

Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 5

Specialist Ouderengeneeskunde

Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 5

Specialist Ouderengeneeskunde

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2021-2024 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 vervolgopleidingen.

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	6
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	7
1.3 Specifieke aandachtspunten specialisten ouderengeneeskunde	8
1.4 Indeling van dit deelrapport	8
2 Positionering specialist ouderengeneeskunde	13
2.1 Ontwikkeling van het specialisme	13
2.1.1 Van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde	13
2.1.2 Van loondienst naar zelfstandige betaaltitel	13
2.1.3 Van smalle naar brede inzet in werkvelden	14
2.1.4 Specialist ouderengeneeskunde expert bij complexe zorgvragen	14
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	15
2.2.1 Andere medische specialismen die zich specifiek op ouderen richten	15
2.2.2 Ondersteunende disciplines in de ouderenzorg	15
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	16
2.3.1 Samenwerking rondom ouderengeneeskunde in eerste en tweede lijn	16
2.3.2 Inbedding ouderengeneeskunde in medische opleidingen	17
2.3.3 Verhouding ondersteuners – specialisten groeit minder hard	18
3 Opleiding	21
3.1 Omvang en organisatie opleiding tot specialist ouderengeneeskunde	21
3.1.1 Voltijd opleiding duurt nominaal 3 jaar	21
3.1.2 Verkorting en verlenging mogelijk	21
3.1.3 Feitelijke opleidingsduur is 3,4 jaar	21
3.1.4 Twee startmomenten per jaar bij 3 opleidingsinstituten	21
3.2 Adviezen en besluiten over instroom tot en met 2018	22
3.2.1 2000-2005: 90 tot 100 jaarlijkse instromers geadviseerd	22
3.2.2 2008: extra instroom geadviseerd vanwege verlenging opleiding	22
3.2.3 2009 en 2010: verhoging structurele instroom tot 109 aios	22
3.2.4 2013: grote veranderingen langdurige zorg vragen om meer instroom	23
3.2.5 2016: groeiende zorgvraag en lage instroom, advies 186 opleidingsplaatsen	23
3.2.6 Besluiten VWS tot en met 2018 volgen de adviezen	23
3.3 Realisatie instroom tot en met 2018	24
3.3.1 Beschikbare opleidingsplaatsen meestal niet gevuld	24
3.3.2 Totale opleidingscapaciteit gedaald in de laatste drie jaar	25
3.3.3 Instroom neemt langzaam toe	25
3.3.4 Daling parameterwaarden instroom	26
3.4 Grootste deel aios is vrouw tot 40 jaar	26
3.5 Ontwikkeling intern rendement	27

3.5.1	Benadering uitvalpercentage en intern rendement	27
3.5.2	Uitvalpercentage gestegen naar 24%	28
3.6	Conclusie opleiding	29
4	Zorgvraag	31
4.1	Inleiding	31
4.2	Onvervulde vraag	31
4.3	Demografie	33
4.3.1	Bevolkingsprognose: toename 65-plussers	34
4.3.2	Berekening van het huidige zorggebruik op basis van cliëntjaren	35
4.3.3	Cliënten met een Wlz-zorgprofiel met behandeling	35
4.3.4	Geriatrische revalidatiezorg	36
4.3.5	Eerstelijnsverblijf	41
4.3.6	Extramurale behandeling	44
4.3.7	De toekomstige vraag vanwege demografie	46
4.4	Epidemiologie	49
4.4.1	Sterke toename aantal ouderen in 2040	50
4.4.2	Vooraf ouderdomsziekten in 2040	50
4.4.3	Vroegopsporing, leefstijl en behandeling beïnvloeden ouderdomsziekten	51
4.4.4	Stapelend gezondheidsproblemen maakt ouderen én zorgsysteem kwetsbaar	52
4.4.5	Meer vraag naar eerstelijnszorg en mantelzorg	52
4.4.6	Intensievere zorg bij opname in verpleeghuis	52
4.4.7	Dalende verblijfsduur, meer werk voor specialist ouderengeneeskunde	53
4.4.8	Toename gebruik acute zorg door ouderen	54
4.4.9	Parameterwaarde epidemiologie hoger dan in voorgaande ramingen	54
4.5	Sociaal-culturele ontwikkelingen	55
4.5.1	Populatie ouderen steeds groter en diverser	55
4.5.2	Extra investeringen in de ouderenzorg	55
4.5.3	Pact voor de ouderenzorg moet zorg thuis en in verpleeghuis verbeteren	56
4.5.4	Extramurale behandeling naar Zvw in 2020	57
4.5.5	Effecten en kosten extramuralisering niet eenduidig	57
4.5.6	Behoeft aan nieuwe woon-zorg-vormen	58
4.5.7	Medische zorg in kleinschalige woonvormen is knelpunt	59
4.5.8	Eerstelijnsverblijf organisatorisch en financieel versterkt	60
4.5.9	Meer inzet specialist ouderengeneeskunde	60
4.6	Conclusie zorgvraag	61
5	Zorgaanbod	63
5.1	Inleiding	63
5.2	Omvang beroepsgroep	63
5.2.1	Aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde	63
5.2.2	Verdeling naar leeftijd en geslacht	63
5.2.3	Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde	64

5.3	Omvang dienstverband	66
5.4	Instroom in het vak	67
5.5	Uitstroom uit het vak	67
5.5.1	Uitstroom uit het specialistenregister	67
5.5.2	Uitstroom van werkzame specialisten	68
5.6	Extern rendement	72
5.7	Conclusie zorgaanbod	73
6	Werkproces	77
6.1	Inleiding	77
6.2	Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen	77
6.2.1	Patiënten in verpleeghuizen vragen meer tijd	77
6.2.2	Taakverzwaring door invoering Wet Zorg en Dwang	77
6.2.3	Meer tijd gemoeid met GRZ	78
6.2.4	Technologische ontwikkelingen vergen nu nog tijd en inspanning	78
6.2.5	Minimale parameterwaarde iets verhoogd	79
6.3	Efficiency	80
6.3.1	Vermindering regeldruk blijft nog uit	80
6.3.2	Administratieve ondersteuning laatste jaren niet toegenomen	80
6.3.3	Gebrek aan medisch ondersteunend personeel	81
6.3.4	Parameterwaarden ongewijzigd	81
6.4	Horizontale substitutie	82
6.4.1	Ziekenhuizen steeds meer gericht op oudere patiënt	82
6.4.2	Extramurale inzet specialist ouderengeneeskunde groeit	82
6.4.3	Ouderen met psychische problemen naar VVT	83
6.4.4	Aandeel specialisten ouderengeneeskunde in verpleeghuizen neemt af	84
6.4.5	Parameterwaarden ongewijzigd	84
6.5	Verticale substitutie	84
6.5.1	Taakverschuiving naar VS en PA biedt mogelijkheden	84
6.5.2	Meer VS werkzaam in verpleeghuizen; aantal PA groeit niet	85
6.5.3	Inzet VS en PA in verpleeghuiszorg niet optimaal	85
6.5.4	Verpleeghuis niet aantrekkelijk voor hbo-verpleegkundigen	85
6.5.5	Succes van verticale substitutie varieert	86
6.6	Conclusie werkproces	86
7	Scenario's	87
7.1	Inleiding	87
7.2	Basisscenario (0)	89
7.3	Demografiescenario (1)	89
7.4	Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende trends (3)	89
7.5	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trends (7)	90
7.6	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trends (9)	91
7.7	Ontwikkeling van de zorgvraag per scenario	91
7.8	Benodigde instroom aios ouderengeneeskunde per scenario	93

8	Overwegingen en advies	97
8.1	Inleiding	97
8.2	Verticale substitutiescenario's meest realistisch	97
8.3	Advies instroom	98
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	99
Bijlage 2:	Overzicht parameterwaarden 2010 - 2019	100
Bijlage 3:	Gedetailleerde gegevens berekening Nivel/Prismant	101
Bijlage 4:	Procedure en betrokken experts	103
Bijlage 5:	Afkorting en begrippen	104
	Literatuurlijst	106

Samenvatting

Van verpleeghuisgeneeskunde naar ouderengeneeskunde

Sinds 1980 bestaat er een universitaire leerstoel voor ouderengeneeskunde. Toch werd de ouderengeneeskunde pas in 1989 erkend als een volwaardige medische discipline, toen nog verpleeghuisgeneeskunde genoemd. De specialistische vervolgopleiding 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. En terecht: de specialist ouderengeneeskunde werkt al lang niet meer alleen in de verpleeghuizen, maar wordt overal ingezet waar kwetsbare ouderen specialistische medische zorg nodig hebben.

Groeiende opleiding met veel opleidingsplaatsen

Per 1 januari 2019 zijn er in totaal 338 aios in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Het percentage vrouwelijke aios is 81%, net als in 2016. De gemiddelde leeftijd waarop aios met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde beginnen, is inmiddels gedaald naar 31 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aios is tot en met 2018 gedaald naar 32 jaar. Dat aios op steeds jongere leeftijd met de opleiding starten, wijst erop dat het beroep populairder wordt en vaker een eerste keuze is van aios. De opleidingsduur is langer geworden: gemiddeld doen aios geen 3 maar 3,4 jaar over de opleiding.

De gerealiseerde instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is sinds 2009 gemiddeld 99 personen. Tot 2015 was er een gestage stijging en daarna nam de instroom af. Sinds 2018 zijn er jaarlijks weer meer startende aios. De instroom in 2019 van 126 nieuwe aios stemt hoopvol. Het huidige jaarlijks gesubsidieerde aantal nieuwe opleidingsplaatsen (186) biedt echter ruimte voor meer aankomende specialisten ouderengeneeskunde.

Actie nodig om animo voor opleiding te stimuleren

De beroepsvereniging en opleidingspartijen blijven campagne voeren om de aantrekkelijkheid van het werken als specialist ouderengeneeskunde te vergroten en het beroep meer bekendheid te geven. Dat is nodig bij het huidige tekort aan beroepsbeoefenaren en het ruime aantal open opleidingsplaatsen. De universitaire geneeskundeopleidingen worden aangespoord het specialisme ouderengeneeskunde beter in hun curricula in te bedden. De veelzijdigheid en complexiteit van het beroep moeten beter in beeld worden gebracht bij potentiële aios.

Het aantal kandidaten voor een opleidingsplaats voor specialist ouderengeneeskunde is dit jaar behoorlijk toegenomen. Er is voortdurend aandacht voor kwaliteitsverbetering van de opleiding en tussentijdse evaluaties en beoordelingen. Het interne rendement, het percentage aios dat jaarlijks slaagt voor de opleiding, ligt met 76% echter lager dan in het vorige Capaciteitsplan (79%). Wat de oorzaken van de hoge uitval van aios is, wordt momenteel onderzocht.

Vraag neemt nog altijd toe

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich ontwikkeld tot één van de grootste specialismen in Nederland: op 1 januari 2019 waren er 1.743 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. In 2016 waren dit er 1.568. Daarnaast werken er nog 21 sociaal gerieters in de ouderenzorg. De veranderingen in het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde zijn volledig toe te schrijven aan de in- en uitschrijvingen in het register. Er is geen instroom uit het buitenland, omdat het specialisme buiten Nederland niet bestaat.

Van de geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde en sociaal gerieters zijn er ongeveer 1.693 (bijna 96%) ook als zodanig werkzaam. De omvang van het gemiddelde dienstverband, (0,86 fte) is ten opzichte van 2016 nauwelijks veranderd (0,87 fte). De mannen zijn iets minder gaan werken (0,92 tegenover 0,94 in 2016), bij de vrouwen is er geen verschil (0,83 in 2016 en 2019). Het percentage vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde is verder gestegen naar 68%.

Meer dan de helft van alle specialisten ouderengeneeskunde is ouder dan 50 jaar. Bij de mannen is het aandeel 50-plussers gegroeid van 72% in 2016 naar 75% in 2019. Bij de vrouwen is dit gedaald van 44% in 2016 naar 43% in 2019. Ongeveer een derde tot de helft van alle specialisten ouderengeneeskunde gaat de komende 10 jaar met pensioen.

De markt van vraag en aanbod voor specialisten ouderengeneeskunde is een vraagmarkt: de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde is groter dan het aanbod, gezien het aantal vacatures. Het vacaturepercentage ligt rond de 10% en is sinds de vorige raming weer gestegen. Daarmee behoort het specialisme tot de medische beroepen met de hoogste onvervulde vraag. Dat blijkt ook uit de constatering dat twee derde van de vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde langdurig open staan. Ook worden er vaak basisartsen of andere professionals ingezet in verpleeghuizen om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde op te vangen.

Sinds 2015 zijn er veel wijzigingen geweest in de langdurige zorg. Dat heeft onder meer geleid tot de Wet langdurige zorg en wijzigingen in aanpalende wetten zoals de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet zorg en dwang. Voor de populatie ouderen is het beleid om langer zelfstandig te wonen een belangrijke verandering geweest. Dit heeft tot gevolg dat er minder indicaties voor zorg en verblijf in het verpleeghuis worden afgegeven. Ouderen die in het verpleeghuis worden opgenomen, hebben in de regel een zwaardere en complexere zorgvraag dan in het verleden. Dit vraagt meer tijd van specialisten ouderengeneeskunde. Ouderen die lang(er) thuis wonen, hebben ook meer zorg nodig. Soms wordt dit nog versterkt door sociale problematiek: Ouderen kampen vaak met gevoelens van onveiligheid, eenzaamheid, gebrek aan (mantel)zorg en/of een sociaal netwerk. In de afgelopen jaren is er een groei geweest van het aantal thuiswonende ouderen die acute zorg nodig hadden, gevolgd door revalidatie en/of tijdelijke zorg in een instelling. De tijdsbesteding van specialisten ouderengeneeskunde aan GRZ en ELV is toegenomen. Ook zijn er voor ouderen meer kleinschalige woonvormen gecombineerd met zorg. Daarbij is gebleken dat er vraag is naar specialisten ouderengeneeskunde, omdat het huisartsen ontbreekt aan voldoende tijd en specifieke deskundigheid.

Geen efficiencyverbetering en extramurale inzet niet optimaal

Hoewel door een landelijk programma als het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg' veel aandacht is gevraagd voor het beperken van administratieve lasten in alle zorgsectoren, blijven de gewenste resultaten hiervan nog uit. Ook de heersende tekorten aan medisch ondersteunend personeel lijken verdere efficiencywinst voor specialisten ouderengeneeskunde in de weg te staan.

Huisartsen hebben een cruciale rol gekregen in de zorg voor de, door de dubbele vergrijzing, groeiende groep (kwetsbare) thuiswonende ouderen. Deze beroepsgroep voelt echter een toenemende belasting, niet alleen vanuit de ouderenzorg, maar ook vanuit de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Bovendien is er de tendens om zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn te verplaatsen. Dit om kosten van specialistische zorg in te perken en om deze zorg waar mogelijk laagdrempelig, dichtbij de patiënten te leveren. Huisartsen geven daarom vaker aan geen extra taken meer te kunnen uitvoeren. Ook voelen zij zich soms overvraagd omdat zij de specifieke deskundigheid missen die nodig is voor adequaat handelen bij de complexe en zware zorgbehoefte van ouderen.

Specialisten ouderengeneeskunde kunnen in de extramurale zorg juist die expertise leveren voor complexe en zware zorgbehoefte van ouderen. De inzet in en samenwerking binnen de eerste lijn is echter nog niet optimaal. De extramurale inzet is aan het toenemen, maar wordt momenteel belemmerd door het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in de verpleeghuizen: bij krapte gaat intramuraal vóór extramuraal. Bovendien duurt het lang voordat financiële belemmeringen in het vernieuwde stelsel zijn opgeheven. Het ministerie van VWS heeft in 2016 de subsidieregeling extramurale behandeling versoepeld. Dat maakte het al eenvoudiger om een specialist ouderengeneeskunde extramuraal in te zetten. Vanaf 2020 wordt de extramurale behandeling in de Zvw ondergebracht. Een zelfstandige betaaltitel voor specialisten ouderengeneeskunde moet de zorg van deze artsen nog toegankelijker maken. Specialisten ouderengeneeskunde zullen mogelijk veel meer vanuit een zelfstandige rol hun taken gaan uitvoeren, zowel extramuraal als intramuraal. Het is de vraag hoe (snel) dit de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde zal beïnvloeden.

Verticale substitutie komt langzaam van de grond

De verticale substitutie is verder in ontwikkeling. Zo is het aantal in de ouderengeneeskunde werkzame verpleegkundig specialisten in de afgelopen jaren fors toegenomen. Het aantal physician assistants in het werkveld is tot 2016 flink gegroeid, maar is daarna niet meer toegenomen. Er bestaan echter op het gebied van visie en beleid grote verschillen tussen zorginstellingen. Taakherschikking naar ondersteunende beroepen komt dan ook (nog) niet overal goed van de grond. Verder is het aantrekken en behouden van hbo'ers in de intramurale ouderenzorg al langere tijd een probleem. Dit belemmert de taakherschikking naar hbo-verpleegkundigen maar ook de doorstroom van hbo'ers naar de opleidingen voor VS en PA. Toch zijn er hoge verwachtingen van het belang en het effect van verticale taakherschikking als oplossing voor het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Advies

Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde vergt tijd en inspanning om op te lossen. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn:

- de dubbele vergrijzing en daarmee de groei van de groep kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen;
- de groeiende behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde in de intramurale en de extramurale ouderenzorg;
- de instroom in de opleiding die nog niet op peil is;
- de hoge verwachte uitstroom van het oudere deel van de beroepsgroep.

Tabel 1 geeft een overzicht van de adviezen en besluiten in de ramingsjaren vanaf 2010. Om vraag en aanbod op termijn in evenwicht te brengen, moeten er nog altijd meer specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid. Het Capaciteitsorgaan adviseert daarom **met ingang van 2021 een jaarlijkse minimum instroom van 235 aios en een maximum instroom van 260 aios**.

Deze keuze is gebaseerd op twee scenario's. De bovengrens van de bandbreedte wordt bepaald door scenario 7, het verticale substitutiescenario met doorlopende trends. In dit scenario worden alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters op hun minimaal ingeschatte waarde doorberekend. Het gekozen evenwichtsjaar is 2031, om het verschil tussen vraag en aanbod zo snel mogelijk te overbruggen. De ondergrens is gebaseerd op scenario 6, het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends. Ook dit scenario houdt rekening met de minimum waarden van alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters. Alleen wordt er in dit scenario van uitgegaan dat de effecten van de trends na 10 jaar zijn uitgewerkt. Dat kan het bereiken van evenwicht beïnvloeden. Daarom is bij dit scenario gekozen voor evenwicht op de langere termijn, in 2037.

Het grote tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is een zeer urgent probleem. Het Capaciteitsorgaan beseft dat het verder verhogen van de opleidingscapaciteit een opgave is die veel inzet vergt op meerdere fronten. Zo liggen er grote uitdagingen op het vlak van de werving van aios en het verbeteren van het imago en de aantrekkelijkheid van het vak. Ook het verder uitbreiden van de locaties waar het onderwijs gegeven wordt, met de daarbij benodigde faciliteiten, is een overweging, om de groei van het aantal opleidingsplaatsen en een passende spreiding over het land te stimuleren en faciliteren. Er is vertrouwen in het veld dat de nodige inspanningen geleverd kunnen worden om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zo snel mogelijk op te lossen. **Het Capaciteitsorgaan spreekt daarom een voorkeur uit voor een instroom van 260 aios per jaar.**

Tabel 1: Adviezen en besluiten in ramingsjaren vanaf 2010

Jaar van raming en advies	2010	2013	2016	2019
Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan	109-127	120-128	159-186	235-260
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan	109	120-128	186	260
Besluit VWS op advies (m.i.v. 2 jaar later)	109	128	186	n.t.b.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2021-2024 vormt de basis voor de instroomadviezen voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Dit rapport bevat alle gegevens en verwijzingen naar achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan voor de instroomadviezen heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2021-2024. Naast het integrale Capaciteitsplan en dit deelrapport zijn nog meer deelrapporten gepubliceerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de actuele instroomadviezen.

Tabel 2: Overzicht actuele instroomadviezen Capaciteitsorgaan

Naam rapport	Ramings- jaar	Publicatiedatum
Capaciteitsplan 2020-2024: Hoofdrapport voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 – Medische specialismen – Klinische technologische specialismen – Spoedeisende geneeskunde	2019	maart 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3a Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgen, Orthodontisten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg - Tandartsen - Mondhygiënist	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen - Arbeid en Gezondheid Bedrijfsartsen Verzekeringsartsen - Maatschappij en Gezondheid Artsen M&G Profielartsen M&G	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2024: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid - gezondheidszorgpsycholoog - psychotherapeut - klinisch psycholoog - klinisch neuropsycholoog - verpleegkundig specialist ggz	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2018-2021: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistants	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist	2019	december 2019

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. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen. Deze ramingen hebben in het algemeen een bandbreedte die als adviesrichting voor de overheid en het veld beschouwd kan worden. Overheid en veld kunnen binnen deze bandbreedte een finale keuze maken.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan zij 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 capaciteit op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod, verwachte effecten van efficiencymaatregelen 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. Het doel hiervan was om de ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten van het Capaciteitsorgaan voor andere landen te ontsluiten en zelfs te vergelijken met die van sommige andere landen. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties.^{1,2}

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 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.

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>

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 vervolgopleidingen 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 het ministerie van VWS vanaf 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist in kaart gebracht en gemonitord. Dit zijn beide initiële opleidingen in de mondzorg. Na een korte onderbreking is het Capaciteitsorgaan in 2018 opnieuw gestart met het adviseren van het ministerie van VWS over de instroom van tandartsen en mondhygiënist in de initiële opleidingen.
- 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 maakt steeds vaker van deze adviezen gebruik bij haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen.
- 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) in kaart gebracht kan worden met de methodieken van het Capaciteitsorgaan. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO-regio's moesten worden opgesteld. Dit was nodig vanwege de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon door een aanpassing van zijn methodieken. Daarbij werd de cruciale, voor het Capaciteitsorgaan vaak kostbare, aanlevering van de data door de ziekenhuizen zelf gedaan. De eerste adviezen met bijbehorende ramingen voor de FZO-beroepen zijn in 2014, 2016 en 2018 aan de 12 FZO regio's opgeleverd. Geleidelijk aan benadert het Capaciteitsorgaan meer intra- en extramurale beroepen die om een regionale of lokale aanpak vragen met deze digitale uitvraagssystematiek. De ziekenhuizen gaan ook steeds meer vertrouwen op de juistheid van de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Daarom is in 2019 een pilot uitgevoerd voor het ramen van nog meer 'ziekenhuisberoepen' via het digitale uitvraag- en ramingssysteem.

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, obstetrie-verpleegkundigen, SEH verpleegkundigen, extramurale kinderverpleegkundigen, oncologieverpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen.

1.3 Specifieke aandachtspunten specialisten ouderengeneeskunde

Specifiek voor het specialisme ouderengeneeskunde zijn de volgende aandachtspunten:

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 geriatric.
3. Van de oorspronkelijke groep sociaal geriateren zijn er in 2019 nog 21 werkzaam in de ouderenzorg. Zij zullen bij uittreding worden vervangen door specialisten ouderengeneeskunde.
4. Vanwege de vergrijzende bevolking en de toenemende zorgvraag onder ouderen moet iedere toekomstige arts in staat 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 wordt er door de opleidingsinstituten, de beroepsvereniging en de aiosvereniging actief gewerkt aan een beter imago van het vak en betere randvoorwaarden voor het beroep. 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 coschappen. Ook in de vervolgopleidingen moet ouderengeneeskunde stevig verankerd zijn.
5. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de vervolgopleiding is licht dalend en ligt nu op 31 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

Na de samenvatting en dit inleidende hoofdstuk volgen nog 7 hoofdstukken. Afsluitend vindt u de bijlagen waarnaar dit rapport verwijst.

Hoofdstuk 2: Positionering specialist ouderengeneeskunde

Hoofdstuk 2 behandelt de positie van de specialist ouderengeneeskunde in het zorgveld. Ook komen raakvlakken met aanverwante beroepen aan de orde en wordt duidelijk hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Hoofdstuk 3: Opleiding

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 2000 en de daarop volgende besluiten van VWS. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2009. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de opleiding. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de invulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2019 en 2020 en intern rendement.

Hoofdstuk 4: Zorgvraag

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling en verandering van de zorgvraag in de periode 1 januari 2019 tot 1 januari 2031 en in de periode 1 januari 2019 tot 1 januari 2037. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid op basis van dit advies zijn pas merkbaar in 2024. De erkende vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde duurt immers nominaal 3 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS in 2020 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2021. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn te verwachten vanaf 1 januari 2024. Het Capaciteitsorgaan stemt de instroom af op de verwachte vraag voor de 2 evenwichts jaren 2031 en 2037. Er rest dus een ‘venster’ van 7 respectievelijk 13 jaar. Door het wijzigen van de instroom in de opleidingen kan de totale beschikbare arbeidscapaciteit in deze periode aangepast worden.

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 daarvoor relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevraagt 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.

Hoofdstuk 5: Zorgaanbod

Het bestaande aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in hoofdstuk 5 aan bod. Een aantal karakteristieken wordt 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 2009. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen mannelijke en vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde omdat er tussen deze groepen verschillen bestaan, bijvoorbeeld ten aanzien van deeltijdwerken. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige uitstroom, het gemiddelde aantal fte en de beschikbare uren.

Hoofdstuk 6: Werkproces

In hoofdstuk 6 worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze parameters beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Net als bij de zorgvraag geldt ook hier dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn, maar gewerkt wordt met een minimum en een maximum waarde voor de parameters.

Hoofdstuk 7: Scenario's

Alle gegevens uit de eerste zes hoofdstukken worden voorgelegd aan de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde (KSO), waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair vertegenwoordigd zijn. De KSO stelt de waarden vast van alle parameters. De parameterwaarden 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 de opleiding. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het op cumulatieve wijze opstellen en beschrijven van de scenario's gebeurt in hoofdstuk 7.

Basisscenario

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.

Demografiescenario

Het demografiescenario houdt rekening met de bestaande onervulde vraag. Het neemt daarbij de consequenties mee die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren.

Werkprocesscenario met tijdelijke of doorlopende trends

Vervolgens stelt het Capaciteitsorgaan de twee werkprocesscenario's op: een met tijdelijke en een met doorlopende trends. In deze twee scenario's zijn naast demografische ontwikkelingen ook andere factoren meegenomen die de zorgvraag beïnvloeden. Dit zijn de verwachte effecten van: epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, ontwikkelingen in efficiency en horizontale taakverschuiving. Het Capaciteitsorgaan hanteert hierbij de laagst ingeschatte waarden. De effecten kunnen zich geheel volgens de inschattingen voordoen, maar het is ook mogelijk dat zij slechts deels of helemaal niet optreden. De minimale parameterwaarden worden beschouwd als reële gemiddelden.

Vanwege de onzekerheden in alle verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden (scenario met tijdelijke trends), terwijl in het andere scenario (met doorlopende trends) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd.

Arbeidstijdveranderingsscenario met tijdelijke of doorlopende trends

Daarna wordt aan de werkprocesscenario's het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Dit resulteert in de twee arbeidstijdveranderingsscenario's. Ook hier houdt het Capaciteitsorgaan in het ene scenario met de veranderingen maar 10 jaar rekening (tijdelijke trends). In het andere scenario (met doorlopende trends) projecteert het Capaciteitsorgaan de verwachtingen over de volle 18 jaar.

Verticale substitutiescenario met tijdelijke of doorlopende trends

Vervolgens worden aan de hiervoor beschreven scenario's de extra effecten toegevoegd van verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit. Zo ontstaan de verticale substitutiescenario's. Het Capaciteitsorgaan berekent de trendeffecten weer voor een periode van 10 jaar (scenario met tijdelijke trends) en voor een onbeperkte periode (scenario met doorlopende trends). Ook dit gebeurt weer op basis van de laagst ingeschatte waarde.

Maximale parameterscenario met tijdelijke of doorlopende trends

In de hiervoor genoemde scenario's wordt telkens geraamd aan de hand van de laagst ingeschatte waarden in de bandbreedtes. De experts in de KSO hebben deze bandbreedtes vastgesteld voor een aantal parameters. 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 parameterscenario's berekend. Hierbij worden alle parameters op de hoogste waarde in de bandbreedte gesteld. Dit gebeurt ook nu weer met een werkingsduur van 10 jaar en met een werkingsduur voor onbeperkte tijd.

Op deze manier ontstaat een overzicht van de ontwikkelingen gevat in negen verschillende scenario's. (Het basisscenario is hierbij niet meegeteld.)

Hoofdstuk 8: Overwegingen en advies

Ten slotte wordt in hoofdstuk 8 op basis van de belangrijkste beleidsontwikkelingen met de daarbij horende onzekerheden een keuze gemaakt 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

2.1.1 Van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde

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.

2.1.2 Van loondienst naar zelfstandige betaaltitel

In de loop der 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 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen', zoals extramurale behandeling, heeft in de afgelopen jaren praktische financieringsproblemen gekend, ondanks de instelling van een tijdelijke subsidieregeling. Onlangs maakte het ministerie van VWS bekend dat per 1 januari 2020 de overheveling van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen van de tijdelijke subsidieregeling naar de zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht wordt. Dit houdt in dat specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten vanaf 2020 zelfstandig de door hen op grond van de Zvw geleverde extramurale zorg mogen declareren.⁴ Daarmee zijn er geen financiële beletsels meer voor specialisten ouderengeneeskunde om buiten de verpleeghuizen te werken, bijvoorbeeld bij huisartsenpraktijken en gezondheidscentra of direct bij kwetsbare ouderen thuis. De beroepsvereniging Verenso bepleitte al in haar beleidsplan van 2007 dat de specialist ouderengeneeskunde complexe zorg moet kunnen bieden in alle (verblijf)situaties van kwetsbare ouderen en chronisch zieken.

⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief 'Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patientengroepen>

2.1.3 Van smalle naar brede inzet in werkvelden

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-geriatrische zorg volgen bij een GGZ-instelling. Daardoor wordt de drempel verlaagd om daar later ook te gaan werken. Ook binnen instellingen voor gehandicaptenzorg, waar ook steeds meer oudere cliënten verblijven, worden specialisten ouderengeneeskunde ingezet.

2.1.4 Specialist ouderengeneeskunde expert bij complexe zorgvragen

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 de inhoud, organisatie en noodzakelijke capaciteit van de medische beroepen in de ouderenzorg in 2020. Twee van die toekomstscenario'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 toekomstscenario's gaan uit van een hogere mate van overheidsregulering van de zorg, twee toekomstscenario's houden rekening met meer gedecentraliseerde en geprivatiseerde zorg. In alle vier de toekomstscenario'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. De complexiteit van de benodigde zorg bepaalt de gewenste opleiding en competenties van de arts.

Anno 2019 blijken de voorspellingen van het rapport juist te zijn geweest. De wensen en het welbevinden van de patiënten staan prominent voorop in de zorgsector.⁶ De zorg is sterk gedecentraliseerd en multidisciplinair georganiseerd op gemeentelijk niveau, wijkniveau en regionaal. 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;
- het inschakelen van professionele hulp waar mogelijk beperken.

De specialist ouderengeneeskunde is in alle toekomstscenario'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.

⁵ Vulto, M., & Koot, J. (2007). *Medische ouderenzorg in de toekomst: Anticiperen op ziekte en welbevinden*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <http://www.marijvulto.nl/wp-content/uploads/2604-Ouderenzorg-samenvatting.pdf>

⁶ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019, 1 juli). *IGJ: Verpleeghuiszorg in Nederland georganiseerd rondom de behoeften van de cliënt* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 2 juli 2019 op <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2019/07/01/igj-verpleeghuiszorg-in-nederland-georganiseerd-rondom-de-behoeften-van-de-client>

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

2.2.1 Andere medische specialismen die zich specifiek op ouderen richten

Het werkkterrein 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 er momenteel 115 internisten geregistreerd zijn voor de differentiatie ouderengeneeskunde; in 2016 waren dat er 62. Daarnaast zijn er 34 internisten in opleiding voor deze differentiatie in 2019 tegen 14 in 2016.⁷

Bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) staan inmiddels 320 klinisch geriateren geregistreerd op 2 mei 2019. In 2016 waren dat er 265. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zijn specifiek geschoold om proactieve samenhangende zorg te bieden aan hun eigen oudere patiënten én om collega huisartsen te helpen dit ook te doen. Zij vormen een regionaal aanspreekpunt in de eerstelijnszorg voor ouderen.⁸ Het aantal huisartsen dat geregistreerd staat als kaderhuisarts ouderengeneeskunde is in de afgelopen jaren licht gestegen, van 112 in 2016 naar 116 in 2019.⁹

Net zoals huisartsen zich kunnen specialiseren in de zorg aan kwetsbare ouderen, kunnen specialisten ouderengeneeskunde zich specifiek bekwamen in de zorg in de eerste lijn, als samenwerkingspartner van de huisarts. De behoefte aan samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen is in de afgelopen jaren gegroeid. De kaderopleiding ‘specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg’ stimuleert de specialist ouderengeneeskunde zijn kennis en vakmanschap daar te brengen waar die nodig is, onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt. In het register van Verenso staan op dit moment 26 kaderartsen eerstelijnszorg geregistreerd.¹⁰ In 2016 waren dat er 13.

2.2.2 Ondersteunende disciplines in de ouderenzorg

De disciplines uit de vorige paragraaf bieden horizontale substitutiemogelijkheden voor de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast zijn er disciplines op een doorgaans lager opleidingsniveau, die de mogelijkheid tot verticale taakherschikking bieden.

Sinds 2010 is de inzet van verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) bij organisaties in de ouderenzorg aanmerkelijk toegenomen. In 2010 ging het nog om een bescheiden aantal van ongeveer 71 verpleegkundig specialisten.¹¹ In 2012 waren er zeker 117 geregistreerde verpleegkundig specialisten en 12 physician assistants werkzaam in de ouderenzorg. In 2016 waren dat er al respectievelijk 303 en 38. In 2019 is het aantal werkzame verpleegkundig specialisten gestegen tot

⁷ S. M. E. Pijper, persoonlijke communicatie, 5 juni 2019.

⁸ Leids Universitair Medisch Centrum, Nederlands Huisartsengenootschap, & Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen (2015). *Brochure NHG Kaderopleiding Ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://chbb.lhv.nl/opleidingen/opleidingen/kaderopleiding-ouderengeneeskunde>

⁹ Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) onderhoudt het register kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt>

¹⁰ Verenso (2019). *Register kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/zoek-specialist/kaderartsen/overzicht-kaderartsen?establishment=&specialization=10&name=>

¹¹ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

421. Het aantal physician assistants dat inmiddels in de verpleeghuissector werkt is 34 en is dus iets afgenomen.^{12,13} 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.

In 2019 is het beroepsprofiel voor verpleegkundig specialisten vernieuwd en vastgesteld. Zo wordt de VS niet meer in 5 maar in 2 specialisaties ingedeeld: algemene gezondheidszorg (AGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De VS AGZ heeft een generieke basis in de algemene gezondheidszorg en legt zich binnen het aandachtsgebied toe op een expertisegebied. De ouderenzorg is zo'n expliciet beschreven expertisegebied.^{14,15} Hiermee is een betere aansluiting vanuit de opleiding op het betreffende werkveld te verwachten.

Verder is er in ouderenzorginstellingen een rol weggelegd voor verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving. Hun aantal is tussen 2010 en 2018 gestegen van 147 naar 409.¹⁶

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

2.3.1 Samenwerking rondom ouderengeneeskunde in eerste en tweede lijn

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in 2010 een standpunt ingenomen over hoe de medische zorg aan kwetsbare ouderen optimaal ingericht kan worden.¹⁷ 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 en behandeling 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 van ouderen. Om de huisarts goed te kunnen bijstaan, moet de specialist ouderengeneeskunde organisatorisch en financieel wel de mogelijkheid hebben om extramurale patiënten te behandelen. In paragraaf 2.1.2 staat al dat deze ontwikkeling in de afgelopen jaren belemmerd werd door met name financiële beperkingen. Vanaf 2016 is deze situatie door de tijdelijke subsidieregeling al verbeterd. Vanaf 2020 zullen de financiële voorwaarden nog beter worden. De extramurale behandeling gaat dan naar het basispakket van de zorgverzekering.

