

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 5

Specialist Ouderengeneeskunde

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 5

Specialist Ouderengeneeskunde

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2016 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

Statutaire doelstellingen:

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	5
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	6
1.3 Specifieke aandachtspunten specialisten ouderengeneeskunde	6
1.4 Indeling van dit deelrapport	7
2 Positionering specialist ouderengeneeskunde	11
2.1 Ontwikkeling van het specialisme	11
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	12
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	13
3 Opleiding	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Adviezen tot en met 2013	17
3.3 Besluiten tot en met 2015	18
3.4 Realisatie instroom tot en met 2015	19
3.5 Intern rendement	22
3.6 Conclusies	23
4 Zorgvraag	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Demografie	25
4.2.1 ZZP's 5-10 naar leeftijd en geslacht, huidige situatie	26
4.2.2 Bevolkingsprognose CBS	28
4.2.3 ZZP's 5-10 en DBC GRZ naar leeftijd en geslacht, toekomstige situatie	29
4.2.4 De toekomstige vraag vanwege demografie	29
4.3 Epidemiologie	30
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	32
4.4.1 Beleid en ontwikkelingen langdurige zorg	32
4.4.2 De populatie kwetsbare ouderen	34
4.4.3 E-health en domotica	36
4.5 Onvervulde vraag	37
4.6 Conclusie zorgvraag	40
5 Zorgaanbod	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Omvang beroepsgroep	41
5.2.1 Aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde	41
5.2.2 Verdeling naar leeftijd en geslacht	41
5.2.3 Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde	42
5.3 Omvang dienstverband	44

5.4	Instroom in het vak	45
5.5	Uitstroom uit het vak	45
5.5.1	Uitstroom uit het specialistenregister	45
5.5.2	Uitstroom van werkzame specialisten	46
5.5.3	Ontwikkeling pensioenleeftijd	47
5.5.4	Raming van de uitstroom de komende jaren	48
5.5.5	Extern rendement	49
5.6	Conclusie zorgaanbod	51
6	Werkproces	53
6.1	Inleiding	53
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	53
6.3	Efficiency	55
6.4	Horizontale substitutie	57
6.5	Verticale substitutie	58
6.6	Conclusie werkproces	60
7	Scenario's	61
7.1	Inleiding	61
7.2	Basisscenario (0)	63
7.3	Demografiescenario (1)	63
7.4	Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trend (3)	63
7.5	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trend (7)	64
7.6	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trend (9)	65
7.7	Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario	65
7.8	Benodigde instroom aios ouderengeneeskunde per scenario	67
8	Overwegingen en advies	71
8.1	Inleiding	71
8.2	Beleidsontwikkelingen	71
8.2.1	Gevolgen van de invoering van de Wet langdurige zorg	71
8.2.2	Taakherschikking	72
8.2.3	Opleiding	73
8.2.4	Buitenland	73
8.2.5	Relatie met andere adviezen	73
8.3	Onzekerheden	74
8.3.1	Vraag	74
8.3.2	Aanbod	74
8.3.3	Werkproces	74
8.3.4	Opleidingscapaciteit	75
8.4	Belangrijkste scenario's	75
8.5	Advies instroom	76

Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	77
Bijlage 2:	Overzicht parameterwaarden 2008 - 2016	78
Bijlage 3:	Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Carity	80
Bijlage 4:	Procedure en betrokken experts	82
Literatuurlijst		83



Samenvatting

Het specialisme ouderengeneeskunde (toen nog verpleeghuisgeneeskunde) werd pas in 1989 erkend als een volwaardige medische discipline. Toch bestond er al sinds 1980 een universitaire leerstoel voor. De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde startte als 2-jarige opleiding. In 2007 werd de opleidingsduur uitgebreid tot 3 jaar. Dit vanwege het opgaan van de voordien zelfstandige opleiding tot sociaal geriater in het opleidingscurriculum voor verpleeghuisarts. In 2009 kreeg het beroep zijn nieuwe naam: specialist ouderengeneeskunde.

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich inmiddels ontwikkeld tot één van de grootste specialismen in Nederland: op 1 januari 2016 waren er 1.568 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. Daarnaast werken er nog 21 sociaal geriaters in de ouderenzorg. Van de 1.568 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde zijn er ongeveer 1.524 (97,2%) werkzaam voor gemiddeld 0,87 fte. Meer dan de helft van alle specialisten ouderengeneeskunde is ouder dan 50 jaar. Bij de mannen is het aandeel 50-plussers 72%, bij de vrouwen is dit 44%. Specialisten ouderengeneeskunde werken steeds langer. Ongeveer een derde van alle specialisten ouderengeneeskunde gaat de komende 10 jaar met pensioen. De omvang van het gemiddelde dienstverband is ten opzichte van 2013 niet veranderd; de mannen zijn iets minder gaan werken, maar de vrouwen juist iets meer. Het percentage vrouwelijke specialisten ouderenzorg is gestegen naar 65%. De geregistreerde beroepsgroep zal de komende jaren blijven feminiseren. Dit wordt veroorzaakt door de pensionering van met name mannelijke specialisten ouderengeneeskunde en de instroom van vooral vrouwelijke specialisten vanuit de opleiding. De veranderingen in het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde zijn volledig toe te schrijven aan in- en uitschrijvingen in het register. Er is geen instroom uit het buitenland, omdat het specialisme buiten Nederland niet bestaat.

De gerealiseerde instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is sinds 2005 gemiddeld 95 personen en kent sinds 2010 een gestage stijging. Er is en wordt veel gedaan om de animo voor het beroep onder geneeskundestudenten en basisartsen te verbeteren. Maar tot nu toe zijn er in vrijwel geen enkel jaar voldoende aiös ingestroomd voor het aantal opleidingsplaatsen dat door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd gesubsidieerd. (2013 vormde de uitzondering met 109 startende aiös.) Per 1 januari 2016 zijn er in totaal 345 aiös in opleiding. Het percentage vrouwelijke aiös is toegenomen tot 81%. De gemiddelde leeftijd waarop aiös met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde beginnen, is inmiddels gedaald naar 32 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aiös is in 2015 gedaald naar 33 jaar. Dat aiös op jongere leeftijd met de opleiding starten, is een teken dat het beroep vaker een eerste keuze is van aiös. Het beroep wordt dus populairder.

De markt van vraag en aanbod voor specialisten ouderengeneeskunde is een vraagmarkt: het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde is kleiner dan de vraag ernaar, gezien het aantal vacatures. Het vacaturepercentage is sinds de vorige raming wel gedaald, maar behoort met een gemiddelde van ongeveer 10% tot de medische beroepen met de meeste onvervulde vacatures. Dat blijkt ook uit de constatering dat in de afgelopen jaren vaker basisartsen of andere artsen worden

ingezet in verpleeg- en verzorgingshuizen om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde op te vangen.

Door de doorgaande vergrijzing en de toenemende levensverwachting van de bevolking zal de zorgvraag blijven stijgen. De capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde moet de komende jaren dus flink groeien. Nieuwe generaties ouderen hebben wellicht een gezondere levensstijl, zijn hoger opgeleid en meer zelfredzaam. Zij kunnen misschien gemakkelijker omgaan met nieuwe technologieën zoals e-health en domotica. Dit remt de vraag naar medische zorg door ouderen waarschijnlijk maar ten dele af. De wetswijzigingen in de langdurige zorg leiden weliswaar tot een afname van het aantal intramuraal verblijvende ouderen, maar de intramurale zorgzwaarte ligt wel hoog. Extramuraal neemt de zorgvraag toe. Ouderen wonen steeds langer thuis en ontvangen daar de nodige – niet zelden complexe - zorg. Huisartsen vervullen daarbij een belangrijke signalerende en coördinerende rol, maar kunnen niet zonder de intensieve samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde. De overheid, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars streven ernaar de (veelal financiële) belemmeringen in de zorg aan kwetsbare ouderen zo snel mogelijk weg te nemen. Het is nog de vraag of de specialisten ouderengeneeskunde vooral binnen de zorginstellingen blijven werken of een zelfstandige rol buiten de zorginstelling krijgen. Hoe dit de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde zal beïnvloeden, is nog onbekend.

Met de taakherschikking naar ondersteunende disciplines lijkt het positief gesteld. Zo is het aantal in de sector werkzame verpleegkundig specialisten sinds 2012 verdubbeld; het aantal physician assistants dat in de ouderenzorg werkt, is zelfs verdriedubbeld. Of de verticale substitutie nog verder doorzet is onzeker, onder meer vanwege het aanhoudende tekort aan hoog opgeleide verpleegkundigen en vraagstukken rondom de kwaliteits- en veiligheidsborging bij taakverschuiving: de verantwoorde overdracht van taken en supervisie van aanverwante disciplines door de specialist ouderengeneeskunde.

Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is nog lang niet opgelost. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn de verwachte groei van de (kwetsbare) oudere bevolking, de ontwikkelingen in de langdurige zorg en de achterblijvende instroom in de opleiding. Om het verschil tussen vraag en aanbod weg te werken, moeten er meer specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid. Het Capaciteitsorgaan adviseert daarom met ingang van 2018 een inhaalslag te maken: een jaarlijkse minimum instroom van **159 aios** en een maximum instroom van **186 aios**. Deze keuze is gebaseerd op twee scenario's: De ondergrens van de bandbreedte wordt bepaald door scenario 7, het verticale substitutiescenario met doorlopende trend. In dit scenario worden alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters op hun minimaal ingeschatte waarde doorberekend. Als evenwichtsjaar is gekozen voor 2028. De bovengrens is gebaseerd op scenario 3, het werkprocesscenario met doorlopende trend. Dit scenario houdt rekening met de minimum waarden van alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters, echter met uitzondering van verticale substitutie. Het is immers mogelijk dat de verticale substitutie achterblijft bij de verwachtingen. Ook bij dit scenario wordt uitgegaan van doorgaande trends en gestreefd naar evenwicht op de korte termijn, in 2028. Het Capaciteitsorgaan spreekt een **voorkeur uit voor een instroom van 186 aios per jaar**. Dit om het grote tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zo snel mogelijk op te lossen.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2016 vormt de basis voor de instroomadviezen voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Het bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2016. Naast het integrale Capaciteitsplan zijn ook deelrapporten gepubliceerd over de instroomadviezen voor de medisch specialisten (inclusief de klinisch technologische specialismen en de profielopleiding spoedeisende hulp arts, deelrapport 1), de huisartsen (deelrapport 2), de tandheelkundig specialisten (deelrapport 3), de sociaal geneeskundigen (deelrapport 4), de artsen voor verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6), de beroepen in de geestelijke gezondheid (deelrapport 7, gepubliceerd 2015) en de beroepen Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO, deelrapport 8).

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen zijn in 2015 aangepast en verruimd. De doelstellingen zijn als volgt omschreven:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. Advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse medische profiel- en vervolgopleidingen en de tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de daarvoor noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Deze ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als advies voor de overheid en het veld beschouwd kunnen worden. Overheid en veld moeten binnen deze bandbreedte een finale keuze maken. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiëncymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie om onze ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en met sommige landen zelfs te vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties^{1,2}.

¹ Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert meetings' en klankbordsessies. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vullen ieder 9 zetels in. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan sinds 1999 volledig.

1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen. Deze beperkten zich tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, ook geleidelijk ingezet op aanverwante terreinen.

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS vanaf 2008 tot 2013 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en vervolgens gemonitord.
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS heeft van deze adviezen gebruik gemaakt in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen, met name voor de klinische neuropsychologie en verpleegkundig specialist GGZ.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren.³ Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld in verband met de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon met de bestaande methodieken. Het eerste advies met bijbehorende ramingen voor de FZO beroepen is medio 2014 opgeleverd. Vanaf dat moment is deze activiteit ook toegevoegd aan de structurele activiteiten van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Specifieke aandachtspunten specialisten ouderengeneeskunde

Specifiek voor het specialisme ouderengeneeskunde zijn de volgende aandachtspunten:

² Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf

³ Het betreft de beroepen anesthesiemedewerker, deskundige infectieziektepreventie, gipsverband meester, klinisch perfusionisten, operatieassistenten, radiologisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, dialyseverpleegkundigen, IC-kinderverpleegkundigen, IC-neonatologieverpleegkundigen, IC-verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, obstetrieverpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen.

1. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat sinds 1989. Het is een van de jongere specialismen in Nederland. De naam 'verpleeghuisarts' is per 15 juli 2009 gewijzigd in 'specialist ouderengeneeskunde'.
2. De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is in 2007 verlengd van 2 naar 3 jaar. De reden hiervoor was de inpassing in het curriculum van de voorheen zelfstandige opleiding sociale geriatrie.
3. Van de oorspronkelijke groep sociaal geriaters zijn er in 2016 nog 25 werkzaam in de ouderenzorg. Het merendeel van deze sociaal geriaters laat zich omscholen tot specialist ouderengeneeskunde. Vier van hen hebben al een dubbele registratie, als sociaal geriater én specialist ouderengeneeskunde.
4. Vanwege de vergrijzende bevolking en de toenemende zorgvraag onder ouderen zou iedere toekomstige arts in staat moeten zijn om ouderen te behandelen, ongeacht de gekozen specialiteit. Er is een gebrek aan kennis van en affiniteit met het specialisme ouderengeneeskunde onder geneeskundestudenten en basisartsen. Daarom is er de afgelopen jaren actief gewerkt aan een beter imago van het vak en betere randvoorwaarden. Voor de universiteiten ligt er een uitdaging: de curricula moeten aangepast worden om geneeskundestudenten meer basiskennis over ouderengeneeskunde mee te geven en hen gelegenheid te bieden kennis te maken met het specialisme ouderengeneeskunde tijdens de co-schappen. Ook in de vervolgopleidingen moet ouderengeneeskunde beter verankerd raken.
5. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de vervolgopleiding is licht dalend en ligt nu op 32 jaar.
6. Het specialisme ouderengeneeskunde bestaat niet in het buitenland. Instroom van specialisten ouderengeneeskunde uit het buitenland komt dus niet voor.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positie besproken die de ouderengeneeskunde inneemt in het zorgveld. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgopleidingen. Daarmee anticipeert het Capaciteitsorgaan op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In **hoofdstuk 3** staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005, de daarop volgende besluiten van VWS en de reacties van het veld. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2005. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de verschillende opleidingen aan de hand van beschikbare data. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2016 en 2017 en intern rendement.

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling/verandering van de zorgvraag van 1 januari 2016 tot 1 januari 2028 en 1 januari 2034. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid zijn pas merkbaar in 2022. De erkende vervolgopleiding in de ouderengeneeskunde duurt nominaal 3 jaar. Het advies van

het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS waarschijnlijk – na intern en extern overleg - in 2017 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2018. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn te verwachten vanaf 1 januari 2021. Er rest dan een ‘venster’ van 7 respectievelijk 13 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag voor de twee evenwichtsjaren 2028 en 2034.

In het model wordt voor de zorgvraag rekening gehouden met vier parameters. Eén daarvan is de huidige onvervulde vraag. De overige drie zijn de demografische effecten, de epidemiologische effecten en de sociaal-culturele effecten (waaronder beleid) op de toekomstige vraag naar zorg. Het Capaciteitsorgaan bestudeert daartoe relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevaart stakeholders en schakelt zo nodig op onderdelen externe experts in. Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in **hoofdstuk 5** aan bod. Een aantal karakteristieken wordt (naar geslacht) in dit hoofdstuk beschreven. Dit zijn onder meer de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, de werkzame beroepsbeoefenaren, het gemiddelde aantal fte en de uitstroom sinds 2005. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige uitstroom, gemiddelde fte en beschikbare uren.

In **hoofdstuk 6** worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze parameters beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Ook hiervoor geldt dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn.

Alle gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 worden voorgelegd aan de Kamer Specialist Ouderengeneeskunde, waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair vertegenwoordigd zijn. De Kamer bespreekt de voorgelegde gegevens en stelt de waarde(n) vast van alle parameters.

De gegevens uit hoofdstuk 3 tot en met 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de 2 evenwichtsjaren en de bijbehorende instroom in opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het opstellen van de scenario's gebeurt dus op cumulatieve wijze in **hoofdstuk 7**.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan meestal buiten beschouwing gelaten, omdat het zeer onwaarschijnlijk is. Het **demografiescenario** houdt rekening met de bestaande onvervulde vraag en met de consequenties die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Vervolgens worden

daar overheen twee **werkprocessscenario's** gelegd, waarin de andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden zijn meegenomen. Dit zijn de verwachte effecten, op basis van de laagst ingeschatte waarden, van epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Vanwege de onzekerheden in deze verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden (tijdelijke trend), terwijl in het andere scenario (met doorlopende trend) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd. Daarna wordt in de twee **arbeidstijdveranderingsscenario's** het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Ten slotte wordt dit scenario aangevuld met twee **verticale substitutiescenario's**, waarin de (extra) effecten, op basis van de laagst ingeschatte waarde, van verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit als trend worden berekend voor een periode van 10 jaar en voor een onbeperkte periode.

In deze zeven scenario's wordt telkens geraamd aan de hand van de laagst ingeschatte waarden in de bandbreedtes die de experts in de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde voor een aantal parameters hebben vastgesteld. De gedachte daarbij is dat sommige van deze ontwikkelingen zich helemaal niet zullen voordoen, terwijl andere wellicht een groter effect zullen hebben dan in de conservatieve aanname verondersteld werd. Dat de parameters op hun hoogst ingeschatte waarde zullen gaan doorwerken, is minder waarschijnlijk maar niet onmogelijk. Daarom worden ten slotte ook twee **maximale parameterwaardenscenario's** berekend, waarbij alle parameters op de hoogste waarde in de bandbreedte zijn gesteld, ook nu weer een keer met een werkingsduur van 10 jaar en een keer met een werkingsduur voor onbeperkte tijd. Op deze manier ontstaat een overzicht van de ontwikkelingen gevat in negen verschillende scenario's (het basisscenario is niet meegeteld).

Ten slotte worden in **hoofdstuk 8** de belangrijkste beleidsontwikkelingen nog eens geïnventariseerd met de daarbij horende onzekerheden. Dit leidt tot een keuze voor de twee meest waarschijnlijke scenario's en twee bijbehorende instroomadviezen. Het Capaciteitsorgaan beschouwt deze twee instroomadviezen als de bandbreedte van het advies dat vervolgens wordt aangeboden aan de minister van VWS en het veld. Daarbij spreekt het Capaciteitsorgaan soms ook een voorkeur uit voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies.



2 Positionering specialist ouderengeneeskunde

2.1 Ontwikkeling van het specialisme

De verpleeghuisgeneeskunde is in Nederland sinds 1989 een erkend medisch specialisme. De naamgeving voor het specialisme verpleeghuisgeneeskunde en de te voeren titel verpleeghuisarts voldeden steeds minder door de toenemende extramurale activiteiten. Begin 2009 heeft de minister van VWS ingestemd met een wijziging van de naamgeving in 'specialisme ouderengeneeskunde' en 'specialist ouderengeneeskunde'. Overigens gaat het, naast de zorg voor ouderen, ook om de zorg voor een beperkt aantal jongere patiënten die deels voor revalidatie en deels vanwege chronische, meestal meervoudige, complexe aandoeningen de zorg van de specialist ouderengeneeskunde nodig hebben.

De afgelopen jaren heeft het werkgebied van specialisten ouderengeneeskunde zich uitgebreid naar satellieten van verpleeghuizen in verzorgingshuizen (verpleegunits), hospices en transferafdelingen van ziekenhuizen. Sinds 2011 werken specialisten ouderengeneeskunde niet alleen meer in loondienst van verpleeghuizen. Zij vestigen zich nu ook als zelfstandig werkend specialist of werken via zelfstandig georganiseerde samenwerkingsverbanden of behandelcentra. Als gevolg van het extramuraliseringsbeleid van het ministerie van VWS zijn de verzorgingshuizen verdwenen, zijn de criteria voor opname in een verpleeghuis aangescherpt en wonen ouderen zo lang mogelijk thuis. Daardoor groeit de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde die een consultatieve functie vervullen of als hoofdbehandelaar fungeren voor ouderen in de eerstelijnszorg. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor extramurale behandeling heeft in de afgelopen paar jaar praktische financieringsproblemen gekend. Onlangs maakte het ministerie van VWS bekend dat nog in 2016 de regeling voor bekostiging van de extramurale behandeling wordt aangepast.⁴ Daarmee wordt het gemakkelijker voor specialisten ouderengeneeskunde om buiten de verpleeghuizen te werken, bijvoorbeeld bij huisartsenpraktijken en gezondheidscentra of direct bij kwetsbare ouderen thuis. De beroepsvereniging Verenso juicht deze ontwikkeling toe. Zij bepleitte in haar beleidsplan van 2007 al dat de specialist ouderengeneeskunde complexe zorg moet kunnen bieden in alle (verblijf)situaties van kwetsbare ouderen en chronisch zieken.

De toenemende behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde buiten de verpleeghuizen komt ook door de verbreding van het specialisme. De zelfstandige opleiding sociale geriatrie is beëindigd. Delen van deze opleiding zijn geïmplementeerd in de verlengde opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor trekken nu ook GGZ-instellingen specialisten ouderengeneeskunde aan. Tijdens de opleiding kan de aios ook een keuzestage ambulante psycho-geriatrie volgen bij een GGZ-instelling. Daardoor wordt de drempel verlaagd om daar later ook te gaan werken.

In 2007 is in opdracht van het Capaciteitsorgaan een onderzoek uitgevoerd naar de toekomst van de medische zorg voor ouderen.⁵ In het rapport zijn vier toekomstscenario's geschetst, met het oog op

⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 8 juli). *Kamerbrief over zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/07/08/kamerbrief-over-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>

⁵ Vulto, M., & Koot, J. (2007). *Medische ouderenzorg in de toekomst: Anticiperen op ziekte en welbevinden*. Geraadpleegd op 26 juli 2016 op <http://www.marijvulto.nl/wp-content/uploads/2604-Ouderenzorg-samenvatting.pdf>

de inhoud, organisatie en noodzakelijke capaciteit van de medische beroepen in de ouderenzorg in 2020. Twee van die scenario's zijn voornamelijk georiënteerd op het behandelen van ziekten bij ouderen, de twee andere richten zich op het bevorderen van het welbevinden van ouderen. Twee scenario's gaan uit van een hogere mate van overheidsregulering van de zorg, twee scenario's houden rekening met meer gedecentraliseerde en privaat bepaalde zorg. In alle vier de scenario's wordt rekening gehouden met grote veranderingen in traditionele lijnorganisaties zoals huisartsenpraktijken, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Het rapport stelt dat het soort opleiding van artsen en de gewenste competenties in de toekomst niet meer zozeer gekoppeld zullen zijn aan de uiteindelijke werklocatie maar veel meer beïnvloed zullen worden door de complexiteit van de benodigde zorg.

Anno 2016 lijken deze voorspellingen juist te zijn geweest. De tendens is dat de wensen en het welbevinden van de patiënten voorop staan in de zorgsector. De zorg is sterk gedecentraliseerd en multidisciplinair georganiseerd op gemeentelijk en wijkniveau. Het beleid is erop gericht dat ouderen zoveel mogelijk zelf de regie over hun leven en gezondheid voeren, zolang mogelijk thuis wonen, gebruik maken van hulp uit hun sociale netwerk en het inschakelen van professionele hulp zoveel mogelijk beperken. De specialist ouderengeneeskunde is in alle scenario's de expert die complexe medische problemen en zorgvragen behandelt, ongeacht waar de oudere patiënt zich bevindt. Hij werkt daarbij samen met andere artsen en zorgprofessionals. De volgende paragraaf geeft een overzicht van deze aanverwante beroepen in de ouderenzorg.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

Het werkterrein van de specialist ouderengeneeskunde overlapt met dat van drie andere medisch specialisten: de internist met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde, de klinisch geriater en de huisarts, al dan niet met de 'kaderopleiding ouderengeneeskunde'. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) geeft aan dat 62 internisten geregistreerd zijn voor de differentiatie ouderengeneeskunde; 14 internisten zijn in opleiding voor deze differentiatie (persoonlijke communicatie, 25 juli 2016). Bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) staan op dit moment 265 klinisch geriaters geregistreerd (persoonlijke communicatie, 1 juli 2016).

Momenteel zijn er 112 huisartsen geregistreerd als kaderhuisarts ouderengeneeskunde.⁶ Naast hun werk in de eigen huisartsenpraktijk besteden zij ongeveer acht uur per week aan de advisering over en uitvoering van de gestructureerde aanpak van zorg aan ouderen. Daarbij staan inhoudelijke verdieping en organisatorische kwaliteitsverbetering centraal. Inmiddels is er landelijk steeds meer aandacht voor de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. De kaderopleiding 'specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns' stimuleert de specialist ouderengeneeskunde zijn kennis en vakmanschap daar te brengen waar die nodig is, onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt. Eind 2015 waren er 30 specialisten ouderengeneeskunde

⁶ Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) onderhoudt het register kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt>

opgeleid tot kaderarts eerstelijns.⁷ In het register van Verenso staan op dit moment 13 kaderartsen eerstelijnszorg geregistreerd.⁸

Naast deze disciplines, die horizontale substitutiemogelijkheden bieden, kent het specialisme ouderengeneeskunde ook de mogelijkheid tot verticale taakherschikking. De verpleegkundig specialist is steeds vaker actief in de ouderenzorg. In 2010 ging het nog om een bescheiden aantal van ongeveer 45. In 2012 waren er 117 geregistreerde verpleegkundig specialisten en 12 physician assistants werkzaam in de ouderenzorg. In 2016 zijn deze aantallen gegroeid naar respectievelijk 303 en 38.^{9, 10} De rol van verpleegkundig specialisten en physician assistants kan variëren tussen medebehandelaar, docent en begeleider van verpleegkundigen/verzorgenden en expert in werkgroepen voor kwaliteitsbeleid en scholing. Verder is er in zorginstellingen een rol weggelegd voor praktijkverpleegkundigen en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving.

In het eerder genoemde onderzoek naar medische ouderenzorg in de toekomst worden vier beroepsgroepen benoemd die een rol zullen spelen in de zorg voor ouderen. Deze beroepen zijn inmiddels ook daadwerkelijk werkzaam:

1. *de eerstelijns expert ouderengeneeskunde* die binnen een huisartsvoorziening speciale aandacht heeft voor ouderen; deze is vergelijkbaar met de kaderhuisarts ouderengeneeskunde.
2. *de basisspecialist met expertise op het gebied van ouderengeneeskunde en ouderenzorg*, die zich concentreert op complexe zorg, waarbij de medische problemen niet te ingewikkeld zijn; hierbij valt te denken aan de verpleegkundig specialist en de physician assistant, maar ook aan de hbo-verpleegkundige.
3. *de medisch specialist ouderengeneeskunde*, de expert die gecompliceerde medische problemen en complexe zorgvragen aankan; hierin herkennen we de specialist ouderengeneeskunde, maar dit zouden ook de internist ouderengeneeskunde of de klinisch geriater kunnen zijn.
4. *overige medische specialisten*, zoals orgaan- of chirurgische specialisten, die hun eigen taken blijven uitvoeren maar wel kennis moeten hebben over specifieke medische problematiek bij ouderen. Dit laatste is een punt waarvoor in de afgelopen jaren veel aandacht is gevraagd door patiënten, door medisch specialisten zelf en door artsen en specialisten in opleiding. In de volgende paragraaf komt dit nader aan bod.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in 2010 een standpunt ingenomen over hoe de zorg aan kwetsbare ouderen optimaal ingericht kan

⁷ Leids Universitair Medisch Centrum (28 september 2015). *Afgestudeerd aan de kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde eerste lijn [nieuwsbericht]*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.lumc.nl/org/phleg/nieuws/2015/september/afgestudeerd-kaderopleiding-specialist-ouderengeneeskunde-eerstelijns/>

⁸ Verenso (2016). Register kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://www.verenso.nl/ouderengeneeskunde/kaderartsen/SearchForm?Surname=&Regio=&Instelling=&Specialisme=5&Search=Search&SurnameSort=asc&RegioSort=asc&InstellingSort=asc&action_results=Zoeken

⁹ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

¹⁰ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

worden.¹¹ De juiste taakverdeling en samenwerking tussen de medische disciplines in de ouderenzorg is daarbij cruciaal. De KNMG vindt dat de specialist ouderengeneeskunde de huisarts intensief moet ondersteunen bij de zorg aan kwetsbare ouderen thuis. Het is de bedoeling dat de specialist ouderengeneeskunde de huisarts aanvult bij zijn (te ontwikkelen) proactieve werkwijze. Belangrijk daarbij zijn het opsporen van kwetsbaarheid en regelmatige screening en monitoring. Voorwaarde hiervoor is dat de specialist ouderengeneeskunde een veel groter aantal extramurale patiënten gaat behandelen. In paragraaf 2.1 staat al dat deze ontwikkeling in de afgelopen jaren beperkt is door met name financiële belemmeringen voor de extramurale inzet van specialisten ouderengeneeskunde. Nog in 2016 valt er een verbetering in deze situatie te verwachten.

