



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

De arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in 2009
Een studie onder instellingen en afdelingen in Nederland

R.R.J. Kalf
R.S. Batenburg

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-003-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
2 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling	11
3 Ontwikkelingen in het aanbod	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Het huidige arbeidsaanbod aan klinisch geriateren in Nederland	16
3.3 Het toekomstige arbeidsaanbod van klinisch geriateren in Nederland	17
3.4 Conclusie	19
4 Ontwikkelingen in de vraagkant van de arbeidsmarkt voor klinisch geriateren	21
4.1 Inleiding	21
4.2 De huidige vraag naar klinisch geriateren in Nederland	22
4.3 De toekomstige vraag naar klinisch geriateren in Nederland	30
4.4 Conclusie	33
5 De vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	35
6 Samenvatting	39
Literatuurlijst	41

Voorwoord

Dit project is door het NIVEL uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Een begeleidingscommissie vanuit de NVKG heeft het onderzoek begeleid. Deze commissie bestond uit de volgende personen:

- dhr. P. Dautzenberg
- dhr. J. van Campen
- dhr. R. de Jonckheere
- mw. J. Wilmer

Wij danken de begeleidingscommissie hartelijk voor de goede samenwerking. De leden hebben een substantiële bijdrage geleverd aan de succesvolle respons tijdens het veldwerk, en eerdere versies van dit rapport van constructief commentaar voorzien.

Utrecht, maart 2010

Samenvatting

Dit onderzoek brengt de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in Nederland in kaart. Daartoe zijn gegevens verzameld over zowel de vraagkant als de aanbodkant van deze arbeidsmarkt anno 2009. Er zijn voor het onderzoek twee soorten enquêtes uitgezet, (1) onder bestuurders van instellingen waar klinisch geriaters werkzaam zijn (ziekenhuizen en Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorg (APZ/GGZ) instellingen), en (2) onder hoofden van de afdelingen klinisch geriatrie in Nederland. In totaal heeft 78% van de 134 instellingsbestuurders meegewerkt en 86% van de 70 afdelingshoofden.

Uit de analyse komt het beeld naar voren dat de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters momenteel onder druk staat. De huidige en toekomstige capaciteit (het aantal fte's) wordt enerzijds gereduceerd door verkorting van de gemiddelde werkweek- en loopbaanduur, o.a. door feminisering van het beroep. Anderzijds is de instroom in het beroep momenteel te gering om aan de vervangingsvraag te voldoen, m.n. door het aantal toegewezen opleidingsplaatsen. De vraag naar klinische geriaters zal daarentegen sterk doorgroeien, niet alleen door demografische factoren maar ook door epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Voor de toekomst kan dan ook verdere arbeidsmarktcrachten worden verwacht, hetgeen zich in een aantal cijfers laat uitdrukken. Het aantal vervangings- als uitbreidingsvacatures binnen de afdelingen klinische geriatrie is de afgelopen vier jaar bijna verdubbeld van 9 naar 17 fte. Voor een kleine beroepsgroep van ruim 130 werkzame leden is dit een relatief hoge en acute vervangingsvraag. De uitbreidingswensen van bestuurders en afdelingshoofden zijn dan ook navenant. Van de instellingsbestuurders die in 2009 een afdeling klinische geriatrie hadden was de uitbreidingswens voor de komende 5 jaar 45fte, die van instellingbestuurders zonder afdeling klinische geriatrie 16 fte. In totaal wensen zij over vijf jaar maar liefst 321 klinisch geriaters in dienst te hebben. Dezelfde bestuurders denken evenwel dat hun wensen niet geheel ingelost worden. Zo denken bestuurders met een afdeling klinische geriatrie dat zij over vijf jaar 41 fte aan klinisch geriaters minder zullen hebben dan zij wensen.

Deze resultaten vormen belangrijke input voor het gericht doorrekenen van de discrepantie tussen de benodigde en beschikbare capaciteit aan klinisch geriaters in Nederland. Gegeven de huidige onvervulde vraag en de stijgende vraag naar klinisch geriaters in de toekomst, is bijstelling van de huidige instroom in de beroepsgroep noodzakelijk. Hoeveel en in welke tempo dit dient te gebeuren, is afhankelijk van beleidsmatige beslissingen. Dit onderzoek heeft evenwel duidelijk in kaart gebracht hoe de huidige arbeidsmarkt voor klinisch geriaters ervoor staat. Zowel instellingen als afdelingen klinische geriatrie in Nederland zijn zeer gemotiveerd en gefaciliteerd om uitbreiding in de toekomst mogelijk te maken.

1 Inleiding

De ontwikkelingen binnen de relatief jonge beroepsgroep klinische geriatrie gaan snel, zowel inhoudelijk als organisatorisch (vgl. Schepman en Heiligers, 2009; Brouns, Schadé en Vlaskamp, 2010). Deze ontwikkelingen komen ook tot uiting in de arbeidsmarkt voor klinisch gerieters in Nederland. Zo zijn er grote gevolgen te verwachten voor de zorgvraag in verband met demografische ontwikkelingen in de bevolking (vergrijzing). Epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen spelen daar bovenop ook een rol in de vraagontwikkeling. Voor de ontwikkelingen in de vraag naar klinisch gerieters zal niet alleen naar de toekomstige verandering in de vraag naar zorg van belang zijn, maar men moet ook rekening houden met ontwikkelingen in de praktijkvoering van de klinisch geriater. Voor wat betreft ontwikkelingen in het aanbod aan klinisch gerieters is de te verwachten in- en uitstroom van primair belang, maar ook de omvang van de gewenste werkweek. En ook zijn er volop ontwikkelingen binnen de beroepsgroep gaande die invloed hebben op de pensioneringsleeftijd en de mogelijke in- en uitstroom naar het buitenland.

De klinische geriatrie is een ‘groeispecialisme’. De afgelopen jaren is zowel het aantal werkzame klinisch gerieters als het aantal patiënten waaraan zij zorg verlenen sterk toegenomen. Ook is het een relatief breed specialisme. Men richt zich op een scala van aandoeningen die gerelateerd zijn aan veroudering. Op het snijvlak tussen verschillende medische domeinen is uitwisseling en afstemming met andere beroepen en specialismen van specifiek belang.

Na een eerdere arbeidsmarktstudie in 2004 (Hansen, van der Velden en Hingstman, 2004), heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) in 2009 het NIVEL de opdracht gegeven een nieuwe arbeidsmarktstudie uit te voeren. De volgende drie onderzoeksvragen zijn daartoe geformuleerd:

1. Wat is in de afgelopen jaren binnen de intramurale instellingen in Nederland de ontwikkeling geweest in het aanbod aan klinisch gerieters, qua aantal personen en fte en hoe zal deze in- en uitstroom zich de komende 5 à 10 jaar gaan ontwikkelen?
2. Wat is in de afgelopen jaren binnen de intramurale instellingen in Nederland de ontwikkeling geweest in de vraag naar klinisch gerieters, qua aantal personen en fte en hoe zal deze in- en uitstroom zich de komende 5 à 10 jaar gaan ontwikkelen?
3. Wat is in de afgelopen jaren binnen de intramurale instellingen in Nederland de aansluiting geweest tussen vraag en aanbod van klinisch gerieters, qua aantal personen en fte en hoe zal deze in- en uitstroom zich de komende 5 à 10 jaar gaan ontwikkelen?

De studie, waar dit rapport de neerslag van is, richt zich ter beantwoording van de onderzoeksvragen primair op de academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen (Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorginstellingen) die organisatorisch de arbeidsmarkt voor klinisch gerieters vormen. Aan al deze instellingen in Nederland zijn schriftelijke enquêtes verspreid, zowel

onder intramurale instellingen waar reeds een klinisch geriater werkzaam is, als ook intramurale instellingen die nog geen klinisch geriater in dienst hebben. Daarnaast zijn alle afdelingen klinische geriatrie in Nederland voor dit onderzoek benaderd. De hoofden van deze afdelingen zijn via de e-mail benaderd met een enquête.

Het doel van deze studie is het inventariseren van gegevens betreffende de aansluiting tussen vraag en aanbod, zodat in een zo vroeg mogelijk stadium maatregelen genomen kunnen worden om overschotten of tekorten aan klinisch geriaters te voorkomen. De uitkomsten van deze studie vormen mede input voor de capaciteitsraming die door het Capaciteitsorgaan specialisatiebreed uitgevoerd zal worden om te bepalen of de omvang van de opleidingscapaciteit adequaat is of bijstelling behoeft.

In de komende hoofdstukken komen achtereenvolgens de onderzoeksmethode (hoofdstuk 2), de ontwikkelingen in het aanbod (hoofdstuk 3), de ontwikkelingen in de vraag (hoofdstuk 4) en de aansluiting tussen vraag en aanbod (hoofdstuk 5) aan de orde. Het rapport sluit met een samenvatting in hoofdstuk 6.

2 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling

Voor de ‘meting’ van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor klinisch geriateren in Nederland is ten eerste aan alle relevante zorginstellingen in Nederland medio 2009 een schriftelijke vragenlijst verstuurd. Deze enquête is gericht op het verkrijgen van een overzicht omtrent de huidige bezetting klinisch geriateren, de klinisch geriatrie patiëntcontacten, de uitbreidings- en vervangingsvraag naar klinisch geriateren en het adherentiegebied. Zowel academische en algemene ziekenhuizen met als zonder klinisch geriater in dienst zijn aangeschreven. Binnen de groep APZ/GGZ-instellingen is een selectie gemaakt van instellingen die zich richten op algemene en/of ouderenzorg. In totaal zijn 134 instellingen aangeschreven. Hierbij is uitgegaan van de instellingen die ook in het NIVEL-onderzoek uit 2004 zijn benaderd, en zijn identiteit, namen en adressen voor zover nodig geactualiseerd. De contactpersonen van de instellingen zijn tweemaal gerappelleerd, zowel schriftelijk als telefonisch.

Ten tweede is via e-mail een enquête gestuurd onder alle afdelingen klinische geriatrie in Nederland. Deze enquête was een replicatie van de afdelingsenquête uit 2004 op een enkele extra vraag na. In de enquête wordt de huidige en verwachte capaciteit aan klinisch geriateren en aanverwante disciplines uitgevraagd, evenals het aantal uitbreidings- en vervangingsvacature. De antwoorden die afdelingen in 2004 hadden verstrekt werden in deze enquête afgedrukt, zodat de respondenten sneller en makkelijker de enquête konden invullen.¹ Door middel van het begeleidend schrijven werd om toestemming voor dit hergebruik van de door hun eerder verstrekte gegevens gevraagd. Afdelingen die niet in 2004 aan het onderzoek hadden deelgenomen, of toen nog niet als afdeling klinische geriatrie bestonden, kregen een geheel blanco vragenlijst. Ook deze enquêtes zijn medio 2009 via mail verstuurd en in de meeste gevallen werd de enquête (een Word-bestand) ook via de mail teruggestuurd. Ook deze respondenten zijn nog tweemaal gerappelleerd om de vragenlijst in te vullen, en additioneel heeft ook de begeleidingscommissie vanuit de NVKG persoonlijk de non-respondenten tot medewerking verzocht.

In onderstaande tabel 2.1 zijn de responsgegevens op beide enquêtes vermeld. Van de 70 afdelingen heeft 86% gereageerd, van de 134 aangeschreven ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen 78%. Dit is een hoge response te noemen. Voor de afdelingen klinische geriatrie is het responspercentage in 2009 hoger dan in 2004, bij de ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen is het responspercentage lager dan in 2004.