¹² Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

¹³ Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

¹⁴ ActiZ (2019, 6 maart). *Vernieuwing beroepsprofiel voor verpleegkundig specialist*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.actiz.nl/nieuws/vernieuwing-beroepsprofiel-voor-verpleegkundig-specialist>

¹⁵ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland VS (2019). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://venvnv.nl/wp-content/uploads/sites/164/2019/01/2019-01-31-Beroepsprofiel-Verpleegkundig-Specialist.pdf>

¹⁶ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

¹⁷ Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>

Ziekenhuizen moeten volgens het KNMG-standpunt werken met 'zorgpaden' voor kwetsbare ouderen. Een geriatriesch team is daarbij een van de kernelementen. De specialist ouderengeneeskunde kan als consulent deelnemen aan dit geriatriesch team vanwege bijvoorbeeld zijn rol in de geriatrische revalidatiezorg. Ook moet er een in klinische ouderengeneeskunde 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 geriater en internisten ouderengeneeskunde.

2.3.2 Inbedding ouderengeneeskunde in medische opleidingen

Lange tijd was er weinig aandacht voor ouderen in de meeste medische opleidingen, terwijl het aandeel ouderen onder de bevolking groeit en veel medisch specialisten steeds vaker oudere patiënten zien. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de inrichting van de geneeskundestudie en de medische vervolgoopleidingen.

De Leyden Academy on vitality and ageing ontwikkelde in 2015 een leidraad voor medische faculteiten om meer basiskennis over ouderengeneeskunde in het geneeskundecurriculum op te nemen.¹⁸ De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wil eind 2019 een eerste versie van het nieuwe Raamplan Artsopleiding gereed hebben.¹⁹ Hierin worden de belangrijkste competenties vastgelegd voor de basisarts anno 2025. Het Raamplan dient als basis voor de curricula voor de geneeskundeopleiding. Dat de medische zorg in bijna alle geneeskundige disciplines zich in toenemende mate op oudere mensen richt, moet in het basiscurriculum zijn weerslag krijgen.²⁰ De beroepsvereniging en opleidingspartijen voeren dan ook actief campagne om meer aandacht te krijgen voor het specialisme ouderengeneeskunde in de opleiding.

Sinds 2016/2017 is de medische zorg voor kwetsbare ouderen opgenomen in de landelijke opleidingsplannen van 22 geneeskundige specialismen en profielen waarvoor dit thema relevant is. Om te voorzien in de benodigde kennis zijn er drie online cursussen over de zorg voor kwetsbare ouderen ontwikkeld, twee over basiskennis en een verdiepende cursus over de transitie van kwetsbare ouderen tussen de verschillende zorglijnen en zorgprofessionals. De basiscursussen zijn bedoeld voor basisartsen, aios, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants. De verdiepende cursus is ook geschikt voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen.²¹

¹⁸ Heemskerk, H., Bodegom, D. van, M. van der, & Westendorp, R. (2015). *Basiscompetenties ouderengeneeskunde voor basisartsen*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op http://www.leydenacademy.nl/UserFiles/file/Rapport_Basiscompetenties_Ouderengeneeskunde_2014_HR.pdf

¹⁹ Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2018, 26 september). *Start gemaakt met nieuw Raamplan Artsopleiding* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.nfu.nl/actueel/start-gemaakt-met-nieuw-raamplan-artsopleiding>

²⁰ Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2018). *Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op https://www.nfu.nl/img/pdf/180924_NFU_18.10495_Verslag_Werkconferentie_Basisarts_van_de_toekomst1.pdf

²¹ College Geneeskundige Specialismen (2016). *Eindrapportage CGS-project: Verankering van integrale ouderenzorg in medische vervolgoopleidingen*. Utrecht: Auteur. Zie ook <https://e-infuse.com/online-courses/>

2.3.3 Verhouding ondersteuners – specialisten groeit minder hard

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 specialist ouderengeneeskunde verlagen, door doelmatiger en efficiënter werken.^{22, 23} Uit diverse onderzoeken blijkt echter dat verpleeghuizen al langere tijd moeite hebben om hoger opgeleide verpleegkundigen aan te trekken en te behouden.^{24, 25, 26} Dit kan de reden zijn dat het aandeel verpleegkundig specialisten ten opzichte van de geneeskundig specialisten in de afgelopen 3 jaar minder hard gegroeid is dan in de jaren daarvoor. Zie tabel 1. Tegelijkertijd lijkt de verschuiving van activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde naar ondersteunende functies, zoals de verpleegkundig specialist en de physician assistant wel degelijk kans te hebben. In vergelijking met 2009 krijgen specialisten ouderengeneeskunde in 2018 namelijk veel meer uren ondersteuning per fte specialist. De totale ondersteuning bedroeg in 2009 12,6 uur en in 2018 28,7 uur per fte specialist.²⁷

Tabel 3 laat zien dat de verhouding van het aantal fte verpleegkundig specialisten op het aantal fte specialisten ouderengeneeskunde in 2012 7,7% was; in 2016 was dit 16,5%, een toename van bijna 9%. Tot aan 2019 groeide dit aandeel met nog eens 7% naar 23,5%. Er zijn maar weinig specialismen waar naar verhouding zo veel verpleegkundig specialisten werken.

Tabel 3: Verhouding verpleegkundig specialisten en geneeskundig specialisten in fte per specialisme(cluster) in periode 2012-2019

	Aantal fte werkzame VS/GS 2019	Verhouding aantal fte VS per 100 fte geneeskundig specialis- ten			Ontwikkeling 2012-2016	Ontwikkeling 2016-2019
		2012	2016	2019		
Ouderengeneeskunde	339/1.443	7,7	16,5	23,5	8,8%	7,0%
Geneeskunde voor ver- standelijk gehandicapten	32/213	12,2	17,8	14,9	5,6%	-2,9%
Medische specialismen	1.384/16.529	4,6	7,0	8,4	2,4%	1,4%
Huisartsgeneeskunde	197/9.439	1,2	1,7	2,1	0,5%	0,4%
Sociale geneeskunde	39/3.443	-	0,3	1,1	-	0,8%

Bron: Prismant 2019

²² Verenso (2017). *Handreiking Taakherschikking*. Utrecht: Auteur.

²³ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

²⁴ Versteeg, S., Veer, A. de, Brinkman, M., Groot, K. de, Frankce, A. (2018). *De aantrekkelijkheid van de intramurale ouderenzorg voor de hbo-opgeleide verpleegkundige*. Utrecht: Nivel.

²⁵ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: Auteur.

²⁶ Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.

²⁷ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Voor physician assistants lag de verhouding met het aantal fte specialisten ouderengeneeskunde op 1,9% in 2019 tegen 2,4% in 2016 en 0,9% in 2012. Zie tabel 4. In de laatste 3 jaar is dit aandeel dus afgenomen. Het aandeel physician assistants in de ouderenzorg is aanzienlijk kleiner dan het aandeel verpleegkundig specialisten.

Tabel 4: Verhouding verpleegkundig specialisten en geneeskundig specialisten in fte per werkveld in periode 2012-2019

	Aantal fte werkzame PA/GS 2019	Verhouding aantal fte PA per 100 fte geneeskundig specialis- ten			Ontwikkeling 2012-2016	Ontwikkeling 2016-2019
		2012	2016	2019		
Verpleeghuiszorg	27/1.443	0,9	2,4	1,9	1,5%	-0,5%
Medische specialismen	789/16.529	1,7	3,2	4,5	1,5%	1,3%
Huisartsgeneeskunde	96/9.439	0,3	0,7	1,0	0,4%	0,3%

Bron: Prismant 2019



3 Opleiding

3.1 Omvang en organisatie opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

3.1.1 Voltijd opleiding duurt nominaal 3 jaar

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde duurt 3 jaar bij het doorlopen ervan in een voltijds dienstverband in de reguliere tijd. 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.

3.1.2 Verkorting en verlenging mogelijk

Op basis van werkervaring en bewezen competenties kunnen artsen ook de opleiding in 1 of 2 jaar volgen. Hetzelfde geldt voor herintreders. De opleiding kan ook in deeltijd gevolgd worden, waardoor deze langer duurt. Aan aios die eerder als basisarts in een verpleeghuis werkten, kan een paar maanden aan vrijstelling worden toegekend. Daarnaast is er verkorting of vrijstelling mogelijk voor het opleidingsdeel in het ziekenhuis of de ambulante stage. In de praktijk blijken weinig aios verkorte trajecten te volgen. Dit komt met name doordat aios steeds jonger zijn bij aanvang van de opleiding en niet de vereiste ervaring hebben voor het verkrijgen van vrijstellingen.

3.1.3 Feitelijke opleidingsduur is 3,4 jaar

Voor de huidige raming heeft het Capaciteitsorgaan de cijfers voor de opleidingsduur laten actualiseren. Daarvoor heeft het Nivel voor alle medische en geneeskundige vervolgoopleidingen onderzocht wat de gemiddelde opleidingsduur is.²⁸ Die wordt berekend door van minimaal drie zo recent mogelijke jaarcohorten die al vrijwel volledig zijn uitgekristalliseerd de gemiddelde studieduur te bepalen. Dat betekent dat maximaal 5% van die cohorten nog met de opleiding bezig is. Het betreft dan alle mensen die hun diploma hebben behaald en degenen die naar verwachting hun diploma het komende jaar gaan behalen.

Voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde wijst de berekening uit dat de gemiddelde feitelijke opleidingsduur 3,4 jaar is. Dit is 13%, oftewel circa 5 maanden meer dan de nominale duur van 3 jaar. Een hogere feitelijke opleidingsduur heeft een verhogend effect op de benodigde opleidingsinstroom. Het duurt namelijk wat langer voor de arts als geregistreerd specialist ouderengeneeskunde aan de slag kan. De **parameter opleidingsduur** wordt voor deze raming gesteld op **3,4 jaar**.

3.1.4 Twee startmomenten per jaar bij 3 opleidingsinstituten

Het cursorisch gedeelte van de opleiding wordt verzorgd door de opleidingsinstituten voor specialist ouderengeneeskunde, waarvan er in Nederland drie zijn: GERION (VUmc Amsterdam en UMCG Groningen), VOSON (Radboud UMC Nijmegen en Universiteit Maastricht) en SOOL (Specialisme Ouderengeneeskunde Opleiding Leiden van het LUMC). Deze drie opleidingsinstituten werken samen in de stichting SOON (Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland). In

²⁸ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Notitie opleidingsduur voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.

Amsterdam, Leiden en Nijmegen start de opleiding twee keer per jaar, in maart en september. In Groningen start de opleiding alleen in september. Vanaf september 2019 kunnen artsen ook starten met de opleiding in Maastricht.

De aios worden na centrale aanmelding bij SOON decentraal geselecteerd door de gecertificeerde opleidingsinstituten. Vervolgens komen ze in dienst van de SBOH (Stichting Beroepsopleiding Huisartsen), evenals de aios huisartsen en AVG.

3.2 Adviezen en besluiten over instroom tot en met 2018

Het Capaciteitsorgaan heeft sinds het jaar 2000 negen adviezen uitgebracht over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. In 2000, 2001, 2003, 2005, 2008, 2010, 2013 en 2016 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.

Zoals uit de volgende paragrafen zal blijken, werden de adviezen door VWS opgevolgd, maar lukte het veelal niet om voldoende aios aan te trekken voor de opleiding.

3.2.1 2000-2005: 90 tot 100 jaarlijkse instromers geadviseerd

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 onvulbare 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.

3.2.2 2008: extra instroom geadviseerd vanwege verlenging opleiding

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

3.2.3 2009 en 2010: verhoging structurele instroom tot 109 aios

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.

3.2.4 2013: grote veranderingen langdurige zorg vragen om meer instroom

In 2013 constateerde het Capaciteitsorgaan dat er nog altijd te weinig opleidingsplaatsen voor het specialisme ouderengeneeskunde 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. Deze zouden waarschijnlijk meer tijd en inzet van specialisten ouderengeneeskunde vergen, maar het was onduidelijk hoe snel de veranderingen zouden doorzetten. Aan de andere kant zou de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde kunnen afnemen door de toenemende zelfvoorzienendheid van ouderen en de opkomst van e-healthtoepassingen. 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.

3.2.5 2016: groeiende zorgvraag en lage instroom, advies 186 opleidingsplaatsen

In het Capaciteitsplan 2016 is geconstateerd dat het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde nog lang niet is opgelost. Door de wetswijzigingen in de langdurige zorg wonen ouderen langer thuis en vinden er verschuivingen plaats van zorg binnen de verpleeghuisinstellingen naar zorg thuis. De zorgzwaarte van ouderen stijgt, zowel intramuraal als extramuraal. Huisartsen hebben behoefte aan intensieve samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde voor de zorg aan de groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen. De capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde moet flink groeien. Er wordt veel gedaan om de belangstelling voor het specialisme te bevorderen. Maar het aantal bezette plaatsen in de opleiding blijft jaar na jaar achter bij het aantal beschikbare plaatsen. Een inhaalslag is nodig. Het advies luidt dan ook jaarlijks bij voorkeur 186 aios te laten starten met de opleiding.

3.2.6 Besluiten VWS tot en met 2018 volgen de adviezen

In de periode tot 2006 werden de vervolgoopleidingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten. Uitzonderingen hierop zijn de vervolgopleiding tot huisarts en de sociaal geneeskundige opleidingen. Tot 2006 bestond geen centrale regie op de besluitvorming over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Vanaf 2008 is er wel centrale regie. Het Capaciteitsplan 2008 was het eerste Capaciteitsplan dat is uitgebracht onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds. Sinds 2008 worden alle medisch erkende vervolgoopleidingen centraal gesubsidieerd door het Opleidingsfonds dat gefinancierd wordt met belastinggelden. Dit fonds was tot 2013 een onderdeel van VWS. Vanaf 2013 betaalt de NZa vanuit premiegelden via het Zorginstituut Nederland (ZIN) de erkende medische vervolgoopleidingen die onder de Zorgverzekeringswet of de Wlz (tot 2015 AWBZ) vallen. Dit zijn bijvoorbeeld 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 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 dit advies overgenomen. In 2014 werd al het minimumadvies voor 2015 van 120 instromers aangehouden als te subsidiëren aantal opleidingsplaatsen. Vanaf 2015 werden 128 opleidingsplaatsen gesubsidieerd.

Ook het advies uit 2016 om de structurele jaarlijkse instroom opnieuw sterk te verhogen is door het ministerie gevolgd: vanaf 2018 worden er ieder jaar 186 opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld.²⁹ Tabel 5 in de volgende paragraaf laat zien dat VWS de adviezen van het Capaciteitsorgaan in de afgelopen jaren vrijwel altijd heeft opgevolgd.

3.3 Realisatie instroom tot en met 2018

3.3.1 Beschikbare opleidingsplaatsen meestal niet gevuld

In tabel 5 staat de ontwikkeling van de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in de afgelopen 10 jaar.

Tabel 5: Instroom in de opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2009

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Advies Capaciteitsorgaan	112	112	102	109	109	109	128	128	128	186
Besluit VWS	112	112	102	109	109	120	128	128	128	186
Instroom*	88	77	88	87	109	118	111	112	94	106
Totaal aantal aios*	187	209	236	245	274	317	345	357	345	338
% vrouwen van totaal aantal aios	79%	76%	76%	75%	78%	80%	81%	85%	82%	81%

Bron: RGS, 8 februari 2019 | * per 31 december van het betreffende jaar

De gerealiseerde instroom in de opleiding blijft in vrijwel alle jaren achter bij de toegestane instroom. In 2009 werd 22% van de gesubsidieerde instroomcapaciteit niet benut. In 2010 was dat 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 de 120 opleidingsplaatsen waarvoor VWS financiering beschikbaar had gesteld. Onder die instromers waren 11 sociaal geriater die eind 2014 voor de opleiding zijn ingeschreven. Zij konden via een verkort programma hun titel als specialist ouderengeneeskunde behalen. Daarmee hebben zij het recht behouden om als hoofdbehandelaar op te treden. De sociale geriatrie is namelijk geen officieel erkend medisch specialisme en sociaal geriater mogen na de herzieningen in de GGZ geen hoofdbehandelaar meer zijn. Zie ook hoofdstuk 5, paragraaf 5.2.3.2. Ook vanaf 2015 zijn de beschikbare opleidingsplaatsen niet gevuld.

²⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 1 januari). *Verdeelplan 2018 zorgopleidingen*. Geraadpleegd op 20 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/01/01/verdeelplan-2018-zorgopleidingen>

De jaren 2017 en 2018 zijn nieuwe dieptepunten met respectievelijk 27% en 43% onbenutte instroomcapaciteit. Dit is een teken dat het specialisme nog steeds te kampen heeft met onvoldoende aantrekkingskracht.

3.3.2 Totale opleidingscapaciteit gedaald in de laatste drie jaar

Tot 2016 groeide het totale aantal specialisten ouderengeneeskunde in opleiding; de vierde rij van tabel 5 toont deze gegevens. Vanaf 2016 is een daling te zien. Per einde 2018 waren er 338aios. Het saldo van het totaal aantalaios wordt bepaald door de instroom van nieuweaios en het aantalaios dat de opleiding succesvol afrondt of tussentijds afbreekt. Zie tabel 8 in paragraaf 3.5.1.

3.3.3 Instroom neemt langzaam toe

Er zijn en worden veel inspanningen verricht door Verenso en SOON voor de imagoverbetering van het beroep specialist ouderengeneeskunde en een hogere instroom in de opleiding.^{30, 31, 32} De relevantie van het specialisme in de steeds meer vergrijzende maatschappij is hoog. Ook de basisopleiding voor artsen moet hierop inspelen. Zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.3.2. Geneeskundestudenten die tijdens hun basisartsopleiding en coschappen kennis hebben opgedaan van het specialisme ouderengeneeskunde en de begeleiding en behandeling van patiënten met chronische en terminale aandoeningen, hebben meer belangstelling voor het beroep, al blijft deze laag. Dat blijkt uit onderzoek van het VUmc uit 2018.³³

De animo voor het volgen van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is langzaam aan het groeien.³⁴ Dat blijkt uit meer instromers, meer voorkeur van basisartsen voor het specialisme en de dalende gemiddelde leeftijd vanaiosouderengeneeskunde.

Tabel 6 toont het aantal aanmeldingen voor de opleiding in de afgelopen jaren en het aantalaiosouderengeneeskunde dat daadwerkelijk gestart is.

Tabel 6: Aantal aanmeldingen voor en aantalaiosgestart met opleiding in 2014-2019

Jaar	2014	2015	2016	2017	2018	2019
aangemeld	178	179	146	135	148	147
gestart	118	111	112	94	106	126

Bron: SOON

³⁰ Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland (2019). *Jaarverslag 2018*. Utrecht: Auteur.

³¹ SOON en Verenso startten in 2017 de campagne 'Ouderengeneeskunde. Het specialisme van nu!' De campagne wordt gevoerd door ambassadeurs uit het vak en kracht bijgezet met het platform www.ouderengeneeskunde.nu. Het doel is basisartsen en geneeskundestudenten te laten zien wat het beroep allemaal te bieden heeft.

³² Verenso (2019). *Specialist ouderengeneeskunde: gat in én op de markt? Het effect van de on vervulde opleidingsplaatsen op de toekomstige arbeidsmarkt*. Utrecht: Auteur.

³³ Meiboom, A. A., de Vries, H., Soethout, M. B. M., Hertogh, C. M. P. M., & Scheele, F. (2018). Een carrière als specialist ouderengeneeskunde; iets voor de huidige geneeskundestudent? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(4), 139–146. doi:10.1007/s12439-018-0255-7

³⁴ Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland (2019, 11 juni). *Meer artsen kiezen voor specialisatie ouderengeneeskunde* [Persbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <http://www.ouderengeneeskunde.nu/nieuws-meer-artsen-kiezen-voor-specialisatie-ouderengeneeskunde/>

Recent herhaalonderzoek van Prismant onder pas afgestudeerde basisartsen toont aan dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in populariteit is gestegen.³⁵ In dit onderzoek geeft 3,9% van de basisartsen aan dat het specialisme ouderengeneeskunde hun eerste voorkeur voor een opleidingsplaats heeft; voor 5,9% van de basisartsen is dit specialisme de tweede voorkeur. In hetzelfde onderzoek uit 2016 benoemde 2,6% van de responderende basisartsen het specialisme ouderengeneeskunde als eerste voorkeur; voor 5,4% was de opleiding toen de tweede voorkeur. In nog eerdere edities van dit onderzoek lagen de percentages voor de eerste en tweede voorkeur lager dan in 2016 en 2019.

Van de bevraagde basisartsen in 2019 heeft 3% in de leeftijd tot 30 jaar belangstelling voor het specialisme ouderengeneeskunde; in 2016 was dit 2,6%. In de leeftijdscategorie 30-40 jaar heeft in 2019 4% van de basisartsen voorkeur voor het beroep, ongeveer net zoveel als in 2016 (3,9%). Van de basisartsen die 40 jaar of ouder zijn, geeft inmiddels 10% aan een voorkeur te hebben voor het specialisme ouderengeneeskunde. In 2016 was dit 0%, een opmerkelijk verschil. De affiniteit met het specialisme ouderengeneeskunde neemt dus toe, zowel onder jongere als onder oudere (basis)artsen.

Er is een licht dalende trend in de gemiddelde leeftijd van de aios bij de start van de opleiding. Ook de gemiddelde leeftijd van de volledige groep aios is gedaald. Dit blijkt uit data van de RGS, te zien in tabel 7.

Tabel 7: Gemiddelde leeftijd van aios specialist ouderengeneeskunde 2010 - 2018

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Gem. leeftijd aios bij start opleiding	36		36		35		34		32 (*34)		32		30		31		31	
Gem. leeftijd aios, totale groep en naar geslacht	35		36		36		36		34 (*35)		33 (*34)		33		32		32	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	M	v	m	v	m	v
	38	34	39	35	39	35	38	35	39	33	38	32	38	32	34	31	33	32

Bron: RGS, 8 februari 2019 | *inclusief sociaal gerieters

3.3.4 Daling parameterwaarden instroom

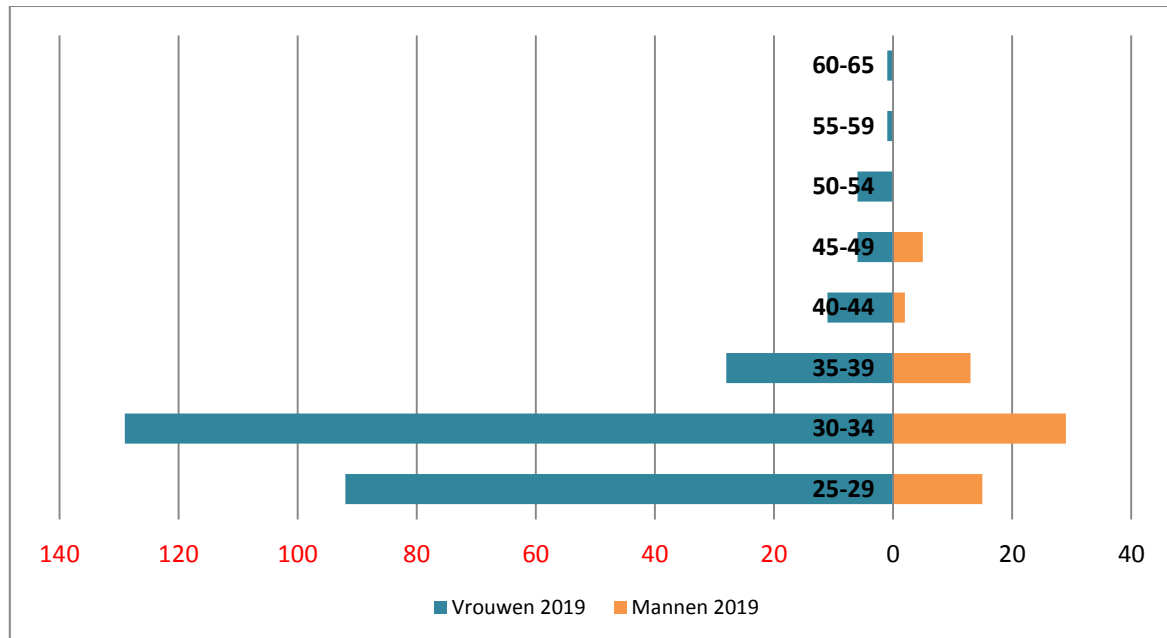
Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **instroom gemiddeld** (over de laatste 3 jaar) verlaagd van 113 (in het Capaciteitsplan 2016) naar **104**. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** wordt verlaagd van 111 (in het Capaciteitsplan 2016) naar **106**.

3.4 Grootste deel aios is vrouw tot 40 jaar

Het percentage vrouwen in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is sinds 2016 iets gedaald. Het ligt in 2018 net als in 2015 op 81%. Zie tabel 5 in paragraaf 3.3.1. De leeftijd- en geslachtsopbouw van de groep aios is weergegeven in figuur 1.

³⁵ Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.

Figuur 1: Leeftijd- en geslachtsofbouw aios specialist ouderengeneeskunde per 1 januari 2019*



Bron: RGS, 8 februari 2019 | *daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

De figuur laat zien dat jonge, vrouwelijke aios een groot aandeel vormen: 73% van het totaal aantal aios behoort tot de groep vrouwen in de leeftijd van 25 tot 40 jaar. In 2016 was dit 68%. Het percentage vrouwen in de jongste leeftijdscategorie is 27% van het totaal aantal aios. In 2016 was dit 34%. Dat is meer dan het totaal percentage mannen in alle leeftijdsgroepen. Minder dan 20% van de aios is man.

De parameter **percentage vrouwelijke aios** komt net als in het Capaciteitsplan van 2016 uit op **81%**.

3.5 Ontwikkeling intern rendement

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. Niet iedereen maakt immers de opleiding af. 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.

3.5.1 Benadering uitvalpercentage en intern rendement

In paragraaf 3.3.3 is aangegeven dat de interesse voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde toeneemt. Een groter aanbod van serieuze belangstellenden voor de opleiding is goed nieuws voor de werving en selectie en het behoud van aios. Dit kan op den duur bijdragen aan minder uitvallers en daarmee aan een hoger intern rendement in het ramingsmodel. Het interne rendement is nu laag in vergelijking met andere opleidingen.

Tabel 8 laat zien hoeveel aios de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met succes afronden en hoeveel er jaarlijks uitvielen volgens de registraties van de RGS.

Tabel 8: Afbreken van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal aios dat opleiding heeft voltooid*	49	35	48	62	58	57	59	73	92	89
Aantal aios dat tussentijds afbreekt*	24	14	13	17	22	17	21	16	15	18
Totaal aantal aios*	187	209	236	245	274	317	345	357	345	338
Uitvalpercentage	12,8%	6,7%	5,5%	6,9%	8,0%	5,4%	6,1%	4,5%	4,3%	5,3%
Benadering intern rendement in %	87%	93%	94%	93%	92%	95%	94%	96%	96%	95%

Bron: RGS, 8 februari 2019 | *daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het betreffende jaar

In 2018 zijn 18 aios voortijdig met hun opleiding gestopt. Op 338 aios in totaal leidt dat tot een uitvalpercentage van ruim 5%. Het jaarlijkse uitvalpercentage varieerde in de jaren 2009 – 2018 tussen de 4,3% en 12,8% en lag gemiddeld op 6,6%. Dat is een hoge uitval ten opzichte van andere opleidingen, zoals die van de huisartsgeneeskunde. Daar bedraagt de gemiddelde jaarlijkse uitval ongeveer 2% van het totale aantal aios.

3.5.2 Uitvalpercentage gestegen naar 24%

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. Dit is een betrouwbaarder cijfer, dan het uitvalpercentage in het laatste instroomjaar, zoals dat in tabel 8 staat. Daarbij wordt bij de Nivel-berekening de uitval eerder iets overschat dan onderschat. Dat is veilig omdat het Capaciteitsorgaan een te lage instroom in de opleiding als een groter risico beschouwt dan een te hoge instroom. 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 2013-2017 is 1,6%.³⁶

³⁶ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Resultaten actualisering interne rendement voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.

Voor de huidige raming betreft het Nivel bij de berekening de instroomjaren 2003 tot en met 2017, waarvoor de stand is bepaald op 17 augustus 2018. Voor het specialisme ouderengeneeskunde komt het hoogste 5-jaarsgemiddelde aan uitval van de afgelopen 15 jaar uit op 26%. Het hoogste 5-jaarsgemiddelde minus de nuldejaarsuitval van de meest recente 5 jaar (1,6%) komt daarmee op 24,4%.

Met 'intern rendement' wordt bedoeld 'het percentage aios dat de opleiding behaalt'. Dit is gelijk aan 100% minus het percentage uitval. Voor deze raming bedraagt de parameter **intern rendement** dus afgerond **76%**. In het Capaciteitsplan 2016 werd een intern rendement van 79% gehanteerd, in 2013 was dit 81%. Er is dus een dalende trend te zien in het interne rendement.

3.6 Conclusie opleiding

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde blijkt feitelijk iets langer te duren dan de nominale **opleidingsduur** van 3 jaar. Gemiddeld doen aios **3,4 jaar** over de opleiding.

Op 1-1-2019 zijn er 338 aios ouderengeneeskunde, **gemiddeld 99,4 per leerjaar** (bij de feitelijke opleidingsduur van 3,4 jaar). De instroom van aios blijft aanhoudend achter bij het aantal opleidingsplaatsen dat het Capaciteitsorgaan adviseert en het ministerie van VWS subsidieert. In het **laatste jaar** (2018) stroomden **106** nieuwe aios in. De **gemiddelde instroom in de afgelopen 3 jaar** was **104** aios.

Het **percentage vrouwen** in de opleiding is gelijk gebleven in vergelijking met 2016: **81%**.

In vergelijking met de meeste andere medische specialismen kent de ouderengeneeskunde een hoog percentage aios dat de opleiding tussentijds heeft afgebroken: 24%. De parameter **intern rendement** daalt daarmee naar **76%**.

In tabel 9 zijn de parameterwaarden voor de huidige raming voor het onderdeel 'opleiding' samengevat in de laatste kolom. Ook zijn ter vergelijking de parameterwaarden uit 2013 en 2016 opgenomen.

Tabel 9: Parameterwaarden opleiding

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	82	115	99,4
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	88	113	104
Instroom opleiding laatste jaar	86	111	106
Percentage vrouwen in opleiding	75%	81%	81%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3,4 jaar
Intern rendement	81%	79%	76%



4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor het specialisme ouderengeneeskunde. De zorgvraag betreft het aantal fte's aan specialisten ouderengeneeskunde dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het huidige zorgaanbod, dat wil zeggen het aantal fte's aan werkzame specialisten ouderengeneeskunde. Dit wordt aangevuld met de onvervulde vraag, oftewel het tekort of overschot aan specialisten ouderengeneeskunde op het moment van de raming. De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.

In dit hoofdstuk komt eerst de onvervulde vraag aan bod. Vervolgens wordt ingegaan op de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de parameterwaarden.

4.2 Onvervulde vraag

De huidige zorgvraag, geoperationaliseerd als het huidige aanbod, wordt in het ramingsmodel eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Als de huidige zorgvraag groter is dan het bestaande aanbod komt dit vaak tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. De huidige zorgvraag kan ook kleiner zijn dan het bestaande aanbod (negatieve onvervulde vraag). Dit kan tot uiting komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het ontbreken van wachttijden.

Als graadmeter voor de onvervulde vraag gelden in het algemeen wachtlijsten en het al of niet bestaan van veel (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, of dat er niet optimaal wordt gewerkt. Ook de instroom van specialisten uit het buitenland en de inzet van basisartsen kunnen wijzen op onvervulde vraag. Instroom uit het buitenland is bij specialisten ouderengeneeskunde niet van toepassing: het specialisme bestaat alleen in Nederland.

In 2018 deed Prismant herhaalonderzoek naar de organisatie van de medische zorg in verpleeghuizen.³⁷ Uit dit onderzoek blijkt dat het aandeel basisartsen in de medische bezetting gestegen is van 16,8% in 2013 naar 22,0% in 2018. Deze toename is mogelijk het gevolg van het aanhoudende tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Bovendien toont het onderzoek aan dat er veel vacatures voor artsen zijn in de verpleeghuizen. Tabel 10 geeft een overzicht van de ontwikkeling in de afgelopen jaren.

³⁷ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Tabel 10: Het aantal en aandeel vacatures per 1 januari van het jaar 2010, 2014 en 2018

	Absoluut aantal vacatures			In % van bezette arbeidsplaatsen (fte's)		
	2010	2014	2018	2010	2014	2018
SO	140	112	207	12,1%	9,7%	12,5%
Aios O	57	34	28	49,6%	31,6%	11,4%
Artsen overig	17	17	74	9,1%	5,1%	9,5%

Bron: Prismant 2019

Het vacaturepercentage is het percentage vacatures ten opzichte van de bezette arbeidsplaatsen in fte. Voor specialisten ouderengeneeskunde ligt dit in 2018 op 12,5%. Dit is hoger dan in 2014 en 2010. Ook voor de aios ouderengeneeskunde en de overige artsen liggen deze percentages hoog, met respectievelijk 11,4% en 9,5%. Het vacaturepercentage voor overige artsen is 9,5%. Dit betreft overigens vooral vacatures voor basisartsen, namelijk ruim 11%.

Twee derde (65%) van de vacatures voor specialist ouderengeneeskunde betreft langdurig openstaande vacatures. Dat zijn vacatures die meer dan 6 maanden openstaan. In 2013 was dit aandeel 50%. Ook voor aios en overige artsen staan veel vacatures langdurig open, respectievelijk 26% en 41%. In 2013 betrof dit alleen langdurig openstaande vacatures voor basisartsen (13%).

Het Capaciteitsorgaan hanteert in zijn Arbeidsmarktmonitor een andere definitie van vacaturepercentage: het aantal nieuw gepubliceerde vacatures per kwartaal per 100 geregistreerde artsen.³⁸ Volgens de Arbeidsmarktmonitor varieerde het vacaturepercentage voor specialisten ouderengeneeskunde in 2017 tussen de 15% en 18% en in 2018 tussen de 5% en 8%. Het grote verschil in de percentages tussen deze jaren komt door betere controle op dubbeltellingen en andere fouten in de vacatures door zowel de leverancier van de vacaturebestanden als het Capaciteitsorgaan. In het eerste half jaar van 2019 heeft het Capaciteitsorgaan een vacaturepercentage van bijna 7% gemeten.³⁹

Het vacaturepercentage voor de specialist ouderengeneeskunde van Prismant ligt dus hoger dan dat van het Capaciteitsorgaan. De experts uit het veld hebben herhaaldelijk aangegeven te denken dat de kwartaalcijfers uit de Arbeidsmarktmonitor een onderschatting zijn. Het werkelijke aantal vacatures is waarschijnlijk hoger omdat er 'verborgen' vacatures zijn. Dit zijn vacatures die niet worden gepubliceerd vanwege de kleine kans op succesvolle werving door advertenties. Ook worden vacatures vaak tijdelijk ingevuld door basisartsen en deze staan dan niet meer uit. Onderzoek van het UWV

³⁸ De Arbeidsmarktmonitor is in 2006 gestart door Medisch Contact. De monitor biedt per medisch specialisme een kwartaaloverzicht van vacatureaantallen en het vacaturepercentage (aantal nieuwe vacatures per 100 geregistreerde artsen). In januari 2014 heeft het Capaciteitsorgaan het verzamelen en bewerken van de vacaturegegevens overgenomen van de redactie van Medisch Contact en verder ontwikkeld. Vanaf 2016 worden vacaturegegevens vanuit Jobfeed gebruikt, 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 uitgefilterd. De overzichten werden tot en met 2018 ieder kwartaal in Medisch Contact gepubliceerd. In 2019 is het Capaciteitsorgaan overgegaan op een nieuwe wijze van presenteren van vacaturecijfers, met meer nadruk op trendmatige ontwikkelingen.

³⁹ Medisch Contact (2019). *Tekorten aan huisartsen zichtbaar*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op <https://www.medisch-contact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/tekorten-aan-huisartsen-zichtbaar.htm>

uit 2018 geeft aan dat ongeveer 9% van de vacatures in de zorgsector niet via het internet wordt gepubliceerd.⁴⁰

De parameterwaarde voor de huidige raming is vastgesteld op **+10,5% tot +16%**. Hierbij is het door Prismant berekende percentage de basis voor de laagste waarde. Het percentage uit de laatste Arbeidsmarktmonitormeting (7%) gecorrigeerd voor het UWV-gegeven dat 9% van de vacatures niet wordt gepubliceerd, is uitgangspunt voor de hoogste waarde. Verder is rekening gehouden met een correctie voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2% vanwege natuurlijk verloop. In 2016 werd de parameterwaarde voor onvervulde vraag gesteld op +5,0% tot +11,0% en in 2013 op +8,0% tot +15,0%.