Ziekenhuizen moeten volgens het KNMG-standpunt werken met 'zorgpaden' voor kwetsbare ouderen, met een geriatrisch team als een van de kernelementen. De specialist ouderengeneeskunde kan als consulent deelnemen aan dit geriatrische team vanwege zijn rol in de geriatrische revalidatiezorg. Ook moet er een in klinische ouderenzorg gespecialiseerde arts zijn als aanspreekpunt voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Deze medisch specialist met geriatrische competenties behandelt de oudere patiënt vanuit een integrale visie op gezondheid en functiebehoud. Vaak betreft het klinisch geriaters en internisten ouderengeneeskunde.

Er is nog weinig aandacht voor ouderen in de medische opleidingen, terwijl het aandeel ouderen onder de bevolking groeit en alle medisch specialisten steeds vaker oudere patiënten zien. Het College Geneeskundig Specialismen (CGS) van de KNMG is van mening dat alle medisch specialisten (basis)kennis van de ouderengeneeskunde moeten hebben. Ook vindt het CGS dat zij zich moeten bekwamen in de competenties die belangrijk zijn in de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Het College is eind 2012 het project 'Ouderenzorg in de opleiding' gestart. Het doel van het CGS-project is om ouderenzorg in alle medische vervolgoopleidingen te verankeren. Specialismen die geen oudere patiënten kennen, zoals kindergeneeskunde, zijn hiervan uitgezonderd. Als resultaat van dit project zijn twee online cursussen ontwikkeld over de specifieke zorg aan kwetsbare ouderen: een over het perioperatieve proces en een tweede over de beschouwende diagnostiek en behandeling bij kwetsbare ouderen.¹² De cursussen zijn bedoeld voor basisartsen, aios en medisch specialisten.

De Leyden Academy on vitality and ageing ontwikkelde een leidraad voor medische faculteiten om meer basiskennis over ouderengeneeskunde in het geneeskundecurriculum op te nemen.¹³

De specialist ouderengeneeskunde heeft te maken met een aantal ondersteunende disciplines. Taakherschikking en taakdelegatie bieden goede mogelijkheden om het werk van de specialist ouderengeneeskunde inhoudelijk aantrekkelijker te maken en efficiënter in te richten. Het inzetten van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants kan de werkdruk van de

¹¹ Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>

¹² College Geneeskundig Specialismen (2015). *Project ouderenzorg – online course*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/themas-projecten/project-ouderenzorg/online-course.htm>

¹³ Heemskerk, H., Bodegom, D. van, M. van der, & Westendorp, R. (2015). *Basiscompetenties ouderengeneeskunde voor basisartsen*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://www.leydenacademy.nl/UserFiles/file/Rapport_Basiscompetenties_Ouderengeneeskunde_2014_HR.pdf

specialist ouderengeneeskunde verlagen, terwijl het aantal behandelde cliënten per specialist toch hoger wordt.¹⁴ Verpleeghuizen hebben echter steeds meer moeite om hoger opgeleide verpleegkundigen aan te trekken en te behouden. Dit blijkt uit het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn van Kiwa Carity en het CAOP.¹⁵ Uit dit onderzoek en uit cijfers van brancheorganisatie ActiZ blijkt dat van alle medewerkers in de ouderenzorg maar 5% hbo-verpleegkundige is.^{15, 16} Tegelijkertijd krijgt de verschuiving van activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde naar de verpleegkundig specialist en de physician assistant wel meer vorm. In 2012 waren er 117 verpleegkundig specialisten in de ouderenzorg werkzaam, in 2016 is dit aantal toegenomen tot 303.¹⁷ Het aantal physician assistants in de ouderengeneeskunde groeide in diezelfde periode van 12 naar 38.¹⁸ Tabel 1 laat zien dat de verhouding van het aantal fte verpleegkundig specialisten op het aantal fte specialisten ouderengeneeskunde in 2012 ongeveer 8% was; in 2016 is dit 16,5%, een toename van bijna 9%. Er zijn maar weinig specialismen waar naar verhouding zo veel verpleegkundig specialisten werken.

Tabel 1: Ontwikkeling verhouding aantal fte verpleegkundig specialisten en aantal fte geneeskundig specialisten per specialisme(cluster) in periode 2012-2016

	Aantal fte werkzame VS 2016	Verhouding aantal fte VS per 100 fte gen. specialisten 2016	Verhouding aantal fte VS per 100 fte gen. specialisten 2012	Ontwikkeling 2012-2016
Ouderengeneeskunde	214	16,5	7,7	8,8%
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	34	17,8	12,2	5,6%
Medische specialismen	1.199	8,0	5,0	3,0%
Huisartsgeneeskunde	149	1,7	1,1	0,6%
Sociale geneeskunde	-	-	-	-

Bron: Kiwa Carity en Capaciteitsorgaan 2013 en 2016

Voor physician assistants lag de verhouding met het aantal fte specialisten ouderengeneeskunde op 2,5% in 2016 tegen 0,9% in 2012. Ook dat aandeel groeit dus. Het aandeel physician assistants in de ouderenzorg is wel aanzienlijk kleiner dan het aandeel verpleegkundig specialisten.

¹⁴ Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.

¹⁵ Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.

¹⁶ ActiZ (2016). *Infographic werken in de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 27 juli 2016 op <http://www.actiz.nl/infographic/>

¹⁷ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

¹⁸ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.



3 Opleiding

3.1 Inleiding

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde duurt 3 jaar bij het doorlopen ervan in een voltijds dienstverband. Dit staat in het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Tot 2007 duurde de opleiding 2 jaar. Daarna is de opleidingsduur met een jaar verlengd in verband met de integratie van de opleidingen sociale geriatrie en verpleeghuisarts. Op basis van bewezen competenties kunnen artsen (zoals sociaal geriaters) ook de opleiding in 1 of 2 jaar volgen. Hetzelfde geldt voor herintreders. Aan aios die eerder als basisarts in een verpleeghuis werkten, kan 3 tot 12 maanden aan vrijstelling worden toegekend. Daarnaast is er ook verkorting mogelijk voor het opleidingsdeel in het ziekenhuis of de ambulante stage.¹⁹ In de praktijk blijken de verkorte trajecten beperkt te zijn, ook omdat aios steeds jonger zijn bij aanvang van de opleiding en niet de vereiste ervaring hebben voor het verkrijgen van vrijstellingen.

De aios worden na centrale aanmelding bij SOON (Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland) decentraal geselecteerd door de gecertificeerde opleidingsinstituten. Vervolgens komen ze in dienst van de SBOH (Stichting Beroepsopleiding Huisartsen). Het cursorisch gedeelte van de opleiding wordt verzorgd door drie opleidingsinstituten: het VUmc in Amsterdam, het LUMC in Leiden en het Radboud UMC in Nijmegen.

3.2 Adviezen tot en met 2013

Het Capaciteitsorgaan heeft sinds het jaar 2000 acht adviezen uitgebracht over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. In 2000, 2001, 2003, 2005, 2008, 2010 en 2013 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 in 2008 geadviseerde tijdelijke extra instroom kon worden beoordeeld.

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 in 2002 en 2003 12 aios extra te gaan opleiden. In 2003 is geadviseerd terug te gaan naar een jaarlijkse instroom van 90 aios. In het Capaciteitsplan 2005 luidde het advies om de jaarlijkse instroom vanaf 2006 structureel te verhogen naar 96 aios.

Ook in de Capaciteitsplannen na 2005 is steeds een hogere instroom van aios geadviseerd. 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 adviseerde het Capaciteitsorgaan om incidenteel 26 aios extra te laten instromen. Dit omdat in 2007 de verlenging van de opleiding van 2 naar 3 jaar in werking trad voor 50 van de 88 aios. De incidentele extra instroom was nodig om de teruggang te compenseren in de aflevering van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde uit de

¹⁹ Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (2015). Vrijstellingsregeling bijlage 1. Geraadpleegd op 22 augustus 2016 op https://www.soon.nl/images/20150826_bijlage_1_vrijstellingsregeling.pdf

overgangslighting 2007. In het advies is de tijdelijke extra instroom verdeeld over de jaren 2009 en 2010, elk met 13 extra plaatsen.

In 2009 is in een tussentijds advies aan de minister geadviseerd om vanaf 2011 de structurele instroom te verhogen van 99 naar 102 aios. De belangrijkste reden voor deze verhoging was dat de gerealiseerde instroom vanaf 2007 lager bleek te zijn dan geadviseerd.

In 2010 is aan de minister geadviseerd om vanaf 2012 de structurele instroom te verhogen van 102 naar 109 aios. Dit gezien het feit dat de daadwerkelijke instroom al jaren achterbleef bij de gewenste instroom. Daarnaast werd geadviseerd om de instroom in de opleiding tot verpleegkundig specialist chronische zorg te verhogen met 36 plaatsen om op die manier de mogelijkheden van verticale substitutie van zorg in een snel tempo te vergroten.

In 2013 constateerde het Capaciteitsorgaan dat er nog altijd te weinig opleidingsplaatsen waren gevuld, hoewel het imago van het beroep en de belangstelling ervoor leken te verbeteren. De experts gaven aan dat de hervormingen in de langdurige zorg grote impact zouden hebben op de ouderenzorg binnen en buiten de zorginstellingen en waarschijnlijk meer tijd en inzet van specialisten ouderengeneeskunde zouden vergen, maar het was onduidelijk hoe snel de veranderingen zouden doorzetten. Aan de andere kant zouden de toenemende zelfvoorzienendheid van ouderen en de opkomst van e-healthtoepassingen de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde kunnen doen afnemen. Ook was het niet zeker of de verticale substitutie voldoende op gang zou komen. In 2013 adviseerde het Capaciteitsorgaan daarom met ingang van 2015 een structurele jaarlijkse instroom van 120 tot 128 aios.

3.3 Besluiten tot en met 2015

In de periode tot 2006 werden de vervolgopleidingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten (met uitzondering van de vervolgopleiding tot huisarts en de sociaal geneeskundige opleidingen). Er bestond geen centrale regie op de besluitvorming over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Sinds 2008 worden alle medisch erkende vervolgopleidingen centraal gesubsidieerd door het Opleidingsfonds dat gefinancierd wordt met belastinggelden. Dit fonds was tot 2013 een onderdeel van VWS. Hierbij maakt de specialist ouderengeneeskunde deel uit van de zogenoemde 2e tranche. Vanaf 2013 betaalt de NZa vanuit premiegelden via het Zorginstituut Nederland (ZIN) de erkende medische vervolgopleidingen die onder de Zorgverzekeringswet of de Wlz (tot 2015 AWBZ) vallen, zoals de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en tot AVG.

De minister heeft in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2008 het advies van het Capaciteitsorgaan voor het specialisme ouderengeneeskunde integraal overgenomen. In 2009 en 2010 werd een maximale instroom van 112 aios gesubsidieerd. Het tussentijds advies uit 2009 is door de val van het kabinet formeel niet behandeld. Wel is de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde voor 2011 in de 2e tranche van het Opleidingsfonds vastgelegd op 102 plaatsen, conform het tussentijds advies van het Capaciteitsorgaan uit 2009. Het advies van 2010 om de instroom te verhogen naar 109 plaatsen vanaf 2012 is overgenomen. In het Capaciteitsplan 2013 is geadviseerd de instroom structureel te verhogen naar 120 tot 128 aios met ingang van

2015. Het ministerie van VWS heeft in juni 2014 besloten het maximumadvies aan te houden, wat het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen vanaf 2015 op 128 heeft gebracht.²⁰ Voor het ‘tussenjaar’ 2014 heeft VWS het minimumadvies van het Capaciteitsorgaan voor 2015 aangehouden als te subsidiëren aantal opleidingsplaatsen, te weten 120.²¹

3.4 Realisatie instroom tot en met 2015

In tabel 2 staat de ontwikkeling van de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde sinds 2005.

Tabel 2: Instroom in de opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2005

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Advies CO	90	96	96	96	112	112	102	109	109	109	128
Besluit VWS	-	-	-	-	112	112	102	109	109	120	128
Instroom**	96	91	88*	86	88	77	88	87	109	118	111
Totaal aantal aios**	201	200	184	162	187	209	236	245	274	317	345
% vrouwen van totaal aantal aios	72%	66%	68%	68%	79%	76%	76%	75%	78%	80%	81%

CO = Capaciteitsorgaan

* waarvan 38 aios nog de tweejarige opleiding volgden

** per 31 december van het betreffende jaar

Bron: RGS, 29 januari 2016

In 2005 werd een instroom van 96 aios gerealiseerd. Deze instroom was hoger dan het Capaciteitsorgaan adviseerde, wat is terug te voeren op de niet gerealiseerde instroom uit eerdere jaren. De instroom daalde vanaf 2006 tot onder het advies van het Capaciteitsorgaan en de toekenning door VWS en bleef steeds verder dalen. In 2009 werd 23% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit niet benut. In 2010 was dat zelfs 31%. In 2011 en 2012 ging het wel beter, maar bleef toch nog 20% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit onbenut. In 2013 is voor het eerst in jaren de volledige opleidingscapaciteit benut. In 2014 zijn 118 aios gestart. Daarmee ligt het aantal instromers net onder het aantal waarvoor door VWS financiering beschikbaar was gesteld (120). Onder die instromers zijn 11 sociaal geriateren die eind 2014 voor de opleiding zijn ingeschreven. Zij zijn in de gelegenheid gesteld om via een verkort programma hun titel als specialist ouderengeneeskunde te behalen, omdat de sociale geriatrie geen officieel erkend medisch specialisme is en sociaal geriateren na de herzieningen in de GGZ geen hoofdbehandelaar meer mogen zijn. (Zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 5.2.3.2). In 2015 startten 111 aios met de opleiding, terwijl het toegestane aantal opleidingsplaatsen op 128 lag; 13% van de opleidingscapaciteit is

²⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 12 juni). *Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2013*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidsbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/documenten/brief/2015/11/17/capaciteitsplan-2013-voor-de-medische-tandheelkundige-klinisch-technologische-en-psychologische-vervolgopleidingen>

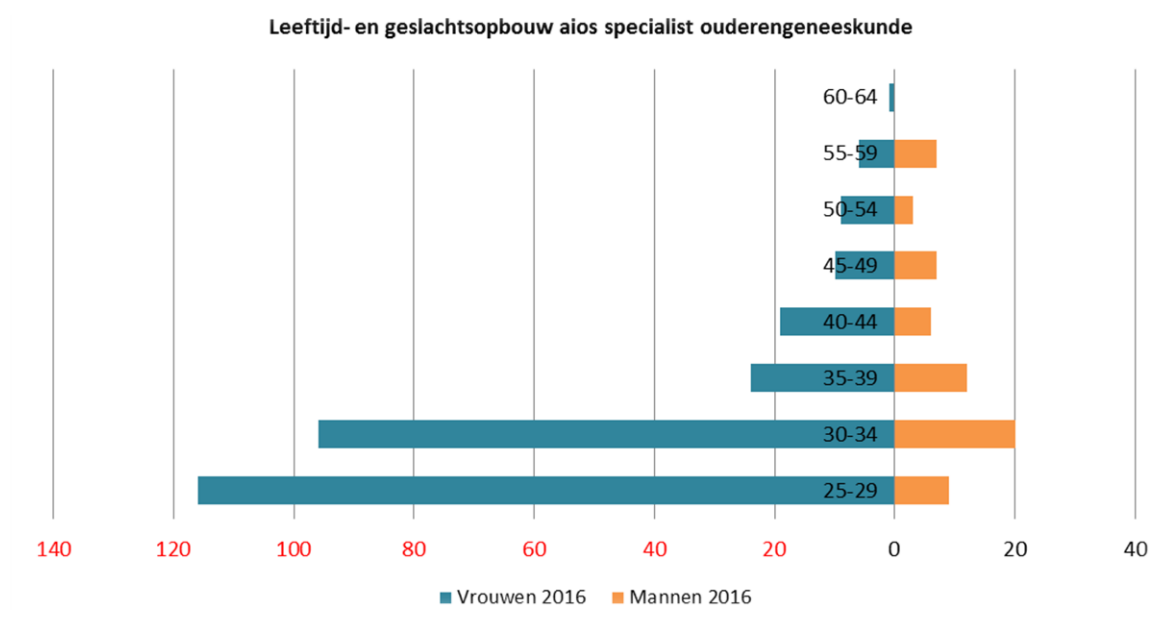
²¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 17 november). *Verdeelplan 2014 beschikbaarheidsbijdrage*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidsbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/documenten/brief/2014/11/17/verdeelplan-2014-beschikbaarheidsbijdrage>

daarmee niet benut, een teken dat het specialisme nog steeds te kampen heeft met onvoldoende aantrekkingskracht.

Het totale aantal specialisten ouderengeneeskunde in opleiding is groeiende: per einde 2015 waren er 345 aios. Het saldo van het totaal aantal aios wordt bepaald door de instroom van nieuwe aios en het aantal aios dat de opleiding succesvol afrondt of tussentijds afbreekt. (Zie tabel 4 in paragraaf 3.5.) Het aantal aios werd per 31 december 2009 voor het eerst beïnvloed door de verlenging van de opleidingsduur van 2 naar 3 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. In 2015 waren er 21 studenten die voortijdig stopten met de opleiding. (Zie paragraaf 3.5.)

Het percentage vrouwen in de opleiding blijft stijgen en ligt nu op 81%. De leeftijd- en geslachtsopbouw van de aios is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: Leeftijd- en geslachtsopbouw artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde per 1 januari 2016*



Bron: RGS, 29 januari 2016

***daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar**

De figuur laat zien dat jonge, vrouwelijke aios een groot aandeel vormen: 68% van het totaal aantal aios behoort tot de groep vrouwen in de leeftijd van 25 tot 40 jaar. Het percentage vrouwen in de jongste leeftijdscategorie is 34% van het totaal aantal aios; dat is meer dan het totaal percentage mannen in alle leeftijdsgroepen, dat minder dan 20% is.

Recent onderzoek van Kiwa Carity (2016) onder pas afgestudeerde basisartsen toont aan dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in populariteit aan het toenemen is.²² In dit onderzoek geeft 2,6% van de basisartsen aan dat het specialisme ouderengeneeskunde hun eerste voorkeur voor een opleidingsplaats heeft; voor 5,4% van de basisartsen is dit specialisme de tweede voorkeur. In hetzelfde onderzoek uit 2012/2013 benoemde slechts 1,7% van de responderende basisartsen het specialisme ouderengeneeskunde als eerste voorkeur; voor 2,7% was de opleiding toen de tweede voorkeur. In 2009 lagen de cijfers met respectievelijk 1,6% en 2,7% op vrijwel hetzelfde niveau als in 2013.²³

Van de bevroegde basisartsen in 2016 heeft 2,6% van de artsen tot 30 jaar belangstelling voor het specialisme ouderengeneeskunde; in de leeftijdscategorie 30-40 jaar is dat 3,9%. Geen van de respondenten van 40 jaar of ouder wil specialist ouderengeneeskunde worden. In het eerdere onderzoek in 2013 was het juist de groep artsen boven de 40 jaar die het grootste aandeel bevatte met een voorkeur voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde: 12,7%. In de leeftijdscategorie tot 30 jaar was dit destijds 1,4% en onder basisartsen van 30 tot 40 jaar 3%. De affiniteit met het specialisme ouderengeneeskunde lijkt dus te verschuiven van de oudere, al dan niet gespecialiseerde artsen, naar de jongere (basis)artsen. Dit wordt ondersteund door de data van de RGS. Uit die gegevens is namelijk af te leiden dat er een dalende trend is in de gemiddelde leeftijd van de aios bij de start van de opleiding en in de gemiddelde leeftijd van de volledige groep specialisten ouderengeneeskunde in spé. Tabel 3 laat dit zien.

Tabel 3: Gemiddelde leeftijd van aios specialist ouderengeneeskunde 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gem. leeftijd aios bij start opleiding	36	36	35	34	32 (*34)	-
Gem. leeftijd totale groep aios	35	36	36	36	34 (*35)	33 (*34)

*inclusief sociaal geriaters

Bron: RGS (gemiddelde leeftijd bij start opleiding in 2015 niet aangeleverd)

De instroomcijfers vanaf 2013 (tabel 2) lijken erop te wijzen dat het beroep specialist ouderengeneeskunde de laatste jaren iets populairder is dan in de jaren daarvoor. De inspanningen van Verenso en SOON voor de imagoverbetering van het beroep werpen langzamerhand hun vruchten af. De hoge mate van maatschappelijke aandacht voor de ouderenzorg vanwege de vergrijzing en de stelselwijziging van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 draagt daar wellicht ook aan bij. Ouderengeneeskunde wordt als 'vakgebied van de toekomst' aantrekkelijker voor basisartsen. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat het aantal werkzoekende basisartsen in de afgelopen jaren is gestegen, terwijl het aantal beschikbare banen voor basisartsen is afgenomen. Basisartsen die zich willen specialiseren kunnen ook minder gemakkelijk terecht bij de opleiding van hun voorkeur. Sommigen van hen kiezen daarom eerder voor een minder populaire opleiding, zoals die tot specialist ouderengeneeskunde, omdat daar wel plaats is.

²² Velde, F. van der, Wieringa, M. (2016). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012*. Utrecht: KIWA Carity.

²³ Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, I., & Kwartel, A. van der (2013). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2012/2013*. Utrecht: Kiwa Carity.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter instroom gemiddeld (over de laatste drie jaar) veranderd van 88 (in het Capaciteitsplan 2013) naar **113**. De parameter instroom opleiding laatste jaar wordt veranderd van 86 (in het Capaciteitsplan 2013) naar **111**. De parameter percentage vrouwen stond in de afgelopen drie Capaciteitsplannen stabiel op 75% maar stijgt nu naar **81%**.

3.5 Intern rendement

In de vorige paragraaf is aangegeven dat de belangstelling voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde toeneemt. Voor de opleiding betekent een groter aanbod van potentiële aios dat er strenger geselecteerd kan worden. Dit kan op den duur bijdragen aan minder uitvallers en daarmee aan een hoger intern rendement in het ramingsmodel.

Tabel 4: Afbreken van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal aios dat opleiding heeft voltooid*	79	89	80	78	49	35	48	62	58	57	59
Aantal aios dat tussentijds afbreekt*	16	11	15	14	24	14	13	17	22	17	21
Totaal aantal aios*	201	200	184	162	187	209	236	245	274	317	345
Uitvalpercentage	8,0%	5,5%	8,2%	8,6%	12,8%	6,7%	5,5%	6,9%	8,0%	5,4%	6,1%
Benadering intern rendement in %	92%	95%	92%	91%	87%	93%	94%	93%	92%	95%	94%

Bron: RGS, 29 januari 2016

*daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Het idee achter het gebruik van het interne rendement als parameter in het ramingsmodel is dat er op voorhand meer mensen moeten beginnen met een opleiding dan dat er uiteindelijk aan afgestudeerden nodig zijn, omdat er gedurende het opleidingstraject uitval plaatsvindt. Aangezien het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohort aios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen, wordt als vroege indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de jaarlijkse uitval.

Tabel 4 laat zien hoeveel aios de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met succes afronden en hoeveel er jaarlijks uitvielen volgens de registraties van de RGS. In 2015 leidt dat tot een uitvalpercentage van 6%. Het jaarlijkse uitvalpercentage varieerde in de jaren 2005 – 2015 tussen de 5,4% en 12,8% en lag gemiddeld op 7,4%. Dat is een hoge uitval ten opzichte van andere opleidingen, zoals die van de huisartsgeneeskunde waar de gemiddelde jaarlijkse uitval ongeveer 2% bedraagt van het totale aantal aios.

Sinds 2007 berekent het NIVEL voor het Capaciteitsorgaan het interne rendement van de opleidingen tot medisch specialist. Het NIVEL baseert de verwachting voor de toekomst op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij het recente verleden zwaarder weegt dan het verder weg gelegen verleden. De rekenmethode behelst het gebruik van de hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar, minus een correctie voor de 'nuldejaarsuitval' in de afgelopen 5 jaar. De hoogst waargenomen uitval per 5-jaarscohort in de afgelopen 15 jaar geeft een redelijk stabiele en realistische inschatting op basis van de totale uitval. Daarbij wordt op deze wijze de uitval eerder iets overschat dan onderschat, omdat een te lage instroom in de opleiding door het Capaciteitsorgaan als een groter risico wordt gezien dan een te hoge instroom. Een tekort aan specialisten wordt namelijk maatschappelijk gezien erger gevonden dan een overschot. Verder wordt de parameter met deze rekenwijze niet te veel afhankelijk van toevallige variaties. Omdat de uitstroom die plaatsvindt gedurende hetzelfde kalenderjaar als dat men instroomt (nuldejaarsuitval) meteen vervangen mag worden, hoeft deze niet meegenomen te worden in de verwachting voor het interne rendement. Daarom wordt gecorrigeerd voor de nuldejaarsuitval van het meest recente 5-jaarscohort. Per specialisme gaat het meestal om een nuldejaarsuitval van 1 tot 3%. Dat geldt ook voor de ouderengeneeskunde: de nuldejaarsuitval bij deze opleiding in 2010-2014 is 2,5%.²⁴

Het Capaciteitsorgaan gaat per specialisme uit van het maximale 5-jaarsgemiddelde uitvalpercentage van de voorgaande 15 jaar. Dit is een betrouwbaarder cijfer, dan wanneer we bijvoorbeeld zouden uitgaan van het uitvalpercentage in het laatste instroomjaar, zoals dat uit tabel 4 kan worden afgelezen. Voor dit Capaciteitsplan kijkt het Capaciteitsorgaan naar de instroomjaren 2000 tot en met 2014, waarvoor de stand is bepaald op 1 oktober 2015. Voor het specialisme ouderengeneeskunde komt het hoogste 5-jaarsgemiddelde aan uitval van de afgelopen 15 jaar uit op 23,8%. Het hoogste 5-jaarsgemiddelde minus de nuldejaarsuitval van de meest recente 5 jaar (2,5%) komt daarmee op 21,3%. Voor deze raming bedraagt het interne rendement dus afgerond **79%**. In het Capaciteitsplan 2013 werd een intern rendement van 81% gehanteerd.

Het NIVEL berekende dat de verwachte uitval op 19,3% ligt, uitgaande van de *laatst* waargenomen 5-jaarsuitvalpercentages bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Is de 'laatste' uitval lager dan de hoogst waargenomen uitval, dan kan dat duiden op een recente neerwaartse trend van uitval. Die trend is in de parameterwaarde voor het interne rendement nog niet zichtbaar. Het is dus van belang om te monitoren of de dalende uitval in de komende jaren doorzet of niet.

3.6 Conclusies

De instroom van aios lag in 2013 en 2014 dicht bij het door het Capaciteitsorgaan geadviseerde en door het ministerie van VWS toegestane aantal opleidingsplaatsen. In 2015 bleef het aantal startende aios echter weer meer achter op de benodigde instroom. Het percentage vrouwen in de opleiding is gestegen van 75% naar **81%**.

²⁴ De berekening van de percentages in deze paragraaf voerde het NIVEL uit op basis van de meest actuele gegevens van de RGS. De achtergrondinformatie over de methodiek en de berekening is te vinden in de interne notitie 'Resultaten actualisering interne rendement' (10 november 2015) die het NIVEL voor het Capaciteitsorgaan heeft opgeleverd.