¹ Een mogelijk bezwaar van deze methode is dat respondenten onbedoeld geleid worden door de voorgeprinte antwoorden. We hebben hier echter geen aanwijzingen voor, noch vanuit de respondenten zelf, noch bij controle van de ingevulde vragenlijsten.

Tabel 2.1: Overzicht van de respons van de NIVEL/NVKG enquête in 2009

	Aan- geschreven	Ingevuld retour	Responspercentage 2009	Responspercentage 2004
Afdelingen klinische geriatrie	70	60	86%	82%
Ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen	134	104	78%	85%

In de volgende tabel 2.2 worden de aangeschreven en responderende afdelingen vergeleken naar type instelling om eventuele afwijking in de (non)respons te identificeren. De samenstelling van de responsgroep naar type instelling is niet precies gelijk aan de samenstelling van de totale groep aangeschreven afdelingen, omdat algemene ziekenhuizen relatief iets vaker hebben gerespondeerd en APZ/GGZ-instellingen iets minder. De afspiegeling van de responsgroep is echter zodanig dat we kunnen stellen dat de uitkomsten representatief zijn voor de gehele groep afdelingen klinische geriatrie in Nederland.

Tabel 2.2: Aantal aangeschreven en responderende hoofden van afdelingen klinische geriatrie naar type instelling

	Aangeschreven		Responderend	
	abs.	%	abs.	%
Algemene ziekenhuizen	47	67	43	72
Academische ziekenhuizen	7	10	6	10
APZ/GGZ-instellingen	16	23	11	18
<i>Totaal</i>	<i>70</i>	<i>100</i>	<i>60</i>	<i>100</i>
Totaal	70		60	86

Eenzelfde (non)responsanalyse is voor de instellingen uitgevoerd. Tabel 2.3 toont dat ook hier, naar type, de responsgroep een goede afspiegeling is van de totale aangeschreven groep instellingen. Zoals kon worden verwacht is in de responsgroep het aantal instellingen met één of meerdere klinische geriaters in de meerderheid, en in dit opzicht zou de responsgroep dus een licht vertekend beeld kunnen geven.

Tabel 2.3: Aantal aangeschreven en responderende bestuurders van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen naar type en aanwezigheid klinisch geriater

	Aangeschreven		Responderend	
	abs.	%	abs.	%
Algemene ziekenhuizen	84	63	66	63
Academische ziekenhuizen	8	6	8	8
APZ/GGZ-instellingen	42	31	30	29
<i>Totaal</i>	<i>134</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>100</i>
Instellingen met klinisch geriater	74	55	66	63
Instellingen zonder klinisch geriater	60	45	38	37
<i>Totaal</i>	<i>134</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>100</i>
Totaal	134		104	78

Ook is voor deze studie aanvullend cijfermateriaal verzameld uit verschillende andere, secundaire bronnen. Zo zijn van de NVKG rendementsgegevens van de opleiding verkregen, en zijn CBS-, RIVM- en Prismant-cijfers en informatie uit Medisch Contact gebruikt om (aanvullende) inschattingen te kunnen maken van vraag- en aanbodontwikkelingen die niet door de enquêtes zijn afgedekt. In de onderstaande hoofdstukken zal steeds worden aangegeven op welke bronnen deze cijfers en beweringen zijn gestoeld.

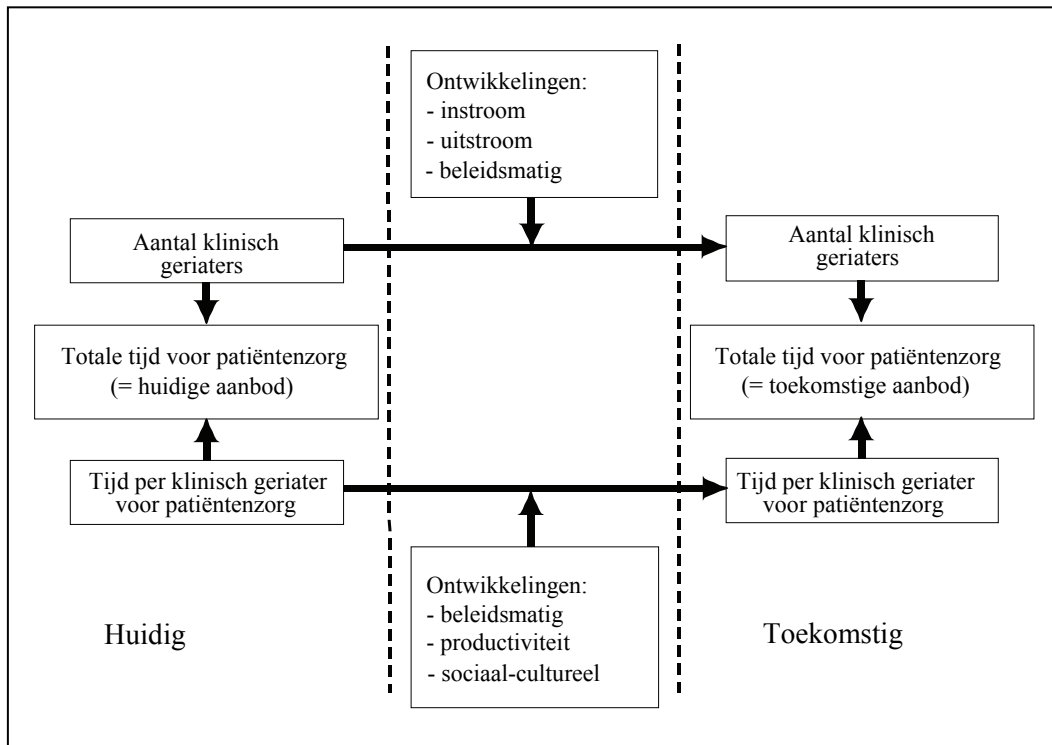
3 Ontwikkelingen in het aanbod

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ontwikkelingen aan de aanbodkant van de arbeidsmarkt voor klinisch geriater centraal. Hiertoe volgen we het ‘aanbodmodel’ dat in figuur 3.1 in beeld is gebracht. Hierin wordt de totale tijd die klinisch geriater beschikbaar hebben voor patiëntenzorg in het basisjaar en het prognosejaar onderscheiden. Voor de huidige situatie dient ingeschat te worden hoeveel klinisch geriater er werkzaam zijn en hoeveel patiëntgebonden werktijd er per klinisch geriater besteed wordt. Door beide factoren met elkaar te vermenigvuldigen kan theoretisch de totale tijd berekend worden die in Nederland beschikbaar is voor klinisch geriatrische patiëntenzorg in het basisjaar, voor deze studie 2009 dus. Om inzicht te krijgen in de totale beschikbare tijd in het prognosejaar (veelal 10 à 15 jaar later, dus 2019 of 2024) zal enerzijds gekeken moeten worden naar factoren die van invloed zijn op het beschikbare aantal klinisch geriater in het prognosejaar en anderzijds naar factoren die de werktijd van klinisch geriater beïnvloeden. Belangrijk hiervoor is in ieder geval de numerieke in- en uitstroom binnen de beroepsgroep. De instroom wordt in de eerste plaats bepaald door de verwachte instroom vanuit de vervolgopleiding, maar ook door het interne en externe rendement van de opleiding en eventuele instroom vanuit het buitenland. Op de uitstroom is de pensioengerechtigde leeftijd en gewenste stopleeftijd van invloed, de omvang van tijdelijke uitval door ziekte of zorgverlof, maar ook verwachtingen over werktijdreductie of voortijdige afbouw van de loopbaan. Overigens hangt de instroom en het aantal huidige klinisch geriater juist ook af van de opleidingscapaciteit die beleidsmatig bepaald wordt op basis van de capaciteitsramingen waarvoor onder andere deze studie de relevante informatie levert. We komen hierop in hoofdstuk 5 nog terug.

Uitgangspunt van het aanbodmodel is dat eerst de huidige situatie in beeld wordt gebracht, om vervolgens een inschatting te kunnen maken van de toekomstige situatie. Dat geldt ook voor de meer complexe onderdelen van het model zoals de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Deze verdeling zou in de toekomst kunnen veranderen door de toenemende aandacht voor opleiding van anderen, de eigen bij- en nascholing, visitaties en/of management. Als klinisch geriater niet meer uren per week gaan werken, dan zal dit dus ten koste gaan van de tijd die besteed wordt aan patiëntenzorg. Afhankelijk van deze en andere ontwikkelingen die verwacht kunnen worden kan zowel het aantal klinisch geriater als hun tijdsbesteding aan patiëntenzorg in het prognosejaar doorberekend cq. ingeschat worden.

Figuur 3.1: Gehanteerde aanbodmodel



3.2 Het huidige arbeidsaanbod aan klinisch geriater in Nederland

Volgens de MSRC-cijfers gepubliceerd op de website van RIBIZ, zijn er anno november 2009 176 klinisch geriater in Nederland geregistreerd.² In 2007 waren dat er 151, en in 2000 waren er 86 in het specialisme geregistreerd. Het aantal geregistreerde klinisch geriater blijkt het meest gegroeid tussen 2000 en 2005. Daarna is de instroom vertraagd door het aantal toegekende opleidingsplaatsen klinische geriatrie. Niet alle geregistreerde klinisch geriater zijn werkzaam. In het Capaciteitsplan 2008 wordt geschat dat van 151 klinisch geriater in 2007 er 135 werkzaam waren. Dit komt goed overeen met het aantal actieve leden van de NKVG in 2009, namelijk 132. Uit de NIVEL/NVKG-enquête uit 2004 bleek dat mannelijke klinisch geriater gemiddeld 0,95 fte werken, en vrouwelijke klinisch geriater 0,78 fte. In het Capaciteitsplan 2008 is uitgegaan van dezelfde getallen voor 2007.

Uit de gehouden enquête onder instellingen en afdelingen kunnen voor 2009 hogere aantallen werkzame klinisch geriater worden geschat dan in 2004. Zoals tabel 3.1 laat zien, hebben de 61 geënquêteerde instellingen die één of meerdere klinisch geriater in dienst hebben, al gezamenlijk 169 klinisch geriater in dienst. Hierbij zijn dan nog een paar instellingen met klinisch geriater meegenomen die de enquête niet hebben ingevuld. Gaan we af op de opgave van de afdelingen klinische geriatrie, dan staat de teller op 138 klinisch geriater, maar hierbij ontbreekt dus ook nog de respons van 7 afdelingen.

² Zie <http://www.ribiz.nl/pdf/rpt062.pdf>.

Vergeleken met 2004 is vooral interessant om te zien dat het gemiddeld aantal klinisch gerieters per instelling én per afdeling is toegenomen.