4.3 Demografie

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.

Vanaf 2013 zijn gegevens van het CAK (Centraal Administratie Kantoor) gebruikt. De gegevens over toegekende zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de ouderenzorg zijn gekoppeld aan de middenvariant van de bevolkingsprognose van het CBS. Dit leverde het toekomstige gebruik op wanneer alleen de demografische verandering een rol zou spelen, het 'beleidsarme' scenario.

Voor de huidige raming is gebruik gemaakt van gegevens van Vektis over het gebruik van zorg waarbij de specialist ouderengeneeskunde betrokken is.⁴¹ Dit betreft declaratiegegevens van zorgprofielen in de langdurige zorg (Wlz), de geriatrische behandelen (Zvw), eerstelijnsverblijf (Zvw) en extra-murale behandeling (subsidieregeling). Prismant heeft deze gegevens geanalyseerd en de specifieke zorgconsumptie gekoppeld aan de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2018). 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.⁴²

De vooronderstelling bij vaststelling van de parameter demografie is dat de leeftijd- en geslachtspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen. De totale zorgconsumptie kan wel veranderen door veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking.

⁴⁰ Wagenaar, S., & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en -advies.

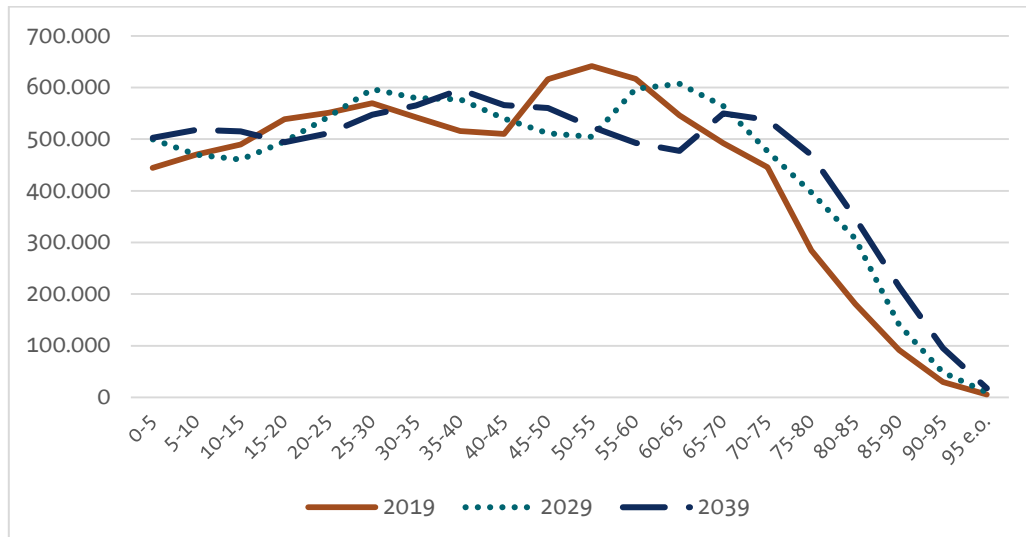
⁴¹ Stoof, R., & Leegwater, E. (2019). *Input voor ramingen specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten* [Interne notitie]. Zeist: Vektis.

⁴² Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *De factor demografie voor de benodigde capaciteit aan SO* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.

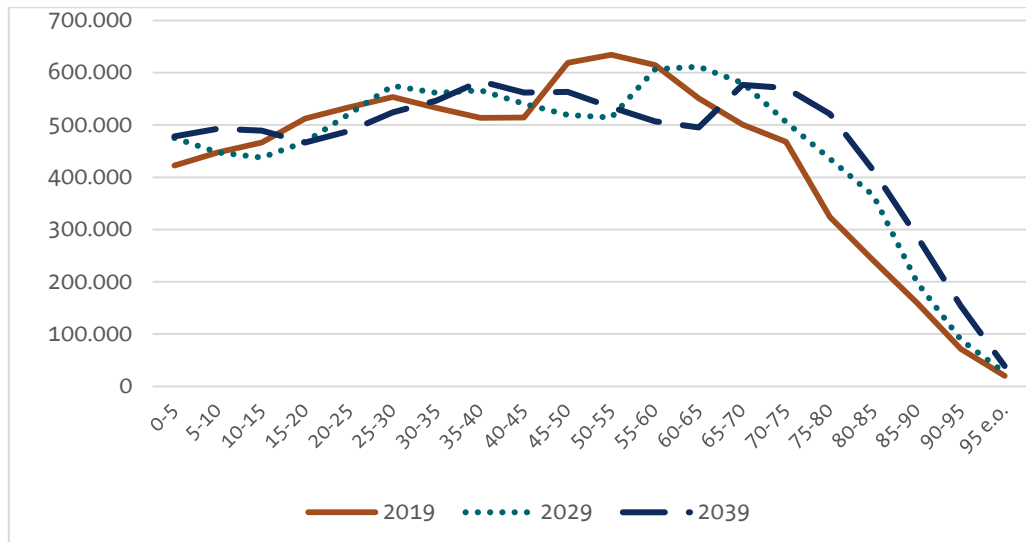
4.3.1 Bevolkingsprognose: toename 65-plussers

In figuur 2 en figuur 3 is voor respectievelijk mannen en vrouwen de verwachte leeftijdsopbouw weergegeven, voor nu en in de komende 20 jaar.

Figuur 2: Het geraamde aantal mannen naar leeftijd in 2019, 2029 en 2039



Figuur 3: Het geraamde aantal vrouwen naar leeftijd in 2019, 2029 en 2039



Bron: CBS, december 2018

Zowel bij mannen als vrouwen is er sprake van een verdere vergrijzing. In de figuren is zowel bij mannen als bij vrouwen te zien dat het aantal 65+ers toeneemt tussen 2019 en 2039. Afnames zien

we bij de 15- tot 30-jarigen en de 45- tot 60-jarigen. De totale bevolking groeit vanaf 2019 tot 2039 naar verwachting met 6,4%.⁴³

4.3.2 Berekening van het huidige zorggebruik op basis van cliëntjaren

Om een demografische projectie te kunnen maken voor de zorgvraag aan specialisten ouderengeneeskunde heeft Prismant voor de verschillende vormen van zorggebruik één maat samengesteld. Die maat staat voor het totale zorggebruik waarbij de specialist ouderengeneeskunde betrokken is. Daarbij vormde het zorggebruik door de Wlz-cliënten met een ZZP of VPT VV5-10 de basis. Het volume van dit type zorggebruik is vastgesteld op basis van het door Vektis aangeleverde aantal verpleegdagen van alle ZZP- en VPT cliënten met zorgprofiel 5 tm 10. Dit aantal gedeeld door 365 resulteert in het aantal 'cliëntjaren'. Cliëntjaren zijn in dit geval het aantal 'verpleeg'dagen omgerekend naar 'verpleeg'jaren. Een cliëntjaar is dus de hoeveelheid tijd besteed per cliënt, per jaar.

Bij de overige typen zorggebruik is de beschikbare informatie over zorggebruik eveneens omgerekend in het aantal 'Wlz-cliëntjaren'. Hiervoor is, afhankelijk van het type zorggebruik, een aantal aannames nodig. Deze worden in de betreffende paragrafen toegelicht. De opgetelde cliëntjaren in de verschillende typen zorggebruik leveren een globale inschatting van het totale zorggebruik dat relevant is voor de specialist ouderengeneeskunde.

De volgende paragrafen gaan afzonderlijk in op de verschillende typen zorggebruik en beschrijven per type hoe de beschikbare zorggebruiksgegevens zijn omgerekend naar 'Wlz-cliëntjaren.'

4.3.3 Cliënten met een Wlz-zorgprofiel met behandeling

In figuur 4 en figuur 5 is het aantal cliënten weergegeven met een zorgprofiel 'met behandeling' naar leeftijd en geslacht. Het jaar 2017 is het meest recente jaar waarvan volledige gegevens beschikbaar zijn. Het gaat hier om zowel cliënten die verblijven in een verpleeghuis (ZZP), als cliënten die thuis wonen (VPT).⁴⁴ Het aandeel cliënten met een VPT-indicatie 5-10 met behandeling is slechts 0,8% van het totaal bij mannen en 1,2% bij vrouwen. Het aantal cliëntjaren is berekend op basis van het totale aantal zorgdagen in 2017 gedeeld door 365.

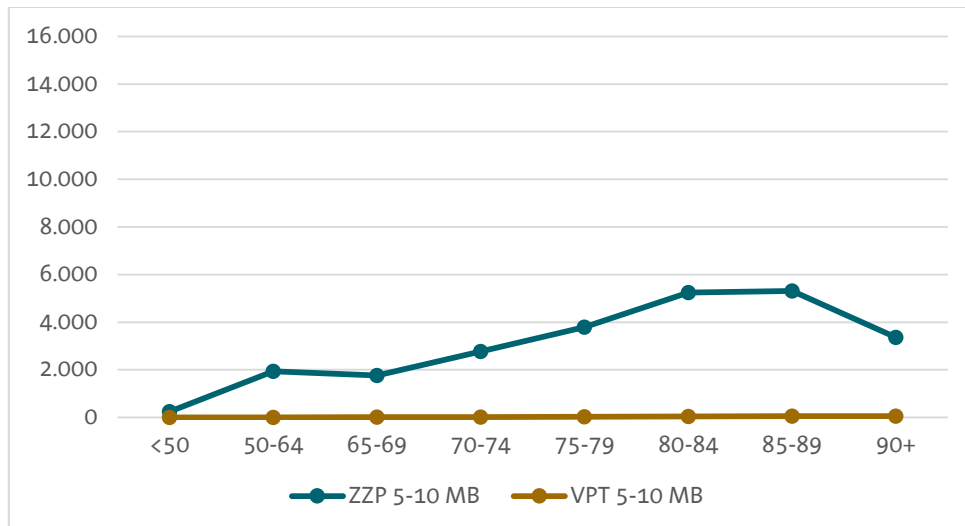
Net als in het Capaciteitsplan 2016, zijn voor de berekening van het aantal cliënten met een Wlz-zorgprofiel alle ZZP's even zwaar meegeteld.⁴⁵ Het aantal cliënten met ZZP 10 is minimaal vanwege de opheffing van dit zorgprofiel. Palliatief terminale zorg is sinds 1 januari 2017 integraal onderdeel van de zorgprofielen 5 tot en met 9.

⁴³ Centraal Bureau voor de Statistiek (2018, 18 december). *CBS Statline: Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2019-2060*. Geraadpleegd op 22 augustus 2019 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84346NED/table?ts=1566477468816>

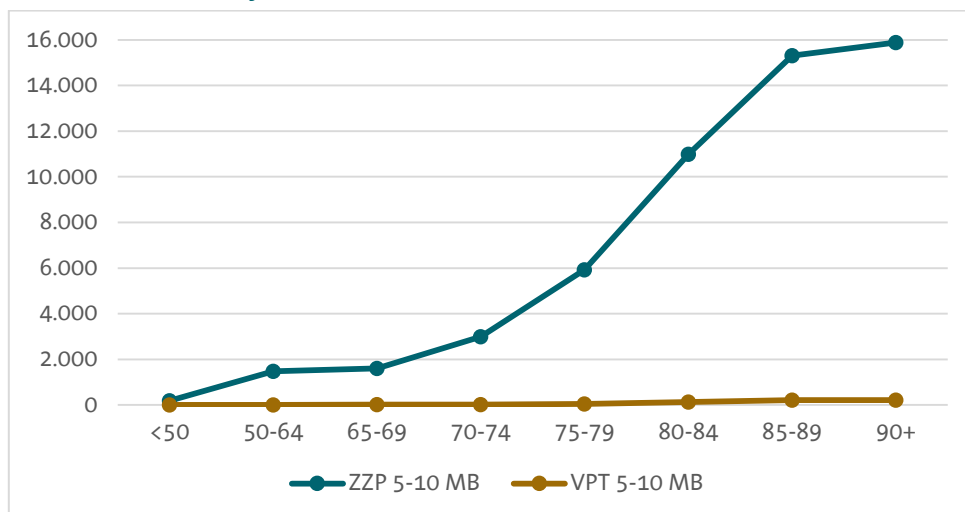
⁴⁴ Voor cliënten met ZZP en VPT 7 en 8 is in bepaalde gevallen 'Meerzorg' mogelijk. Het volume is echter verwaarloosbaar klein en niet eenvoudig om te rekenen in cliëntjaren. Daarom is Meerzorg niet meegenomen in de verdere berekeningen.

⁴⁵ Dit betekent dat er niet gewogen wordt voor eventueel extra werk voor de specialist ouderengeneeskunde bij ZZP 9b en ZZP 10.

Figuur 4: Het aantal mannelijke cliënten (in cliëntjaren) met een indicatie 'met behandeling', uitgesplitst naar soort indicatie en leeftijd in 2017



Figuur 5: Het aantal vrouwelijke cliënten (in cliëntjaren) met een indicatie 'met behandeling', uitgesplitst naar soort indicatie en leeftijd in 2017

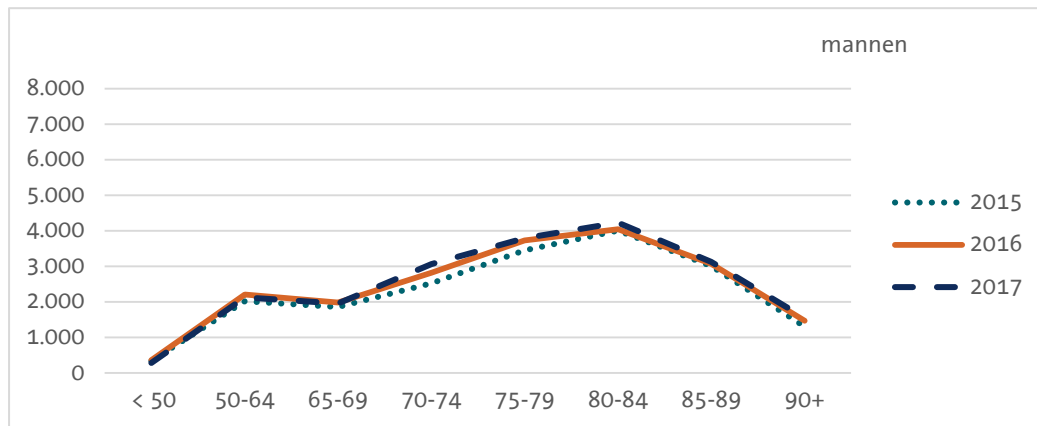


Bron: Prismant, 2019

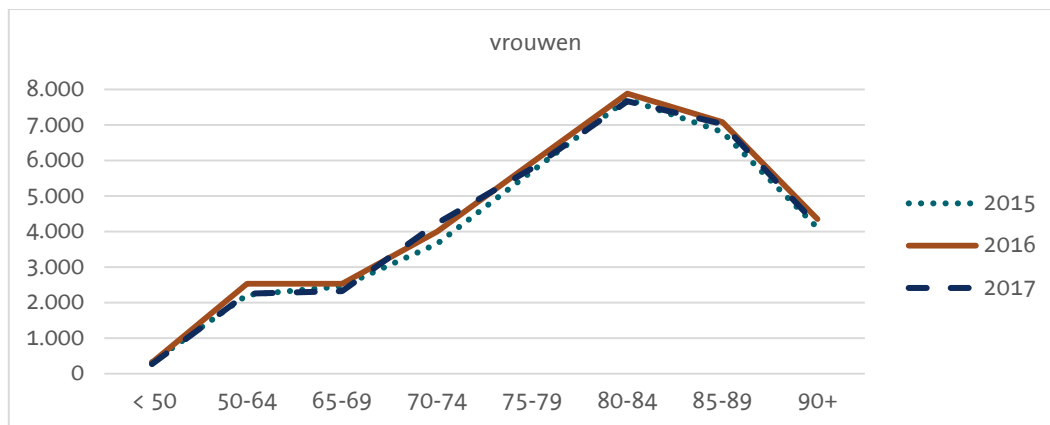
4.3.4 Geriatrische revalidatiezorg

Voor de inschatting van het zorggebruik in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) heeft Vektis informatie aangeleverd over het aantal DBC-zorgproducten in de GRZ en het aantal patiënten. In de figuren 6 en 7 staat het aantal patiënten dat gebruik maakt van GRZ in 2015, 2016 en 2017 naar leeftijd en geslacht. In deze 3 jaren is zowel de omvang van het aantal cliënten als de verdeling over de leeftijdsgroepen stabiel. Wel zien we verschillen tussen mannen en vrouwen, samenhangend met het hogere aandeel 70+ers bij vrouwen. De piek ligt voor zowel de mannen als bij de vrouwen bij de 80-85 jarigen.

Figuur 6: Het aantal mannelijke cliënten GRZ in 2015, 2016 en 2017



Figuur 7: Het aantal vrouwelijke cliënten GRZ in 2015, 2016 en 2017



Bron: Prismant 2019

Om een goede inschatting te kunnen maken van het zorggebruik in de GRZ biedt het aantal cliënten met een DBC of het aantal DBC's GRZ te weinig informatie. Afhankelijk van de DBC verblijven cliënten korter of langer in het verpleeghuis en varieert het aantal behandelingen tussen de 0 en meer dan 84 uren. Voor een betere inschatting van het zorggebruik is daarom gekeken naar het aantal behandelingen per DBC-zorgproduct. In de DBC-zorgproducten wordt echter niet het exacte aantal behandelingen genoemd, maar in bijna alle gevallen een bandbreedte. Er is uitsluitend een minimum of een maximum aantal behandelingen bekend. Daarnaast is niet bekend welk deel van de behandelingen wordt geleverd door de specialist ouderengeneeskunde. Voor het bepalen van de omvang van de GRZ-workload van de specialist ouderengeneeskunde heeft Prismant de volgende methodiek gehanteerd:

1. Uit het in 2018 uitgevoerde tijdsbestedingsonderzoek is afgeleid hoeveel uren specialisten ouderengeneeskunde op jaarbasis zorg leveren aan GRZ-patiënten.
2. Dit aantal uren is vervolgens omgerekend naar het aantal cliëntjaren.

3. Daarna zijn de DBC's gebruikt voor het vaststellen van de verdeling van de cliëntjaren naar leeftijd en geslacht. Er zijn geen exacte aantallen behandelingen bekend. Daarom zijn er enkele aannames gedaan over het gemiddelde aantal behandelingen per DBC-zorgproduct en het gemiddelde aandeel van specialisten ouderengeneeskunde in de GRZ-behandeling.

Stap 1: Vaststellen uren zorggebruik GRZ

Het kostprijsmodel voor de geriatrische revalidatiezorg van de Nza uit 2014 gaat ervan uit dat 60% van de uren van de specialist ouderengeneeskunde patiëntgebonden is.⁴⁶ Uit recent tijdsbestedingsonderzoek komt naar voren dat specialisten ouderengeneeskunde 67% van hun tijd besteden aan directe en indirecte patiëntenzorg. Om een realistisch beeld te schetsen, gaan we in deze berekening uit van het meest actuele cijfer van 67% patiëntgebonden tijd. Hiervan wordt 25% besteed aan revalidatie/reactiveringspatiënten.^{47,48} De genoemde percentages zijn te vermenigvuldigen met het totale aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde (1.392 fte per 1 januari 2018) en het aantal uren dat een fte specialist ouderengeneeskunde jaarlijks beschikbaar is voor werkzaamheden (netto ongeveer 1.500 uur⁴⁹). Zo is het aantal uren te berekenen dat de specialist ouderengeneeskunde bij benadering besteedt aan GRZ-cliënten: 349.740 uur ($67\% \times 25\% \times 1.392 \text{ fte} \times 1.500 \text{ uren}$).

Stap 2: Vaststellen aantal cliëntjaren GRZ en omrekenen naar cliëntjaren Wlz

In stap 1 is berekend dat de specialist ouderengeneeskunde 349.740 uren besteedt aan GRZ-cliënten. Het totaal aantal GRZ-cliënten in 2017 was volgens de Vektis-data 5.722. Dat betekent dat een GRZ-cliëntjaar (aantal uur GRZ besteedt per cliënt, per jaar) gelijk staat aan 61,12 uur medische zorg ($349.740 / 5.722$). De in stap 1 vastgestelde GRZ-uren van de specialist ouderengeneeskunde moeten worden omgerekend naar Wlz-cliëntjaren. Pas dan kunnen ze worden opgeteld bij de Wlz-cliëntjaren uit paragraaf 4.2.3. De specialist ouderengeneeskunde besteedt namelijk meer uren per GRZ-cliënt dan per Wlz-cliënt. Hiertoe is eerst vastgesteld hoeveel uren de specialist ouderengeneeskunde besteedt per Wlz-cliënt. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat 1 fte specialist ouderengeneeskunde ongeveer 100 Wlz-cliënten kan voorzien van medische zorg.^{50,51} Ook is bekend dat 1 fte specialist ouderengeneeskunde per jaar ongeveer 1.500 uren netto inzetbaar is, waarvan 67% voor patiëntgebonden tijd, resulterend in 1.005 uren. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde jaarlijks per Wlz-cliënt ongeveer 10,05 uren besteedt aan medische zorg ($1.005 / 100$). Door vervolgens het aantal behandelingen GRZ van de specialist ouderengeneeskunde per cliënt per jaar (61,12 uur) te delen door 10,05 is te berekenen dat 1 GRZ-cliëntjaar staat voor 6,08 Wlz-cliëntjaren. Het aantal 'Wlz-cliëntjaren' dat de specialist ouderengeneeskunde besteedt aan GRZ-cliënten is dan

⁴⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Kostprijsmodel DBC GRZ: Versie 2.4*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12528_22/1/

⁴⁷ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2018). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

⁴⁸ Het betreft hier uitsluitend GRZ, exclusief de herstelgerichte zorg ZZP VV9b.

⁴⁹ In het kostprijsmodel GRZ uit 2014 (Nza) wordt uitgegaan van 1.472 uur. Door veranderingen in gemiddelden van opleidingsdagen, vakantiedagen en ziekteverzuim kan dit getal in werkelijkheid anders zijn.

⁵⁰ 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.

⁵¹ Verenso (2016). *Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde: Notitie over de kerntaken van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Auteur.

$5.722 \times 6,08 = 34.800$. Met deze berekening zijn de uren die de specialist ouderengeneeskunde besteedt aan GRZ-cliënten omgerekend naar 'Wlz-cliëntjaren'. Deze kunnen opgeteld worden bij de cliëntjaren Wlz uit paragraaf 4.2.3.

Stap 3: Bepalen verdeling naar leeftijd en geslacht van zorgproductie GRZ

Eerst is vastgesteld wat het totale aantal behandelingen is dat vergoed wordt vanuit de DBC's GRZ. Dit is nodig om een verdeling naar leeftijd en geslacht te kunnen vaststellen van de GRZ-productie. Immers: naast de specialist ouderengeneeskunde zijn ook andere behandelaars betrokken bij de GRZ. Hierbij hebben Prismant en de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde enkele aannames gedaan. Deze zijn nodig omdat voor de DBC's doorgaans een bandbreedte aan behandelingen wordt gegeven. Soms wordt uitsluitend een minimale of uitsluitend een maximale behandelingsduur gegeven.

De behandelingsduur is als volgt vastgesteld:

- Als bij een DBC-zorgproduct staat 'tussen X en Y behandelingen', is uitgegaan van de hoogste waarde.
- Bij DBC-zorgproducten waar alleen het maximum aantal behandelingen is aangegeven, is uitgegaan van deze maximum waarde.
- Bij DBC-zorgproducten waar alleen het minimum aantal behandelingen staat aangegeven, is uitgegaan van dit minimum aantal behandelingen als het gemiddelde.
- Voor een beperkt aantal DBC's geldt dat elke indicatie van het aantal behandelingen ontbreekt. Het gaat hier om 4.203 producten, ongeveer 7% van het totaal. Bij deze producten staat wel informatie over het aantal klinische behandelingsdagen. Het blijkt hier te gaan om DBC-zorgproducten waarbij het hoogst voorkomende aantal klinische behandelingsdagen wordt aangegeven. Dat is 92 klinische dagen of meer. Daarom is aan deze 'zware' DBC-zorgproducten hetzelfde aantal behandelingen toegekend als bij de zwaarste DBC waar wel informatie over is: maximaal 75 behandelingen voor diagnosen CVA en maximaal 52 behandelingen voor overige diagnosen.
- Er zijn ook DBC's met minder dan 10 patiënten waarvoor vanwege de privacy geen informatie over het precieze aantal behandelingen beschikbaar is. Van de 1.908 verschillende DBC-zorgproducten gaat dit om 817 DBC's. Bij deze producten is uitgegaan van een gemiddelde van 5 behandelingen (817 maal 5, totaal 4.085). Hierbij moet de kanttekening geplaatst worden dat de jongere leeftijdsgroepen oververtegenwoordigd zijn bij de zorgproducten met een omvang kleiner dan 10.

Bovenstaande aannames leiden tot een totaal aantal behandelingen GRZ van 2.304.078. Het aandeel van de specialist ouderengeneeskunde in deze behandelingen is 15% ($349.740/2.304.078$).⁵²

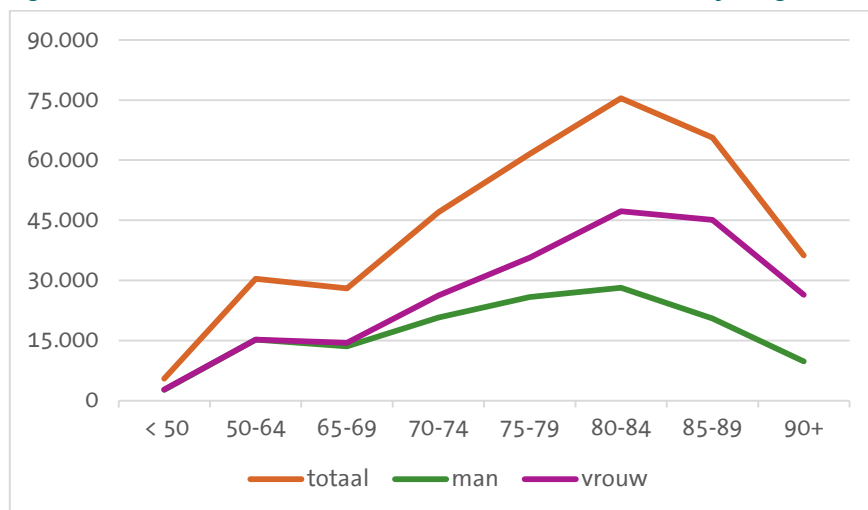
Behandelingen GRZ door de specialist ouderengeneeskunde per leeftijdscategorie

In figuur 8 is het totale aantal behandelingen GRZ door de specialist ouderengeneeskunde (SO) weergegeven, naar leeftijd en geslacht. Hierbij is ervan uitgegaan dat de specialist ouderengeneeskunde

⁵² Omdat dit redelijk overeenkomt met de expertinschatting van het aandeel behandelingen van de medisch specialisten in de medisch-specialistische zorg, dat doorgaans lager ligt dan 15%, worden de aannames plausibel geacht.

15% van de GRZ-uren levert. In de figuur is een piek te zien in het aantal behandelingen bij de leeftijdscategorie 80-84 jarigen. Ongeveer 22% van het totale aantal behandelingen wordt besteed aan deze leeftijdsgroep.

Figuur 8: Het totale aantal behandelingen GRZ door de SO naar leeftijd en geslacht in 2017

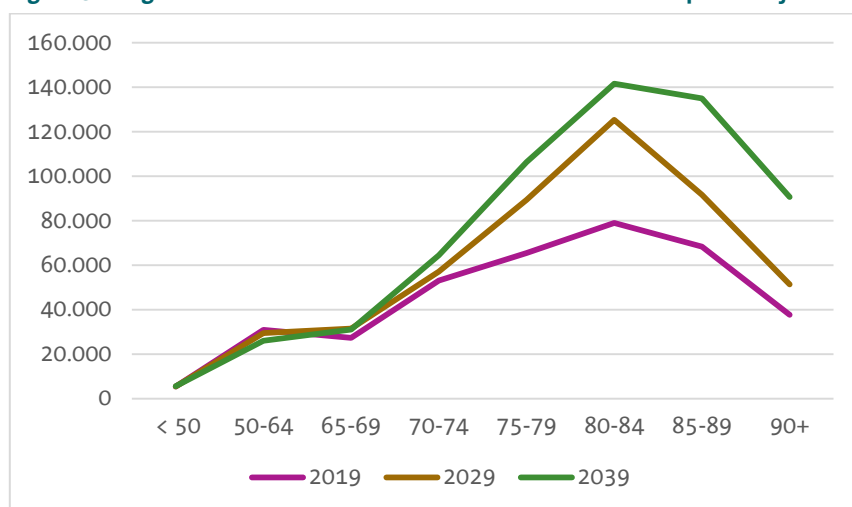


Bron: Prismant 2019

Prognose behandelingen GRZ

Het aantal behandelingen door de specialist ouderengeneeskunde per leeftijdscategorie in 2017 is bekend. Ook zijn er prognoses van het aantal inwoners per leeftijdscategorie in 2019, 2029 en 2039. Met deze gegevens zijn de verwachte aantallen behandelingen door de specialist ouderengeneeskunde voor de jaren 2019, 2029 en 2039 te berekenen. Zij staan weergegeven in figuur 9.

Figuur 9: Prognose van het aantal GRZ behandelingen door de SO per leeftijdscategorie in 2019, 2029 en 2039



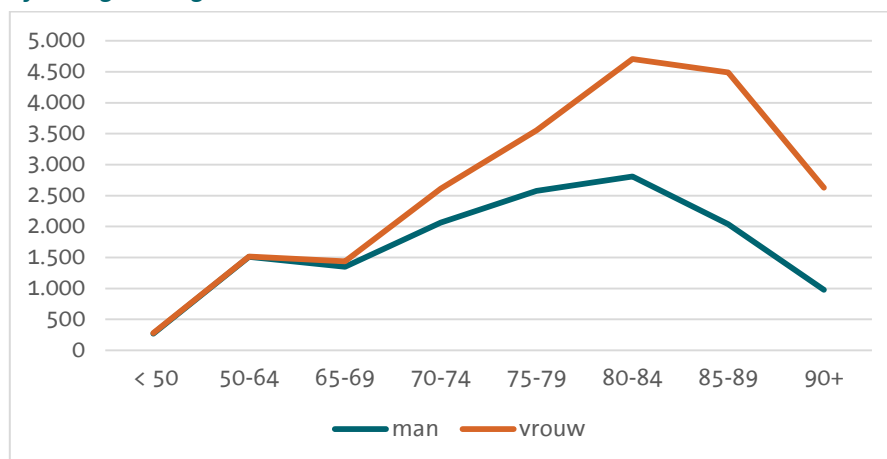
Bron: Prismant 2019

Het aantal behandelingen bij inwoners van 70 jaar of ouder zal de komende jaren flink toenemen.

Omrekenen naar Wlz-cliëntjaren

Het aantal GRZ-behandeluren wordt omgerekend naar Wlz-cliëntjaren. Dit om ze te kunnen optellen bij het zorggebruik in cliëntjaren van de Wlz-cliënten. Het omrekenen naar cliëntjaren, zoals eerder in stap 2 uitgelegd, resulteert in figuur 10.

Figuur 10: Het aantal GRZ-cliënten (in Wlz-cliëntjaren) die door de SO worden behandeld, uitgesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht



Bron: Prismant 2019

4.3.5 Eerstelijnsverblijf

De behoefte aan tijdelijk verblijf in het verpleeghuis, na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname, neemt toe. Ook doordat mensen langer thuis blijven wonen, kan er behoefte zijn aan tijdelijke opname door een toename van de behoefte aan (medische) zorg. In 2015 is hiervoor binnen de Wlz een tijdelijke subsidieregeling gestart: de 'Subsidieregeling Eerstelijnsverblijf'. Per 1 januari 2017 is eerstelijnsverblijf (ELV) ondergebracht in de basisverzekering (Zvw).⁵³ Voorwaarde voor de toekenning van ELV is dat het verblijf medisch noodzakelijk is en dat 24 uur per dag verpleegkundig toezicht nodig is. Ook moeten de betrokken medici inschatten dat op korte termijn herstel en terugkeer naar de eigen woonomgeving mogelijk is. De overgang van de financiering van een Wlz-subsidieregeling naar de Zvw gaat gepaard met veranderingen die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik.

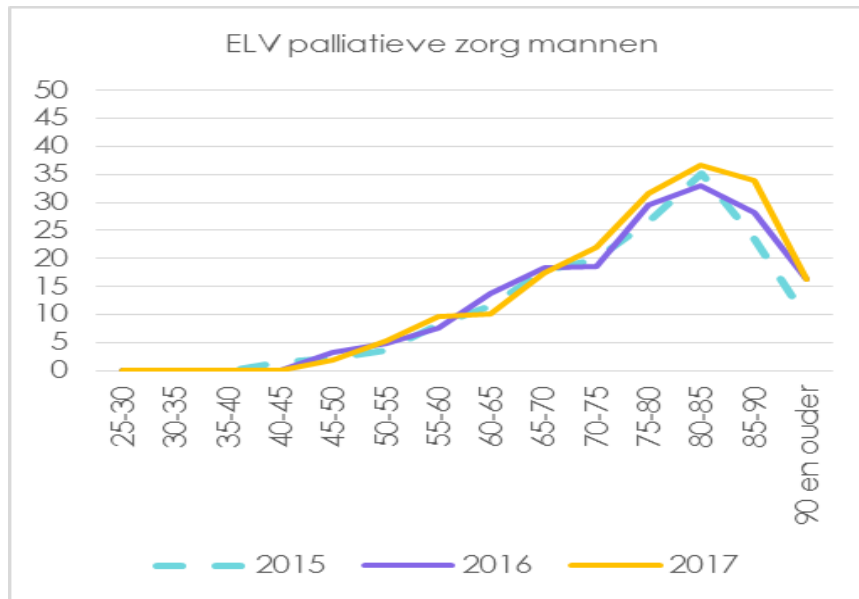
In de Vektis-gegevens is onderscheid gemaakt tussen drie vormen van eerstelijnsverblijf: laagcomplex, hoogcomplex en palliatief terminale zorg.⁵⁴ De specialist ouderengeneeskunde is doorgaans betrokken bij de medische zorg aan cliënten die zijn opgenomen voor ELV-hoogcomplex of palliatief terminale zorg. In de figuren 11 t/m 14 is aangegeven hoe de ontwikkeling is geweest in het gebruik van ELV-palliatief en -hoogcomplex van 2015 tot 2017. Hiervoor zijn de ELV-'verpleeg'dagen omgerekend naar Wlz-cliëntjaren, volgens dezelfde methode als in 4.2.3. Hierbij is een selectie gemaakt van

⁵³ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126a*. Geraadpleegd op 26 augustus 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_247707_22/1/

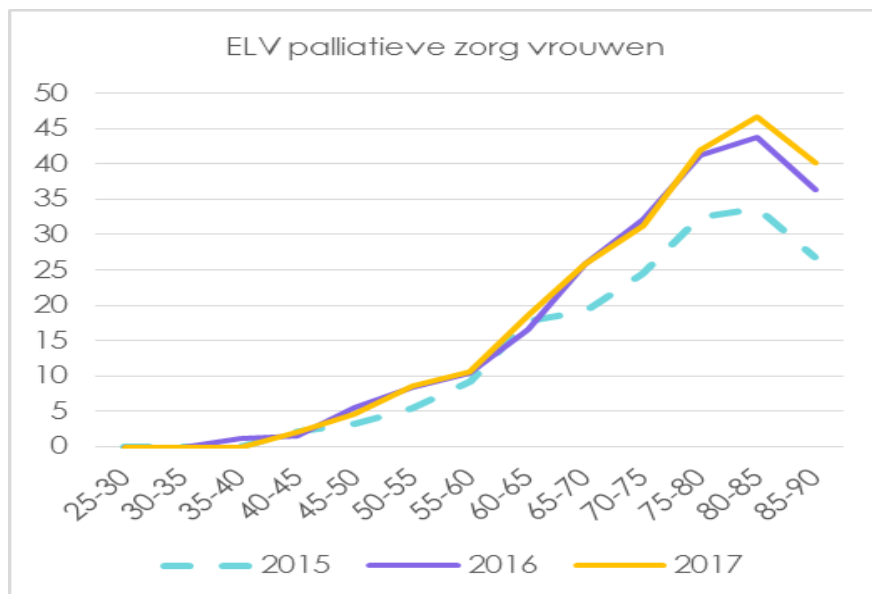
⁵⁴ De indicatiestellingen voor ELV-hoogcomplex en GRZ werken nogal eens als 'communicerende vaten' door het al dan niet beschikbaar zijn van geoordeelde bedden en doordat soms lastig is in te schatten hoe lang het zal duren voor iemand naar huis kan. Hetzelfde geldt voor de indicatiestellingen voor ELV-laagcomplex en -hoogcomplex.

relevante aanbieders.⁵⁵ In totaal is deze zorg tussen 2015 en 2017 flink toegenomen met 46%, waarbij de grootste stijging tussen 2015 en 2016 is te zien, van 1.692 tot 2.477 cliëntjaren. Mogelijk speelt hierbij de overgang van de tijdelijke subsidieregeling naar de opname in de Zvw een rol.