Het percentage aios dat de opleiding tussentijds heeft afgebroken lag in de afgelopen jaren – in vergelijking met andere medische specialismen - vrij hoog. De populariteit van het specialisme stijgt voorzichtig. Dit bevordert de strengere selectie van aios. Daardoor zou de uitval in de komende jaren kunnen gaan dalen en het interne rendement dus gaan toenemen. In de huidige interne rendementsberekeningen is dat echter nog niet waar te nemen. In het Capaciteitsplan 2010 is een intern rendement van 80% gehanteerd. Voor het Capaciteitsplan 2013 werd een percentage van 81% als realistisch beschouwd. Voor het huidige Capaciteitsplan gaan we op basis van de recente berekeningen van het NIVEL uit van een intern rendement van **79%**.

In tabel 5 zijn de parameterwaarden voor 2016 voor het onderdeel 'opleiding' samengevat en worden zij vergeleken met de parameters in 2010 en 2013.

Tabel 5: Parameterwaarden opleiding

Onderwerp	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	85	88	113
Instroom opleiding laatste jaar	74	86	111
Percentage vrouwen in opleiding	75%	75%	81%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	80%	81%	79%

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor een gedegen advies over de wenselijke instroom in een vervolgopleiding is een zorgvuldige raming van de verwachte zorgvraag essentieel. Het Capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor als vertrekpunt de huidige zorgvraag, al dan niet gecorrigeerd voor een eventueel bestaande onvervulde zorgvraag. Vraag en aanbod worden uitgedrukt in absolute fte's, in dit geval van specialisten ouderengeneeskunde. Als basis van de vraag naar de specialist ouderengeneeskunde werd in beginsel uitgegaan van het aantal patiënten naar leeftijd en geslacht dat zorg van deze specialist kreeg. De gegevens kwamen uit de registraties van verpleeghuizen. Die namen het grootste gedeelte van de zorgvraag naar de specialist ouderengeneeskunde voor hun rekening. Deze gegevens vormden de basis van de zorgvraag. De op deze manier afgeleide zorgvraag werd dan geprojecteerd op de toekomst met standaard aanpassingen voor demografische invloeden. In 2013 was het voor het eerst mogelijk om gebruik te maken van gegevens van het CAK (Centraal Administratie Kantoor). Koppeling van de gegevens over toegekende zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de ouderenzorg aan de middenvariant van de bevolkingsprognose van het CBS (december 2012) leverde het toekomstige gebruik op wanneer alleen de demografische verandering een rol zou spelen. Die methode is ook in deze raming toegepast en heeft als uitkomst het 'beleidsarme' scenario. In de meeste andere scenario's gelden daarnaast namelijk ook sociaal-culturele en epidemiologische parameters die invloed kunnen hebben op de zorgvraag.

Eerst wordt de zorgvraag gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. De eventueel bestaande onvervulde vraag wordt uitgedrukt in een percentage van de huidige zorgvraag. Als de volledige vraag daardoor is vastgelegd, wordt de toekomstige vraag geraamd in diverse scenario's voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden eveneens in percentages verandering uitgedrukt. In dit hoofdstuk komen eerst aan de orde: de verwachte parameters voor de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Vervolgens komt de onvervulde vraag aan de orde. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies.

4.2 Demografie

De vooronderstelling bij vaststelling van deze parameter is dat de leeftijd- en geslachtsspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen. De totale zorgconsumptie kan wel veranderen door veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking. Ook apart benoemde wijzigingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters kunnen het zorggebruik beïnvloeden. (Zie bij paragraaf 4.3 en 4.4.)

Het Capaciteitsorgaan gebruikt in het Capaciteitsplan 2016 voor de demografische ontwikkeling dezelfde bron als in 2013: de ZZP-indicaties voor de ouderenzorg. Daarnaast is onderzocht of er data beschikbaar zijn over extramurale behandelzorg door de specialist ouderengeneeskunde. De aanwezige gebruiksgegevens hierover betreffen de periode 2012 – 2015.²⁵ De cijfers zijn echter nog

²⁵ Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.

onvoldoende betrouwbaar om meegenomen te kunnen worden in de berekeningen van huidige en toekomstige zorgconsumptie. De extramurale behandelen komt wel aan bod in paragraaf 4.4 en 6.4 bij de bespreking van de effecten van sociaal-culturele ontwikkelingen en taakverschuiving op de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Als indicator voor de huidige zorgconsumptie gaan we uit van de ZZP's 5-10 zoals die bij het CAK geregistreerd staan. De ZZP's zijn in te delen naar leeftijd en geslacht van de patiënten. Kiwa Carity heeft deze gegevens geanalyseerd en de specifieke zorgconsumptie gekoppeld aan de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2015). Zo wordt de verandering in de komende jaren naar leeftijd en geslacht berekend. Vermenigvuldiging met de gebruikscijfers levert het toekomstige gebruik op wanneer alleen de demografische verandering een rol zou spelen.

4.2.1 ZZP's 5-10 naar leeftijd en geslacht, huidige situatie

Er is geen systematische landelijke patiëntenregistratie voor specialisten ouderengeneeskunde. Daarom maken we gebruik van toegekende ZZP's. Het CBS bewerkt gegevens van het CAK, waaronder de ZZP's in de ouderenzorg. Dit betreft zorg in natura aan personen van 18 jaar of ouder, waarvan de kosten voor rekening komen van de Wlz (tot 2015 AWBZ) of de Wmo en waarvoor patiënten een eigen bijdrage betalen.

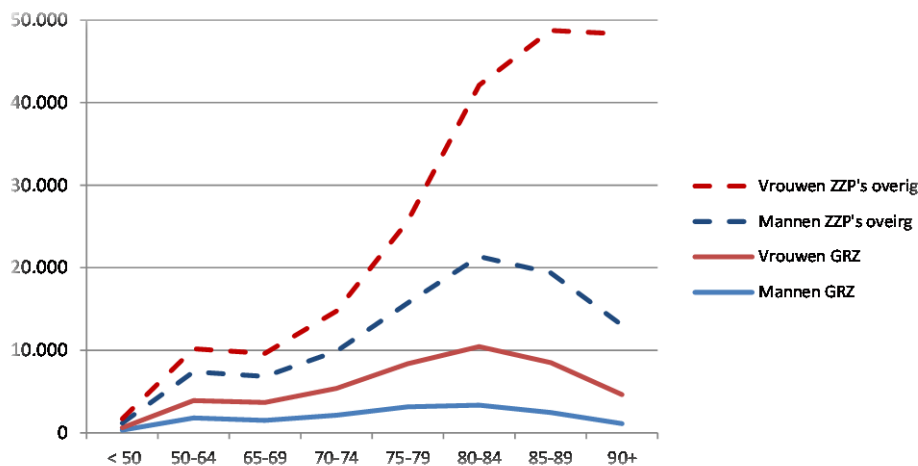
Voor de analyse van de CBS-gegevens zijn de geïndiceerde ZZP's 1-4 buiten beschouwing gelaten, omdat aan deze ZZP's formeel geen behandeling door de specialist ouderengeneeskunde verbonden is. De specialist ouderengeneeskunde is bij een ZZP 1-4 overigens wel vaak actief betrokken, bijvoorbeeld op consultbasis, als nevenbehandelaar in de eerstelijns (zie ook paragraaf 4.4.1). Verder bevatten de CBS-bronnen ten aanzien van ZZP 9 (geriatrische revalidatiezorg en herstelgerichte behandeling) uitsluitend gegevens over herstelgerichte behandeling (ZZP 9b). Deze zorg is bedoeld voor mensen die al in een Wlz-instelling wonen en die tijdelijk extra zorg nodig hebben om te herstellen van de toegenomen beperkingen na een operatie en/of behandeling in het ziekenhuis. Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ, voorheen ZZP9a) is per 1 januari 2013 ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet en wordt gefinancierd volgens de DBC-systematiek. De GRZ-gebruiksgegevens van 2013 en 2014 zijn door Vektis²⁶ voor analyse ter beschikking gesteld.²⁷

De meest recente beschikbare gegevens dateren uit 2014 en worden als uitgangssituatie voor 2016 beschouwd. Figuur 2 geeft voor 2014 een beeld van de toekenning van ZZP 5-10 (exclusief GRZ) en Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) per leeftijdscategorie en geslacht.

²⁶ Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars. Vektis verzamelt gegevens over het gebruik, de kosten en de kwaliteit van gezondheidszorg in Nederland.

²⁷ Hove, M. ten, & Ben Yerro, R. (2016). *Rapportage aantallen GRZ voor Capaciteitsorgaan: 2013-2014*. Zeist: Vektis.

Figuur 2: Het aantal toegekende ZZP5-10 (exclusief GRZ) en GRZ per leeftijdscategorie en geslacht in 2014

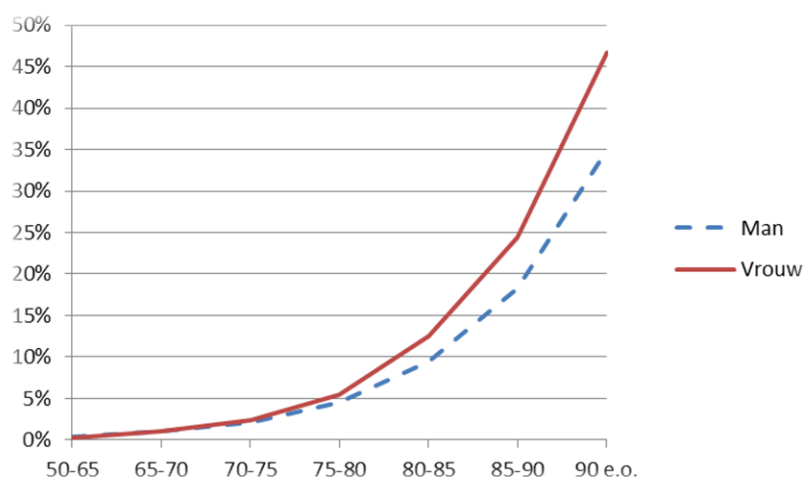


Bronnen: CBS op basis van CAK-gegevens november 2014; Vektis, januari 2016

Globaal zien we eenzelfde ontwikkeling naar leeftijdscategorieën voor het aantal cliënten GRZ als voor het aantal cliënten bij de overige ZZP's. De top van het gebruik ligt bij 80-89 jaar.

In figuur 3 is te zien welk percentage van de bevolking in de verschillende leeftijdscategorieën geïndiceerd is volgens ZZP5-10 of DBC GRZ.

Figuur 3: Het aandeel geregistreeerde ZZP5-10 en DBC GRZ per leeftijdscategorie en geslacht in 2014 in procenten



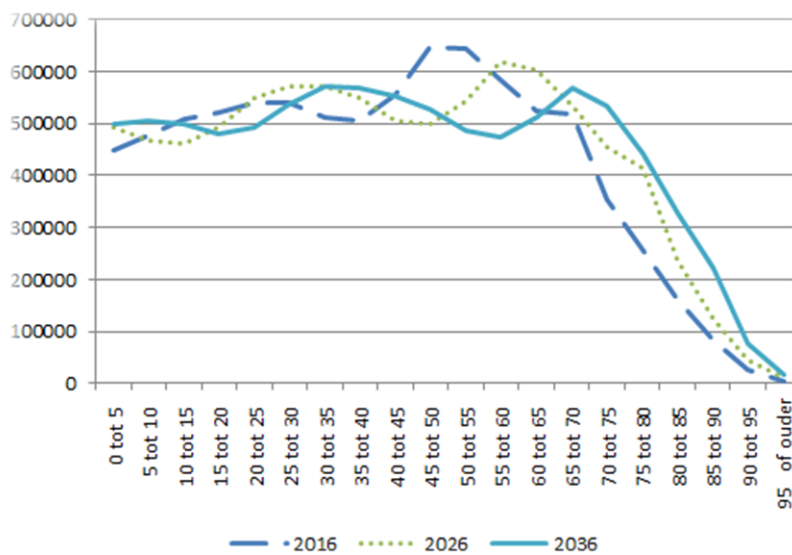
Bronnen: CBS en Vektis

Meer dan 45% van de vrouwen ouder dan 90 jaar heeft in 2014 een indicatie ZZP5-10 of heeft gebruik gemaakt van GRZ. Bij de even oude mannen is dat 33%.

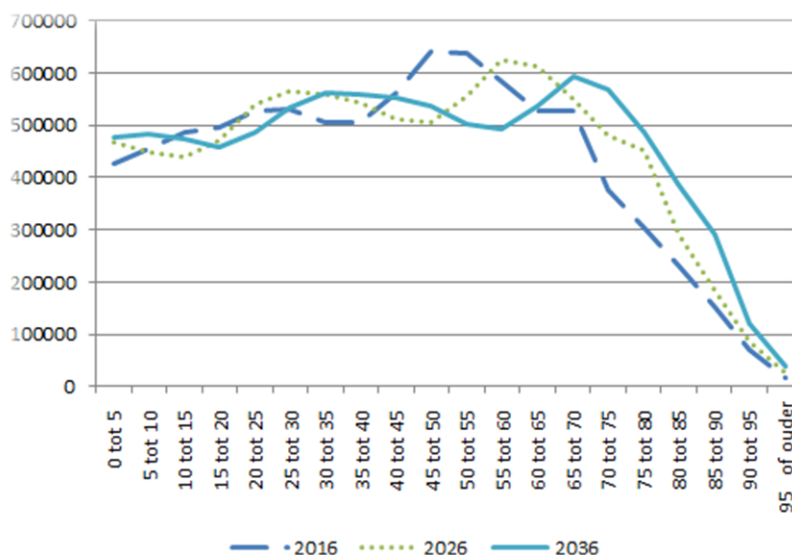
4.2.2 Bevolkingsprognose CBS

De figuren 4 en 5 laten voor respectievelijk mannen en vrouwen de verwachte leeftijdsopbouw in 2016, 2026 en 2036 zien. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen wordt er een verdere vergrijzing voorspeld.

Figuur 4: Het geraamde aantal mannen naar leeftijd in 2016, 2026 en 2036



Figuur 5: Het geraamde aantal vrouwen naar leeftijd in 2016, 2026 en 2036

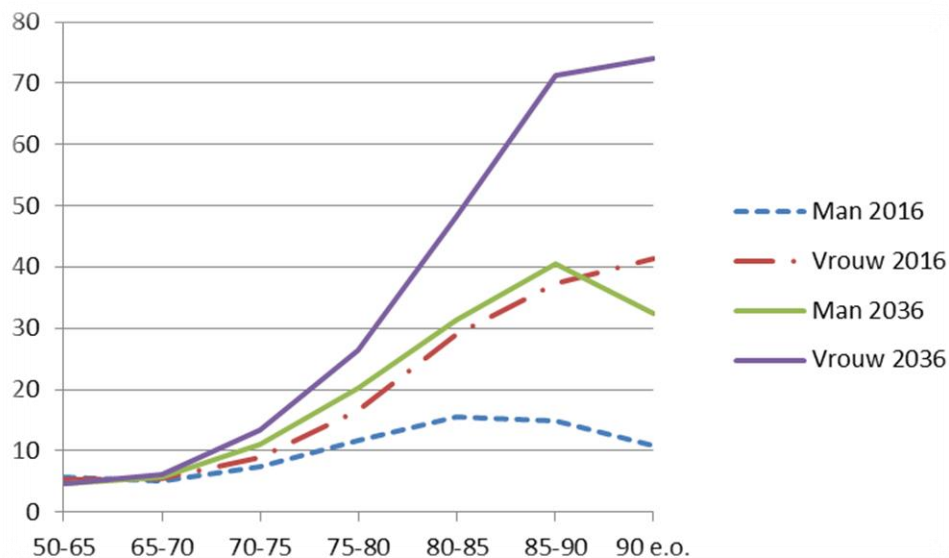


Bron: CBS, 18 december 2015

4.2.3 ZZP's 5-10 en DBC GRZ naar leeftijd en geslacht, toekomstige situatie

In figuur 6 zien we de ontwikkeling van het absolute aantal ZZP's 5-10, inclusief de DBC GRZ, naar leeftijdscategorie en geslacht in de periode 2016 tot 2036. Het Capaciteitsorgaan gaat er hierbij vanuit dat de toekenningpercentages naar leeftijd en geslacht gelijk blijven aan die in 2014.

Figuur 6: Het aantal ZZP's 5-10 (inclusief GRZ) naar leeftijd en geslacht in 2016 en 2036 (x 1.000)



We zien een forse groei van het zorggebruik zowel bij vrouwen als bij mannen. In 20 jaar tijd is er bijna een verdubbeling van het totaal berekende aantal ZZP's 5-10 inclusief de DBC GRZ. Uit figuur 6 is af te leiden dat de verdere vergrijzing van de bevolking een toename veroorzaakt van de vraag naar medische zorg door specialisten ouderengeneeskunde wanneer alleen de demografie een rol speelt.

4.2.4 De toekomstige vraag vanwege demografie

Voor de berekening van het werk voor de specialisten ouderengeneeskunde zijn alle ZZP's 5-10 en de DBC GRZ even zwaar meegewogen. In het Capaciteitsplan 2013 waren de ZZP's met revalidatie en palliatieve zorg dubbel meegeteld vanwege het extra werk dat ze voor de specialisten ouderengeneeskunde opleveren. Bij de huidige gegevens is dat voor ZZP 10 in eerste instantie ook gedaan, maar vanwege de kleine aantallen levert het geen verschil in uitkomsten op wanneer deze correctie achterwege blijft.

Tabel 6 geeft aan wat de benodigde groei aan specialisten ouderengeneeskunde is, wanneer alleen de parameter demografie de komende jaren een rol zou spelen. De waarden in- en exclusief GRZ zijn vermeld in afzonderlijke kolommen, vanwege de gewijzigde indicatiesystematiek en financiering. In de kolom exclusief GRZ is de benodigde groei aan specialisten ouderengeneeskunde over 20 jaar 83%, in de kolom inclusief GRZ is dat 81%. Oorzaak hiervan is dat het aandeel GRZ-cliënten boven de

80 jaar relatief laag is, waardoor dit een dempend effect heeft op de benodigde groei van het aantal specialisten ouderengeneeskunde.

Tabel 6: De benodigde groei aan specialisten ouderengeneeskunde alleen vanwege demografie in 2010, 2013 en 2016 in %

	Capaciteitsplan			
	2010	2013	2016 exclusief GRZ	2016 inclusief GRZ
5 jaar	11%	15%	13%	14%
10 jaar	22%	32%	31%	32%
15 jaar	35%	53%	55%	55%
20 jaar	53%	78%	83%	81%

De waarden van het Capaciteitsplan 2016 komen op de langere termijn iets hoger uit dan bij het plan uit 2013. De oorzaak is de toegenomen levensverwachting van mannen. Het CBS heeft zijn prognose hierop aangepast.

Op basis van deze gegevens worden de nieuwe waarden voor de parameter demografie in 2016 gesteld op **14% in 5 jaar, 32% in 10 jaar, 55% in 15 jaar en 81% in 20 jaar.**

4.3 Epidemiologie

In 2014 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn 4-jaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht.²⁸ Hierin worden de laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, preventie, zorg, gezondheidsdeterminanten en regionale en internationale vergelijkingen van gezondheidsverschillen gerapporteerd.

Volgens het RIVM veroorzaken coronaire hartziekten en diabetes in 2030 nog steeds de meeste ziektelast²⁹ in de Nederlandse bevolking. Nog meer dan nu, zullen in 2030 ouderdomsziekten zoals diabetes, COPD, longkanker en dementie de top 10 van de ziektelast bepalen. De prevalentie van veel ziekten neemt toe door de vergrijzing van de bevolking. Dit is de belangrijkste reden van de stijging van de ziektelast van de meeste ziekten en aandoeningen. Een aantal voorbeelden:

De berekeningen van het RIVM wijzen uit dat het aantal mensen met een coronaire hartziekte in de periode 2011 - 2030 zal stijgen van 610.000 naar 840.000. De stijging komt vooral door de groei en de vergrijzing van de bevolking. Deze stijging wordt afgezwakt door een verwachte daling van het percentage rokers. Ook het aantal mensen met een beroerte stijgt tot 2030 met ongeveer 50% naar circa 300.000 en het aantal mensen met hartfalen verdubbelt tot ruim 230.000.

²⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *De VTV-2014: Een gezonder Nederland*. Geraadpleegd op website RIVM, http://www.eengezondere nederlandse.nl/Een_gezonder_Nederland

²⁹ De ziektelast is de combinatie van de verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte en de ziektejaarequivalenten door verloren kwaliteit van leven. Het aantal verloren levensjaren is relatief groot voor longkanker, dementie en COPD. Voor andere ziekten, zoals artrose, gehoorstoornissen en depressie, bestaat de ziektelast geheel uit verloren kwaliteit van leven. Deze is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt en relatief ernstig is.

In het trendscenario van het RIVM neemt het aantal mensen met diabetes toe van ruim 830.000 in 2011 naar 1,2 miljoen in 2030.³⁰ Op basis van de verwachte groei en vergrijzing van de bevolking zal – bij gelijkblijvend beleid - het aantal diabetici in 2030 1,1 miljoen bedragen. Daarbovenop komt nog extra groei van 100.000 patiënten, vooral als gevolg van de sterke toename van overgewicht in het verleden en verbeterde vroegtijdige opsporing.

Het aantal mensen met de diagnose dementie neemt volgens het RIVM toe van 80.000 naar 140.000 tussen 2011 en 2030, dat is een toename van 70%. Ook de Stichting Alzheimer Nederland verwacht een toename van ongeveer 70%. Zij baseren zich in een toekomstverkenning in 2011 op cijfers uit een groot bevolkingsonderzoek waarin echter ook niet-gediagnosticeerde patiënten meetellen. Dit leidt tot hogere, wellicht niet geheel betrouwbare aantallen: 243.000 in 2011 en 400.000 in 2030.³¹ De experts uit het beroepenveld ouderengeneeskunde geven aan dat het aantal ernstige gevallen van chronisch orgaanfalen en COPD in de geriatrie sterk toeneemt. Daarnaast groeit het aantal patiënten in de oncologische revalidatie dat herstelgericht wordt behandeld.

De prognoses van prevalentie en de toekomstige ziektelast op basis van huidige ontwikkelingen zijn onzeker door een aantal factoren. Het RIVM is bijvoorbeeld bij het opstellen van het trendscenario voor coronaire hartziekten, beroerte en hartfalen uitgegaan van een daling van het percentage rokers, maar mogelijk stijgt dit percentage juist of daalt het meer dan is aangenomen. Ook is aangenomen dat het aantal mensen met overgewicht en obesitas stabiel blijft. Als het percentage mensen met overgewicht echter toch toeneemt zal ook de prevalentie van hartziekten en diabetes toenemen.

Het RIVM wijst op Nederlands onderzoek uit 2012 waaruit blijkt dat het aantal nieuwe gevallen van dementie lijkt te dalen.³² Ook is er recent internationaal onderzoek gepubliceerd dat op een verminderde incidentie van dementie wijst.³³ Mogelijk komt dit door een hoger gemiddeld opleidingsniveau, betere behandeling van vasculaire risico's zoals hoge bloeddruk en een gezondere levensstijl met minder roken en meer bewegen. Het uiteindelijke aantal mensen met dementie zou daardoor in de toekomst minder hoog kunnen uitvallen, dan berekend door het RIVM. Andere studies plaatsen echter kanttekeningen bij de verminderde incidentie en het preventieve effect van een gezonde levensstijl.^{34, 35}

Ook de mogelijk verdere verbetering in overlevingskansen is van invloed op de prevalentie van diverse ziekten. Mogelijk daalt voor een aantal ziekten de ernst van de aandoening of het tempo van ziekteontwikkeling bijvoorbeeld door eerdere opsporing, verbetering van preventie en betere

³⁰ Het trendscenario vormt voor het RIVM het 'business as usual'-scenario waarin de huidige maatschappelijke ontwikkelingen en het bestaande beleid worden doorgetrokken naar de toekomst.

³¹ Stichting Alzheimer Nederland (2011). *Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011: Toekomstverkenning dementie in Nederland 2011-2050*. Bunnik: Auteur.

³² Schrijvers, E. M. C., Verhaaren, B. F. J., Koudstaal, P. J., Hofman, A., Ikram, M.A., Breteler, M.M.B. (2012). Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology*, 78, 1456-1463. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182553be6

³³ Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374, 523-532. doi: 10.1056/NEJMoa1504327

³⁴ Vermunt, L., Visser, P. J., & Muller, M. (2016). *Nemen de prevalentie en incidentie van dementie af? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(29), D442.

³⁵ Visser, E. de (2016, 27 juli). Gezonde leefstijl houdt dementie niet op afstand. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 28 juli 2016 op <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/gezonde-leefstijl-houdt-dementie-niet-op-afstand~a4346743/>

behandeling (bijvoorbeeld bij diabetes en kanker), wat gevolgen heeft voor de hoogte van de ziektelast. De experts uit het werkveld ouderengeneeskunde wijzen op een mogelijke doorbraak in de behandeling van dementie, die de stijging in de vraag naar (dementie)zorg in de toekomst aanzienlijk zou kunnen temperen.³⁶ Zij geven echter aan dat het te vroeg is om deze ontwikkeling nu al mee te nemen in de raming: Als er daadwerkelijk een geneesmiddel op de markt komt dat de ontwikkeling van de ziekte van Alzheimer vertraagt, zullen de effecten pas over 10 tot 15 jaar zichtbaar zijn.

Op basis van de nieuwste toekomstverkenning van het RIVM is de parameter **epidemiologie** voor de raming in 2016 gesteld op **+ 0,2% tot + 0,5% per jaar**. In 2010 en 2013 lagen deze waarden lager, namelijk op 0,0% tot + 0,2%.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

4.4.1 Beleid en ontwikkelingen langdurige zorg

De gevolgen van alle (wets)wijzigingen in de langdurige zorg zijn in de afgelopen drie jaar voelbaar en zichtbaar geworden, maar ze zijn nog lang niet uitgekristalliseerd. Uit publicaties van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en ActiZ zoals de 'Trendrapportage 2013'³⁷ en de 'Benchmark in de Zorg 2015'³⁸ zijn de gevolgen van het extramuraliseringsbeleid af te leiden. Intramuraal nemen de aantallen cliënten af maar de zorgzwaarte neemt toe. De extramurale zorgvraag groeit zowel in aantal als in zorgzwaarte. Dit betekent dat meer kwetsbare ouderen met een zwaardere zorgvraag zelfstandig thuis of in een aangepaste woonvorm verblijven. Dit betreft zowel cliënten die geen indicatie voor de Wlz hebben en aangewezen zijn op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wmo, als cliënten met een Wlz-indicatie die niet in een verpleeghuis maar thuis zorg ontvangen (via constructies als 'Volledig Pakket Thuis', 'Modulair Pakket Thuis' en het persoonsgebonden budget). De medische zorg voor deze laatstgenoemde groep thuiswonende ouderen zou in principe door de specialist ouderengeneeskunde geleverd moeten worden. De huisarts kan in eerste instantie de zorgvragen als 'poortwachter' opvangen, maar er moet een onbelemmerde samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde en een heldere taakverdeling zijn. De zorg voor de niet-Wlz-geïndiceerde thuiswonende ouderen wordt in principe geleverd door huisartsen. Ook bij deze patiëntengroep moet de huisarts de mogelijkheid hebben om specialisten ouderengeneeskunde bij de zorg in te zetten voor consultatie, medebehandeling of waar nodig als hoofdbehandelaar. Volgens de Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) wijst de praktijk uit dat het tijdig betrekken van de specialist ouderengeneeskunde bij het werk in de eerste lijn, onder meer via het geriatriesch assessment, van groot belang is om passende, doelmatige en gewenste medische zorg aan kwetsbare ouderen te kunnen geven. Mogelijk wordt er in de eerste jaren van de transitiefase

³⁶ Wereldwijd vindt er grootschalig onderzoek plaats naar medicijnen en voedingspreparaten tegen dementie. Het medicijn *solanezumab* bijvoorbeeld lijkt een positief effect te hebben op het geheugen van patiënten met milde Alzheimer. Het zou het eerste geneesmiddel kunnen worden dat het tempo van een hersenziekte vertraagt. Zie <http://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoek/stand-van-zaken-medicijnonderzoek.aspx> en <https://en.wikipedia.org/wiki/Solanezumab> geraadpleegd op 3 mei 2016.