Tabel 3.1: Aantal werkzame klinisch gerieters volgens bestuurders van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen en hoofden van afdelingen klinische geriatrie in 2004 en 2009

	Ziekenhuizen en APZ/GGZ- instellingen		Afdelingen klinische geriatrie	
	2004 (n=59)	2009 (n=61)	2004 (n=38)	2009 (n=53)
Gemiddeld aantal klinisch gerieters	2,22	2,86	2,53	2,60
Totaal aantal klinisch gerieters	131,00	169,00	96,00	138,00
Gemiddeld aantal fte	1,74	2,21	1,96	2,06
Totaal aantal fte	102,66	135,11	74,50	109,16
% Instellingen met klinisch gerieters	54,55%	69,79%		

Uit tabel 3.1 kan ook afgeleid worden hoeveel fte er per persoon gewerkt wordt in de instellingen en afdelingen. Omgerekend werkten de klinisch gerieters binnen de responderende instellingen gemiddeld in 2009 0,80 fte; in 2004 was dit 0,78 fte. Uit de afdelingsenquête komen dezelfde getallen naar voren: 0,79 fte in 2009 en 0,78 in 2004. Blijft de gemiddelde werkzaamheid per klinisch geriater dus tamelijk constant, het gemiddeld aantal fte aan klinisch gerieters dat binnen de instellingen en afdelingen werkzaam is, is wel gegroeid tussen 2004 en 2009. Binnen de instellingen is de groei bijna een halve fte, binnen de afdelingen 0,1 fte.

3.3 Het toekomstige arbeidsaanbod van klinisch gerieters in Nederland

Zoals uit de NIVEL-enquête onder de klinisch geriaterische beroepsgroep in 2004 blijkt, werken vrouwen minder fte dan mannen. Ook werken vrouwen vaker in deeltijd. Op basis van het huidige en verwachte aandeel vrouwelijke klinisch gerieters kan dus iets worden gezegd over de verandering in het totaal aantal fte dat klinisch gerieters in de toekomst zullen werken. In 2009 is volgens de MSCR-registratie 64,8% van de klinisch gerieters vrouw. Dit komt overeen met het huidige percentage vrouwen in het ledenbestand van de NVKG. Uit het NVKG-ledenbestand komt ook naar voren dat 83,5% van de klinisch gerieters in opleiding – de AIOs – vrouw is. Gegeven de verwachte in- en uitstroom is dus een forse groei van het aandeel vrouwen binnen de beroepsgroep te verwachten. Bij een instroom van 16 nieuwe assistenten per jaar in de opleiding, zal het aandeel vrouwen waarschijnlijk toenemen tot ongeveer 76% in 2021 en 80% in 2027. Als mannen en vrouwen evenveel fte blijven werken als nu het geval is, namelijk respectievelijk 0,95 en 0,78, dan zorgt de toename van het aandeel vrouwen dus voor een daling in het gemiddelde aantal fte van de gehele beroepsgroep van 0,84 in 2009 naar 0,82 in 2021 en 0,81 in 2027.

Voor het toekomstige arbeidsaanbod van klinisch geriater, en specifiek hun effectieve tijdsbesteding aan patiëntenzorg (vgl. figuur 3.1), zijn nog een aantal andere factoren van belang.

Ten eerste dient vanuit de aanbodkant van de arbeidsmarkt niet alleen rekening te worden gehouden met een teruglopend aantal fte dat door jonge specialisten wordt gewerkt, ook de thans werkzame klinisch geriater kunnen in toenemende mate behoefte hebben aan minder werken op latere leeftijd. Ook is een trend in veel artsberoepen zichtbaar om eerder te stoppen met werken. Voor klinisch geriater is dit voor het laatst gepeild met de NIVEL/NVKG enquête uit 2004, en daaruit bleek dat de verwachte pensioenleeftijd onder mannen gemiddeld 64,1 jaar was, en onder vrouwen 61,5 jaar. Door de toename van het aandeel vrouwen is dus ook een eerdere uitstroom uit de beroepsgroep te verwachten. Overigens verwachtte de meeste klinisch geriater (63%) die in 2004 in opleiding waren tot hun 64^{ste} of langer door te werken.

Ten tweede kunnen er veranderingen optreden in de tijdsbesteding van klinisch geriater. Bij sommige specialisten zien we de trend dat tijdsbesteding aan organisatorische werkzaamheden en niet-patiëntgebonden taken toeneemt door een toename aan overleg, management en coördinerende taken. Voor andere specialisten neemt dit juist af omdat er meer professionele ondersteuning is gekomen met name binnen de grotere afdelingen. Hoe dit bij de klinisch geriater uitpakt zullen we in het volgende hoofdstuk nader bepalen aan de hand van de productiecijfers die in de gehouden afdelings- of instellings-enquêtes zijn gevraagd. Vooralsnog constateren we dat er in Nederland meer en grotere afdelingen klinische geriatrie binnen de instellingen zijn ontstaan, waarvan ook de patiëntgebonden productie sterk is toegenomen.

En ten derde kan taakherschikking of taakdelegatie ('verticale substitutie') een rol gaan spelen in de klinisch geriatrie. De opkomst van *physician assistant*, *nurse practitioner* en verpleegkundig specialist laat ook het taakdomein van de klinische geriatrie niet ongemoeid. In een recente studie werd de geriatrie als één van de beroepen genoemd waar de substitutie van taken van artsen naar verpleegkundigen plaats vond.³ In deze studie wordt verondersteld dat goed opgeleide verpleegkundigen voor sommige taken een even hoge kwaliteit van zorg kunnen leveren als artsen. Het is echter nog onduidelijk hoe dit zich verder zal ontwikkelen, maar het is duidelijk dat meerdere beroepen zich op het terrein van de ouderenzorg richten. Taakdelegatie betekent bovendien niet dat de werklust van artsen netto lager komt te liggen. Verpleegkundigen zullen namelijk in eerste instantie aan behoeften van patiënten tegemoet komen die eerder niet of beperkt geholpen werden, bijvoorbeeld omdat ze hun zorgvraag niet volledig kenbaar maakten ('latente zorgvraag'). Daarnaast blijkt ook dat verpleegkundigen juist meer zorgvraag voor specialisten genereren, bijvoorbeeld door vaker testen aan te vragen. In de enquêtes onder de afdelingen werden de *physician assistant* en *nurse practitioner* slechts incidenteel genoemd in verband met uitbreidingswensen en vacatures. De NVKG zelf geeft aan dat de rol die *nurse practitioners* binnen de klinische geriatrie zou kunnen vervullen vooral ligt

³ Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.

bij het geven van geprotocolleerde zorg, zoals ondersteuning op de geheugenpoli, dagklinieken en in consultatieve teams in het ziekenhuis.

3.4 Conclusie

Het bovenstaande kunnen we nu als volgt samenvatten:

- Het aantal klinisch geriateren is in het afgelopen decennium gestegen, maar door het aantal toegekende opleidingsplaatsen is de instroom de laatste jaren minder snel stijgend;
- Het aandeel vrouwen binnen de beroepsgroep is snel stijgend, van 65% nu in 2009 naar verwachting 75% over 5 jaar;
- Het aantal fte dat de beroepsgroep werkt is over de laatste vijf jaar min of meer stabiel, maar zal naar verwachting gaan dalen als gevolg van de toename van het aantal vrouwelijke klinisch geriateren;
- Hetzelfde geldt voor de uitstroom, aangezien uit eerder onderzoek bleek dat de uit-tredeleeftijd van vrouwen ongeveer twee jaar eerder ligt dan voor mannen;
- Mogelijk zal taakdelegatie een rol gaan spelen binnen de klinische geriatrie, maar *nurse practitioners*, *physician assistants* en verpleegkundig specialisten worden nochtans incidenteel genoemd en bovendien is het de vraag of dit netto tot minder behoefte aan klinisch geriateren leidt.

4 Ontwikkelingen in de vraagkant van de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ontwikkelingen aan de vraagkant van de arbeidsmarkt centraal. Ook hier volgen we een schema, in figuur 4.1 als ‘vraagmodel’ in beeld gebracht. In dit model gaat het eerst om de totale tijd voor patiëntenzorg die in het basisjaar nodig zou zijn (de linkerkant van het model), opgebouwd uit het aantal patiënten en hun huidige feitelijke zorggebruik. Ook de zogenaamde onvervulde zorgvraag (het huidige niet-gebruik door beperkingen als personeelstekort en wachtlijsten) valt hieronder. Het aantal patiënten en tijd per patiënt komen terug in de verwachte vraag naar klinisch geriatrische zorg in het prognosejaar (de rechterkant van het model). De trend van huidig naar toekomst (het middengedeelte van het model) wordt bepaald door een aantal ontwikkelingen.

Factoren die daarbij in ieder geval een belangrijke rol spelen zijn demografische, epidemiologische en beleidsmatige ontwikkelingen.

Bij de *demografische ontwikkelingen* gaat het om de veranderingen in de bevolkingsomvang en de bevolkingssamenstelling. Daarbij moet geschat worden wat de leeftijds- en geslachtspecifieke verdeling in de huidige en de toekomstige zorgvraag zal zijn. Omdat binnen de klinische geriatrie vooral zorg verleend wordt aan ouderen, zal uiteraard de vergrijzing van de bevolking hierbij een grote rol spelen, die als ‘factor op zichzelf’ zal leiden tot een extra toename in de zorgvraag.

Epidemiologische ontwikkelingen omvatten de veranderingen in het vóórkomen (incidentie en prevalentie) van ziektebeelden binnen elke leeftijds- en geslachtsgroep. Het aantal nieuwe patiënten met dementie neemt toe (de Lange en Poos, 2007). Het is nog onduidelijk of de zorgbehoefte en zorgvraag naar klinische geriatrie binnen bepaalde leeftijdsgroepen sneller toeneemt, waardoor deze ontwikkelingen ‘boven op’ de demografische vergrijzingstrend voor een versnelling van de zorgvraag zal leiden.

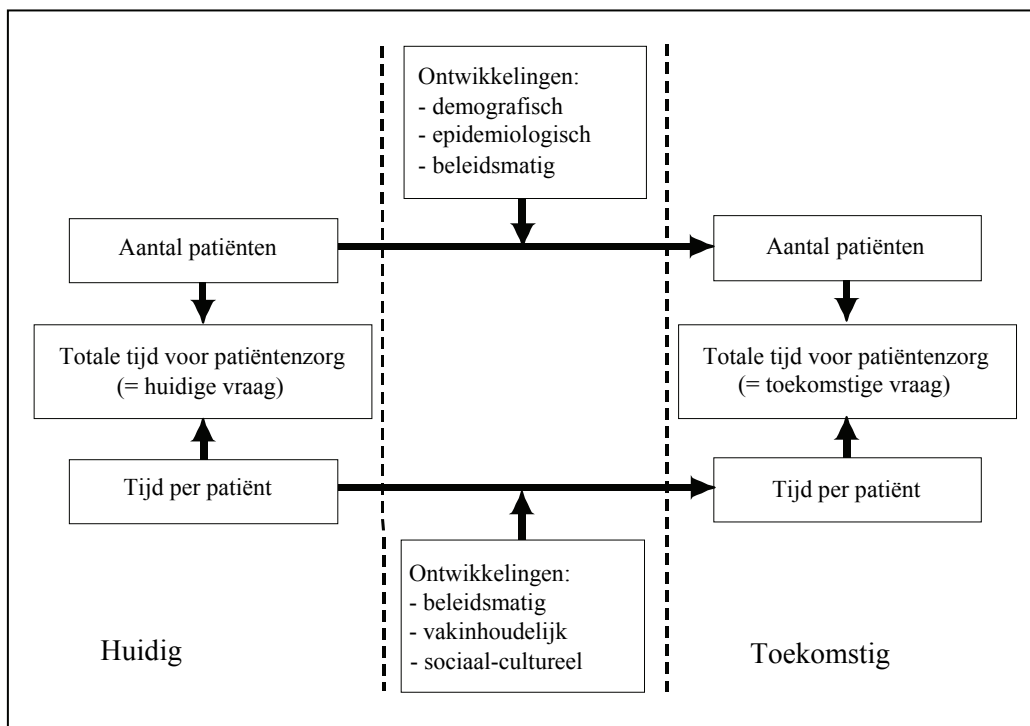
Ook spelen *sociaal-culturele en vakinhoudelijke factoren* bij de zorgvraagontwikkeling een rol. Veronderstel dat patiënten mondiger⁴ en veeleisender worden, of met complexere zorgvragen komen (zoals bijv. in het geval van etnische groepen), en de behandel-mogelijkheden tegelijkertijd uitbreiden, dan zal dit leiden tot een toename van het aantal klinische geriatrische consulten. Gegeven de huidige norm – een consultuur van anderhalf uur voor een nieuwe patiënt – zal dit tot een verhoging van de werklast leiden wanneer de capaciteit niet met de zorgvraag meegroeit. Ook de toename van activiteiten van klinisch geriaters in zogenaamde consultatieve teams (o.a. opgezet op advies van de

⁴ Dit wordt vaak beweerd, maar is voor Nederland nog niet goed aangetoond. Zo is het aantal vragen dat patiënten stelt bij de huisarts niet gestegen, en geeft een kwart tot de helft van patiënten aan niet bij de beslissingen van een specialist betrokken te zijn geweest. Zie Friele, R.D. (2009) ‘Wet en werkelijkheid in de gezondheidszorg.’ Utrecht/Tilburg, NIVEL/Universiteit van Tilburg.