Figuur 11: Ontwikkeling aantal cliëntjaren ELV-palliatief terminale zorg, mannen



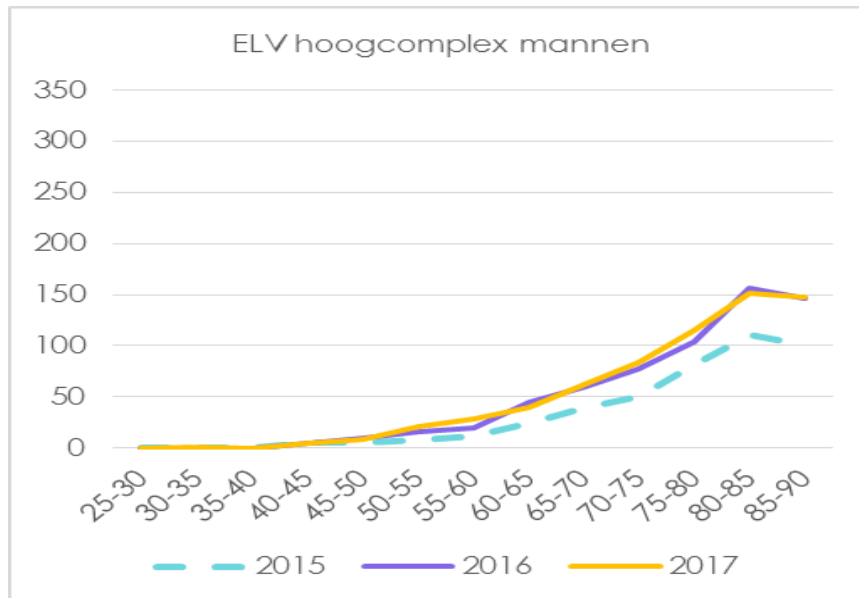
Figuur 12: Ontwikkeling aantal cliëntjaren ELV-palliatief terminale zorg, vrouwen



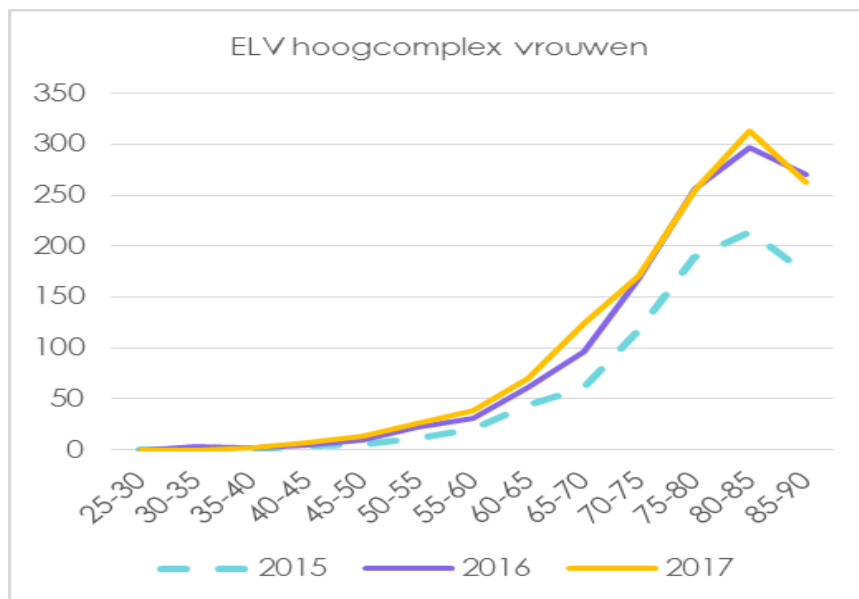
Bron: Prismant 2019

⁵⁵ Deze selectie is exclusief cliënten uit ziekenhuizen, regionale instellingen beschermd wonen (RIBW), huisartsen, overige artsen en overige instellingen.

Figuur 13: Aantal cliëntjaren ELV hoogcomplex, mannen



Figuur 14: Aantal cliëntjaren ELV hoogcomplex, vrouwen



Bron: Prismant 2019

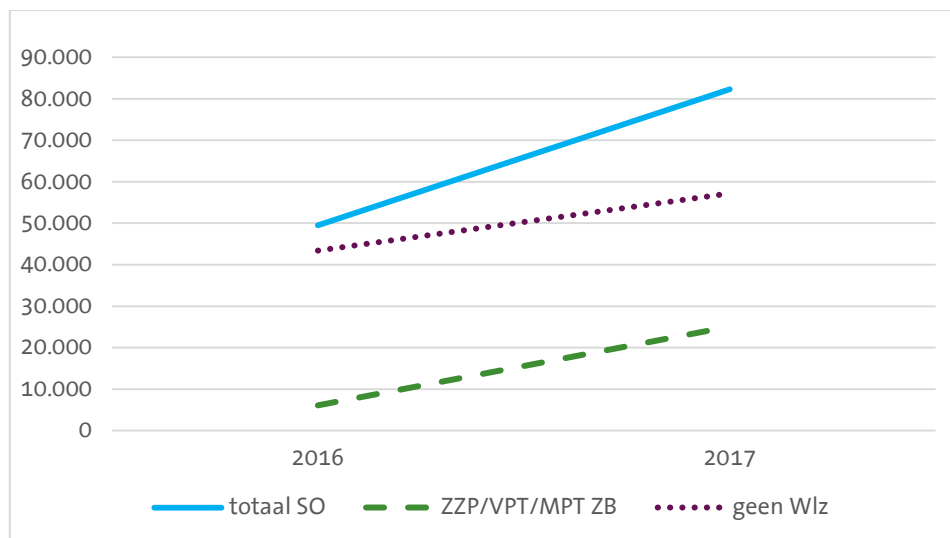
4.3.6 Extramurale behandeling

Extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde betreft zorg die wordt gefinancierd vanuit de tijdelijke 'subsidieregeling extramurale behandeling'.⁵⁶ De Vektis-gegevens hierover zijn per 1 januari 2016 uit te splitsen naar specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten. De gegevens uit 2015 zijn alleen voor deze artsen gezamenlijk beschikbaar en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

In de Vektis gegevens is onderscheid gemaakt tussen twee groepen. Afzonderlijke zorggebruiksgegevens zijn aangeleverd over patiënten die een Wlz-indicatie (ZZP, VPT of MPT) zonder behandeling hebben, en patiënten die geen Wlz-indicatie hebben.

In figuur 15 is de ontwikkeling in de omvang van de extramurale behandeling te zien tussen 2016 en 2017. De Vektis-data zijn aangeleverd in aantallen minuten.⁵⁷ De figuur toont de uren tijdbesteding voor extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. Omgerekend naar fte komt het ongeveer overeen met 55 fte specialist ouderengeneeskunde in 2017. Dit is op basis van netto 1.500 uren per jaar per fte specialist ouderengeneeskunde.

Figuur 15: Uren extramurale behandeling door de SO in 2016 en 2017, uitgesplitst naar cliënten met een Wlz-indicatie voor verblijf zonder behandeling en cliënten zonder Wlz-indicatie



Bron: Prismant 2019

De totale omvang van de extramurale behandeling laat een stijging zien tussen 2016 en 2017. Zorggebruik door verblijfscliënten zonder behandeling neemt sterker toe dan het zorggebruik door cliënten zonder Wlz-indicatie. Waarschijnlijk komt deze toename door een toename van de zorgzwaarte van verblijfscliënten. Bovendien is de specialist ouderengeneeskunde daar gemakkelijker toegankelijk, omdat deze al zorg levert aan de verblijfscliënten met behandeling. De verwachting is echter dat

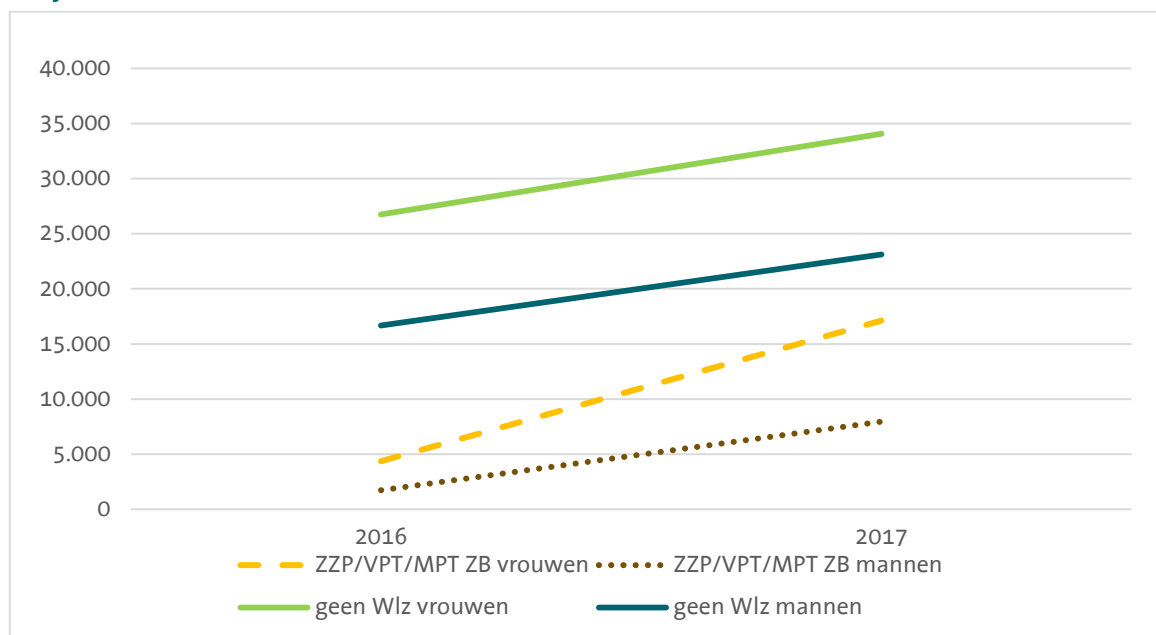
⁵⁶ Centrum Indicatiestelling Zorg (2019). *Beleidsregels indicatiestelling: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling 2019*. Utrecht: Auteur.

⁵⁷ Het percentage ontbrekende aantallen minuten is 0,7% gezien het verschil tussen het opgegeven volume extramurale behandeling en de aangeleverde randtotalen.

de behoefte aan extramurale zorg toeneemt, omdat ouderen langer thuis blijven wonen. De mate waarin dit daadwerkelijk leidt tot meer extramurale behandeling is echter mede afhankelijk van de beschikbare capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde. Uit recent onderzoek blijkt dat de vacaturegraad onder specialisten ouderengeneeskunde hoog is (12,5%).⁵⁸ Mogelijk heeft dit een dempend effect op de groei aan extramurale behandeling.

In figuur 16 is het gebruik van extramurale behandeling uitgesplitst naar mannelijke en vrouwelijke cliënten. De figuur laat zien dat het gebruik van extramurale behandeling bij vrouwen hoger is dan bij mannen. Dit is niet onlogisch gegeven het grotere aantal vrouwen van 65+ in de bevolking. De ontwikkeling van het zorggebruik extramurale behandeling bij mannen en vrouwen is vergelijkbaar. Bij beide groepen zien we een toename tussen 2016 en 2017, waarbij de sterkste toename te zien is bij de vrouwelijke cliënten met een ZZP/VPT zonder behandeling.

Figuur 16: Extramurale behandeling door de SO in 2016 en 2017 (in uren), uitgesplitst naar mannelijke en vrouwelijke cliënten



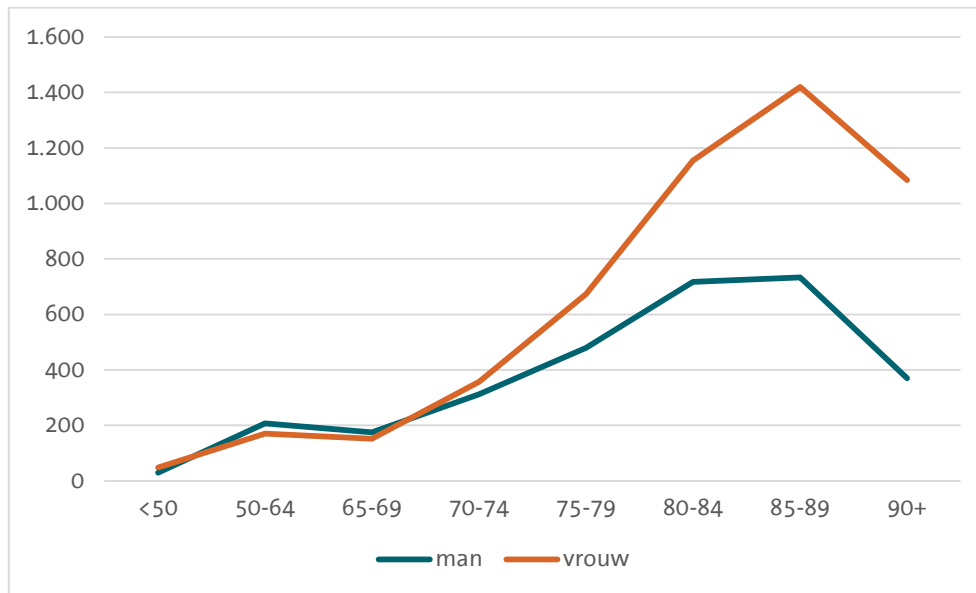
Bron: Prismant 2019

Om het aantal uren extramurale behandeling te kunnen optellen bij het zorggebruik van de Wlz- en GRZ-cliënten, wordt dit aantal omgerekend naar cliëntjaren. Net als bij de GRZ-berekening is het uitgangspunt dat 1 fte specialist ouderengeneeskunde ongeveer 100 Wlz-cliënten kan voorzien van medische zorg. Dat betekent dat de specialist ouderengeneeskunde jaarlijks per Wlz-cliënt ongeveer 10,05 uren aan medische zorg besteedt. Het aantal uren extramurale zorg door de specialist ouderengeneeskunde in 2017 (81.229) wordt gedeeld door 10,05. Dit levert het aantal cliëntjaren op aan extramurale zorg door de specialist ouderengeneeskunde: 8.082. Met deze omrekening naar 'Wlz-cliëntjaren' kunnen de extramurale behandeluren opgeteld worden bij het zorggebruik van Wlz- en

⁵⁸ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

GRZ-cliënten voor de berekening van de toekomstige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. Het op deze manier gecorrigeerde aantal cliënten extramurale behandeling is weergegeven in figuur 17.

Figuur 17: Het aantal cliënten extramurale behandeling (in cliëntjaren Wlz), uitgesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht



Bron: Prismant 2019

4.3.7 De toekomstige vraag vanwege demografie

Alle ingrediënten voor de berekening van de huidige zorgvraag aan specialisten ouderengeneeskunde zijn in de voorgaande paragrafen beschreven. Daarbij is voor alle verschillende vormen van zorg door de specialist ouderengeneeskunde het aantal 'Wlz-cliëntjaren' berekend naar leeftijd en geslacht. Daarmee wordt een betrouwbaar beeld geschetst van de totale *workload* van de specialist ouderengeneeskunde. In deze paragraaf volgt de berekening van wat anno 2019 het totale zorggebruik is dat relevant is voor de specialist ouderengeneeskunde en hoe zich dit ontwikkelt tot 2039 onder invloed van de demografische ontwikkelingen.

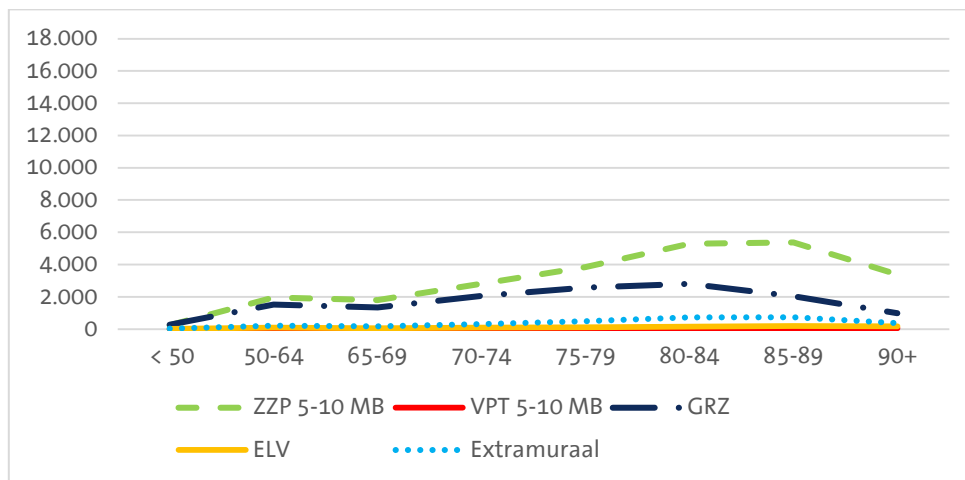
Voor het berekenen van de toekomstige zorgvraag vanwege demografische ontwikkelingen zijn de onderstaande beslissingen van belang:

- ZP 9b en ZP 10 zijn, net als in 2016, niet zwaarder meegewogen.
- Meezorg is verwaarloosbaar klein en is daarom niet meegenomen in de verdere berekeningen.
- GRZ-behandeluren zijn omgerekend naar Wlz-cliëntjaren o.b.v. de Vektis-gegevens. Deze zijn gecombineerd met gegevens uit het tijdsbestedingsonderzoek onder specialisten ouderengeneeskunde en expertinschattingen van het aandeel van de specialist ouderengeneeskunde in de behandelingen.
- Eerstelijnsverblijf is eveneens omgerekend naar Wlz-cliëntjaren. (Hoogcomplex en palliatief zijn wel meegenomen, laagcomplex niet.)

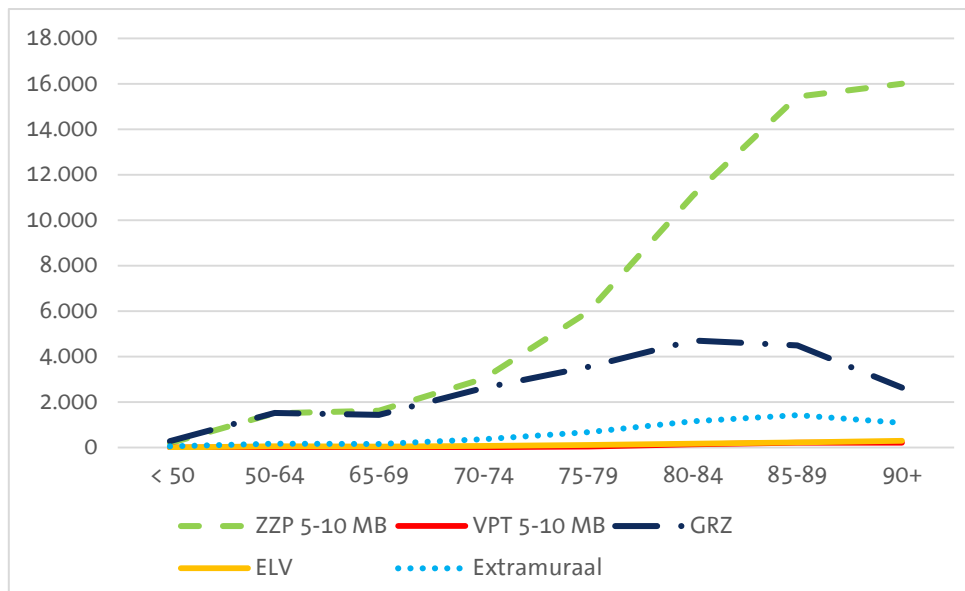
- Extramurale behandeling is omgerekend naar Wlz-cliëntjaren. Uitgangspunt is het aantal uren dat specialisten ouderengeneeskunde per jaar aan deze cliënten besteden.

In figuur 18 en 19 staat het aantal cliënten (in Wlz-cliëntjaren) uitgesplitst naar de verschillende typen zorggebruik en leeftijdscategorieën voor mannen (figuur 18) en vrouwen (figuur 19).

Figuur 18: Aantal mannelijke cliënten (in cliëntjaren) van de SO, uitgesplitst naar type zorggebruik en leeftijdscategorie in 2017*



Figuur 19: Aantal vrouwelijke cliënten (in cliëntjaren) van de SO, uitgesplitst naar type zorggebruik en leeftijdscategorie in 2017*

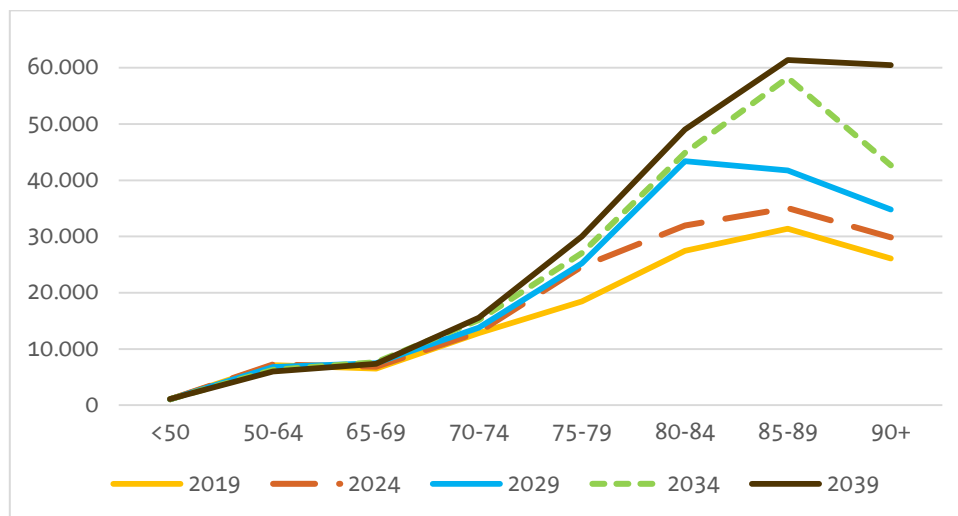


Bron: Prismant 2019

* In de figuren verdwijnt de rode lijn die staat voor het aantal VPT-cliënten bijna volledig onder de oranje ELV-lijn.

Figuur 20 geeft ten slotte een prognose hoe het gebruik van ‘zorg van de specialist ouderengeneeskunde’ zich tot en met 2039 ontwikkelt, weergegeven in aantallen cliëntjaren. Aangenomen is dat de gebruikspercentages naar leeftijd en geslacht gelijk blijven aan de situatie in 2017.⁵⁹ Vervolgens is op basis van de bevolkingsprognose berekend wat het zorggebruik zal zijn in 2019, 2024, 2029, 2034 en 2039.

Figuur 20: Zorggebruikontwikkeling (in cliëntjaren) van de SO-zorg, naar leeftijd in de periode 2019-2039



Bron: Prismant 2019

Op basis van de demografische ontwikkeling zijn in tabel 11 en 12 de prognoses weergegeven voor de ontwikkeling van het zorggebruik in 2024, 2029, 2034 en 2039 ten opzichte van 2019. In tabel 11 staan de prognoses op basis van ZZP/VPT volgens Wlz. Tabel 12 toont de prognoses op basis van het geheel van Wlz, GRZ, extramurale behandeling en ELV.

Tabel 11: Prognose ontwikkeling zorggebruik uitsluitend o.b.v. cliëntjaren ZZP/VPT volgens de Wlz

Prognose Wlz t.o.v. 2019				
	2024	2029	2034	2039
mannen	19,8%	43,8%	69,5%	91,9%
vrouwen	4,8%	21,3%	42,7%	64,4%

Tabel 12: Prognose ontwikkeling zorggebruik, o.b.v. ZZP/VPT, Wlz, GRZ, extramurale behandeling en ELV

Prognose Wlz, GRZ, extramurale behandeling en ELV t.o.v. 2019				
	2024	2029	2034	2039
mannen	19,0%	41,3%	64,9%	85,3%
vrouwen	11,9%	28,9%	50,0%	71,7%

Bron: Prismant 2019

⁵⁹ De meest actuele gegevens over het zorggebruik zijn uit 2017. Alle verschillende soorten zorggebruik zijn naar Wlz-cliëntjaren omgerekend en bij elkaar opgeteld.

Tabel 13 geeft de benodigde groei weer aan specialisten ouderengeneeskunde wanneer alleen de demografische ontwikkelingen de komende jaren een rol zouden spelen.

Tabel 13: De benodigde groei in SO-capaciteit alleen vanwege demografische ontwikkelingen, in % in 2019, en vergeleken met 2013 en 2016

	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016 excl. GRZ	Capaciteitsplan 2016 incl. GRZ	Berekening voor 2019 excl. GRZ, extramuraal en ELV	Berekening voor 2019 incl. GRZ, extramuraal en ELV
5 jaar	15	13	14	10	14
10 jaar	32	31	32	28	33
15 jaar	53	55	55	51	55
20 jaar	78	83	81	73	76

Bron: Prismant 2019

De verwachte toename van de bevolking is relatief gering: 6,4% tussen 2019 en 2039. Toch is er vanwege de vergrijzing van de bevolking een forse groei nodig aan specialisten ouderengeneeskunde.

De cijfers van 2019 kunnen overigens niet zonder meer worden vergeleken met die uit 2013 en 2016. Voor de huidige raming zijn de cijfers berekend op basis van aanmerkelijk meer gedetailleerde en meer betrouwbare data. In 2013 en 2016 was er uitsluitend de beschikking over CBS-cijfers, waarin geen onderscheid was tussen cliënten met ZZP's *met* en *zonder* behandeling. De meest recente gegevens waren toen uit 2014. Bovendien waren de gegevens over de GRZ destijds onvolledig en minder betrouwbaar door de overgang van AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Ook ontbraken gegevens over de extramurale zorg.

Op basis van alle berekeningen van de demografische ontwikkelingen en de invloed op het zorggebruik worden de nieuwe waarden voor de parameter demografie in 2019 gesteld op **14% in 5 jaar, 33% in 10 jaar, 55% in 15 jaar en 76% in 20 jaar.**

4.4 Epidemiologie

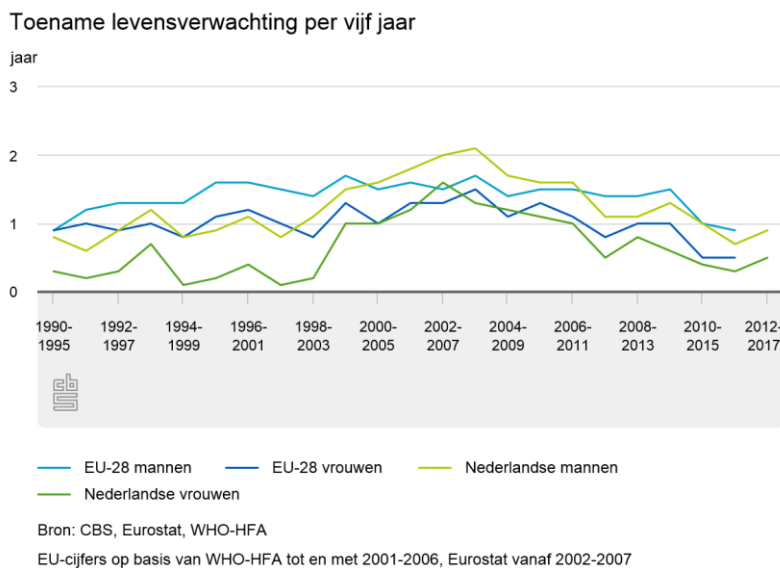
In 2017/2018 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn nieuwe 4-jaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht.⁶⁰ In deze VTV-2018 rapporteert het RIVM over de laatste ontwikkelingen op het gebied van: gezondheid, ziekte, preventie, zorg, gezondheidsdeterminanten en regionale en internationale vergelijkingen van gezondheidsverschillen. Het rapport geeft ook inzicht in de belangrijkste toekomstige maatschappelijke opgaven voor de gezondheidszorg in Nederland. De parameterwaarden voor epidemiologie zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op de gegevens van de VTV-2018.

⁶⁰ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Geraadpleegd op 28 mei 2018 op <https://www.vtv2018.nl/>

4.4.1 Sterke toename aantal ouderen in 2040

De VTV-2018 schetst de verwachtingen voor 2040 in vergelijking met de situatie in 2015. In het Trendskenario van het RIVM neemt het aantal 65-plussers de komende 25 jaar toe van 3,1 naar 4,8 miljoen. Dat is een stijging van bijna 55%. Het aantal 90-plussers verdrievoudigt, van 117.000 in 2015 tot bijna 340.000 in 2040. De vergrijzing wordt versterkt doordat de gemiddelde levensverwachting bij geboorte stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar 86 jaar in 2040. De kans om heel oud te worden, neemt daarmee voor iedereen toe. In 2015 lag bijvoorbeeld de kans bij geboorte om 95 jaar te worden op ongeveer 10%. In 2040 is die in het Trendskenario gestegen naar ongeveer 20%. Cijfers van het CBS wijzen echter uit dat de levensverwachting niet altijd even hard stijgt.⁶¹ In figuur 21 is te zien dat in het afgelopen decennium de groei van de levensverwachting in Nederland en Europa is afgevlakt. In de periode 2012-2017 is de groei in Nederland weer iets toegenomen. Er zijn schommelingen in de toename van de levensverwachting. Deze zijn volgens het CBS bijvoorbeeld toe te schrijven aan ontwikkelingen in medische technologie en behandelingen, veranderingen in levensstijl en preventie.

Figuur 21: Toename levensverwachting per vijf jaar in periode 1990-2017



Bron: RIVM 2017

4.4.2 Vooral ouderdomsziekten in 2040

Door de vergrijzing staan in 2040 in de top tien van meest voorkomende aandoeningen vooral ouderdomsziekten. Artrose, gezichtsstoornissen, diabetes en coronaire hartziekten stijgen het meest in aantal. In 2040 zijn er bijvoorbeeld ruim 2,2 miljoen mensen met artrose, ruim een miljoen meer dan in 2015.

⁶¹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2018, 7 september). *Levensverwachting stijgt minder hard in Nederland en EU* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 13 september 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/36/levensverwachting-stijgt-minder-hard-in-nederland-en-eu>

Het aantal gevallen van diabetes en coronaire hartziekten stijgt naar respectievelijk bijna 1,5 miljoen en ruim 1 miljoen. Naast de vergrijzing komen deze stijgingen ook doordat de stijgende historische trends zijn doorgetrokken naar de toekomst. Deze zijn mogelijk te verklaren door een toename van mensen met overgewicht.

Het aantal mensen met dementie neemt toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040, een ruime verdubbeling. Bovendien is dementie, samen met artrose, de aandoening die tot 2040 de grootste toename in ziektelast⁶² veroorzaakt. Artrose zal veel meer voorkomen. Meer mensen zullen overlijden aan dementie. Dementie komt daarmee op de eerste plaats te staan als doodsoorzaak in Nederland. Rond 2040 zal het aantal mensen dat sterft aan deze ziekte mogelijk bijna zijn verdrievoudigd: van 15.000 in 2015 naar ruim 40.000 per jaar in 2040.

De sterfte door kanker en hart- en vaatziekten worden naar de tweede en derde plaats verdrongen. Het aantal patiënten in die ziektegroepen neemt geleidelijk af, waarschijnlijk als direct resultaat van jarenlange preventieve maatregelen. Dit onderstreept het belang van voorlichting en preventie: meer kennis en bewustwording onder de bevolking kan (negatieve) trends doen ombuigen.⁶³

4.4.3 Vroegopsporing, leefstijl en behandeling beïnvloeden ouderdomsziekten

Recent onderzoek wijst erop dat het aantal nieuwe gevallen van dementie in Nederland tussen 1992 en 2014 is toegenomen.^{64, 65} Onduidelijk is of dit een daadwerkelijke toename betreft of het gevolg is van verbeterde vroegopsporing.⁶⁶ Eerdere opsporing, verbetering van preventie en betere behandeling hebben een temperend effect op de ernst van aandoeningen of het tempo van ziekteontwikkeling. Daarmee vermindert de ziektelast. Hierop is in het vorige Capaciteitsplan (2016) al gewezen. Veel van de aandoeningen in de top tien van het RIVM hangen niet alleen samen met leeftijd maar ook met leefstijl. De invloed van mogelijke leefstijlontwikkelingen is echter niet in het trendscenario van het RIVM meegenomen. De prognoses van prevalentie en toekomstige ziektelast van ouderdomsziekten blijven hierdoor onzeker.

⁶² De ziektelast wordt bepaald door gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte en verminderde kwaliteit van leven (ziektejaarequivalenten) gecombineerd met vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren). Het aantal verloren levensjaren is relatief groot voor dementie, longkanker en COPD. Voor ziekten zoals artrose, nek- en rugklachten en angst- en stemmingsstoornissen bestaat de ziektelast nagenoeg geheel uit verloren kwaliteit van leven. Dit verlies is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt en relatief ernstig is.

⁶³ Livingstone, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafrada, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext). DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6

⁶⁴ Bussel, E. F. van, Richard, E., Arts, D. L., Nooyens, A. C. J., Coloma, P. M., Waal, M. W. M. de, ... Moll van Charante, E. P. (2017). Dementia incidence trend over 1992-2014 in the Netherlands: Analysis of primary care data. *Plos Medicine*, 14(3). doi: 10.1371/journal.pmed.1002235

⁶⁵ Kommer, T. N. van den, Deeg, D. J. H., Flier, W. M. van der, & Comijs, H. C. (2018). Time trend in Persistent Cognitive Decline: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journals of Gerontology series B: Social Sciences*, 73(1), S57-S64. doi:10.1093/geronb/gbx151

⁶⁶ Amoroso, N., La Rocca, M., Bruno, S., Maggipinto, T., Monaco, A., Bellotti, R., & Tangaro, S. (2017). *Brain structural connectivity atrophy in Alzheimer's disease*. Geraadpleegd op 19 september 2017 op <https://arxiv.org/abs/1709.02369v1>

4.4.4 Stapeling gezondheidsproblemen maakt ouderen én zorgsysteem kwetsbaar

Door de vergrijzing is er een toename van het percentage mensen met multimorbiditeit, lijdend aan meerdere aandoeningen. Er is een stijging van geriatrische syndromen, gezondheidsproblemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen. Dat is bijvoorbeeld polyfarmacie, het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd. Maar ook vallen, geheugenproblemen en dementie horen daartoe. Verder komen veel voor: gezichts- en gehoorstoornissen, incontinentie, depressie, beperkingen in het dagelijks functioneren en eenzaamheid.⁶⁷

Het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen neemt toe van bijna 25 procent (4,3 miljoen mensen) in 2015 naar 30 procent (5,5 miljoen mensen) in 2040. De groep met drie of meer chronische aandoeningen groeit van 14 procent (2,4 miljoen mensen) in 2015 naar 18 procent (3,3 miljoen mensen) in 2040.

Bij ouderen van 65 tot 80 jaar komen minder vaak chronische aandoeningen of geriatrische syndromen voor dan bij 80-plussers. Toch krijgen de meeste ouderen vroeg of laat te maken met een stapeling van gezondheidsproblemen en aandoeningen. Dit vergroot de kwetsbaarheid van ouderen, de complexiteit van de zorgvraag en de druk op het hele zorgsysteem.