³⁷ Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Trendrapportage 2013: Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Auteur.

³⁸ ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.

ook een groter beroep gedaan op de specialisten ouderengeneeskunde voor advisering en coördinatie bij de inrichting van de nieuwe orde.

De samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen en/of andere verantwoordelijken voor de zorg (zorginstelling, particuliere kleinschalige woonvorm en wijkverpleegkundige) verloopt op dit moment niet optimaal. Dat blijkt onder meer uit een ledenpeiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in september 2015.³⁹ Vaak blijkt er geen specialist ouderengeneeskunde beschikbaar te zijn of zijn er geen samenwerkingsafspraken over medebehandeling gemaakt. Ongeveer 25% van de huisartsen zegt voldoende zorg te kunnen bieden aan thuiswonende ouderen met een zware zorgvraag. Bijna 80% geeft aan hiervoor niet genoeg tijd te hebben. Minder dan 30% van de huisartsen uit de ledenpeiling zegt dat in hun huisartsenpraktijk de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonende oudere patiënten geborgd is. De LHV, Verenso en ActiZ werken zoveel mogelijk samen om het aanbod van samenhangende medische zorg voor ouderen in de thuissituatie te optimaliseren. Een belemmerende factor op dit moment is volgens deze partijen dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor extramurale, multidisciplinaire behandeling nog niet is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Bij de huidige bekostigingssystematiek is de mogelijkheid van extramurale behandeling door een specialist ouderengeneeskunde afhankelijk van de productieafspraken van de zorginstelling waaraan een specialist ouderengeneeskunde verbonden is, met het zorgkantoor.⁴⁰ Vanwege financiële tegenvallers en onzekerheden over nog meer bezuinigingen zijn zorginstellingen nogal eens terughoudend in de extramurale zorginzet van specialisten ouderengeneeskunde.^{41, 42} Recent heeft het ministerie van VWS aangekondigd dat de subsidieregeling extramurale behandeling nog in 2016 zal worden versoepeld. Dan kunnen ook zelfstandig werkende specialisten ouderengeneeskunde op indicatie van een huisarts zorg leveren aan extramurale cliënten.⁴³ Dit zal een deel van de knelpunten wegnemen.

Eind 2015 is duidelijk geworden dat overheveling van de extramurale behandeling naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet voor 2018 zal plaatsvinden. Nog onbekend is welke kaders het Zorginstituut Nederland (ZIN) daarbij adviseert te hanteren. Verenso en de LHV pleiten er voor om de specialist ouderengeneeskunde te blijven inzetten op indicatie van de huisarts: de huisarts vervult de poortwachtersrol. De huisarts schakelt de specialist ouderengeneeskunde dus in als adviseur of medebehandelaar, tenzij vanwege de complexiteit van de behandelsituatie het nodig is dat de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar optreedt. Wanneer het ZIN kaders

³⁹ Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, 15 september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patient-verdient-meer-zorg-en-aandacht>

⁴⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, december). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2016-01-01>

⁴¹ Verenso (2016, 28 april). *Verdere bezuinigingen in de Wlz zijn ongewenst en onverantwoord!* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Actueel/Verenso-persbericht280416-Verdere-bezuinigingen-in-de-Wlz-zijn-ongewenst-en-onverantwoord-DEF.pdf>

⁴² Lambregtse, C. (2016). Hoe regelt u de zorg voor kwetsbare ouderen. *De Dokter, april 2016*, 8-11. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <https://www.lhv.nl/actueel/tijdschriften/artikel/hoe-regelt-u-de-zorg-voor-kwetsbare-ouderen>

⁴³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 8 juli). *Kamerbrief over zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/07/08/kamerbrief-over-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>

opstelt waarbij de specialist ouderengeneeskunde altijd vanuit hoofdbehandelaarschap werkt, zullen er meer specialisten nodig zijn dan er nu beschikbaar zijn.

Volgens de experts uit het werkveld is het mogelijk dat na het instellen van de zelfstandige betaaltitel voor specialisten ouderengeneeskunde deze artsen niet meer in loondienst van de verpleeghuizen werken. Zij zullen dan een arbeidsbetrekking volledig buiten de verpleeghuizen hebben, bijvoorbeeld bij huisartsenpraktijken, gezondheidscentra, praktijken of bureaus voor ouderengeneeskunde of regionale samenwerkingsverbanden. Zo kunnen zij de gehele sector, intra- en extramuraal, bedienen. Het is echter onduidelijk of de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde hierdoor zal toenemen.

Nu ouderen langer thuis moeten blijven wonen, neemt – zeker bij alleenwonende ouderen – het risico op ongevallen, ondervoeding en eenzaamheid toe. Verenso wijst op het belang van goede voorwaarden voor het langer thuis wonen, zoals voldoende deskundigheid bij wijkteams en huisartsen en voldoende mogelijkheden voor dagbehandeling en kortdurend eerstelijns verblijf, gericht op herstel en terugkeer naar huis.⁴⁴ In 2017 wordt de kortdurende eerstelijns zorg en verblijf naar de Zvw overgeheveld.⁴⁵ Tot dat moment bestaat voor de bekostiging van deze tijdelijke verblijfsvorm een subsidieregeling. Dit soort overheidsmaatregelen wordt gezien als een noodzakelijke stap voor het behoud van een verantwoord zorgsysteem.

Ook de ondersteuning vanuit de wijkverpleging en mobiele geriatrie teams staat onder druk door het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Huisartsen zien zich daardoor vaker genoodzaakt kwetsbare ouderen in het ziekenhuis te laten opnemen. Ook komen kwetsbare ouderen door incidenten thuis steeds vaker bij de spoedeisende hulp terecht.⁴⁶ Het aantal opnamen bij de geriatrie revalidatiezorg is daardoor waarschijnlijk ook toegenomen. (Zie ook paragraaf 4.2.1 en 6.2.)

De transitie in de langdurige zorg en de focus op participatie, langer thuis wonen en zelfregie zorgen in eerste instantie wellicht voor een aanzienlijke afname van de zorgvraag, die echter in een later stadium waarschijnlijk zal afvlakken. Mensen zullen hun weg vinden in de nieuwe situatie, er ontstaan nieuwe woonvormen en verbeterde sociale netwerken. Tegelijkertijd kan het wegvallen van het preventieve effect van de voorheen geïndiceerde lagere ZZP's met zorg en verblijf leiden tot relatieve toename van de zwaardere zorgvraag.

4.4.2 De populatie kwetsbare ouderen

In de afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar de kwetsbaarheid van ouderen. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar fysieke kwetsbaarheid, maar naar het geheel van fysieke, cognitieve, psychische en sociale kwetsbaarheid. Recent onderzoek door het RIVM wijst uit dat kwetsbaarheid bij een oudere zich kan voordoen op één of meer van deze domeinen, maar bij de meerderheid (81%)

⁴⁴ Verenso (2015, 15 september). *Met alleen een extra aandachtsuurtje redden we het niet!* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Actueel/Verenso-persbericht-reactie-Prinsjesdag-2015-def.pdf>

⁴⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 30 mei). *Kamerbrief over eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet per 2017*. Geraadpleegd op 31 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/30/kamerbrief-over-eerstelijns-verblijf-in-de-zorgverzekeringswet-per-2017>

⁴⁶ Verenso (2015, 29 september). *Overheid en verzekeraars ondermijnen het beleid om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Verenso-persbericht-290915def-Overheid-en-verzekeraars-ondermijnen-het-beleid-voor-kwetsbare-ouderen-thuis.pdf>

maar op één domein voorkomt.⁴⁷ Volgens dit onderzoek zijn er verschillende factoren die samenhangen met kwetsbaarheid, zoals leefstijlfactoren, opleidingsniveau, het al of niet hebben van werk en de aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten. Dit is in lijn met twee publicaties van het SCP uit 2011 over kwetsbare ouderen.^{48,49} Daarin wordt onder meer aandacht besteed aan de vraag welke andere dan demografische ontwikkelingen van invloed zijn op kwetsbaarheid en zorggebruik. Ook komt aan de orde wat dit betekent voor de raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030. Vastgesteld wordt dat vooral ‘samenwonen’ en een ‘hoog opleidingsniveau’ ouderen beschermen tegen kwetsbaarheid.⁵⁰ Puur op grond van demografische ontwikkelingen zou het aantal kwetsbare 65-plussers tussen 2010 en 2030 toenemen met 68%, zo stelt het SCP. Door het dempende effect van andere determinanten, vooral de hoogte van het onderwijsniveau, neemt dit af tot 50% volgens de SCP-raming.

De populatie kwetsbaren bestaat momenteel grotendeels uit verweduwd en gehuwde of samenwonenden. Van de gehuwde of samenwonende 65-plussers was volgens het onderzoek ‘Kwetsbare ouderen’ naar schatting 15% kwetsbaar, bij de alleenwonenden was dat 40%-50%. In het rapport ‘Kwetsbare ouderen’ wordt geraamd dat het aantal kwetsbare 65-plussers toeneemt van ongeveer 700.000 in 2010 naar ruim 1 miljoen in 2030. Uit het vervolgonderzoek ‘Kwetsbaar alleen’ blijkt dat de toename aan kwetsbare ouderen voor twee derde bestaat uit kwetsbare alleenwonenden.

In de toekomst blijft het aandeel samenwonenden ongeveer gelijk, zo stelt het SCP. De samenstelling van de groep alleenwonenden gaat echter verschuiven, waarbij het aandeel verweduwd afneemt en het aandeel alleenwonenden die gescheiden zijn of nooit getrouwd waren, toeneemt. Volgens recente prognoses van het CBS zal het aantal eenpersoonshuishoudens van 80-plussers tot 2040 meer dan verdubbelen, tot 750.000 in 2040.⁵¹

De experts denken dat een toename van het aantal alleenstaande ouderen de zorgvraag kan doen toenemen. Een groeiend deel van deze ouderen is al langer gewend aan hun zelfstandige positie. Als deze ouderen een goed ontwikkeld sociaal netwerk zouden hebben, zou dat een temperende invloed kunnen uitoefenen op de zorgvraag. Of de sociale netwerken van deze groep ouderen toereikend zijn, is echter maar de vraag: In een recent uitgebracht rapport van het SCP is in beeld gebracht hoe

⁴⁷ Oostrom, S. van, A. D. van der, Picavet, S., Rietman, L., Bruin, S. de, & Spijkerman, A. (2015). *Ouderen van nu en straks: Zijn er verschillen in kwetsbaarheid?* Geraadpleegd op 25 april 2016 op http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:310875&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

⁴⁸ Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

⁴⁹ Campen, C. van, Draak, M. den, Ras, M. (2011). *Kwetsbaar alleen: De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030*. Den Haag: SCP.

⁵⁰ In de SCP-onderzoeken wordt ‘kwetsbaarheid’ gedefinieerd als het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Deze opeenstapeling vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname of zelfs overlijden). Het begrip kwetsbaarheid is gemeten met behulp van een benadering van de Tilburg Frailty Indicator (TFI). De TFI bevat 15 vragen over lichamelijke, psychische en sociale problemen. Scoort men bij 5 of meer vragen een probleem, dan behoort men tot de groep kwetsbaren. Het RIVM-onderzoek uit 2015 sluit hierbij aan, maar definieert een extra domein: ‘cognitieve kwetsbaarheid’ omdat belemmeringen in cognitie (vermindering geheugen, snelheid en flexibiliteit van denken) wezenlijk anders zijn dan die op psychisch gebied (gevoelens van depressiviteit, angst, onveiligheid).

⁵¹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). *Prognose huishoudens naar type; leeftijd, burgerlijke staat, 2016-2060*. Geraadpleegd op 22 februari 2016 op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/tot-2040-verdubbelt-het-aantal-alleenwonende-tachtigplussers-2016-2060.htm> en <http://statline.cbs.nl/Statweb/>

het in 2014 gesteld was met de zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonende Nederlandse 18-plussers.⁵² Uit de rapportage blijkt dat ruim één op de tien Nederlanders geen sociaal netwerk heeft dat hulp en ondersteuning kan bieden als dat nodig is. Bij ouderen en mensen met beperkingen is dit één op de vijf.

4.4.3 E-health en domotica

Het ministerie van VWS wil dat de mogelijkheden van e-health beter worden benut. In juli 2014 stuurden de minister en de staatssecretaris een brief 'e-health en zorgverbetering' naar de Tweede Kamer waarin zij aangeven met zorgpartijen aan de slag te willen gaan om bewezen toepassingen van e-health breder te gaan gebruiken.⁵³ Met behulp van nieuwe technologieën wordt de communicatie tussen zorgverlener en de patiënt (op afstand) makkelijker. Door dergelijke toepassingen in te zetten daar waar dit voor de patiënt en de zorgaanbieder samen betere zorg tot resultaat heeft, wordt het voor patiënten eenvoudiger en aantrekkelijker om zorg in te passen in hun dagelijks leven. Zo kunnen zij beter de regie over hun eigen leven voeren. De omslag naar e-health kan meer kwaliteit van leven, meer gezondheid en meer comfort opleveren en is van belang om de zorg betaalbaar te houden. De bewindslieden hebben in samenspraak met allerlei partijen uit de zorg drie ambities geformuleerd om via e-health de kwaliteit van leven te verhogen:

- Tenminste 80% van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders heeft directe toegang tot de eigen medische gegevens in 2019.
- In 2019 kan 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfstandig gezondheidsmetingen uitvoeren in combinatie met monitoring op afstand.
- Iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt, kan in 2019 desgewenst via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener communiceren.

VWS wil de randvoorwaarden scheppen die bevorderen dat in de komende jaren de toepassing van e-health in een stroomversnelling raakt waardoor er grote veranderingen zullen optreden in de zorg. De voortgang van het bereiken van de drie ambities wordt gemonitord via de sinds 2013 jaarlijks terugkerende e-healthmonitor, uitgevoerd door Nictiz en Nivel. In 2015 is ook een aparte rapportage aan deze e-healthmonitor toegevoegd, een nulmeting, die specifiek voor de zorg aan chronisch zieken en kwetsbare ouderen nagaat hoe het met de inbedding van e-health gesteld is.⁵⁴ Uit die nulmeting en uit de resultaten van de e-healthmonitor 2015⁵⁵ blijkt dat er nog veel werk te verzetten is in de komende jaren om de drie ambitieuze doelstellingen te behalen. Opvallend is de kloof tussen dat wat mogelijk is volgens de zorgaanbieders en dat wat daadwerkelijk bekend is bij en gebruikt wordt door de zorggebruikers. Om de gewenste brede inzet van e-health te bereiken, moet het aanbod aan e-healthtoepassingen versterkt worden. Ook moet er veel meer gedaan

⁵² Putman, L., Verbeek-Oudijk, D., Klerk, M. de, & Eggink, E. (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

⁵³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 2 juli). *Kamerbrief over e-health en zorgverbetering*. Geraadpleegd op 22 februari 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering>

⁵⁴ Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Jong, J. de, Heijmans, M., Beenkens, F., ... Gennip, L. van (2015). *'Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen': Tussenrapport eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.

⁵⁵ Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R. & Gennip, L. van (2015). *Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.

worden om zorggebruikers bekend te maken met het bestaan, de werking en de toegevoegde waarde van e-health voor hun zelfregie en zelfstandigheid.

In hoeverre en op welke termijn deze ontwikkelingen de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde of zijn werkproces zullen beïnvloeden, blijft de vraag. Als de inzet van e-health en domotica groeit en eraan bijdraagt dat kwetsbare ouderen langer onder veilige, goed gemonitorde omstandigheden in de thuissituatie (of in het verpleeghuis) verzorgd kunnen blijven, zou dit wellicht het aantal incidenten en daarmee de noodzaak of intensiteit van behandeling kunnen verminderen. Het is echter mogelijk dat investeringen in moderne technologie door zorgaanbieders uitblijven, vanwege onvoldoende positieve financiële vooruitzichten. Dit blijkt uit de 'Benchmark in de Zorg 2015', een jaarlijks onderzoek onder bij ActiZ aangesloten zorgorganisaties naar hun prestaties onder meer op het gebied van bedrijfsvoering.⁵⁶ Hierin staat dat organisaties terughoudend zijn met het doen van investeringen omdat zij voor de komende jaren te weinig rendement verwachten. Dat komt door alle ontwikkelingen en onzekerheden die de transitie in de zorg met zich meebrengt.

Al met al blijft het verloop en de uitkomst van veel sociaal-culturele ontwikkelingen nog ongewis. De experts zijn er niet langer van overtuigd dat de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zal afnemen. Er zijn evengoed ontwikkelingen in gang die een toename van de zorgvraag tot gevolg kunnen hebben. Daarom wordt afstand gedaan van de parameterwaarden uit 2013 (-1,5% tot -2,0%) en wordt de parameter **sociaal-culturele ontwikkelingen** in 2016 aangepast naar een bandbreedte van **-0,5% tot +0,5%**.

4.5 Onvervulde vraag

De eerder behandelde parameters demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkeling zorgen voor een jaarlijkse procentuele verandering van de zorgvraag. Deze parameters worden vervolgens geprojecteerd op de huidige zorgvraag als een doorlopende trend of als een tijdelijke 10 jaar durende trend. Maar is de huidige zorgvraag, die uitgedrukt wordt in fte's van de momenteel beschikbare beroepsbeoefenaren, wel de daadwerkelijke zorgvraag? Misschien is de huidige zorgvraag wel groter dan het bestaande aanbod. Dit komt dan tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. Of is de huidige zorgvraag kleiner dan het bestaande aanbod? Dit kan tot uiting komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het volledig ontbreken van wachttijden. Daarom wordt de huidige zorgvraag, geoperationaliseerd als het huidige aanbod, in het model eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Pas daarna worden de drie eerder beschreven parameters toegepast op de gecorrigeerde, daadwerkelijke huidige vraag.

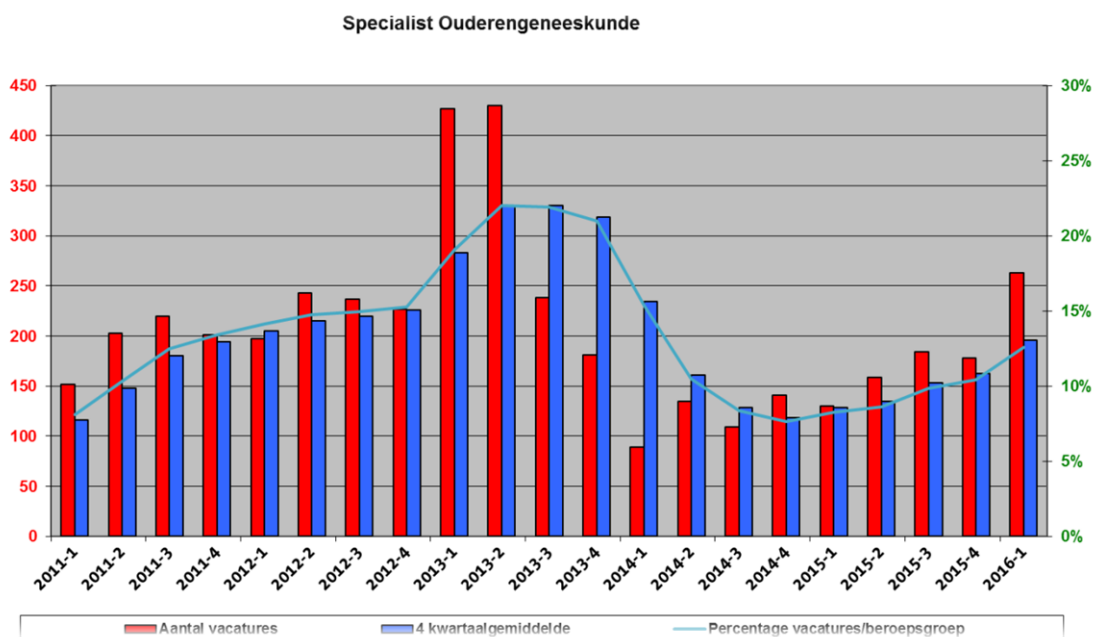
Als graadmeter voor de onvervulde vraag gelden in het algemeen wachtlijsten (mits niet vervuld) en het al of niet bestaan van veel (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal wordt gewerkt. In 2013 is er door Kiwa Carity voor het laatst vacatureonderzoek uitgevoerd in verpleeghuizen. Uitgedrukt als percentage van het totaal aantal (in een verpleeghuissetting) bezette arbeidsplaatsen van specialisten ouderengeneeskunde bedroeg het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde destijds 9,7%. Uit een andere

⁵⁶ ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.

gegevensbron, de Arbeidsmarktmonitor⁵⁷, bleek dat in de periode 2011 – 2013 het vacaturepercentage voor specialisten ouderengeneeskunde tussen de 11% en 18% lag.

Voor de huidige raming maken we gebruik van de cijfers uit de Arbeidsmarktmonitor van de afgelopen 5 jaar. In de Arbeidsmarktmonitor wordt ieder kwartaal het aantal vacatures per 100 geregistreerde artsen berekend. Figuur 7 toont de ontwikkeling van het aantal vacatures van het eerste kwartaal 2011 tot en met het eerste kwartaal van 2016. In de figuur is te zien dat het gemiddelde vacaturepercentage in de periode 2011 tot en met halverwege 2013 is gestegen van 8% naar 22%. Daarna is het vacaturepercentage gedaald tot iets onder de 8% in het laatste kwartaal van 2014. Gedurende de vier kwartalen van 2015 en het eerste kwartaal van 2016 is er weer een stijging tot een vier-kwartaalgemiddeld vacaturepercentage van ruim 12% in het eerste kwartaal van 2016.

Figuur 7: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures voor specialist ouderengeneeskunde sinds 2011



Bron: Arbeidsmarktmonitor Capaciteitsorgaan

Opmerkelijk zijn de pieken in de aantallen getelde vacatures in het eerste en tweede kwartaal van 2013. De stijging in het aantal vacatures kwam in diezelfde periode ook bij andere beroepsgroepen voor. Mogelijk betreft het een onnauwkeurigheid in de registratie.

⁵⁷ De Arbeidsmarktmonitor is in 2006 gestart door Medisch Contact. De monitor biedt per medisch specialisme een overzicht van vacatureaantallen en het vacaturepercentage (aantal vacatures per 100 geregistreerde artsen). De overzichten worden ieder kwartaal in Medisch Contact gepubliceerd. In januari 2014 heeft het Capaciteitsorgaan het verzamelen en bewerken van de vacaturegegevens overgenomen van de redactie van Medisch Contact.

Ook in het eerste kwartaal van 2016 is er een opvallend hoog vacatureaantal in vergelijking met de vacaturetellingen in 2014 en 2015. Dit is te verklaren door een wijziging in de werkwijze bij het samenstellen van de Arbeidsmarktmonitor: per januari 2016 worden de vacatures verzameld en geanalyseerd met behulp van geautomatiseerde zoektechnologie.⁵⁸ Voordien werden de vacatures handmatig verzameld door raadpleging van zes 'grote' landelijke websites met medische vacatures. Vanaf 2016 wordt er door het geautomatiseerde systeem op duizenden websites gezocht naar vacatures, waaronder vacaturesites van regionaal georiënteerde organisaties, zorginstellingen, detacheringsbureaus e.d. Er worden door deze nieuwe werkwijze veel meer vacatures gevonden per specialisme dan voorheen, ook voor het specialisme ouderengeneeskunde.

De daling van het vacaturepercentage in de tweede helft van 2013 en heel 2014 is waarschijnlijk kenmerkend voor een periode van beleidsveranderingen en onzekere financiële vooruitzichten bij zorginstellingen. Zij waren daardoor voorzichtig om nieuwe werknemers, i.c. specialisten ouderengeneeskunde, aan te nemen en daar vacatures voor te plaatsen.

Bovenstaande vacaturepercentages zijn berekend op basis van het aantal geregistreerde specialisten. Als we de aantallen vacatures zouden afzetten tegen het aantal werkzame specialisten, zouden de vacaturepercentages nog hoger uitvallen.

Wanneer we – vooral om te corrigeren voor de 'uitschieters' in de eerste helft van 2013 door mogelijk foutieve registraties - niet uitgaan van het vier-kwartaalgemiddelde van de vacaturepercentages vanaf 2011, maar de mediaan berekenen, is het resultaat een vacaturepercentage van 13,46%. De mediaan is de middelste waarde van alle waargenomen vacaturepercentages sinds 2011.

Op basis van bovenstaande gegevens (uitgaande van het laagst waargenomen gemiddelde vacaturepercentage als ondergrens en de mediaan als bovengrens) wordt de parameterwaarde voor onvervulde vraag in 2016 gesteld op **+5,0% tot +11,0%**. Hierbij is rekening gehouden met een correctie voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2 à 3% vanwege natuurlijk verloop. In 2013 waren de parameterwaarden op +8,0% en +15,0% vastgesteld.

⁵⁸ Dit betreft *Jobfeed*, een geautomatiseerd vacaturezoeksysteem van het Nederlandse bedrijf Textkernel. Door middel van intelligente semantische zoektechnologie doorzoekt de Jobfeed-spider dagelijks het internet op nieuwe vacatures. Daarbij worden vele duizenden websites bezocht. Door 'machine learning'-technologie worden vacatureteksten van andersoortige teksten onderscheiden. Alle vacatures worden met elkaar vergeleken en dubbele vacatures worden herkend.

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 7 staan de parameterwaarden voor de zorgvraag samengevat. Zij worden vergeleken met de gehanteerde waarden in het Capaciteitsplan 2010 en 2013.

Tabel 7: Parameterwaarden zorgvraag

Parameter	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Demografie			
5 jaar	11%	15%	14%
10 jaar	22%	32%	32%
15 jaar	35%	53%	55%
20 jaar	53%	78%	81%
Epidemiologie	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%	+0,2% tot +0,5%
Sociaal-cultureel	- 1,0% tot - 1,5%	- 1,5% tot - 2,0%	-0,5% tot +0,5%
Onvervulde vraag	+ 5,0% tot + 10,0%	+ 8,0% tot +15,0%	+5,0% tot +11,0%

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 gegevens is een verwachting uit te spreken over beschikbare capaciteit in de toekomst. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van een register. Van 1990 tot 2013 was dit het register verpleeghuisgeneeskunde van de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRG). Sinds 1 januari 2013 zijn de registratiegegevens opgenomen in het Register Geneeskundig Specialisten (RGS).

Andere gegevens, die een indicatie geven van bijvoorbeeld het percentage werkende specialisten of de verwachte pensioenleeftijd, zijn verzameld door analyse van CBS-bestanden en/of navraag bij deskundigen.

5.2 Omvang beroepsgroep

Onderstaande paragrafen beschrijven hoe de aantallen geregistreerde en werkzame specialisten ouderengeneeskunde zich ontwikkelen en hoe de verdeling naar leeftijd en geslacht is.

5.2.1 Aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde

Tabel 8 laat zien dat er 1.568 specialisten ouderengeneeskunde ingeschreven staan op 1 januari 2016. Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2005 bedroeg 1.256. Dit is een groei van 312 specialisten in 11 jaar, een toename van 25%. De groeipercentages fluctueren door de jaren heen vanwege schommelingen in het saldo van de in- en uitstroom van geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. (Zie paragraaf 5.4 en 5.5.1.)