Gezondheidsraad⁵ en het VMS veiligheidsprogramma ‘Kwestbare Ouderen’) draagt bij aan uitbreiding van de werkzaamheden en gezien de huidige bezetting aan een hogere werklast.

Al deze ontwikkelingen en factoren vinden daarnaast ook nog eens in een financiële en beleidscontext plaats. Overheidsturing en marktwerking in de zorg zijn volop in beweging. Zowel de overheid als de zorgverzekeraars bepalen welke klinisch geriatrische zorg geprioriteerd, geselecteerd en gefinancierd wordt. Dit bepaalt mede hoe de zorgvraag zich ontwikkelt.

Figuur 4.1: Gehanteerde vraagmodel



4.2 De huidige vraag naar klinisch geriaters in Nederland

In de NIVEL/NVKG-enquêtes uit 2009, maar ook in die uit 2004, is aan instellings- en afdelingshoofden gevraagd een schatting te maken van de ‘zorgproductie’ van de klinisch geriaters in termen van het aantal patiëntcontacten over de laatste jaren. In 2009 was dat over de jaren 2008-2009, in 2004 over de jaren 2002-2004. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen verschillende typen patiëntcontacten, namelijk eerste poliklinische consulten, herhaalconsulten, dagopnamen, klinische opnamen, verpleegdagen, ICC’s en meebehandelingen. In figuur 4.2 tot en met 4.4 worden de antwoorden op deze vragen

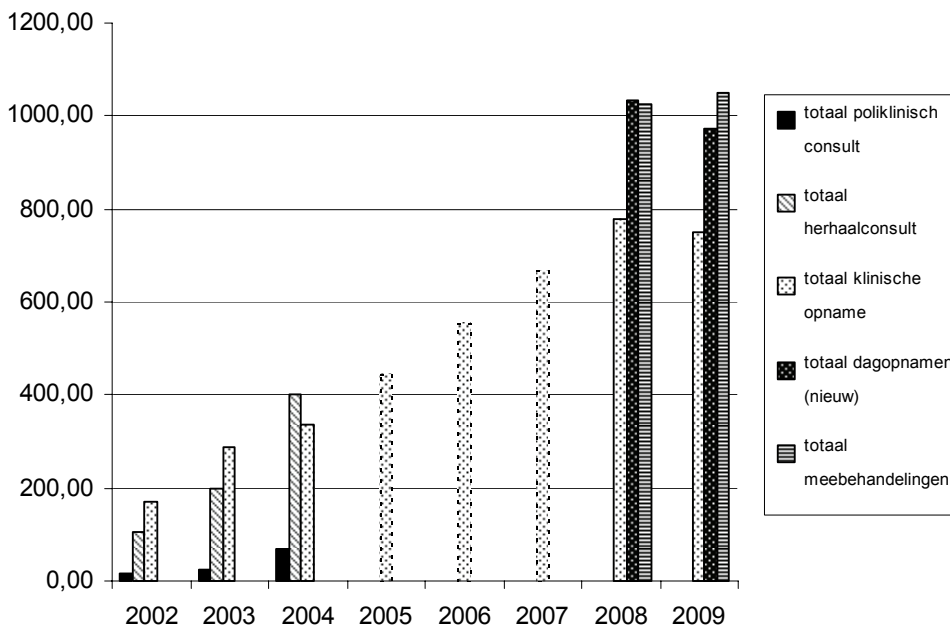
⁵ Gezondheidsraad (2008) Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01.

weergegeven. Voor de niet-gemeten periode 2005-2007 zijn de figuren geëxtrapoleerd en gestippeld weergegeven om zo toch de volledige trend zichtbaar te maken. We presenteren daarbij de resultaten onder elkaar voor de APZ/GGZ-instellingen, de academische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen.

Uit de grafieken komt naar voren dat het totaal aantal klinische opname, in alle drie de soorten instellingen, in 2009 hoger ligt dan in 2002. Daarnaast is het totaal aantal dagopnamen en totaal aantal poliklinische consulten in academische en algemene ziekenhuizen flink gestegen tussen 2002 en 2009. In algemene ziekenhuizen is ook een stijging te zien in het totaal aantal herhalingsconsulten, terwijl dit juist gedaald is in academische ziekenhuizen. Ook tussen 2008 en 2009 stijgen de verschillende patiëntcontacten.

Deze trends komen overeen met de ziekenhuisgegevens van Prismant.⁶ Volgens de Prismant-statistieken verzorgden de klinisch geriateren in Nederland in 2006 6.781 klinische opnamen, in 2008 waren dit er 7.979; een jaarlijkse stijging van 6%. En volgens Prismant waren er 12.507 dagopnamen klinisch geriatricie in 2006, en 16.858 in 2008; een jaarlijkse stijging van 11,7%. Deze groeipercentages liggen ruim boven de landelijke stijging van het aantal ziekenhuisopnames in Nederland dat TNO in 2009 heeft becijferd.⁷ Uit dit onderzoek blijkt dat tussen 2001 en 2007 het aantal klinische opnames jaarlijks is gestegen met 3,6% en dagopnamen met gemiddeld 9,5% per jaar.

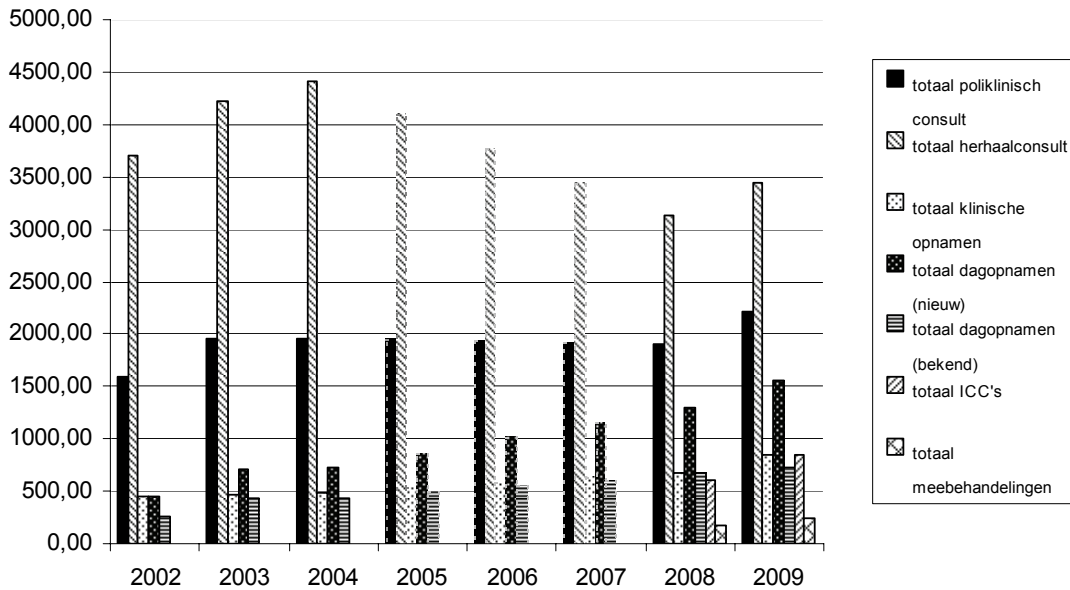
Figuur 4.2: Totaal aantal poliklinische consulten, herhaalconsulten, klinische opnamen, dagopnamen (nieuw) en totaal meebehandelingen tussen 2002 en 2009 in APZ/GGZ-instellingen



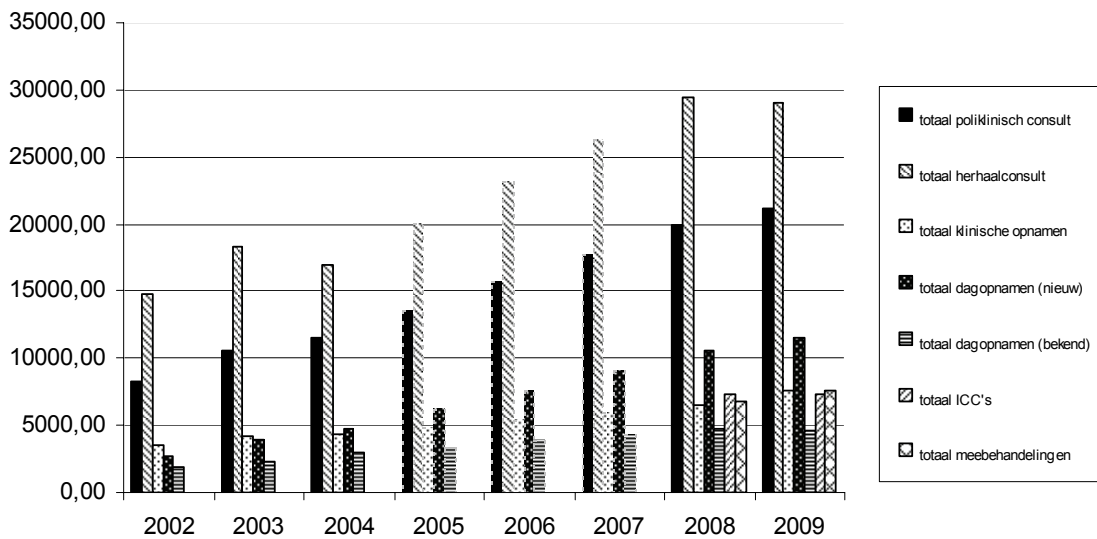
⁶ PRISMANT (<http://www.prismant.nl/Informatie-expertise/Thema's/Ziekenhuisstatistieken>).

⁷ Vijssel, A. van de (2009) De vraag naar zorg in ziekenhuizen, analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020. Hoofddorp: TNO, Centrum Zorg en Bouw.