4.4.5 Meer vraag naar eerstelijnszorg en mantelzorg

Het overheidsbeleid is er sinds 2013, met de introductie van scheiding wonen en zorg, op gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De invoering van de Wlz in 2015 heeft dit beleid nog versterkt. Het resultaat is dat ouderen steeds vaker langer thuis blijven wonen of leven in kleinschalige, geclusterde woonvormen. Dit betreft ook steeds meer kwetsbare ouderen met een zwaardere zorgvraag.^{68, 69} De vraag naar eerstelijnszorg en informele (mantel)zorg stijgt daardoor. De vraag naar consultatie of extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde neemt hierdoor ook toe. Er zijn steeds meer verschillende formele en informele zorgverleners betrokken bij de zorg. Dit vergt intensieve samenwerking en afstemming van de verschillende professionals en mantelzorgers. Zie ook paragraaf 4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen.

4.4.6 Intensievere zorg bij opname in verpleeghuis

Ouderen wonen langer thuis. Te verwachten is dat de zorgvraag bij intrede in het verpleeghuis vaak complexer is dan voorheen en intensievere zorg en behandeling vereist. Volgens ActiZ is de gemiddelde verblijfsduur van mensen in het verpleeghuis tussen 2013 en 2015 gedaald van 16 naar 14 maanden.⁷⁰ Dit zou erop wijzen dat zij met zwaardere problematiek het verpleeghuis binnenkomen en sneller overlijden dan vroeger.

⁶⁷ Tabue-Teguo, M., Grasset, L., Avila-Funes, J. A., Genuer, R., Proust-Lima, C., Péres, K., . . . Dartigues, J. F. (2017). Prevalence and co-occurrence of geriatric syndromes in people aged 75 years and older in France: Results from the Bordeaux three-city study. *Journals of Gerontology A Biol Sci Med Sci.*, 00(00), 1-8. doi: 10.1093/gerona/glx068

⁶⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Auteur.

⁶⁹ Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.). (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁷⁰ ActiZ (2016). *Feiten en cijfers over de verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 24 juli 2018 op <https://docplayer.nl/22399380-Feiten-en-cijfers-over-de-verpleeghuiszorg.html>

Een analyse van declaratiedata over de jaren 2013 tot en met 2016 door het Zorginstituut Nederland (ZIN) toont een ander beeld.⁷¹ Volgens dit rapport heeft meer dan de helft van de verpleeghuiscliënten een verblijfsduur van 18 maanden of langer. De instroom in de AWBZ en Wlz is in de periode 2013 tot en met 2016 gedaald. De instroom van nieuwe cliënten met de hoge zorgprofielen VV 7, VV 8 en VV 10 vertoont met respectievelijk 64%, 54% en 89% de sterkste daling. De instroom in zorgprofiel VV 5, beschermd wonen met intensieve dementiezorg, is toegenomen met 25%. Ouderen met dementie hebben meestal ook één of meer andere aandoeningen en zij vertonen bij opname in het verpleeghuis meestal gedragsproblemen. Dit maakt de zorg voor deze groep intensiever.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt in haar Monitor Zorg voor ouderen dat er sinds 2012 geen sprake is van een drastische daling van de verblijfsduur in een verpleeghuis.⁷² De mediane verblijfsduur⁷³ van ouderen die tussen 2012 en 2016 waren opgenomen in een verpleeghuis is licht afgenomen, van 22 naar 20 maanden. Ouderen die in 2016 in het verpleeghuis verbleven hadden gemiddeld wel zwaardere zorg dan in 2012. Dit blijkt onder andere uit de afbouw van de lage zorgzwaartepakketten.

Vektis, de beheerder van declaratiedata van alle zorgverzekeraars en zorgkantoren in Nederland, stelt dat de cliënten die in 2015 instroomden in een verpleeghuis gemiddeld zo'n anderhalf jaar daar verbleven.⁷⁴ Ook Vektis geeft aan dat in 2017 mensen minder snel in aanmerking kwamen voor zorg uit de Wlz dan in 2015. Hierdoor ontving men in de Wlz in 2017 gemiddeld zwaardere zorg.⁷⁵ De toename van de zorgzwaarte kan ook worden opgemaakt uit de jaarverslagen van de sector verpleeg-, verzorgingshuizen en thuisorganisaties (VVT) over 2017 en 2018.^{76, 77}

4.4.7 Dalende verblijfsduur, meer werk voor specialist ouderengeneeskunde

Om de gemiddelde verblijfsduur vast te kunnen stellen, dient de volledige verblijfsduur van cliënten bekend te zijn. Omdat van een deel van de cliënten in de onderzochte jaren nog niet bekend is wanneer zij 'uit zorg' zullen gaan, past bij dit type onderzoek het beste de methodiek van het bepalen van de middelste waarde: de mediaan. De mediane verblijfsduur in het verpleeghuis geeft dan aan na hoeveel tijd de helft van de in een bepaalde periode ingestroomde populatie is overleden. De NZa hanteert deze methodiek. Daarom kan de publicatie van de NZa het beste als basis dienen voor een berekening van de verandering in behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde.

De mediane verblijfsduur is in een paar jaar tijd met ongeveer 1 maand per jaar gedaald van 22 naar 20 maanden. Dat is een afname van ligduur van $1/20 \times 12/20 = 3\%$ per jaar.

Aanname: de mediane verblijfsduur blijft dalen met 1 maand per jaar naar minimaal 12 maanden.

⁷¹ Burg, M. van den, Dijk, C. van, Dik, J. W., Heim, N., & Mahler, M. (2018). *Zorgcijfers Monitor: Verblijfsduur in verpleging en verzorging niet korter in de Wet langdurige zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

⁷² Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Auteur.

⁷³ De mediane verblijfsduur geeft aan na hoeveel maanden de helft van de ouderen die in het gegeven jaar zijn ingestroomd, zijn overleden.

⁷⁴ Vektis (2018). *Hoe lang verblijven ouderen in een verpleeghuis?* Geraadpleegd op 13 juni 2018 op <https://www.zorgprisma-publiek.nl/producten/zorg-dichtbij/wet-langdurige-zorg/row-4/hoe-lang-verblijven-ouderen-in-een-verpleeghuis/>

⁷⁵ Vektis (2018). *Wat zijn de gemiddelde kosten per persoon in de Wlz?* Geraadpleegd op 13 juni 2018 op <https://www.zorgprisma-publiek.nl/producten/zorg-dichtbij/wet-langdurige-zorg/row-3/wat-zijn-de-gemiddelde-kosten-per-persoon-in-de-wlz/>

⁷⁶ Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse VVT 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.

⁷⁷ Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2019). *Jaarverslagenanalyse VVT 2018: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.

Bij een afname van 1 maand per jaar is na 8 jaar de mediane ligduur van 20 naar 12 maanden gedaald. Deze minimale ligduur neemt niet verder af. In 20 jaar tijd (de periode die in het Capaciteitsplan vooruit wordt gekeken) betekent dit een afname in ligduur van $8 \text{ jaar} \times 3\% + 12 \text{ jaar} \times 0\% = 24\%/20 \text{ jaar} = 1,2\%$ per jaar.

Een vermindering van de ligduur betekent dat er meer wisseling van cliënten zal zijn. De specialist ouderengeneeskunde besteedt bij de voorbereiding van de opname en in de periode voor het overlijden van een cliënt bovengemiddelde zorg aan een cliënt. Daarom kan de daling van de gemiddelde ligduur vertaald worden naar een toename van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde met 1 à 1,2% per jaar.

4.4.8 Toename gebruik acute zorg door ouderen

Steeds meer ouderen zullen een beroep doen op acute zorg, zowel vanwege ziekte als voor letsel door bijvoorbeeld valincidenten. Dit komt met name doordat ouderen langer thuis blijven wonen.^{78, 79} Het RIVM voorspelt dat tussen nu en 2040 het aantal SEH-bezoeken van mensen tussen de 70 en de 74 jaar met gemiddeld 1,5 procent per jaar zal groeien. Voor mensen ouder dan 90 groeit het aantal SEH-bezoeken met iets meer dan 4,5 procent per jaar. Dit legt ook extra druk op de doorstroom van oudere patiënten van de spoedeisende hulp naar andere vormen van zorg, zoals eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).⁸⁰ Zoals beschreven in paragraaf 4.3.5 is het gebruik van ELV-palliatief en -hoogcomplex tussen 2015 en 2017 toegenomen met 46%. Het aantal behandelingen GRZ bij voornamelijk de groep van 70 jaar of ouder zal de komende 20 jaar flink toenemen. Dat blijkt uit de berekeningen van Prismant in paragraaf 4.3.4.

4.4.9 Parameterwaarde epidemiologie hoger dan in voorgaande ramingen

Op basis van bovenstaande informatie zijn de parameterwaarden voor **epidemiologie** voor de raming 2021-2024 geschat op **+ 0,3% tot + 0,8% per jaar**. In 2016 waren deze waarden lager ingeschat, namelijk op + 0,2% tot + 0,5% per jaar. In 2010 en 2013 lagen deze waarden op 0,0% tot + 0,2%.

⁷⁸ Winkel E., & Kousemaeker, G. de (2017). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen*. Amsterdam: Fluent.

⁷⁹ Does, H. van der, Baan, A., & Panneman, M. (2019). *Privé-valongevallen bij ouderen: Cijfers valongevallen in de privésfeer 2018*. Amsterdam: VeiligheidNL.

⁸⁰ ActiZ (2018). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen: Managementsamenvatting*. Geraadpleegd op 31 mei 2018 op <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2018/02/actiz-roept-ministers-op-de-acute-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-anders-te-organiseren>

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

4.5.1 Populatie ouderen steeds groter en diverser

Zoals in paragraaf 4.3 al is benoemd, zal het aantal ouderen in de toekomst sterk toenemen. Dit biedt grote uitdagingen voor de gezondheidszorg.⁸¹ De groep 75-plussers blijft langer zelfstandig wonen en krijgt te maken met steeds complexere problematiek. Het aantal 85-plussers en het aantal alleenstaande ouderen neemt toe. Dit zijn groepen met een relatief hoog zorggebruik.

De groep ouderen wordt niet alleen groter, maar ook gevarieerder. Zo neemt bijvoorbeeld het aandeel kinderloze ouderen toe. Ook zullen ouderen in de toekomst vaker van niet-westerse herkomst zijn, al blijft hun aandeel in de totale populatie 75-plussers klein. Dit heeft invloed op de zorgvraag. Onder migrantenouderen komen namelijk vaker bepaalde ouderdomsziekten voor, zoals dementie en diabetes. Daarbij hebben zij een andere houding ten aanzien van bijvoorbeeld het vragen om hulp en het gebruik maken van mantelzorg.

Het opleidingsniveau stijgt en de nadruk komt steeds meer op 'eigen regie' en 'kwaliteit van leven' te liggen. Hierdoor lijken ook ouderen in het algemeen mondiger en meer geneigd hun eigen wensen en behoeften ten aanzien van zorg ingewilligd te willen zien. Zo ontstaat er een algemene vraag naar meer maatwerk en neemt men vaker zelf de organisatie van zorg ter hand. Daarnaast blijft er een groep ouderen bestaan die vanwege een gebrek aan eigen regie, (digitale) vaardigheden, inkomen, netwerk e.d. juist moeite heeft om grip te krijgen op de eigen zorg- en ondersteuningsbehoefte.

Over het algemeen zal de vraag naar passende zorg, ondersteuning en huisvesting door en voor ouderen toenemen.

4.5.2 Extra investeringen in de ouderenzorg

Sinds de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is er in Nederland veel discussie rondom de ouderenzorg. De trend is dat ouderen zo lang mogelijk thuis wonen en zij willen dit veelal ook.^{82,83} Personen komen alleen in aanmerking voor zorg uit de Wlz of een plaats in een verpleeghuis als er blijvend behoefte is aan 24 uur per dag toezicht en zorg in de nabijheid.^{84,85} Er was veel kritiek op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en dreigende bezuinigingen door de overheid. Dit werd onder meer aangewakkerd door het manifest 'Scherp op ouderenzorg' van Hugo Borst en Carin Gaemers. Hierdoor zijn in 2016 en 2017 diverse bezuinigingsplannen geschrapt.⁸⁶ Ook is er een

⁸¹ Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I., & Draak, M. den (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁸² Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.). (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁸³ Gielen, W., Herbers, D., & Hitzert, F. (2018). *Verhuizingen van oudere huishoudens*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

⁸⁴ Burg, M. van den, Dijk, C. van, Dik, J. W., Heim, N., & Mahler, M. (2018). *Zorgcijfers Monitor: Verblijfsduur in verpleging en verzorging niet korter in de Wet langdurige zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

⁸⁵ Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & Klerk, M. de (Red.). (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁸⁶ Waardigheid en trots (2016). *Bezuiniging half miljard op verpleeghuis- en gehandicaptenzorg geschrapt*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/bezuiniging-half-miljard-op-verpleeghuis-en-gehandicaptenzorg-geschrapt/>

nieuw 'Kwaliteitskader verpleeghuiszorg' vastgesteld en is er juist extra geïnvesteerd in de zorg aan kwetsbare ouderen.^{87, 88, 89, 90} Een groot deel van de investeringsgelden is bedoeld voor het terugdringen van het personeelstekort.^{91, 92}

4.5.3 Pact voor de ouderenzorg moet zorg thuis en in verpleeghuis verbeteren

Op 8 maart 2018 ondertekenden een groot aantal partijen, waaronder VWS, Verenso, LHV, ActiZ en ZN, het 'Pact voor de ouderenzorg'.^{93, 94} Dit pact stelt als drie belangrijkste maatschappelijke opgaven: het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen, het verbeteren van verpleeghuiszorg en het bevorderen van langer thuis wonen. Deze drie punten zijn uitgewerkt in de afzonderlijke programma's: 'Eén tegen eenzaamheid', 'Thuis in het verpleeghuis' en 'Langer thuis'.^{95, 96, 97}

Het actieprogramma 'Eén tegen eenzaamheid' heeft als doel om eenzaamheid onder ouderen te verminderen. Nu geeft meer dan de helft van de 75-plussers aan zich matig tot ernstig eenzaam te voelen.⁹⁸ Op landelijk en lokaal niveau moet een trendbreuk van eenzaamheid onder ouderen in gang worden gezet door eenzaamheid duurzaam te signaleren, bespreekbaar te maken en aan te pakken.

Het programma 'Thuis in het verpleeghuis' kent als hoofddoelstelling 'zorgen dat er voldoende tijd, aandacht en goede zorg is voor alle bewoners'. Een sleutelvoorwaarde voor deze persoonsgerichte zorg is dat er gemotiveerde, deskundige en voldoende zorgverleners zijn. Daarom wordt er geïnvesteerd in personeel, in het terugdringen van administratieve lasten en in het bewerkstelligen van een goed werk- en leerklimaat.

⁸⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 8 juli). *Kamerbrief over zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/07/08/kamerbrief-over-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>

⁸⁸ Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren*. Diemen: Auteur.

⁸⁹ ActiZ (2017). *Ouderenzorg nu en in de toekomst* [Infographic]. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2017/09/blijvende-investering-ouderenzorg-in-troonrede>

⁹⁰ VVD, CDA, D66, & ChristenUnie (2017). *Vertrouwen in de toekomst: Regeerakkoord 2017 – 2021*. Den Haag: Auteurs.

⁹¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 13 mei). *Actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>

⁹² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 25 juni). *Kamerbrief over aanvullend Wlz-zorginkoopkader 2019 inzake besteding extra middelen verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2018/06/25/kamerbrief-over-besteding-extra-middelen-verpleeghuiszorg>

⁹³ VWS en samenwerkende partijen (2018). *Pact voor de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/03/08/35-partijen-sluiten-pact-voor-de-ouderenzorg>

⁹⁴ Verenso (2018, 8 maart). *Verenso tekent pact ouderenzorg van minister Volksgezondheid* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/verenso-tekent-pact-ouderenzorg-van-minister-volksgezondheid>

⁹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieprogramma 'Eén tegen Eenzaamheid'*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/20/actieprogramma-een-tegen-eenzaamheid>

⁹⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Thuis in het Verpleeghuis - waardigheid en trots op elke locatie*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/documenten/publicaties/2018/04/10/programma-kwaliteit-verpleeghuiszorg>

⁹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>

⁹⁸ Campen, C. van, Vonk, F., & Tilburg, T. van (Red.) (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

In het programma ‘Langer thuis’ wordt expliciet het belang onderstreept van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn en in de verbinding met de spoedzorg. Hiervoor is dan ook extra geld beschikbaar gesteld door het kabinet.⁹⁹ Ook wordt het onderbrengen van de medische zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde in de Zorgverzekeringswet (Zvw) genoemd.

4.5.4 Extramurale behandeling naar Zvw in 2020

In het Capaciteitsplan 2016 is aangegeven dat de overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw zeker tot 2018 zou duren. Inmiddels heeft de minister besloten de bekostiging van ‘aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke groepen in de eerste lijn’, ofwel de extramurale behandeling, per 1 januari 2020 op te nemen in de Zvw.¹⁰⁰ Tot die tijd geldt de ‘subsidiereregeling extramurale behandeling’, die in de afgelopen jaren de nodige verbetering heeft ondergaan. Zo kunnen sinds 2017 ook zelfstandig werkende specialisten ouderengeneeskunde op indicatie van een huisarts zorg leveren aan extramurale cliënten.^{101, 102} Ook zijn met ingang van 2019 tariefsverhogingen en regelversoeplingen ingevoerd voor de extramurale behandeling van kwetsbare ouderen die thuis of in kleinschalige woonvoorzieningen wonen, en voor modulaire zorg door de specialist ouderengeneeskunde.^{103, 104, 105, 106} Het wegvallen van financiële belemmeringen zal de inzet van de specialist ouderengeneeskunde buiten de verpleeghuizen, in de eerste lijn, naar verwachting aanzienlijk vereenvoudigen. Dat de kosten van deze zorg mee gaan tellen voor het eigen risico kan voor patiënten echter een drempel zijn om er gebruik van te maken.¹⁰⁷

4.5.5 Effecten en kosten extramuralisering niet eenduidig

Het overheidsbeleid stimuleert ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Dit zou moeten leiden tot meer eigen regie en kwaliteit van leven voor de ouderen en een afname van de zorgkosten. Volgens onderzoek van de NZa zijn de gemiddelde zorguitgaven voor alle groepen ouderen die zelfstandig wonen aan het dalen. De uitgaven aan zorg voor ouderen in het verpleeghuis zijn de afgelopen 4 jaar juist gestegen. Gemiddeld zijn de uitgaven voor een oudere tussen 2013 en

⁹⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Kamerbrief Plan van aanpak programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 8 november 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/05/programma-langer-thuis-samen-aan-de-slag-plan-van-aanpak-2018-2021>

¹⁰⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief ‘Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen’*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patiëntgroepen>

¹⁰¹ Waardigheid en trots (2017). *Wegwijzer zorgvernieuwing: Positionering en de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts*. Utrecht: Auteur.

¹⁰² Waardigheid en trots (2018). *Beslisboom inzet SO op verzoek huisarts in de praktijk*. Geraadpleegd op 5 april 2018 op https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/02/WT_Beslisboom_SO_2018.pdf

¹⁰³ Verenso (2018, 5 juli). *Hoger tarief voor extramurale zorg door specialist ouderengeneeskunde* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/hoger-tarief-voor-extramurale-zorg-door-specialist-ouderengeneeskunde>

¹⁰⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 5 juli). *Kamerbrief ‘Toezegging beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvoorzieningen’*. Geraadpleegd op 30 september 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/07/05/kamerbrief-over-ouderengeneeskunde-in-kleinschalige-woonvoorzieningen>

¹⁰⁵ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 - BR/REG-19120*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/

¹⁰⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Informatiekaart beleid en regels voor de langdurige zorg 2019*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245618_22/1/

¹⁰⁷ Veldman, D., Soffer, I., & Laterveer, M. (2019, 14 juni). *Algemeen Overleg Pakketbeheer 26 juni* [Brief aan Tweede Kamer]. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), LOC Zeggenschap in zorg.

2015 gedaald. Of de gemiddelde uitgaven aan zorg voor alle ouderen structureel zijn afgenomen is nog niet duidelijk. Daarvoor is meer onderzoek nodig.¹⁰⁸

Onderzoekers van het RIVM, CPB en de Erasmus Universiteit hebben onderzocht of extramuralisering tot kostenbesparing leidt. Zij gingen over de periode 2009-2013 na of tussen de groep ouderen met een indicatie voor thuiszorg en ouderen in intramurale zorgvoorzieningen de sterfte en totale zorgkosten verschillen. De sterftetekans voor beide groepen blijkt ongeveer even groot te zijn. Toegang tot de intramurale zorg verlaagt wel de kans op een ziekenhuisopname. Mogelijk wordt de ziekenhuiszorg deels overgenomen door de zorginstelling. De totale zorgkosten van ouderen met een indicatie voor intramurale zorg zijn volgens dit onderzoek niet hoger dan voor ouderen met een indicatie voor thuiszorg. De extra kosten voor intramurale zorg over de periode van 2 jaar na indicatie worden namelijk gecompenseerd door lagere kosten aan thuiszorg en ziekenhuiszorg. De onderzoekers concluderen dat de extramuralisering op zich niet tot kostenbesparingen leidt.¹⁰⁹

4.5.6 Behoeftte aan nieuwe woon-zorg-vormen

Door de vergrijzing in Nederland neemt in de komende jaren de behoefte aan wonen met zorg toe. Het gaat daarbij om uiteenlopende woonvormen: van zware zorg met verblijf in een instelling tot en met zelfstandig wonen met lichte zorg thuis. Dit blijkt uit onderzoek naar prognoses op het gebied van wonen en zorggebruik volgens het zogenoemde Fortuna-model.¹¹⁰

Als gevolg van het extramuraliseringsbeleid is in de afgelopen jaren het aantal intramuraal wonende cliënten in de verpleeghuissector met ongeveer 5.000 personen gedaald.^{110,111} Onder invloed van de sterke vergrijzing zal deze groep volgens de Fortuna-prognoses weer groter worden. In de periode 2017 – 2040 zou het gaan om een stijging van bijna 95.000 personen.

De meeste ouderen willen weliswaar zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, maar er is wel behoefte aan voldoende sociaal contact en veiligheid.^{110,112,113} Hierdoor ontstaat er vraag naar woonconcepten waarin veilig zelfstandig wonen mogelijk is, zo nodig met enige zorg, gecombineerd met voldoende voorzieningen en 'gezelligheid'.¹¹⁴ De overheid stelt in het programma 'Langer thuis' dat zij het tot stand komen van nieuwe woon(zorg)vormen voor ouderen ondersteunt en stimuleert.¹¹⁵

¹⁰⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234967_22/1/

¹⁰⁹ Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., & Doorslaer, E. van (2018). *Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 25 maart 2019 op <https://www.rivm.nl/documenten/pdf-thuiszorg-is-niet-altijd-goedkoper-dan-verpleeghuiszorg-esb>

¹¹⁰ Willems, J., & Faessen, W. (2018). *Verkenning wonen met zorg: Uitkomsten Fortuna 2017*. Delft: ABF Research.

¹¹¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Monitor Langdurige Zorg: Gebruik Wlz-zorg in natura*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wlz-zorg-in-natura>

¹¹² Gielen, W., Herbers, D., & Hitzert, F. (2018). *Verhuizingen van oudere huishoudens*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

¹¹³ Plaisier, I., Draak, M. den (2019). *Wonen met zorg: Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

¹¹⁴ Daalhuizen, F., Groot, C. de, & Kam, G. de (2019). *Langer zelfstandig wonen in een geschikte woonomgeving*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

¹¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Kamerbrief Plan van aanpak programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 8 november 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/05/programma-langer-thuis-samen-aan-de-slag-plan-van-aanpak-2018-2021>

In het voorjaar van 2019 heeft het kabinet een stimuleringsregeling opengesteld om de financiering van nieuwe wooninitiatieven te ondersteunen.¹¹⁶

4.5.7 Medische zorg in kleinschalige woonvormen is knelpunt

De laatste jaren zijn er mede als gevolg van de veranderde wet- en regelgeving in de langdurige zorg steeds meer kleinschalige woonvormen ontstaan voor mensen met dementie. Hierbij is gebleken dat met name (nieuwe) particuliere zorgaanbieders niet altijd goede zorg en patiëntveiligheid kunnen waarborgen. Ook hebben zij de randvoorwaarden niet altijd op orde.¹¹⁷ Dit wordt met name een probleem als de beperkingen en de zorgcomplexiteit van de bewoners toenemen. In de meeste gevallen zijn het huisartsen die verantwoordelijk zijn voor de zorg aan deze bewoners. De LHV heeft echter eind 2018 aangegeven dat de mogelijkheden en expertise van huisartsen op dit gebied grenzen kent.¹¹⁸ Het is belangrijk dat ook in kleinschalige woonvoorzieningen de specialist ouderengeneeskunde met zijn geriatrische expertise beschikbaar is in aanvulling op de huisarts. Verenso heeft het ministerie van VWS geadviseerd te zorgen voor regelgeving voor het opzetten van kleinschalige woonvormen, zodat een minimale basis van kwaliteit gegarandeerd kan worden. Goede samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde moeten daarvan deel uitmaken.¹¹⁹

Het ZIN adviseerde het ministerie van VWS in 2017 om het onderscheid tussen zorg met en zonder behandeling te laten vervallen. Ook stelde ZIN voor om alle vormen van behandeling en aanvullende zorg integraal onderdeel te maken van de Wlz.¹²⁰ Alle zorginstellingen zouden dan verantwoordelijk worden voor de coördinatie van zorg en behandeling voor al hun cliënten. Dit zou de multidisciplinaire zorg aan toenemend kwetsbare en complexe cliëntengroepen verbeteren. Het advies is echter door de minister van VWS niet gevolgd.¹²¹ Het risico van mogelijke verslechtering van de toegankelijkheid van de artsenfunctie was daarbij een belangrijk argument. De knelpunten voor de beschikbaarheid van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zouden dan voor kleine woonvoorzieningen waarschijnlijk nog groter worden.¹²²

¹¹⁶ Rijksoverheid (2019, 1 februari). *Stimuleringsregeling om nieuwe vormen van wonen en zorg voor ouderen vlot te trekken*. Geraadpleegd op 4 april 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/01/stimuleringsregeling-om-nieuwe-vormen-van-wonen-en-zorg-voor-ouderen-vlot-te-trekken>

¹¹⁷ Plaisier, I., Draak, M. den (2019). *Wonen met zorg: Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

¹¹⁸ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

¹¹⁹ Verenso (2018). *Rol van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen: Inventarisatie van ervaringen en benodigde randvoorwaarden*. Utrecht: Auteur.

¹²⁰ Zorginstituut Nederland (2017). *Advies: Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

¹²¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 11 april). *Kamerbrief over standpunt positionering behandeling in de Wlz*. Geraadpleegd op 18 april 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/11/kamerbrief-over-standpunt-positionering-behandeling-in-de-wlz>

¹²² Nederlandse Zorgautoriteit (2019, 21 februari). *Uitvoeringstoets Integrale zorg voor Wlz-cliënten: Een analyse van de macro-effecten en een voorstel voor een bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267107_22/1/

4.5.8 Eerstelijnsverblijf organisatorisch en financieel versterkt

Voor kwetsbare ouderen die tijdelijk niet veilig in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar voor wie opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling niet nodig is, is er het eerstelijnsverblijf (ELV). Het ELV kent laagcomplex, hoogcomplex en palliatieve zorg. De laag- en hoogcomplex ELV-zorg is gericht op herstel en terugkeer naar huis. In principe draagt de huisarts de verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening bij laagcomplex zorg, terwijl de specialist ouderengeneeskunde die verantwoordelijkheid heeft bij de hoogcomplex zorg.

Uit recent onderzoek blijken echter verbeterpunten voor de organisatie van ELV en de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Zo moet de specialist ouderengeneeskunde ook bij de laagcomplex zorg eerder worden betrokken. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde eerder de medische zorg van de huisarts overnemen. Daarnaast moet de specialist ouderengeneeskunde tijdig op consultbasis bij het voor- of nazorgtraject worden ingezet.¹²³ Ook knelpunten in de bekostiging van het ELV - sinds 2017 ondergebracht bij de Zvw - zijn gesignaleerd.^{123, 124, 125} De minister voor medische zorg heeft medio 2018 aangegeven extra financiën beschikbaar te stellen voor de doorontwikkeling van het ELV. Ook overweegt de minister nieuwe tariefstellingen. Dit gebeurt in samenhang met de bekostiging van de geriatrische revalidatiezorg en de extramurale behandeling.¹²⁶ Sinds 2018 wordt er bovendien gewerkt aan een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiepunten voor ELV en andere vormen van tijdelijk verblijf. Op deze manier kan de samenhang en afstemming om de juiste zorg op de juiste plek te geven, geoptimaliseerd worden.^{127, 128}

4.5.9 Meer inzet specialist ouderengeneeskunde

Bovengenoemde ontwikkelingen bevorderen het leveren van samenhangende medische zorg en ondersteuning aan ouderen via de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Het doel daarvan is om ouderen zo lang mogelijk verantwoord thuis te laten wonen en ziekenhuis- of verpleeghuisopnames zoveel mogelijk te voorkomen of uit te stellen. Daarmee verandert de rol van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde werkt niet meer alleen in het verpleeghuis, maar bezoekt ouderen ook thuis. Ook het adviseren van en samenwerken met huisartsen en de wijkverpleging wordt steeds belangrijker. Zowel in de verpleeghuizen als in de eerste lijn is voldoende beschikbaarheid van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk. Het is overigens te verwachten dat verbeteringen in de toegankelijkheid en de inzet van de specialist ouderengeneeskunde leiden tot een grotere aanspraak op de capaciteit van de beroepsgroep.

¹²³ Camp, L. van de, Koster, L., & Lapajian, I. (2018). *Rapportage onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Significant.

¹²⁴ Ubink-Bontekoe, C., & Spierenburg, M. (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Vilans.

¹²⁵ ActiZ, & Q-Consult Zorg (2018). *Onderzoek Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Auteurs.

¹²⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 28 juni). *Kamerbrief over Kwaliteit en doorontwikkeling eerstelijnsverblijf (ELV)*. Geraadpleegd op 23 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/28/kamerbrief-over-kwaliteit-en-doorontwikkeling-eerstelijnsverblijf-elv>

¹²⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 4 april). *Kamerbrief over regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/04/kamerbrief-over-regionale-coördinatiepunten-eerstelijnsverblijf>

¹²⁸ Kromhout, M., Kornalijnslijper, N., & Klerk, M. de (Red). (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Het ouderenpact heeft een stuwend effect op de vraag naar de specialist ouderengeneeskunde. Ook de inzet in de eerste lijn en de wijzigingen in regelgeving vergroten de vraag naar de specialist ouderengeneeskunde. Daarom wordt de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen gesteld op **minimaal +0,1% tot maximaal +0,8% jaarlijkse groei**. In 2016 waren de experts wat minder zeker van een toename in de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde. De parameterwaarden waren toen -0,5% tot +0,5%.

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 14 staan de parameterwaarden voor de zorgvraag samengevat. Zij worden vergeleken met de gehanteerde waarden in de Capaciteitsplannen uit 2013 en 2016.

Tabel 14: Parameterwaarden zorgvraag

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Demografie			
5 jaar	15%	14%	14%
10 jaar	32%	32%	33%
15 jaar	53%	55%	55%
20 jaar	78%	81%	76%
Epidemiologie	0,0% tot + 0,2%	+0,2% tot +0,5%	+0,3% tot +0,8%
Sociaal-cultureel	- 1,5% tot - 2,0%	-0,5% tot +0,5%	+0,1% tot +0,8%
Onvervulde vraag	+ 8,0% tot +15,0%	+5,0% tot +11,0%	+10,5% tot +16,0%



5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de omvang en samenstelling van de huidige beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde beschreven. Op basis hiervan is een verwachting uit te spreken over de 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 (HVRC). 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

Deze paragraaf beschrijft 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 15 laat zien dat er 1.743 specialisten ouderengeneeskunde ingeschreven staan op 1 januari 2019. Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2009 bedroeg 1.448. Dit is een groei van 295 specialisten in 10 jaar, een toename van 20%. 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 15: Aantal en geslacht geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari*

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal	1.448	1.474	1.436	1.446	1.491	1.531	1.571	1.568	1.616	1.685	1.743
Index	100	102	99	100	103	106	108	108	112	116	120
% vrouwen	61%	61%	63%	63%	64%	64%	64%	65%	66%	67%	68%

Bron: RGS, 10 januari 2019 | *daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

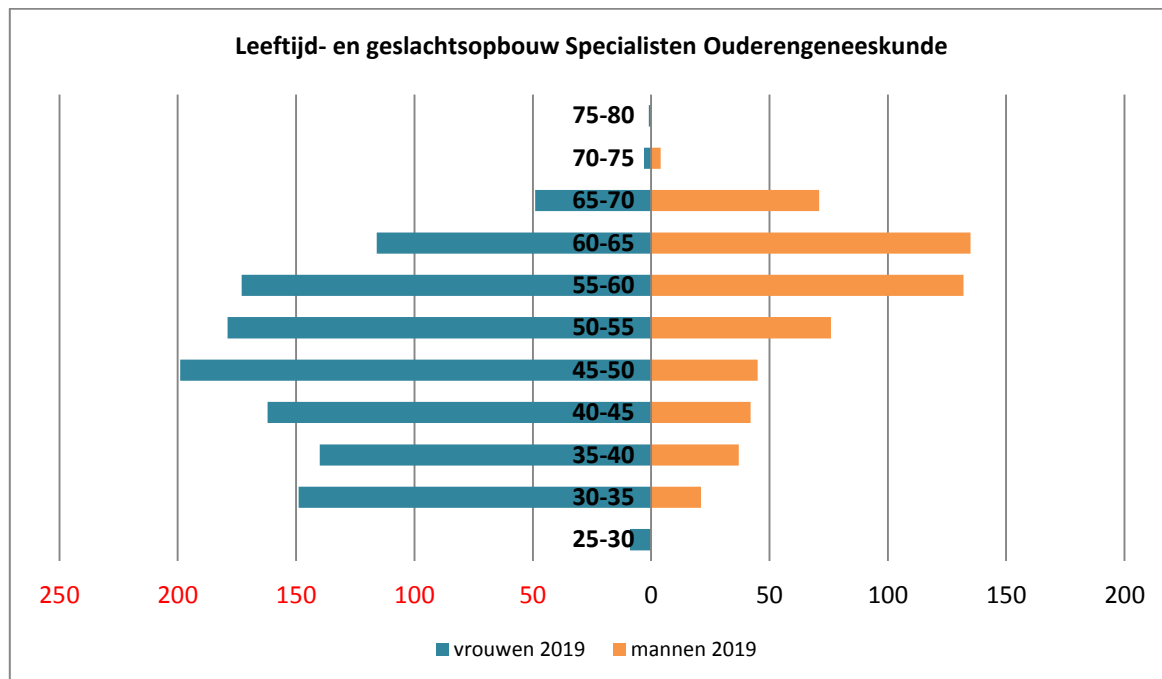
De jaarlijkse groei van de beroepsgroep verloopt gestaag en bedraagt de laatste jaren ongeveer 3%. Het percentage vrouwen blijft langzaam toenemen en ligt per 1 januari 2019 op 68%. Gezien de ontwikkeling van het percentage vrouwen onder de aios, inmiddels 82%, valt er de komende jaren nog verdere 'feminisering' van het beroep te verwachten. Voor de huidige raming is de **parameter percentage werkzame vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde gesteld op 68% en het percentage werkende mannen op 32%.**

5.2.2 Verdeling naar leeftijd en geslacht

In figuur 22 is de opbouw van de groep geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2019 weergegeven. De groep vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde kent een redelijk gelijkmatige leeftijdsopbouw, waarbij de meesten tussen de 40 en 60 jaar

zijn. De mannelijke specialisten ouderengeneeskunde zitten vooral in de oudere leeftijdscategorieën. Van de mannen is bijna 75% 50 jaar of ouder, van de vrouwen is dit 43%.

Figuur 22: Leeftijd- en geslachtsofbouw specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2019*



Bron: RGS, 8 februari 2019 | *daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde is per 1 januari 2019 50 jaar. In 2016 was dit bijna 50 jaar, in 2013 was het 48 jaar en in 2011 was het 47 jaar. Dit blijkt uit gegevens van de RGS. Het totale aandeel specialisten ouderengeneeskunde van 50 jaar en ouder is momenteel 54% van het totale aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. In 2016 lag dit aandeel op 54%, in 2013 was dit 47% en in 2011 was het 43%.