Tabel 8: Aantal en geslacht geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2016*

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal	1.256	1.275	1.328	1.392	1.448	1.474	1.436	1.446	1.491	1.531	1.571	1.568
Index	100	102	106	111	115	117	114	115	119	122	125	125
% vrouwen	59%	60%	60%	60%	61%	61%	63%	63%	64%	64%	64%	65%

Bron: RGS, 29 januari 2016

*daadwerkelijk per 31 december 2015, 24.00 uur

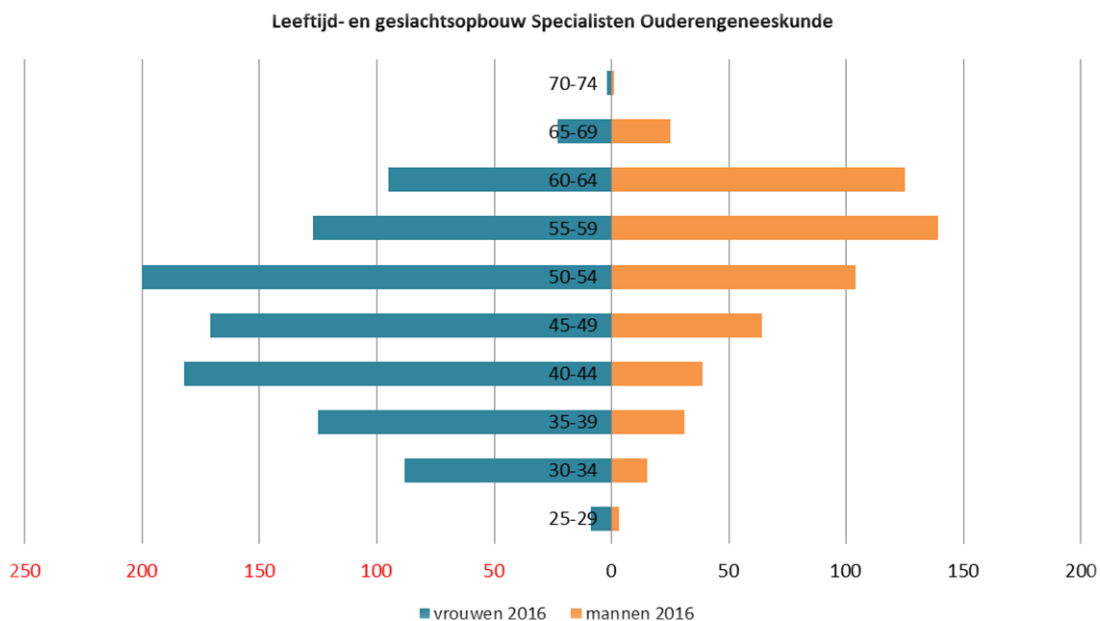
In alle voorgaande jaren nam het aantal geregistreerde specialisten toe. In 2015 treedt er voor het eerst een geringe terugloop op: sinds 1 januari 2015 is het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per saldo met 3 afgenomen. Het percentage vrouwen bleef in de jaren 2013 tot 2015 stabiel op 64%. Per 1 januari 2016 is dit aandeel gestegen naar **65%**.

5.2.2 Verdeling naar leeftijd en geslacht

In figuur 8 is de opbouw van de groep geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2016 weergegeven. De groep vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde kent een redelijk gelijkmatige leeftijdsopbouw, waarbij de meesten tussen de 40 en 50 jaar zijn.

De mannelijke specialisten ouderengeneeskunde zitten vooral in de oudere leeftijdscategorieën. Van de mannen is 72% 50 jaar of ouder, van de vrouwen is dit 44%.

Figuur 8: Leeftijd- en geslachtsopbouw specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2016*



Bron: RGS, 29 januari 2016

***daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar**

De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde is per 1 januari 2016 opgelopen tot 50 jaar. Uit gegevens van de RGS blijkt dat dit in 2013 48 jaar was en in 2011 47 jaar. Het totale aandeel specialisten ouderengeneeskunde van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 54% van het totale aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. In 2013 was dit 47% en in 2011 43%.

Een stijgende gemiddelde leeftijd heeft voor de raming als consequentie dat er gemiddeld meer uitstroom om leeftijdsredenen zal zijn. Zoals blijkt uit tabel 8 in de vorige paragraaf neemt het aantal vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde toe. Vooral bij de mannen is een hoge uitstroom vanwege de leeftijd te verwachten. Op basis van dergelijke gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden berekend. In paragraaf 5.5 over de uitstroom uit het vak en in de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk staan de resultaten van deze analyse.

5.2.3 Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde

5.2.3.1 Specialisten ouderengeneeskunde

Het aantal in Nederland werkzame artsen is altijd lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. Dit kan zijn in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag,

instroom in een ander beroep (bijvoorbeeld een ander specialisme, een managementfunctie e.d.) of omdat de specialist is overleden. De titel specialist ouderengeneeskunde kent tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te mogen blijven voeren. Sinds 1995 vindt om de 5 jaar herregistratie plaats. Het aantal specialisten dat is gestopt met de uitoefening van hun beroep betreft diegenen die in de afgelopen 1 tot (maximaal) 5 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

Kiwa Carity voert in opdracht van het Capaciteitsorgaan berekeningen uit van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde. Sinds 2010 gebruikt het bureau daarvoor de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In 2010 werd alleen gekeken naar de specialisten ouderengeneeskunde die werken binnen de gezondheidszorg. Vanaf 2013 betreft de berekening ook de specialisten ouderengeneeskunde werkzaam buiten de gezondheidszorg. Organisaties zoals Novicare en andere commerciële dienstverleners hebben bijvoorbeeld veel specialisten ouderengeneeskunde in dienst maar worden in de database van het SSB niet aangemerkt als 'organisatie binnen de gezondheidszorg'.⁵⁹

In tabel 9 zijn de percentages weergegeven van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde in de periode 2004 - 2013. Het CBS werkt de data in het SSB bij in september. De jaarlijkse update is gebaseerd op de actuele gegevens van het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), de Basisregistratie Personen (BRP, voorheen Gemeentelijke Basisadministratie) en de Belastingdienst. De gegevens van het meest recente jaar zijn altijd voorlopig.

Tabel 9: Percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% werkzaam	97,9%	97,9%	96,9%	96,6%	96,3%	96,2%	97,8%	98,2%	97,3%	96,3%

Bron: CBS StatLine, 4 september 2015

Op basis van het gemiddelde van deze waarden wordt de parameter **percentage werkzaam** voor de raming 2016 gesteld op **97,2%**. Die waarde ligt dicht bij die van de raming in 2013 (97,5%). Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2016 komt daarmee op **1.524**.

5.2.3.2 Sociaal gerieters

Sociaal gerieters zijn sinds de jaren '80 verbonden aan de ambulante GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). Zij werden door de koepelorganisatie van GGZ-instellingen, GGZ-Nederland, maar ook door het ministerie van VWS gezien als kerndiscipline van de GGZ voor ouderen. De opleiding tot sociaal geriater is echter in 2004 beëindigd. In de nieuwe, verlengde opleiding tot specialist ouderengeneeskunde wordt expliciet aandacht besteed aan de sociale geriatrie. De sociaal geriater werd daarbij vanaf 2014 geschrapt als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ, mede omdat de

⁵⁹ Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. De behandelaars van Novicare hebben allen als specialisatie het begeleiden van mensen met complex chronische zorg. Novicare is hiermee de eerste zelfstandige dienst behandeling en begeleiding voor verpleeghuizen in Nederland. Bron: <http://www.novicare.nl/index.asp?Type=24&PaginaID=87&CatID=265&SubID=186&Letter=1&ADID=4>

opleiding tot sociaal geriater slechts 2 jaar betrof, wat in Europees verband niet geldt als (medisch) specialistische opleiding. Aan sociaal geriaters is vervolgens de mogelijkheid geboden via een verkort traject de titel specialist ouderengeneeskunde te behalen. Daarbij is de kaderaanpak psychogeriatricie voor hen gerealiseerd. Zo zijn er per januari 2015 12 sociaal geriaters aan dit traject begonnen. Zij kunnen zich na afronding van hun opleiding specialist ouderengeneeskunde én sociaal geriater én kaderarts psychogeriatricie noemen. (Zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.)

Het Capaciteitsorgaan neemt aan dat de sociaal geriaters op termijn, wanneer zij uittreden, worden vervangen door specialisten ouderengeneeskunde. Per april 2016 staan er 32 sociaal geriaters in het register van de Stichting Geriopterix⁶⁰. Begin 2013 waren dat er nog ongeveer 50. Van de 32 geregistreerde artsen zijn er 25 actief werkzaam in de ouderenzorg. De overige geregistreerde artsen zijn met pensioen of als manager niet meer praktiserend. Allen werken in de GGZ voor ouderen en de gemiddelde leeftijd is 57 jaar. Sociaal geriaters werken bijna allemaal 32-36 uur, maar degenen van 60 jaar en ouder blijken gemiddeld 22 uur te werken. Omgerekend komt dit neer op een gemiddelde deeltijdfactor voor sociaal geriaters van 0,75 fte.

Van de 25 werkzame sociaal geriaters hebben er per 1 januari 2016 vier een dubbele registratie, omdat zij ook opgeleid zijn tot specialist ouderengeneeskunde.

Vanaf 2010 is in het Capaciteitsplan rekening gehouden met de in de ouderenzorg werkzame sociaal geriaters, die op termijn vervangen moeten worden. In 2010 wordt een aantal van 61 fte genoemd. In het advies van 2013 werd uitgegaan van 30 werkzame sociaal geriaters. Ook destijds hadden zij gemiddeld een aanstelling van 0,75 fte. In 2013 is daarom rekening gehouden met 23 fte sociaal geriaters, die toegevoegd zijn aan de beschikbare capaciteit van werkzame specialisten ouderengeneeskunde. In de onderhavige raming wordt vastgehouden aan het deeltijdcijfer uit 2013, te weten 0,75 fte. Bij de huidige beschikbare capaciteit aan **21** sociaal geriaters (de vier sociaal geriaters met een dubbele registratie worden niet meegeteld; zij zijn al geteld als specialist ouderengeneeskunde) is dat **16 fte**.

5.3 Omvang dienstverband

Tabel 10 toont de ontwikkeling van de deeltijdfactor voor specialisten ouderengeneeskunde naar geslacht. Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat wordt beheerd door het CBS. In dit bestand zijn alle werkzame specialisten ouderengeneeskunde geregistreerd op deeltijdfactor.

In de tabel is de gemiddelde deeltijdfactor van mannen en vrouwen in de laatste 10 jaar opgenomen. De gegevens uit 2013 zijn de meeste recente. De cijfers laten zien dat de deeltijdfactor van de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde sinds 2004 weinig is veranderd: de deeltijdfactor schommelt tussen 93% en 96%. Voor de vrouwen is de deeltijdfactor iets toegenomen, van 76% in 2004 naar 83% in 2013.

⁶⁰ De Stichting Geriopterix is een onafhankelijke stichting die het register van sociaal geriaters beheert zolang er sociaal geriaters zijn die aan de herregistratie-eisen voldoen. Geraadpleegd op 24 april 2016 op de website van de Stichting Geriopterix www.nvsg.nl/register.html

Tabel 10: Deeltijdfactor van specialisten ouderengeneeskunde per jaar

Jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deeltijdfactor mannen	94%	94%	95%	95%	95%	95%	96%	94%	93%	94%
Deeltijdfactor vrouwen	76%	77%	79%	80%	81%	82%	82%	81%	82%	83%
Deeltijdfactor totaal	83%	84%	86%	86%	87%	87%	87%	86%	86%	87%

Bron: CBS StatLine, 4 september 2015

Op basis van het SSB bedraagt de parameter **gemiddeld fte** voor **mannen 0,94** en voor **vrouwen 0,83**.

5.4 Instroom in het vak

Instroom in het beroep van specialist ouderengeneeskunde is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de vervolgopleiding. Instroom vanuit het buitenland komt niet voor, omdat het specialisme in het buitenland niet bestaat.

Het aantal jaarlijkse nieuwe inschrijvingen in het register van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2005 is weergegeven in tabel 11.

Tabel 11: Aantal nieuwe inschrijvingen van specialisten ouderengeneeskunde

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Inschrijvingen	82	81	80	80	49	37	51	63	58	65	69

Bron: RGS, 29 januari 2016

Vanaf 2005 tot 2009 bleef het aantal specialisten ouderengeneeskunde dat voor het eerst in het RGS-register werd ingeschreven constant. In 2009 en 2010 is een sterke afname van de nieuwe inschrijvingen te zien. Deze daling is grotendeels 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 2-jarige opleiding en 50 met de 3-jarige opleiding. Het aantal nieuwe inschrijvingen van specialisten ouderengeneeskunde in het register weerspiegelt de instroom in de opleiding 2 of 3 jaar eerder, met correcties voor tussentijdse uitval, verkorte en verlengde opleidingstrajecten. Na 2010 is het aantal registraties geleidelijk weer toegenomen. In 2015 waren er 69 nieuwe inschrijvingen.

5.5 Uitstroom uit het vak

5.5.1 Uitstroom uit het specialistenregister

Uitschrijving uit het register van specialisten ouderengeneeskunde geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. In tabel 12 zijn de uitschrijvingen uit het register van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2005 weergegeven. In 2015 bedroeg het aantal uitschrijvingen 65.

Tabel 12: Aantal uitschrijvingen van Specialisten Ouderengeneeskunde

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Uitschrijvingen	81	28	22	22	23	77	39	20	21	20	65

Bron: RGS, 29 januari 2016

Herregistratie wordt (sinds 1995) elke 5 jaar door de specialist Ouderengeneeskunde aangevraagd bij de RGS. Om voor volledige herregistratie in aanmerking te komen, dient de specialist ouderengeneeskunde gedurende 5 jaar direct voorafgaande aan de vervaldatum van de registratie gemiddeld 16 uur per week als specialist ouderengeneeskunde werkzaam te zijn geweest. De minimumeis om voor herregistratie voor beperkte duur in aanmerking te komen is per 1 januari 2016 aangepast. Vanaf deze datum is 8 uur per week voldoende, mits aan de overige eisen is voldaan.⁶¹

Specialisten ouderengeneeskunde moeten ook aantonen dat zij gemiddeld over 5 jaar ten minste 50 uur ANW-diensten (avond-, nacht-, of weekenddiensten) per jaar hebben verricht, ongeacht de omvang van hun dienstverband. Daarnaast moeten specialisten ouderengeneeskunde aantonen dat zij gemiddeld over een periode van 5 jaar ten minste 40 uur per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Sinds 1 januari 2014 zijn specialisten ouderengeneeskunde bovendien verplicht om deel te nemen aan het (kwaliteits)visitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging.

5.5.2 Uitstroom van werkzame specialisten

Voor de Capaciteitsplannen is een raming van de uitstroom van werkzame artsen voor de komende 20 jaar nodig. Kiwa Carity voerde in opdracht van het Capaciteitsorgaan een analyse uit van gegevens over de uitstroom van werkzamen in de afgelopen 10 jaar op grond van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS. Vervolgens maakte Kiwa Carity een raming van de uitstroom voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar, met daarin specifiek aandacht voor pensionering.

Het CBS onderscheidt in haar statistiek van medisch geschoolden of men werkzaam is als specialist en zo ja waar. In dit bestand kan men van de geregistreerde artsen die in 2003 werkzaam waren, zowel in als buiten de zorgsector, nagaan hoeveel er naar leeftijd en geslacht uitgestroomd zijn. Dit kan resulteren in niet meer geregistreerd en/of niet meer werkzaam zijn. Een en ander is gemeten aan de hand van de positie die men in 2013 inneemt. Dit is het meeste recente jaar waarover in het SSB gegevens beschikbaar zijn. Tabel 13 geeft de gegevens weer voor de specialisten ouderengeneeskunde.

⁶¹ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2016, januari). *Besluit herregistratie specialisten*. Geraadpleegd op website KNMG <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Herregistratie/Specialist-ouderengeneeskunde.htm>

Tabel 13: Het percentage specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht dat in de periode 2003-2013 de registratie verloor of niet meer werkzaam was t.o.v. het aantal werkzamen in 2003

	Werkzaam in 2003	Vertrokken in 2013	% uitstroom
Mannen			
25 /m 29	1	1	100
30 t/m 34	21	4	19
35 t/m 39	47	7	15
40 t/m 44	111	10	9
45 t/m 49	131	17	13
50 t/m 54	123	38	31
55 t/m 59	58	49	84
60 t/m 64	11	11	100
65 en ouder	2	2	100
Totaal	505	139	28
Vrouwen			
25 /m 29	15	3	20
30 t/m 34	111	22	20
35 t/m 39	146	23	16
40 t/m 44	117	19	16
45 t/m 49	99	21	21
50 t/m 54	99	43	43
55 t/m 59	51	45	88
60 t/m 64	9	8	89
65 en ouder	1	1	100
Totaal	648	185	29

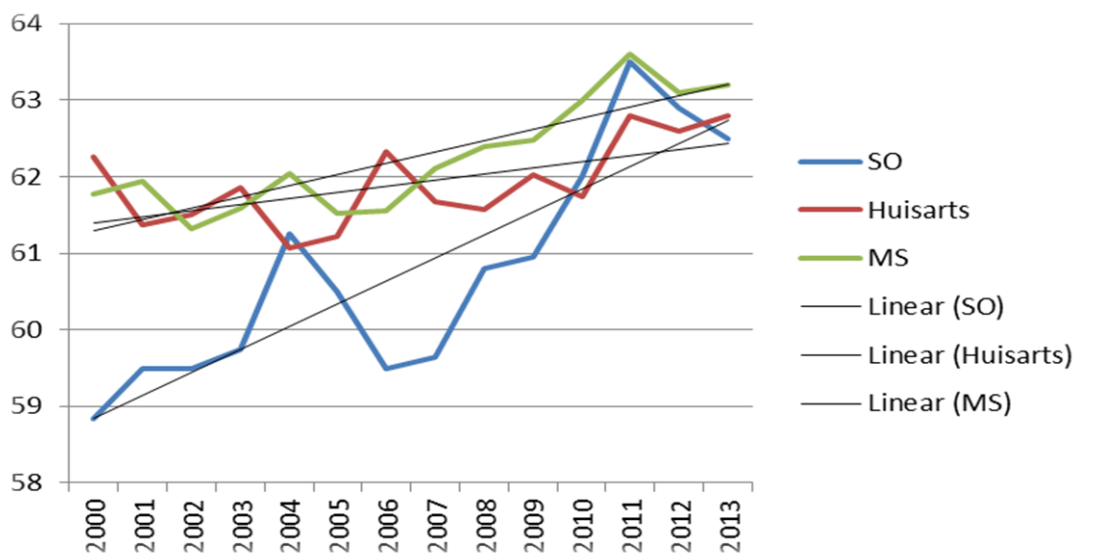
Bron: SSB CBS, september 2015

In 10 jaar tijd is van de mannen 28% gestopt met de werkzaamheden of de registratie kwijt geraakt; bij de vrouwen bedroeg dit 29%. In de meeste leeftijdscategorieën staken doorgaans meer vrouwen de werkzaamheden dan mannen. Door de leeftijdsamenstelling - veel jongeren bij de vrouwen - is het totale aandeel uitstromers bij de vrouwen toch vergelijkbaar met de mannen, die gemiddeld ouder zijn. Vrijwel alle specialisten ouderengeneeskunde van 60 jaar of ouder zijn 10 jaar later gestopt met werken.

5.5.3 Ontwikkeling pensioenleeftijd

De laatste jaren neemt de pensioenleeftijd toe. Figuur 9 laat dit zien voor de totale groep medisch specialisten, de huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde. De lijnen lopen soms wat grillig vanwege de kleine aantallen waarop de figuur is gebaseerd; wel is er een tendens zichtbaar.

Figuur 9: De gemiddelde leeftijd bij pensionering



Bron: SSB (CBS)

MS= medisch specialisten, SO= specialisten ouderengeneeskunde

In figuur 9 zijn per categorie trendlijnen weergegeven. Deze laten zien dat in de periode 2000-2013 de specialisten ouderengeneeskunde de sterkste stijging in pensioenleeftijd kenden, gevolgd door de medisch specialisten. De pensioenleeftijd van de artsen is inmiddels vergelijkbaar, rond de 62 à 63 jaar. Specialisten ouderengeneeskunde hebben in 2013 een gemiddelde pensioenleeftijd van 62,5 jaar. In de jaren voor 2007 lag dit rond de 59 jaar.

Voor de raming van de uitstroom tot 2026 gaan we uit van een pensioenleeftijd van gemiddeld 67 jaar. Dat lijkt hoog gezien het niveau van 2013, maar het is gezien alle ontwikkelingen rond pensionering aannemelijk dat het niveau in 2026 aanmerkelijk hoger zal liggen dan in 2013. Bovendien is de situatie in het laatste planjaar relevant om de totale uitstroom over de periode 2016-2026 te bepalen.

5.5.4 Raming van de uitstroom de komende jaren

Door de uitstroombepalingen van het specialisme ouderengeneeskunde, zoals in tabel 13 weergegeven, toe te passen op degenen die in september 2013 werkzaam waren, kan berekend worden welk percentage 10 jaar na september 2013 nog werkzaam is. Let wel: door besluiten van de overheid stijgt de AOW-leeftijd in stappen. In 2018 is de AOW-leeftijd 66 jaar en in 2021 is dit 67 jaar. Vanaf 2022 stijgt de AOW-leeftijd mee met de levensverwachting in Nederland.⁶² Voor deze raming gaan we er vanuit dat de pensioenleeftijd toeneemt tot 67 jaar. Dit betekent dat van de leeftijdscategorie 55-59 jaar er in de eerste 10 jaar minder specialisten ouderengeneeskunde vertrekken, omdat zij 2 jaar langer doorwerken. Over 20 jaar geldt hetzelfde voor de groep die nu valt in de leeftijdscategorie 45-49 jaar. Kiwa Carity heeft dit in de berekeningen verdisconteerd.

⁶² Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2015). *AOW betaalbaar houden*. Geraadpleegd op 23 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/inhoud/aow-betaalbaar-houden>

Tabel 14 geeft de verwachte uitstroom voor specialisten ouderengeneeskunde weer. Bij de mannelijke specialisten is de verwachting dat 39% over 10 jaar niet meer in het vak werkzaam is, bij de vrouwelijke 27%. Over 20 jaar betreft het bij de mannen 72% en bij de vrouwen 57%. Vanuit de CBS-data zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over 10-jaarsperioden (2003-2013) en niet over perioden van 5 jaar. Kiwa Carity hanteert daarom de geraamde uitstroom na 10 en 20 jaar als ankerpunten. Op basis van het geraamde uitstroombestand na 10 jaar is bepaald wat de uitstroom na 5 jaar is. Op basis van het verschil tussen de 10-jaars- en de 20-jaarsuitstroom is berekend wat het uitstroombestand na 15 jaar is.⁶³

Tabel 14: De geraamde uitstroom over 10 en 20 jaar in % van thans werkzame artsen

Vertrekkans per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar	22%	16%	22%	15%
Na 10 jaar	44%	32%	39%	27%
Na 15 jaar	61%	48%	59%	44%
Na 20 jaar	78%	64%	72%	57%

Er zijn weinig verschillen tussen de uitstroombcijfers voor de huidige raming en die voor het Capaciteitsplan 2013. Over de hele linie is een daling van de percentages te zien. Enerzijds is dit toe te schrijven aan het stijgen van de pensioenleeftijd, anderzijds zorgt de instroom van veel jongeren bij de vrouwen voor een daling van de vertrekkans.

5.5.5 Extern rendement

Naast de uitstroom door het vertrek van werkzame specialisten is in de ramingen ook rekening gehouden met eventueel toekomstige uitstroom 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. Over het algemeen zijn zij jonger dan de zittende artsen. Zij kunnen echter wel besluiten om na hun specialisatie niet in het vak te gaan werken. Om die reden wordt bij de aanstaande generatie specialisten gewerkt met de 'blijfkans' in het vak. Dit wordt het externe rendement genoemd. Het externe rendement voor specialisten ouderengeneeskunde was in de vorige ramingen 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.

In 2016 heeft het NIVEL nieuwe berekeningen gemaakt voor het Capaciteitsorgaan.⁶⁴ De wijze waarop het toekomstige externe rendement van een opleiding wordt geschat, bestaat uit een aantal

⁶³ Voorbeeld van de berekening: Als na 10 jaar bij de mannen 39% is uitgestroomd, is er nog 61% van de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde over. De krimpfactor is $61/100$ (0,61). Om vervolgens de uitstroom na 5 jaar te berekenen, neme men hier de wortel uit, uitkomst 0,78. Dit betekent dat 78 van de 100 artsen na 5 jaar nog aanwezig zijn; 22 van de 100 zijn na 5 jaar uitgestroomd, dus 22%. Als na 20 jaar bij de mannen nog 28% van de specialisten ouderengeneeskunde over is, is dat in verhouding tot wat na 10 jaar nog over was 0,46. Om de uitstroom na 15 jaar te berekenen, neme men hier de wortel uit en vermenigvuldigt dit met het aandeel dat na 10 jaar nog over was (61%). De uitkomst is 0,41. Dit betekent dat na 15 jaar 41 van de 100 specialisten ouderengeneeskunde nog over zijn; 59 van de 100 zijn na 15 jaar uitgestroomd, dus 59%.

⁶⁴ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2016). *Extern rendement Nederlandse opleidingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, en rendement buitenlandse instroom*. Utrecht: NIVEL.

stappen. Eerst is gekeken naar gegevens van de RGS over alle specialisten ouderengeneeskunde die 5, 10, 15 en 20 jaar geleden zijn gediplomeerd en toen dus voor het eerst geregistreerd zijn door de RGS. Dit vormt de 100-% basis. Vervolgens is nagegaan hoeveel van hen 5, 10 of 15 jaar later nog steeds geregistreerd zijn als specialist ouderengeneeskunde. Van personen die niet meer geregistreerd zijn, wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn in dat beroep in Nederland. De tweede stap is dat van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde wordt bekeken of zij inmiddels voor een ander specialisme zijn ingeschreven of in opleiding zijn gegaan voor een ander specialisme. Ook van hen wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn als specialist ouderengeneeskunde in Nederland. Als derde stap wordt van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde onderzocht of zij een woonadres in Nederland hebben. Zo niet dan wordt verondersteld dat zij niet meer werkzaam zijn in de ouderengeneeskunde in Nederland. De laatste stap is een correctie van 1,5% omdat niet iedere arts daadwerkelijk werkzaam is, ook al heeft hij een geldige registratie, geen andere registratie en woont hij in Nederland. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat in het algemeen niet 100% van de potentiële werkzame groep daadwerkelijk werkzaam is, maar eerder 98,5%.

Op basis van de voornoemde gegevens en berekeningen ontstaat een beeld van het aandeel artsen dat na 0-4, 5-9, 10-14 of 15-19 jaar na de diplomering werkzaam is als specialist ouderengeneeskunde. De gegevens die zo zijn verkregen, zijn daarna omgezet naar de stand na 1, 5, 10 en 15 jaar.

In tabel 15 zijn de oude en de nieuwe percentages voor het externe rendement weergegeven.

Tabel 15: Extern rendement voor specialisten ouderengeneeskunde in %

Extern rendement per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 1 jaar	98%	98%	99,0%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85,0%
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%

Voor de mannen wordt nu ingeschat dat 99% werkzaam zal zijn na 1 jaar, tegenover 98% in de vorige raming. Voor de stand na 15 jaar wordt echter van een iets lager rendement uitgegaan: 84,4% in plaats van 85%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van 1,7% voor de mannen: nu 90,3% en toen 92%.

Voor de vrouwen wordt voor de stand na 1 jaar nu uitgegaan van 98,8% rendement tegenover 98% in de vorige raming. Dat is dus iets hoger. Maar voor de stand na 15 jaar wordt nu van een beduidend lager rendement uitgegaan: 77,7% in plaats van 85%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van 3,7% voor de vrouwen: nu 88,3% en toen 92,0%.

De nieuwe berekeningen leiden tot een bijstelling van de parameterwaarden voor het externe rendement in deze raming. Het externe rendement van de opleiding ouderengeneeskunde wordt nu

zowel voor de mannen als voor de vrouwen lager ingeschat dan de vorige keer. Voor de vrouwen liggen de percentages nog iets lager dan voor de mannen. Het aandeel vrouwen is relatief hoog. (Zie de paragrafen 5.2.1 en 3.4.) de benodigde opleidingscapaciteit - bij verder ongewijzigde omstandigheden – zal dus iets hoger uitkomen.

5.6 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2016 bedraagt het percentage mannen en vrouwen onder de 1.568 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde respectievelijk **35%** en **65%**.