Figuur 4.3: Totaal aantal poliklinische consulten, herhaalconsulten, klinische opnamen, dagopnamen (nieuw en bekend), ICC's en meebehandelingen tussen 2002 en 2009 in academische ziekenhuizen

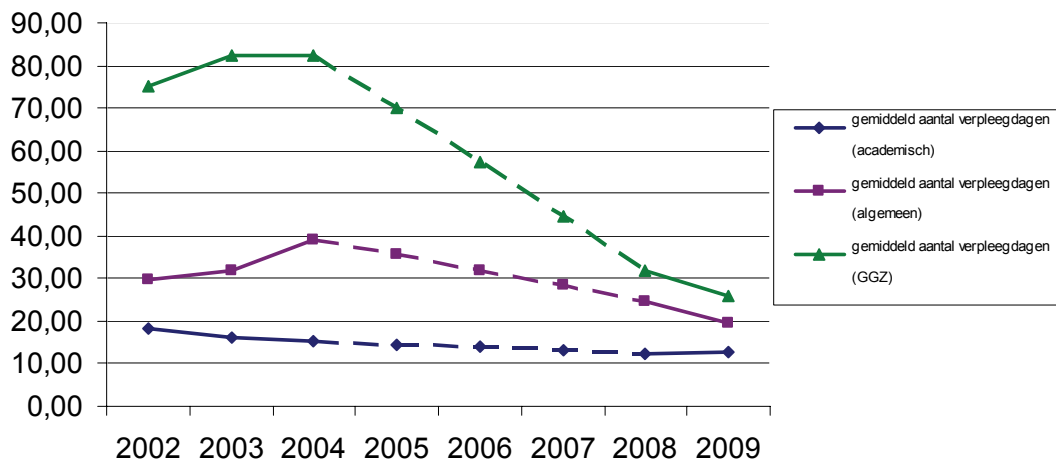


Figuur 4.4: Totaal aantal poliklinische consulten, herhaalconsulten, klinische opnamen, dagopnamen (nieuw en bekend), ICC's en meebehandelingen tussen 2002 en 2009 in algemene ziekenhuizen



Een omgekeerde trend is er wat betreft het aantal verpleegdagen. Zo laat onderstaande figuur 4.5 zien dat het gemiddelde aantal verpleegdagen klinische geriatrie daalt. Zowel in ziekenhuizen als in verpleeginstellingen is men erin geslaagd – conform de doelstellingen van het algemene beleid – de intramurale verpleegduur terug te dringen. Ook deze trend wordt bevestigd door het eerder aangehaalde TNO-rapport.⁸ Hieruit blijkt dat de gemiddelde verpleegduur het afgelopen decennium voortdurend is gedaald.

Figuur 4.5: Gemiddeld aantal verpleegdagen tussen 2002 en 2009 in APZ/GGZ-instellingen, Academische en Algemene Ziekenhuizen



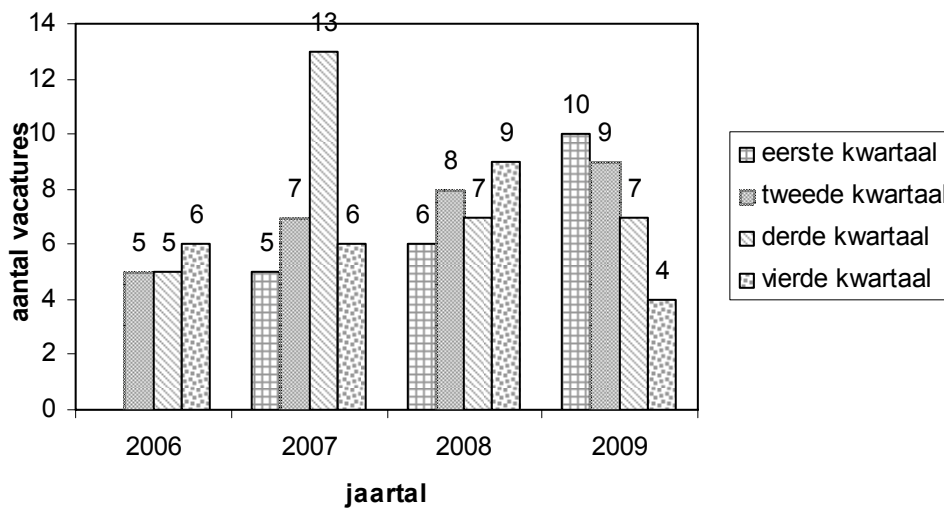
Cijfers over de gerealiseerde zorgproductie beslaan de zorgvraag waaraan voldaan is, maar niet de zogenaamde *onvervulde zorgvraag*. De onvervulde vraag is het huidige zorgconsumptieniveau, zoals dat aansluit bij de ‘werkelijke’ behoefte. In dit geval gaat het dus om de latente, potentiële vraag naar geriatrische diensten. Om dit te bepalen zou nader bevolkingsonderzoek uitgevoerd moeten worden. Er zijn echter een tweetal andere indicatoren die ook tamelijk direct het huidige meetbaar maken, namelijk het aantal vacatures en het bestaan van wachtlijsten.

Vacatures

Als we allereerst kijken naar het huidige personeelstekort in de klinische geriatrie, dan is een veel gebruikte bron de ‘Banenbarometer’ van het vaktijdschrift Medisch Contact. Zij brengt ieder kwartaal gegevens uit over de vacatures per medisch specialisme, gebaseerd op tellingen in de “belangrijkste bladen” en op “de belangrijkste vacaturesites”. Figuur 4.6 laat de vacaturecijfers van de klinisch gerieters volgens deze bron zien tussen 2006 en 2009. Kanttekening hierbij is dat over 2006 alleen gegevens beschikbaar zijn over de laatste drie kwartalen.

⁸ Vijssel, A. van de (2009) De vraag naar zorg in ziekenhuizen, analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario’s voor de ontwikkelingen tot 2020. *Hoofddorp: TNO, Centrum Zorg en Bouw.*

Figuur 4.6: Vacatures voor klinisch geriaters van 2006 tot 2009 per kwartaal
(bron: Medisch Contact, verschillende jaargangen)



Tussen 2006 en 2009 is het aantal vacatures gemiddeld per jaar gelijk gebleven. Aangezien de klinische geriatrie een relatief kleine beroepsgroep is, is het aantal vacatures per 100 artsen zeer hoog. In 2009 was, behalve in kwartaal 4, de vacaturegraad voor de klinische geriatrie in enkele kwartalen één van de hoogste van alle specialismen.⁹

We kunnen deze gegevens vervolgens afzetten tegen de NIVEL/NVKG-enquête, waar onder afdelingen precies is gepeild hoeveel vacatures er *per 1 juni 2009* waren; in aantal en in fte. Ook in 2004 is deze vraag aan de afdelingshoofden gesteld, maar dan voor 1 augustus 2004. Uit de onderstaande tabel 4.1 blijkt dat er op de peildatum in 2009 in totaal 16,9 fte vacatures waren; 6,9 fte voor vervanging, 10 fte voor uitbreiding. Hierbij zijn de vacatures van de niet-responderende afdelingen niet meegeteld. Ook als we met een deeltijdfactor rekening houden (1 vacature heeft niet altijd een gemiddelde omvang van 1 fte), is de 16,9 fte die de afdelingshoofden aan vacatures in 2009 hadden aanzienlijk hoger dan de 9 vacatures die er volgens Medisch Contact in het tweede kwartaal van 2009 bekend waren. Een voor de hand liggende verklaring voor dit verschil is dat Medisch Contact alleen de werkelijk gepubliceerde vacatures telt, en niet de vacatures waarvan getracht wordt deze via interne of informele weg te werven. Daarnaast kunnen vacatures langer dan een kwartaal open blijven staan, waardoor zij nog wel actueel zijn maar niet meer in de tellingen van de BanenBarometer meegenomen worden.

⁹ Zie daartoe de publicaties van de BanenBarometer, via <http://medischcontact.artsennet.nl/Alle-dossiers/werk-en-inkomen/arbeidsmarktmonitor.htm>.

Tabel 4.1: Aantal vacatures klinisch geriatrie volgens hoofden van afdelingen klinische geriatrie, naar type instelling, op 1 juni 2009 en 1 augustus 2004, in fte

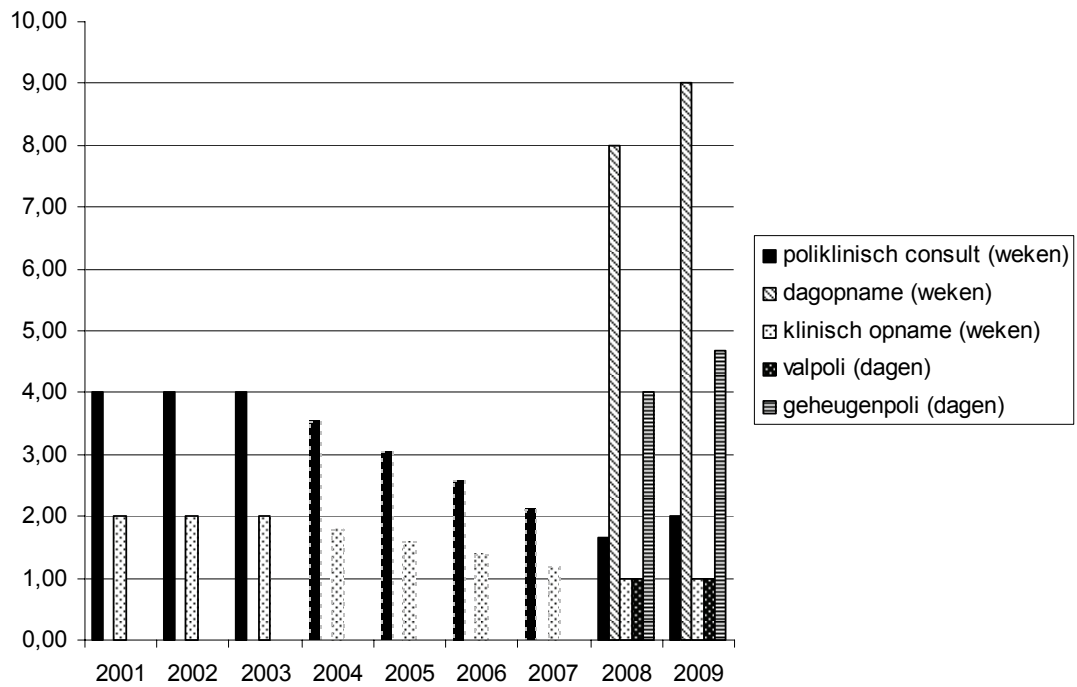
	Afdeling klinische geriatrie binnen een:						Totaal	
	Academisch ziekenhuis		Algemeen ziekenhuis		APZ/GGZ-instelling		2004	2009
	2004	2009	2004	2009	2004	2009		
Vacatures voor vervanging klinisch gerieters	0,0	1,0	2,2	5,9	0,0	0,0	2,2	6,9
Vacatures voor uitbreiding klinisch gerieters	1,4	1,0	5,0	8,2	0,0	0,8	6,4	10,0
Totaal aantal vacatures klinisch gerieters	1,4	2,0	7,2	14,1	0,0	0,8	8,6	16,9

Uit tabel 4.1 blijkt verder dat ten opzichte van 2004 het aantal vacatures in fte binnen de responderende afdelingen is verdubbeld. Deze stijging komt vooral op het conto van de algemene ziekenhuizen. Gerelateerd aan het totaal van 109 fte dat in 2009 binnen de responderende afdelingen werkzaam is (zie tabel 3.1), kan de relatieve uitbreidingsvraag berekend worden op $(10/109=)$ 9,2%. In 2004 was dit $(6,4/74,5=)$ 8,6%. Maar het is vooral de toename van vervangingsvraag van 2,9% naar 6,3% dat duidt op arbeidsmarkt-krapte. Deze resultaten onderschrijven dus de conclusie op basis van de cijfers van Medisch Contact. Een lichtpunt is evenwel dat het merendeel van de afdelingshoofden wel verwacht de vacatures op korte termijn te kunnen opvullen. In 2009 gaf 71% dit aan, in 2004 58%.