Een groot aandeel oudere specialisten heeft voor de raming als consequentie dat er gemiddeld meer uitstroom vanwege pensionering zal zijn. Zoals blijkt uit tabel 15 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. De resultaten van deze analyse staan in paragraaf 5.5 over de uitstroom uit het vak en in de conclusie aan het einde van dit hoofdstuk.

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. Specialist kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. Dit kan zijn in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag, omdat de specialist is overleden of vanwege instroom in een ander beroep. Dit is bijvoorbeeld een ander

specialisme, een managementfunctie of iets dergelijks. 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 5 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

Sinds 2010 gebruikt het Capaciteitsorgaan voor de berekening van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het 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. Er zijn bijvoorbeeld meerdere commerciële dienstverleners die specialisten ouderengeneeskunde in dienst hebben, maar in de database van het SSB niet worden aangemerkt als 'organisatie binnen de gezondheidszorg'.

In tabel 16 zijn de percentages weergegeven van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde in de periode 2008 - 2017. Het CBS werkt de data in het SSB jaarlijks bij. 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 16: Percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% werkzaam	94,47%	95,65%	91,93%	97,28%	98,89%	97,38%	95,36%	94,53%	96,94%	97,15%

Bron: CBS StatLine, 4 maart 2019

Op basis van het gemiddelde van deze waarden wordt de parameter **percentage werkzaam** voor de raming 2021-2024 gesteld op **95,96%**. Die waarde ligt lager dan bij de raming in 2016 (97,2%). Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2019 komt met de nieuwe parameter uit op **1.672**.

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 opleiding tot sociaal geriater slechts 2 jaar betrof. Dat geldt in Europees verband niet als (medisch) specialistische opleiding. Aan sociaal gerieters is vervolgens de mogelijkheid geboden via een verkort traject de titel specialist ouderengeneeskunde te behalen. Daarbij verkrijgen zij de kaderaantekening psychogeriatrie. De sociaal gerieters die sindsdien dit traject hebben gevolgd, kunnen zich inmiddels specialist ouderengeneeskunde én sociaal geriater én kaderarts psychogeriatrie noemen. Zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.

De Stichting Geriopterix adviseert sociaal geriater die niet van plan zijn specialist ouderengeneeskunde te worden, om sociaal geriater te blijven en te blijven voldoen aan de herregistratie-eisen van Geriopterix. Per februari 2019 staan er 21 sociaal geriateren geregistreerd in het register van Geriopterix.^{129,130} In april 2016 waren er 25 in de ouderenzorg werkzame sociaal geriateren bekend bij Geriopterix. Van hen hadden er 4 per januari 2016 ook een registratie als specialist ouderengeneeskunde. Zij staan inmiddels niet meer in het register van Geriopterix, vandaar dat de groep geregistreerden inmiddels 21 sociaal geriateren omvat. Het Capaciteitsorgaan neemt aan dat deze groep sociaal geriateren op termijn, wanneer zij met pensioen gaan, worden vervangen door specialisten ouderengeneeskunde. De sociaal geriateren werken in de GGZ voor ouderen en de gemiddelde leeftijd is 57 jaar. Sociaal geriateren 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 geriateren van 0,75 fte.

Vanaf 2010 is in het Capaciteitsplan rekening gehouden met de in de ouderenzorg werkzame sociaal geriateren, die op termijn vervangen moeten worden. Ook in voorgaande ramingen is rekening gehouden met een gemiddelde aanstellingsfactor van 0,75 fte. In de huidige raming wordt op basis van bovenstaande uitgegaan van de toevoeging van **21 werkzame sociaal geriateren**. Zij voegen **16fte** toe aan beschikbare capaciteit specialisten ouderengeneeskunde.

5.3 Omvang dienstverband

Tabel 17 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). In dit bestand is van de werkzame specialisten ouderengeneeskunde de deeltijdfactor geregistreerd.

Tabel 17: Deeltijdfactor van specialisten ouderengeneeskunde per jaar

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Deeltijdfactor mannen	0,95	0,95	0,96	0,94	0,93	0,94	0,93	0,93	0,94	0,92
Deeltijdfactor vrouwen	0,81	0,82	0,82	0,81	0,82	0,83	0,82	0,83	0,85	0,83
Deeltijdfactor totaal	0,87	0,87	0,87	0,86	0,86	0,87	0,86	0,86	0,88	0,86

Bron: CBS StatLine, 4 maart 2019

In de tabel is de gemiddelde deeltijdfactor van mannen en vrouwen in de laatste 10 jaar opgenomen. De gegevens uit 2017 zijn als meest recente beschikbaar, maar zijn nog voorlopig. De cijfers laten zien dat de deeltijdfactor van de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde in de periode 2008-2017 schommelt tussen 0,92 en 0,96. In 2017 ligt de deeltijdfactor op 0,92. Ook de deeltijdfactor van de vrouwen schommelt, tussen 0,81 en 0,85. In het laatste jaar ligt deze op 0,83.

¹²⁹ De Stichting Geriopterix is een onafhankelijke stichting die het register van sociaal geriateren beheert zolang er sociaal geriateren zijn die aan de herregistratie-eisen voldoen. Geraadpleegd op 4 februari 2019 op de website van de Stichting Geriopterix www.nvsg.nl/register.html

¹³⁰ K. Kamperman, voorzitter Geriopterix, persoonlijke communicatie, 16 maart 2019.

Ook door Prismant is de contractomvang onderzocht in het onderzoek naar de werkcontext en tijdsbesteding van specialisten ouderengeneeskunde. Volgens dit herhaalonderzoek uit 2018 is de gemiddelde deeltijdfactor van specialisten ouderengeneeskunde 0,86 fte, waarbij de mannen 0,95 fte en de vrouwen 0,82 fte werken.¹³¹ Deze cijfers liggen dicht in de buurt van de cijfers van het CBS. Voor de huidige raming baseert het Capaciteitsorgaan zich op de gegevens van het CBS uit 2017. Op basis van deze cijfers bedraagt de **parameter gemiddeld fte voor mannen 0,92 en voor vrouwen 0,83. Het totaal gemiddelde fte voor mannen en vrouwen is 0,86.** Voor de mannen is de parameterwaarde daarmee iets lager ten opzichte van de raming in 2016. Toen was deze 0,94 fte. Voor de vrouwen is deze parameter ongewijzigd. Ook in 2016 was deze 0,83 fte. Voor het totaal van mannen en vrouwen komt de parameter iets lager uit. In 2016 was de waarde 0,87 fte.

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 2009 is weergegeven in tabel 18.

Tabel 18: Aantal nieuwe inschrijvingen van specialisten ouderengeneeskunde

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inschrijvingen	49	37	51	63	58	65	69	77	93	90

Bron: RGS, 8 februari 2019

Het aantal nieuwe inschrijvingen van specialisten ouderengeneeskunde in het register weerspiegelt de instroom in de opleiding 3 jaar eerder, met correcties voor: tussentijdse uitval, verkorte en verlengde opleidingstrajecten. Vanaf 2010 is het aantal registraties geleidelijk toegenomen. In 2018 waren er 90 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 19 staan de uitschrijvingen uit het register van specialisten ouderengeneeskunde sinds 2009. In 2018 bedroeg het aantal uitschrijvingen 33.

Tabel 19: Aantal uitschrijvingen van Specialist Ouderengeneeskunde

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Uitschrijvingen	23	77	39	20	21	20	65	30	25	33

Bron: RGS, 8 februari 2019

¹³¹ Bloemendaal I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Herregistratie moet (sinds 1995) elke 5 jaar door de specialist ouderengeneeskunde worden 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 in het specialisme 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.¹³² Daarnaast moeten specialisten ouderengeneeskunde aantonen dat zij in de voorgaande 5 jaar hebben deelgenomen aan minimaal 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Sinds 1 januari 2014 zijn specialisten ouderengeneeskunde bovendien verplicht om deel te nemen aan het kwaliteitsvisitatieprogramma van de wetenschappelijke vereniging. Bij herregistratie op of na 1 januari 2020 gelden naast de bestaande herregistratie-eisen nog meer eisen. Specialisten ouderengeneeskunde moeten vanaf dan voldoende hebben deelgenomen aan regelmatige evaluatie van individueel functioneren en aan externe kwaliteitsevaluatie. Verenso heeft voor beide vormen van evaluatie modellen ontwikkeld, waaronder vakgroepvisitatie en individuele visitatie.¹³³

5.5.2 Uitstroom van werkzame specialisten

Voor de ramingen in de Capaciteitsplannen is een schatting nodig voor de komende 20 jaar van de uitstroom van de nu werkzame artsen. Prismant voerde in opdracht van het Capaciteitsorgaan een analyse uit van gegevens over de uitstroom van werkzame artsen op grond van gegevens uit het Sociaal Statistisch Bestand. Het CBS onderscheidt in het SSB of medisch geschoolden werkzaam zijn en zo ja waar. De berekeningen hebben plaatsgevonden met een model op basis van de maatwerkbestanden van het CBS. Prismant zorgde voor de bewerking en actualisatie hiervan. Hiermee berekende Prismant de uitstroombeparameters voor de medisch specialisten.

Prismant maakte een stapsgewijze raming van de uitstroom voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar, met daarin specifiek aandacht voor pensionering:

1. Berekening van het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht.
2. Op basis van de CBS maatwerkbestanden is vastgesteld wat de uitstroombeparameters van specialisten ouderengeneeskunde is geweest tussen 2006 en 2016. Het gaat hier om alle vormen van uitstroom, dus niet alleen over uitstroom vanwege pensioen. Dit resulteert in een uitstroombeparameters naar leeftijd en geslacht in 10 jaar.
3. De uitstroombeparameters naar leeftijd en geslacht zijn vervolgens toegepast op het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde per 1 januari 2019 om de uitstroom tot 2029 te bepalen. Voor het vaststellen van de uitstroom in de daarop volgende periode van 10 jaar zijn de uitstroombeparameters opnieuw toegepast op de in 2029 overgebleven groep specialisten.
4. Daarna zijn de berekeningen uitgevoerd voor de tussenliggende periodes van 5 en 15 jaar. Daarbij is rekening gehouden met de logica dat de uitstroombeparameters toeneemt naarmate men ouder is.
5. Vervolgens is gecorrigeerd voor de verandering in pensioenintredeleeftijd.

¹³² Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2016, januari). *Besluit herregistratie specialisten*. Geraadpleegd op 19 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/herregistratie-eisen.htm> website KNMG

¹³³ Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2018, 29 juni). *Brief over nieuwe voorwaarden voor herregistratie per 2020*. Geraadpleegd op 19 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistreren/veranderde-herregistratie-eisen-brieven-aan-specialisten-en-profielartsen.htm>

6. Als laatste stap zijn de uitstroompercentages vastgesteld na 5, 10, 15 en 20 jaar, uitgesplitst naar geslacht.

5.5.2.1 Uitstroom naar leeftijd en geslacht

Volgens de meest recente cijfers van het RGS zijn er 1.743 specialisten ouderengeneeskunde geregistreerd per 1-1-2019. Op basis van gegevens van het CBS is het percentage werkzame specialisten ouderengeneeskunde vastgesteld. Dit komt uit op 95,96%. Zie paragraaf 5.2.3.1. Prismant heeft dit percentage werkzamen toegepast op de aantallen geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde om de aantallen werkzamen naar 5-jaars leeftijdscategorieën en geslacht in beeld te brengen. Tabel 20 geeft deze gegevens weer.

Tabel 20: Aantal geregistreerde en werkzame specialisten ouderengeneeskunde naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Man	werkzaam	Vrouw	werkzaam
25-30	0	0,0	9	8,6
30-35	21	20,2	149	143,0
35-40	37	35,5	140	134,3
40-45	42	40,3	162	155,5
45-50	45	43,2	199	191,0
50-55	76	72,9	179	171,8
55-60	132	126,7	173	166,0
60-65	135	129,5	116	111,3
65-70	71	68,1	49	47,0
70 en ouder	4	3,8	3	2,9
totaal	563	540,3	1179	1131,4

Bron: RGS, CBS

Op basis van CBS maatwerkbestanden is vastgesteld wat de uitstroomkansen van specialisten ouderengeneeskunde zijn geweest tussen 2006 en 2016. Zie tabel 21.

Tabel 21: Uitstroomkansen specialisten ouderengeneeskunde 2006-2016 naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Man	Vrouw
25-30	0%	0%
30-35	0%	14%
35-40	17%	17%
40-45	6%	13%
45-50	8%	9%
50-55	23%	32%
55-60	74%	80%
60-65	100%	100%
65 en ouder	100%	100%
totaal	29%	26%

Bron: CBS maatwerkbestand, bewerkt door Prismant

In tabel 22 en 23 staat de uitstroom vermeld van respectievelijk de mannen en vrouwen in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar.

Tabel 22: Uitstroom specialisten ouderengeneeskunde (man) per leeftijdscategorie na 5, 10, 15 en 20 jaar

Mannen	Uitstroom na			
Werkzaam	5 jr	10 jr	15 jr	20 jr
25 /m 29	0	0	0	0
30 t/m 34	0	0	1	1
35 t/m 39	1	6	7	8
40 t/m 44	2	3	5	11
45 t/m 49	2	3	13	33
50 t/m 54	6	17	41	73
55 t/m 59	31	93	110	127
60 t/m 64	56	130	130	130
65 en ouder	36	72	72	72
Totaal	134	323	379	454
Uitstroompercentage	25%	60%	70%	84%
idem na correctie pensioen	23%	53%	67%	82%

Tabel 23: Uitstroom specialisten ouderengeneeskunde (vrouw) per leeftijdscategorie na 5, 10, 15 en 20 jaar

Vrouwen	Uitstroom na			
Werkzaam	5 jr	10 jr	15 jr	20 jr
25 /m 29	0	0	1	1
30 t/m 34	5	20	29	36
35 t/m 39	10	22	29	33
40 t/m 44	11	20	34	63
45 t/m 49	11	17	66	156
50 t/m 54	17	54	107	172
55 t/m 59	46	133	149	166
60 t/m 64	50	111	111	111
65 en ouder	25	51	51	51
Totaal	177	429	577	789
Uitstroompercentage	16%	38%	51%	70%
idem na correctie pensioen	15%	33%	47%	64%

Bron: Prismant 2019

Op basis van het aantal werkzamen per 1-1-2019 en de uitstroomkans van specialisten ouderengeneeskunde tussen 2006 en 2016 is berekend hoeveel specialisten ouderengeneeskunde de komende 10 jaar (tot 2029) uitstromen uit het beroep. Om te komen tot het aantal dat uitstroomt in de 10 jaar na 2029 zijn de uitstroomkansen opnieuw toegepast op de groep die in 2029 nog werkzaam is

volgens de berekening.¹³⁴ Daarna is de uitstroom in de tussenliggende periodes van 5 en 15 jaar berekend. Daarbij is rekening gehouden met de logica dat de uitstroomkans toeneemt naarmate men ouder is. Ook is een correctie uitgevoerd voor de toename in pensioenleeftijd naar 67 jaar.

5.5.2.2 Ontwikkeling pensioenleeftijd

Het is gezien alle ontwikkelingen rond pensionering aannemelijk dat de pensioenleeftijd in 2029 aanmerkelijk hoger zal liggen dan nu, ook al heeft het kabinet in 2019 besloten dat de AOW-leeftijd de komende jaren minder snel zal stijgen dan oorspronkelijk was bepaald.^{135, 136} De AOW-leeftijd wordt de komende 2 jaar vastgezet op 66 jaar en 4 maanden. Daarna stijgt de AOW-leeftijd door naar 67 jaar in 2024. Vanaf 2025 zal de AOW-leeftijd 8 maanden stijgen per jaar dat we langer leven (en niet 1 jaar zoals eerst de bedoeling was). De AOW-leeftijd blijft dus gekoppeld aan de levensverwachting maar in mindere mate.

Voor de raming van de uitstroom tot 2029 is uitgegaan van de pensioenleeftijd van 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. Prismant heeft dit in de berekeningen verdisconteerd.

5.5.2.3 Raming van de uitstroom van artsen de komende jaren

Door de uitstroomcijfers voor specialisten ouderengeneeskunde toe te passen op het aantal dat per 1-1-2019 werkzaam was, heeft Prismant berekend welk aandeel 5, 10, 15 en 20 jaar later nog werkzaam is. Tabel 24 geeft samenvattend de verwachting weer voor de uitstroom van specialisten ouderengeneeskunde in 2019 (Capaciteitsplan 2021-2024) ten opzichte van 2016.

Tabel 24: De geraamde uitstroom over 5, 10, 15 en 20 jaar in percentage van thans werkzame SO

Vertrekkans per periode	Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar	22%	15%	23%	15%
Na 10 jaar	39%	27%	53%	33%
Na 15 jaar	59%	44%	67%	47%
Na 20 jaar	72%	57%	82%	64%

Bron: Prismant 2019

Bij de mannen is de verwachting dat 53% over 10 jaar niet meer in het vak werkzaam is, bij de vrouwen is dat 33%. Over 20 jaar is de verwachting dat van de mannen 82% en van de vrouwen 64% niet meer werkt als specialist ouderengeneeskunde.

¹³⁴ Vanuit de CBS-data zijn uitsluitend gegevens beschikbaar over 10-jaarsperiodes (2006-2016) en niet over periodes van 5 jaar. Prismant hanteert daarom de geraamde uitstroom na 10 en 20 jaar als ankerpunten. Op basis van het geraamde uitstroompercentage 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 uitstroompercentage is na 15 jaar.

¹³⁵ Sociale Verzekeringsbank (2019). *AOW-pensioen: Wanneer krijgt u AOW*. Geraadpleegd op 9 mei 2019 op https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat_is_de_aow/wanneer_aow/

¹³⁶ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2019, 5 juni). *Principeakkoord vernieuwing pensioenstelsel*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/05/kamerbrief-principeakkoord-vernieuwing-pensioenstelsel>

Tabel 24 laat zien dat de vertrekkans per periode ten opzichte van 2016 vooral op de langere termijn is veranderd. In de perioden na 10, 15 en 20 jaar is de vertrekkans ten opzichte van 2016 gestegen, zowel voor mannen als voor vrouwen. Voor de mannen is de stijging groter dan voor de vrouwen. De stijging van de vertrekkans wordt veroorzaakt door de groei van de oudere leeftijdsgroepen.

5.6 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. Dit zijn 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 zullen niet direct vertrekken vanwege pensionering. 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.

In 2018 heeft het Nivel nieuwe berekeningen gemaakt voor het Capaciteitsorgaan.¹³⁷ De wijze waarop het toekomstige externe rendement van een opleiding wordt geschat, bestaat uit een aantal 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%. Niet iedere arts is immers daadwerkelijk werkzaam, ook al heeft hij een geldige registratie, geen andere registratie en woont hij in Nederland. Eerder onderzoek van het Nivel 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 25 zijn de oude en de nieuwe percentages voor het externe rendement weergegeven. De stand na 1 jaar voor de mannen wordt nu ingeschat op 98,6% werkzamen, tegenover 99,0% in de vorige raming. Dat is dus een heel klein beetje lager. Voor de stand na 5 jaar wordt nu een iets hoger rendement verwacht, namelijk 92,2% tegenover 91,7%. Dat geldt ook voor de stand na 10 jaar:

¹³⁷ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019*. Utrecht: Nivel.

90,5% in plaats van 86,2%. Na 15 jaar is dezelfde tendens te zien: 87,6% in plaats van 84,4%. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van +1,9% voor de mannen: nu 92,2% en toen 90,3%.

Tabel 25: Extern rendement voor specialisten ouderengeneeskunde in percentages

Extern rendement per periode	Capaciteitsplan 2013		Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 1 jaar	98%	98%	99,0%	98,8%	98,6%	99,3%
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85,0%	90,5%	88,2%
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%

Bron: Nivel 2019

Voor de vrouwen wordt voor de stand na 1 jaar nu uitgegaan van 99,3% in plaats van 98,8% rendement. Voor het prognosemoment na 5 jaar wordt nu een 1,9% hoger rendement verwacht: 93,5% in plaats van 91,6%. Voor de stand na 10 jaar is het verwachte rendement nu 3,2% hoger en na 15 jaar 5,9% hoger. Gemiddeld over de gehele periode van 1 tot 15 jaar na afstuderen gaat het om een verschil van +2,8% voor de vrouwen: nu 91,1% en toen 88,3%.

De nieuwe berekeningen leiden tot een bijstelling van de parameterwaarden voor het externe rendement in deze raming. Het externe rendement van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde wordt nu voor zowel de mannen als de vrouwen wat hoger ingeschat dan in de vorige raming. Daarmee zal de benodigde opleidingscapaciteit bij verder ongewijzigde omstandigheden wat lager worden.¹³⁸

5.7 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2019 bedraagt het percentage mannen en vrouwen onder de 1.743 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde respectievelijk **32%** en **68%**.

In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 81% van de huidige 338 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten (66%).¹³⁹ De geregistreerde beroepsgroep zal door de instroom van vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde de komende jaren blijven 'feminiseren'. De deeltijdfactor is ten opzichte van de raming 2016 voor de mannen iets afgenomen en voor de vrouwen gelijk gebleven. In paragraaf 5.3 is geconstateerd dat de mannelijke specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld **0,92 fte** werken en de vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde **0,83 fte**. Voor mannen en vrouwen samen komt het gemiddelde uit op **0,86 fte**. In het Capaciteitsplan 2016 waren de fte-parameters respectievelijk 0,94 fte, 0,83 fte en 0,87 fte.

¹³⁸ Let wel: de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde kampt al enkele jaren met onderbenutting van het toegestane aantal opleidingsplaatsen. Dit zal het effect van een hoger extern rendement op de benodigde opleidingscapaciteit deels of geheel teniet doen.

¹³⁹ Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp

Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde in 2019 wordt geschat op **1.672**. 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 **1.436 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 **1.452 fte** aan capaciteit. In het meest recente onderzoek van Prismant naar de werkcontext en tijdsbesteding van specialisten ouderengeneeskunde komt de berekening uit op 1.392 fte.¹⁴⁰ In het Capaciteitsplan 2016 werd uitgegaan van 1.340 fte.

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

In tabel 26 en 27 worden de parameterwaarden die in de huidige raming voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen 2013 en 2016.

Tabel 26: Parameterwaarden zorgaanbod: omvang beroepsgroep

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Werkzame specialisten	1.486	1.545 (incl. 21 sociaal ger.)	1.693 (incl. 21 sociaal ger.)
Aantal fte	1.298	1.340 (incl. 16 fte sociaal ger.)	1.452 (incl. 16 fte sociaal ger.)
Gemiddelde fte man	0,96	0,94	0,92
Gemiddelde fte vrouw	0,82	0,83	0,83
Gemiddeld fte totaal	0,87	0,87	0,86
% werkzame vrouwen	62%	65%	68%
% werkzame mannen	38%	35%	32%
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%

¹⁴⁰ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Onderzoek voor het Capaciteitsorgaan, Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Tabel 27: Parameterwaarden zorgaanbod: uitstroom, extern rendement en instroom buitenland

Parameter	Capaciteitsplan							
	2013		2016			2021-2024		
Uitstroom	Totaal		Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Na 5 jaar	18%		22%	15%	19%	23%	15%	17%
Na 10 jaar	37%		39%	27%	34%	53%	33%	40%
Na 15 jaar	53%		59%	44%	53%	67%	47%	54%
Na 20 jaar	69%		72%	57%	66%	82%	64%	70%
Extern rendement	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw		
Na 1 jaar	98%	98%	99,0%	98,8%	98,6%	99,3%		
Na 5 jaar	95%	95%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%		
Na 10 jaar	90%	90%	86,2%	85,0%	90,5%	88,2%		
Na 15 jaar	85%	85%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%		
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 en technologische ontwikkelingen, efficiency en taakherschikking/substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen

6.2.1 Patiënten in verpleeghuizen vragen meer tijd

In 2018 voerde Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek uit naar de werkcontext en de tijdsbesteding van de specialist ouderengeneeskunde.¹⁴¹ Het betrof een herhaling van onderzoeken uit 2009 en 2014. De onderzoeksresultaten van Prismant tonen een kleine afname in het percentage patiëntgebonden taken (70% in 2009 versus 67% in 2018) en managementtaken (12% in 2009 tegen 10% in 2018). Dit bevestigt dat de specialist ouderengeneeskunde vaker in een consulterende rol wordt ingezet. De tijd die wordt besteed aan onderwijs en onderzoek en de taken in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) zijn daarentegen licht toegenomen. Aan organisatorische taken werd in 2009 en 2018 evenveel tijd besteed. De verwachting is dat patiëntgebonden taken, managementtaken en organisatorische taken meer tijd zullen gaan vragen.

Het tijdsbestedingsonderzoek geeft verder aanwijzingen dat patiënten in verpleeghuizen een complexere en zwaardere problematiek hebben dan vroeger. Specialist ouderengeneeskunde besteden hierdoor meer tijd per patiënt. Dit werd in het vorige Capaciteitsplan (2016) ook geconstateerd.

6.2.2 Taakverzwaring door invoering Wet Zorg en Dwang

De invoering van de Wet Zorg en Dwang (Wzd) in 2020 zal specialisten ouderengeneeskunde naar verwachting meer werk opleveren dan nu onder de Wet Bopz het geval is. Door de veranderde procedures moeten artsen niet alleen meer beoordelings- en toezichttaken uitvoeren voor de eigen instelling, maar ook als extern deskundige voor andere organisaties. De taken van de Wzd-functionaris mogen ook door gedragskundigen worden uitgevoerd. Dit zijn gz-psychologen of orthopedagoog-generalisten. Maar als de Wzd-functionaris een gedragskundige is, dan moet een niet bij de zorg betrokken arts toestemming geven bij een aantal vormen van onvrijwillige zorg. Hieronder vallen: toediening van vocht, voeding, medicatie, medische controles, medische handelingen of therapeutische

¹⁴¹ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting.^{142, 143} Bovendien zijn er nog onduidelijkheden over de uitvoerbaarheid van de wet in de thuissituatie en de precieze rol die de Wzd-functionaris en andere zorgprofessionals daarbij hebben.¹⁴⁴ De experts verwachten dat dit extramuraal een taakverzwaring voor de specialist ouderengeneeskunde tot gevolg heeft. De omvang daarvan is echter moeilijk te voorspellen.

6.2.3 Meer tijd gemoeid met GRZ

In het vorige Capaciteitsplan was er gebrek aan voldoende juiste gegevens. Daardoor was de ontwikkeling in het behandelvolume en de intensiteit van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) nog niet in kaart te brengen. De experts uit het werkveld verwachtten hierin destijds een toename. De snellere doorloop van patiënten betekent namelijk dat er meer trajecten gestart worden. Daardoor is er meer tijd gemoeid met overleg en bewaking van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Dit vraagt meer tijd van de behandelende specialist ouderengeneeskunde.¹⁴⁵ Specialisten ouderengeneeskunde besteedden in 2018 25% van de patiëntgebonden tijd aan revalidatie/reactivering. Dat is meer dan in 2009. Toen was dit 21%. Dat blijkt uit het meest recente onderzoek van Prismant naar de tijdsbesteding van de specialist ouderengeneeskunde.¹⁴⁶ In paragraaf 4.3.4 is al benoemd dat het aantal behandeluren GRZ bij voornamelijk de 70-plussers de komende jaren zal toenemen.

6.2.4 Technologische ontwikkelingen vergen nu nog tijd en inspanning

De mate waarin digitale toepassingen worden gebruikt in de gezondheidszorg is afhankelijk van verschillende factoren: de complexiteit van het zorgproces, de interactie tussen zorggebruiker en zorgverlener en de urgentie tot digitaliseren vanwege bijvoorbeeld de arbeidsmarktkrapte en de groeiende populatie kwetsbare ouderen. Het maakt vooral verschil of alleen de zorgverlener met de digitale toepassing gaat werken of dat ook de zorggebruiker hierin een rol heeft. De invoering van toepassingen waarbij beide partijen gebruiker zijn, zoals telemonitoring, beeldbellen of online inzage, gaat langzamer dan bijvoorbeeld het werken met digitale dubbele medicatiecontrole, waarbij alleen de zorgverlener betrokken is.

¹⁴² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 november). *Memorie van toelichting op wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris*. Geraadpleegd op 28 januari 2019 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A35087#activity-2018a05417>

¹⁴³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 9 mei). *Wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris: Nota naar aanleiding van het verslag* [Kamerstuk]. Geraadpleegd op 5 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/09/kamerbrief-over-wijziging-van-twee-wetten>

¹⁴⁴ Verenso (2019). *Wet Zorg en Dwang*. Geraadpleegd op 1 april 2019 op <https://www.verenso.nl/dossiers/wetregeling-wet-zorg-en-dwang>

¹⁴⁵ Brugman, A., Bouwstra, H., Verhage, J., Bolt, M. (2018). Intensievere GRZ na invoering DBC: Wat valt er te leren uit onderzoek naar patientgegevens? *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2, 20-25. Geraadpleegd op 30 augustus 2019 op <https://www.verenso.nl/magazine-april-2018/no-2-april-2018/praktijk/intensievere-grz-na-invoering-dbc>

¹⁴⁶ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

Het gebruik van elektronische patiëntendossiers (epd) en gegevensuitwisseling neemt toe. Dat blijkt uit de E-healthmonitor 2018.^{147, 148} Van de verpleegkundigen in de ouderenzorg gaf in 2018 76% aan dat er elektronische gegevensuitwisseling plaatsvindt met andere zorgverleners. In 2014 was dat 31%. Het eerder genoemde herhaalonderzoek van Prismant naar de werkcontext en tijdsbesteding van specialisten ouderengeneeskunde bevestigt deze toename.¹⁴⁶ Bijna alle ondervraagden in dit onderzoek (ruim 98%¹⁴⁹) geven aan dat in hun organisatie gebruik wordt gemaakt van een epd. Van deze organisaties heeft 43,8% een systeem dat gegevens kan uitwisselen met huisartsen en/of ziekenhuizen. In het vorige onderzoek uit 2014 gaf ongeveer 64% van de deelnemende behandeldiensten aan een epd te gebruiken. Uitwisseling van epd-gegevens met andere zorgverleners was mogelijk bij 28% van die organisaties. De beschikbaarheid van patiëntgegevens en de betere communicatie tussen behandelaars kunnen de doelmatigheid van de medische zorg verbeteren. Dit zou een temperend effect hebben op de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde. De E-healthmonitor 2018 laat verder zien dat het gebruik van toezichthoudende technieken in de ouderenzorg in de periode 2014 – 2018 is gestegen van 53% naar 81%. Het gebruik van telemonitoring is in de ouderenzorg al sinds 2014 redelijk stabiel tussen de 11 en 15% (14% in 2018). Het gebruik van beeldbellen ligt in de ouderenzorg sinds 2015 iets boven de 20% (23% in 2018). Zoals ook in het vorige Capaciteitsplan (2016) is gesteld, zullen ontwikkelingen in dergelijke toepassingen weinig tot geen invloed hebben op het werk van en de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Vanaf 2020 is het wettelijk verplicht dat iedere zorggebruiker online zijn/haar medisch dossier kan inzien. De nieuwe generatie ouderen is beter digitaal onderlegd is. Daarmee zal ook de wens toenemen om online de eigen medische gegevens te kunnen raadplegen en gebruik te maken van een persoonlijke gezondheidsomgeving.¹⁵⁰ De E-healthmonitor 2018 wijst uit dat het werken met dergelijke digitale toepassingen zowel onder zorgaanbieders als onder zorggebruikers nog weinig bekendheid geniet. Gebruik hiervan lijkt vooralsnog eerder tijd en inspanning te vergen van de betrokkenen, dan dat het directe tijdsinstaat oplevert. Zij moeten immers eerst de nodige veranderingen in het zorgproces doorvoeren.

6.2.5 Minimale parameterwaarde iets verhoogd

Op basis van bovenstaande gegevens wordt voor de parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen de minimale waarde iets naar boven bijgesteld, naar **+ 0,4%**. De maximale waarde blijft **+ 0,8%**. In 2016 waren deze waarden op +0,2% tot +0,8% gesteld.

¹⁴⁷ Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

¹⁴⁸ E-health is het gebruik van hedendaagse informatie- en communicatietechnologie, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. E-health wordt ook wel digitale zorg genoemd.

¹⁴⁹ De experts uit het veld plaatsen een kanttekening bij dit hoge percentage: mogelijk is er onduidelijkheid over de interpretatie van 'epd' en/of 'zorgdossier'.

¹⁵⁰ Een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) is een digitale omgeving die een patiënt toegang geeft tot zijn eigen gezondheidsgegevens, die vastgelegd zijn door bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist. Via een pgo heeft een patiënt inzage in gegevens uit meerdere zorgverlenerssystemen tegelijkertijd. De patiënt kan deze gegevens in de pgo zelf gebruiken en er ook eigen gegevens in opslaan.

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.

6.3.1 Vermindering regeldruk blijft nog uit

In 2018 lanceerde het Ministerie van VWS in samenspraak met diverse partijen uit de zorgsector het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg'.¹⁵¹ Het actieplan omvat afspraken die ervoor moeten zorgen dat het aantal administratieve handelingen de komende jaren afneemt. Het doel is dat zorgprofessionals hun tijd daadwerkelijk aan patiëntenzorg kunnen besteden en daarmee weer meer plezier krijgen in hun werk. In 2017 heeft VWS een nulmeting uitgevoerd. Hieruit blijkt dat zorgprofessionals in verpleeghuizen ongeveer 25 procent van hun tijd aan administratieve taken besteden. Zij ervaren dit als belastend, want het gaat ten koste van de directe zorg voor bewoners en cliënten. De zorgprofessionals gaven aan het acceptabel te vinden als zij 14 procent van hun werkbare tijd besteden aan administratie. Periodiek zal onder zorgverleners worden onderzocht of en in hoeverre zij een daadwerkelijke afname van de regeldruk ervaren. De administratiedruk voor zorgprofessionals in de VVT-sector is opgelopen tot bijna 30%, waar men 17% acceptabel vindt. Dat blijkt uit onderzoek van Berenschot in 2018.¹⁵² Ook het CBS wijst erop dat de regeldruk in de sector zorg en welzijn hoog is.¹⁵³ Ander recent onderzoek wijst uit dat in de ouderenzorg in verhouding tot andere zorgsectoren nog de minste verbetering op het gebied van administratie- en regeldruk wordt ervaren.¹⁵⁴

6.3.2 Administratieve ondersteuning laatste jaren niet toegenomen

Specialisten ouderengeneeskunde kunnen tegenwoordig op meer administratieve ondersteuning van een medisch secretariaat of doktersassistenten rekenen dan 10 jaar geleden. Dat blijkt uit het herhaalonderzoek uit 2018 van Prismant onder behandeldiensten in verpleeghuizen.¹⁵⁵ Van de specialisten ouderengeneeskunde in het onderzoek kon in 2018 ruim 83% rekenen op ondersteuning door een medisch secretariaat; in 2009 was dat 21%. Het aantal uren ondersteuning door medisch secretariaat of doktersassistenten bedroeg ruim 24 uur per week per fte specialist ouderengeneeskunde in 2018 tegen 18,5 uur in 2009. Dit is een groei van 30%. Hierbij moet echter in aanmerking worden genomen dat de grootste toename plaatsvond in de periode 2009 – 2013. Tussen 2013 en 2018 is de omvang van de administratieve ondersteuning vrijwel stabiel gebleven. Dit betekent dat er sinds het vorige Capaciteitsplan geen substantiële verbeteringen in de efficiency hebben plaatsgevonden waar het de uitvoering van oneigenlijke administratieve taken betreft.

¹⁵¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 mei). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Geraadpleegd op 28 mei 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>

¹⁵² Berenschot (2018). *Enquête administratieve belasting langdurige zorg: Uitkomsten 2018*. Utrecht: Auteur.

¹⁵³ Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>

¹⁵⁴ Ictivity (2019). *Dossier ICT - De digitale stand van zaken in de zorg: Een onderzoek naar de visie van zorgmedewerkers op ICT, digitale vooruitgang en administratieve handelingen*. Eindhoven: Auteur.

¹⁵⁵ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

6.3.3 Gebrek aan medisch ondersteunend personeel

In het Capaciteitsplan 2016 is gesteld dat het belangrijk is te monitoren hoe de beschikbaarheid van hoger opgeleid medisch ondersteunend personeel zich in de komende jaren ontwikkelt. Bij een (blijvend) gebrek aan dit personeel, 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.

Specialisten ouderengeneeskunde konden in 2009 rekenen op bijna 27 uur ondersteuning per fte van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Zo blijkt uit het eerder genoemde herhaalonderzoek van Prismant. In 2018 is dit ruim 47 uur, een toename van ongeveer 75%. Physician assistants leveren in 2018 daarbij 17 uur ondersteuning per fte specialist ouderengeneeskunde.

De ontwikkelingen in de samenstelling van de behandel dienst in de periode 2013-2018 laat het volgende beeld zien: In 2013 bestond 37% van de behandel diensten uit specialisten ouderengeneeskunde en 63% uit overige artsen en ondersteunende professionals. In 2018 was deze verhouding 33% om 67%. Het aandeel ondersteuning is in 5 jaar tijd dus met 4% gegroeid. De *caseload* van de specialist ouderengeneeskunde in de verpleeghuizen in 2018 is in vergelijking met 2013 iets toegenomen: van gemiddeld 99 naar 103 cliënten per fte specialist ouderengeneeskunde, een groei van 5%.

De tekorten aan verpleegkundig en ander medisch ondersteunend personeel zijn de laatste jaren groot.^{156, 157} Ook het herhaalonderzoek van Prismant laat dat zien. Een op de vijf behandel diensten had in 2018 (evenals in 2013) vacatures voor medisch ondersteunende professionals. Het betreft vooral vacatures voor verpleegkundig specialisten (86%, inclusief VS i.o.), maar ook voor verpleegkundigen (9%) en physician assistants (5%). Specialist ouderengeneeskunde voeren in 2018 net als in 2013 geregeld verpleegtechnische handelingen uit volgens een kwart van de deelnemende organisaties. Ook geven in 2018 minder behandel diensten aan dat er voldoende verpleging en verzorging aanwezig is op de afdelingen (60% in 2018 tegen 73% in 2014).

Vooralsnog lijken de tekorten aan medisch ondersteunend personeel de kansen op substantiële verbetering van de efficiency van specialisten ouderengeneeskunde te beperken.

6.3.4 Parameterwaarden ongewijzigd

Er lijkt niet veel progressie te zijn in de *caseload* en de efficiency van de specialist ouderengeneeskunde. De heersende tekorten aan ondersteunend personeel staan verdere efficiencywinst in de weg. Op basis van de beschikbare informatie worden de waarden voor efficiency gehandhaafd op **minimaal -0,5% en maximaal -1,5%.**

¹⁵⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 13 mei). *Actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>

¹⁵⁷ Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.

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 bijvoorbeeld de huisarts of de basisarts, klinisch geriater, de internist met aandachtsgebied ouderen of de revalidatiearts.

6.4.1 Ziekenhuizen steeds meer gericht op oudere patiënt

In de horizontale substitutie vanuit de tweedelijnszorg naar de specialist ouderengeneeskunde zijn geen speciale ontwikkelingen te zien. De ziekenhuispopulatie bestaat door de vergrijzing steeds meer uit oudere patiënten. Er zijn initiatieven om de zorg voor ouderen beter te verankeren in de basisopleiding en de vervolgopleidingen. Het aantal internisten dat zich specialiseert in ouderengeneeskunde is sinds 2016 ongeveer verdubbeld. Het aantal klinisch geriaters is toegenomen met 20%. In 2017 kwam 55 procent van alle ziekenhuizen in aanmerking voor het keurmerk 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis', in 2013 was dat 36 procent.¹⁵⁸ De kennis over en gerichtheid op de oudere patiënt wordt steeds meer gemeengoed binnen ziekenhuizen. Specialist ouderengeneeskunde kunnen indien nodig geconsulteerd worden over de beste behandeling en (na)zorg bij oudere patiënten, zoals dat ook in het Capaciteitsplan 2016 werd geconstateerd.

6.4.2 Extramurale inzet specialist ouderengeneeskunde groeit

In het vorige Capaciteitsplan (2016) werd opgemerkt dat huisartsen in toenemende mate behoefte hebben aan overleg en samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Zo kunnen zij de groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen goed monitoren en behandelen. Overigens behoren ouderen met een Wlz-indicatie die via het VPT of MPT de zorg thuis ontvangen, behandeld te worden door een specialist ouderengeneeskunde. Duidelijkheid in de taakverdeling en samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is dus van groot belang.

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor medische zorg buiten de verpleeghuismuren, oftewel de extramurale behandeling, zou tussen 2013 en 2018 zijn afgenomen. Dat blijkt uit het laatste herhaalonderzoek van Prismant naar de werkcontext en tijdsbesteding van de specialist ouderengeneeskunde.¹⁵⁹ Deze afname wordt vermoedelijk veroorzaakt door het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Een analyse van de declaratiegegevens voor extramurale behandeling in de periode 2015 tot en met 2017 geeft nader inzicht in de mate waarin de subsidieregeling extramurale behandeling wordt ingezet.¹⁶⁰ De subsidieregeling faciliteert dat zorgaanbieders de specialist ouderengeneeskunde buiten de zorginstelling kunnen laten werken. Dit kan bijvoorbeeld bij ouderen thuis zijn of in kleinschalige woonvoorzieningen.¹⁶¹ Uit de declaratiegegevens blijkt dat de totale omvang van de extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde tussen 2016 en

¹⁵⁸ Het keurmerk werd in de periode 2013 - 2017 door de samenwerkende ouderenbonden KBO-PCOB toegekend aan ziekenhuislocaties die voldoende punten behaalden op de gehanteerde kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van ouderen met een kwetsbare gezondheid. Zie <https://www.kbo-pcob.nl/seniorvriendelijkziekenhuis/>

¹⁵⁹ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

¹⁶⁰ Stoof, R., & Leegwater, E. (2019). *Input voor ramingen specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten* [Interne notitie]. Zeist: Vektis.

¹⁶¹ Landelijke Huisartsen Vereniging, & Verenso (2015). *Samenhangende medische zorg voor ouderen in de thuissituatie: Zorgaanbod specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Auteurs.

2017 is gestegen met 66%. Daarbij is het zorggebruik door cliënten met een Wlz-indicatie voor verblijf zonder behandeling sterker toegenomen (verviervoudigd) dan het zorggebruik door cliënten zonder Wlz-indicatie (ruim 30% groei). Deze cijfers laten zien dat zowel bij ouderen thuis als bij ouderen in zorginstellingen zonder een indicatie voor behandeling de specialist ouderengeneeskunde vaker wordt ingezet. Hierbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat wanneer er intramuraal te weinig specialisten beschikbaar zijn, dit ten koste gaat van de extramurale inzet.

Eind 2018 bleek dat in kleinschalige woonvoorzieningen de inzet van specialisten ouderengeneeskunde niet altijd goed is geregeld. In de praktijk is niet altijd duidelijk of er al of niet sprake is van een Wlz-indicatie met behandeling en wie verantwoordelijk is voor de medische basiszorg, de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. De complexiteit van de te verlenen zorg overstijgt dikwijls de expertise van de huisarts. Een specialist ouderengeneeskunde is niet altijd direct beschikbaar als de wooninstelling daar geen goede afspraken over heeft gemaakt. Daardoor wordt de huisarts teveel belast. VWS heeft in samenwerking met Verenso en de LHV maatregelen genomen om te zorgen dat specialisten ouderengeneeskunde beter vindbaar en eenvoudiger inzetbaar zijn voor zorgverlening in kleinschalige woonvormen.^{162, 163, 164, 165}

6.4.3 Ouderen met psychische problemen naar VVT

Volgens nieuwe wetgeving mag een gz-psycholoog de specialist ouderengeneeskunde vervangen als regiebehandelaar in de GGZ.¹⁶⁶ In de GGZ worden bij de ouderenpsychiatrie (zowel intramuraal als ambulant) toenemend ouderenpsychiaters en gz-psychologen 'met aandachtsgebied ouderen' als hoofdbehandelaar ingezet. Daardoor neemt het aantal specialisten ouderengeneeskunde in de GGZ af. Per 2021 zullen ook GGZ-grondslagen in de Wlz opengesteld worden voor de VVT-sector.¹⁶⁷ Het lijkt onvermijdelijk dat de hele GGZ voor ouderen dan zal verdwijnen. De beschikbare plaatsen worden geleidelijk gereduceerd en overgedragen aan de VVT. Er ontstaat dan wellicht behoefte aan een kaderopleiding GGZ voor specialisten ouderengeneeskunde.¹⁶⁸

Het aandeel behandeldiensten in verpleeghuizen met gz-psychologen in dienst is gestegen tussen 2013 en 2018. Dit blijkt uit de herhaalmeting van Prismant naar de werkcontext en tijdsbesteding van specialisten ouderengeneeskunde.¹⁶⁹ Hieruit blijkt ook dat het aantal uren ondersteuning van

¹⁶² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 5 juli). *Kamerbrief 'Toezegging beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvoorzieningen'*. Geraadpleegd op 5 december 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/07/05/kamerbrief-over-ouderengeneeskunde-in-kleinschalige-woonvoorzieningen>

¹⁶³ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

¹⁶⁴ Verenso (2018). *Rol van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen: Inventarisatie van ervaringen en benodigde randvoorwaarden*. Utrecht: Auteur.

¹⁶⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief 'Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patiëntgroepen>

¹⁶⁶ Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Nadere regel 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'*. Geraadpleegd op 4 februari 2019 op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0038433/2017-01-01>

¹⁶⁷ Rijksoverheid (2019). *Toegang tot Wet langdurige zorg ook voor mensen met een psychische stoornis* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 27 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/15/toegang-tot-wet-langdurige-zorg-ook-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>

¹⁶⁸ K. Kamperman, voorzitter Gerioperix, persoonlijke communicatie, 16 maart 2019.

¹⁶⁹ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

gz-psychologen per fte specialist ouderengeneeskunde is toegenomen. Dit schept een gunstig klimaat voor horizontale substitutie van specialisten ouderengeneeskunde naar gz-psychologen.

6.4.4 Aandeel specialisten ouderengeneeskunde in verpleeghuizen neemt af

Het aandeel specialisten ouderengeneeskunde in de medische bezetting van verpleeghuizen neemt nog steeds af. Het herhaalonderzoek van Prismant laat zien dat dit aandeel 64% was in 2018.¹⁶⁹ In 2010 was dit 76%. Het aandeel overige artsen neemt toe. Dat was bijna 27% in 2018 tegen 12% in 2010. Daarbij gaat het in 2018 meestal om basisartsen, ruim 80%. Verder betreft het ruim 11% huisartsen en 8% overige artsen. Ook het aandeel aios is licht toegenomen in de afgelopen 5 jaar: van 7% naar bijna 10%. Ongetwijfeld speelt het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en de toename van substitutie een belangrijke rol bij deze verschuivingen. Het blijft echter moeilijk te bepalen welk deel van de verschuiving daadwerkelijk aan substitutie toegeschreven kan worden. Tegelijkertijd lijkt de specialist ouderengeneeskunde op het gebied van psychische problemen en probleemgedrag meer werk te kunnen overdragen aan gz-psychologen.

6.4.5 Parameterwaarden ongewijzigd

Op basis van bovenstaande gegevens zijn de parameterwaarden voor horizontale substitutie voor de huidige raming gesteld op **+0,5% tot +2,0%**. In 2016 waren deze waarden ook +0,5% tot +2,0%.

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 (VS) en physician assistants (PA).¹⁷⁰

6.5.1 Taakverschuiving naar VS en PA biedt mogelijkheden

Volgens onderzoek van het Radboud UMC en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen uit 2017 staat taakverschuiving binnen de ouderenzorg nog in de kinderschoenen.¹⁷¹ Het overdragen van taken van artsen naar VS en PA kan de druk op de arbeidsmarkt verlichten. Als breed opgeleide hbo-professionals kunnen de VS en PA met name bijdragen aan de verbinding tussen het medische en sociale domein en de continuïteit van zorg bewaken. Na een succesvolle experimenteerperiode is per 1 september 2018 de Wet BIG definitief aangepast. VS en PA mogen nu ook zelfstandig bepaalde diagnoses stellen en handelingen uitvoeren. Ook binnen de ouderengeneeskunde kan taakverschuiving een oplossing bieden voor het tekort aan artsen. Het verbeterpotentieel dat de VS en PA en ook verpleegkundigen bieden, wordt echter nog onvoldoende benut. Dit komt vooral doordat het zorginstellingen aan visie, vertrouwen en daadkracht ontbreekt. Deze bevindingen worden beaamd door betrokkenen uit het veld die in het kader van de raming van de opleidingscapaciteit voor de VS en PA zijn bevroegd over huidige ontwikkelingen en verwachtingen.^{172, 173}

¹⁷⁰ De VS en de PA zijn op masterniveau opgeleid (NLQF 7) en hebben daarmee een hogere kwalificatie dan hbo-verpleegkundigen (NLQF 6). Het betreft echter wel een lager opleidingsniveau dan dat van medisch specialist (NLQF 8). Zie https://nlqf.nl/images/downloads/NLQF_niveaus/Schema_NL_Print.pdf

¹⁷¹ Lovink, M., Vught, A. van, Brink, G. van den, & Laurant, M. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten*. Nijmegen: Radboud Universitair Medisch Centrum en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

¹⁷² Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: Auteur.

¹⁷³ Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.

6.5.2 Meer VS werkzaam in verpleeghuizen; aantal PA groeit niet

Het aantal fte VS, PA en verpleegkundigen dat in verpleeghuizen werkt, is tussen 2010 en 2013 verdubbeld. Dit is inclusief diegenen die nog in opleiding zijn. In de 5 jaren daarna is dat aantal werkzaam met nog eens 60% gestegen. Dit blijkt uit het herhaalonderzoek van Prismant naar de werkcontext van de specialist ouderengeneeskunde.¹⁷⁴ Organisaties lijken vooral graag met VS te werken. Hierin is de grootste groei te zien: bijna 87% tussen 2013 en 2018. Het aantal PA in verpleeghuizen lijkt redelijk constant te blijven. VS en PA nemen de minder complexe taken over van de specialist ouderengeneeskunde. De *caseload* van de specialist ouderengeneeskunde is in de afgelopen 5 jaar iets toegenomen. Zie paragraaf 6.3.3. Dit lijkt er ook op te wijzen dat er iets meer verticale substitutie heeft plaatsgevonden.

6.5.3 Inzet VS en PA in verpleeghuiszorg niet optimaal

Per 1 januari 2019 zijn er 3.066 fte verpleegkundig specialisten en 951 fte physician assistants werkzaam in Nederland. Daarvan zijn 339 fte VS en 27 fte PA werkzaam in de verpleeghuiszorg. In 2016 was dit 214 fte VS en 32 fte PA. De groei van het aantal VS in deze periode bedroeg dus 58%. Deze cijfers komen uit herhaalonderzoek van Prismant naar de werksetting van afgestudeerde verpleegkundig specialisten en physician assistants.^{175,176} Dit onderzoek is uitgevoerd in 2012, 2016 en 2019. In het werkveld ouderenzorg (combinatie van de werkvelden verpleeghuiszorg én wijkverpleging én eerstelijnsverblijf) werken anno 2019 389 fte VS. Bij de PA was er een daling in aantal fte van ruim 15%. Betrokkenen uit het veld verwachten dat het aantal fte VS en PA in verhouding tot het aantal fte specialist ouderengeneeskunde in de komende jaren flink zal groeien.^{175,176}

Van de VS in de verpleeghuiszorg gaf 72% aan dat er een tekort is aan VS in hun werkveld. Volgens 62% worden er taken door de arts gedaan, die ook door de VS kunnen worden gedaan. Zij schatten de tijdsbesteding aan deze taken in op 17,5 uur per week. Inclusief de VS die aangeven dat er geen taken kunnen worden overgedragen, betreft het totaal gemiddeld 11,7 uur per week.

Van de PA in de verpleeghuiszorg gaf 81% aan dat er een tekort aan PA is in het werkveld. Volgens 74% van de PA zijn er taken die nu door de arts worden gedaan, maar die de PA zou kunnen doen. Het zou dan gaan om bijna 13 uur per week.

Deze gegevens lijken te wijzen op een suboptimale inzet van de VS en de PA in de verpleeghuiszorg.

6.5.4 Verpleeghuis niet aantrekkelijk voor hbo-verpleegkundigen

Uit onderzoek van het Nivel in 2018 blijkt dat het merendeel van de werkende en studerende hbo-verpleegkundigen de intramurale ouderenzorg niet aantrekkelijk vindt.¹⁷⁷ Maar 15% van de werknemers en 42% van de studentverpleegkundigen heeft een positief beeld van de sector. Van de studenten overweegt 29% na afstuderen in de intramurale ouderenzorg te gaan werken. De belangrijkste

¹⁷⁴ Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.

¹⁷⁵ Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

¹⁷⁶ Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

¹⁷⁷ Versteeg, S., Veer, A. de, Brinkman, M., Groot, K. de, Frankce, A. (2018). *De aantrekkelijkheid van de intramurale ouderenzorg voor de hbo-opgeleide verpleegkundige*. Utrecht: Nivel.

redenen voor de ondervraagden om niet voor de ouderenzorg te kiezen, zijn de problemen in de personele bezetting en het salaris. Ook is het werk inhoudelijk niet altijd op niveau. Om het vak aantrekkelijk te houden, moet de werkdruk omlaag en moeten arbeidsvoorwaarden verbeteren, blijkt uit ander onderzoek.^{178, 179, 180, 181} Het aantrekken en behouden van hbo-verpleegkundigen in de intramurale ouderenzorg blijft problematisch. Werkgevers in de VVT-sector geven aan dat zij onder meer bij de verpleegkundige beroepen met veel langdurige vacatures kampen. Ook ervaren zij knelpunten door ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en een hoge werkdruk.¹⁸² In (groot)stedelijk gebied merken zorgaanbieders bovendien de concurrentie van (academische) ziekenhuizen. Het is daardoor moeilijk om voldoende deskundig personeel te vinden en te behouden.¹⁸³ Dit belemmert het door groeien naar hbo- en post-hbo-functies en daarmee de mogelijkheden voor verticale substitutie.

6.5.5 Succes van verticale substitutie varieert

Bovenstaande gegevens suggereren dat er nog weinig ontwikkeling is in verticale substitutie. De experts uit het veld benadrukken echter dat diverse organisaties in de sector verticale substitutie in verschillende mate inzetten. Er zijn zorginstellingen waar het zeer succesvol is; er zijn ook plekken waar het minder goed van de grond komt. Toch zijn de experts van mening dat in het algemeen wel degelijk effect gesorteerd wordt met de inzet van VS en PA ter ontlasting van de specialist ouderengeneeskunde. Daarom worden de parameterwaarden voor verticale substitutie uit 2016 (-0,5% tot -1,5%) voor deze nieuwe raming gewijzigd naar **minimaal -1,0% en maximaal -2,0%**.

6.6 Conclusie werkproces

In tabel 28 staan de parameters uit het werkproces voor deze raming. Ter vergelijking zijn ook de gehanteerde waarden in de Capaciteitsplannen 2013 en 2016 opgenomen.

Tabel 28: Parameterwaarden werkproces

Parameter	Capaciteitsplan		
	2013	2016	2021-2024
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+ 0,2% tot + 0,4%	+ 0,2% tot + 0,8%	+ 0,4% tot + 0,8%
Efficiency	- 0,5% tot - 2,0%	- 0,5% tot - 1,5%	- 0,5% tot - 1,5%
Horizontale substitutie	+ 0,5% tot + 1,0%	+ 0,5% tot + 2,0%	+ 0,5% tot + 2,0%
Verticale substitutie	- 0,5% tot - 1,0%	- 0,5% tot - 1,5%	- 1,0% tot - 2,0%

¹⁷⁸ Brinkman, M., Veer, A. J. E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, & Francke, A. L. (2018). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg: Cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.

¹⁷⁹ Berenschot (2018). *Enquête administratieve belasting langdurige zorg: Uitkomsten 2018*. Utrecht: Auteur.

¹⁸⁰ Charan, S., & Roders, F. (2018). *Arbeidsmarkt zorg in cijfers: Winnend werven in een krappere wordende arbeidsmarkt*. Rotterdam: Intelligence Group.

¹⁸¹ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: Auteur.

¹⁸² Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.

¹⁸³ Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Onderzoeksrapport naar omgevingsfactoren op de kosten van zorgaanbieders in de verpleeghuissector*. Utrecht: Auteur.

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 nieuwe onderzoeken door Prismant en Nivel. Deze gegevens zijn geverifieerd door de experts. De informatie in hoofdstuk 4 (ontwikkeling zorgvraag) is gebaseerd op onderzoek door Prismant, prognoses van derden (bijvoorbeeld CBS, RIVM), literatuuronderzoek en inschattingen door de experts. De informatie in hoofdstuk 6 (werkproces) is deels afkomstig van literatuuronderzoek, deels van de experts en deels gebaseerd op nieuw 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. Voor sommige parameters is het niet mogelijk 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.

Afhankelijk van welke parameters het Capaciteitsorgaan gebruikt voor de berekening van de opleidingsbehoefte zijn er negen scenario's te onderscheiden. In tabel 29 is per scenario 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. De waarden van scenario 4 en 5 zijn namelijk gelijk aan die van de voorgaande scenario's 2 en 3, omdat de arbeidstijdverandering voor specialisten ouderengeneeskunde op 0% is gesteld. Dat is gedaan omdat een structurele arbeidstijdverandering bij de specialisten ouderengeneeskunde, die veelal in loondienst werken, niet waarschijnlijk is. Scenario 4 en 5 zijn wel terug te vinden in het tabellenboek van Nivel en Prismant. Het tabellenboek is te vinden op de websites van het Capaciteitsorgaan en het Nivel. In de volgende paragrafen worden daarom naast het basisscenario (scenario 0) maar zeven van de negen alternatieve scenario's behandeld.

De opbouw van de scenario's is te zien in tabel 29:

Tabel 29: Gehanteerde parameters per scenario

Parameters/trends	Scenario's									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Basis	Demografie	Werkproces, tijdelijke trends (t.t.)	Werkproces, doorlopende trends (d.t.)	Arbeidstijdverandering, t.t.	Arbeidstijdverandering, d.t.	Verticale substitutie, t.t.	Verticale substitutie, d.t.	Maximale parameterwaarden, t.t.	Maximale parameterwaarden, d.t.
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 2029 (tijdelijke trends)

√+: parameter blijft onbeperkt doorwerken (doorlopende trends)

7.2 Basisscenario (0)

Het basisscenario is in feite 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 hoofdstuk 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 2024, 2029, 2034 en 2039.

In de ramingen wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaar : 2031 voor de korte termijn en 2037 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang. Het eerste evenwichtsjaar, 2031, wordt immers pas over 12 jaar bereikt. Het advies uit dit deelrapport wordt echter in 2021 pas in de praktijk ge mplementeerd. In 2024, 3 jaar later, worden de eerste specialisten ouderengeneeskunde van deze lichte ing ingeschreven in het register. De laatste specialisten die in het eerste evenwichtsjaar 2031 in het register komen, starten in 2028 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2028, oftewel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent het dat de opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2034, 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 2031 en 2037 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2031/2037 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2021.

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

Deze twee scenario's vullen het demografiescenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen gecorrigeerd voor de onvervulde vraag en demografische ontwikkelingen, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren. 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 stoppen (scenario 2, met tijdelijke trends) of gedurende

de hele ramingsperiode blijven doorlopen (scenario 3, met doorlopende trends). Onbekend is namelijk of alle parameters gedurende de hele looptijd van de raming zullen blijven doorwerken volgens de inschattingen.

De zorgvraag- en werkprocesparameters zijn gevoelig voor beleidsontwikkelingen. Dit wordt bevestigd door de expertinschattingen voor de specialisten ouderengeneeskunde. In de vorige raming was er nog onzekerheid over de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. De behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde zou kunnen toenemen, maar kon volgens de experts ook afnemen. Dit had te maken met de extramuralisering van de verpleeghuiszorg en de grotere rol die professionals in de eerste lijn (zoals huisartsen) in de ouderengeneeskunde zijn gaan spelen. Inmiddels is er meer zicht op de uitwerking van deze maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Dit voortschrijdend inzicht vertaalt zich in verschuivingen in de parameterwaarden. Zo werd in 2016 voor sociaal-culturele ontwikkelingen een jaarlijkse groei in de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde van -0,5% tot +0,5% ingeschat. In de huidige raming is men meer overtuigd van een toename in de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde en staan deze parameterwaarden op +0,1% tot +0,8% jaarlijkse groei.

7.5 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende trends (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 nu meegenomen: als er taken verschuiven naar lager opgeleide professionals wordt de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde 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. Er wordt al sinds 2008 in de Capaciteitsplannen rekening mee gehouden. De experts constateren wel veel verschillen in beleid en toepassing binnen de sector rondom de inzet van aanverwante disciplines. Recente rapporten over de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants laten zien dat in de ouderenzorg het aantal VS nog groeiende is, maar het aantal PA niet.^{184, 185} Het aanhoudende tekort aan hbo-opgeleide zorgprofessionals kan de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant belemmeren. Dit beperkt de verdere ontwikkeling van verticale substitutie. Tegelijkertijd neemt het aantal basisartsen dat in verpleeghuizen werkt toe. De experts merken echter op dat er inmiddels zoveel ontwikkelingen zijn op het gebied van verticale substitutie dat het effect ervan niet meer kan uitblijven. Daarom is de parameter verticale substitutie voor de specialisten ouderengeneeskunde door de experts gewijzigd van jaarlijks -0,5% tot -1,5% naar -1,0% tot -2,0%.

¹⁸⁴ Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

¹⁸⁵ Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

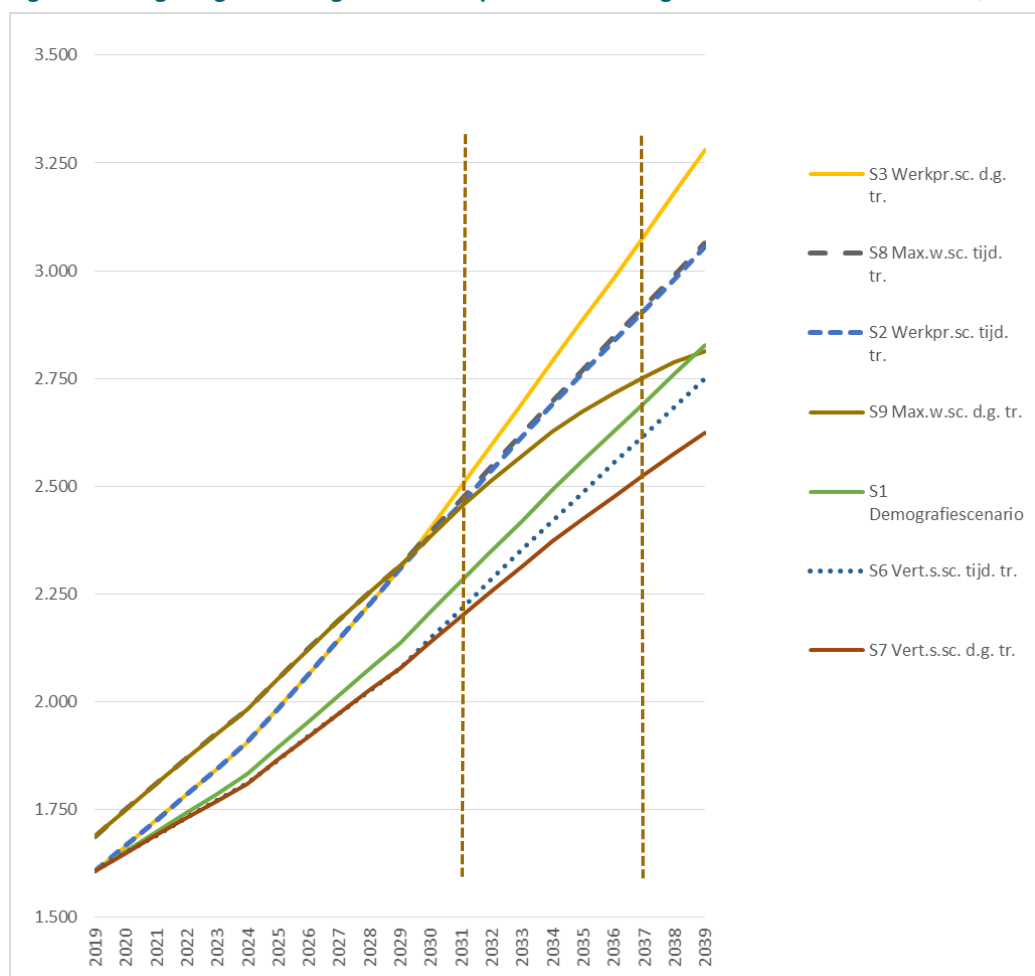
7.6 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende trends (9)

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 doorgaande 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 23 geeft een voorspelling van de zorgvraag weer volgens de zeven relevante scenario's in de periode 2019 - 2039. De opbouw van de scenario's is cumulatief: bij elk volgend scenario worden meer parameters betrokken. Beide evenwichtsjaar zijn in de figuur met verticale stippellijnen aangeduid.

Figuur 23: Zorgvraag in benodigd aantal fte specialist ouderengeneeskunde voor 7 scenario's, 2019-2039



Bron: Nivel 2019

In figuur 23 is te zien dat volgens het eerste scenario, het demografiescenario (S1), er een behoorlijke toename van de zorgvraag te verwachten is. In dit scenario worden alleen de on vervulde vraag en demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen. De zorgvraag stijgt naar 2.278 fte specialisten ouderengeneeskunde in het jaar 2031 en naar 2.693 fte in 2037.

In scenario 2 en 3, de werkprocesscenario's, wordt naast met 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. Deze toevoeging resulteert in twee lijnen met een behoorlijk hogere hellingshoek dan het beleidsarme demografie-scenario. Daarbij krijgt de lijn met tijdelijke trends (S2) na 10 jaar dezelfde hellingshoek als het beleidsarme scenario (S1). Scenario 2 (met tijdelijke trends) leidt tot een verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde van 2.460 fte in 2031 en 2.908 fte in 2037. In scenario 3 (met doorlopende trends) is de verwachte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde 2.497 fte in 2031 en 3.080 fte in 2037. Het doorwerken van de effecten van trends zoals sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen resulteert hier dus in een toename van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Arbeidstijdverandering is voor de beroepsgroep specialisten ouderengeneeskunde niet van toepassing. Daarom zijn 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 trends. Deze bevatten behalve alle zorgvraag- en werkprocesparameters ook de effecten van verticale substitutie. De zorgvraag komt in deze twee scenario's uit op respectievelijk 2.214 fte en 2.197 fte in 2031. In 2037 vraagt scenario 6 om 2.617 fte en scenario 7 om 2.526 fte. De waarden liggen lager dan in alle andere scenario's. Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van de verschuiving van taken naar ondersteunende beroepen: bij meer inzet van onder meer verpleegkundig specialisten en physician assistants zullen er minder specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn. Bij het scenario met doorgaande trends (S7) leidt het effect van de langer doorwerkende parameterwaarden - met name die van de verticale substitutie - tot beduidend minder vraag naar specialisten ouderengeneeskunde dan in de andere scenario's.

In de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) wordt voor alle parameters de hoogste waarde gebruikt. Dit in plaats van de conservatieve, minimale waarde. De vraag naar specialisten ouderengeneeskunde stijgt in 2031 naar 2.468 fte in het scenario met tijdelijke trends (S8) en naar 2.450 fte in het scenario met doorgaande trends (S9). Scenario 8 vraagt in 2037 om 2.917 fte en scenario 9 om 2.753 fte.

De waarden van het werkprocesscenario met doorgaande trends (S3) vormen de bovenkant van de bandbreedte van de verwachte zorgvraag. De onderkant wordt gevormd door het verticale substitutiescenario met doorlopende trends (S7). Van alle mogelijke scenario's zijn in 2031 een zorgvraag van

2.197 fte en 2.497 fte de twee uitersten. In 2037 is de ondergrens 2.526 fte en de bovengrens 3.080 fte.

Tabel 30 vat de gegevens uit figuur 23 samen. Daarbij is naast de geraamde zorgvraag in fte ook het benodigde aantal personen per scenario weergegeven, met de focus op de twee evenwichtsjaren 2031 en 2037.

Tabel 30: Geraamde zorgvraag ouderengeneeskunde in aantal fte en aantal personen per scenario, bij evenwicht te bereiken in 2031 of in 2037

Scenario	Benodigd aantal fte		Benodigde personen	
Evenwichtsjaar	2031	2037	2031	2037
1: demografiescenario	2.278 fte	2.693 fte	2.685	3.177
2: werkprocesscenario met tijdelijke trend	2.460 fte	2.908 fte	2.900	3.431
3: werkprocesscenario met doorlopende trend	2.497 fte	3.080 fte	2.943	3.635
6: verticale substitutiescenario met tijdelijke trend	2.214 fte	2.617 fte	2.609	3.088
7: verticale substitutiescenario met doorlopende trend	2.197 fte	2.526 fte	2.589	2.980
8: maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trend	2.468 fte	2.917 fte	2.909	3.442
9: maximale parameterwaardenscenario met doorlopende trend	2.450 fte	2.753 fte	2.888	3.249

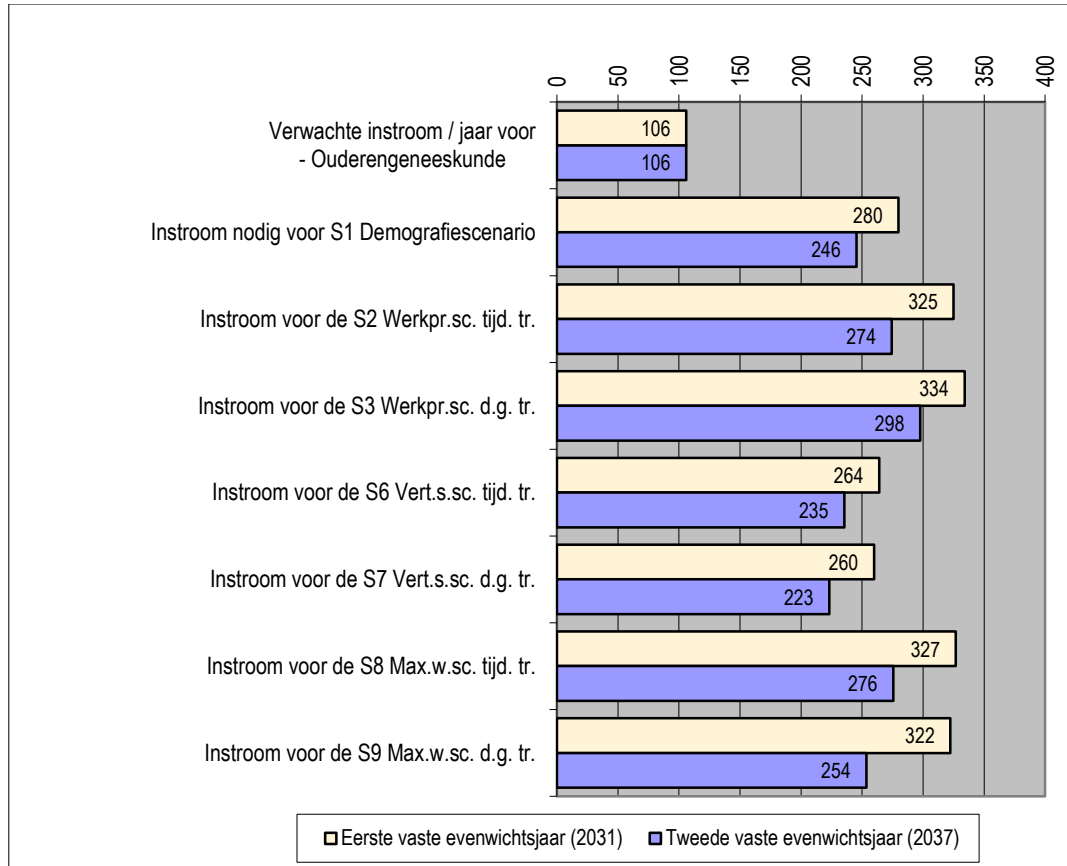
Bron: Nivel 2019

7.8 Benodigde instroom aios ouderengeneeskunde per scenario

In figuur 24 wordt grafisch getoond welke instroom aan aios ouderengeneeskunde vanaf 2021 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2031 of 2037 in evenwicht te brengen. Deze figuur laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde een bandbreedte heeft van 223 tot 334 aios.

Uit figuur 24 blijkt dat bij alle scenario's voor het eerdere evenwichtsjaar (2031) een hogere instroom nodig is dan voor evenwicht op de langere termijn (2037). Dit komt doordat er voor het eerste evenwichtsjaar minder tijd is om bij te sturen. Als er grote verschillen zijn tussen vraag en aanbod op dit moment kan het de voorkeur hebben voor snellere bijsturing te kiezen, al betekent dat een hogere jaarlijkse benodigde instroom. Een langere bijsturingperiode levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten, omdat de benodigde verandering over meer tijd gespreid kan worden.

Figuur 24: Instroom aios ouderengeneeskunde vanaf 2021 per scenario voor evenwicht in 2031 of 2037



Bron: Nivel 2019

De gemiddelde instroom over de afgelopen jaren is 106 aios per jaar. In het eerste scenario spelen alleen de onervulde vraag en de demografische ontwikkelingen een rol. De instroom zou in dit beleidsarme demografiescenario omhoog moeten naar 280 aios per jaar voor evenwicht in 2031 en naar 248 voor evenwicht in 2037.

Scenario 2 is het werkprocesscenario met tijdelijke trends. Hierin zijn de minimaal ingeschatte epidemiologische, sociaal-culturele factoren en een aantal werkprocesfactoren toegevoegd. Er wordt uitgegaan van het tijdelijk doorwerken van de trends, gedurende 10 jaar. Dit vraagt voor het bereiken van evenwicht in 2031 een jaarlijkse instroom van 325 aios. Als men voor het inlopen van het heersende tekort aan specialisten ouderengeneeskunde 6 jaar langer de tijd neemt, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 274 aios.

In werkprocesscenario 3 werken de trends voor onbepaalde tijd door. Afhankelijk van het gekozen evenwichtsjaar is een instroom van 298 tot 334 aios ouderengeneeskunde nodig.

In de volgende twee scenario's, S6 en S7, wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de scenario's 2 en 3. Arbeidstijdverandering wordt bij de berekening ook toegevoegd, maar de waarde is 0%, dus zonder effect. Verticale substitutie leidt tot een afname van de behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde en daarmee aan de benodigde instroom van aios.

Bij het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (S6) wordt de instroom dan 264 aios bij een evenwicht in 2031 en 235 aios voor een in 2037 te bereiken evenwicht.

Indien de trends doorwerken, zoals in scenario 7, komt de benodigde instroom voor een evenwicht in 2031 op 260 aios. Voor evenwicht in 2037 is in dit scenario met doorgaande trends een jaarlijkse instroom van 223 aios nodig.

De twee maximale parameterwaardenscenario's (S8 en S9) gaan voor alle beschreven parameters uit van de meest extreme waarde waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale parameterwaardenscenario met tijdelijke trends (S8) vraagt om een jaarlijkse instroom van 327 of 276 aios om in respectievelijk 2031 of 2037 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij het scenario met doorlopende trends (S9) zijn 322 (evenwicht in 2031) of 254 (evenwicht in 2037) nieuwe aios per jaar nodig.



8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

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.

In dit laatste hoofdstuk licht het Capaciteitsorgaan toe welke van de scenario's uit hoofdstuk 7 bepalend zijn voor het advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde met ingang van 2021. De scenariokeuze wordt bepaald door de al ingezette en verwachte beleidsontwikkelingen en trends op dit moment, zoals beschreven in hoofdstuk 3 tot en met 6. In paragraaf 8.2 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke twee scenario's het meest waarschijnlijk zijn. Ten slotte staat in paragraaf 8.3 het advies dat de minister in 2019 ontvangt over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

8.2 Verticale substitutiescenario's meest realistisch

Het Capaciteitsorgaan kiest voor het specialisme ouderengeneeskunde voor de twee verticale substitutiescenario's als meest passende. In deze scenario's (6 en 7) worden alle zorgvraagparameters en werkprocesparameters, inclusief verticale substitutie, op hun minimaal ingeschatte waarden doorberekend.

De impact van de vergrijzing en de wijzigingen in de langdurige zorg heeft zich in de afgelopen jaren steeds duidelijker afgetekend. Door ontwikkelingen in overheidsbeleid, de maatschappij, vakinhoud en –uitvoering is de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde toegenomen, zowel in de intramurale als in de extramurale setting. De ophanden zijnde verbeteringen in de financiering van de extramurale inzet van specialisten ouderengeneeskunde, zal deze vraag naar alle waarschijnlijkheid nog opstuwten. De verticale taakherschikking naar beroepen als physician assistant en met name verpleegkundig specialist is onmiskenbaar op gang, maar kent door tekorten bij de beroepsgroepen ook belemmeringen.

Het is de vraag of alle trends onveranderd kunnen blijven doorwerken. Daarom stopt in het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends de doorrekening van de trendeffecten na 10 jaar. In het verticale substitutiescenario met doorgaande trends blijven de effecten voor onbepaalde tijd doorwerken.

In de gekozen scenario's wordt gerekend met de minimale (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 scenario 6 met tijdelijke trends voor evenwicht op de langere termijn (2037) en bij scenario 7 met doorgaande trends voor evenwicht op de korte termijn (2031). Het aantal beschikbare opleidingsplaatsen is vanaf 2018 flink uitgebreid. Niet al deze opleidingsplaatsen zijn direct gevuld, want het kost tijd om het specialisme ouderengeneeskunde goed op de kaart te zetten. Toch lijken alle inspanningen om de instroom te bevorderen inmiddels wel vruchten af te werpen. Op dit moment is er een groot verschil tussen vraag naar en aanbod van specialisten ouderengeneeskunde. De experts vinden het dan ook essentieel en verantwoord om in te zetten op een hoge instroom om het tekort een halt toe te roepen. Daarom wordt bij het verticale substitutiescenario met doorgaande trends, waarbij ook na 2028 de effecten van alle trends zullen doorwerken, gekozen voor een korte overbruggingstijd tot evenwicht, in 2031.

8.3 Advies instroom

Het Capaciteitsorgaan adviseert de bovengrens van de instroom te bepalen op basis van het **verticale substitutiescenario met doorlopende trends (scenario 7)**. Hierin wordt met alle zorgvraag- en werkprocesparameters rekening gehouden, inclusief verticale substitutie. Er wordt gestreefd naar evenwicht op de korte termijn (2031). Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **260 aios**. Daarmee kunnen op den duur de vele (langdurige) vacatures worden opgevuld, ervan uitgaande dat de interesse voor het beroep steeds meer toeneemt.

Omdat er grenzen kunnen zijn aan de duur van sociaal-culturele en werkprocesmatige trends, wordt de ondergrens van dit advies gevormd door het **verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (scenario 6)**. Hierbij wordt gestreefd naar evenwicht op de lange termijn (2037). Dit komt uit op een instroomadvies van **235 aios**.

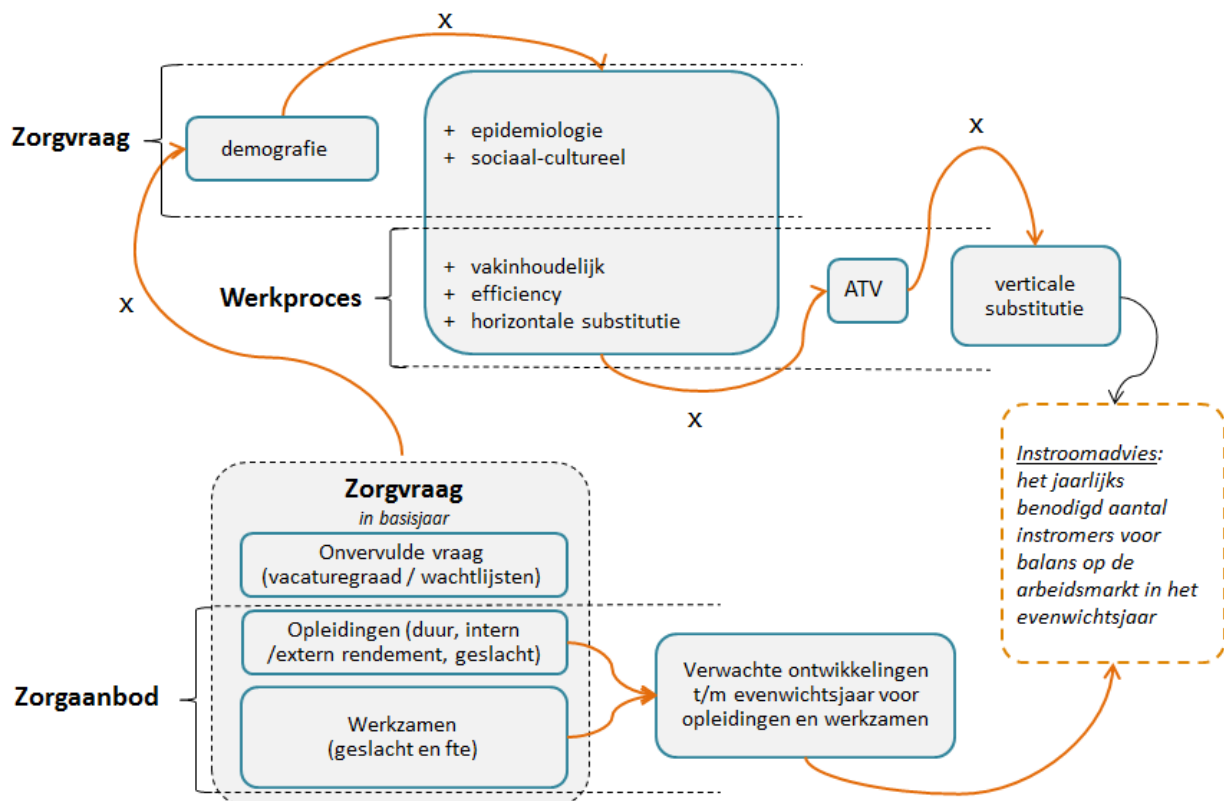
Beide scenario's hebben opnieuw hogere instroomadviezen tot gevolg, in vergelijking met het vorige advies uit 2016. De inhaalslag die toen is ingezet, wordt met dit advies voortgezet. Alle zeilen moeten worden bijgezet om het tekort aan aios en specialisten ouderengeneeskunde in te lopen. De werving van aios, de verbetering van de beeldvorming over het vak en het aantrekkelijker maken van het specialisme vragen aanhoudende aandacht. De experts benoemen bovendien de reële mogelijkheid om de opleidingsdependances in Maastricht en Groningen verder uit te breiden, eventueel tot volwaardige opleidingsinstituten. Met 5 in plaats van 3 opleidingsinstituten zouden de reikwijdte, zichtbaarheid en slagkracht van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aanzienlijk kunnen toenemen.

Het Capaciteitsorgaan adviseert een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2021) van 235 tot 260 aios in de medische vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Daarbij gaat de voorkeur van het Capaciteitsorgaan uit naar een instroom van 260 aios per jaar. Dit om het grote tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zo snel mogelijk op te lossen.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel. In dit ramingsmodel worden parameterwaarden doorerekend. Zie bijlagen 2 en 3. Deze parameterwaarden zijn in samenspraak met de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit. In bijlage 4 is informatie over de betrokkenen en de procedure opgenomen.

De onderstaande figuur betreft een conceptuele weergave van het ramingsmodel.



Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden 2010 - 2019

Parameter	Capaciteitsplan							
	2010		2013		2016		2021-2024*	
Opleiding								
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	62		82		115		99,4	
Instroom opleiding gemiddeld	85		88		113		104	
Instroom opleiding voorgaand jaar	74		86		111		106	
% vrouwen in opleiding	75%		75%		81%		81%	
Opleidingsduur	3 jaar		3 jaar		3 jaar		3,4 jaar	
Opleidingsrendement	80%		81%		79%		76%	
Zorgvraag								
Factor demografie	2,30%		3,20%					
5 jaar					14%		14%	
10 jaar					32%		33%	
15 jaar					55%		55%	
20 jaar					81%		76%	
Factor epidemiologie	0,0% tot +0,2%		0,0% tot +0,2%		+0,2% tot +0,5%		+0,3% tot +0,8%	
Factor sociaal-cultureel	-1,0% tot -1,5%		-1,5% tot -2%		-0,5% tot +0,5%		+0,1% tot +0,8%	
Onvervulde vraag	+5% tot +10%		+8% tot +15%		+5% tot +11%		+10,5% tot +16,0%	
Zorgaanbod								
Werkzame specialisten	1.369		1.486		1.545		1.693	
Aantal fte's	1.120		1.298		1.340		1.452	
Gemiddelde fte man	0,91		0,96		0,94		0,92	
Gemiddelde fte vrouw	0,74		0,82		0,83		0,83	
% werkzame vrouwen	61%		62%		65%		68%	
Arbeidstijdverandering	0%		0%		0%		0%	
Uitstroom					Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 5 jaar	14%		18%		22%	15%	23%	15%
Na 10 jaar	31%		37%		39%	27%	53%	33%
Na 15 jaar	49%		53%		59%	44%	67%	47%
Na 20 jaar	64%		69%		72%	57%	82%	64%
Extern rendement	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Na 1 jaar	98%	98%	98%	98%	99%	98,8%	98,6%	99,3%
Na 5 jaar	95%	95%	95%	95%	91,7%	91,6%	92,2%	93,5%
Na 10 jaar	90%	90%	90%	90%	86,2%	85%	90,5%	88,2%
Na 15 jaar	85%	85%	85%	85%	84,4%	77,7%	87,6%	83,6%
Instroom buitenland	0		0		0		0	
Werkproces								
Vakinhoudelijk	+0,2% tot +0,4%		+0,2% tot +0,4%		+0,2% tot +0,8%		+0,4% tot +0,8%	
Efficiency	-0,5% tot -0,7%		-0,5% tot -2%		-0,5% tot -1,5%		-0,5% tot -1,5%	
Substitutie horizontaal	+0,5% tot +1%		+0,5% tot +1%		+0,5% tot +2%		+0,5% tot +2,0%	
Substitutie verticaal	-0,5% tot -1%		-0,5% tot -1%		-0,5% tot -1,5%		-1,0% tot -2,0%	

* Vastgesteld in 2019

Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Nivel/Prismant

Beroepsgroep: Specialisten Ouderengeneeskunde			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
AANBOD IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2019	542	1.151	1.693
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2019	32,0%	68,0%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2019	0,920	0,830	0,859
FTE per werkzame persoon in 2024	0,920	0,830	0,855
FTE per werkzame persoon in 2029	0,920	0,830	0,850
FTE per werkzame persoon in 2034	0,920	0,830	0,849
FTE per werkzame persoon in 2039	0,920	0,830	0,847
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2024	23,0%	15,0%	17,6%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2029	53,0%	33,0%	39,4%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2034	67,0%	47,0%	53,4%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2039	82,0%	64,0%	69,8%
VRAAG IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2019	10,5%		16,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2024		14,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2029		33,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2034		55,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2039		76,0%	
Verandering per jaar a.g.v. epidemiologische ontwikkelingen	0,30%		0,80%
Verandering per jaar a.g.v. sociaal-culturele ontwikkelingen	0,10%		0,80%
Verandering per jaar a.g.v. vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,40%		0,80%
Verandering per jaar a.g.v. efficiency	-0,50%		-1,50%
Verandering a.g.v. horizontale taakherschikking	0,50%		2,00%
Verandering per jaar a.g.v. inzet aanverwante disciplines	-1,00%		-2,00%
Verandering per jaar a.g.v. arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2019	18,8	80,6	99,4
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2019	18,9%	81,1%	100%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2019	3,4	3,4	3,4
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2019	92,1%	92,1%	92,1%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	87,6%	83,6%	84,4%

Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2019 t/m 2020	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2019/2020	19,7	84,3	104,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2019/2020	19%	81,1%	100%
Opleidingsduur voor instroom in 2019/2020	3,4	3,4	3,4
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2019/2020	75,6%	75,6%	75,6%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	87,6%	83,6%	84,4%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2021	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2021	20,1	85,9	106,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2021	18,9%	81,1%	100%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2021	3,4	3,4	3,4
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2021	75,6%	75,6%	75,6%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	98,6%	99,3%	99,2%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	92,2%	93,5%	93,3%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	90,5%	88,2%	88,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	87,6%	83,6%	84,4%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2019	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 12 september 2019. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken op 9 oktober 2019 en formeel vastgesteld op 9 oktober 2019.

De samenstelling van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde was op **12 september 2019** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. M.S. Decates
Mw. L. de Haan
Mw. B.E.M de Jong-Schmit
Dhr. G.M. de Wild

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. W.P. Achterberg
Dhr. E.R. van der Geer
Mw. J. Joppe
Mw. K.E.M. de Poorter

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J.J.W.H. Crasborn
Dhr. B. Bernts

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **9 oktober 2019** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. L.W.P. van der Beek
Dhr. J.J.M. Dekker
Dhr. J.P.H. Drenth (vz Dagelijks Bestuur)
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooij
Mw. C. van Mierlo
Mw. A. Ruhl

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Mw. A.A.H.M. de Bresser
Mw. F. Haak - van der Lely (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. H.N. Hagoort
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. C.H. Polman
Mw. L.P. de Rijke
Mw. E. Thewessen
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. W. Adema (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Bijlage 5: Afkortingen en begrippen

De hiernavolgende lijst bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis.

Afkorting/begrip	Betekenis
A(n)ios	Arts (niet) in opleiding tot specialist
Aios O	Arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
Bopz	Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DBC(-zorgproduct)	Diagnose Behandel Combinatie; een DBC of DBC-zorgproduct bestaat uit alle handelingen van verschillende zorgverleners van het volledige zorg-traject.
Disciplinemix	De tijdsverdeling van verschillende beroepen voor de behandeling van één of meerdere cliënten
ELV	Eerstelijnsverblijf
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
Fte	Fulltime-equivalent
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg, Branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
gz-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
hbo	Hoger beroepsonderwijs
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MPT	Modulair pakket thuis
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor specialist ouderengeneeskunde
Opleidingsinstituten	Onderwijsinstellingen die de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde verzorgen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PA	Physician Assistant(s)
Parameter	Variabele waaraan een bepaalde waarde wordt toegekend om met behulp daarvan andere onbekende grootheden te kunnen berekenen.
Parameterwaarde	Percentage jaarlijks benodigde groei aan specialisten ouderengeneeskunde
POH	Praktijkondersteuner huisarts
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen

Afkorting/begrip	Betekenis
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
SO	Specialist ouderengeneeskunde
SOON	Samenwerkende Opleidingen Ouderengeneeskunde Nederland
SSB	Sociaal Statistisch Bestand; bevat databestanden met gegevens over o.a. personen, uitkeringen, banen, inkomen en opleidingen. Deze gegevens zijn onderling gekoppeld.
VPT	Volledig pakket thuis
VVT	Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurig zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket, een term uit de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ). Sinds 1 januari 2015 bestaat de AWBZ niet meer. Het zorgzwaartepakket heet nu zorgprofiel. Een zorgprofiel geeft aan welke zorg cliënten kunnen krijgen als zij een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

Literatuurlijst

- Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.
- ActiZ (2016). *Feiten en cijfers over de verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 24 juli 2018 op <https://docplayer.nl/22399380-Feiten-en-cijfers-over-de-verpleeghuiszorg.html>
- ActiZ (2017). *Ouderenzorg nu en in de toekomst* [Infographic]. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2017/09/blijvende-investering-ouderenzorg-in-troonrede>
- ActiZ (2018). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen: Managementsamenvatting*. Geraadpleegd op 31 mei 2018 op <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2018/02/actiz-roept-ministers-op-de-acute-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-anders-te-organiseren>
- ActiZ (2019, 6 maart). *Vernieuwing beroepsprofiel voor verpleegkundig specialist*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.actiz.nl/nieuws/vernieuwing-beroepsprofiel-voor-verpleegkundig-specialist>
- ActiZ, & Q-Consult Zorg (2018). *Onderzoek Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Auteurs.
- Amoroso, N., La Rocca, M., Bruno, S., Maggipinto, T., Monaco, A., Bellotti, R., & Tangaro, S. (2017). *Brain structural connectivity atrophy in Alzheimer's disease*. Geraadpleegd op 19 september 2017 op <https://arxiv.org/abs/1709.02369v1>
- Berenschot (2018). *Enquête administratieve belasting langdurige zorg: Uitkomsten 2018*. Utrecht: Auteur.
- Berg, D. van den, & Jettinghoff, K. (2018). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: Werkgeversenquête 2018*. Den Haag: CAOP.
- Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.). (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *De factor demografie voor de benodigde capaciteit aan SO* [Interne notitie]. Utrecht: Prismant.
- Bloemendaal, I., & Leemkolk, B. van de (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.
- 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.
- Brinkman, M., Veer, A. J. E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, & Francke, A. L. (2018). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg: Cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Brugman, A., Bouwstra, H., Verhage, J., Bolt, M. (2018). Intensievere GRZ na invoering DBC: Wat valt er te leren uit onderzoek naar patientgegevens? *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2, 20-25. Geraadpleegd op 30 augustus 2019 op <https://www.verenso.nl/magazine-april-2018/no-2-april-2018/praktijk/intensievere-grz-na-invoering-dbc>
- Burg, M. van den, Dijk, C. van, Dik, J. W., Heim, N., & Mahler, M. (2018). *Zorgcijfers Monitor: Verblijfsduur in verpleging en verzorging niet korter in de Wet langdurige zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

- Bussel, E. F. van, Richard, E., Arts, D. L., Nooyens, A. C. J., Coloma, P. M., Waal, M. W. M. de, ... Moll van Charante, E. P. (2017). Dementia incidence trend over 1992-2014 in the Netherlands: Analysis of primary care data. *Plos Medicine*, 14(3). doi: 10.1371/journal.pmed.1002235
- Camp, L. van de, Koster, L., & Lapajian, I. (2018). *Rapportage onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Significant.
- Campen, C. van, Vonk, F., & Tilburg, T. van (Red.) (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht: Auteur.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018, 7 september). *Levensverwachting stijgt minder hard in Nederland en EU*. Geraadpleegd op 13 september 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/36/levensverwachting-stijgt-minder-hard-in-nederland-en-eu>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018, 18 december). *CBS Statline: Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2019-2060*. Geraadpleegd op 22 augustus 2019 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84346NED/table?ts=1566477468816>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>
- Centrum Indicatiestelling Zorg (2019). *Beleidsregels indicatiestelling: Tijdelijke subsidieregeling extra-murale behandeling 2019*. Utrecht: Auteur.
- Charan, S., & Roders, F. (2018). *Arbeidsmarkt zorg in cijfers: Winnend werven in een krappere wordende arbeidsmarkt*. Rotterdam: Intelligence Group.
- College Geneeskundige Specialismen (2016). *Eindrapportage CGS-project: Verankering van integrale ouderenzorg in medische vervolgoopleidingen*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/themas-projecten/project-ouderenzorg.htm>. Zie ook <https://e-infuse.com/>
- Daalhuizen, F., Groot, C. de, & Kam, G. de (2019). *Langer zelfstandig wonen in een geschikte woonomgeving*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp
- Does, H. van der, Baan, A., & Panneman, M. (2019). *Privé-valongevallen bij ouderen: Cijfers valongevallen in de privésfeer 2018*. Amsterdam: VeiligheidNL.
- Gielen, W., Herbers, D., & Hitzert, F. (2018). *Verhuizingen van oudere huishoudens*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Heemskerk, H., Bodegom, D. van, M. van der, & Westendorp, R. (2015). *Basiscompetenties ouderengeneeskunde voor basisartsen*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op http://www.leydenacademy.nl/User-Files/file/Rapport_Basiscompetenties_Ouderengeneeskunde_2014_HR.pdf
- Ictivity (2019). *Dossier ICT - De digitale stand van zaken in de zorg: Een onderzoek naar de visie van zorgmedewerkers op ICT, digitale vooruitgang en administratieve handelingen*. Eindhoven: Auteur.

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019, 1 juli). *IGJ: Verpleeghuiszorg in Nederland georganiseerd rondom de behoeften van de cliënt* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 2 juli 2019 op <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2019/07/01/igj-verpleeghuiszorg-in-nederland-georganiseerd-rondom-de-behoeften-van-de-client>
- Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I., & Draak, M. den (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kommer, T. N. van den, Deeg, D. J. H., Flier, W. M. van der, & Comijs, H. C. (2018). Time trend in Persistent Cognitive Decline: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journals of Gerontology series B: Social Sciences*, 73(1), S57-S64. doi:10.1093/geronb/gbx151
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen: KNMG-standpunt*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>
- Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & Klerk, M. de (Red). (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, & Verenso (2015). *Samenhangende medische zorg voor ouderen in de thuissituatie: Zorgaanbod specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Auteurs.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>
- Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.
- Leids Universitair Medisch Centrum, Nederlands Huisartsengenootschap, & Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen (2015). *Brochure NHG Kaderopleiding Ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://chbb.lhv.nl/opleidingen/opleidingen/kaderopleiding-ouderengeneeskunde>
- Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2018). *Jaarverslagenanalyse VVT 2017: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.
- Lippolis, L., & Lankhorst, M. (2019). *Jaarverslagenanalyse VVT 2018: De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie*. Waardenburg en Dordrecht: Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs.
- Livingstone, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31363-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31363-6/fulltext). DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6
- Lovink, M., Vught, A. van, Brink, G. van den, & Laurant, M. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten*. Nijmegen: Radboud Universitair Medisch Centrum en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

- 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>
- Medisch Contact (2019). *Tekorten aan huisartsen zichtbaar*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/tekorten-aan-huisartsen-zichtbaar.htm>
- Meiboom, A. A., de Vries, H., Soethout, M. B. M., Hertogh, C. M. P. M., & Scheele, F. (2018). Een carrière als specialist ouderengeneeskunde; iets voor de huidige geneeskundestudent? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(4), 139–146. doi:10.1007/s12439-018-0255-7
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016, 8 juli). *Kamerbrief over zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2016/07/08/kamerbrief-over-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 1 januari). *Verdeelplan 2018 zorgopleidingen*. Geraadpleegd op 20 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/01/01/verdeelplan-2018-zorgopleidingen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 4 april). *Kamerbrief over regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/04/kamerbrief-over-regionale-coördinatiepunten-eerstelijnsverblijf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 13 mei). *Actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 mei). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Geraadpleegd op 28 mei 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 25 juni). *Kamerbrief over aanvullend Wlz-zorginkoopkader 2019 inzake besteding extra middelen verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2018/06/25/kamerbrief-over-besteding-extra-middelen-verpleeghuiszorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 28 juni). *Kamerbrief over Kwaliteit en doorontwikkeling eerstelijnsverblijf (ELV)*. Geraadpleegd op 23 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/28/kamerbrief-over-kwaliteit-en-doorontwikkeling-eerstelijnsverblijf-elv>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 5 juli). *Kamerbrief 'Toezegging beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvoorzieningen'*. Geraadpleegd op 5 december 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/07/05/kamerbrief-over-ouderengeneeskunde-in-kleinschalige-woonvoorzieningen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 november). *Memorie van toelichting op wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd*

- functionaris*. Geraadpleegd op 28 januari 2019 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A35087#activity-2018a05417>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieprogramma 'Eén tegen Eenzaamheid'*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/20/actieprogramma-een-tegen-eenzaamheid>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Thuis in het Verpleeghuis - waardigheid en trots op elke locatie*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/documenten/publicaties/2018/04/10/programma-kwaliteit-verpleeghuiszorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Kamerbrief Plan van aanpak programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 8 november 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/05/programma-langer-thuis-samen-aan-de-slag-plan-van-aanpak-2018-2021>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 11 april). *Kamerbrief over standpunt positionering behandeling in de Wlz*. Geraadpleegd op 18 april 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/11/kamerbrief-over-standpunt-positionering-behandeling-in-de-wlz>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 9 mei). *Wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris: Nota naar aanleiding van het verslag* [Kamerstuk]. Geraadpleegd op 5 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/09/kamerbrief-over-wijziging-van-twee-wetten>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Kamerbrief 'Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'*. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patientgroepen>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2019, 5 juni). *Principeakkoord vernieuwing pensioenstelsel*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/06/05/kamerbrief-principeakkoord-vernieuwing-pensioenstelsel>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Monitor Langdurige Zorg: Gebruik Wlz-zorg in natura*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wlz-zorg-in-natura>
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2018, 26 september). *Start gemaakt met nieuw Raamplan Artsopleiding* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.nfu.nl/actueel/start-gemaakt-met-nieuw-raamplan-artsopleiding>
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2018). *Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op https://www.nfu.nl/img/pdf/180924_NFU_18.10495_Verslag_Werkconferentie_Basisarts_van_de_toekomst1.pdf

- Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Kostprijsmodel DBC GRZ: Versie 2.4*. Geraadpleegd op 16 september 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12528_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Nadere regel 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'*. Geraadpleegd op 4 februari 2019 op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0038433/2017-01-01>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 - BR/REG-19120*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Informatiekaart beleid en regels voor de langdurige zorg 2019*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245618_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Auteur.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2019, 21 februari). *Uitvoeringstoets Integrale zorg voor Wlz-cliënten: Een analyse van de macro-effecten en een voorstel voor een bekostigingsmodel voor Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267107_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126a*. Geraadpleegd op 26 augustus 2019 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_247707_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Onderzoeksrapport naar omgevingsfactoren op de kosten van zorgaanbieders in de verpleeghuissector*. Utrecht: Auteur.
- 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. doi: 10.1787/9789264239517-en
- Plaisier, I., Draak, M. den (2019). *Wonen met zorg: Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2016, januari). *Besluit herregistratie specialisten*. Geraadpleegd op 19 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/regelgeving/herregistratie-eisen.htm> website KNMG
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2018, 29 juni). *Brief over nieuwe voorwaarden voor herregistratie per 2020*. Geraadpleegd op 19 maart 2019 op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistreren/veranderde-herregistratie-eisen-brieven-aan-specialisten-en-profielartsen.htm>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. Geraadpleegd op 28 mei 2018 op <https://www.vtv2018.nl/>
- Rijksoverheid (2019, 1 februari). *Stimuleringsregeling om nieuwe vormen van wonen en zorg voor ouderen vlot te trekken*. Geraadpleegd op 4 april 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/01/stimuleringsregeling-om-nieuwe-vormen-van-wonen-en-zorg-voor-ouderen-vlot-te-trekken>
- Rijksoverheid (2019). *Toegang tot Wet langdurige zorg ook voor mensen met een psychische stoornis* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 27 maart 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/02/15/toegang-tot-wet-langdurige-zorg-ook-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis>
- Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland (2019, 11 juni). *Meer artsen kiezen voor specialisatie ouderengeneeskunde* [Persbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019

- op <http://www.ouderengeneeskunde.nu/nieuws-meer-artsen-kiezen-voor-specialisatie-ouderengeneeskunde/>
- Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland (2019). *Jaarverslag 2018*. Utrecht: Auteur.
- Sociale Verzekeringsbank (2019). *AOW-pensioen: Wanneer krijgt u AOW*. Geraadpleegd op 9 mei 2019 op https://www.svb.nl/int/nl/aow/wat_is_de_aow/wanneer_aow/
- Stoof, R., & Leegwater, E. (2019). *Input voor ramingen specialisten ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten* [Interne notitie]. Zeist: Vektis.
- Tabue-Teguo, M., Grasset, L., Avila-Funes, J. A., Genuer, R., Proust-Lima, C., Péres, K., . . . Dartigues, J. F. (2017). Prevalence and co-occurrence of geriatric syndromes in people aged 75 years and older in France: Results from the Bordeaux three-city study. *Journals of Gerontology A Biol Sci Med Sci*, 00(00), 1-8. doi: 10.1093/gerona/glx068
- Ubink-Bontekoe, C., & Spierenburg, M. (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Vilans.
- Vektis (2018). *Hoe lang verblijven ouderen in een verpleeghuis?* Geraadpleegd op 13 juni 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wet-langdurige-zorg/row-4/hoe-lang-verblijven-ouderen-in-een-verpleeghuis/>
- Vektis (2018). *Wat zijn de gemiddelde kosten per persoon in de Wlz?* Geraadpleegd op 13 juni 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wet-langdurige-zorg/row-3/wat-zijn-de-gemiddelde-kosten-per-persoon-in-de-wlz/>
- Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Notitie opleidingsduur voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *Resultaten actualisering interne rendement voor raming 2019: Notitie voor het Capaciteitsorgaan* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019*. Utrecht: Nivel.
- Veldman, D., Soffer, I., & Laterveer, M. (2019, 14 juni). *Algemeen Overleg Pakketbeheer 26 juni* [Brief aan Tweede Kamer]. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), LOC Zeggenschap in zorg.
- Verenso (2016). *Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde: Notitie over de kerntaken van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
- Verenso (2017). *Handreiking Taakherschikking*. Utrecht: Auteur.
- Verenso (2018, 8 maart). *Verenso tekent pact ouderenzorg van minister Volksgezondheid* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/verenso-tekent-pact-ouderenzorg-van-minister-volksgezondheid>
- Verenso (2018, 5 juli). *Hoger tarief voor extramurale zorg door specialist ouderengeneeskunde* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/hoger-tarief-voor-extramurale-zorg-door-specialist-ouderengeneeskunde>
- Verenso (2018). *Rol van de specialist ouderengeneeskunde in kleinschalige woonvormen: Inventarisatie van ervaringen en benodigde randvoorwaarden*. Utrecht: Auteur.

- Verenso (2019). *Register kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/zoek-specialist/kaderartsen/overzicht-kaderartsen?establishment=&specialization=10&name=>
- Verenso (2019). *Specialist ouderengeneeskunde: gat in én op de markt? Het effect van de onvervulde opleidingsplaatsen op de toekomstige arbeidsmarkt*. Utrecht: Auteur.
- Verenso (2019). *Wet Zorg en Dwang*. Geraadpleegd op 1 april 2019 op <https://www.verenso.nl/dossiers/wetregelgeving/wet-zorg-en-dwang>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland VS (2019). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 19 juni 2019 op <https://venvnv.nl/wp-content/uploads/sites/164/2019/01/2019-01-31-Beroepsprofiel-Verpleegkundig-Specialist.pdf>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2019). *Rapport Personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil"*. Utrecht: Auteur.
- Versteeg, S., Veer, A. de, Brinkman, M., Groot, K. de, Frankce, A. (2018). *De aantrekkelijkheid van de intramurale ouderenzorg voor de hbo-opgeleide verpleegkundige*. Utrecht: Nivel.
- Vulto, M., & Koot, J. (2007). *Medische ouderenzorg in de toekomst: Anticiperen op ziekte en welbevinden*. Geraadpleegd op 4 juni 2019 op <http://www.marijvulto.nl/wp-content/uploads/2604-Ouderenzorg-samenvatting.pdf>
- VVD, CDA, D66, & ChristenUnie (2017). *Vertrouwen in de toekomst: Regeerakkoord 2017 – 2021*. Den Haag: Auteurs.
- VWS en samenwerkende partijen (2018). *Pact voor de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/03/08/35-partijen-sluiten-pact-voor-de-ouderenzorg>
- Waardigheid en trots (2016). *Bezuiniging half miljard op verpleeghuis- en gehandicaptenzorg geschrappt*. Geraadpleegd op 26 juni 2018 op <https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/bezuiniging-half-miljard-op-verpleeghuis-en-gehandicaptenzorg-geschrappt/>
- Waardigheid en trots (2017). *Wegwijzer zorgvernieuwing: Positionering en de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts*. Utrecht: Auteur.
- Waardigheid en trots (2018). *Beslisboom inzet SO op verzoek huisarts in de praktijk*. Geraadpleegd op 5 april 2018 op https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/02/WT_Beslisboom_SO_2018.pdf
- Wagenaar, S., & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en –advies.
- Willems, J., & Faessen, W. (2018). *Verkenning wonen met zorg: Uitkomsten Fortuna 2017*. Delft: ABF Research.
- Winkel E., & Kousemaeker, G. de (2017). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen*. Amsterdam: Fluent.
- Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., & Doorslaer, E. van (2018). *Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 25 maart 2019 op <https://www.rivm.nl/documenten/pdf-thuiszorg-is-niet-altijd-goedkoper-dan-verpleeghuiszorg-esb>
- Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

Zorginstituut Nederland (2017). *Advies: Positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz*. Geraadpleegd op 26 maart 2019 op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>

Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren*. Dieren: Auteur.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 200 45 10

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