In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 81% van de huidige 345 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten (66%).⁶⁵ De geregistreerde beroepsgroep zal door de instroom van vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde de komende jaren blijven feminiseren. De deeltijdfactor is ten opzichte van de raming 2013 voor de mannen iets afgenomen en voor de vrouwen iets toegenomen. In paragraaf 5.3 is geconstateerd dat de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld **0,94 fte** werken en de vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde **0,83 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,87 fte**. In het Capaciteitsplan 2013 waren de fte-parameters respectievelijk 0,96 fte, 0,82 fte en 0,87fte.

Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde in 2016 wordt geschat op **1.524**. Als we er vanuit gaan dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, is er een capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde van **1.324 fte**. Daarbij tellen we de beschikbare capaciteit aan werkzame sociaal geriaters die op termijn door specialisten ouderengeneeskunde moeten worden vervangen; dit betreft **21 werkzamen**, dat is **16 fte**. De beroepsgroep beschikt daarmee in totaal over **1.340 fte** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2013 werd uitgegaan van 1.298 fte.

In dit advies is rekening gehouden met een verdere ontwikkeling van arbeidstijdverandering (ATV) van 0%. Voor specialisten ouderengeneeskunde is een arbeidstijdverandering niet waarschijnlijk, omdat zij veelal in loondienst werken.

In tabel 16 en 17 worden de parameterwaarden die in de raming 2016 voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen 2010 en 2013.

⁶⁵ Dienst Uitvoering Onderwijs (2015). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2015*. Geraadpleegd op 30 mei 2016 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/Ingeschreven/wo_ingeschr/Ingeschrevenen_wo1.jsp

Tabel 16: Parameterwaarden zorgaanbod: omvang beroepsgroep

Parameter	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Werkzame specialisten	1.369	1.486	1.545 (incl. 21 sociaal ger.)
Aantal fte	1.120	1.298	1.340 (incl. 16 fte sociaal ger.)
Gemiddelde fte man	0,91	0,96	0,94
Gemiddelde fte vrouw	0,74	0,82	0,83
Gemiddeld fte totaal	0,81	0,87	0,87
% werkzame vrouwen	61%	62%	65%
% werkzame mannen	39%	38%	35%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%

Tabel 17: Parameterwaarden zorgaanbod: uitstroom, extern rendement en instroom buitenland

Parameter	Capaciteitsplan					
	2010		2013		2016	
Uitstroom	Totaal		Totaal		Man	Totaal
Na 5 jaar	14%		18%		22%	19%
Na 10 jaar	31%		37%		39%	34%
Na 15 jaar	49%		53%		59%	53%
Na 20 jaar	64%		69%		72%	66%
Extern rendement	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	99%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	90%	90%	86,2%	85%
Na 15 jaar	85%	85%	85%	85%	84,4%	77,7%
Instroom buitenland	0		0		0	

6 Werkproces

6.1 Inleiding

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

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

In de afgelopen jaren, met name sinds de invoering van de nieuwe Wlz en Wmo in 2015, behandelt de specialist ouderengeneeskunde binnen de verpleeghuizen voornamelijk cliënten met een zware, complexe zorgvraag. Dit zijn immers de cliënten die een indicatie ontvangen voor zorg met verblijf en behandeling. Cliënten met lagere ZZP's blijven in principe thuis wonen. In tabel 18 zien we de ontwikkeling in het aantal verpleegdagen voor de hogere ZZP's 5 t/m 10 in de periode 2012-2014.

Tabel 18: Aantal opnamedagen per ZZP ouderenzorg in periode 2012-2014 (x 1.000)

		Opnamedagen (in duizendtallen)		
		2012	2013	2014
ZZP5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	16.442	16.693	18.129
ZZP6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	7.620	8.896	9.409
ZZP7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	4.301	5.037	5.309
ZZP8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	1.079	1.164	1.063
ZZP9b	Herstelgerichte verpleging en verzorging	339	322	251
ZZP10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	234	214	188
	<i>Totaal</i>	<i>30.015</i>	<i>32.326</i>	<i>34.349</i>

Bron: CBS StatLine, 20 augustus 2015

Het totaal aantal verpleegdagen is in 2 jaar tijd toegenomen met 4,3 miljoen. De stijging betreft de ZZP's 5, 6 en 7.

In het in 2012 vernieuwde beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde staat het volgende: "Vakinhoudelijk zal de medische zorgvraag niet veranderen, maar waar en hoe de medische zorg aangeboden gaat worden wel. Dit komt door demografische en epidemiologische veranderingen en

omdat de toekomstige ouderen andere voorkeuren hebben.”⁶⁶ Die ‘andere voorkeuren’ betreffen onder meer de mogelijkheden die Wlz-geïndiceerde ouderen hebben om de toegekende zorg (deels) thuis te ontvangen via het volledig of modulair pakket thuis (VPT en MPT). Recent onderzoek toont aan dat het gebruik van het VPT in de periode 2010 - 2014 met 68% per jaar is gestegen.⁶⁷ De groep thuiswonende kwetsbare ouderen - waaronder zowel Wlz-geïndiceerden als niet-geïndiceerden - is momenteel in eerste instantie vaak aangewezen op zorg van de huisarts en andere eerstelijnsvoorzieningen. Met name door hindernissen in de financiering van de extramurale zorg komen de inzet van de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar of medebehandelaar voor thuiswonende cliënten en de samenwerking daarin met de huisarts minder goed op gang dan nodig wordt geacht door de betrokken beroepsgroepen. (Zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.1.)

Het werk van de specialist ouderengeneeskunde is in toenemende mate gericht op het bieden van passende zorg aan ouderen in afstemming met de cliënten en hun naasten. Dit in samenwerking met het zorgteam, waarbij de taakverdeling tussen verpleegkundigen en verzorgenden, verpleegkundig specialisten en behandelend artsen helder moet worden vastgelegd in behandelplannen en –protocollen. De specialist ouderengeneeskunde wordt meer en meer aangesproken op zijn medisch leiderschap, coördinerende en verbindende kwaliteiten. Enerzijds kan de steeds meer gevarieerde samenstelling van behandelteams betekenen dat de specialist ouderengeneeskunde zich meer kan richten op zijn medisch-specialistische taak. Anderzijds wordt de taak van de specialist ouderengeneeskunde als medicus uitgebreid met rollen als medisch leider, teamcoach, adviseur voor het management en ondernemer in de eerstelijnszorg.^{66, 68} Door het blijvende tekort aan hoger opgeleid verpleegkundig personeel, is de kans reëel dat de specialist ouderengeneeskunde ook nog altijd met oneigenlijke taken, zoals verpleegtechnische handelingen of administratieve werkzaamheden, in zijn pakket blijft zitten. (Zie ook paragraaf 6.3 Efficiency.)

Het lijkt er dus op dat er eerder meer dan minder (niet-patiëntgebonden) werk op het bord van de specialist ouderengeneeskunde komt te liggen. Het is echter mogelijk dat de specialist ouderengeneeskunde over enkele jaren - als gevolg van de invoering van de zelfstandige betaaltitel via de Zvw, zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.1 - veel minder vaak in loondienst van een zorginstelling zal werken. In dat geval zullen taken vanuit de rol als teamcoach of managementtaken wellicht niet meer van toepassing zijn. Veel zorginstellingen omarmen bovendien het principe van ‘zelfsturing’ door teams.^{69, 70} Ook dit kan voor de specialist ouderengeneeskunde een ontlastend effect hebben op de tijd die opgaat aan leidinggeven en aanverwante niet-medische taken.

⁶⁶ Verenso (2012). *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 17 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/VER-002-4-Beroepsprofiel7int.pdf>

⁶⁷ Bruin, J. de, & Hagemans, M. (2016). *Het nieuwe normaal: Studie ouderenzorg*. Geraadpleegd op 7 juni 2016 op <http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta%20Strategists%20-%20studie%20ouderenzorg%202016%20-%20het%20nieuwe%20normaal%20-%20DIG.pdf>

⁶⁸ Martens, J., Ruiter, C. de, & Geer, E. van der (2016). Met ondernemerschap samen op één lijn. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verensotijdschrift.nl/om2016/april-2016/actueel/met-ondernemerschap-samen-op-een-lijn/#.V02kDE1NeUk>

⁶⁹ ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.

⁷⁰ Kuperus, K., Ploegman, M., Trompenaars, F., Ogink, A., Ruigrok, L., & Oosterwaal, A. (2015). *Zelfsturing in de zorg: Zes openhartige gesprekken over dilemma's in de dagelijkse praktijk*. Geraadpleegd op 17 mei 2016 op

De ontwikkelingen in het gebruik van e-healthtoepassingen en domotica gaan niet zo hard als men in 2013 dacht. De e-healthmonitor 2015 van Nictiz en Nivel laat zien dat cliënten en zorgverleners veelal onbekend zijn met de diverse mogelijkheden en dat zorginstellingen vaak onvoldoende financiële middelen hebben om te investeren in nieuwe technologie. De stand van zaken met betrekking tot e-health is uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.3. Vakinhoudelijk lijken ontwikkelingen in e-health vooralsnog weinig tot geen invloed te hebben op het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Het thema 'technologie in de zorg' staat echter wel dermate in de belangstelling dat het van groot belang is de ontwikkelingen op de voet te volgen.

In het Capaciteitsplan 2013 werd aangegeven dat nieuwe technieken van invloed kunnen zijn in de geriatrische revalidatie en dat dit een intensivering van het werk van de specialist ouderengeneeskunde tot gevolg kan hebben. Bij Vektis zijn gegevens opgevraagd over de declaraties van behandeluren voor GRZ in 2013 en 2014.⁷¹ Er blijken geen grote verschuivingen te zijn in de intensiteit van de behandelingen. Wel is er een lichte toename (3%) van het aantal cliënten tussen 2013 en 2014, een lichte afname van de cliënten die meer dan 134 behandeluren krijgen en een toename van de middencategorieën die 15-91 behandeluren krijgen. Monitoring van deze gegevens in de komende jaren zal wellicht meer informatie opleveren over ontwikkelingen in het behandelvolume van geriatrische revalidatie. De experts vanuit het werkveld geven aan dat het opstarten en bewaken van processen en protocollen tijd kost en dat de specialist ouderengeneeskunde steeds meer tijd moet besteden aan overleg over de behandeling en het bewaken van de diagnose-behandelcombinatie (DBC). Dit intensiveert het werk van de arts.

Over overige medisch-technologische ontwikkelingen is op dit moment bij de experts op het gebied van de ouderengeneeskunde geen relevante nieuwe informatie bekend.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt voor de parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** de minimale waarde gehandhaafd op **+0,2%** en de maximale waarde iets naar boven bijgesteld tot **+0,8%**. In 2013 waren deze waarden op +0,2% tot +0,4% gesteld.

6.3 Efficiency

Factoren die de efficiency van specialisten ouderengeneeskunde verhogen zijn bijvoorbeeld het afstoten van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen, efficiëntere administratie en effectievere patiëntenlogistiek.

In het Capaciteitsplan 2013 werd geconstateerd dat er veel variatie is in de organisatie van de medische zorg in verpleeghuizen en de samenstelling van behandelteams. Het kost tijd voordat alle zorginstellingen werken op de door Verenso en SOON aanbevolen wijze volgens de 'moderne praktijkvoering'. Een professionele behandelpraktijk wordt gekenmerkt door het werken met een dienstverleningsovereenkomst, een diversiteit aan professionals binnen het behandelteam, met

<https://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Zelfsturing-in-de-zorg.pdf>

⁷¹ Hove, M. ten, & Ben Yerro, R. (2016). *Rapportage aantallen GRZ voor Capaciteitsorgaan: 2013-2014*. Zeist: Vektis.

zowel medische als verpleegkundige en administratief ondersteunende functies en goede ict-ondersteuning.

Onderzoek van Kiwa Carity uit 2014 naar de doelmatigheid en personele bezetting in verpleeghuizen wijst uit dat wanneer er meer verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en physician assistants aanwezig zijn in een behandelteam, het team hoger scoort op doelmatigheid.⁷² Naarmate het aandeel artsen in het behandelteam groter is, wordt de doelmatigheid minder hoog ingeschat en valt op dat zij meer verpleegtechnische handelingen uitvoeren. Het onderzoek van Kiwa Carity stelt ook vast dat hoe groter het aandeel andere professionals in het behandelteam is, hoe hoger de caseload van de specialist ouderengeneeskunde, oftewel het aantal cliënten dat één fte specialist ouderengeneeskunde behandelt.

Ook anno 2016 ontkomt de specialist ouderengeneeskunde nog altijd niet aan het uitvoeren van oneigenlijke taken. Met name het tekort aan (hoog opgeleid) verpleegkundig personeel is hier debet aan. Rapporten van ActiZ en Kiwa Carity/CAOP uit 2015 wijzen erop dat er de komende jaren een tekort aan hoger opgeleiden in de zorg zal ontstaan en dat het moeilijk is om meer hoger opgeleiden aan te trekken en in het personeelsbestand te behouden.^{73,74} Specifiek gericht op de verpleeghuizen worden daarom verschillende trajecten ingezet (zoals 'Daar zit meer achter' en 'Waardigheid en trots') om hoger opgeleid personeel aan te trekken, een helder kwaliteitskader te scheppen, de zorgverlening te professionaliseren, bureaucratie te verminderen en het imago van de verpleeghuiszorg te verbeteren.^{75,76} Daarnaast krijgen opleidingen en bij- en nascholingen van zittend personeel de komende jaren een impuls. Het is van belang te monitoren wat de effecten van deze maatregelen zijn voor de beschikbaarheid van hoger opgeleid medisch ondersteunend personeel in de komende jaren. Bij een (blijvend) gebrek aan deze groep, is het te verwachten dat de specialist ouderengeneeskunde vaker oneigenlijke, bijvoorbeeld verpleegtechnische, handelingen uitvoert. Ook zal bij gebrek aan deze professionals in behandelteams de efficiency en de caseload van de specialist ouderengeneeskunde niet sterk stijgen.

Op basis van de beschikbare informatie wordt de minimum parameterwaarde voor **efficiency** gehandhaafd op **-0,5%**; de maximale parameterwaarde wordt verlaagd naar **-1,5%**. In het Capaciteitsplan 2013 werden percentages van -0,5% tot -2,0% gehanteerd.

⁷² Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁷³ ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.

⁷⁴ Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.

⁷⁵ De campagne 'HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter' is een initiatief van ActiZ en V&VN gericht op het enthousiasmeren van HBO-verpleegkundigen (in opleiding) voor de zorg in verpleeghuizen en voor ouderen thuis. De interactieve 'online experience' won in november 2015 de jaarprijs van SJP (Stichting Jaarprijzen Personeelscommunicatie) voor het beste, meest creatieve werk in arbeidsmarktcommunicatie. Geraadpleegd op 19 mei 2016 op <http://daarzitmeerachter.nl/>

⁷⁶ Het vernieuwingsprogramma 'Waardigheid en Trots' werd in februari 2015 gelanceerd door de Staatssecretaris van VWS als startpunt om de ouderenzorg in Nederland te verbeteren. Aan ruim 650 locaties bij 150 zorgaanbieders die de ambitie hebben 'best practice' te worden, wordt (financiële) ruimte en een platform geboden om de verpleeghuiszorg verder te verbeteren en de sector te laten zien wat er allemaal mogelijk is. Geraadpleegd op 19 mei 2016 op <http://www.waardigheidentrots.nl/>

6.4 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft taken die verschuiven van de specialist ouderengeneeskunde naar andere medisch opgeleide professionals of vice versa, waardoor er minder of meer een beroep wordt gedaan op de specialist ouderengeneeskunde. Het betreft de huisarts of de basisarts, klinisch geriater, de internist met aandachtsgebied ouderen of de revalidatiearts.

In 2013 stelde het Capaciteitsorgaan in zijn raming voorzichtig dat er taken zouden kunnen gaan verschuiven naar de specialist ouderengeneeskunde vanwege de intensivering van diens rol in de eerste en tweede lijn. De extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde is zich sindsdien langzaam aan het ontwikkelen en ondervindt vooral financiële belemmeringen. De subsidieregeling extramurale behandeling faciliteert dat zorgaanbieders de specialist ouderengeneeskunde buiten de muren van de zorginstelling kunnen laten werken. Toch zijn in de praktijk de afspraken tussen zorginstellingen en zorgkantoren op dit vlak nog niet adequaat genoeg. Dat staat een soepele samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts of GGZ of het ziekenhuis in de weg. (Zie paragraaf 4.4.1.) Huisartsen geven aan wel veel behoefte te hebben aan meer en betere samenwerking en overleg met de specialist ouderengeneeskunde om de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen goed vorm te kunnen geven.⁷⁷ Overigens is er niet in alle gevallen waarin de specialist ouderengeneeskunde extramuraal wordt ingezet, sprake van horizontale substitutie. De groep ouderen die een indicatie hebben voor zorg met verblijf en behandeling (ZZP 4 of hoger) kunnen ervoor kiezen de zorg en behandeling thuis te ontvangen. Dan is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde regulier te noemen, ook al vindt deze extramuraal plaats.

De specialist ouderengeneeskunde krijgt volgens de experts wel beduidend meer werk aan het uitvoeren van dementie screening trajecten in de eerstelijns. Ook wordt de specialist ouderengeneeskunde vaker ingezet in het ziekenhuis, consulterend aan specialisten, klinisch geriater of internisten ouderenzorg. Dit gebeurt met name om mee te denken over de meest effectieve procesgang bij (acute) opname, behandelwijze en de nazorg na behandeling en ontslag uit het ziekenhuis.

Het Capaciteitsorgaan heeft in samenwerking met Kiwa Carity bij Vektis de declaratiegegevens extramurale behandeling in de periode 2012-2014 opgevraagd.⁷⁸ Deze gegevens zijn helaas onvolledig, aangezien Vektis alleen beschikt over de declaraties op cliëntniveau, waar in de praktijk door instellingen ook op prestatieniveau (dus zonder uitsplitsing naar cliënt) gedeclareerd wordt. Hoewel uit de cijfers blijkt dat er steeds meer op cliëntniveau wordt gedeclareerd, kunnen op basis van de huidige gegevens, geen conclusies worden getrokken over de ontwikkeling in extramurale behandelzorg door de specialist ouderengeneeskunde van 2012 tot 2014.

Op een hoger aggregatieniveau lijkt het Zorginstituut Nederland (ZIN) meer betrouwbare gegevens te hebben. Het ZIN heeft informatie over het totaal aantal personen dat extramurale behandeling heeft ontvangen door specialisten ouderengeneeskunde. Hieruit blijkt dat dit aantal personen over de jaren 2012 tot en met 2014 redelijk stabiel blijft.

Administratieve onduidelijkheden leiden nog wel eens tot onjuist of helemaal niet declareren van kosten, waardoor het cijfermatige inzicht onvolledig is. Vanaf 2016 zijn er aparte declaratiecodes

⁷⁷ Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, 15 september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patient-verdient-meer-zorg-en-aandacht>

⁷⁸ Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.

voor de extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde. In een volgend advies kan wellicht een duidelijker beeld verkregen worden van de omvang van de extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde.

De onderzoekers van Kiwa Carity berekenden dat in zorginstellingen het aandeel 'overige artsen' in de artseninformatie tussen 2010 en 2013 is toegenomen van 10,2% naar 20,9%.⁷⁹ De vraag is echter of dit wijst op toename van substitutie of zich voordoet vanwege een structureel tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, waarbij vaker basisartsen en andere artsen worden ingezet. Volgens onderzoek van Kiwa Carity uit 2016 onder basisartsen werkte 5% van de basisartsen die in 2014/2015 zijn gestart met een vervolgopleiding voor aanvang van die vervolgopleiding in een verpleeg- of verzorgingshuis.⁸⁰ In 2012/2013 bedroeg dat percentage eveneens 5%; in 2009 lag dat percentage nog op 2%.⁸¹ Dit kan een aanwijzing zijn dat basisartsen de laatste jaren worden ingezet voor bepaalde taken in verpleeg- en verzorgingshuizen om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde op te vangen.

Op basis van bovenstaande gegevens en het vermoeden dat een deel van de daadwerkelijke extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde niet zichtbaar is in het cijfermateriaal, is de parameterwaarde voor horizontale substitutie in 2016 verhoogd in vergelijking met 2013 en gesteld op **+0,5% tot +2,0%** (was +0,5% tot +1,0%).

6.5 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van de specialist ouderengeneeskunde naar lager opgeleide professionals, zoals bijvoorbeeld (praktijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Kiwa Carity is op te maken dat er in verpleeghuizen een groeiend aantal verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen met specifieke taken en physician assistants werkt.⁷⁹ Vanwege de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde vangen deze post-hbo opgeleide professionals delen van het werk van deze specialisten op. Bij de onderzochte verpleeghuizen staan vacatures open voor al deze ondersteunende beroepen, maar vooral voor verpleegkundig specialisten. Ook op dat niveau is dus krapte zichtbaar.

In 2015-2016 is door Kiwa Carity opnieuw onderzoek gedaan naar de werksetting van verpleegkundig specialisten en physician assistants, een herhaling van onderzoek uit 2013. Door de beroepsgroepen zelf te bevragen op waar en hoeveel tijd zij werken, is inzicht verkregen o.a. in de inzet van deze beroepen in de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg.^{82, 83} Uit dit onderzoek van Kiwa Carity blijkt dat er op 1 januari 2016 ruim 2.600 verpleegkundig specialisten en bijna 800 physician assistants werkzaam zijn in Nederland. In de ouderenzorg werken inmiddels 303

⁷⁹ Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁸⁰ Velde, F. van der, Wieringa, M. (2016). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012*. Utrecht: KIWA Carity.

⁸¹ Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, I., & Kwartel, A. van der (2013). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2012/2013*. Utrecht: Kiwa Carity.

⁸² Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

⁸³ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

verpleegkundig specialisten (214 fte). In vergelijking met de 117 die in 2012 in de sector werkten (100 fte), is dit een groei van 59% in personen en een verdubbeling in fte. Het aantal physician assistants dat werkt in de ouderengeneeskunde is gestegen van 12 in 2012 naar 38 in 2016, een verdriedubbeling. De groei in fte bedraagt ook een verdriedubbeling: van 11 fte in 2012 naar 32 fte in 2016.

Onderzoeken van ActiZ en van het CAOP en Kiwa Carity voor het onderzoeksprogramma 'Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn' wijzen uit dat er een toenemend tekort is aan hoog opgeleid verplegend personeel.^{84, 85, 86} De laatstgenoemde onderzoeken stellen vast dat er een algemene roep is om hoog opgeleid zorgpersoneel terwijl het aanbod van gekwalificeerd personeel uit de opleidingen na 2016 afneemt. Aan hbo-verpleegkundigen is nu al een tekort. Desondanks beperken de hbo-v opleidingen de instroom, onder meer vanwege een groot gebrek aan stageplaatsen. Uit cijfers van het CBS blijkt dat er in 2013 in het BIG-register 188.000 verpleegkundigen waren geregistreerd die in de zorg werkzaam zijn.⁸⁷ In 2014 waren dat er 161.000, 14% minder. Een deel van de uitgeschreven verpleegkundigen werkt nog wel in de zorg, maar dan bijvoorbeeld in een leidinggevende positie. Als daarin echter geen direct contact met patiënten is, vervalt de registratie. Ook onvoldoende bijscholing of het werken onder het opleidingsniveau, kunnen reden zijn voor het doorhalen van de registratie van verpleegkundigen.

Door het blijvende tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is de behoefte aan verticale substitutie nog steeds groot. Door de toename van in de ouderenzorg werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants lijkt de verticale substitutie inmiddels een betere kans te maken dan enkele jaren geleden. Er blijft echter een tekort aan hbo-opgeleide verpleegkundigen, wat voor de doorstroom naar de post-hbo opleidingen en daarmee voor de verticale substitutie een belemmerende factor is. Bovendien melden de experts uit het werkveld dat er in de sector discussie is over de kwaliteit en veiligheid van zorg bij verticale substitutie. De verdeling van de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en bekwaamheden tussen de betrokken disciplines en het toezicht hierop zijn niet altijd goed genoeg geregeld.

Op basis van bovenstaande gegevens is besloten om de minimum parameterwaarde voor verticale substitutie in 2016 te handhaven op **-0,5%** en de maximale waarde te verhogen naar **-1,5%** (deze was -1,0% in 2013).

⁸⁴ ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.

⁸⁵ Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.

⁸⁶ Essen, G. van, Kramer, S., Velde, F. van der & Windt, W. van der (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015: Integrerend rapport*. Den Haag: CAOP.

⁸⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, maart). *Minder geregistreerde verpleegkundigen* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2016/minder-geregistreerde-verpleegkundigen-2014.htm>

6.6 Conclusie werkproces

In tabel 19 staan de parameters uit het werkproces die in deze raming gehanteerd worden. Ter vergelijking zijn ook de gehanteerde waarden in de Capaciteitsplannen 2010 en 2013 opgenomen.

Tabel 19: Parameterwaarden werkproces

Parameter	Capaciteitsplan		
	2010	2013	2016
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,8%
Efficiency	- 0,5% tot - 0,7%	- 0,5% tot - 2,0%	- 0,5% tot - 1,5%
Substitutie horizontaal	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 2,0%
Substitutie verticaal	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,5%

7 Scenario's

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 3, 4, 5, en 6 staat alle beschikbare informatie over respectievelijk de opleiding, de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. De informatie in de hoofdstukken 3 (opleidingen) en 5 (aanbod) is grotendeels verkregen door raadpleging van databronnen (met name RGS en CBS) en enkele onderzoeken door Kiwa Carity en NIVEL, gevolgd door verificatie bij de experts. De informatie in hoofdstuk 4 (ontwikkeling zorgvraag) is gebaseerd op onderzoek door Kiwa Carity, prognoses van derden (bijvoorbeeld CBS, RIVM) en inschattingen door de experts. De informatie in hoofdstuk 6 (werkproces) is deels afkomstig van de experts en deels gebaseerd op onderzoek. Alle hoofdstukken eindigden met de inschatting van het Capaciteitsorgaan hoe de afzonderlijke parameters (variabelen die bij de raming worden betrokken) zich de komende 5 tot 20 jaar gaan ontwikkelen. De experts stelden dat het voor sommige parameters niet mogelijk is de verwachting adequaat te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden gehanteerd: een 'minimale' waarde (conservatieve schatting) en een 'maximale' waarde (extreme schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit; deze leidt tot de kleinste verandering van de zorgvraag. De bijlagen 2 en 3 geven een samenvattend overzicht van de parameterwaarden die uiteindelijk in het rekenmodel zijn gebruikt.

In deze raming is dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2013. De benaming van de scenario's, voorheen varianten, is niet altijd dezelfde als in 2013. De scenariobenaming is aangepast om nog beter aan te sluiten bij de inhoud van het betreffende scenario.

In tabel 20 is voor de verschillende scenario's aangegeven welke parameters er een rol in spelen. (Zie ook paragraaf 1.4). De twee scenario's met de arbeidstijdverandering (4 en 5) zijn in dit deelrapport niet uitgewerkt. Een arbeidstijdverandering wordt namelijk bij de specialisten ouderengeneeskunde, die veelal in loondienst werken, niet waarschijnlijk geacht. Deze scenario's zijn wel terug te vinden in het tabellenboek van NIVEL en Kiwa Carity, dat op de websites van het Capaciteitsorgaan en het NIVEL gepubliceerd wordt. De waarden zijn gelijk aan die van de voorgaande scenario's 2 en 3, omdat de arbeidstijdverandering voor alle specialisten ouderengeneeskunde op 0% is gesteld. In de volgende paragrafen worden naast het basisscenario (scenario 0) dus zeven van de negen alternatieve scenario's behandeld.