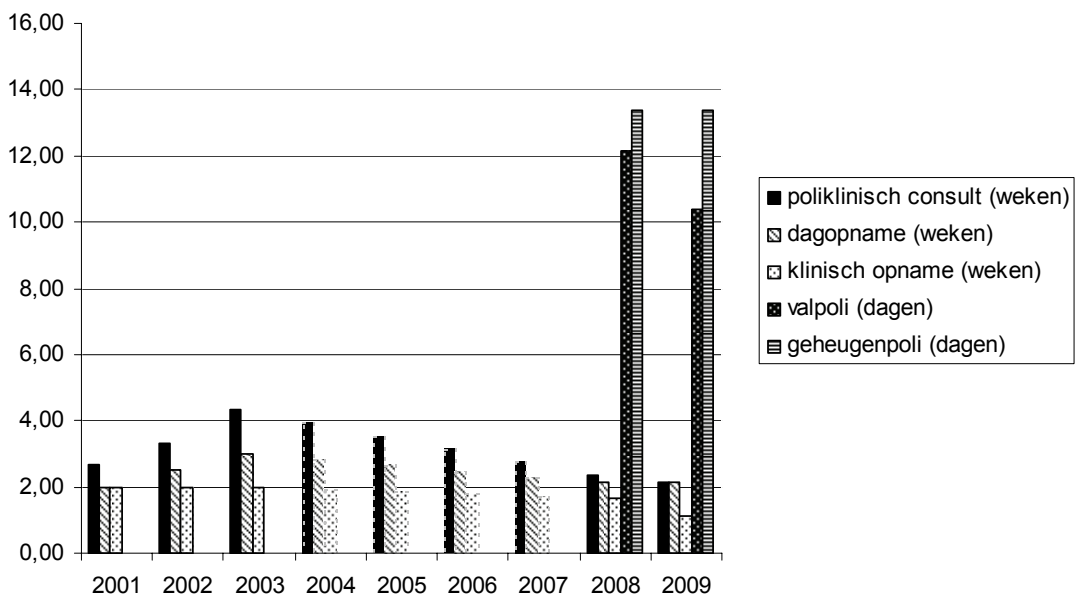
Wachlijsten

Naast vacatures vormen wachlijsten zoals gezegd ook een indicator voor de onvervulde zorgvraag. In de enquête onder afdelingen is gevraagd hoe de wachttijd tussen 2008 en 2009 is veranderd voor consulten, opnamen en poliklinische bezoeken. In de enquête in 2004 is hetzelfde gedaan, voor de jaren 2001, 2002 en 2003. En ook nu zijn in figuur 4.7, 4.8 en 4.9 de tussenliggende, niet-gemeten jaren geëxtrapoleerd en gearceerd om het oog ten behoeve van de volledige trend te geleiden. Uit de grafieken blijkt dat de wachttijden over de periode 2001-2009 netto heen en weer schommelt. In alle soorten instellingen zijn de wachttijden voor poliklinische consulten en dagopnamen in het begin van het decennium afgenomen, om de laatste twee jaar te stabiliseren of licht te stijgen. De nieuwe, specifieke policonsulten (val- en geheugenpoli) kennen relatief forse wachttijden.

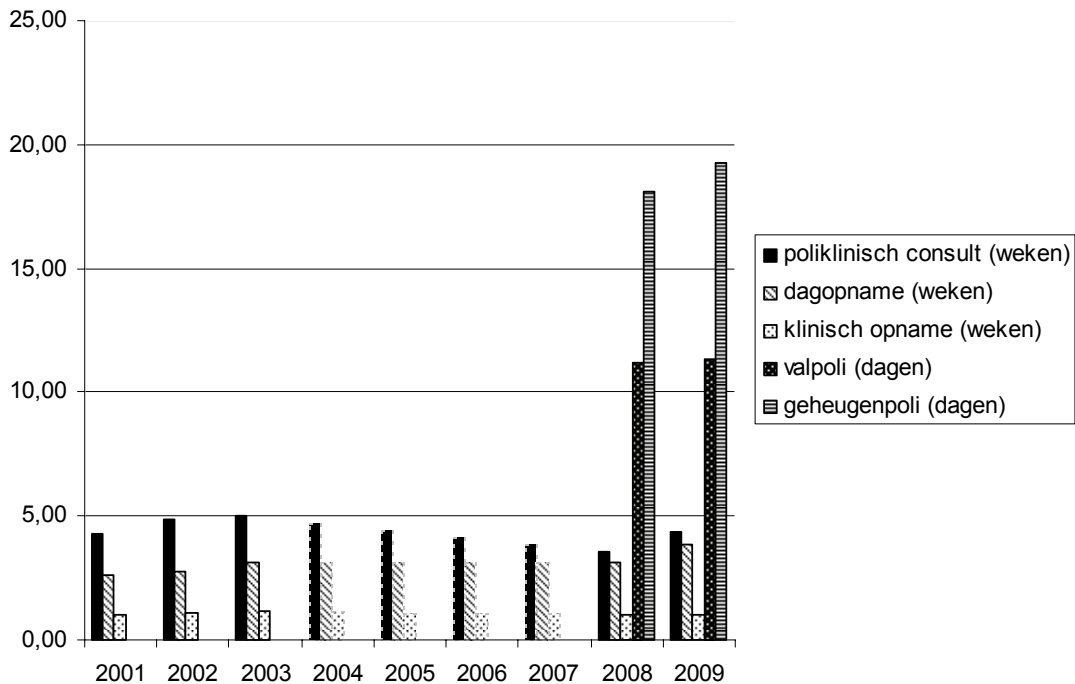
Figuur 4.7: Gemiddelde wachttijd voor poliklinische consulten (in weken), dagopnamen (in weken), klinische opname (in weken), valpoli (in dagen) en geheugenpoli (in dagen) tussen 2001 en 2009 in APZ/GGZ-instellingen



Figuur 4.8: Gemiddelde wachttijd voor poliklinische consulten (in weken), dagopnamen (in weken), klinische opname (in weken), valpoli (in dagen) en geheugenpoli (in dagen) tussen 2001 en 2009 in academische ziekenhuizen



Figuur 4.9: Gemiddelde wachttijd voor poliklinische consulten (in weken), dagopnamen (in weken), klinische opname (in weken), valpoli (in dagen) en geheugenpoli (in dagen) tussen 2001 en 2009 in algemene ziekenhuizen



Tenslotte is in de NIVEL/NVKG-enquête ook aan de bestuurders van de instellingen gevraagd wat hun huidige wensen zijn ten aanzien van het aantal klinisch geriaters dat zij in dienst hebben. Vindt men dit op instellingsniveau nu voldoende, of juist niet? Hierover gaat tabel 4.2, waarin ook de wensen staan die de instellingsbestuurders in 2004 opgaven.

Tabel 4.2: Aantal gewenste klinisch geriaters in aantallen en fte volgens bestuurders van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen in 2004 en 2009

	Ziekenhuizen en instellingen met klinisch geriaters		Ziekenhuizen en instellingen zonder klinisch geriaters	
	2004 (n=60)	2009 (=67)	2004 (n=50)	2009 (n=29)
Gemiddeld aantal klinisch geriaters	2,47	3,19	0,67	0,76
Totaal aantal klinisch geriaters	148,00	214,00	33,60	22,00
Gemiddeld aantal fte	2,08	2,68	0,40	0,54
Totaal aantal fte	124,50	179,77	19,75	15,80
Totaal gewenste uitbreiding in fte t.o.v. 2004; (tabel 3.1)	21,8	44,7	19,8	15,8

Uit de rechterhelft van tabel 4.2 blijkt eerst dat er 29 ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen zijn die aangeven géén klinisch geriater in dienst te hebben, maar deze nu (in 2009) wel te willen. In totaal wensen deze nu 22 klinisch geriaters in dienst te hebben,

voor een totaal van 15,8 fte. Dit is dus onder de instellingen in Nederland een nieuwe en actuele uitbreidingsvraag.

Als we daarna kijken naar ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen die wél sinds 2004 klinisch geriateren in dienst hebben, dan wensen zij anno 2009 ook méér klinisch geriateren. Het gaat gezamenlijk om 45 klinisch geriateren méér dan wat zij in 2009 in dienst hebben (wens_2009=214, huidig_2009=169 (zie tabel 3.1)). Uitgedrukt in fte is de wens 44,7 fte méér aan klinisch geriateren ten opzichte van de huidige bezetting (179-135). Opvallend is dat deze actuele uitbreidingsvraag in vijf jaar verdubbeld is, aangezien in 2004 de actuele uitbreidingsvraag 22 fte bedroeg.

Om een beeld te krijgen van de belemmeringen die bestuurders ervaren is gevraagd naar de redenen dat binnen hun instelling nu minder klinisch geriateren werkzaam zijn dan gewenst. Vooral budgettaire restricties worden in 2009 als belangrijkste redenen voor een huidig tekort genoemd, bijna twee keer zo vaak als in 2004. Het tekort aan klinisch geriateren wordt ook regelmatig als reden genoemd en is ook tussen 2004 en 2009 als reden toegenomen, zeker als we de afdelingen waar tekorten niet van toepassing zijn (in 2009 30%) buiten beschouwing zouden laten. Eenderde van de instellingen geven nog andere redenen op, variërend van “discussie onder medische studenten” tot “regio is niet populair”, welke lastig onder één noemer te brengen zijn.

Tabel 4.3: Opgegeven redenen voor een huidig tekort aan klinisch geriateren volgens bestuurders van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen in 2004 en 2009

	Ziekenhuizen en instellingen met klinisch geriateren		Ziekenhuizen en instellingen zonder klinisch geriateren		Totaal	
	2004 (n=56)	2009 (=72)	2004 (n=48)	2009 (n=32)	2004 (n=104)	2009 (n=104)
Niet van toepassing	39,3%	30,6%	39,6%	28,1%	39,4%	29,8%
Budgettaire restricties	21,4%	33,3%	10,4%	25,0%	16,3%	30,8%
Tekort aan klinisch geriateren	7,1%	8,3%	10,4%	12,5%	8,7%	9,6%
Anders	32,1%	27,8%	39,6%	34,4%	35,6%	29,8%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.3 De toekomstige vraag naar klinisch geriateren in Nederland

Op basis van *demografische* ontwikkelingen is betrekkelijk eenvoudig door te rekenen dat de vraag naar klinisch geriatrische zorg tussen 2009 en 2019 verder zal toenemen. Op basis van doorvermenigvuldiging van de huidige zorgconsumptie naar leeftijd (afgeleid uit de Prismant productiecijfers en de CBS-bevolkingsprognose naar leeftijd), zal in de komende tien jaar deze met 28% toenemen. Nog verder geprojecteerd zal de demografische ontwikkeling van de bevolking ervoor zorgen dat tussen 2009 en 2024 er een groei van meer dan 50% in de zorgvraag zal zijn. Dit zijn dus factoren die op directe, autonome wijze de vraag naar specialistische, klinisch geriatrische zorg opstuwten.

Op basis van *epidemiologische* ontwikkelingen kan deze groei in de zorgvraag nog verder versneld worden als de incidentie en prevalentie van ziektebeelden binnen de doelgroepen van de klinische geriatrie in de komende tien jaar zullen toenemen. Dit hangt primair af van de groep ouderen, mensen met een chronische ziekte en het aantal patiënten met dementie. Een trend is zeker dat dementie, het primaire domein van de klinische geriatrie, eerder onderkend wordt en behandeld wordt.¹⁰ Daarnaast wordt ook verwacht dat het aantal ouderen met een multimorbiditeit tussen 2008 en 2020 met ongeveer 50% toeneemt. Het begrip betreffende de vroegsignalering van problemen en de zorgbehoefte van ouderen wordt ook wel *frailty* genoemd.¹¹ *Frailty* kan vertaald worden als fragiliteit of broosheid, en is een voorspeller van veel (klinisch) geriatrische problemen zoals valongevallen, toenemende afhankelijkheid, afname van sociale contacten, ziekenhuisopname en ook sterfte.

De demografische en epidemiologische ontwikkelingen wordt daarbovenop nog eens extra versneld door *sociaal-culturele ontwikkelingen* in de samenleving. Ouderen zijn en worden steeds mondiger, veeleisender en beter geïnformeerd. Daarnaast komen etnische groepen in toenemende mate bij de klinisch geriaters op het spreekuur, met een relatief hoog aantal geriatrische ziektebeelden zoals CVA en dementie. Er vanuit gaande dat het aandeel allochtonen zal toenemen van 19% in 2007 naar 29% in 2050, en juist het aandeel niet-westerse allochtonen onder de groep 65-plussers nog sterker zal toenemen (van 3% in 2007 naar 17% in 2050), zal deze sociaal-culturele ontwikkeling de zorgvraag nog verder doen toenemen.¹²

Wat verder de toekomstige vraag naar klinisch geriaters bepaalt is het *werkproces* van de beroepsgroep. Verschillende vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een toename van het aantal benodigde klinisch geriaters. Dit zijn de eerder genoemde kwaliteitsindicator delier en de introductie van geriatrische consultatieve teams. Concreet zien we deze ontwikkelingen ook terug in het aantal instellingen dat in Nederland een afdeling klinische geriatrie heeft, dan wel opricht. Uit de eerder gepresenteerde tabel 3.1 kwam al naar voren dat het aantal ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen dat een afdeling geriatrie heeft is gestegen, van 54% in 2004 naar 69% in 2009. En dan gaat het nog alleen om de instellingen die meededen aan de enquête en één of meerdere klinisch geriaters in dienst hebben. De NVKG heeft in een eigen onderzoek dit jaar ook een rondgang gemaakt langs instellingen die geen afdeling klinische geriatrie hebben. Hieruit blijkt dat de meerderheid van deze instellingen van plan zijn een afdeling in de toekomst op te richten. Voor de klinische geriatrie die een relatief jonge beroepsgroep vormt in Nederland, ligt deze 'organisatorische groeiruimte' geheel in lijn met de hiervoor beschreven toenemende 'bronvraag' naar klinische geriatrische diensten.

¹⁰ Lange J. de, Poos M.J.J.C. Neemt het aantal mensen met dementie toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM <www.nationaalkompas.nl> Gezondheid en Ziekte/Ziekte en aandoeningen/psychische stoornissen/Dementie, 25 september 2007

¹¹ Campen C. van, Grijswaarden. Monitor ouderenbeleid 2008. Sociaal & Cultureel Planbureau. Den Haag, juni 2008

¹² Erf R. van der, Beer J. de, Verweij A. Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM <www.nationaalkompas.nl> Bevolkin/Etniciteit, 25 juni 2008

Gegeven deze vier macro-ontwikkelingen, is in de NIVEL/NVKG-enquête aan de instellingsbestuurders ook direct gevraagd hoe de behoefte aan klinisch gerieters binnen hun instelling de komende jaren zich zal ontwikkelen. In tabel 4.4 staan hun antwoorden op de vraag wat hun wensen en verwachtingen zijn voor de komende vijf jaar. Deze vraag is tevens aan de instellingsbestuurders in 2004 gesteld.

Tabel 4.4: Aantal gewenste en verwachte klinisch gerieters over 5 jaar in aantallen en fte volgens bestuurders van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen in 2004 en 2009

	Ziekenhuizen en instellingen met klinisch gerieters		Ziekenhuizen en instellingen zonder klinisch gerieters	
	2004 (n=60)	2009 (=67)	2004 (n=50)	2009 (n=29)
Gewenst over 5 jaar				
Gemiddeld aantal klinisch gerieters	3,03	4,21	1,19	1,34
Totaal aantal klinisch gerieters	181,50	282,00	59,50	39,00
Gemiddeld aantal fte	2,52	3,55	0,82	1,07
Totaal aantal fte	151,15	238,09	40,85	31,10
Verwacht over 5 jaar				
Gemiddeld aantal klinisch gerieters	2,49	3,51	0,70	0,90
Totaal aantal klinisch gerieters	149,50	235,00	35,00	26,00
Gemiddeld aantal fte	2,04	2,94	0,44	0,80
Totaal aantal fte	122,67	196,95	22,10	23,30
<i>Totale verschil tussen gewenste en verwachte uitbreiding in fte over 5 jaar</i>	<i>28,5</i>	<i>41,1</i>	<i>18,8</i>	<i>7,8</i>

Als we kijken naar de ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen die nu géén klinisch geriater in dienst hebben, dan geven zij aan dat zij over 5 jaar minder klinisch gerieters in dienst denken te hebben dan dat zij wensen (26 in plaats van 39). Hetzelfde geldt voor de instellingen die wél een klinisch geriater in dienst hebben. Deze instellingen verwachten over 5 jaar (282-235=) 47 minder klinisch gerieters in dienst te hebben dan zij over 5 jaar wensen. Ook nu weer zien we dat juist bij deze instellingen de discrepantie tussen wens en verwachtingen tussen 2004 en 2009 sterk is toegenomen. Dit bevestigt het beeld uit de vorige paragraaf over de huidige wensen (tabel 4.2): instellingen die (sinds 2004) een afdeling klinisch geriatrie hebben, kennen een steeds sneller groeiende uitbreidingsvraag. Overigens klopt het ook dat verwachtingen van de bestuurders door de tijd heen niet gerealiseerd worden. Instellingen met en zonder afdeling klinische geriatrie verwachtten in 2004 samen 149,5+35=184,5 klinisch gerieters in dienst hebben; anno 2009 hebben zij er in werkelijkheid 169 in dienst (tabel 3.1.). Alle bestuurders tezamen geven aan over 5 jaar in totaal 321 gerieters te wensen, 282 in de ziekenhuizen die nu al gerieters in dienst hebben en 39 in de ziekenhuizen die nu nog geen gerieters in dienst hebben.

Ook uit de enquête onder de *afdelingen* blijkt de toegenomen wens tot uitbreiding. Allereerst blijkt dit uit tabel 4.5. Meer dan 91% vindt dat het aantal klinisch gerieters binnen de komende 5 tot 10 jaar dient te stijgen, in 2004 vond 86,8% dit.

Tabel 4.5: Antwoord op de vraag “ Moet het aantal klinisch gerieters in uw instelling/ afdeling binnen 5-10 jaar veranderen?” volgens hoofden van afdelingen klinische geriatrie, in 2004 en 2009

	2004 (n=38)	2009 (n=45)
Nee	10,5%	6,7%
Ja, dalen	2,6%	2,2%
Ja, stijgen	86,8%	91,1%

Daarnaast vonden de afdelingshoofden dat het aantal klinisch gerieters binnen hun afdeling de komende 5 tot 10 jaar zou moeten stijgen met in totaal 68,7 fte, en met 26,2 fte in het komend jaar; zie tabel 4.6

Tabel 4.6: Totale gewenste uitbreiding volgens hoofden van afdelingen klinische geriatrie, naar type instelling, in 2004 en 2009

	Academisch ziekenhuis		Algemeen ziekenhuis		APZ/GGZ- instelling		Totaal	
	2004	2009	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Uitbreiding fte klinisch gerieters binnen 5 tot 10 jaar	4,5	4,5	36,2	60,2	2,5	4,0	43,2	68,7
Uitbreiding fte klinisch gerieters voor het komend jaar	2,4	1,2	13,4	23,0	0,9	2,0	16,7	26,2

De totale gewenste uitbreiding van 68,7 fte binnen de komende 10 jaar is 59% meer dan in 2004. De uitbreidingsvraag is het sterkst in algemene ziekenhuizen (60,2 fte). Ook in 2004 was de uitbreidingsvraag het sterkst in algemene ziekenhuizen.

In de afdelingsenquête is tevens gevraagd binnen welke periode men de uitbereiding gerealiseerd zou willen zien. Sommige afdelingen geven aan hun formatie direct binnen het komende jaar te willen uitbreiden, terwijl anderen dit pas binnen 5 of 10 jaar verwachten. Gemiddeld wensen de afdelingshoofden uitbreiding binnen 3,1 jaar; dat is dus over het algemeen vrij snel.

4.4 Conclusie

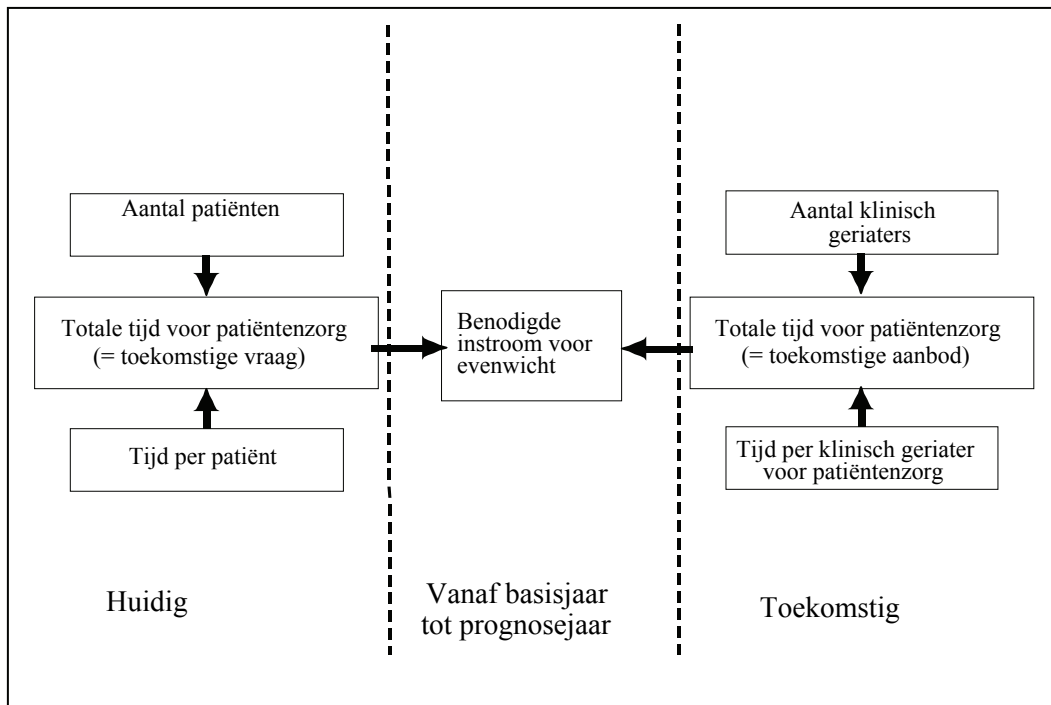
- Uit het toegenomen aantal consulten en opnamen in Nederland kan worden afgeleid dat de klinisch gerieters in Nederland aan een steeds grotere zorgvraag voldoen.
- Daarbij is er ook sprake van een onvervulde zorgvraag, afgaande op het aantal vacatures op 1 juni 2009, namelijk meer dan 16 fte op 109 fte werkzame klinisch gerieters. Zowel de vervangings- als de uitbreidingsvraag binnen de afdelingen is ten opzichte van 2004 toegenomen.
- Wachtlijsten voor de klinisch geriatrie lopen op, vooral in de algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen.

