van de specialist ouderengeneeskunde naar de klinisch geriater, de internist met aandachtsgebied ouderen, de huisarts met kaderopleiding ouderenzorg of de revalidatiearts. Verticale substitutie betreft substitutie van de specialist ouderengeneeskunde naar de verpleegkundig specialist chronische zorg (voorheen: de nurse practitioner), de praktijkverpleegkundige of de physician assistent.

### 6.5.1 Horizontale substitutie

De horizontale substitutie van de specialist ouderengeneeskunde kent een aantal componenten, namelijk een wettelijke component, een financieringscomponent en een inhoudelijke component. Deze worden achtereenvolgens besproken.

**Tabel 15: 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        |
| <b>Totaal</b>           | <b>3,9</b> | <b>1,6</b> | <b>3,4</b> |

<sup>26</sup> 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).

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt de komende jaren verder versoerd. Prismant heeft op basis van gegevens van het ministerie van VWS de mutaties in de beschikbare middelen per branche/soort uitgaven<sup>26</sup> in kaart gebracht.

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 de budgettaire groei te gebruiken om hun balanspositie te verbeteren. Op basis van deze gegevens zullen de zorginstellingen op de korte termijn hun verwachtingen ten aanzien van de zorgvraag naar specialisten ouderengeneeskunde waarschijnlijk niet verhogen. De GGZ-sector zal met het oog op hun verwachtingen mogelijk wel een grotere behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde gaan voelen. Nu de opleiding is verbreed en verlengd, zal de specialist ouderengeneeskunde ook worden ingezet op domeinen waarop voorheen de sociaal geriater actief was. Er kan daardoor substitutie ontstaan tussen de (ambulante) psychiater en de specialist ouderengeneeskunde. Voor deze raming wordt ervan uitgegaan dat deze substitutiemogelijkheid in de oude situatie (met de sociaal geriater) ook bestond en nu niet of minder wordt benut. Ervaringsgegevens ontbreken nog.

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 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 meest relevante ZZP's expliciet is beschreven, licht zal stijgen. Deze financieringscomponent leidt tot een lichte toename van de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde.

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 is 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 overigens zich niet te beperken tot de oudere patiënt.

Eerdere ervaringen met de DBC-structuur leren dat de zorgvraag hierdoor mogelijk groter gaat worden. Anderzijds kan de DBC-structuur ook een prijsdrukkend effect hebben op de geriatrie 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 geriatrie revalidatie. Reden daarvoor is dat na de introductie van de DBC-structuur de verblijfsduur van revalidatiepatiënten in het verpleeghuis waarschijnlijk zal dalen. Hierdoor neemt niet alleen de capaciteit toe maar ook de gemiddelde behandelintensiteit. Op dit moment besteedt de specialist ouderengeneeskunde ongeveer 20% van zijn tijd aan geriatrie revalidatie.

De specialist ouderengeneeskunde heeft overigens niet alleen raakvlakken met de revalidatiearts. Ook de internist met aandachtsgebied ouderengeneeskunde, de huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg en de klinisch geriater zijn aanwezig in dit werkveld. De klinisch geriater is bij uitstek een tweedelijns specialisme en vormt in die zin samen met de internist met aandachtsgebied ouderenzorg een specifieke tweedelijns aanvulling op de specialist ouderengeneeskunde. De aantallen van deze twee deelspecialismen zijn nog laag (beide minder dan 200). De specialist ouderengeneeskunde zal eerder de huisarts met de kaderopleiding ouderenzorg ontmoeten, temeer omdat de specialist ouderengeneeskunde zich extramuraal wil gaan profileren.

In een gezamenlijk standpunt<sup>27</sup> onderschrijven partijen de intensivering van de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (bij de huisarts en in het verzorgingshuis). In deze visie kan de specialist ouderengeneeskunde in de tweede lijn op onderdelen een consultatieve rol spelen.

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

### 6.5.2. Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft vaak het structureel verschuiven van taken van specialisten ouderengeneeskunde naar lager opgeleide disciplines. Dit wordt momenteel gefrustreerd door (dreigende) personeelstekorten op het niveau van de verzorgenden en met name door de (in vergelijking met vroeger) veel lagere aantallen werkzame verpleegkundigen niveau 4 en niveau 5. Tegelijkertijd is er echter ook binnen het specialisme ouderengeneeskunde sprake van oplopende capaciteitsproblemen. Hierdoor neemt de noodzaak tot intensivering van de verticale taakherschikking toe. Uit onderzoek van Prismant begin 2007<sup>28</sup> is gebleken dat 35% van de verpleeghuizen werkt met verpleegkundigen die specifieke medische taken uitvoeren en/of verpleegkundig specialisten. Uitkomsten uit vergelijkbaar onderzoek in 2004 en recent onderzoek zijn weergegeven in tabel 16.

<sup>27</sup> KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen.

<sup>28</sup> Prismant (2007). Notitie voor Capaciteitsorgaan: De parameters voor de planning van opleiding voor verpleeghuisartsen geëvalueerd.

**Tabel 16: Inzet van verpleegkundige met specifieke taakomschrijving of n.p. in %**

| Omschrijving verpleeghuis  | 01-01-04 | 01-01-07 | 01-01-10 |
|--|----------|----------|----------|
| Werkt met n.p. of verpleegkundige met specifieke Taakomschrijving                                    | 16%      | 35%      | 39 %     |
| Heeft concrete plannen om te gaan werken met n.p. of verpleegkundige met specifieke taakomschrijving | 20%      | 18%      | 22 %     |
| Geen van beide   | 64%      | 46%      | 39 %     |

Bron: Prismant

De belangstelling voor de inzet van lagere echelons in het kader van verticale substitutie neemt dus duidelijk toe. Het meest recente onderzoek<sup>29</sup> naar verticale substitutie is breder uitgevoerd. Dit onderzoek heeft voornamelijk kwalitatieve informatie opgeleverd. Naast taakverschuiving en taakdelegatie naar verpleegkundig specialisten 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 verpleegkundig specialisten, (praktijk)verpleegkundigen, andere ondersteuners, combinaties van de voorgaande disciplines of zonder specifieke ondersteuning, zijn naast de specialist ouderengeneeskunde en 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 kwalitatieve resultaten opgeleverd.

Er kan bij inzet van de verpleegkundig specialist, praktijkverpleegkundige en/of andere ondersteuners sprake zijn van substitutie. De daarmee gepaard gaande 'tijdswinst' is het grootst bij de inzet van de verpleegkundig specialist en de praktijkverpleegkundige. De uitersten van de geschatte tijdswinst liggen ver uit elkaar maar de onderzoekers schatten dat de inzet van verpleegkundig specialisten een bruto tijdswinst van 50 tot 70% oplevert. Voor de verpleegkundig specialist noemen zij een gemiddelde van 63%. Dit betekent dat 1,0 fte specialist ouderengeneeskunde voor te substitueren werkzaamheden kan worden vervangen door 1,6 fte verpleegkundig specialist. Voor de praktijkverpleegkundige ligt de tijdswinst op 35% tot 50%. Dit betekent dat in het geval van 1 te substitueren fte specialist ouderengeneeskunde naar schatting 2 fte tot 3 fte praktijkverpleegkundige zijn benodigd.

Het onderzoek heeft geen bruikbare 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.

<sup>29</sup> Prismant (2009). Taakverschuiving en taakdelegatie bij verpleeghuisartsen/ sociaal geriaters.

In een aantal expert meetings en een invitational conference is dit gegeven getoetst bij een grotere groep bestuurders. Daarbij zijn wederom geen harde kwantitatieve gegevens naar voren gekomen. Wel bleek dat de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist nu ook (kwetsbare) activiteiten zoals de bereikbaarheidsdienst betrekken in de verticale taakherschikking. Het grootste probleem voor de komende jaren is de ontbrekende voedingsbodem voor verpleegkundig specialisten in het verpleeghuis. De verpleegkundige niveau 5 wordt in verpleeghuizen niet vaak aangetroffen. Daardoor zal het tempo van taakherschikking naar de verpleegkundig specialist lager zijn dan mogelijk is op basis van de bestaande vacatures aan specialisten ouderengeneeskunde. Mogelijk zal hierdoor de praktijkverpleegkundige een grotere rol gaan spelen in de verticale substitutie.

Op basis van het voorgaande is voor de parameter **verticale taakherschikking** een percentage van **- 0,5% tot - 1,0% per jaar** gehanteerd. In het Capaciteitsplan 2008 is deze parameter nog niet gebruikt omdat de randvoorwaarden voor verticale substitutie nog niet aanwezig waren.

## 6.6 Conclusie werkproces

In tabel 17 worden de conclusies uit het werkproces samengevat.

Tabel 17: Parameterwaarden werkproces

| Onderwerp                      | Capaciteitsplan 2008       | Capaciteitsplan 2010       |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Vakinhoudelijke ontwikkelingen | + 0,2 % tot + 0,4 %        | + 0,2 % tot + 0,4 %        |
| <b>Efficiency</b>              | <b>- 0,3 % tot - 0,6 %</b> | <b>- 0,5% tot - 0,7 %</b>  |
| Substitutie horizontaal        | + 0,5 % tot + 1,0 %        | + 0,5 % tot + 1,0 %        |
| <b>Substitutie verticaal</b>   | -                          | <b>- 0,5 % tot - 1,0 %</b> |

## 7. Varianten

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 4, 5, en 6 is aangegeven hoe momenteel de stand van zaken is rond respectievelijk zorgaanbod, zorgvraag en werkproces. Verder zijn voor deze drie onderdelen zo betrouwbaar mogelijk relevante parameters geschat, met eventueel een boven- en een ondergrens. In bijlage 2 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de gehanteerde parameterwaarden. Waarden die afwijken van de waarden in het Capaciteitsplan 2008 zijn vet gedrukt. Ter illustratie zijn ook de waarden uit het tussentijds advies 2009 weergegeven. De afwijkingen ten opzichte van 2008 zijn alle gebaseerd op literatuuronderzoek, recent onderzoek van Prismant en anderen (CBS) of vernieuwde 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 2022 en 2028 is een viertal varianten uitgewerkt. Omdat een goed begrip van deze varianten cruciaal is, staat in het navolgende een uitgebreide uitleg van de systematiek.

De eerste variant is de **basisvariant**. Hierin wordt rekening gehouden met de parameters 'demografie' en 'onvervulde vraag' uit de zorgvraag en met alle parameters uit de ontwikkeling van het aanbod. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze op strategisch niveau vrij hard zijn en dat ze worden gedragen en bevestigd door gedocumenteerd onderzoek van derden. Deze variant wordt vergeleken met de ontwikkeling van het aanbod bij de huidige instroom in de opleiding, het scenario dat wordt gekenmerkt door ongewijzigd beleid. De basisvariant is te beschouwen als het vertrekpunt van de ramingen.

In de **lage combinatievariant zonder/met doorgaande trends na 2020** wordt de basisvariant aangevuld met bijna alle andere parameters die zijn benoemd in de vraagontwikkeling en het werkproces. Het betreft de parameters 'sociaal-cultureel' en 'epidemiologie' in de zorgvraagontwikkeling en de parameters 'vakinhoud/technologie', 'horizontale substitutie', en 'efficiency' in het werkproces. Deze parameters hebben als gemeenschappelijke kenmerk dat ze in prognoses minder eenvoudig zijn te voorspellen dan de parameters in de basisvariant. Voor deze parameters bestaat ook geen zekerheid of ze in de nabije toekomst zullen worden geactiveerd (of zullen blijven). Als eventueel eindjaar van de trend is gekozen voor 2020 omdat het dan, gerekend vanaf 2010, om een 10-jaarsperiode gaat.

In de lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 zit ook een 'doorrekening' na 2020 met de aanvullende parameters. Deze lage combinatievariant met doorgaande trend wordt ook wel de **voorkeursvariant** genoemd omdat deze de voorkeur geniet van het Capaciteitsorgaan. De andere varianten dienen met name om de marges van de adviezen weer te geven. De lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 loopt in het Capaciteitsplan 2010 door tot 2028.



De waarden die voor de parameters worden gehanteerd, hebben vaak een range met een minimum en een maximum waarde. Deze range wordt vastgesteld aan de hand van de beschikbare gegevens en expert opinions. Voor elk van de afzonderlijke factoren geldt dat ze zich niet of gedeeltelijk kunnen voordoen, geheel op minimumwaarde, geheel op maximumwaarde, of geheel of deels op een waarde tussen minimum en maximum. 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 factoren die niet of maar deels in de voorspelde periode optreden, de veranderingen tengevolge van 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 waarden 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 effecten 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.

De derde variant is de **hoge combinatievariant zonder/met doorgaande trends na 2020**. Deze variant is ter illustratie in het Capaciteitsplan opgenomen. De kans dat alle genoemde factoren gedurende de volledige voorspellingsperiode zullen doorwerken op hun maximaal ingeschatte waarde wordt als zeer klein beschouwd. Dit advies toont de varianten opdat de lezer zich een indruk kan vormen van de mate waarin de verschillende scenario's uit elkaar lopen.

Tenslotte is er de vierde variant, de variant **met inzet aanverwante disciplines**. Deze variant baseert zich op de lage en hoge combinatievariant en laat de effecten zien van hantering van de parameter 'verticale substitutie' uit het werkproces. Deze variant wordt apart getoond omdat verticale substitutie voor een groot deel is te beïnvloeden door middel van het beleid van beroepsgroep, de werkgevers, en/of de overheid.

In onderstaande tabel 18 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. Zoals gezegd wordt er geen arbeidstijdverandering verwacht. Een arbeidstijdvariant is daarom niet uitgerekend.

**Tabel 18: Geraamd totaal aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde per variant**

| Variant  | Evenwichtsjaar |       | 2022  |       | 2028 |     |
|--|----------------|-------|-------|-------|------|-----|
|  | #              | Fte   | #     | Fte   | #    | Fte |
| 1a. Huidige instroom (83)                                | 1.532          | 1.216 | 1.558 | 1.226 |      |     |
| 1b. Basisvariant   | 2.006          | 1.587 | 2.323 | 1.824 |      |     |
| 2a. Lage combinatievariant, trend stopt in 2022          | 1.844          | 1.460 | 2.136 | 1.678 |      |     |
| 2b. Lage combinatievariant, geen stop in trend           | 1.812          | 1.434 | 1.987 | 1.561 |      |     |
| 3a. Hoge combinatievariant, trend stopt in 2022          | 1.940          | 1.535 | 2.247 | 1.764 |      |     |
| 3b. Hoge combinatievariant, geen stop in trend           | 1.915          | 1.515 | 2.132 | 1.674 |      |     |
| 4a. Lage combinatievariant 2b, met verticale substitutie | 1.702          | 1.348 | 1.808 | 1.421 |      |     |
| 4b. Hoge combinatievariant 3b, met verticale substitutie | 1.683          | 1.333 | 1.746 | 1.373 |      |     |

Bron: Prismant

Op basis van deze geraamde aantallen benodigde specialisten ouderengeneeskunde is een berekening uitgevoerd van de bijbehorende aantallen aios die moeten instromen in de opleiding.

## 7.2 Basisvariant

Bij continuering van de laatst gerealiseerde jaarlijkse instroom van 83 aios zullen er in 2022 en 2028 respectievelijk 1.532 en 1.558 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde zijn. De beroepsgroep is dan in 2028 met 5,6% gegroeid ten opzichte van 2010.

Voor de basisvariant komt het aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde voor het evenwichtsjaar 2022 uit op 2.006 en voor het evenwichtsjaar 2028 uit op 2.323. Dit zou voor 2028 een groei betekenen van 57,5% ten opzichte van 2010. Deze groei is nodig om de huidige onvervulde vraag (door openstaande vacatures) te vervullen, de groei tengevolge van de demografische factoren te compenseren en de verdere feminisering van het beroep op te vangen.

## 7.3 Hoge en lage combinatievariant

Volgens de lage combinatievariant met of zonder doorgaande trend zijn er in 2022 respectievelijk 1.844 en 1.812 specialisten ouderengeneeskunde nodig. Voor het evenwichtsjaar 2028 liggen deze getallen uiteraard hoger: 2.136 specialisten ouderengeneeskunde volgens de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en 1.987 specialisten volgens de lage combinatievariant mét doorgaande trend na 2020. Dit betekent dat de parameters waarvoor deze schattingen worden gehanteerd (alle parameters in de zorgvraag en het werkproces met uitzondering van de parameter verticale substitutie) in totaliteit de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde neerwaarts bijstellen.

De hoge combinatievariant met en zonder doorgaande trend is toegevoegd ter illustratie van de stelling op de vorige pagina en laat zien wat de behoefte aan

specialisten ouderengeneeskunde zou zijn als alle genoemde parameters zich inderdaad gedurende de gehele periode zouden voordoen op hun maximale waarde. 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 gepubliceerd<sup>30</sup>). Uit de tabel blijkt dat de hoge combinatievariant voor 2022 met en zonder doorgaande trend een behoefte aan respectievelijk 1.915 en 1.940 specialisten ouderengeneeskunde oplevert. Voor 2028 wordt de behoefte zonder doorgaande trend 2.247 en met doorgaande trend 2.132.

#### **7.4 Varianten met hantering van verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines)**

De inzet van verpleegkundig specialisten, praktijkverpleegkundigen en physician assistants kan de toename van het aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde beperken. Bij inzet van deze professionals treedt een daling op van 9,0% ten opzichte van de oorspronkelijke voorkeursvariant in 2028. Oorzaak van deze forse daling is het gegeven dat de substitutie direct van toepassing is op de gehele werkende beroepsgroep. Tegelijkertijd betekent dit dat er grote aantallen professionals beschikbaar moeten zijn of in opleiding moeten zijn om de geraamde substitutiepercentages daadwerkelijk te kunnen realiseren.

#### **7.5 Gevolgen varianten voor instroom aios**

Met de resultaten uit tabel 17 is de instroom in de opleiding berekend die past bij de verschillende varianten. Dit volgens twee benaderingen.

De eerste benadering kent een instroom voor de periode 2012 t/m 2018, waarbij het evenwicht wordt bereikt in 2022 en een andere instroom voor de (daarop volgende) periode 2019 t/m 2024 met een evenwicht in 2028. Deze benadering heeft als voordeel dat een eventueel bestaand tekort aan specialisten sneller wordt opgeheven. Een nadeel is dat er voor de opleidingsinstituten forse schommelingen in de geadviseerde instroom rond 2019 zullen ontstaan.

De tweede benadering kent slechts één onafgebroken instroom voor de gehele periode 2012 t/m 2024.

Het jaar 2012 is het eerste jaar waarop kan worden gestuurd aan de hand van dit advies. Het jaar 2018 is het laatste jaar waarop (bij een driejarige opleiding) nog kan worden gestuurd voor het bereiken van een evenwicht in 2022. Om diezelfde reden is 2024 het laatste jaar waarin kan worden gestuurd op het bereiken van een evenwicht in 2028.

<sup>30</sup> Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding (februari 2008). NIVEL/ Prismant.

In de volgende tabel 19 worden de vier varianten voor beide benaderingen getoond.

**Tabel 19: Benodigde jaarlijkse instroom per variant van 2012 tot 2025 met 2022 en 2028 als evenwichtsjaren**

| Variant   | Benadering evenwicht<br>Instroom | Snel<br>2012 - 2019 | Snel<br>2020 - 2025 | Langzaam<br>2012 - 2025 |
|---|----------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| 1b. Basisvariant  |                                  | 172                 | 151                 | 162                     |
| 2a. Lage combinatievariant, trend stopt in 2022         |                                  | 141                 | 144                 | 143                     |
| 2b. Lage combinatievariant, geen stop in trend          |                                  | 135                 | 118                 | 127                     |
| 3a. Hoge combinatievariant, trend stopt in 2022         |                                  | 159                 | 149                 | 154                     |
| 3b. Hoge combinatievariant, geen stop in trend          |                                  | 155                 | 128                 | 142                     |
| 4a. Lage combinatievariant 2b met verticale substitutie |                                  | 115                 | 102                 | 109                     |
| 4b. Hoge combinatievariant 3b met verticale substitutie |                                  | 111                 | 92                  | 102                     |

Bron: Prismant

In deze tabel is de benodigde instroom volgens 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, zoals genoemd in paragraaf 7.1. De benodigde instroom in de opleiding volgens de basisvariant ligt tussen 151 en 172 aios, afhankelijk van de gekozen periode en het jaar waar men naar toewerkt. Dit is beduidend meer dan momenteel wordt opgeleid.

Zoals was te voorzien, komt de benodigde instroom in de lage combinatievarianten lager uit. Voor een evenwicht in 2022 (laatste relevante instroom in de opleiding in 2019) is een instroom van 135 aios berekend. Als de trends na 2022 niet doorzetten, is vanaf 2019 een instroom van 144 aios noodzakelijk of vanaf 2012 een instroom van 143. De benodigde capaciteit kruipt dan naar de aantallen volgens de basisvariant. Zetten de trends in de lage combinatievariant wél door, dan is na 2022 een jaarlijkse instroom van 127 aios voldoende.