De scenario's zijn als volgt opgebouwd (tabel 20):

Tabel 20: Gehanteerde parameters per scenario

Parameters/trends	Scenario's									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vraag										
Onvervulde vraag	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Demografie	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Epidemiologie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Epidemiologie, maximale waarde	-								√-	√
Sociaal-cultureel, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Sociaal-cultureel, maximale waarde	-								√-	√
Werkproces										
Vakinhoudelijk, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Vakinhoudelijk, maximale waarde	-								√-	√
Technologie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Technologie, maximale waarde	-								√-	√
Efficiency, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Efficiency, maximale waarde	-								√-	√
Horizontale substitutie, minimale waarde	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Horizontale substitutie, maximale waarde	-								√-	√
Verticale substitutie, minimale waarde	-						√-	√		
Verticale substitutie, maximale waarde	-								√-	√
Aanbod										
Arbeidstijdverandering	-				√-	√	√-	√	√-	√
Huidige instroom in de opleiding	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

√-: parameter werkt 10 jaar door, tot 2026 (tijdelijke trend)

√: parameter blijft onbepikt doorwerken (doorlopende trend)

7.2 Basisscenario (0)

Het basisscenario is eigenlijk het theoretische vertrekscenari . In dit scenario wordt de huidige instroom in de opleiding gehanteerd als verwachte toekomstige instroom in de opleiding. Dit scenario focust volledig op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid van een dergelijk scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in de zorgvraag en het werkproces volledig worden genegeerd. Als er geen beleidsimpulsen komen, zal de huidige instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde niet hoger of lager worden. Het basisscenario geeft dus weer wat de gevolgen van een beleidsvacu m zullen zijn. Dit scenario wordt in dit deelrapport verder niet gebruikt.

7.3 Demografiescenario (1)

Het demografiescenario bevat geen parameters die beleidsgevoelig zijn, daarom wordt het ook wel het beleidsarme scenario genoemd. Het wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere scenario's. In het demografiescenario wordt de huidige zorgvraag berekend door het huidige aantal fte beroepsbeoefenaren aan te vullen met de huidige onvervulde vraag, gemeten in fte. Dat aantal fte is het uitgangspunt voor de zorgvraag. Dit cijfer wordt vervolgens ge xtrapoleerd op basis van de parameterwaarden die voor demografie zijn berekend. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2021, 2026, 2031 en 2036.

In de ramingen wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaar : 2028 voor de korte termijn en 2034 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang. Het eerste evenwichtsjaar, 2028, wordt immers pas over 12 jaar bereikt. Het advies uit dit deelrapport wordt echter in 2018 pas in de praktijk ge mplementeerd. In 2021, 3 jaar later, worden de eerste specialisten ouderengeneeskunde van deze lichting ingeschreven in het register. De laatste specialisten die in 2028 in het register komen starten in 2025 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2025, oftewel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent het dat de opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2031, oftewel 13 jaar.

De zorgvraag wordt geraamd voor de twee evenwichtsjaar . Vervolgens bepaalt het Capaciteitsorgaan de huidige beschikbare capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios. Op basis hiervan wordt berekend hoeveel van deze specialisten ouderengeneeskunde in 2028 en 2034 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2028/2034 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2018.

7.4 Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trend (3)

Deze twee scenario's vullen het demografiescenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen voor onvervulde vraag en demografie, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren gecorrigeerd. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Daarbij wordt nu gekeken naar een aantal geschatte parameters in het werkproces: vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Als een parameter twee waardes toegekend heeft gekregen, wordt de minimale

(dichtst bij 0% liggende, behoudende) waarde gehanteerd in deze twee scenario's. De trends in het werkproces kunnen na 10 jaar stopgezet worden (scenario 2, met tijdelijke trend) of gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (scenario 3, met doorlopende trend). Onbekend is namelijk of alle parameters gedurende de hele looptijd van de raming zullen blijven doorwerken zoals de experts verwachten.

Vooraf de parameters sociaal-culturele ontwikkelingen en horizontale substitutie zijn gevoelig voor beleidsontwikkelingen. Experts bevestigen dit in de schattingen voor de specialisten ouderengeneeskunde. Er is onzekerheid over de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. Dit komt door de extramuralisering van de verpleeghuiszorg en de grotere rol die professionals in de eerstelijns (zoals huisartsen) in de ouderengeneeskunde zijn gaan spelen. De behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zou kunnen toenemen, maar kan volgens de experts ook afnemen. Dit hangt af van hoe en hoe snel maatschappelijke en politieke ontwikkelingen doorzetten. Deze onzekerheid vertaalt zich in parameterwaarden voor sociaal-culturele ontwikkelingen van -0,5% tot +0,5% en voor horizontale substitutie van +0,2% tot + 0,8% jaarlijkse groei.

7.5 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trend (7)

In het zesde en het zevende scenario berekent het Capaciteitsorgaan alle zorgvraag- en werkprocesparameters door. Ook het effect van verticale substitutie op de geraamde zorgvraag wordt dus meegenomen: als er taken verschuiven naar lager opgeleide professionals wordt de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde mogelijk minder. Dit zijn de meest beleidsrijke scenario's die het Capaciteitsorgaan hanteert. Verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de betrokken beroepsgroepen, de werkgevers, de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie lijkt binnen de ouderengeneeskunde goed op gang te komen. In vorige Capaciteitsplannen (2008, 2010, 2013) werd er ook al rekening mee gehouden. Recente rapporten over de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants laten zien dat er een aanzienlijke toename is van deze beroepsbeoefenaren in de ouderenzorg.^{88, 89} De experts merken echter op dat er veiligheidsissues spelen bij de verticale substitutie die het volledig tot ontwikkeling komen ervan belemmeren. Bovendien is het mogelijk dat door het aanhoudende gebrek aan hoger opgeleide verpleegkundigen de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant in de komende jaren zal stagneren. Dan zal de verticale substitutie geen verdere opgang maken. Daarnaast neemt het aantal basisartsen dat in verpleeghuizen werkt toe. Daarom is de parameter verticale substitutie voor de specialisten ouderengeneeskunde door de experts behoudend vastgesteld op jaarlijks -0,5% tot - 1,5%.

⁸⁸ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

⁸⁹ Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.

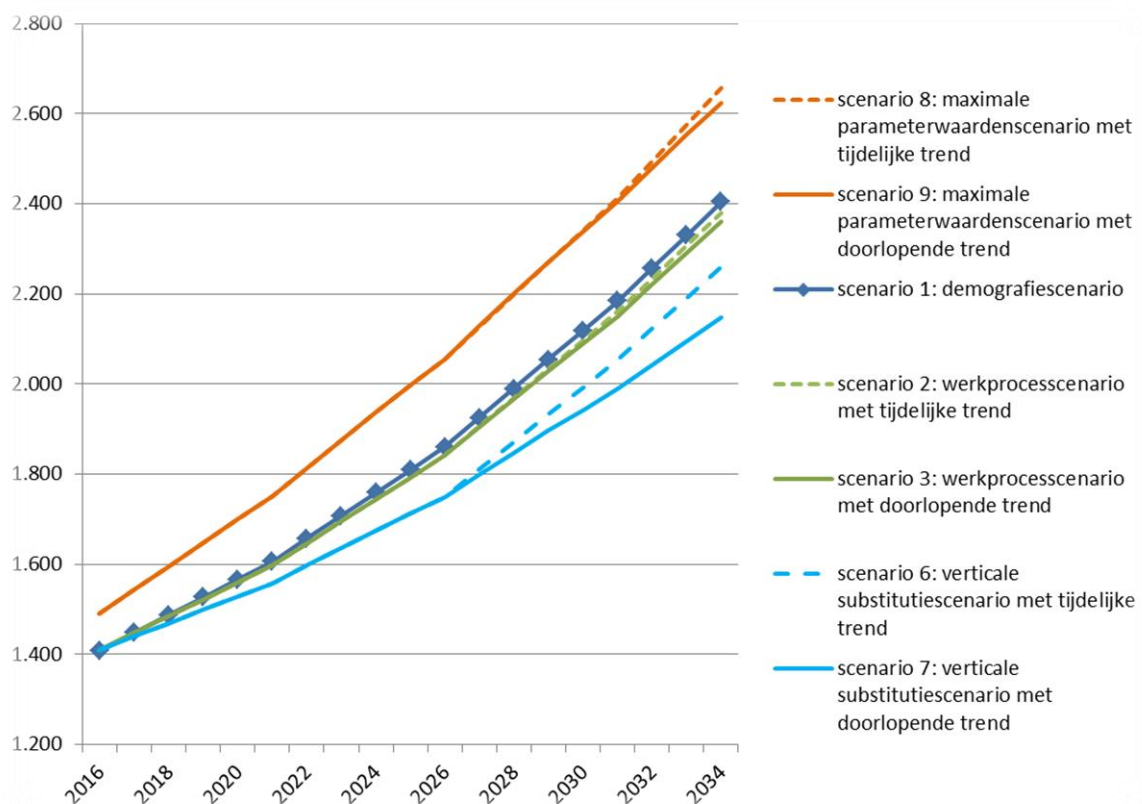
7.6 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trend (9)

Ten slotte heeft het Capaciteitsorgaan voor de specialisten ouderengeneeskunde twee scenario's uitgewerkt waarin voor alle parameterwaarden de maximale waarde is gehanteerd. De instroomaantallen die uit deze 'maximale scenario's met tijdelijke of doorlopende trend' volgen, geven informatie aan de beleidsmakers over de maximale bandbreedte die volgens de experts mogelijk is. De kans dat deze scenario's zich in werkelijkheid gaan voordoen - dus de kans dat alle parameters tegelijkertijd voor de gehele looptijd van de raming op hun meest extreme waarde zullen doorwerken - is klein.

7.7 Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario

Figuur 10 geeft een voorspelling van de zorgvraag weer in de zeven relevante scenario's in de periode 2016 - 2034. De opbouw van de scenario's is cumulatief. Dit wil zeggen dat het Capaciteitsorgaan steeds meer parameters betreft bij de scenario's.

Figuur 10: Zorgvraag in benodigd aantal fte specialist ouderengeneeskunde voor 7 scenario's, 2016-2034



Te zien is dat volgens het eerste scenario, het demografiescenario, er een behoorlijke toename van de zorgvraag te verwachten is. De zorgvraag stijgt naar 2.404 fte specialisten ouderengeneeskunde in het jaar 2034. In dit scenario worden alleen on vervulde vraag en demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen.

In scenario 2 en 3, de werkprocesscenario's, wordt naast de on vervulde vraag en de demografie ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een aantal parameters uit het werkproces. Er komen bij: epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. De toevoeging resulteert in een tweetal (groene) lijnen die een iets lagere hellingshoek hebben dan het beleidsarme demografiescenario. Daarbij krijgt de lijn met tijdelijke trends (onderbroken groene lijn) na 10 jaar dezelfde hellingshoek als het beleidsarme scenario. Scenario 2 en 3 leiden tot een verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde van 2.380 fte (scenario met tijdelijke trends) of 2.360 fte (scenario met doorlopende trends) in 2034. Het doorwerken van de effecten van de parameterwaarden (trends zoals efficiencywinst en sociaal-culturele ontwikkelingen) resulteert hier dus in een daling van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Arbeidstijdverandering is voor de beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde niet van toepassing. Daarom worden scenario 4 en 5, de scenario's met arbeidstijdverandering, buiten beschouwing gelaten.

Scenario 6 en 7 zijn de verticale substitutiescenario's met tijdelijke en met doorgaande trend. Deze bevatten ook de effecten van verticale substitutie. De zorgvraag komt in deze twee scenario's uit op respectievelijk 2.261 en 2.148 fte in 2034. De waarden liggen lager dan in de werkprocesscenario's (2 en 3). Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van de verschuiving van taken naar ondersteunende beroepen: bij meer inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants zullen er minder specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn. Ook hier is te zien dat bij het scenario met doorgaande trends het effect van de langer doorwerkende parameterwaarden - met name die van de verticale substitutie - leidt tot minder vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. Het effect van de toevoeging van verticale substitutie aan de scenario's is goed zichtbaar: het verschil tussen het verticale substitutiescenario 6 met tijdelijke trend en het verticale substitutiescenario 7 met doorlopende trend is groter dan bij de werkprocesscenario's 2 en 3.

In de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) wordt voor alle parameters in plaats van de conservatieve, minimale waarde de hoogste waarde gebruikt. De vraag naar specialisten ouderengeneeskunde stijgt in 2034 naar een maximum van 2.657 fte in het scenario met tijdelijke trends en naar 2.623 fte in het scenario met doorgaande trends. Deze waarden vormen de bovenkant van de bandbreedte van de verwachte zorgvraag. De onderkant wordt gevormd door het verticale substitutiescenario met doorlopende trend (7). Van alle mogelijke scenario's in 2034 zijn een zorgvraag van 2.148 fte en 2.657 fte de twee uitersten.

Tabel 21 vat de gegevens uit figuur 10 samen, waarbij naast de geraamde zorgvraag in fte ook het benodigde aantal personen per scenario en evenwichtsjaar is weergegeven.

Tabel 21: Geraamde zorgvraag ouderengeneeskunde in aantal fte en aantal personen per scenario, bij evenwicht te bereiken in 2028 of in 2034

Scenario	Benodigd aantal fte		Benodigd aantal SO*	
Evenwichtsjaar	2028	2034	2028	2034
1: demografiescenario	1.989 fte	2.404 fte	2.324	2.817
2: werkprocesscenario met tijdelijke trend	1.970 fte	2.380 fte	2.301	2.789
3: werkprocesscenario met doorlopende trend	1.966 fte	2.360 fte	2.296	2.766
6: verticale substitutiescenario met tijdelijke trend	1.871 fte	2.261 fte	2.185	2.649
7: verticale substitutiescenario met doorlopende trend	1.848 fte	2.148 fte	2.157	2.516
8: maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend	2.199 fte	2.657 fte	2.570	3.114
9: maximale parameterwaardenscenario met doorlopende trend	2.200 fte	2.623 fte	2.572	3.074

*SO = specialist ouderengeneeskunde

7.8 Benodigde instroom aios ouderengeneeskunde per scenario

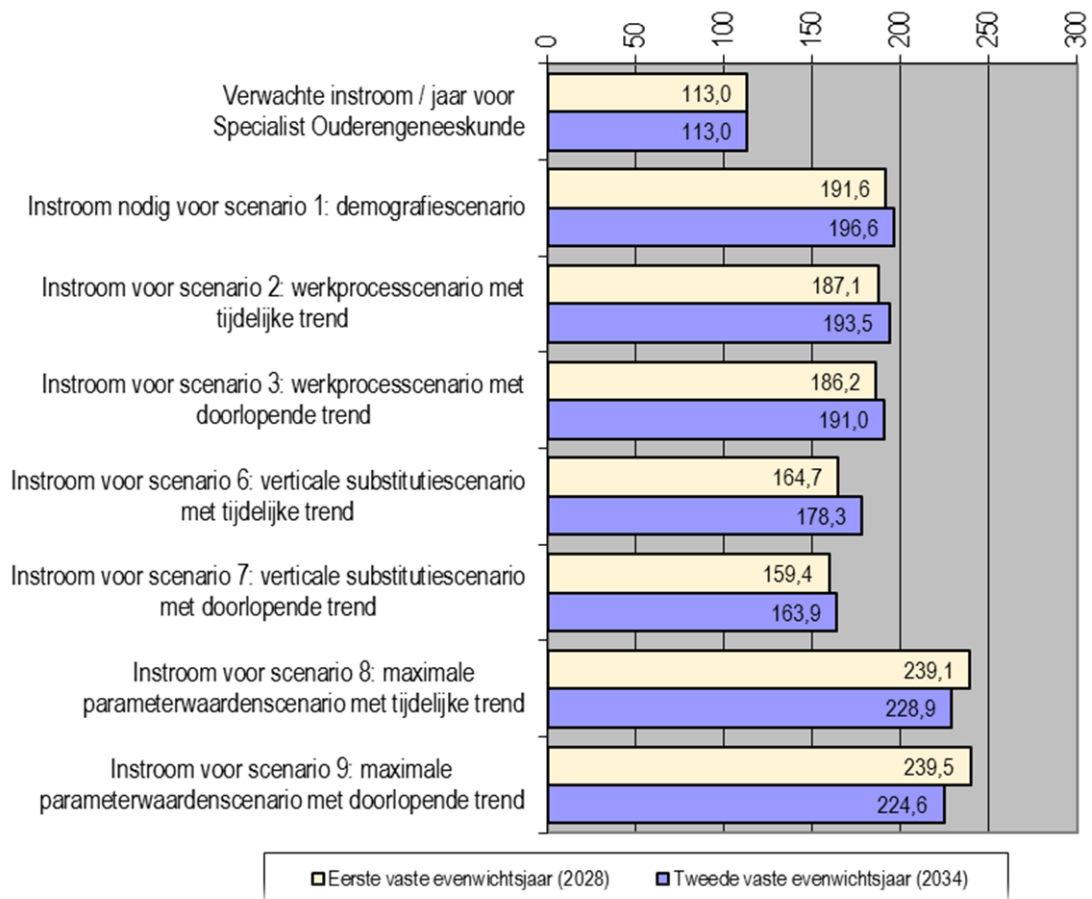
In figuur 11 wordt grafisch getoond welke instroom aan aios ouderengeneeskunde vanaf 2018 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2028 of 2034 in evenwicht te krijgen.

Het heeft effect op de geadviseerde instroom of een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2028 of 2034 bereikt moet worden. De periode waarover ingegrepen kan worden, start pas in 2018 (met effectuering in het veld van een eventuele verandering in de instroom in de opleiding). Als er evenwicht moet zijn in 2028 is 2025 het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2028 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt voor AVG. Keuze voor het evenwichtsjaar 2034 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen.

Een langere bijsturingsperiode levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten, omdat de benodigde verandering over meer tijd gespreid kan worden. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod op dit moment, ook al zou de resulterende benodigde instroom van aios dan hoger kunnen uitvallen dan bij het evenwicht op de lange termijn, omdat er minder tijd is om bij te sturen.

In de huidige raming is dat echter bij de meeste scenario's niet het geval. Alleen bij de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) is voor het eerdere evenwichtsjaar een hogere instroom nodig dan voor evenwicht op de langere termijn.

Figuur 11: Instroom aios ouderengeneeskunde vanaf 2018 per scenario voor evenwicht in 2028 of 2034



Figuur 11 laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (afgerond) een bandbreedte heeft van 159 tot 240 aios. Momenteel is de instroom gemiddeld over de laatste 3 jaar 113 aios per jaar. De instroom zou in het beleidsarme demografiescenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de on vervulde vraag) omhoog moeten naar 192 aios per jaar voor evenwicht in 2028 en naar 197 voor evenwicht in 2034.

Indien gekozen wordt voor de werkprocesscenario's (2 of 3, met toevoeging van minimaal ingeschatte epidemiologische, sociaal-culturele factoren en een aantal werkprocesfactoren) is een instroom van 186 tot 194 aios ouderengeneeskunde nodig, afhankelijk van het gekozen evenwichtsjaar. Bij aanname van tijdelijke trends (scenario 2) is voor het bereiken van het evenwicht in 2028 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 187 aios nodig. Indien men voor het inlopen van het huidige tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zes jaar langer de tijd neemt, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 194 aios. Beide getallen zijn iets lager als wordt gekozen voor scenario 3, het werkprocesscenario met doorlopende trend. Voor evenwicht in 2028 of 2034 is aan instromers dan respectievelijk 186 en 191 aios ouderengeneeskunde per jaar nodig.

In de volgende twee scenario's, 6 en 7, wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de scenario's 2 en 3. (Arbeidstijdverandering wordt ook toegevoegd, maar de waarde is 0%, dus zonder effect.) Dat leidt uiteraard tot een lichte afname van de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde en daarmee aan de benodigde instroom van aios. Bij het verticale substitutiescenario met tijdelijke trend (6) wordt de instroom dan 165 aios bij een evenwicht in 2028 en 178 aios voor een in 2034 te bereiken evenwicht. Indien de trends doorwerken, zoals in scenario 7, komt de benodigde instroom voor een evenwicht in 2028 op 159 aios terwijl voor evenwicht in 2034 een jaarlijkse instroom van 164 aios gevraagd is.

De twee maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) gaan voor alle beschreven parameters uit van de meest extreme waarden waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend (8) vraagt om een jaarlijkse instroom van 239 of 229 aios om in 2028 respectievelijk 2034 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij het scenario met doorlopende trends (9) zijn 240 of 225 nieuwe aios per jaar nodig.



8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk kiest het Capaciteitsorgaan de meest passende scenario's voor een advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde met ingang van 2018. Deze keuze wordt bepaald door de al ingezette en verwachte beleidsontwikkelingen en trends en de belangrijkste onzekerheden daarover op dit moment. Deze zijn samengevat in de paragrafen 8.2 en 8.3. In paragraaf 8.4 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke twee scenario's het meest waarschijnlijk zijn. Ten slotte staat in paragraaf 8.5 het advies dat de minister in 2016 ontvangt over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Het Capaciteitsorgaan signaleert een aantal beleidsmatige ontwikkelingen die de vraag naar en het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden:

- De invoering van de Wlz in 2015 en alle bijkomende hervormingen in de langdurige zorg.
- De samenwerking met zorgprofessionals in de eerstelijns, met name de huisartsenzorg.
- De mogelijkheden en belemmeringen voor horizontale en verticale substitutie.
- De snelheid waarmee beleid wordt geïmplementeerd en doorontwikkeld.
- Het effect van het ruimere aanbod van potentiële aios ouderengeneeskunde en van wijzigingen in het opleidingsbeleid op de instroom.

8.2.1 Gevolgen van de invoering van de Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) heeft grote gevolgen voor de intramurale en de extramurale ouderenzorg. Per 1 januari 2015 is een deel van de voorheen AWBZ-gefinancierde zorg overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de gemeentelijke Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Het aantal ouderen dat nog een indicatie heeft of krijgt voor verblijf en behandeling in een zorginstelling is beduidend gedaald. Dat komt door verregaande extramuralisatie en aandacht voor het bevorderen van zelfredzaamheid, eigen regie en het inschakelen van het eigen sociale netwerk. Het nieuwe beleid is erop gericht dat ouderen met een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket (ZZP 1-4) zo lang mogelijk thuis blijven wonen of in alternatieve extramurale woonvormen. Voor de verpleging, verzorging en andere hulp kunnen zij een beroep doen op hun zorgverzekeraar via de Zvw en op de gemeente via de Wmo. Daarbij zijn er ouderen die, hoewel zij een verblijfsindicatie hebben, er toch voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen. Huisartsen hebben nu een sleutelrol in de coördinatie van de zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen. De specialist ouderengeneeskunde zou een deel van de zorg voor deze ouderen moeten leveren, of hierover moeten adviseren. In de praktijk blijkt echter dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde nog verre van optimaal is. Dit komt met name door financiële belemmeringen in het vernieuwde stelsel. Het ministerie van VWS is van plan de bekostiging van extramurale behandeling in de Zvw onder te brengen, maar dit zal op zijn vroegst in 2018 gebeuren. Wel heeft

het ministerie besloten de subsidieregeling extramurale behandeling nog in 2016 te flexibiliseren, zodat huisartsen gemakkelijker de hulp van een specialist ouderengeneeskunde kunnen inroepen.

Het aandeel intramuraal wonende cliënten is weliswaar afgenomen, maar deze verpleeghuisbewoners hebben wel veelal een indicatie voor een hoog zorgzwaartepakket. Dat maakt dat de zorg in verpleeghuizen steeds complexer wordt en veel vraagt van zorg- en behandelteams. Verder blijkt dat er meer ongevallen en situaties van onveiligheid en eenzaamheid zijn, doordat ouderen langer thuis wonen en meer terug moeten vallen op het (niet altijd beschikbare) sociale netwerk. Hierdoor hebben kwetsbare ouderen het afgelopen jaar vaker een beroep gedaan op spoedeisende hulp, kortdurend eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. De diversiteit in bekostiging van dergelijke behandeltrajecten, die deels binnen de Zvw, deels binnen subsidietrajecten vallen, maakt dat adequate zorg niet altijd gegarandeerd is. Bovendien trekt het een wissel op de efficiëntie van zorg. In 2017 wordt de kortdurende eerstelijns zorg en verblijf naar de Zvw overgeheveld. Wellicht zorgt dit voor meer helderheid en snelheid in de hersteltrajecten.

Het is te verwachten dat een deel van de oudere bevolking minder vaak een beroep zal hoeven doen op de specialist ouderengeneeskunde. Dit komt door een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg- en e-health-oplossingen, het voeren van eigen regie en het benutten van vormen van informele ondersteuning. Deze ontwikkeling lijkt echter nog niet heel snel op gang te komen. Bij het benutten van e-healthtoepassingen loopt de ouderenzorg niet voorop. Dit komt vooral door onbekendheid en onbemindheid van e-health bij de doelgroep en door achterblijvende investeringen door zorginstellingen.

8.2.2 Taakherschikking

De horizontale substitutie van de tweedelijnszorg naar de specialist ouderengeneeskunde heeft nog geen enorm grote vlucht genomen. Wel komt het vaker voor dat medische specialisten in het ziekenhuis de specialist ouderengeneeskunde consulteren over de beste behandeling en (na)zorg bij oudere patiënten. In de samenwerking met huisartsen in de extramurale setting zijn nog belemmeringen. De indruk bestaat dat de druk bij huisartsen hoog oploopt. Dit komt doordat de inzet van specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijns achterblijft bij wat mogelijk en wenselijk is. Wel wordt de specialist ouderengeneeskunde steeds meer betrokken bij dementie-screeningen in de eerstelijns. In verpleeghuizen werken vaak basisartsen, maar dit is waarschijnlijk meer om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde op te vangen dan vanwege structurele taakherschikking.

In de verticale substitutie is wel ontwikkeling. Het aantal in de ouderengeneeskunde werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants is in 4 jaar tijd aanzienlijk toegenomen. Er zijn echter ook remmende factoren, zoals een gebrek aan hbo-opgeleide verpleegkundigen waardoor de instroom in de opleidingen dreigt te stagneren. Ook zijn er signalen over kwaliteits- en veiligheidsproblemen bij het overnemen van taken van de specialist ouderengeneeskunde.

8.2.3 Opleiding

De beroepsvereniging en opleidingspartijen hebben jarenlang campagne gevoerd om de mogelijkheden en de aantrekkelijkheid van het werken als specialist ouderengeneeskunde meer bekendheid te geven. De investeringen op dat gebied zijn zeker succesvol. De universitaire geneeskundeopleidingen hebben inmiddels de zorg voor de oudere patiënt veel beter in hun curricula ingebed. De veelzijdigheid en complexiteit van het beroep is beter in beeld bij potentiële aios. Hierdoor staat de opleiding tegenwoordig vaker dan voorheen op de voorkeurslijst van basisartsen die zich willen specialiseren. De leeftijd van startende aios ouderengeneeskunde is gedaald; ook dat is een teken van de toenemende populariteit van de opleiding onder pas afgestudeerde basisartsen. Het aantal kandidaten voor een opleidingsplaats voor specialist ouderengeneeskunde is toegenomen. Dat komt ook door de toename van het aantal basisartsen dat een vervolgopleiding wil doen en een afname van opleidingsplaatsen bij veel andere specialismen.⁹⁰ De selectie voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is daardoor wel strenger geworden. Ook is er voortdurend aandacht voor kwaliteitsverbetering van de opleiding en tussentijdse evaluaties en beoordelingen. Het interne rendement van de opleiding is daardoor in verhouding tot andere specialismen op dit moment met 79% vrij laag. De verwachting is dat dit cijfer in de komende jaren hoger zal worden. Ondanks het verbeterde imago van de opleiding en een toename van het aantal aios, worden de beschikbare opleidingsplaatsen nog altijd niet volledig benut.

8.2.4 Buitenland

Het specialisme ouderengeneeskunde is alleen in Nederland een erkend medisch specialisme. Er is daarom geen instroom uit het buitenland waarmee rekening gehouden moet worden. De uitstroom naar het buitenland is incidenteel.

8.2.5 Relatie met andere adviezen

Door de bezuinigingen in de Wlz-gefinancierde zorg, het extramuraliseringsbeleid en de sleutelpositie die de huisarts heeft gekregen in de zorg aan thuiswonende ouderen, is er in toenemende mate behoefte aan intensieve samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. In het advies over het specialisme huisartsgeneeskunde (deelrapport 2) is de zorg aan kwetsbare groepen een belangrijk aandachtsgebied. In het rapport over het specialisme geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6) wordt de toegenomen levensverwachting van verstandelijk gehandicapten benadrukt. De levensverwachting van licht verstandelijk gehandicapten ontloopt die van de algemene bevolking niet veel meer. Er is dus een groep cliënten die zowel ouderenzorg als AVG-zorg ontvangt. De zorg voor ouderen met een verstandelijke beperking is een thema dat bij beide betrokken specialismen onder de aandacht is. Ten slotte is er een relatie met de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg. In het meest recente rapport (deelrapport 7) wordt gesteld dat de verpleeghuissector vaker gz-psychologen inzet omdat er meer wordt behandeld in groepen en om lager opgeleid personeel, mantelzorgers en vrijwilligers te begeleiden.⁹¹ Effecten hiervan op de raming van specialisten ouderengeneeskunde worden in het onderhavige advies nihil geacht.