- Op basis van demografische ontwikkelingen kan een sterke stijging in de zorgvraag naar klinisch geriatrische zorg worden verwacht die versneld wordt door epidemiologische (dementie, *frailty*) en sociaal-culturele ontwikkelingen (mondigheid, niet-westerse allochtone ouderen).
- De wens tot uitbreiding van het aantal klinisch geriateren bestaat zowel onder de afdelingshoofden klinische geriatrie als de bestuurders van de instellingen; deze wensen liggen voor nu rond de 26 fte, voor de komende 5 á 10 jaar rond de 69 fte.
- De uitbreidingswens is door de tijd heen toegenomen binnen algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen, en nog prominenter binnen de instellingen die een afdeling klinische geriatrie hebben.
- Verschillende vakinhoudelijke ontwikkelingen (kwaliteitsindicator delier, geriatrische consultatieve teams) dragen tevens bij aan de toename van het aantal benodigde klinisch geriateren.

5 De vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

Op basis van de voorgaande hoofdstukken kunnen nu vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters met elkaar vergeleken worden. In beide hoofdstukken hebben we de huidige en toekomstige ontwikkelingen van vraag en aanbod geschetst. Beide gecombineerd, kan uiteindelijk uitmonden in een schatting van de benodigde instroom in de beroepsgroep (uitgedrukt in het aantal opleidingsplaatsen), nu en in de toekomst naar het prognosejaar toe. Dit wordt afgebeeld in figuur 5.1 die qua structuur overeen komt met de eerder gepresenteerde vraag- en aanbodmodellen.

Figuur 5.1: Geïntegreerde vraag-aanbodmodel



Voor alle onderdelen van het geïntegreerde model en van het afzonderlijke vraag- en aanbodmodel geldt dat deze meer of minder uitgebreid berekend kunnen worden, en meer of minder nauwkeurig kunnen worden ingeschat. De gegevens die we nu in 2009 hebben verzameld middels de NIVEL/NVKG-enquêtes onder afdelingen en instellingen, vormen een actualisatie van belangrijke onderdelen van het integrale model. Daarentegen zijn er ook nog een aantal onderdelen en parameters die nog niet geactualiseerd of ingeschat zijn. Zo is voor een actuele meting van het huidige/gewenste aantal fte en de huidige/gewenste stopleeftijd van klinisch geriaters een peiling onder de beroepsgroep en de beroepsgroep in opleiding noodzakelijk. Daarnaast dienen de vraagontwikkelingen die in dit rapport als trends zijn beschreven, concreet in parameters (percentages) te worden

gekwantificeerd. Deze exercities zullen naar verwachting tijdens of na het verschijnen van dit rapport plaats vinden.

Op basis van de analyses in dit rapport kunnen we evenwel de balans opmaken omtrent de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters anno 2009. Zetten we de conclusies uit het vraag- en aanbodhoofdstuk kort samengevat tegen elkaar af, dan levert dit het overzicht op in tabel 5.1.

Tabel 5.1: Vergelijking conclusies van vraag naar en aanbod aan klinisch geriaters

Ontwikkelingen in het aanbod	Ontwikkelingen in de vraag
- Door het aantal toegekende opleidingsplaatsen is de stijging van het aantal klinisch geriaters in Nederland minder snel stijgend	- Klinisch geriaters voldoen aan een steeds grotere zorgvraag
- Het aandeel vrouwen binnen de beroepsgroep is snel stijgend (van 65% nu in 2009 naar verwachting 75% over 5 jaar)	- Er is sprake van een onvervulde zorgvraag, afgaande op het aantal vacatures en de vacaturegraden die sterk zijn gegroeid
- Het aantal fte dat de beroepsgroep werkt zal naar verwachting gaan dalen	- Demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen zorgen gezamenlijk voor een doorgaande stijging van de zorgvraag
- Ook de uittreedleeftijd zal door de toenemende intrede van vrouwen dalen	- Zowel afdelingshoofden als de bestuurders van de instellingen wensen nu en in de komende 5 à 10 jaar significant méér klinisch geriaters
- Mogelijk zal taakdelegatie een rol gaan spelen binnen de klinische geriatrie maar het is de vraag of dit tot netto minder behoefte aan klinisch geriaters leidt	- De uitbreidingswens is versneld toegenomen binnen algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen met een afdeling klinische geriatrie - Verschillende vakinhoudelijke ontwikkelingen (kwaliteitsindicator delier, geriatrie consultatieve teams) dragen tevens bij aan toename van het aantal benodigde klinisch geriaters

Zo naast elkaar bezien dringt een duidelijk beeld op. Ondanks dat het aantal klinisch geriaters in de toekomst zal groeien, zal de beschikbare capaciteit veel minder snel toenemen, voornamelijk door werktijd- en loopbaanverkorting. Het is daarom te verwachten dat niet aan de snelle groei van de vraag naar klinische geriaters (de benodigde capaciteit) voldaan kan worden. Daarnaast bestaat er momenteel een onvervulde vraag die bij ongewijzigd beleid de discrepantie tussen vraag en aanbod in de toekomst steeds groter laat worden. Verhoging van de instroom wordt soms beperkt door de beschikbare organisatie- en opleidingscapaciteit. Uit dit onderzoek onder instellingen en afdelingen klinisch geriatrie kwam naar voren dat dit in ieder geval geen actueel knelpunt is.

Concrete capaciteitsplanning kan gebaseerd worden op alle hier in kaart gebrachte vraag- en aanbodontwikkelingen. Daartoe dienen nog een groot aantal paramaters verder te worden gespecificeerd en gekwantificeerd, zoals de totale onvervulde vraag, het uitstroomgedrag en de mogelijkheden tot substitutie. Gaarbij gaat het ook om beleidsbeslissingen. Zo dient bepaald te worden in hoeverre het wenselijk en mogelijk is om de productie per geriater te verhogen. En in hoeverre andere disciplines (bijvoorbeeld internisten met aandachtsgebied Ouderengeneeskunde) ingezet kunnen worden om het

tekort aan te vullen, m.n. daar waar het de functionele aanpak van geriatrische problematiek en ouderenpsychiatrie betreft. Eerder noemden we in dit verband ook de invloed van de beleidscontext, i.c. het gedrag van bijvoorbeeld zorgverzekeraars en beleidsmakers.

6 Samenvatting

Dit onderzoek brengt de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in kaart en bouwt daarbij voort op eerder onderzoek van het NIVEL naar deze relatief jonge medisch specialistische beroepsgroep. Werd in eerdere projecten de beroepsgroep op individueel niveau bevraagd, voor 2009 zijn gegevens verzameld op het niveau van de afdelingen en instellingen waar de klinisch geriaters werkzaam zijn. Daarnaast zijn andere bronnen geraadpleegd om zowel de vraagkant als de aanbodkant van de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in kaart te brengen, alsook de huidige situatie als die in de nabije toekomst. De primaire bronnen zijn enquêtes die gehouden zijn onder bestuurders van alle instellingen waar klinisch geriaters werkzaam kunnen zijn (ziekenhuizen en Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorg (APZ/GGZ) instellingen), en enquêtes onder hoofden van alle afdelingen klinische geriatrie in Nederland. In totaal heeft 78% van de 134 benaderde instellingen meegewerkt, en 86% van de 70 afdelingen klinische geriatrie in Nederland. Hiermee hebben we dus een representatieve databron ter beschikking gekregen.

Uit de analyse van alle gegevens komt het beeld naar voren dat de beroepsgroep sinds haar bestaan nog steeds groeiende is, maar dat de groei om verschillende redenen lijkt te stagneren. Ten eerste is de instroom in de beroepsgroep niet verder doorgegroeid door het aantal toegewezen opleidingsplaatsen klinische geriatrie. Ten tweede wordt de totale bestaande capaciteit, in fte, verkleint door een toenemend percentage vrouwen dat gemiddeld een kortere werkweek- en loopbaanduur kent en wenst. De zorgvraag naar klinisch geriaters zal daarentegen naar verwachting sterk doorgroeien, vooral door epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen op de kerndomeinen van dementie en *frailty*. Deze ontwikkelingen komen boven op de toenemende productie van de klinische geriatrie in Nederland. Arbeidsmarktcrisps is thans zichtbaar als we afgaan op het aantal vervangings- en uitbreidingsvacatures, dat de afgelopen 4 jaar is verdubbeld. Alle instellingsbestuurders met een afdeling klinische geriatrie, wensten in 2009 een uitbreiding van 45fte. Daar komt nog een actuele uitbreidingwens van 16 fte bij van de instellingen zonder afdeling klinische geriatrie. De bestuurders met een afdeling klinische geriatrie zijn daarbij pessimistisch over de toekomst. Over 5 jaar denken zij 41 fte aan klinisch geriaters minder te hebben dan zij wensen. De totale uitbreidingwens onder alle afdelingshoofden samen, voor de komende 5 à 10 jaar, is nog hoger: 69 fte.

Alle bovenstaande resultaten vormen belangrijke input voor het exact doorrekenen van de beschikbare en benodigde toekomstige capaciteit aan klinisch geriaters in Nederland, nu en in de komende 15 jaar. Uitbreiding van de instroom in de beroepsgroep is actueel en gewenst, maar de mate en tempo waarin vormt een volgende stap in de beleidscyclus van capaciteitsplanning. Dit onderzoek laat zien dat de wens tot uitbreiding breed gemotiveerd en gefaciliteerd wordt, zowel door instellingen als afdelingen klinische geriatrie. Het blijft evenwel een kwestie van tijd om de arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in Nederland in evenwicht te brengen.

Literatuurlijst

Brouns, M., B. Schadé, Vlaskamp, L. (2010). Gedeelde verantwoordelijkheid, Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen. Utrecht: CBOG.

Campen, C. van (2008). Monitor Ouderenbeleid 2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Erf J. de, Beer J. de, Verweij A. Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM (zie: www.nationaalkompas.nl, Bevolking\Etniciteit, 25 juni 2008

Gezondheidsraad (2008). Ouderschap komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01

Hansen, J., Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L. (2004). Behoefteraming klinisch geriater 2004-2015/2020. NIVEL.

Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald, B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4

Lange J. de, Poos M.J.J.C. (2007). Neemt het aantal mensen met dementie toe of af? In: Volksgezondheids Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas. Bilthoven: RIVM <www.nationaalkompas.nl> Gezondheid en Ziekte\ Ziekte en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Dementie, 25 september 2007

Prismant (2009). <http://www.prismant.nl/Informatie-expertise/Thema's/Ziekenhuisstatistieken>.

RIBIZ (2009). <http://www.ribiz.nl/overribiz/cijfers/>.

Schepman, S., Heiligers, P.J.M. (2009). De waarde van de klinische geriatrie volgens huisartsen en mantelzorgers. NIVEL.

Vijssel, A. van de (2009). De vraag naar zorg in ziekenhuizen, analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020. Hoofddorp: TNO, Centrum Zorg en Bouw.