Bij de hoge combinatievarianten blijkt dat de benodigde instroom voor de periode 2012 t/m 2019 naar 155 aios gaat. Het aantal benodigde aios is in de hoge combinatievariant hoger dan in de lage combinatievariant. Als de trend na 2022 wordt losgelaten, gaan de aantallen benodigde aios uiteraard omlaag maar blijven boven de benodigde instroom in de lage combinatievariant. Als de trend doorzet, is in de periode 2020 t/m 2025 een instroom van 128 aios voldoende om in 2028 het evenwicht te bereiken. De instroom in deze variant ligt bij doorgaande trend voor de periode 2012 t/m 2025 op 142 aios.

## 8. Overwegingen en advies

### 8.1 Inleiding

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

### 8.2 Beleidsontwikkelingen

De beroepsvereniging Verenso heeft in het 'Beleidsplan 2008 - 2012' zijn visie op de komende jaren weergegeven. De doelgroep bestaat uit ouderen met meerdere aandoeningen (kwetsbare ouderen) maar ook uit (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 alleen: thuis, in het verzorgingshuis, in de GGZ-instellingen en in het ziekenhuis.

#### 8.2.1 Horizontale substitutie

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 er uit gaat zien, is echter nog niet uitgekristalliseerd. Het standpunt van de federatie KNMG die deze samenwerking expliciet toejuicht, is verschenen in april 2010. Hierbij zijn aanbevelingen geformuleerd voor de samenwerking en afstemming met de overige partners in het veld. De praktische uitwerking zal de komende jaren moeten plaatsvinden.

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 zijn in de medische ouderenzorg en welke partijen deze zorg zullen bieden in welke onderlinge verhoudingen. In elk geval werd hierbij duidelijk dat de huisarts zich meer gaat manifesteren in de regie van de ouderenzorg. Van de kant van de huisartsen zijn er signalen dat de opleidingen van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde naar elkaar toe moeten groeien<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> NHG standpunt: Toekomstvisie huisartsenzorg: huisartsgeneeskunde voor ouderen

Helaas kan op dit moment uit de verschillende STG-scenario's nog geen voorkeursscenario worden geïdentificeerd. Het ziet er zelfs naar uit dat er regionale verschillen in de gehanteerde scenario's zullen ontstaan, afhankelijk van de handelwijzen van betrokkenen én de achterliggende zorginstellingen.

Het CBOG<sup>32</sup> geeft aan dat de toename van de zorgvraag van ouderen kan worden opgevangen door het verder stimuleren van taakherschikking en substitutie. Andere mogelijke paden die volgens het CBOG zullen worden bewandeld zijn een herontwerp van opleidingen in de care-sector, aandacht voor technieken voor zelfmanagement, preventie en welzijn, interdisciplinair en intradisciplinair opleiden en onderzoek. Het CBOG voorziet wel een paradigmashift in de zorg voor ouderen waarbij het er meer om gaat de oudere te stimuleren de grenzen van zijn restcapaciteit op te zoeken dan om taken van de oudere over te nemen.

### 8.2.2 Inbedding sociale geriatrie

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 volgde jaarlijks een aantal sociaal geriaters en basisartsen in soortgelijke functies binnen de GGZ de opleiding 'verpleeghuisarts'. Gemiddeld betrof dit 5 à 6 artsen per jaar. Dit komt (bij een carrière duur van 20 jaar) overeen met een werkzaam 'bestand' van circa 100 sociaal geriaters.

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 worden geplaatst in een hogere schaal en omdat het werken in deze setting een nieuwe uitdaging kan vormen voor een geregistreerde specialist ouderengeneeskunde.

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 sinds 2000 de opleiding tot psychiater is uitgebreid, nog steeds aanzienlijke tekorten aan psychiaters. Dit betekent dat horizontale substitutie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de psychiater niet ondenkbaar is.

### 8.2.3 Bezuinigingen op AWBZ

De veranderingen in de financieringsstructuur binnen de AWBZ zullen onmiskenbaar gevolgen hebben voor de specialist ouderengeneeskunde. De introductie van de

<sup>32</sup> CBOG (2010). Gedeelde verantwoordelijkheid. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen.

zorgzwaartepakketten maakt dat verpleeghuizen worden gebudgetteerd en dat er ook een prikkel ontstaat om zo 'zwaar' mogelijke patiënten op te nemen. In de ZZP's zit een voor een deel zorg die moet worden geleverd door de specialist ouderengeneeskunde. 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 (geriatrie) 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 begeven. Verwacht wordt dat de specialist ouderengeneeskunde in toenemende mate in consult kan worden geroepen binnen de eerste lijn bij het opstellen van behandelplannen. Ook is het mogelijk dat de specialist ouderengeneeskunde zelf behandelend gaat optreden in de eerste lijn, vooral vanuit grotere gezondheidscentra met een flink aantal oudere patiënten. Uit het onderzoek van Prismant blijkt dat in de afgelopen 4 jaar de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde niet of nauwelijks toenemen qua geïnvesteerde tijd buiten de instelling. Het aantal patiënten dat wordt gezien als medebehandelaar of consultant, is echter binnen dezelfde periode toegenomen met 41%.

#### **8.2.4 Revalidatie in Zorgverzekeringswet**

Daarnaast is het ook denkbaar dat, bij het vrijgeven van de revalidatiemarkt, de specialist ouderengeneeskunde zich nadrukkelijker gaat richten op deze activiteit. Ruwweg 20% van de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde is gericht op revalidatie. Gezien de grote omvang van de beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde (1.475 geregistreerd in 2010) in vergelijking met het aantal revalidatieartsen (455 geregistreerd artsen in 2010) is dit op dit moment niet direct een optie, maar wel een overweging op lange termijn.

#### **8.2.5 Verticale substitutie moeizaam**

In hoofdstuk 7 is het onderwerp verticale substitutie 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 2,39 fte andere zorgbeoefenaars. Hiervan waren de doktersassistente (0,59 fte) en de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV, 0,42 fte) qua omvang de twee belangrijkste. De discipline verpleegkundigen was verdeeld over de verpleegkundige (0,19 fte), praktijkverpleegkundige (0,23 fte), verpleegkundig specialist (0,19 fte) en de geriatrie verpleegkundige (0,01 fte).

In het Capaciteitsplan 2008 werd uitgegaan van een verticale substitutie van - 5% tot -10% door verpleegkundig specialisten en/of verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving. Volgens de gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek van Prismant5 waren in 2009 per fte specialist ouderengeneeskunde al 0,19 fte verpleegkundig specialist en 0,23 fte praktijkverpleegkundige aanwezig. Omgerekend naar het totale aantal fte's specialist ouderengeneeskunde zou dit betekenen dat



momenteel circa 246 fte verpleegkundig specialist en circa 298 fte praktijkverpleegkundige de specialisten ouderengeneeskunde zouden ondersteunen.

Deze gegevens zijn door het Capaciteitsorgaan niet gebruikt. Mogelijk hebben de respondenten de titel verpleegkundig specialist niet goed geïnterpreteerd. Uit een ander kwantitatief onderzoek van Prismant komt namelijk naar voren dat er in 2008 ongeveer 39 verpleegkundig specialisten en 2e jaars verpleegkundig specialisten in opleiding werkzaam waren binnen verpleeghuizen. Voorshands gaat het Capaciteitsorgaan uit van deze laatste getallen. In het onderzoek van Prismant hebben de respondenten mogelijk de opleiding en de functie door elkaar gehaald, waarbij misschien wel het takenpakket van de verpleegkundig specialist (door een verpleegkundige) wordt uitgevoerd terwijl de opleiding formeel niet is gevolgd.

Dit betekent overigens niet dat hierbij ook voor deze aantallen fte's sprake is van substitutie. Als wordt uitgegaan van een toename van de verticale substitutie in de komende 10 jaar naar - 5% (lage variant), leidt dat in 2028 volgens de lage combinatievariant tot een relatieve toename van ongeveer 124 fte verpleegkundig specialist ten opzichte van de variant zonder verticale substitutie (zie bijlage 4 voor een onderbouwing). Omdat een verpleegkundig specialist in deze setting straks waarschijnlijk gemiddeld 0,8 fte werkt, betekent dat in aantal een toename van 155 verpleegkundig specialisten. Inclusief de 32 verpleegkundig specialisten die in 2008 al actief waren, komt dit in 2028 neer op 187 verpleegkundig specialisten. Tegen die tijd zijn zij te benoemen als verpleegkundig specialisten chronische zorg, werkzaam in de verpleeghuissector. Indien de 32 huidige verpleegkundig specialisten nog 0,8 fte werken in 2028 wordt het totaal aantal benodigde personen in 2028 191.

Met correctie voor het intern rendement van de opleidingen (afhankelijk van het gewenste tempo in de substitutie) en de vervanging van de reeds zittende verpleegkundig specialisten bestaat er vanaf 2012 – bij verder ongewijzigde behoefte aan verpleegkundig specialisten chronische zorg – binnen de verpleeghuissector ruimte voor een jaarlijkse verhoging van de instroom in de opleiding verpleegkundig specialist chronische zorg van 20 tot 36 personen. Gezien de op korte termijn verwachte tekorten in het specialisme ouderengeneeskunde verdient een instroom van 36 personen de voorkeur van het Capaciteitsorgaan. Ten opzichte van de huidige gesubsidieerde jaarlijkse instroom van 275 verpleegkundig specialisten is dit een substantiële wijziging.

### **8.2.6 Opleidingsinstellingen**

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde varianten, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen. Er ontstaat dan een complexe situatie omdat binnen het specialisme ouderengeneeskunde de aios worden geworven door de opleidingsinstellingen maar de opleidingsinstellingen (3) zorg dragen voor het grootste gedeelte van de competentieontwikkeling. Stabiliteit van de instroom en het totaal aantal aanwezige aios zijn om voor de hand liggende

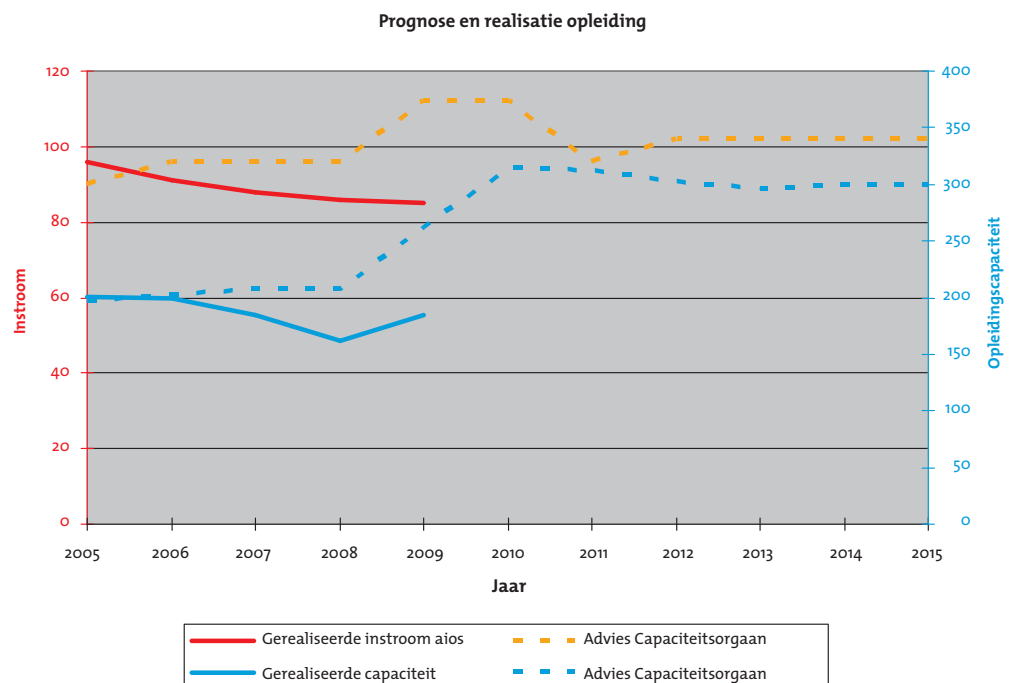


redenen van groot belang voor de opleidingsinstituten. Als er rekening wordt gehouden met de haalbaarheid van het instroomadvies, wordt dit overigens expliciet in de overwegingen vermeld.

In de afgelopen jaren is in de praktijk gebleken dat de instroom in de medische vervolgopleiding specialist ouderengeneeskunde steeds verder achterblijft bij de geadviseerde en toegestane instroom. De opleidingsinstellingen slaagden er niet in voldoende geschikte aios te rekruteren. De toegestane incidentele verhoging voor 2009 en 2010 is niet gerealiseerd. Ook begint het interne rendement te dalen naar waarden die buiten de gebruikelijke percentages van andere specialistische vervolgopleidingen 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.

In het Capaciteitsplan 2008 is een grafische presentatie van de instroom en het totaal aantal aios specialist ouderengeneeskunde gegeven. In figuur 3 is deze presentatie aangevuld met de gerealiseerde cijfers uit 2007, 2008 en 2009. Ook is een prognose gemaakt van het totaal aantal aios, de opleidingscapaciteit.

**Figuur 3: Verwachte instroom en opleidingscapaciteit vanaf 2007 tot 2015 en gerealiseerde instroom en opleidingscapaciteit in 2007, 2008 en 2009**



Bron: Capaciteitsplan 2008 en bewerking HVRC gegevens

Sinds 2006 daalt de gerealiseerde instroom in de opleiding onder de geadviseerde instroom. Het gevolg daarvan is dat de totale beschikbare opleidingscapaciteit van de opleidingsinstellingen en opleidingsinstituten niet meer wordt benut.

De consequentie van de verlenging van de opleiding met 1 jaar, die in de opleidingscapaciteit vanaf 2009 zichtbaar wordt, onderstreept nog eens het belang van een voldoende hoge instroom. Bij de formulering van dit advies is overigens geen rekening gehouden met de belangen van opleidingsinstituten.

### 8.3 Belangrijkste varianten

Op basis van de gegevens uit paragraaf 8.2 kunnen twee varianten worden beschouwd als de meest wenselijke, namelijk de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan en de voorkeursvariant in combinatie met inzet van aanverwante disciplines. Voor het gebruik van de deze varianten pleit een aantal zaken. De invloed van epidemiologische en sociaal culturele parameters op de zorgvraag is grotendeels gedocumenteerd en kan dus niet worden genegeerd. Hetzelfde geldt voor de parameters 'efficiency en vakinhoudelijke ontwikkelingen' en 'horizontale substitutie' bij het werkproces. De factor 'verticale substitutie' is het belangrijkste aandachtspunt. Alhoewel hier duidelijk mogelijkheden bestaan voor de verpleegkundig specialist en de praktijkverpleegkundige, is met name voor de verpleegkundig specialist/nurse practitioner een carrière in de ziekenhuisomgeving vaak meer voor de hand liggend en aantrekkelijker dan een carrière in een verpleeghuisomgeving. Daarbij komt dat de beroepsvereniging voor verpleegkundig specialisten geen hoge prioriteit geeft aan de inzet van verpleegkundig specialisten in het verpleeghuis. De vraag is daarom of de verpleeghuizen er wel in zullen slagen om de voor de substitutie geraamde aantallen verpleegkundig specialist te werven dan wel op te leiden.

Het Capaciteitsorgaan kan in zijn advies geen risico's nemen die kunnen leiden tot een tekort aan aanbieders van zorg. Toch is besloten om voor het advies uit te gaan van de voorkeursvariant met doorgaande trend inclusief substitutie. Dit advies heeft in de periode 2010 t/m 2015 nog geen consequenties voor de instroom van geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde in de arbeidsmarkt. Dit betekent dat er (met de huidige vacaturegraad) de komende 5 jaar een goede voedingsbodem is om de mogelijkheden van verticale substitutie te verkennen. Het Capaciteitsorgaan zal de daadwerkelijk bereikte verticale substitutie monitoren en op basis daarvan in het volgende reguliere advies misschien een andere variant hanteren.

### 8.4 Advies instroom

Voor dit advies wordt de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan gehanteerd, met doorgaande trends vanaf 2010 tot 2025 en verticale substitutie. Gezien het feit dat de instroom al jaren achterblijft bij de gewenste instroom en de komende vier jaar de uitstroom nog verder achterblijft bij de behoefte, zal substitutie in de een of andere vorm van de grond moeten komen. Deze variant vraagt bij een substitutiepercentage van 0,5% per jaar om een structurele instroom van 109 airos per jaar. In het advies is rekening gehouden met de gerealiseerde instroom tot 2010. Incidentele maatregelen voor 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 voorgesteld. De verwachting is dat dit geen effect meer kan hebben op de realisering van extra zorgaanbod in 2010 en 2011. Ondanks het gegeven

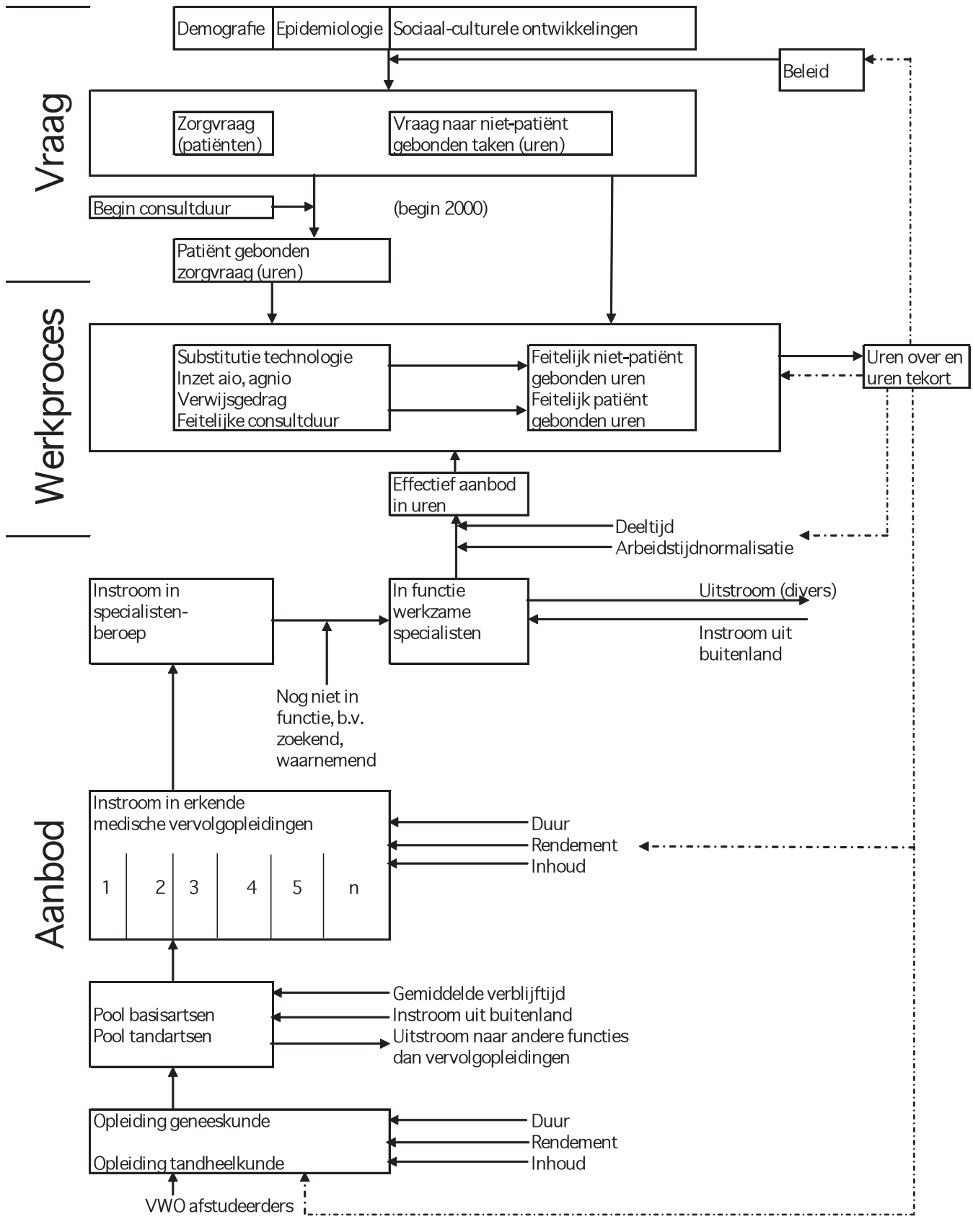
dat er een redelijk grote onvervulde vraag bestaat wordt de benadering gehanteerd waarin het evenwicht vroeg op termijn, in casu in 2028, wordt nagestreefd. Deze benadering biedt maximale ruimte aan de mogelijkheden voor verticale substitutie.

**Alles wegend wordt een structurele jaarlijkse instroom in de opleiding specialist ouderengeneeskunde geadviseerd van 109 aios vanaf 2012.**

Tevens wordt voorgesteld om de instroom in het specialisme verpleegkundig specialist chronische zorg – waar mogelijk selectief – te verhogen met 36 plaatsen om op die manier de mogelijkheden van verticale substitutie van zorg in een snel tempo te vergroten.

**Het advies om 109 aios ouderengeneeskunde te laten instromen kan niet los worden gezien van de overweging om 36 extra instroomplaatsen te creëren voor verpleegkundig specialisten chronische zorg.**

## Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan



## Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 en Capaciteitsplan 2010

| Parameter                         | Capaciteitsplan 2008   | Tussentijds Advies 2009  | Capaciteitsplan 2010   |
|-----------------------------------|--|--|--|
| • Opleiding                       |  |  |  |
| Instroom opleiding gemiddeld      | 96   | 96   | 85   |
| Instroom opleiding voorgaand jaar | 88   | 90   | 74   |
| % vrouwen in opleiding            | 75 %   | 75 %   | 75 %   |
| Opleidingsduur                    | 3 jaar   | 3 jaar   | 3 jaar   |
| Opleidingsrendement               | 90 %   | 85 %   | 80 %   |
| • Zorgvraag                       |  |  |  |
| Huidige consumptie                | -  | -  |  |
| Onvervulde vraag                  | + 2,0 % tot + 4,0 %  | + 2,0 % tot + 4,0 %  | + 5,0 % tot + 10,0 %   |
| Factor demografie                 | 2,2 %  | 2,3 %  | + 2,3 %  |
| Factor sociaal cultureel          | - 0,5 % tot - 1,5 %  | - 1,0 % tot - 1,5 %  | - 1,0 % tot - 1,5 %  |
| Factor epidemiologie              | 0,0 % tot + 0,2 %  | 0,0 % tot + 0,2 %  | 0,0 % tot + 0,2 %  |
| • Zorgaanbod                      |  |  |  |
| Werkzame specialisten             | 1.295  | 1.399  | 1.369  |
| Aantal fte 's                     | 981  | 1.161  | 1.120  |
| Gemiddelde fte man                | 0,87   | 0,91   | 0,91   |
| Gemiddelde fte vrouw              | 0,68   | 0,76   | 0,74   |
| % werkzame vrouwen                | 59 %   | 61 %   | 61 %   |
| Arbeidstijdverandering            | 0,0 %  | 0,0 %  | 0,0 %  |
| Uitstroom tot 2012/14             | 18 %   | 14 %   | 14 %   |
| Uitstroom tot 2017/19             | 39 %   | 31 %   | 31 %   |
| Uitstroom tot 2022/24             | 58 %   | 49 %   | 49 %   |
| Uitstroom tot 2027/29             | 74 %   | 64 %   | 64 %   |
| Extern rendement                  | 98 % na 1 jaar<br>95 % na 5 jaar<br>90 % na 10 jaar<br>85 % na 15 jaar | 98 % na 1 jaar<br>95 % na 5 jaar<br>90 % na 10 jaar<br>85 % na 15 jaar | 98 % na 1 jaar<br>95 % na 5 jaar<br>90 % na 10 jaar<br>85 % na 15 jaar |
| Instroom buitenland               | 0  | 0  | 0  |
| • Werkproces                      |  |  |  |
| Vakinhoudelijk                    | + 0,2 % tot + 0,4 %  | + 0,2 % tot + 0,4 %  | + 0,2 % tot + 0,4 %  |
| Efficiency                        | - 0,3 % tot - 0,6 %  | - 0,5 % tot - 0,7 %  | - 0,5 % tot - 0,7 %  |
| Substitutie horizontaal           | + 0,5 % tot + 1,0 %  | + 0,5 % tot + 1,0 %  | + 0,5 % tot + 1,0 %  |
| Substitutie verticaal             | - 0,5 % tot - 1,0 %  | - 0,5 % tot - 1,0 %  | - 0,5 % tot - 1,0 %  |

### Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening Prismant

| <b>Tabel 1: overzicht aannames per parameter</b><br><b>Beroepsgroep: Alternatieve specificatie 1</b><br><b>Aanduiding alternatief</b> | <b>Parameterwaarden</b><br><b>Alternatieve specificatie 1</b> |                |               |
|---|---|----------------|---------------|
| <b>Basisjaar (geen alternatief mogelijk)/ Bijsturingsjaar / Trendjaar</b>   | <b>2010</b>   | <b>2012</b>    | <b>2020</b>   |
| <b>Evenwichtsjaar 1 en 2 (geen alternatief mogelijk)</b>  |   | <b>2022</b>    | <b>2028</b>   |
| <b>AANBOD IN 2010 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2030</b>  | <b>Man</b>  | <b>Vrouw</b>   | <b>Totaal</b> |
| <b>Aantal werkzame personen in het jaar 2010</b>  | <b>563</b>  | <b>880</b>     | <b>1.443</b>  |
| Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2010   | 39,0%   | 61,0%          | 100%          |
| Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2010   | 0,910   | 0,740          | 0,806         |
| FTE per werkzame persoon in 2015  | 0,910   | 0,740          | 0,800         |
| FTE per werkzame persoon in 2020  | 0,910   | 0,740          | 0,795         |
| FTE per werkzame persoon in 2025  | 0,910   | 0,740          | 0,791         |
| FTE per werkzame persoon in 2030  | 0,910   | 0,740          | 0,783         |
| Uitstroom van werkzame personen tot aan 2015  | 20,6%   | 17,5%          | 18,7%         |
| Uitstroom van werkzame personen tot aan 2020  | 41,0%   | 36,2%          | 38,1%         |
| Uitstroom van werkzame personen tot aan 2025  | 55,5%   | 52,1%          | 53,4%         |
| Uitstroom van werkzame personen tot aan 2030  | 82,0%   | 69,0%          | 74,1%         |
| <b>VRAAG IN 2010 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2030</b>   | <b>Laag</b>   | <b>Midden</b>  | <b>Hoog</b>   |
| Onvervulde zorgvraag in 2010  | 3,0%  |                | 6,0%          |
| Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2015   |   | 12,0%          |               |
| Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2020   |   | 26,0%          |               |
| Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2025   |   | 42,0%          |               |
| Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2030   |   | 59,0%          |               |
| Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakin. 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. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)   | 0,50%   |                | 1,00%         |
| Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines  | -0,50%  |                | -1,00%        |
| Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting  | 0,00%   |                | 0,00%         |
| <b>INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2010</b>   | <b>Mannen</b>   | <b>Vrouwen</b> | <b>Totaal</b> |
| Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2010   | 18,5  | 55,5           | 74,0          |
| Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2010   | 25,0%   | 75,0%          | 100%          |
| Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2010  | 3,0   | 3,0            | 3,0           |
| Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2010  | 80,0%   | 80,0%          | 80,0%         |
| Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010  | 98,0%   | 98,0%          | 98,0%         |
| Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010  | 95,0%   | 95,0%          | 95,0%         |
| Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010   | 90,0%   | 90,0%          | 90,0%         |
| Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2010   | 85,0%   | 85,0%          | 85,0%         |

| Beroepsgroep: Alternatieve specificatie 1<br>Aanduiding alternatief | Parameterwaarden<br>Alternatieve specificatie 1 |                |               |
|---|---|----------------|---------------|
| <b>INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2010 t/m 2011</b>                    | <b>Mannen</b>                                   | <b>Vrouwen</b> | <b>Totaal</b> |
| Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2010/2011           | 21,3  | 63,8           | 85,0          |
| Geslachtsverdeling voor instroom in 2010/2011                       | 25%   | 75,0%          | 100%          |
| Opleidingsduur voor instroom in 2010/2011                           | 3,0   | 3,0            | 3,0           |
| Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2010/2011        | 80,0%   | 80,0%          | 80,0%         |
| Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011      | 98,0%   | 98,0%          | 98,0%         |
| Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011      | 95,0%   | 95,0%          | 95,0%         |
| Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011     | 90,0%   | 90,0%          | 90,0%         |
| Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2010/2011     | 85,0%   | 85,0%          | 85,0%         |
|   |   |                |               |
| <b>INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2012</b>                             | <b>Mannen</b>                                   | <b>Vrouwen</b> | <b>Totaal</b> |
| Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2012     | 20,8  | 62,3           | 83,0          |
| Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2012           | 25,0%   | 75,0%          | 100%          |
| Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2012                    | 3,0   | 3,0            | 3,0           |
| Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2012          | 80,0%   | 80,0%          | 80,0%         |
| Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012        | 98,0%   | 98,0%          | 98,0%         |
| Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012        | 95,0%   | 95,0%          | 95,0%         |
| Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012       | 90,0%   | 90,0%          | 90,0%         |
| Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2012       | 85,0%   | 85,0%          | 85,0%         |
|   |   |                |               |
| <b>INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2010</b>                           | <b>Mannen</b>                                   | <b>Vrouwen</b> | <b>Totaal</b> |
| Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2010                | 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 verpleegkundig specialisten

De onderbouwing van het benodigd aantal verpleegkundig specialisten, zoals genoemd in hoofdstuk 8, is als volgt:

De substitutiefactor is - 0,5% tot - 1,0% per jaar, afhankelijk van het gegeven of wordt gekozen voor de lage of de hoge waarde. De redenering wordt gevolgd van 2012 tot 2028. De totale omvang van de substitutie is dan 8% tot 16%.

### Lage combinatievariant

In 2028 zijn 1.421 fte specialist ouderengeneeskunde nodig volgens de lage combinatievariant met doorgaande trend en inzet aanverwante disciplines (tabel 18). Tot 2028 heeft in die variant aan substitutie plaatsgevonden gedurende (2028 - 2012 =) 16 jaar van -0,5% = 8,0% fte specialist ouderengeneeskunde.

In 2028 is dus qua specialisten ouderengeneeskunde nodig exclusief verticale substitutie  $100/92 * 1.421 \text{ fte} = 1.544 \text{ fte}$ . Dit komt redelijk goed overeen met het getal 1.561 dat wordt genoemd in tabel 18 als benodigd aantal fte zónder de inzet van aanverwante disciplines.

Uitgaande van 1.544 fte bedraagt 8% hiervan 124 fte. Volgens het Werknemers-onderzoek 2009 van Prismant zijn rond de zomer van 2009 reeds 32 verpleegkundig specialisten werkzaam in de verpleeghuissector, voor in totaal 29 fte. De deeltijdfactor van deze verpleegkundig specialisten ligt hoog (91%) maar de gemiddelde leeftijd is ook hoog (50 jaar). Waarschijnlijk is deze groep verpleegkundig specialisten (in hun pioniersfunctie) niet helemaal representatief voor de toekomstige verpleegkundig specialisten. Voor de rest van de berekening wordt daarom een deeltijdfactor van 80% gehanteerd.

In totaal werken in deze variant dus  $124 + 29 = 153 \text{ fte's}$  in de verpleeghuizen. Bij een gemiddeld dienstverband van 0,8 fte zijn dit  $135 * (100/80) = 191 \text{ personen}$ . 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  $191 * (100/85) = 225 \text{ personen}$  in de komende 16 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 van de zijde van 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 16 jaar te compenseren. Daarmee komt de totale gewenste instroom op 325 personen in 16 jaar oftewel 20 personen per jaar.



### Hoge combinatievariant

In 2028 zijn 1.373 fte specialisten ouderengeneeskunde nodig volgens de hoge combinatievariant met doorgaande trend en inzet aanverwante disciplines (tabel 18). Tot 2028 heeft in die variant aan substitutie plaatsgevonden gedurende (2028 - 2012 =) 16 jaar van  $-1,0\% = 16\%$  fte specialist ouderengeneeskunde.

In 2028 is dus qua specialisten ouderengeneeskunde nodig, exclusief verticale substitutie,  $100/84 * 1.373 = 1.634$  fte. Dit komt iets minder goed overeen met het aantal van 1.674 dat wordt genoemd in tabel 18 als benodigd aantal fte zónder de inzet van aanverwante disciplines.

Uitgaande van 1.634 fte bedraagt 16% hiervan 261 fte. In totaal werken dus in deze variant in de verpleeghuizen  $261 + 29 = 290$  fte. Bij een gemiddeld dienstverband van 0,8 fte zijn dit  $290 * (100/80) = 363$  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  $363 * (100/85) = 427$  personen in de komende 16 jaar.

Wederom moet worden aangetekend 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 van de zijde van het Bureau van het Capaciteitsorgaan is dat naast de 427 berekende personen nog eens 150 personen nodig zullen zijn om deze twee factoren in de komende 16 jaar te compenseren. Daarmee komt de totale gewenste instroom op 577 personen in 16 jaar oftewel 36 personen per jaar.

## Bijlage 5: Procedure en betrokken experts

De Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde heeft het advies op 30 september 2010 behandeld en daarna aangeboden aan het Plenair Orgaan. Het Plenair Orgaan heeft het advies op 13 oktober 2010 vastgesteld.

De samenstelling van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde was als volgt:

### Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

### Organisaties van opleidingsinstituten/ 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

De samenstelling van het Plenair Orgaan was als volgt:

### Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen  
Mw. dr. J. Bont  
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn (voorzitter Dagelijks Bestuur/ Plenair Orgaan)  
Mw. dr. M.J. Kaljouw  
Dhr. C.J.G. Theewes  
Dhr. A.M.J. Veer  
Dhr. dr. L. Wigersma  
Dhr. H.W. Zijlstra

### Organisaties van opleidingsinstituten/ 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. Paul M.L. Smits, arts, MBA (lid Dagelijks Bestuur)

### Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (lid Dagelijks Bestuur)  
Dhr. drs. A.J. Lamping







Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische  
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

**bezoekadres**

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

**telefoon**

030 282 38 40

**e-mail**

[info@capaciteitsorgaan.nl](mailto:info@capaciteitsorgaan.nl)  
[www.capaciteitsorgaan.nl](http://www.capaciteitsorgaan.nl)