⁹⁰ Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 1*. Utrecht: Auteur.

⁹¹ Capaciteitsorgaan (2015). *Capaciteitsplan 2015: Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.

8.3 Onzekerheden

Het doel van dit Capaciteitsplan is het berekenen van de benodigde instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De raming geeft de beleidsbeslissers inzicht in de mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden. Deze bepalen de bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkeling.

8.3.1 Vraag

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen. De wetswijzigingen in de langdurige zorg hebben grote consequenties voor de verhoudingen tussen intramurale en extramurale zorg. In hoeverre dit doorwerkt in de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde is nog onduidelijk. Nu huisartsen een sleutelpositie hebben gekregen in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, hebben zij een groeiende behoefte aan nauwe samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde. Als over enkele jaren de grootste financiële barrières geslecht zijn en de samenwerking soepeler verloopt, is het de vraag of er voldoende specialisten ouderengeneeskunde beschikbaar zijn en of de behoefte aan de inzet van specialisten ouderengeneeskunde nog verder zal toenemen. Ook is onduidelijk of en hoe de vraag naar medische zorg voor ouderen zal veranderen. Misschien hebben preventieve programma's voor het verminderen van het ontstaan van beperkingen bij ouderen een remmende invloed op de zorgvraag. Mogelijk geldt dat ook voor de toenemende zelfredzaamheid van een nieuwe generatie ouderen, die meer vertrouwd is met e-health en wellicht een gezondere levensstijl heeft.

8.3.2 Aanbod

Het werk van de specialist ouderengeneeskunde neemt toe. De hervormingen in de langdurige zorg en de langere levensverwachting van ouderen zorgen voor een stijgende zorgvraag. Binnen de zorginstellingen hebben steeds meer cliënten een complexe zorgvraag. Buiten de zorginstellingen willen huisartsen meer samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde. Het is nog onduidelijk hoe de extramurale inzet van specialisten ouderengeneeskunde zich zal ontwikkelen, onder meer als gevolg van veranderende beleidsmaatregelen door VWS. De huidige beschikbare capaciteit is ontoereikend voor de grote vraag naar medische zorg door specialisten ouderengeneeskunde. Er is een grote onvervulde vraag. Bovendien gaan veel oudere specialisten de komende 10 tot 20 jaar waarschijnlijk met pensioen, ook al neemt de pensioenleeftijd toe. Een verhoogde instroom van aios is nodig om zowel de groeiende zorgvraag als de 'reguliere' vervangingsvraag te kunnen opvangen.

8.3.3 Werkproces

Er zijn veel verschillen in hoe zorginstellingen omgaan met de mogelijkheden tot extramurale inzet van specialisten ouderengeneeskunde. Het beschikbare cijfermateriaal over de extramurale behandeling en de geriatrische revalidatiezorg is onvolledig. Het geeft nog onvoldoende inzicht in hoe deze behandelvormen de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde precies beïnvloeden. Het is onzeker of specialisten ouderengeneeskunde nog grotendeels binnen de zorginstellingen blijven werken, of zelfstandig gaan werken buiten de verpleeghuizen, in de eerstelijns. Wat het effect van die eventuele positieverandering op de vraag naar ouderengeneeskunde zal zijn, is nog niet te voorzien. Ook de ontwikkeling van verticale substitutie blijft onzeker. Er lijken goede kansen te zijn: het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants dat werkt in de ouderenzorg is

aanzienlijk toegenomen. Er zijn ook factoren die de verticale substitutie juist in de weg staan. Dit zijn het toenemende tekort aan hoog opgeleide verpleegkundigen en onvoldoende kwaliteits- en veiligheidsborging bij de taakherschikking tussen specialisten ouderengeneeskunde en ondersteunende beroepen.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen niet primair rekening met de haalbaarheid van een hogere of lagere instroom. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening worden gehouden met de belangen van de bij de opleiding betrokken partijen. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal aios ouderengeneeskunde is uit continuïteitsoogpunt van belang voor de opleidingsinstituten en de opleidingsinstellingen.

Belangrijk is dat nog altijd niet alle opleidingsplaatsen worden benut. In de afgelopen jaren is de instroom in de medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde achtergebleven bij de geadviseerde en toegestane instroom. De verwachting is dat de toename van het aantal basisartsen en de verbetering van het imago van de opleiding zal leiden tot een betere bezetting van de opleidingsplaatsen. Het percentage niet-opgevolgde opleidingsplaatsen is in de afgelopen jaren afgenomen, maar lag in 2015 nog op 13%. Toch verwacht het Capaciteitsorgaan dat meer opleidingsplaatsen – de consequentie van alle in hoofdstuk 7 beschreven scenario's – de komende jaren wel bezet zullen worden. Er zijn namelijk steeds meer basisartsen die een vervolgopleiding willen doen, terwijl hun kans op een opleidingsplaats bij veel andere specialismen daalt, door de beperktere instroom daar. De opleidingsinstituten kunnen waarschijnlijk wel een uitbreiding van opleidingsplaatsen voor specialisten ouderengeneeskunde realiseren. Of de opleidingsinstellingen en stage-instellingen binnen enkele jaren meer aios kunnen opleiden, is nog onbekend.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan kiest in het geval van het specialisme ouderengeneeskunde voor twee verschillende scenario's als meest waarschijnlijke. Het eerste is het werkprocesscenario met doorlopende trend (scenario 3), waarbij alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters met uitzondering van verticale substitutie op hun minimaal ingeschatte waarde worden doorberekend. Het tweede is het scenario dat naast de factoren uit scenario 3 wél rekening houdt met verticale substitutie: het verticale substitutiescenario met doorlopende trend (scenario 7). De redenen voor deze keuze staan in paragraaf 8.2 en 8.3. Het lijkt geen twijfel dat de hervormingen in de langdurige zorg een grote impact hebben op de ouderenzorg binnen en buiten de instellingen. Het is onzeker hoe de positie en de inzet van specialisten ouderengeneeskunde in intramurale en extramurale settings zich zal ontwikkelen. Ook zijn de verwachtingen getemperd van de taakverschuiving van de huisartsen naar de specialisten ouderengeneeskunde en van de specialisten ouderengeneeskunde naar de verpleegkundig specialisten en physician assistants. Dit komt door onzekerheid over het tempo waarin de gewenste beleidsveranderingen doorgevoerd kunnen en zullen worden.

In de gekozen scenario's wordt gerekend met de behoudende waarden van alle parameters: de effecten kunnen zich geheel of deels voordoen in de relevante tijdsspanne, maar het is ook mogelijk dat zij helemaal niet in werking treden. De minimale parameterwaarden zijn reële gemiddelden. Het

Capaciteitsorgaan kiest bij beide scenario's voor evenwicht op de korte termijn (2028). Er is immers een groot verschil tussen vraag naar en aanbod van specialisten ouderengeneeskunde op dit moment, een kloof die zo snel mogelijk overbrugd dient te worden.

8.5 Advies instroom

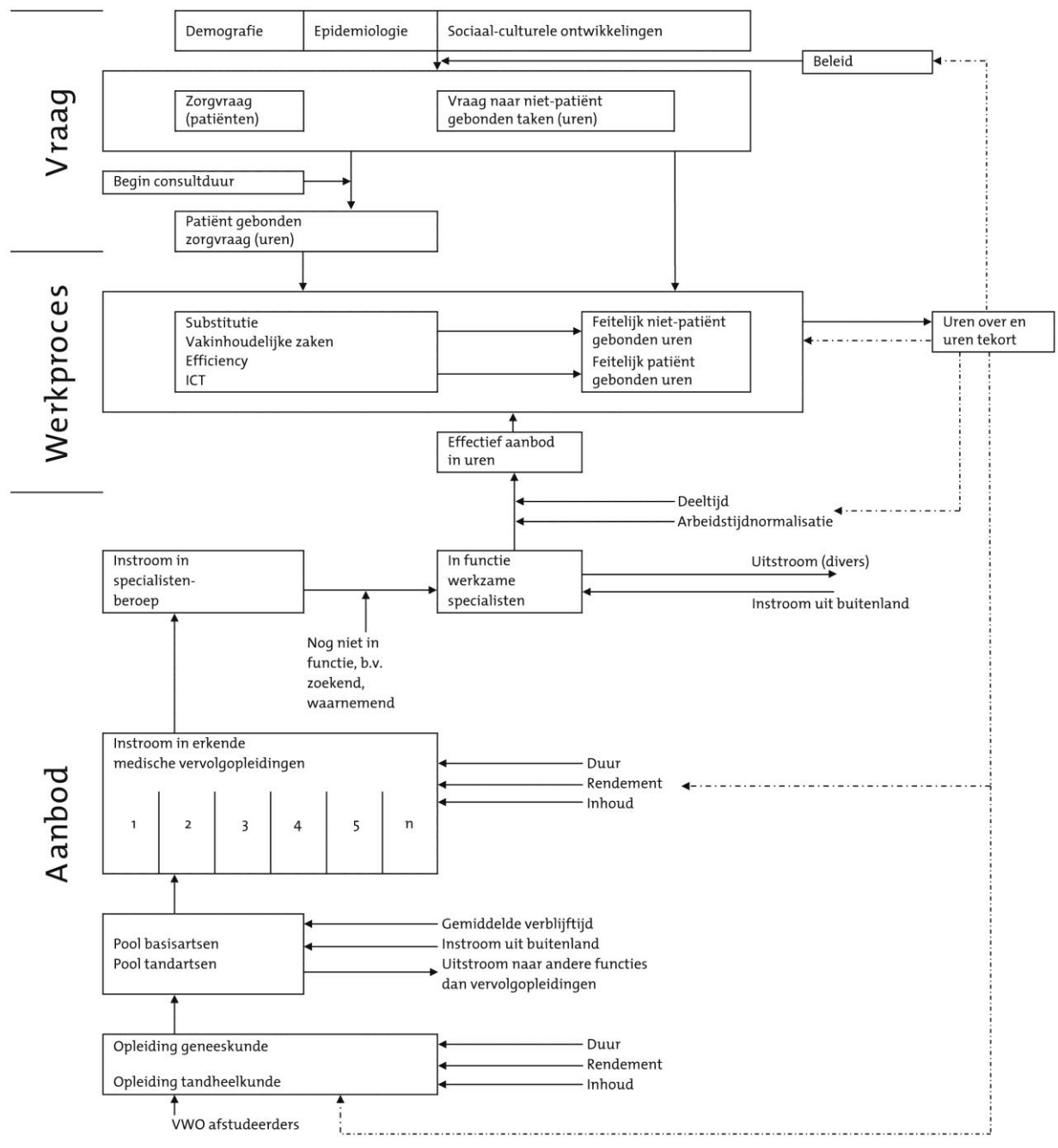
Het Capaciteitsorgaan adviseert de ondergrens van de instroom te bepalen op basis van het **verticale substitutiescenario met doorlopende trend (scenario 7)**. Hierin wordt met alle zorgvraag- en werkprocesparameters rekening gehouden, inclusief verticale substitutie. Er wordt gestreefd naar evenwicht op de korte termijn (2028). Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **159 aios**. Daarmee kunnen, mits de interesse voor het beroep voldoende toeneemt, op den duur de vele (langdurige) vacatures sneller worden opgevuld.

Omdat de verticale substitutie mogelijk achter blijft bij de verwachtingen, wordt als bovengrens gekozen voor het **werkprocesscenario met doorlopende trend (scenario 3)**, zonder inzet van aanverwante disciplines, eveneens strevend naar evenwicht op de korte termijn (2028). Dit komt uit op een instroomadvies van **186 aios**.

In vergelijking met het vorige advies uit 2013 resulteren beide scenario's in hoge instroomadviezen. Deze zijn wellicht praktisch lastig haalbaar, door een mogelijk gebrek aan kandidaten en opleidingsplaatsen. Het huidige advies moet gezien worden als een flinke inhaalslag. In de afgelopen jaren hebben de opleidingsinstellingen de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan niet kunnen realiseren, ondanks alle inspanningen van betrokken instanties en verbeteringen in werving en selectie. Bovendien verwacht het Capaciteitsorgaan sociaal-culturele ontwikkelingen waardoor de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde nog verder toeneemt.

Om voorgaande redenen adviseert het Capaciteitsorgaan een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2018) van 159 tot 186 aios in de medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Daarbij gaat de voorkeur van het Capaciteitsorgaan uit naar een instroom van 186 aios per jaar. Dit om het grote tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zo snel mogelijk op te lossen.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden 2008 - 2016

	Capaciteitsplan								
Parameter	2008	2009*	2010		2013		2016		
OPLEIDING									
Instroom opleiding gemiddeld	96	96	85		88		113		
Instroom opleiding voorgaand jaar	88	90	74		86		111		
% vrouwen in opleiding	75%	75%	75%		75%		81%		
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar		3 jaar		3 jaar		
Opleidingsrendement	90%	85%	80%		81%		79%		
ZORGVRAAG									
Factor demografie	2,20%	2,30%	2,30%		3,20%				
5 jaar							14%		
10 jaar							32%		
15 jaar							55%		
20 jaar							81%		
Factor epidemiologie	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%	0,0% tot + 0,2%		0,0% tot + 0,2%		+0,2% tot +0,5%		
Factor sociaal-cultureel	- 0,5% tot – 1,5%	- 1,0% tot – 1,5%	-1,0% tot – 1,5%		-1,5% tot – 2%		-0,5% tot +0,5%		
Onvervulde vraag	+ 2% tot + 4%	+ 2% tot + 4%	+ 5% tot + 10%		+ 8% tot + 15%		+5% tot +11%		
ZORGAANBOD									
Werkzame specialisten	1.295	1.399	1.369		1.486		1.545		
Aantal fte's	981	1.161	1.120		1.298		1.340		
Gemiddelde fte man	0,87	0,91	0,91		0,96		0,94		
Gemiddelde fte vrouw	0.68	0.76	0,74		0,82		0,83		
% werkzame vrouwen	59%	61%	61%		62%		65%		
Arbeidstijd-verandering	0%	0%	0%		0%		0%		
Uitstroom							Man	Vrouw	Totaal
Na 5 jaar	18%	14%	14%		18%		22%	15%	19%
Na 10 jaar	39%	31%	31%		37%		39%	27%	34%
Na 15 jaar	58%	49%	49%		53%		59%	44%	53%
Na 20 jaar	74%	64%	64%		69%		72%	57%	66%
Extern rendement			Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man		Vrouw

Parameter	Capaciteitsplan							
	2008	2009*	2010		2013		2016	
Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	98%	98%	99%	98,8%
Na 5 jaar	95%	95%	95%	95%	95%	95%	91,7%	91,6%
Na 10 jaar	90%	90%	90%	90%	90%	90%	86,2%	85%
Na 15 jaar	85%	85%	85%	85%	85%	85%	84,4%	77,7%
Instroom buitenland	0	0	0		0		0	
WERKPROCES								
Vakinhoudelijk	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,4%		+ 0,2% tot + 0,4%		+ 0,2% tot + 0,8%	
Efficiency	- 0,3% tot - 0,6%	- 0,5% tot - 0,7%	- 0,5% tot - 0,7%		- 0,5% tot - 2%		- 0,5% tot - 1,5%	
Substitutie horizontaal	+ 0,5% tot + 1%	+ 0,5% tot + 1%	+ 0,5% tot + 1%		+ 0,5% tot + 1%		+ 0,5% tot + 2%	
Substitutie verticaal	- 0,5% tot - 1%	- 0,5% tot - 1%	- 0,5% tot - 1%		- 0,5% tot - 1%		- 0,5% tot - 1,5%	

*Tussentijds Advies

Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Kiwa Carity

Beroepsgroep: Specialisten Ouderengeneeskunde			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2016	2018	2026
Evenwichtsjaar 1 en 2		2028	2034
Parameterwaarden			
AANBOD IN 2016 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2036	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2016	541	1.004	1.545
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2016	35%	65%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2016	0,94	0,83	0,869
FTE per werkzame persoon in 2021	0,94	0,83	0,863
FTE per werkzame persoon in 2026	0,94	0,83	0,858
FTE per werkzame persoon in 2031	0,94	0,83	0,855
FTE per werkzame persoon in 2036	0,94	0,83	0,854
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2021	22,0%	15,0%	17,5%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2026	39,0%	27,0%	31,2%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2031	59,0%	44,0%	49,3%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2036	72,0%	57,0%	62,3%
VRAAG IN 2016 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2036	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2016	5,0%		11,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2021		14,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2026		32,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2031		55,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2036		81,0%	
Verandering per jaar agv epidemiologische ontwikkelingen	0,20%		0,50%
Verandering per jaar agv sociaal-culturele ontwikkelingen	-0,50%		0,50%
Verandering per jaar agv vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,20%		0,80%
Verandering per jaar agv efficiency	-0,50%		-1,50%
Verandering agv horizontale taakherschikking	0,50%		2,00%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,50%		-1,50%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2016	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2016	21,5	91,5	113
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2016	19,0%	81,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2016	3,0	3,0	3,0
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2016	79,0%	79,0%	79,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	99,0%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	86,2%	85,0%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2016	84,4%	77,7%	79,0%

Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2016	2018	2026
Evenwichtsjaar 1 en 2		2028	2034
Parameterwaarden			
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2016 t/m 2017	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2016/2017	21,5	91,5	113
Geslachtsverdeling voor instroom in 2016/2017	19,0%	81,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom in 2016/2017	3	3	3
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2016/2017	79,0%	79,0%	79,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	99,0%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	86,2%	85,0%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2016/2017	84,4%	77,7%	79,0%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2018	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2018	21,5	91,5	113
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2018	19,0%	81,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2018	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2018	79,0%	79,0%	79,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	99,0%	98,8%	98,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	91,7%	91,6%	91,6%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	86,2%	85,0%	85,2%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2018	84,4%	77,7%	79,0%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2016	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2016	0	0	0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Rendement buitenlandse instroom	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bijlage 4: Procedure en betrokken experts

De Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde heeft dit deelrapport vastgesteld op 22 september 2016. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken op 12 oktober 2016 en formeel vastgesteld op 12 oktober 2016.

De samenstelling van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde was op **22 september 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. M.L.M.Th. Bogaerts
Dhr. M.S. Decates
Mw. L. de Haan
Dhr. G.M. de Wild

Organisaties van opleidingsinstituten / opleidingsinstellingen

Dhr. W.P. Achterberg
Dhr. E.R. van der Geer
Mw. S.D.A. Bruijns

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J.J.W.H. Crasborn
Dhr. A.G.B.M. Mulder

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **12 oktober 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J.P.H. Drenth
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooij
Dhr. R.Ph. Smitshuijzen (vz Dagelijks Bestuur)
Mw. S. Querido

Organisaties van opleidingsinstituten / opleidingsinstellingen

Dhr. M.M. E. Levi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. S. Poppema
Dhr. J. Schaart
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Mw. J.G.W. Lensink (lid Dagelijks Bestuur)

Literatuurlijst

- ActiZ (2015). *Verbinding geeft kracht: Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: Auteur.
- ActiZ (2016). *Infographic werken in de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 27 juli 2016 op <http://www.actiz.nl/infographic/>
- Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.
- Bruin, J. de, & Hagemans, M. (2016). *Het nieuwe normaal: Studie ouderenzorg*. Geraadpleegd op 7 juni 2016 op <http://www.gupta-strategists.nl/storage-files/Gupta%20Strategists%20-%20studie%20ouderenzorg%202016%20-%20het%20nieuwe%20normaal%20-%20DIG.pdf>
- Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.
- Campen, C. van, Draak, M. den, Ras, M. (2011). *Kwetsbaar alleen: De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030*. Den Haag: SCP.
- Capaciteitsorgaan (2015). *Capaciteitsplan 2015: Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 1*. Utrecht: Auteur.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). *Prognose huishoudens naar type; leeftijd, burgerlijke staat, 2016-2060*. Geraadpleegd op 22 februari 2016 op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/tot-2040-verdubbelt-het-aantal-alleenwonende-tachtigplussers-2016-2060.htm> en <http://statline.cbs.nl/Statweb/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, maart). *Minder geregistreeerde verpleegkundigen* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2016/minder-geregistreeerde-verpleegkundigen-2014.htm>
- Centrum indicatiestelling zorg (2014). *Trendrapportage 2013: Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Auteur.
- College Geneeskundig Specialismen (2015). *Project ouderenzorg – online course*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/themas-projecten/project-ouderenzorg/online-course.htm>
- Dienst Uitvoering Onderwijs (2015). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2015*. Geraadpleegd op 30 mei 2016 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/Ingeschreven/wo_ingeschr/Ingeschrevenen_wo1.jsp
- Essen, G. van, Kramer, S., Velde, F. van der & Windt, W. van der (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015: Integrerend rapport*. Den Haag: CAOP.
- Heemskerk, H., Bodegom, D. van, M. van der, & Westendorp, R. (2015). *Basiscompetenties ouderengeneeskunde voor basisartsen*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://www.leydenacademy.nl/UserFiles/file/Rapport_Basiscompetenties_Ouderengeneeskunde_2014_HR.pdf
- Hove, M. ten, & Ben Yerrou, R. (2016). *Rapportage aantallen GRZ voor Capaciteitsorgaan: 2013-2014*. Zeist: Vektis.

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de, Moll, T., Friele, R. & Gennip, L. van (2015). *Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Jong, J. de, Heijmans, M., Beenkens, F., ... Gennip, L. van (2015). *'Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen': Tussenrapport eHealth-monitor 2015*. Den Haag en Utrecht: Nictiz en het NIVEL.
- Kuperus, K., Ploegman, M., Trompenaars, F., Ogink, A., Ruigrok, L., & Oosterwaal, A. (2015). *Zelfsturing in de zorg: Zes openhartige gesprekken over dilemma's in de dagelijkse praktijk*. Geraadpleegd op 17 mei 2016 op <https://www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/PDF/Healthcare/Zelfsturing-in-de-zorg.pdf>
- Lambregtse, C. (2016). Hoe regelt u de zorg voor kwetsbare ouderen. *De Dokter*, april 2016, 8-11. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <https://www.lhv.nl/actueel/tijdschriften/artikel/hoe-regelt-u-de-zorg-voor-kwetsbare-ouderen>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2015, 15 september). *Huisartsen: Kwetsbare patiënt verdient meer zorg en aandacht* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-kwetsbare-patient-verdient-meer-zorg-en-aandacht>
- Leids Universitair Medisch Centrum (2015, 28 september). *Afgestudeerd aan de kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde eerste lijn* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.lumc.nl/org/pheg/nieuws/2015/september/afgestudeerd-kaderopleiding-specialist-ouderengeneeskunde-eerstelijns/>
- Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf
- Martens, J., Ruiter, C. de, & Geer, E. van der (2016). Met ondernemerschap samen op één lijn. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verensotijdschrift.nl/om2016/april-2016/actueel/met-ondernemerschap-samen-op-een-lijn/#.V02kDE1NeUk>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2015). *AOW betaalbaar houden*. Geraadpleegd op 23 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/inhoud/aow-betaalbaar-houden>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 12 juni). *Brief minister VWS aan Tweede Kamer: Capaciteitsplan 2013*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/documenten/brief/2015/11/17/capaciteitsplan-2013-voor-de-medische-tandheelkundige-klinisch-technologische-en-psychologische-vervolgopleidingen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 2 juli). *Kamerbrief over e-health en zorgverbetering*. Geraadpleegd op 22 februari 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, 17 november). *Verdeelplan 2014 beschikbaarheidsbijdrage*. Geraadpleegd op 11 april 2016 op <http://www.beschikbaarheidsbijdrage-medische-vervolgopleidingen.nl/documenten/brief/2014/11/17/verdeelplan-2014-beschikbaarheidsbijdrage>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, december). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2016-01-01>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 30 mei). *Kamerbrief over eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet per 2017*. Geraadpleegd op 31 mei 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/30/kamerbrief-over-eerstelijns-verblijf-in-de-zorgverzekeringswet-per-2017>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 8 juli). *Kamerbrief over zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/07/08/kamerbrief-over-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>
- Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Nieuwegein: Kiwa Carity.
- Noordzij, E., & Velde, F. van der (2016). *Alumni van de Masteropleiding tot Physician Assistant*. Nieuwegein: Kiwa Carity.
- Oostrom, S. van, A. D. van der, Picavet, S., Rietman, L., Bruin, S. de, & Spijkerman, A. (2015). *Ouderen van nu en straks: Zijn er verschillen in kwetsbaarheid?* Geraadpleegd op 25 april 2016 op http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:310875&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Post, H., & Huijsmans, K. (2016). *Rapportage extramurale behandeling voor Capaciteitsorgaan: 2012-2015*. Zeist: Vektis.
- Putman, L., Verbeek-Oudijk, D., Klerk, M. de, & Eggink, E. (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2016, januari). *Besluit herregistratie specialisten*. Geraadpleegd op website KNMG <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Herregistratie/Specialist-ouderengeneeskunde.htm>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *De VTV-2014: Een gezonder Nederland*. Geraadpleegd op website RIVM, http://www.eengezondereNederland.nl/Een_gezonder_Nederland
- Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (2015). *Vrijstellingsregeling bijlage 1*. Geraadpleegd op 22 augustus 2016 op https://www.soon.nl/images/20150826_bijlage_1_vrijstellingsregeling.pdf
- Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374, 523-532. doi: 10.1056/NEJMoa1504327

- Schrijvers, E. M. C., Verhaaren, B. F. J., Koudstaal, P. J., Hofman, A., Ikram, M.A., Breteler, M.M.B. (2012). Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology*, 78, 1456-1463. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182553be6
- Stichting Alzheimer Nederland (2011). *Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011: Toekomstverkenning dementie in Nederland 2011-2050*. Bunnik: Auteur.
- Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, I., & Kwartel, A. van der (2013). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2012/2013*. Utrecht: Kiwa Carity.
- Velde, F. van der, Wieringa, M. (2016). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012*. Utrecht: KIWA Carity.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2016). *Extern rendement Nederlandse opleidingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, en rendement buitenlandse instroom*. Utrecht: NIVEL.
- Verenso (2012). Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 17 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/VER-002-4-Beroepsprofiel7int.pdf>
- Verenso (2015, 15 september). *Met alleen een extra aandachtsuurtje redden we het niet!* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Actueel/Verenso-persbericht-reactie-Prinsjesdag-2015-def.pdf>
- Verenso (2015, 29 september). *Overheid en verzekeraars ondermijnen het beleid om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Verenso-persbericht-290915def-Overheid-en-verzekeraars-ondermijnen-het-beleid-voor-kwetsbare-ouderen-thuis.pdf>
- Verenso (2016, 28 april). *Verdere bezuinigingen in de Wlz zijn ongewenst en onverantwoord!* [Persbericht]. Geraadpleegd op 4 mei 2016 op <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Actueel/Verenso-persbericht280416-Verdere-bezuinigingen-in-de-Wlz-zijn-ongewenst-en-onverantwoord-DEF.pdf>
- Vermunt, L., Visser, P. J., & Muller, M. (2016). Nemen de prevalentie en incidentie van dementie af? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(29), D442.
- Visser, E. de (2016, 27 juli). Gezonde leefstijl houdt dementie niet op afstand. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 28 juli 2016 op <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/gezonde-leefstijl-houdt-dementie-niet-op-afstand~a4346743/>
- Vulto, M., & Koot, J. (2007). *Medische ouderenzorg in de toekomst: Anticiperend op ziekte en welbevinden*. Geraadpleegd op 26 juli 2016 op <http://www.marijvulto.nl/wp-content/uploads/2604-Ouderenzorg-samenvatting.pdf>
- Windt, W. van der & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity i.s.m. CAOP.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl