



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (J. Hansen, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, *Behoefteraming klinisch gerieters , 2004 – 2015/2020*) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

<http://www.nivel.nl/>

Behoefteraming klinisch gerieters 2004-2015/2020

J. Hansen
L.F.J. van der Velden
L. Hingstman



ISBN 90-6905-718-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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, theoretisch kader en gegevensverzameling	11
2.1 Onderzoeksmethode	11
2.2 Onderzoeksactiviteiten	15
2.3 Respons en representativiteit	17
2.4 Rol van de begeleidingscommissie	19
2.5 Beperkingen van deze studie	20
3 Ontwikkelingen in de vraag	21
3.1 Aantal patiënten	21
3.2 Tijd per patiënt	22
3.3 Huidige en toekomstige zorgconsumptie in uren	22
3.4 Huidige aansluitingsproblemen	22
4 Ontwikkelingen in het aanbod	25
4.1 Aantal klinisch geriaters	25
4.2 Aandeel vrouwen	26
4.3 Aantal fte	26
4.4 Aantal uren per fte	27
4.5 Aandeel niet-patiëntgebonden werktijd	27
4.6 Huidige aansluitingsproblemen	27
5 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	29
5.1 De verschillende scenario's	29
5.2 Gevolgen voor de opleidingsplanning na 2015	32
5.3 Scenario's voor 2020	32
5.4 Slotbeschouwing	33
Bijlage I: Resultaten vragenlijst klinisch geriaters en klinisch geriaters in opleiding	37
Bijlage II: Resultaten vragenlijst afdelingen klinische geriatrie	63
Bijlage III: Resultaten vragenlijst ziekenhuizen	69
Bijlage IV: Analyse LINH-gegevens	77
Bijlage V: Regiobenadering	85

Voorwoord

De “Behoefteraming klinisch gerieters” is een project dat door het NIVEL is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Een begeleidingscommissie vanuit de NVKG heeft het onderzoek begeleid. Deze commissie bestaat uit de volgende personen:

- mw. N. van der Velde
- dhr. J. van Campen
- dhr. R.A.M. de Jonckheere
- dhr. J. Sanders
- dhr. O.J. de Vries

Utrecht, maart 2005

Samenvatting

Het doel van de ‘Behoefteraming klinisch gerieters 2004-2015/2020’ is het bepalen van de optimale opleidingscapaciteit voor de eerstkomende 5 à 10 jaar, zodat er in 2015 c.q. 2020 een evenwicht zal zijn tussen vraag en aanbod. Hiertoe zijn in 2004 gegevens verzameld, waarvan hier de belangrijkste resultaten worden samengevat.

Informatie over de vraag naar en het aanbod aan klinisch gerieters is verkregen middels vragenlijsten onder werkzame klinisch gerieters, klinisch gerieters in opleiding en afdelingen klinische geriatrie. Ook is gebruik gemaakt van een vragenlijst voor ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen in Nederland (Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorginstellingen), en van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). Tot slot is gebruik gemaakt van landelijke en regionale bevolkingscijfers om de vraag naar klinisch geriatrie zorg in kaart te brengen.

Voor de schatting van het benodigde aantal klinisch gerieters in de toekomst is een vijftal scenario’s uitgewerkt. Deze verschillen onderling in de aannames die zijn gedaan over de onvervulde vraag naar geriatrie zorg.

Binnen elk van de scenario’s worden twee varianten gepresenteerd. De eerste variant gaat uit van de huidige arbeidstijd per geriater. De tweede variant geeft weer hoeveel klinisch gerieters in de toekomst nodig zijn als de arbeidstijdwensen van klinisch gerieters zijn gerealiseerd. Gemiddeld willen zowel mannelijke als vrouwelijke klinisch gerieters namelijk vaker in deeltijd werken, en ze willen feitelijk minder uren per voltijd werkweek werken.

De onderscheiden scenario’s hebben verschillende gevolgen voor de benodigde opleidingscapaciteit in de komende jaren. Zo wordt binnen één van de scenario’s (het zogenaamde “*regio Midden-Oost*” scenario) uitgegaan van het idee dat er op dit moment 100% meer vraag is dan er feitelijk geconsumeerd wordt. Dit komt neer op een situatie waarin het huidige aanbod aan klinisch gerieters in de regio Midden-Oost Nederland landelijk zou gelden. In deze regio – bestaande uit de deelregio’s Nijmegen, Arnhem en Stedendriehoek – is er momenteel namelijk een redelijke dekkingsgraad in relatie tot de vraag (in termen van het aantal fte aan klinisch gerieters per 100.000 65-plussers). Ook komt dit scenario overeen met een situatie waarin de uitbreidingswensen van afdelingen klinische geriatrie en ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen kunnen worden gerealiseerd. Zo verwachten medische directies van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen over 5 jaar in totaal 96 extra fte nodig te hebben, hetgeen ongeveer een verdubbeling van het aantal klinisch gerieters betekent.

Stel dat klinisch gerieters hun arbeidstijdwensen kunnen realiseren, dan dienen binnen dit “*regio Midden-Oost*” scenario van 2005 tot en met 2009 ongeveer 41 personen per jaar in te stromen om in 2015 een optimale capaciteit te bereiken. In de vijf jaar daarna (van 2010 tot en met 2014) kan dan volstaan worden met een opleidingscapaciteit van 14 personen per jaar. Een andere optie is om in 2020 optimale capaciteit te bereiken, zodat men 5 jaar langer de tijd heeft om dit doel te bereiken. In dat geval moeten vanaf 2005 tot en met 2014 gemiddeld 27 klinisch gerieters per jaar worden opgeleid.

In het onderzoek is geen rekening gehouden met eventuele ontwikkelingen in het specialisme klinische geriatrie, waaronder een mogelijk samengaan met het subspecialisme ouderengeneeskunde binnen de interne geneeskunde. In het geval van een dergelijke verandering blijft echter staan dat nog steeds sprake is van dezelfde demografische ontwikkelingen plus dat de bezetting van dergelijke specialisten momenteel ongelijk over Nederland verdeeld is. De gepresenteerde groeiscenario's zijn in dat geval nog steeds van toepassing en kunnen in brede zin gelezen worden als scenario's voor het benodigde aantal specialisten ouderengeneeskunde, indien deze hetzelfde type werk verrichten en hetzelfde soort patiënten behandelen als bij klinisch geriateren het geval is.

Mede doordat niet alle ontwikkelingen in kaart kunnen worden gebracht, is de vraag welk scenario uiteindelijk werkelijkheid zal worden lastig te bepalen. Vanwege deze onzekerheid is het verstandig om de aansluiting tussen vraag en aanbod de komende jaren te blijven monitoren, zodat indien nodig bijstelling van de benodigde opleidingscapaciteit of het te voeren vestigingsbeleid mogelijk is. Dit monitoren is mede van belang vanwege de beleidsmatige restricties die gepaard gaan met de doorgerekende scenario's. Deze houden immers geen rekening met de vraag of de daaruit resulterende benodigde instroom in de opleiding haalbaar is. Het is echter evident dat er limieten zitten aan de opleidingscapaciteit.

1 Inleiding

Het doel van de ‘Behoefteraming klinisch gerieters 2004-2015/2020’ 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 gerieters te voorkomen. Meer specifiek moet de monitor antwoord geven op de vraag of de omvang van de opleidingscapaciteit adequaat is of bijstelling behoef.

Er zijn een aantal meer of minder onzekere ontwikkelingen te signaleren die van invloed zijn op de vraag naar en het aanbod aan klinisch gerieters. In dit verband kan in de eerste plaats gewezen worden op de gevolgen voor de zorgvraag van de demografische ontwikkelingen in de bevolking (vergrijzing). Andere vraagontwikkelingen die de aandacht verdienen zijn epidemiologische en beleidsmatige ontwikkelingen. Voor de ontwikkeling in de vraag naar klinisch gerieters zijn verder niet alleen de toekomstige veranderingen in de vraag naar zorg van belang, maar moet ook rekening gehouden worden met ontwikkelingen in de praktijkvoering van klinisch gerieters.

Voor wat betreft ontwikkelingen in het aanbod aan klinisch gerieters zal gekeken moeten worden naar de te verwachten in- en uitstroom. Daarbij zal met name rekening gehouden moeten worden met pensionering en de mogelijke in- en uitstroom van en naar het buitenland.

Bij dit alles zal rekening gehouden moeten worden met het feit dat klinische geriatrie een “groeispecialisme” is. In de afgelopen jaren is er een sterke groei geweest in het aantal werkzame klinisch gerieters en in het aantal patiënten waaraan zij zorg verlenen. In 1994 waren er ongeveer 44 werkzame klinisch gerieters. In 2004 is er inmiddels sprake van ongeveer 122 werkzame klinisch gerieters. In 10 jaar tijd is de beroepsgroep derhalve verdrievoudigd. Aan deze ontwikkeling lijkt vooralsnog geen einde te zijn gekomen. Een belangrijke doelstelling van deze monitor is om tot een inschatting te komen van het “plafond” waarop de zorgvraag zich wellicht zal stabiliseren. Een tweede factor ter overweging betreft de bijzondere positie van het specialisme klinische geriatrie. Omdat deze zich richt op een scala van aandoeningen die gerelateerd zijn aan veroudering, bevindt de zorg die verleend wordt door klinisch gerieters zich op het snijvlak tussen verschillende medisch specialismen, waaronder met name de interne geneeskunde, de neurologie en de (ouderen)psychiatrie. Hierdoor is er sprake van zogenaamde substitutie tussen medisch specialismen. De omvang hiervan is moeilijk te bepalen, maar wel wordt bij de interpretatie van behoefteprognoses hiermee rekening gehouden.

In de komende hoofdstukken komen achtereenvolgens de onderzoeksmethode (hoofdstuk 2), de ontwikkelingen in de vraag (hoofdstuk 3), de ontwikkelingen in het aanbod (hoofdstuk 4) en de aansluiting tussen vraag en aanbod (hoofdstuk 5) aan de orde.

De bijlagen bevatten het verslag van de diverse deelonderzoeken die in het kader van de behoefteprognoses zijn uitgevoerd.

2 Onderzoeksmethode, theoretisch kader en gegevensverzameling

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt het vraag-aanbodmodel van het NIVEL besproken. In de daarop volgende paragraaf wordt een kort overzicht gegeven van de onderzoeksactiviteiten uit de behoefteraming. Vervolgens zal in paragraaf 2.2 ingegaan worden op de gegevensverzameling in 2004. In paragraaf 2.3 wordt de respons en de representativiteit van de verzamelde gegevens behandeld. In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de rol van de begeleidingscommissie. Tenslotte worden in paragraaf 2.5 een aantal beperkingen van deze studie besproken.

2.1 Onderzoeksmethode

Het doel van deze studie is het bepalen van de optimale opleidingscapaciteit met inachtneming van de verwachte in- en uitstroom van klinisch geriaters alsmede de toe- en/of afname van de vraag naar klinisch geriatrische zorg.

Voor het berekenen van de benodigde opleidingscapaciteit wordt gebruik gemaakt van een geïntegreerd vraag-aanbodmodel. In dit model is het benodigde aantal op te leiden klinisch geriaters afhankelijk van de toekomstige vraag en het toekomstige aanbod. Om vraag en aanbod met elkaar te kunnen vergelijken, is in het model de factor 'tijd' de gemeenschappelijke noemer. Dit betekent dat de vraag wordt gedefinieerd als de 'totale tijd' die patiënten aan zorg vragen en het aanbod wordt gedefinieerd als de 'totale tijd' die klinisch geriaters voor patiëntenzorg beschikbaar hebben. Bovengenoemd model wordt uitgewerkt via enerzijds een 'vraagmodel' en anderzijds een 'aanbodmodel'.

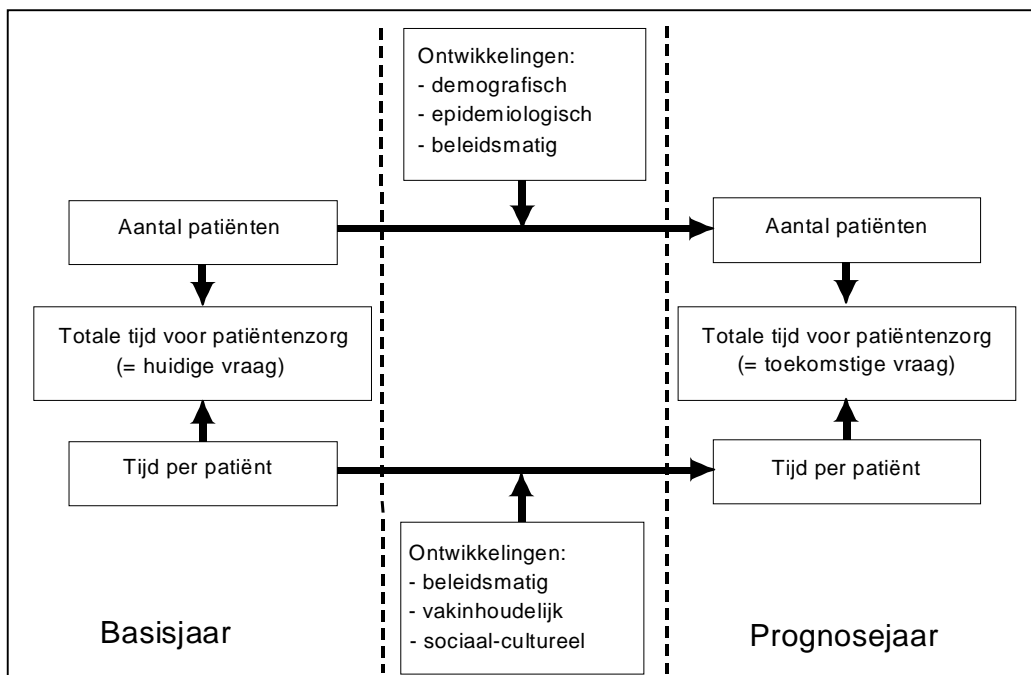
In schema 2.1 wordt het 'vraagmodel' in beeld gebracht. In het model wordt zowel de totale tijd voor patiëntenzorg in het basisjaar als het prognosejaar berekend. Voor wat betreft het basisjaar zullen in de eerste plaats gegevens beschikbaar moeten zijn over het *aantal patiënten*. In principe wordt daartoe het huidige feitelijke zorggebruik gebruikt. Eventueel kan daarnaast nog gekeken worden naar de huidige onvervulde vraag. Om de *totale tijd* te kunnen berekenen zullen er gegevens moeten zijn over de tijd per patiënt. Door vermenigvuldiging van beide factoren kan de totale tijd voor patiëntenzorg berekend worden.

Om vervolgens de totale benodigde tijd voor patiëntenzorg in het prognosejaar te kunnen voorspellen, zal in eerste instantie gekeken moeten worden welke ontwikkelingen van invloed zijn op het aantal patiënten. Factoren die daarbij in ieder geval een belangrijke rol spelen zijn demografische, epidemiologische en beleidsmatige ontwikkelingen. Bij de demografische ontwikkelingen gaat het om de eventuele veranderingen in de bevolkingssomvang én de bevolkingssamenstelling. Daarbij moet bekend zijn wat de leeftijds- en geslachtspecifieke verdeling is in de huidige zorgvraag. Omdat binnen de klinische geriatrie vooral zorg verleend wordt aan ouderen, zal een vergrijzing van de bevolking leiden tot een extra toename in de zorgvraag. Naast demografische ontwik-

kelingen zullen ook epidemiologische ontwikkelingen de zorgvraag kunnen beïnvloeden. Het gaat dan niet meer om de bevolkingsomvang en samenstelling, maar juist om veranderingen in incidentie binnen elke leeftijds- en geslachtsgroep. Als bijvoorbeeld verwacht wordt dat het aandeel oudere personen met geheugenstoornissen toeneemt, dan kan dat eveneens gevolgen hebben voor de zorgvraag. Voor wat betreft de derde factor – de beleidsmatige ontwikkelingen – spelen maatregelen vanuit de overheid en ziektekostenverzekeraars een belangrijke rol.

Voor de tijd per patiënt wordt een vergelijkbare analyse gemaakt. De factoren die daarbij een rol spelen zijn sociaal-culturele, vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen. Voor wat betreft de sociaal-culturele ontwikkelingen moet gedacht worden aan de toenemende mondigheid van patiënten of aan verschillen in de zorgvraag tussen etnische groepen. Deze ontwikkelingen leiden eventueel tot een toename van de consultduur en daarmee tot een verhoging van de werklust. Ten aanzien van de vakinhoudelijke ontwikkelingen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan nieuwe behandeltechnieken. Tot slot kan de benodigde tijd voor patiëntenzorg in het prognosejaar berekend worden door het verwachte aantal patiënten te vermenigvuldigen met de verwachte tijd per patiënt.

Schema 2.1: Gehanteerde vraagmodel



De volgende stap is het berekenen van de totale tijd die klinisch geriateren beschikbaar hebben voor patiëntenzorg in het basisjaar en het prognosejaar. Daarvoor wordt het 'aanbodmodel' gebruikt (zie schema 2.2). In de eerste plaats moet onderzocht worden hoeveel klinisch geriateren er werkzaam zijn in het basisjaar en de patiëntgebonden werktijd per klinisch geriater. Door beide factoren met elkaar te vermenigvuldigen, wordt de

totale tijd berekend die beschikbaar is voor patiëntenzorg in het basisjaar. Om inzicht te krijgen in de totale beschikbare tijd in het prognosejaar zal enerzijds gekeken moeten worden naar factoren die van invloed zijn op het beschikbare aantal klinisch geriateren in het prognosejaar en anderzijds naar factoren die de werktijd van klinisch geriateren beïnvloeden.

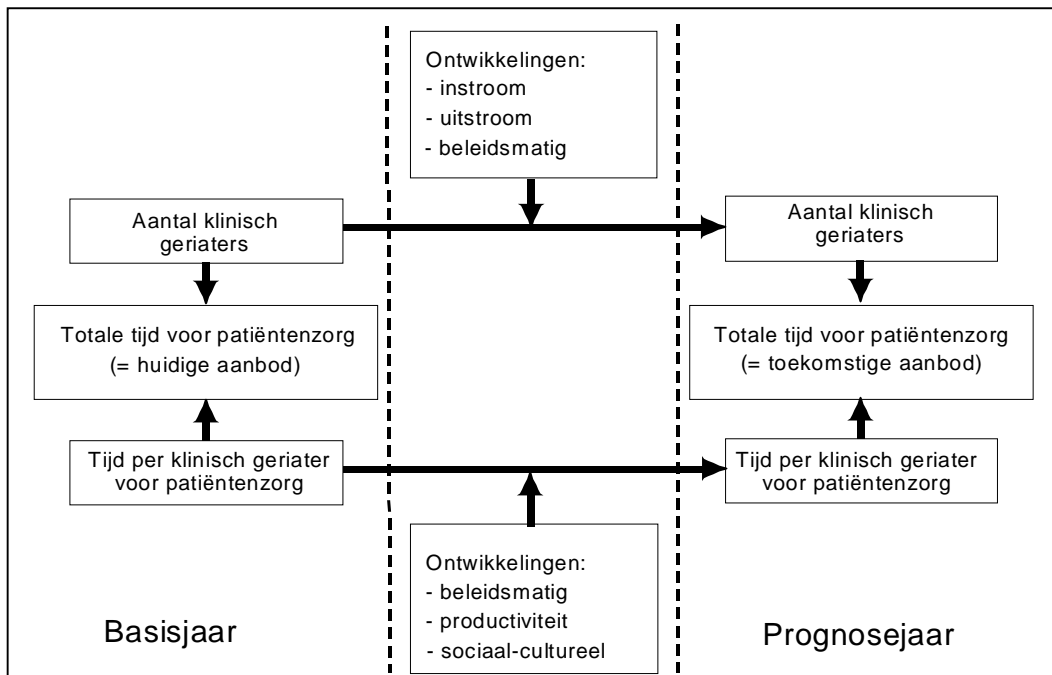
Voor wat betreft ontwikkelingen in het aantal klinisch geriateren zal in ieder geval gekeken moeten worden naar de in- en uitstroom. Ten aanzien van de instroom zal in de eerste plaats rekening gehouden moeten worden met de verwachte *instroom* vanuit de opleiding. Tevens dient ook rekening te worden gehouden met een mogelijke instroom van klinisch geriateren die werkzaam zijn in het buitenland en/of klinisch geriateren die tijdelijk niet werkzaam zijn (arbeidsreserve).

De *uitstroom* kan worden berekend op basis van de pensioengerechtigde leeftijd, de grootte van tijdelijke uitval door ziekte, zorgverlof en dergelijke en de verwachtingen over voortijdige uitstroom. Omdat het aantal klinisch geriateren mede afhangt van het aantal nog op te leiden klinisch geriateren, en de opleidingscapaciteit mede bepaald gaat worden door beleidsmatige overwegingen, is in het aanbodmodel aangegeven dat beleidsmatige ontwikkelingen een rol spelen bij het aantal klinisch geriateren.

Met betrekking tot de werktijd van klinisch geriateren zal rekening gehouden moeten worden met ontwikkelingen als arbeidstijdnormalisering, deeltijd en de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vraag of het aantal uur dat een fulltime klinisch geriater werkt, zal gaan veranderen. Of om de vraag of het aantal deeltijders eventueel zal gaan toenemen. Belangrijk is dat eerst de huidige situatie in beeld wordt gebracht, om vervolgens een inschatting te kunnen maken van de toekomstige situatie. Een vergelijkbare methode wordt gehanteerd ten aanzien van de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Door toenemende aandacht voor opleiding van anderen, de eigen bij- en nascholing, visitaties en/of management zal de tijd die besteed wordt aan niet-patiëntgebonden activiteiten wellicht toenemen. Als klinisch geriateren dan niet meer uren per week gaan werken, dan zal dat ten koste gaan van de tijd die besteed wordt aan patiëntenzorg.

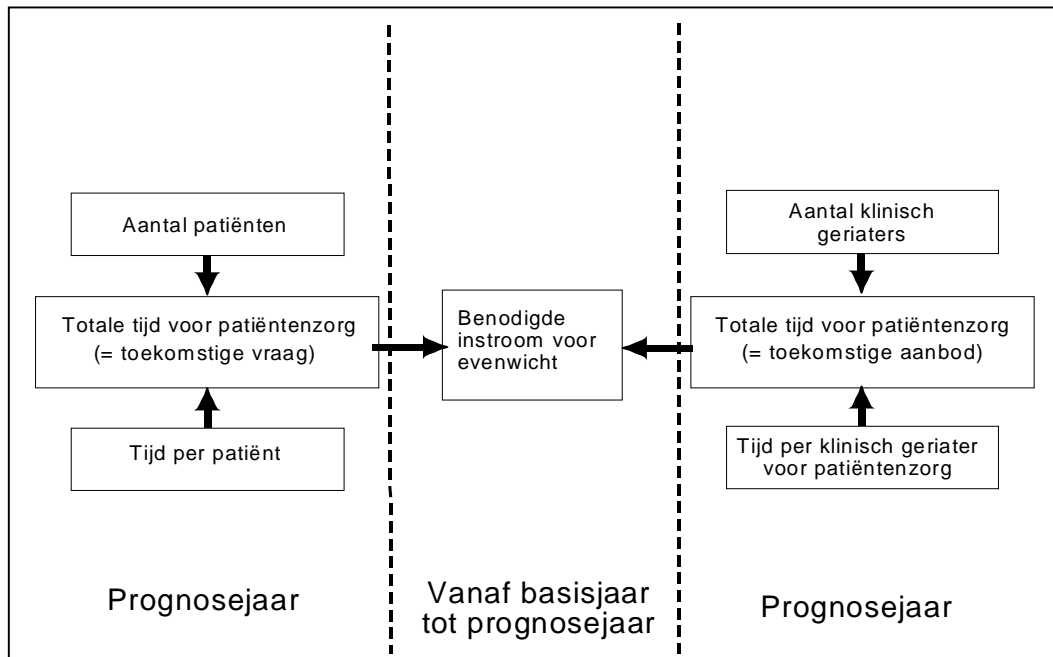
Afhankelijk van ontwikkelingen die verwacht worden in zowel het aantal klinisch geriateren als de tijdsbesteding van klinisch geriateren, kan de totale tijd die klinisch geriateren in het prognosejaar beschikbaar hebben voor patiëntenzorg worden berekend.

Schema 2.2: Gehanteerde aanbodmodel



Voor het berekenen van het benodigd aantal op te leiden klinisch geriateren zullen vraag en aanbod geïntegreerd moeten worden (schema 2.3). Vanuit het vraagmodel wordt de totale tijd berekend die nodig is voor patiëntenzorg in het prognosejaar en vanuit het aanbodmodel wordt voor datzelfde prognosejaar berekend hoeveel tijd klinisch geriateren beschikbaar hebben voor patiëntenzorg. Door beide resultaten met elkaar te vergelijken, kan worden berekend hoeveel klinisch geriateren moeten instromen om in het prognosejaar vraag en aanbod goed op elkaar te laten afstemmen. Wat de optimale instroom in de opleiding zal zijn, is daarbij sterk afhankelijk van de ontwikkelingen die in het vraag- en het aanbodmodel worden meegenomen. Immers: de uitkomsten zijn deels afhankelijk van ontwikkelingen die door deskundigen worden ingeschat. Om die verschillen duidelijk te maken, worden verschillende scenario's opgesteld en varianten doorgerekend (zie hoofdstuk 5). Deze geven als het ware een bandbreedte aan in de te verwachten ontwikkelingen.

Schema 2.3: Geïntegreerde vraag-aanbodmodel



2.2 Onderzoeksactiviteiten

In 2004 zijn op uitgebreide schaal gegevens verzameld. Alle in Nederland werkzame klinisch geriaters en alle AGIO's in de opleiding voor klinische geriatrie zijn met een vragenlijst benaderd. Hun namen zijn verkregen via de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Vrijwel alle in Nederland werkzame klinisch geriaters zijn lid van de NVKG. In de tweede plaats zijn alle afdelingen klinische geriatrie bij het onderzoek betrokken. In de derde plaats is, voor de bepaling van de vraag naar klinische geriatrie binnen zorginstellingen, een schriftelijke vragenlijst verstuurd naar alle ziekenhuizen en APZ/GGZ- instellingen in Nederland (Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Geestelijke Gezondheidszorginstellingen). In de vierde plaats zijn gegevens gebruikt uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) om een beeld te vormen van de profielen van klinisch geriatrische patiënten die via de huisarts worden doorverwezen. Tot slot is gebruik gemaakt van landelijke en regionale bevolkingscijfers om de vraag naar en het aanbod aan klinisch geriatrische zorg in kaart te brengen. Hieronder worden de verschillende gegevensbronnen kort beschreven.

a. Enquête onder werkzame klinisch geriaters

Om de beroepsuitoefening van de groep werkzame klinisch geriaters in kaart te brengen is de gehele beroepsgroep schriftelijk geënuquêteerd. In totaal gaat het om 122 werkzame klinisch geriaters.

Op basis van deze enquête kan een overzicht gegeven worden omtrent de huidige individuele praktijkvoering en de toekomstige gewenste praktijkvoering (uren/fte per week,

diensten, deeltijd, duur consulten/verrichtingen e.a.). De enquête biedt ook de mogelijkheid om de verwachte uitstroom in kaart te brengen (gewenste pensioenleeftijd).

b. Enquête AGIO's klinische geriatrie

Voor een beeld van de arbeidsmarktwensen van aankomende klinisch geriateren zijn de AGIO's schriftelijk geënuquêteerd. Aan hen zijn met name vragen gesteld over de gewenste werkzaamheden (deeltijd, type functie e.d.). Alle AGIO's klinische geriatrie die per 30-8-2004 bezig waren met de opleiding zijn benaderd. Het gaat in totaal om 58 AGIO's.

c. Enquête onder de afdelingen

Om inzicht te krijgen in de omvang van de (gerealiseerde) zorgvraag, de verwerkingscapaciteit en de in- en uitstroom, is een schriftelijke enquête gestuurd naar alle 50 afdelingen klinische geriatrie van de academische en algemene ziekenhuizen. De afdelingsenquête gaat onder andere in op het totaal aantal patiënten per type patiëntencontact, het totaal aantal werkzame personen, het totaal aantal fulltime eenheden en het aantal vervangings- en uitbreidingsvacatures. Via de afdelingen kan door vragen omtrent (toekomstige) vacatures ook zicht worden verkregen op eventuele tekorten aan klinisch geriateren op de peildatum.

d. Enquête onder ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen

Op basis van deze enquête kan een overzicht gegeven worden omtrent de uitbreidingsvraag naar klinische geriatrie (aantal fte's), voor zowel instellingen met en zonder klinisch geriateren in dienst.

Alle academische en algemene ziekenhuizen in Nederland zijn geselecteerd. Binnen APZ/GGZ-instellingen is een selectie gemaakt van instellingen die zich richten op algemene en/of ouderenzorg. Bijvoorbeeld instellingen gericht op jongeren- of verslavingszorg zijn van het onderzoek uitgesloten. Het gaat in totaal om 131 instellingen.

e. Analyse van patiënteninstroom via de huisarts met behulp van LINH-gegevens

Voor de behoeftebeoordeling is gekeken naar wat er bekend is over patiënten die naar klinisch geriateren verwezen zijn door huisartsen. Daarbij is ook gekeken of er vergelijkbare patiënten zijn die niet naar de geriater zijn verwezen, maar bijvoorbeeld verwezen zijn naar een internist. Hiervoor is gebruik gemaakt van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH), waarin gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) van ongeveer 100 huisartspraktijken worden verzameld. Er zijn gegevens geanalyseerd over de periode 2001, 2002 en 2003.

f. Literatuurstudie

Om op de hoogte te raken van de relevante demografische, epidemiologische, sociaal-culturele, beleidsmatige en technische ontwikkelingen is in de literatuur gezocht. Daarnaast zijn de bevolkingsprognoses voor de komende jaren bestudeerd.

2.3 Respons en representativiteit

Voor de verschillende onderzoeksgroepen zijn in Tabel 2.1 de responsgegevens vermeld. Van de 122 klinisch geriateren hebben 104 personen de NIVEL/NVKG-enquête geretourneerd; dat komt overeen met een respons van 85%. Van de 58 assistenten die momenteel bezig zijn met de vervolgopleiding en die bekend zijn bij de NVKG hebben 47 personen gereageerd (81%). Opgemerkt dient te worden dat enkele assistenten in de vragenlijst hebben aangegeven dat zij reeds werkzaam zijn als klinisch geriater. Zij hebben alsnog de vragenlijst voor klinisch geriateren ontvangen en zijn toegevoegd bij de respons van de werkzame klinisch geriateren. Van de 50 afdelingen heeft 82% gereageerd en van de 131 ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen 85%.

Tabel 2.1: *Overzicht van de respons van de NIVEL-vragenlijsten in 2004*

	Aangeschreven	Ingevuld retour	Responspercentage
Klinisch geriateren	122	104	85%
Assistenten in opleiding	58	47	81%
Afdelingen	50	41	82%
Ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen	131	111	85%

Bron: NIVEL/NVKG-enquêtes klinische geriatrie, 2004.

In Tabel 2.2 staat het aantal aangeschreven en responderende klinisch geriateren uitgesplitst naar geslacht. Het blijkt dat de respondenten op dezelfde manier verdeeld zijn naar geslacht als de aangeschreven klinisch geriateren. Zowel onder mannen als vrouwen is de respons ongeveer 85%. Om tot uitspraken te komen over de totale populatie van klinisch geriateren wordt gewerkt met een zogeheten wegingsfactor, waarbij de respons representatief gemaakt wordt voor de gehele populatie. In deze wegingsfactor wordt rekening gehouden met zowel leeftijd als geslacht. Na weging staan de 104 respondenten voor een totaal van 122 werkzame klinisch geriateren. De leeftijd- en geslachtsopbouw van de gewogen respons is daarbij identiek aan die van de populatie.

In hoofdstuk 4, waarin het zorgaanbod wordt beschreven, wordt nader ingegaan op de ontwikkeling in het totaal aantal klinisch geriateren en de verdeling naar geslacht.

Tabel 2.2: *Aantal aangeschreven en responderende klinisch geriateren naar geslacht*

	<u>Aangeschreven</u>		<u>Respondenten</u>		<u>Responspercentage</u>
	abs.	%	abs.	%	%
Mannen	51	42%	44	42%	86%
Vrouwen	71	58%	60	58%	85%
Totaal	122	100%	104	100%	85%

Bron: NIVEL/NVKG-enquête voor werkzame klinisch geriateren, 2004.

In Tabel 2.3 wordt de geslachtsverdeling vermeld van de aangeschreven en de responderende assistenten. De geslachtsverdeling van de responderende assistenten is niet precies gelijk aan die van de aangeschreven assistenten, omdat mannen iets vaker een vragenlijst hebben teruggestuurd dan vrouwen. Er is dus sprake van een geringe geslachtsspecifieke non-respons. Verschillen in responspercentage zijn gecorrigeerd in een wegingsfactor naar geslacht en beginjaar van de opleiding klinische geriatrie. Zo-doende kunnen op basis van de 47 respondenten uitspraken gedaan worden over de totale populatie van 58 AGIO's.

In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de toekomstige ontwikkeling van het totaal aantal assistenten.

Tabel 2.3: Aantal aangeschreven en responderende assistenten in opleiding naar geslacht

	<u>Aangeschreven</u>		<u>Respondenten</u>		<u>Responspercentage</u>
	abs.	%	abs.	%	%
Mannen	10	17%	9	19%	90%
Vrouwen	48	83%	38	81%	79%
Totaal	58	100%	47	100%	81%

Bron: NIVEL/NVKG-enquête voor klinisch gerieters in opleiding, 2004.

In Tabel 2.4 wordt het aantal aangeschreven en responderende afdelingen vermeld, uitgesplitst naar werkveld. De verdeling van de responderende afdelingen naar werkveld blijkt niet precies gelijk te zijn aan die van de populatie van afdelingen, waarbij algemene ziekenhuizen relatief vaker hebben gerespondeerd. Hiervoor kan helaas door weging niet precies gecorrigeerd worden. De uitkomsten zijn daarom niet geheel representatief voor de gehele populatie van afdelingen klinische geriatrie. Daarom wordt op relevante plaatsen een voorbehoud gemaakt bij het extrapoleren van de gegevens.

Tabel 2.4: Aantal aangeschreven en responderende afdelingen klinische geriatrie naar werkveld

	<u>Aangeschreven</u>		<u>Respondenten</u>		<u>Responspercentage</u>
	abs.	%	abs.	%	%
Algemene ziekenhuizen	33	66%	30	73%	91%
Academische ziekenhuizen	7	14%	5	12%	71%
APZ/GGZ-instellingen	10	20%	6	15%	60%
Totaal	50	100%	41	82%	82%

Bron: NIVEL/NVKG-enquête voor afdelingen klinische geriatrie, 2004.

Van de aangeschreven ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen heeft in totaal 85% gerespondeerd. Verschillen in respons tussen soorten instellingen zijn relatief klein (Tabel 2.5). Wel hebben instellingen waar al een klinisch geriater werkt relatief vaker gereageerd dan instellingen zonder klinisch geriater. Bij de meeste instellingen die niet gereageerd hebben, werkt voor zover bekend momenteel nog geen klinisch geriater.

De kans bestaat dat instellingen die niet gerespondeerd hebben het onderwerp niet voor hun instelling van toepassing vinden, bijvoorbeeld omdat ze geen uitbreidingsvraag verwachten. Om die reden wordt hier alleen uitgegaan van de cijfers voor instellingen waarvan gegevens bekend zijn, en wordt verder geen wegingsfactor toegepast.

N.B. Het aantal ziekenhuizen waarbij een klinisch geriater werkt is groter dan het aantal afdelingen klinische geriatrie, mogelijk omdat een aantal klinisch geriaters naast hun vaste dienstverband bij een bepaalde instelling ook een deel van hun fte bij overige instellingen werkzaam is.

Tabel 2.5: Aantal aangeschreven en responderende ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen naar werkveld

	<u>Aangeschreven</u>		<u>Respondenten</u>		<u>Responspercentage</u>
	abs.	%	abs.	%	%
Algemene ziekenhuizen	82	63%	69	62%	84%
Academische ziekenhuizen	8	6%	8	7%	100%
APZ/GGZ-instellingen	41	31%	34	31%	83%
Instellingen met klinisch geriater	61	47%	60	54%	98%
Instellingen zonder klinisch geriater	70	53%	51	46%	73%
Totaal	131	100%	111	85%	85%

Bron: NIVEL/NVKG-enquête voor ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen, 2004.

2.4 Rol van de begeleidingscommissie

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen die bestond uit leden van de NVKG. In een aantal fasen heeft de begeleidingscommissie een belangrijke rol gespeeld.

Op de eerste plaats is de begeleidingscommissie betrokken geweest bij het opstellen van de vragenlijsten. De structuur van de vragenlijsten is weliswaar gelijk aan die van de vragenlijsten zoals in andere NIVEL-behoefteramingstudies bij verschillende medische specialismen zijn gebruikt, maar de toespitsing op het vakgebied klinische geriatrie is in overleg met de begeleidingscommissie gebeurd.

Op de tweede plaats zijn tijdens de analyse- en rapportagefase resultaten besproken met de begeleidingscommissie. De herkenbaarheid van de resultaten was daarbij één van de belangrijke aandachtspunten.

Op de derde plaats heeft de begeleidingscommissie een belangrijke rol gespeeld bij het vaststellen van de door te rekenen scenario's. Daarbij gaat het vooral om een inschatting van de te verwachten ontwikkelingen in het aantal patiënten, het aantal fte per arts en het aantal gewerkte uren per fte.

2.5 Beperkingen van deze studie

Er is een aantal beperkingen die een rol speelt bij deze studie. Deze zijn niet zo zeer statistisch/technisch van aard als wel van methodische aard. De respons op de vragenlijsten is goed te noemen. De validiteit van de gegevens is echter met een voldoende respons niet gegarandeerd. Het gegeven óf iemand werkzaam is, is relatief gemakkelijk op een objectieve wijze met behulp van een vragenlijst vast te stellen. Het antwoord op de vraag hoeveel uur per week men werkzaam is, is daarentegen meer subjectief van aard. Het antwoord op deze vraag zal eerder aangeven hoeveel men denkt te werken, dan dat het precies meet hoeveel men feitelijk werkt. Een volledig objectieve, valide meting van de feitelijke werktijd kan eigenlijk alleen met grootschalig en zeer kostbaar observatieonderzoek.

Dat de absolute waarde van de werkuren niet helemaal correct is, is overigens niet noodzakelijkerwijs een aantasting van de betrouwbaarheid waarmee het aantal op te leiden artsen wordt berekend. Het gaat in het algemeen namelijk alleen om de relatieve waarde van de parameters. Zo is het voor het aantal op te leiden klinisch geriater niet zo zeer van belang of de huidige klinisch geriater op dit moment bijvoorbeeld 1 of 2 uur per patiënt besteden, maar alleen of het straks even veel zal zijn (dus wederom 1 of 2 uur), of bijvoorbeeld 10% meer (dus respectievelijk 1,1 uur of 2,2 uur).

In een behoefteeramingstudie speelt verder een zelfde type probleem dat in elk toekomstgericht onderzoek speelt. Het gaat dan om het gebruik van per definitie onzekere schattingen over ontwikkelingen in de komende jaren. De in dit rapport gepresenteerde uitkomsten over het aantal op te leiden klinisch geriater, gelden alleen voor zover de verwachte veranderingen inderdaad optreden en alle andere relevante factoren bovendien (relatief) constant blijven.

Daarbij geldt overigens dat de factoren vaak 'inwisselbaar' zijn. Als bijvoorbeeld gesteld wordt dat er 10% meer patiënten komen, maar dat de tijd per patiënt gelijk zal blijven, dan is het daaruit afgeleide aantal op te leiden klinisch geriater ook het optimale aantal voor een nulgroei in het aantal patiënten, maar een toename van 10% in de tijd per patiënt, of een toename van 5% in het aantal patiënten, plus 5% in de tijd per patiënt. In alle drie gevallen zou de zorgvraag immers met (ongeveer) 10% stijgen.¹

¹ Zo leidt 10% meer patiënten en 0% meer tijd per patiënt tot 10% meer zorgvraag (want $1,1 \cdot 1,0 = 1,1$); 0% meer patiënten en 10% meer tijd per patiënt = 10% meer zorgvraag (want $1,0 \cdot 1,1 = 1,1$); 5% meer patiënten en 5% meer tijd per patiënt = 10,25% meer zorgvraag (want $1,05 \cdot 1,05 = 1,1025$).

3 Ontwikkelingen in de vraag

De vraag naar klinisch geriatrie wordt in principe afgeleid van het aantal patiënten en de tijd die klinisch geriaters per patiënt besteden. Door beide elementen met elkaar te vermenigvuldigen kan berekend worden hoeveel uur zorg er nodig is. Daarbij wordt overigens in feite gewerkt met het aantal patiënten per type patiëntcontact en de tijd per type patiëntcontact. De onderscheiden type patiëntcontacten zijn de eerste poliklinische consulten, herhaalconsulten, klinische opnamen en dagopnamen. In principe wordt door klinisch geriaters overigens ook veel tijd besteed aan klinische consulten, maar over deze aantallen konden geen betrouwbare cijfers worden verkregen.

3.1 Aantal patiënten

Om in kaart te brengen hoe groot de zorgvraag is die aan klinisch geriaters gevraagd wordt, is in eerste instantie gekeken naar het totaal aantal patiënten dat jaarlijks bij een klinisch geriater komt. Vervolgens is gekeken naar het aantal contacten dat deze patiënten met de klinisch geriater hebben, uitgesplitst naar een aantal specifieke type contacten: eerste poliklinische consulten, herhaalconsulten, dagopnamen en klinische opnamen. Op basis van registratiegegevens van zorgverzekeraars van het onderzoeksbureau Vektis over de periode 1995 tot 2002 blijkt dat de hoeveelheid poliklinische consulten een sterk stijgende lijn vertoont. Was het aantal EPB's (eerste polikliniekbezoeken) in 1995 nog 5.040, in het jaar 2002 was dit reeds opgelopen tot 14.627. Dit is een stijging van bijna 300 procent. Het aantal dagopnamen in diezelfde periode is eveneens aanzienlijk gestegen, van 1.209 naar 5.348 (440%), terwijl ook het aantal klinische opnamen een toename zag, maar in mindere mate (van 2.783 naar 4.847, een toename van 175%).

De exacte ontwikkeling in het aantal patiëntcontacten tussen 2002 en 2004 is weliswaar niet bekend, maar geschat kan worden dat er waarschijnlijk eveneens een toename in het aantal patiënten is geweest.

De leeftjidsverdeling van de eerste poliklinische consulten en de dagopnamen, lijkt sterk op elkaar. Voor beide typen patiëntcontacten geldt dat ongeveer 25% jonger is dan 75 jaar, 50% is 75-84 jaar en 25% is 85 jaar of ouder. Van de patiënten die worden opgenomen in de kliniek is de leeftijd nog wat hoger: 15% is jonger dan 75 jaar, 55% is 75-84 jaar en 30% is 85 jaar of ouder. Ongeveer 70% van de patiënten is vrouw. Dat aandeel komt ongeveer overeen met het aandeel vrouwen in deze leeftijdscategorieën.

3.2 Tijd per patiënt

Om de productiecijfers van aantallen patiënten om te zetten in het totale tijdsbeslag, is inzicht nodig in de gemiddelde tijd die aan een patiëntcontact wordt besteed. Het gemiddelde tijdsbeslag per patiëntcontact staat vermeld in bijlage I. In 2004 is per patiënt gemiddeld 82 minuten besteed aan een eerste poliklinisch consult en 27 minuten aan een herhaalconsult. Aan een klinische opname wordt door een klinisch geriater gemiddeld 90 minuten besteed. De tijd besteed aan dagopnamen verschilt tussen nieuwe patiënten en patiënten die reeds bekend zijn. Aan de eerste groep patiënten wordt bij dagopname gemiddeld 105 minuten besteed, aan de tweede groep 39 minuten.

Aan klinisch geriaters is niet alleen gevraagd hoeveel tijd men nu per patiëntcontact besteed, maar ook hoeveel tijd men noodzakelijk acht voor de verschillende typen patiëntencontacten. In het algemeen blijkt men van mening dat de huidige tijd ook de gewenste tijd is. Klinisch geriaters zijn dus niet van mening dat de tijdsbesteding aan patiënten dient te veranderen. Daarom is deze tijdsbesteding per patiënt voor de toekomst als constant verondersteld.

3.3 Huidige en toekomstige zorgconsumptie in uren

Op basis van het aantal patiëntcontacten en de tijd per patiëntcontact is berekend hoe groot de klinisch geriatrische zorgvraag is geweest in 2004. Het blijkt te gaan om ongeveer 155.000 uur patiëntgebonden zorg. Aan de hand van gegevens over de leeftijdsverdeling van de patiënten is berekend hoeveel uur zorg gebruikt wordt per leeftijdscategorie. Door vervolgens na te gaan hoe het aantal inwoners per leeftijdscategorie zich zal ontwikkelen, is een schatting gemaakt van de groei in de zorgvraag. Op basis van de meest recente demografische ontwikkelingen (conform de CBS-bevolkingsprognose van 2004) is berekend dat de vraag naar klinisch geriatrische zorg tussen 2004 en 2015 zal toenemen met ongeveer 22%. Tussen 2004 en 2020 zal de demografische ontwikkeling van de bevolking zorgen voor een groei van 35% in de zorgvraag. De tijd per patiënt wordt constant verondersteld.

Naast een verandering in de zorgvraag op basis van puur demografische ontwikkelingen in de bevolking, wordt de zorgvraag echter ook bepaald door eventuele ontwikkelingen in het relatieve aantal ouderen dat gebruik maakt van klinisch geriatrische zorg. De toename in het gebruik van dit soort zorg in de periode 1995 tot 2004 is immers ook veel groter geweest dan op basis van demografische ontwikkelingen verwacht had mogen worden.

3.4 Huidige aansluitingsproblemen

Hierboven is aangegeven hoeveel zorg feitelijk gebruikt wordt. Daarmee is echter nog niet aangegeven hoeveel zorg er gevraagd wordt. Door een relatieve schaarste aan klinisch geriaters wordt er namelijk minder zorg gebruikt dan het geval zou zijn als er geen schaarste was aan klinisch geriaters. Eén van de elementen waar in dit verband naar is gekeken, betreft de verschillen tussen huisartsen in het doorverwijzen van patiënten

naar een geriater. Op basis van gegevens uit LINH (zie bijlage IV), blijkt dat ongeveer eenderde van de huisartsen nooit een patiënt naar een geriater verwijst. Als deze huisartsen alsnog patiënten zouden gaan doorverwijzen, zal het aantal patiënten met 50% stijgen.

Om inzicht te krijgen in de onvervulde vraag, is ook gekeken naar regionale verschillen in de verhouding tussen het aantal ouderen en het aantal klinisch geriateren. In sommige regio's zijn momenteel nog nauwelijks klinisch geriateren werkzaam, terwijl in andere regio's inmiddels een ruimer aanbod aan klinisch geriateren aanwezig is. De vraag die op basis hiervan gesteld kan worden is hoeveel klinisch geriateren in heel Nederland nodig zijn als landelijk een zelfde dekkingsgraad wordt nagestreefd als nu geldt voor regio's met een goed aanbod in relatie tot de vraag. In deze regio's lijkt de verhouding tussen vraag en aanbod immers relatief beter uitgekristalliseerd.

Voor geheel Nederland geldt dat er 4,4 fte klinische geriatrie is per 100.000 65-plussers. In het gebied Midden-Oost Nederland, met daarin de ziekenhuisregio's Nijmegen, Arnhem en Stedendriehoek, is er (inclusief openstaande vacatures) 8,6 fte klinische geriatrie per 100.000 65-plussers. Als deze verhouding voor geheel Nederland zou gelden, dan zal het gebruik met ongeveer 100% toenemen. Als naar de regio wordt gekeken met het grootste aanbod, het Gooi, dan is te zien dat het gebruik met 150% zou toenemen.

Ook wanneer gekeken wordt naar feitelijk gebruik van klinisch geriatrische zorg blijkt dat er duidelijke regioverschillen zijn. Hiervoor is gebruik gemaakt van gegevens uit de zogenaamde praktijkanalyses van Prismant. Zo is op basis van het feitelijk aantal poliklinische consulten en (dag)kliniekbehandelingen in het Gooi en in Amsterdam te verwachten dat de vraag naar klinisch geriatrische zorg met 150% tot 200% kan stijgen. In de directe omgeving rond één van de onderzochte instellingen (het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam) blijkt het gebruik per 1000 ouderen zelfs vier keer hoger te liggen dan landelijk het geval is (zie bijlage V). Projectie van dit lokale gebruik op landelijke schaal, ligt echter niet voor de hand. Het is immers onwaarschijnlijk dat in 2015 of 2020 voor alle ouderen in Nederland een instelling met een geriatrische afdeling op minder dan 5 kilometer afstand gecreëerd kan worden. Wel kan op basis van deze projectie worden overwogen om de aard van de klinisch geriatrische zorg anders in te richten, aangezien veel klinisch geriatrische patiënten niet alleen relatief oud, maar ook minder mobiel zijn. Zo is door de begeleidingscommissie geopperd dat meer gebruik gemaakt kan worden van zogenaamde "buitenpoli's", waardoor ook ouderen die relatief verder weg van een ziekenhuis met een klinisch geriatrische afdeling wonen, van deze zorg gebruik kunnen maken.

4 Ontwikkelingen in het aanbod

Vergelijkbaar met de definitie van de vraag naar zorg als zijnde het product van het aantal patiënten maal de tijd per patiënt, wordt het aanbod aan zorg in principe gedefinieerd als het aantal specialisten maal de tijd per specialist. Daarbij wordt de tijd per werkzame klinisch geriater nog onderscheiden in het aantal full-time equivalenten (fte) per week dat men werkt (de deeltijdfactor), het aantal werkuren per fte (de arbeidsnormering op full-time basis) en het aandeel direct-patiëntgebonden werktijd.

4.1 Aantal klinisch gerieters

Op basis van cijfers van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) blijkt dat er in 1994 waarschijnlijk 44 klinisch gerieters werkzaam waren. In 2004 blijkt dit aantal bijna verdrievoudigd en is het aantal werkzame klinisch gerieters 122 personen. In 2004 is verder geen arbeidsreserve geconstateerd van klinisch gerieters die willen werken maar geen vestigingsplaats hebben kunnen vinden. Ook zijn geen klinisch gerieters gevonden die door een gebrek aan arbeidsplaatsen in Nederland gedwongen zijn geweest om in het buitenland aan het werk te gaan. De grote groei in het aantal beschikbare klinisch gerieters van de afgelopen 10 jaar, is dus relatief moeiteloos opgenomen op de arbeidsmarkt. Op basis van het huidige aantal klinisch gerieters in opleiding kan voor het jaar 2010 een verdere groei naar rond de 174 beschikbare klinisch gerieters verwacht worden. Dit aantal kan niet meer bijgesteld worden door verandering in de instroom in de opleiding. Of alle 174 beschikbare klinisch gerieters in 2010 ook daadwerkelijk werkzaam zullen zijn, staat uiteraard nog niet vast. Daarvoor is het in ieder geval noodzakelijk dat er in de komende jaren een verdere uitbreiding van vestigingsplaatsen in ziekenhuizen wordt gerealiseerd. De benodigde uitbreiding per jaar is daarbij wat groter dan in de afgelopen jaren het geval was. Tussen 1994 en 2004 is een uitbreiding van 44 naar 122 gerealiseerd. Dit komt neer op een uitbreiding met ongeveer 8 plaatsen per jaar. Tussen 2004 en 2010 moet het aantal plaatsen groeien van 122 naar 174. Dat komt neer op een uitbreiding met ongeveer 10 plaatsen per jaar, wat dus iets groter is dan in de afgelopen periode is gerealiseerd. Voor 2015 wordt, bij ongewijzigd opleidingsbeleid, een aantal van 239 beschikbare klinisch gerieters verwacht. In 2020 zal het aantal beschikbare klinisch gerieters zijn gegroeid tot 294. Daarbij wordt uitgegaan van een instroom in de opleiding van ongeveer 17 nieuwe assistenten per jaar vanaf het jaar 2005. Hierbij wordt rekening gehouden met een uitval tijdens de opleiding van 7%. Bij een instroom van 17 nieuwe assistenten per jaar in de opleiding, komt dit vijf jaar later neer op een instroom van 16 nieuwe klinisch gerieters per jaar in de beroepsgroep. Verder wordt verondersteld dat er geen klinisch gerieters vanuit het buitenland instromen. Overigens wordt hierbij uitgegaan van een opleidingsduur van klinische geriatrie van 5 jaar. Het is echter mogelijk dat deze opleidingsduur in de toekomst wordt aangepast aan Europese regelgeving en gelijkgesteld aan de opleidingsduur van interne geneeskunde (te weten 6 jaar). Vooralsnog wordt hier in de berekening niet van uitgegaan.

Voor de periode 2004 tot aan 2010 wordt op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten uitgegaan van een uitstroom van ongeveer 1 klinisch geriater per jaar in verband met pensionering, het vertrek naar het buitenland of het aanvaarden van een ander soort werkring. Voor de periode 2010-2014 gaat het om een uitstroom van ongeveer 3 per jaar, en voor de periode 2015-2019 ongeveer 4 per jaar.

4.2 Aandeel vrouwen

In 2004 is 58% van de klinisch geriater vrouwen. Momenteel is 83% van de assistenten vrouw. De verwachte in- en uitstroom veroorzaakt in principe een groei van het aandeel vrouwen. Bij een instroom van 14 nieuwe assistenten per jaar in de opleiding, zal het aandeel vrouwen waarschijnlijk toenemen tot ongeveer 68% in 2010, 73% in 2015 en 77% in 2020.

4.3 Aantal fte

De omvang van de tijd die klinisch geriater aan patiënten kunnen besteden, wordt in eerste instantie bepaald door het aantal fte dat zij werken. Gemiddeld werken mannen 0,95 fte en vrouwen 0,78 fte. Per klinisch geriater is het aantal fte daarmee gemiddeld 0,85.

Omdat vrouwen relatief vaak in deeltijd werken, zal de verdere toename van het aandeel vrouwen consequenties hebben voor het gemiddelde aantal fte dat per klinisch geriater gewerkt wordt in het prognosejaar. 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 toch nog altijd voor een daling in het gemiddelde aantal fte van de gehele beroepsgroep van 0,85 in 2004 naar 0,83 in 2015 en 0,82 in 2020.

Daarnaast blijkt dat zowel mannen als vrouwen de wens hebben om relatief vaker in deeltijd te gaan werken dan nu het geval is. Dit geldt voor zowel de reeds langer werkzame klinisch geriater als voor de recent werkzame klinisch geriater en de assistenten klinische geriatrie. Zowel de jongste als de oudere generaties (mannen én vrouwen) blijken meer fte te werken dan ze wensen. Er is dus zeker geen sprake van een eventueel door de omstandigheden afgedwongen 'deeltijdwerkeloosheid'.

Mannelijke klinisch geriater blijken het liefst 0,91 fte te gaan werken. Voor de vrouwen is het gewenste aantal fte 0,75. Als deze wensen in 2015 zijn gerealiseerd, dan zal de gemiddelde geriater in dat jaar niet 0,83, maar 0,79 fte werken. Voor 2020 geldt dan eveneens een gemiddelde van 0,79 fte per geriater.

Om de gewenste daling in het aantal fte op te vangen, zal het aantal klinisch geriater met 4% extra moeten groeien.

4.4 Aantal uren per fte

Voor de tweede factor omtrent de omvang van de werktijd, namelijk het aantal uren dat per fte gewerkt wordt, blijkt dat men momenteel ongeveer 48 uur per week werkt op full-time basis. Dit verschilt niet tussen mannen en vrouwen. Gevraagd naar het aantal uur dat men in de toekomst wil werken, blijkt dat men een norm van ongeveer 44 uur per week per fte voor ogen heeft.

Omdat mannen en vrouwen niet verschillen in de hoeveelheid werktijd per fte, zal een toename van het aandeel vrouwen geen consequenties hebben voor de arbeidstijdnormering. Verder geldt dat er ook geen verschil is tussen de jongere en de oudere generaties in de werktijd per fte. Er is dus geen aanwijzing dat de arbeidstijd per fte automatisch zal veranderen met de instroom van nieuwe specialisten.

4.5 Aandeel niet-patiëntgebonden werktijd

Naast de deeltijdfactor en de arbeidstijdnormering op fulltime basis, is de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werktijd de derde factor die bepalend is voor de omvang van de tijd die klinisch geriaters aan patiënten kunnen besteden. In 2004 wordt ongeveer 26% van de werktijd van klinisch geriaters aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteed. Vooralsnog wordt verondersteld dat hierin geen veranderingen zullen optreden.

4.6 Huidige aansluitingsproblemen

Aangezien de relatief grote instroom van nieuw opgeleide klinisch geriaters van de afgelopen jaren gemakkelijk is opgenomen in de beroepsgroep (er is geen arbeidsreserve en men is niet gedwongen geweest om naar het buitenland uit te wijken), is er op dit moment zeker geen overschot. De vacaturegegevens laten zien dat er zelfs ruimte is voor een zekere uitbreiding. Het aantal uitbreidingsvacatures bij afdelingen klinische geriatrie is namelijk op het moment van enquêteren 6,4 fte. Deze uitbreidingsvraag is al gehonoreerd door zorgverzekeraars. Tegelijkertijd hebben afdelingen aangegeven dat ze ook voor de toekomst extra klinisch geriaters wenselijk achten om in de vraag te kunnen voorzien. Zo wil men voor het komende jaar in totaal bijna 17 fte aan extra klinisch geriaters inzetten, en voor de komende 5 tot 10 jaar zo'n 43 fte.

Op een meer overkoepelend niveau is ook aan medische directies van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen de vraag gesteld hoeveel uitbreidingsvacatures zij wenselijk achten. Op dit moment bestaat er bij instellingen al een uitbreidingswens van 42 fte. Over 5 jaar verwacht men in totaal 96 fte nodig te hebben, hetgeen ongeveer een verdubbeling van het aantal klinisch geriaters betekent. Deze groei is sterker dan louter op basis van bevolkingsprognoses kan worden verwacht. Blijkbaar wordt zowel bij afdelingen klinische geriatrie als bij overkoepelende zorginstellingen uitgegaan van een onvervulde vraag, die een uitbreiding van het aantal klinisch geriaters noodzakelijk maakt.

5 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van klinisch geriaters is een aantal scenario's uitgewerkt. Deze verschillen met name voor wat betreft de veronderstelde "onvervulde" vraag van dit moment. Daarbij is als referentie eerst aangegeven hoeveel klinisch geriaters nodig zijn als uit wordt gegaan van een huidige onvervulde vraag van 0%. Vervolgens zijn scenario's gemaakt die ervan uit dat er momenteel meer vraag is dan feitelijk geconsumeerd wordt.

Binnen elk van de "vraag"-scenario's worden twee varianten gepresenteerd. De eerste variant gaat uit van de huidige arbeidstijd per geriater. De tweede variant geeft weer hoeveel klinisch geriaters in de toekomst nodig zijn als op dat moment de wensen van de klinisch geriaters zowel voor wat betreft de daling in het aantal fte van mannen en vrouwen als de norm voor wat betreft het aantal uur per fte zijn gerealiseerd.

Als richtjaar in de toekomst is in eerste instantie 2015 aangehouden. Omdat klinisch geriaters die in 2010 beginnen te werken nu al met hun opleiding zijn begonnen, is het aantal klinisch geriaters tot dat jaar niet meer bij te stellen. Het prognosejaar 2015 geeft dus 5 jaar de tijd om het aanbod via de opleiding klinische geriatrie bij te stellen.

Omdat de huidige onvervulde vraag relatief groot lijkt te zijn, is de benodigde instroom in de opleiding in de eerste 5 jaar eveneens relatief groot. Daarom is ook nog nagegaan wat het hanteren van 2020 als prognosejaar voor consequenties heeft. Daarmee kan de benodigde uitbreiding van het aantal klinisch geriaters in 10 jaar worden gerealiseerd.

5.1 De verschillende scenario's

Scenario 1: het "huidige gebruik" scenario

In Tabel 5.1 is eerst een puur demografisch scenario opgenomen (scenario 1a), waarbij min of meer wordt uitgegaan van handhaving van het huidige zorgniveau. De huidige onvervulde vraag en de huidige en de in de nabije toekomst te verwachten vacatures worden hierin dus niet meegenomen. Dit scenario levert derhalve uitsluitend informatie over de impact van demografische ontwikkelingen in de bevolking en de beroepsgroep en veronderstelt dus in feite dat het huidige aantal van 122 klinisch geriaters afdoende is. Voor de bevolkingsontwikkelingen is gekozen voor de middenvariant van de bevolkingsontwikkeling. Verder wordt er rekening gehouden met de uitstroom van klinisch geriaters in verband met pensionering en dergelijke en met een stijging in het aandeel vrouwen in de beroepsgroep. Alle andere zaken worden constant verondersteld. Voor dit scenario is in 2015 een behoefte aan 149 klinisch geriaters, wat een groei van 22% is ten opzichte van het huidige aantal van 122 klinisch geriaters. Hiervoor hoeft vanaf 2005 geen enkele

persoon meer te worden opgeleid. Dit komt omdat er met de huidige groep assistenten in opleiding in 2015 al een aantal van 160 klinisch geriateren wordt bereikt.

Als men in de toekomst minder gaat werken, conform de wensen voor wat betreft het aantal fte en de uren per fte (zie scenario 1b), dan zijn er in 2015 geen 149, maar 173 klinisch geriateren nodig. Een instroom van gemiddeld 2,8 per jaar vanaf 2005 is dan voldoende.

Scenario 2: het “LINH” scenario

In dit eerste “groei” scenario wordt wederom in eerste instantie uitgegaan van de demografische ontwikkelingen in de bevolking én de beroepsgroep, maar wordt vervolgens nog uitgegaan van het idee dat er op dit moment reeds 50% meer vraag is dan er feitelijk geconsumeerd wordt. Dit scenario is in overeenstemming met de groei die verwacht mag worden als huisartsen die op dit moment nog geen patiënten doorverwijzen naar een geriater, dit alsnog even vaak doen als huisartsen die hun patiënten nu wel al naar een geriater doorverwijzen. Het komt tevens overeen met een situatie waarin op zijn minst een deel van de uitbreidingswensen van de afdelingen en ziekenhuizen kunnen worden gerealiseerd.

Bij een gelijkblijvende arbeidstijd, zou er dan op dit moment behoefte zijn aan 183 klinisch geriateren in plaats van 122. In 2015 moet dan uitgegaan worden van een behoefte aan 230 geriateren. Daarvoor zouden vanaf 2005 15 klinisch geriateren per jaar moeten worden opgeleid (zie scenario 2a).

Als tevens rekening wordt gehouden met een daling in de arbeidstijd, dan moeten er vanaf nu 22 mensen per jaar worden opgeleid tot klinisch geriater.

Scenario 3: het “regio Midden-Oost” scenario

In het volgende scenario is uitgegaan van een groei van 100% in de consumptie. Dit komt ten eerste neer op een situatie waarin de huidige fte-bezetting in de regio Midden-Oost Nederland landelijk zou gaan gelden. In deze grensoverschrijdende regio (bestaande uit Nijmegen, Arnhem en de Stedendriehoek Apeldoorn, Deventer en Zutphen) lijkt momenteel sprake te zijn van een redelijke dekkingsgraad aan klinisch geriateren ten opzichte van de vraag. Ten tweede komt het overeen met de situatie waarin de uitbreidingswensen van de ziekenhuizen volledig gerealiseerd kunnen worden.

Om een twee keer zo grote vraag te kunnen beantwoorden, is een minstens twee keer zo groot aanbod nodig. Bij een gelijke arbeidstijd is bijvoorbeeld een aanbod nodig van 308 klinisch geriateren in 2015. Dat is iets meer dan twee keer zo veel als het aanbod van 149 klinisch geriateren dat in 2015 nodig is volgens het scenario waarbij wordt uitgegaan van het huidige consumptiepatroon. De instroom die nodig is om een aanbod van 308 klinisch geriateren te krijgen, bedraagt 31,9 per jaar.

Als tevens de arbeidstijd gaat dalen, dan zijn geen 308, maar 351 klinisch geriateren nodig. De benodigde instroom is dan 41,1 per jaar.

Scenario 4: het “regio het Gooi” scenario

In het vierde scenario is uitgegaan van een groei van 150% in de consumptie. Dit komt overeen met een situatie waarin de landelijke verhouding fte per 100.000 65-plussers ongeveer gelijk wordt aan die in de regio het Gooi. Mede omdat de klinische geriatrie het langst in deze regio gevestigd is, lijkt de dekkingsgraad aan klinisch geriateren hier het

meest uitgekristalliseerd. Voor dit scenario is een groei nodig naar 386 klinisch gerieters in 2015, bij een gelijkblijvende arbeidstijd. Daarvoor zouden dan vanaf nu 48,7 klinisch gerieters per jaar moeten worden opgeleid. Wordt rekening gehouden met een realisering van de gewenste daling in de arbeidstijd, dan zijn er 440 klinisch gerieters nodig in 2015 en moeten er vanaf nu 60,3 per jaar worden opgeleid.

Scenario 5: het “Amsterdam” scenario

In het laatste scenario is uitgegaan van een groei van 200% in de consumptie. Dit komt overeen met een situatie waarin de landelijke klinisch geriaterische consumptie ongeveer gelijk wordt aan die in de stad Amsterdam. Dit scenario kan gelezen worden als een plafondsceario, indien in heel Nederland dezelfde dekking zou gelden als lokaal het geval is. Voor dit scenario is een groei nodig naar 465 klinisch gerieters in 2015, bij een gelijkblijvende arbeidstijd. Daarvoor zouden dan vanaf nu 65,6 klinisch gerieters per jaar moeten worden opgeleid. Wordt rekening gehouden met een realisering van de gewenste daling in de arbeidstijd, dan zijn er 529 klinisch gerieters nodig in 2015 en moeten er vanaf nu 79,4 per jaar worden opgeleid.

Tabel 5.1: Benodigde aantal klinisch gerieters in 2004 en 2015 en benodigde instroom per jaar vanaf 2005 tot en met 2009 per scenario

	Benodigde aantal klinisch gerieters in 2004	Benodigde aantal klinisch gerieters in 2015	Benodigde instroom in de opleiding vanaf 2005 t/m 2009
Scenario 1: “huidige gebruik” scenario (0% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	122	149	0 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	140	173	2,8 per jaar
Scenario 2: “LINH” scenario (50% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	183	230	15,0 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	209	262	22,0 per jaar
Scenario 3: “regio Midden-Oost” scenario (100% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	244	308	31,9 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	280	351	41,1 per jaar
Scenario 4: “regio het Gooi” scenario (150% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	305	386	48,7 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	347	440	60,3 per jaar
Scenario 5: “Amsterdam” scenario (200% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	366	465	65,6 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	420	529	79,4 per jaar

NB: (a) het huidige aantal fte is 0,95 per man en 0,78 per vrouw en het huidige aantal uur/week per fte is 48,2; (b) het gewenste aantal fte is 0,91 per man en 0,75 per vrouw en het gewenste aantal uur/week per fte is 44,1.

5.2 Gevolgen voor de opleidingsplanning na 2015

Binnen de verschillende scenario's die zijn uitgewerkt heeft het bereiken van het benodigd aantal klinisch geriaters gevolgen voor de opleidingsplanning voor de langere termijn. Als men bijvoorbeeld van 2005 tot en met 2009 15 personen per jaar opleidt (het LINH-scenario 2a), dan kan in de volgende 5 jaar (van 2010 tot en met 2014) volstaan worden met 11 opleidingsplaatsen per jaar. Idem, stel er wordt uitgegaan van scenario 4b (het "regio Gooi" scenario), dan is voor 2015 een instroom van 60 personen per jaar nodig; in de vijf daaropvolgende jaren kan de opleidingscapaciteit afnemen tot 16 personen per jaar. Over het algemeen kan dus gesteld worden dat voor het bereiken van een streefbezetting in 2015 uitgegaan dient te worden van een bepaalde opleidingscapaciteit in 2005 tot en met 2009, waarna in de vijf daaropvolgende jaren de opleidingscapaciteit kan afnemen. De precieze afname per scenariovariant is weergegeven in Tabel 5.2.

Tabel 5.2: *Benodigde vervolginstream per jaar vanaf 2010 tot en met 2014, uitgaande van het prognosejaar 2015 per scenario*

	Prognose 2015: benodigde instroom vanaf 2005 t/m 2009	Prognose 2015: benodigde instroom vanaf 2010 t/m 2014
Scenario 1: "huidige gebruik" scenario (0% groei in de consumptie)		
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	0 per jaar	7,2 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	2,8 per jaar	9,6 per jaar
Scenario 2: "LINH" scenario (50% groei in de consumptie)		
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	15,0 per jaar	11,0 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	22,0 per jaar	11,6 per jaar
Scenario 3: "regio Midden-Oost" scenario (100% groei in de consumptie)		
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	31,9 per jaar	12,7 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	41,1 per jaar	13,7 per jaar
Scenario 4: "regio het Gooi" scenario (150% groei in de consumptie)		
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	48,7 per jaar	14,5 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	60,3 per jaar	15,7 per jaar
Scenario 5: "Amsterdam" scenario (200% groei in de consumptie)		
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	65,6 per jaar	16,4 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	79,4 per jaar	17,8 per jaar

5.3 Scenario's voor 2020

Omdat het hanteren van het prognosejaar 2015 binnen de verschillende scenario's tot een relatief grote opleidingsinspanning leidt, is ook nagegaan wat het hanteren van 2020 als prognosejaar voor consequenties heeft. In dat geval zijn er tien in plaats van vijf jaren beschikbaar om het aanbod bij te sturen. Dit betekent tegelijkertijd dat de benodigde groei

pas na 15 in plaats van na 10 jaar wordt gerealiseerd. Om bijvoorbeeld een verdubbeling in het aanbod te krijgen, conform het “Midden-Oost” scenario, is bij een gelijkblijvend aantal fte en uren per fte nu een instroom van 22,3 per jaar nodig (scenario 3a in Tabel 5.3), in plaats van 31,9 per jaar (zie scenario 3a in Tabel 5.1). Als vanaf nu gemiddeld 22,3 klinisch geriateren worden opgeleid, dan zal het aanbod in 2015 inmiddels overigens ongeveer 70% groter zijn.

Tabel 5.3: *Benodigde aantal klinisch geriateren in 2004 en 2020 en benodigde instroom per jaar vanaf 2005 tot en met 2014 per scenario*

	Benodigde aantal klinisch geriateren in 2004	Benodigde aantal klinisch geriateren in 2020	Benodigde instroom in de opleiding vanaf 2005 t/m 2014
Scenario 1: “huidige gebruik” scenario (0% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	122	169	3,6 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	140	194	6,2 per jaar
Scenario 2: “LINH” scenario (50% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	183	257	13,0 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	209	292	16,8 per jaar
Scenario 3: “regio Midden-Oost” scenario (100% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	244	343	22,3 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	278	391	27,4 per jaar
Scenario 4: “regio het Gooi” scenario (150% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	305	430	31,6 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	347	489	38,0 per jaar
Scenario 5: “Amsterdam” scenario (200% groei in de consumptie)			
<i>a. bij huidige aantal fte en uren per fte</i>	366	517	41,0 per jaar
<i>b. bij gewenste aantal fte en uren per fte</i>	420	588	48,6 per jaar

5.4 Slotbeschouwing

De hierboven geschetste scenario's zijn gebaseerd op het doorrekenen van de consequenties van bepaalde aannames rond de huidige onervulde vraag. In deze scenario's is geen expliciete aandacht besteed aan de enigszins aparte positie van het specialisme klinische geriatrie.

De zorg die verleend wordt door klinisch geriateren bevindt zich op het snijvlak tussen verschillende medisch specialismen, waaronder met name de interne geneeskunde, de neurologie en de (ouderen)psychiatrie. Zoals ook naar voren kwam uit de LINH-rapportage is er dan ook een zekere overlap in patiënten die door klinisch geriateren, dan wel één

van de andere medisch specialismen behandeld worden.² De vraag die op basis hiervan gesteld kan worden, is wat er gebeurt zodra het aanbod klinisch geriateren stijgt. Deels kan dit ertoe leiden dat patiënten die op dit moment nog niet doorverwezen worden, alsnog wel behandeling krijgen; deels worden dan patiënten behandeld die momenteel door internisten, psychiaters en/of neurologen behandeld worden. In het laatste geval is er sprake van horizontale substitutie tussen medisch specialismen. Enerzijds kan er sprake zijn van substitutie door de klinisch geriater van de gezamenlijke inzet van bovenstaande specialismen en andere orgaanspecialismen, anderzijds kan de klinisch geriater ook toegevoegd worden aan de behandeling van patiënten door genoemde specialismen. Het is nog onduidelijk hoe de verschillende wegen van horizontale substitutie zich zullen manifesteren. Op basis hiervan kan niet worden verondersteld dat wanneer het aantal fte aan klinisch geriateren met bijvoorbeeld 100 zal stijgen, het aantal fte bij andere specialismen met eenzelfde omvang kan afnemen. Naar verwachting zal het aantal overige specialisten afnemen met een lager aantal dan 100 fte, maar onduidelijk is hoe groot deze substitutie-factor precies is.

Naast horizontale substitutie kan er ook sprake zijn van verticale substitutie, oftewel een overheveling van taken tussen medisch specialisten en andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen. In het geval van de klinische geriatrie is momenteel sprake van verticale substitutie, waarbij in een beperkt aantal poliklinieken dementieverpleegkundigen zijn aangesteld die patiënten volgen die ingesteld worden op therapie voor de ziekte van Alzheimer. Er zijn echter geen aanwijzingen dat deze vorm van verticale substitutie sterk zal toenemen en in die zin tot grote veranderingen zal leiden in het benodigde aantal klinisch geriateren.

Een andere kwestie, die formeel niet onder substitutie valt, is de relatie tussen klinische geriatrie en het, recent, binnen de interne geneeskunde erkende aandachtsgebied “ouderengeneeskunde”. De beoogde omvang van dit aandachtsgebied is nog onduidelijk. Er is momenteel een discussie gaande of het specialisme klinische geriatrie samen moet gaan met het subspecialisme ouderengeneeskunde. In het geval van een dergelijke verandering blijft echter staan dat nog steeds sprake is van dezelfde demografische ontwikkelingen plus dat de bezetting van dergelijke specialisten momenteel ongelijk over Nederland verdeeld is. De gepresenteerde groeiscenario's zijn in dat geval nog steeds van toepassing en kunnen in brede zin gelezen worden als scenario's voor het benodigde aantal specialisten ouderengeneeskunde, indien deze hetzelfde type werk verrichten en hetzelfde soort patiënten behandelen als bij klinisch geriateren het geval is. Vermeld moet worden dat onduidelijk is hoe groot de omvang is van de onvervulde vraag naar interne geneeskunde met aantekening ouderengeneeskunde, naast de huidige capaciteitsschatting. Beide specialismen zijn ondanks de overlap functioneel niet identiek.

² Zo wordt een deel van de patiënten met psychiatrische en overige klachten door neurologen behandeld, mogelijk omdat in betreffende ziekenhuizen geen klinisch geriater werkzaam is. Omgekeerd behandelen klinisch geriateren ook psychiatrische patiënten die mogelijk ook door een (ouderen)psychiater behandeld kunnen worden.

Mede doordat ontwikkelingen op het gebied van (horizontale) substitutie moeilijk zijn in te schatten, is de vraag welk scenario uiteindelijk werkelijkheid zal worden lastig te bepalen. Wel spelen bij de interpretatie van de verschillende scenario's een aantal factoren een rol. Zo zijn er enerzijds duidelijke aanwijzingen dat een "huidig gebruik" scenario, waarbij geen sprake is van onvervulde vraag, niet realistisch is. Zo blijkt uit de regioverschillen onderzocht in bijlage V dat regio's met een relatief hoge bezetting aan klinisch geriaters dit aanbod relatief gemakkelijk kunnen opnemen. Daarnaast wordt op het niveau van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen uitgegaan van een uitbreidingswens die groter is dan op basis van demografische ontwikkelingen kan worden verwacht. Anderzijds is scenario 5, uitgaande van de lokale vraag in Amsterdam, niet als realistisch te veronderstellen, omdat deze uitgaat van lokaal gebruik in een sterk verstedelijkt gebied. Het is immers onwaarschijnlijk dat in 2015 of 2020 voor alle ouderen in Nederland een instelling met een geriatrische afdeling binnen dezelfde geografische afstand gecreëerd kan worden. De vraag naar klinisch geriatrische zorg bevindt zich vermoedelijk tussen deze twee extremen, maar is omgeven door bepaalde onzekerheden. Zo is moeilijk te voorspellen hoeveel extra patiënten in de komende jaren door huisartsen naar klinisch geriaters zullen worden doorverwezen. Hoewel dit doorverwijsgedrag waarschijnlijk kan toenemen is niet te verwachten dat huisartsen in geheel Nederland meteen hetzelfde doorverwijsgedrag bereiken als in de regio het Gooi het geval is. In deze laatste regio zijn klinisch geriaters immers al een groot aantal jaren gevestigd, zodat huisartsen in deze regio waarschijnlijk goed op de hoogte zijn van hun aanwezigheid. De capaciteitsschatting in deze meest uitgekristalliseerde regio resulteert in vergelijking met het "Midden-Oost" scenario in een extra behoefte aan klinisch geriaters in 2020 van ongeveer 90. Of de ontwikkelingen in de geriatrie dit groeitempo tot dit niveau in deze tijdsspanne van 15 jaar zal kunnen doormaken is nog niet te beoordelen. Vanwege dergelijke onzekerheden is het verstandig om de aansluiting tussen vraag en aanbod de komende jaren te blijven monitoren, zodat indien nodig bijstelling van de benodigde opleidingscapaciteit of het te voeren vestigingsbeleid mogelijk is. Dit monitoren is mede van belang vanwege de beleidsmatige restricties die gepaard gaan met de doorgerekende scenario's. De hierboven geschetste scenario's zijn immers gebaseerd op het doorrekenen van de consequenties van aannames over de huidige onvervulde vraag. Of de daaruit resulterende benodigde instroom in de opleiding haalbaar is, is dus niet in het onderzoek meegenomen. Het is echter evident dat er limieten zitten aan de opleidingscapaciteit.

Bijlage I: Resultaten vragenlijst klinisch geriater en klinisch geriater in opleiding

Achtergrondgegevens van de respondenten

Klinisch geriater

Uit Tabel I.1 blijkt dat de meeste medisch specialisten alleen ingeschreven zijn als klinisch geriater, of een inschrijving hebben als klinisch geriater plus een ander specialisme (met name interne geneeskunde). Vier personen hebben (nog) geen registratie, voornamelijk omdat hun opleiding onlangs voltooid is. Omdat de meeste specialisten als klinisch geriater werken wordt in alle verdere resultaten gesproken over klinisch geriaters.

Tabel I.1: Type inschrijving medisch specialisten

	Totaal
Klinisch geriater	93
Klinisch geriater plus ander specialisme	24
Ander specialisme	1
Geen registratie	4
Totaal	122

De meeste van de klinisch geriaters zijn vrouw (58%) en daarbij zijn de meeste klinisch geriaters 50 jaar of jonger (85%). Vrouwelijke klinisch geriaters zijn gemiddeld ruim vier jaar jonger dan hun mannelijke collega's (zie Tabel I.2 tot en met Tabel I.4).

Tabel I.2: Klinisch geriaters naar leeftijd en geslacht: absolute aantallen

	Man	Vrouw	Totaal
35 jaar of jonger	3	14	17
36 t/m 40 jaar	9	27	36
41 t/m 45 jaar	18	13	31
46 t/m 50 jaar	11	9	20
51 t/m 65 jaar	10	8	18
Totaal	51	71	122
Gemiddelde leeftijd	45,1	40,9	42,6

Tabel I.3: *Klinisch gerieters naar leeftijd: percentages voor mannen en vrouwen apart*

	Man	Vrouw	Totaal
35 jaar of jonger	6%	20%	14%
36 t/m 40 jaar	18%	38%	30%
41 t/m 45 jaar	35%	18%	25%
46 t/m 50 jaar	22%	13%	16%
51 t/m 65 jaar	20%	11%	15%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel I.4: *Klinisch gerieters naar geslacht: percentages voor leeftijdsgroepen apart*

	Man	Vrouw	Totaal
35 jaar of jonger	18%	82%	100%
36 t/m 40 jaar	25%	75%	100%
41 t/m 45 jaar	58%	42%	100%
46 t/m 50 jaar	55%	45%	100%
51 t/m 65 jaar	56%	44%	100%
Totaal	42%	58%	100%

De meeste klinisch gerieters (88 personen) werken in een algemeen ziekenhuis (Tabel I.5). Zestien van hen werken eveneens in een tweede instelling, te weten een ander algemeen ziekenhuis (10 personen) of een APZ/GGZ-instelling (6 personen).

Tabel I.5: *Klinisch gerieters naar type eerste en tweede instelling: absolute aantallen*

		Type eerste instelling			Totaal
		Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ- instelling	
Type tweede instelling	Geen andere instelling	18	72	10	100
	Algemeen ziekenhuis	2	10		12
	APZ/GGZ-instelling		6	1	7
	Ander type instelling			1	1
Totaal		20	88	12	120

Klinisch gerieters in opleiding

Terwijl het percentage vrouwen onder klinisch gerieters 58% is, bedraagt dit onder klinisch gerieters in opleiding 83% (Tabel I.6). Zoals zal blijken uit de verdere rapportage kan op basis hiervan worden verwacht dat het aantal fte aan klinisch gerieters relatief gezien zal dalen.

Tabel I.6: *Klinisch gerieters in opleiding naar leeftijd en geslacht: absolute aantallen*

	Man	Vrouw	Totaal
30 jaar of jonger	7	31	38
31 t/m 35	3	12	15
36 jaar of ouder		5	5
Totaal	10	48	58
Gemiddelde leeftijd	29,2	29,5	29,5

Tabel I.7: *Klinisch gerieters in opleiding naar leeftijd: percentages voor mannen en vrouwen apart*

	Man	Vrouw	Totaal
30 jaar of jonger	70%	65%	66%
31 t/m 35	30%	25%	26%
36 jaar of ouder		10%	9%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel I.8: *Klinisch gerieters in opleiding naar geslacht: percentages voor leeftijds-groepen apart*

	Man	Vrouw	Totaal
30 jaar of jonger	18%	82%	100%
31 t/m 35	20%	80%	100%
36 jaar of ouder		100%	100%
Totaal	17%	83%	100%

De onderste rij van Tabel I.9 laat zien dat de meeste klinisch gerieters in opleiding verbonden zijn aan een algemeen ziekenhuis (35 van de 58 personen). Veertien personen volgen hun opleiding in een academisch ziekenhuis en tien personen in een APZ/GGZ-instelling. Tevens is aan personen in opleiding gevraagd waar ze in de toekomst als klinisch geriater willen werken. Hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk. In totaal 33 personen hebben alleen een voorkeur voor het werken in een algemeen ziekenhuis (57%). De meeste overige respondenten geven aan in een algemeen of academisch ziekenhuis te willen werken (11 personen) of in een algemeen ziekenhuis dan wel APZ/GGZ-instelling (12 personen). Inclusief één persoon zonder voorkeur overwegen verreweg de meeste personen (57 van de 58 personen) om in een algemeen ziekenhuis te werken.

Tabel I.9: *Klinisch gerieters in opleiding naar type instelling: feitelijk vergeleken met gewenst*

		Huidig type instelling waar men werkt			Totaal
		Academisch	Algemeen	APZ/GGZ	
Gewenst type instelling als klinisch geriater	Alleen academisch	1			1
	Alleen algemeen	7	24	3	33
	Academisch of algemeen	4	5	2	11
	Algemeen of APZ/GGZ	1	6	5	12
	Acad., alg. of APZ/GGZ	1			1
Totaal		14	35	10	58

Huidige en gewenste aantal arbeidsuren

Klinisch gerieters

In Tabel I.10 en Tabel I.11 is het aantal fte's weergegeven op basis waarvan klinisch gerieters momenteel werken, en graag op dit moment zouden willen werken. Mannen hebben gemiddeld een fte van 0,95, vrouwen een fte van 0,78. Uit hun gewenste fte blijkt dat beide groepen graag minder fte willen werken en wel met gemiddeld 3%. Er is bij beide groepen dus gemiddeld genomen sprake van een onvervulde deeltijdwens. Dit betekent dat als de huidige wens van klinisch gerieters omtrent hun arbeidsaanstelling wordt ingevuld, het totale aanbod aan klinische geriatrie met ongeveer 3% zal dalen. Voor een gelijkblijvend aanbod dient het aantal klinisch gerieters dan ook met eenzelfde factor te stijgen, nog niet rekening houdend met het toenemend aandeel vrouwen binnen de klinische geriatrie.

Kijken naar het huidige en gewenste aantal fte per leeftijdsgroep blijkt dat jongere klinisch gerieters wel een kleinere arbeidsomvang hebben, maar dat ze geen sterkere verlaging van deze arbeidsomvang ambiëren. In alle leeftijdsgroepen is de gewenste daling in fte's tussen de 1% en 5%, waarbij geen duidelijk leeftijds patroon naar voren komt.

Tabel I.10: *Huidige fte van klinisch gerieters naar leeftijd en geslacht*

	Huidige aantal fte		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	,93	,77	,80
36 t/m 40 jaar	,91	,75	,79
41 t/m 45 jaar	,97	,77	,89
46 t/m 50 jaar	,96	,80	,89
51 t/m 65 jaar	,92	,83	,88
Totaal	,95	,78	,85

Tabel I.11: Gewenste fte van klinisch geriaters naar leeftijd en geslacht

	Gewenst aantal fte		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	,87	,75	,77
36 t/m 40 jaar	,87	,70	,74
41 t/m 45 jaar	,93	,79	,87
46 t/m 50 jaar	,94	,80	,88
51 t/m 65 jaar	,90	,81	,85
Totaal	,91	,75	,82

Naast het aantal fte dat men werkt, kan ook worden gekeken naar het aantal uren dat men per fte werkt. Dit geeft een beeld van de feitelijke en gewenste norm wat één fte aan uren behelst. Hiervoor wordt het aantal uren dat men werkt gedeeld door het aantal fte dat men werkt. Het blijkt dat zowel mannen als vrouwen ongeveer 48 uur per fte werken. Op dezelfde wijze kan de gewenste norm aan uren per fte worden beschreven. Gemiddeld willen zowel mannen als vrouwen graag 44 uur in plaats van 48 uur per fte werken. Er is dus bij beide groepen sprake van een wens naar arbeidstijdnormalisering. Uitgedrukt in percentages willen zowel mannen als vrouwen ongeveer 9% minder werken per fte.

Tabel I.12: Huidige aantal uren per fte van klinisch geriaters naar leeftijd en geslacht

	Huidig aantal uren per fte		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	48,8	51,3	51,0
36 t/m 40 jaar	45,9	47,9	47,4
41 t/m 45 jaar	50,4	47,3	49,1
46 t/m 50 jaar	46,7	46,6	46,7
51 t/m 65 jaar	46,9	46,8	46,8
Totaal	48,2	48,1	48,2

Tabel I.13: Gewenste aantal uren per fte van klinisch geriaters naar leeftijd en geslacht

	Gewenst aantal uren per fte		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	41,5	49,1	47,7
36 t/m 40 jaar	43,2	44,4	44,1
41 t/m 45 jaar	45,0	40,8	43,2
46 t/m 50 jaar	42,9	41,3	42,2
51 t/m 65 jaar	43,0	45,8	44,3
Totaal	43,6	44,4	44,1

De combinatie van de deeltijdfactor in Tabel I.10 en Tabel I.11 en de mate van arbeidsnormalisering in Tabel I.12 Tabel I.13 leidt tot een bepaalde omvang van arbeidsuren die men per week feitelijk werkzaam is en wil zijn. Mannen werken feitelijk 45,7 uur, en willen het liefst graag 39,6 uur werken. Vrouwen werken op dit moment gemiddeld 37,3 uur en willen 33,1 uur werken. Het arbeidsvolume van klinisch geriateren, in uren gerekend, is op dit moment dus 40,6 uur, en zou bij het realiseren van eenieders gewenste situatie leiden tot een afname in arbeidsvolume van 4,8 uur, oftewel bijna 12%. Deze daling wordt deels veroorzaakt door de wens om in deeltijd te werken, maar vooral door de wens om minder uren per fte te werken. Tussen leeftijdsgroepen vergeleken is de wens om minder uren te werken het sterkst onder personen tussen de 41 en 45 (namelijk 14%).

Tabel I.14: Huidige aantal uur van klinisch geriateren naar leeftijd en geslacht

	Huidige aantal uur		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	48,8	39,4	40,6
36 t/m 40 jaar	41,4	36,1	37,3
41 t/m 45 jaar	49,2	36,4	43,8
46 t/m 50 jaar	44,9	37,1	41,2
51 t/m 65 jaar	42,2	39,4	40,7
Totaal	45,7	37,3	40,6

Tabel I.15: Gewenste uur van klinisch geriateren naar leeftijd en geslacht

	Gewenste aantal uur		
	man	vrouw	totaal
35 jaar of jonger	36,0	36,7	36,6
36 t/m 40 jaar	37,3	31,1	32,7
41 t/m 45 jaar	41,7	32,1	37,7
46 t/m 50 jaar	40,2	31,5	36,6
51 t/m 65 jaar	38,4	37,0	37,7
Totaal	39,6	33,1	35,8

Klinisch geriateren in opleiding

Van de klinisch geriateren in opleiding heeft het merendeel momenteel een voltijd aanstelling (52 van de 58 personen). De wens om in deeltijd de opleiding te volgen is echter groter, althans onder vrouwen. Van hen werken 6 personen in deeltijd, terwijl 12 personen dit graag zouden willen.

Tabel I.16: Huidige en gewenste voltijd / deeltijd-arbeidsomvang van klinisch geriater in opleiding naar geslacht

	Feitelijk		Wens		Totaal
	fulltime	parttime	fulltime	parttime	
Man	10		10		10
Vrouw	42	6	36	12	48
Totaal	52	6	46	12	58

Belangrijk voor de behoefte-raming klinische geriatrie is uiteraard hoeveel de huidige opgeleiden zouden willen werken, zodra ze als klinisch geriater werkzaam zijn. Momenteel werken mannen meer uur in opleiding dan vrouwen, en dit verschil wordt mogelijk zelfs groter wanneer ze als klinisch geriater werken. Mannen willen ongeveer 9 uur minder gaan werken (van 47,8 naar 39,0 uur), en vrouwen 14 uur minder (van 46,4 naar 32,5 uur). De vraag is uiteraard of men ook in de praktijk dergelijke uren zal realiseren. Zo is het mogelijk dat klinisch geriater in opleiding het maken van extra uren maar ten dele in hun toekomstinschatting hebben verdisconteerd. In ieder geval kan worden gesteld dat als deze wens inderdaad wordt gerealiseerd, het arbeidsvolume aan klinisch geriater relatief zal afnemen. Ook blijkt uit Tabel I.18 dat de fte-wens van klinisch geriater in opleiding niet sterk verschilt van de fte-wens van de huidige klinisch geriater. Mannen willen iets minder fte werken (0,88 versus 0,91), en vrouwen iets meer (0,78 versus 0,75).

Tabel I.17: Huidige aantal uur als klinisch geriater in opleiding en gewenste aantal uur als klinisch geriater naar geslacht

	Huidige aantal uur als AGIO	Gewenst aantal uur als KG
Man	47,8	39,0
Vrouw	46,4	32,5
Totaal	46,7	33,7

Tabel I.18: Gewenste aantal uren, fte en aantal uren per fte als klinisch geriater in de toekomst: klinisch geriater in opleiding naar geslacht

	Gewenst aantal uur als KG	Gewenst aantal fte als KG	Gewenst aantal uren per fte als KG
Man	39,0	,88	44,4
Vrouw	32,5	,78	42,1
Totaal	33,7	,79	42,5

Werken tijdens diensten: type diensten en gemiddeld aantal uren

Klinisch gerieters

Een volgend onderwerp dat hier wordt beschreven is het type en aantal diensten dat men doet. In academische en algemene ziekenhuizen doet ruim driekwart van de klinisch gerieters diensten, in APZ/GGZ-instellingen geldt dit voor iets meer dan de helft van de klinisch gerieters. Het meest gebruikelijk is dat men zowel avond/nacht- als weekenddiensten doet.

Tabel I.19: Klinisch gerieters: avond/nacht- en weekenddiensten per type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Geen diensten	21%	24%	45%	25%
Avond/nachtdiensten		1%		1%
Weekenddiensten	5%	3%		3%
Zowel avond/nacht- als weekenddiensten	75%	73%	55%	71%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Klinisch gerieters in academische ziekenhuizen doen een relatief kleiner aandeel van de diensten dan binnen algemene ziekenhuizen het geval is, mogelijk doordat klinisch gerieters in academische ziekenhuizen over het algemeen in grotere teams werken of vaker samenwerken met andere specialisten (Tabel 20). Desondanks is er geen duidelijk verschil te zien in het aantal uren dat men gemiddeld genomen per week aan diensten besteedt: 3,0 uur in academische ziekenhuizen en 3,1 uur in algemene ziekenhuizen (Tabel I.21). In APZ/GGZ-instellingen, daarentegen, besteedt men gemiddeld 4,2 uur per week aan diensten.

Tabel I.20: Klinisch gerieters: aandeel van de diensten per type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
± 5% (1 op 14 diensten of meer)	7%	3%		4%
± 10% (1 op 9 t/m 13 diensten)		2%		1%
± 15% (1 op 6,7 of 8 diensten)	26%	15%	49%	20%
± 20% (1 op 5 diensten)	54%	24%	16%	29%
± 25% (1 op 4 diensten)	7%	19%		15%
± 33% (1 op 3 diensten)		14%		10%
± 50% (1 op 2 diensten)		20%		15%
Anders	6%	3%	35%	6%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel I.21: Klinisch gerieters: aantal uren gemiddeld actief per week tijdens diensten naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Gemiddeld aantal uren per week actief tijdens diensten	3,0	3,1	4,2	3,2

Klinisch gerieters in opleiding

Van de klinisch gerieters in opleiding doet slechts een kleine minderheid (werkzaam in academische ziekenhuizen) geen diensten. De overige opgeleiden doen zowel avond/nacht- als weekenddiensten. Opvallend is dat de klinisch gerieters in opleiding aangeven beduidend meer tijd aan diensten te besteden dan klinisch gerieters: gemiddeld 5,8 uur versus 3,2 uur (Tabel I.24). Deze tijdsbesteding is het hoogst in algemene ziekenhuizen.

Tabel I.22: Klinisch gerieters in opleiding: avond/nacht- en weekenddiensten per type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Geen diensten	7%			2%
Zowel avond/nacht- als weekenddiensten	93%	100%	100%	98%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel I.23: Klinisch gerieters in opleiding: aandeel van de diensten per type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
± 5% (1 op 14 diensten of meer)		11%	22%	10%
± 10% (1 op 9 t/m 13 diensten)	10%	26%	66%	30%
± 15% (1 op 6,7 of 8 diensten)	18%	37%	12%	28%
± 20% (1 op 5 diensten)	72%	4%		18%
± 25% (1 op 4 diensten)		15%		9%
Anders		7%		4%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel I.24: *Klinisch gerieters in opleiding: aantal uren gemiddeld actief per week tijdens diensten naar type instelling*

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Gemiddeld aantal uren per week actief tijdens diensten	4,6	6,5	5,1	5,8

Verwachte pensioenleeftijd als klinisch geriater, algemeen en vóór 2015

Klinisch gerieters

Vervolgens wordt ingegaan op de verwachte pensioenleeftijd van klinisch gerieters. Een minderheid van de klinisch gerieters wil graag doorwerken tot hun 65^e (Tabel I.25). Wel willen mannen relatief langer doorwerken dan vrouwen: gemiddeld tot 64,1 versus 61,5 jaar. Dit gemiddelde wordt mede bepaald door het feit dat een kleine minderheid van klinisch gerieters, en vooral mannen, nog langer wil doorwerken dan tot de leeftijd van 65.

Tabel I.25: *Verwachte pensioenleeftijd van klinisch gerieters naar geslacht*

	Man	Vrouw	Totaal
Jonger dan 60 jaar	4%	13%	9%
60 jaar	24%	29%	27%
61 of 62 jaar	11%	15%	13%
63 of 64 jaar	4%	10%	8%
65 jaar	37%	30%	33%
66 jaar of ouder	20%	4%	10%
Totaal	100%	100%	100%
Gemiddelde leeftijd tot wanneer men verwacht te werken	64,1	61,5	62,6

Naast de vraag tot wanneer men wil werken is gevraagd welke personen concrete plannen hebben om vóór 2015 definitief te stoppen met werken (Tabel I.26). Dit geldt voor 18 van de in totaal 122 werkzame klinisch gerieters, hetgeen resulteert in een verwachte vervangingsvraag van ongeveer 2 klinisch gerieters per jaar. Een opleidingscapaciteit van eenzelfde aantal nieuwe klinisch gerieters per jaar is dus voldoende om in de vervangingsvraag aan klinisch gerieters te kunnen voldoen.

Tabel I.26: Aantal klinisch geriaters die voor 2015 willen stoppen met werken en gewenste eindleeftijd

		Concrete plannen om voor het jaar 2015 definitief te stoppen met werken als klinisch geriater	
		Nee	Ja
Leeftijd tot wanneer men verwacht te werken	Jonger dan 60 jaar		5
	60 jaar		2
	61 of 62 jaar		3
	63 of 64 jaar		5
	65 of 66 jaar		3
Totaal		104	18

Klinisch geriaters in opleiding

Ook aan klinisch geriaters in opleiding is de vraag gesteld tot wanneer ze denken te werken als klinisch geriater. De meeste van hen verwachten tot hun 65^e of langer te werken (63%). Gemiddeld verwachten vrouwen twee jaar eerder te stoppen met werken dan mannen.

Tabel I.27: Verwachte pensioenleeftijd van klinisch geriaters in opleiding naar geslacht

	Man	Vrouw	Totaal
Jonger dan 60 jaar		17%	14%
60 tot 64 jaar	33%	20%	22%
65 jaar	56%	60%	59%
66 jaar of ouder	11%	3%	4%
Totaal	100%	100%	100%
Gemiddelde leeftijd tot wanneer men verwacht te werken	64,0	61,9	62,3

Beschikbare tijd voor en aantal patiëntencontacten

Klinisch geriaters

De beschikbare tijd van klinisch geriaters voor patiëntgebonden activiteiten verschilt duidelijk tussen typen instellingen. Kijkend naar de totale tijd die men besteedt aan direct en indirect patiëntgebonden activiteiten is te zien dat in academische ziekenhuizen ongeveer de helft van de arbeidstijd hieraan besteed wordt en dat in algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen dit percentage beduidend hoger ligt (zie de onderste rij van Tabel I.28). Deels wordt dit veroorzaakt doordat met name academische ziekenhuizen een grotere onderwijs- en onderzoeksfunctie hebben.

N.B. Onder direct patiëntgebonden activiteiten wordt verstaan: poliklinische werkzaamheden (poliklinische consulten en verrichtingen), klinische werkzaamheden (opname, visite, klinische consulten en ver-

richtingen) en dagbehandeling. Onder indirect patiëntgebonden activiteiten wordt verstaan: intercollegiaal overleg / overleg met andere disciplines en correspondentie over patiënten.

Tabel I.28: Patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd van klinisch geriaters per type instelling (in uren)

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Directe tijd besteed aan patiënten	18,2	25,0	19,6	23,4
Indirecte tijd besteed aan patiënten	4,8	7,1	4,6	6,5
Overige tijd niet besteed aan patiënten	21,7	7,5	12,6	10,1
Totaal aantal uur	46,0	40,1	36,3	40,6
<i>Percentage tijd besteed aan patiënten</i>	<i>50,6%</i>	<i>80,2%</i>	<i>63,2%</i>	<i>74,0%</i>

De tijd besteed aan verschillende deelactiviteiten laat een vergelijkbaar beeld zien (Tabel I.29). In academische ziekenhuizen wordt gemiddeld anderhalf uur minder poliklinisch spreekuur gehouden dan in algemene ziekenhuizen, en daarbij is het aantal eerste en herhaalconsulten lager in academische dan in algemene ziekenhuizen. Over het totaal bezien besteedt men gemiddeld 8,6 uur per week aan poliklinisch spreekuur en ziet men wekelijks gemiddeld bijna 4 nieuwe patiënten en 9 bekende patiënten.

Tabel I.29: Tijd besteed aan verschillende deelactiviteiten en aantal patiëntcontacten van klinisch geriaters

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Gem. aantal uur telefonisch spreekuur/week	0,7	0,8	1,2	0,9
Gem. aantal uur poliklinisch spreekuur/week	7,4	9,0	8,8	8,6
Gem. aantal eerste consulten/week	2,7	4,1	2,2	3,6
Gem. aantal herhaalconsulten/week	7,6	9,6	8,6	9,0

Vervolgens wordt ingegaan op de feitelijke en gewenste tijd die aan een patiëntcontact wordt besteed (Tabel I.30). Per patiënt wordt gemiddeld 82 minuten besteed aan een eerste poliklinisch consult en 27 minuten aan een herhaalconsult. Aan een klinische opname wordt door een klinisch geriaters gemiddeld 90 minuten besteed. De tijd besteed aan dagopnamen verschilt tussen nieuwe patiënten en patiënten die reeds bekend zijn. Aan de eerste groep patiënten wordt bij dagopname gemiddeld 105 minuten besteed, aan de tweede groep 39 minuten.

Om een beeld te krijgen van mogelijke veranderingen in patiëntgebonden tijd is eveneens gevraagd hoeveel tijd per patiënt men wenselijk acht. Zo geeft men aan dat een eerste poliklinisch consult eigenlijk 1 minuut langer zou moeten duren, terwijl een herhaal-

consult qua tijdsbesteding gelijk kan blijven. Ook de gewenste tijdsbesteding aan dagopname verschilt nauwelijks van de feitelijk bestede tijd. Zowel dagopnamen van nieuwe als bekende patiënten kunnen ongeveer gelijk blijven. Naar het oordeel van klinisch geriaters zelf is dus niet te verwachten dat de tijdsbesteding aan patiënten in de toekomst sterk dient te veranderen. Een uitzondering hierop lijkt de beschikbare tijd voor klinische opnamen te zijn, in ieder geval binnen academische ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen. In academische ziekenhuizen geeft men aan 7 minuten langer aan klinische opnamen te willen besteden (een stijging van 8%), in APZ/GGZ-instellingen is deze gewenste stijging 6%.

N.B. Opvallend is de gewenste daling in tijd besteed aan dagopnamen binnen APZ/GGZ-instellingen. Dit resultaat wordt echter veroorzaakt doordat slechts één respondent deze vraag heeft ingevuld. Blijkbaar komen dagopnamen binnen dergelijke instellingen maar zeer beperkt voor.

Tabel I.30: Feitelijke en gewenste tijd besteed aan verschillende deelactiviteiten per patiënt van klinisch geriaters (in minuten)

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Huidige tijd 1ste poliklinisch consult	80	83	82	82
Gewenste tijd 1ste poliklinisch consult	80	82	94	83
Huidige tijd herhaalconsult	28	27	32	27
Gewenste tijd herhaalconsult	27	27	33	27
Huidige tijd klinische opname	84	92	84	90
Gewenste tijd klinische opname	91	92	89	92
Huidige tijd dagopname nieuwe patiënt	104	106	77	105
Gewenste tijd dagopname nieuwe patiënt	107	105	77	104
Huidige tijd dagopname bekende patiënt	39	39	60	39
Gewenste tijd dagopname bekende patiënt	37	40	30	40

In het deelonderzoek naar patiëntprofielen via de huisartspraktijk wordt vastgesteld hoeveel patiënten via de huisarts worden doorverwezen naar de klinisch geriater (zie bijlage IV). In verband hiermee is in Tabel I.31 weergegeven om welk deel van de totale patiëntenpopulatie klinische geriatrie het hierbij gaat. Uitgesplitst naar drie typen intrede (polikliniek, kliniek en dagopname) blijkt ongeveer 80% van de patiënten via de huisarts te worden doorverwezen. Alleen in het geval van APZ/GGZ-instellingen is dit percentage duidelijk lager.

Tabel I.31: Aandeel patiënten verwezen via de huisarts

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Perc. patiënten polikliniek via huisarts	83,1%	83,5%	64,2%	81,8%
Perc. patiënten kliniek via huisarts	70,7%	84,3%	53,3%	78,7%
Perc. patiënten dagopname via huisarts	78,0%	77,1%		77,3%

Klinisch gerieters in opleiding

De klinisch gerieters in opleiding geven aan een relatief groot aandeel van de tijd aan patiënten te besteden (80%). Dit geldt vooral voor APZ/GGZ-instellingen (zie Tabel I.32). Gemiddeld besteedt men ongeveer 38 uur aan patiëntgebonden activiteiten, 7 uur aan onderzoek en onderwijs en 2 uur aan overige activiteiten (met name administratie). De tijd die klinisch gerieters in opleiding besteden aan telefonisch of poliklinisch spreekuur is wel duidelijk lager dan voor klinisch gerieters het geval is, evenals het aantal eerste en herhaalconsulten per week (Tabel I.33). Daarnaast geven klinisch gerieters in opleiding aan dat de beschikbare tijd per patiënt over het algemeen voldoende is. Evenals klinisch gerieters lijken ze van mening dat de tijdsbesteding aan patiënten in de toekomst nauwelijks dient te veranderen.

Tabel I.32: Percentage patiëntgebonden tijd van klinisch gerieters in opleiding per type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Aantal uren patiëntgebonden tijd	38,2	37,6	36,5	37,5
Aantal uren onderzoeks- en onderwijstijd	8,5	6,8	6,4	7,1
Aantal uren tijd voor andere activiteiten	0,0	3,6	0,7	2,2
Totaal aantal uur als AGIO	46,8	47,4	44,0	46,7
<i>Perc. tijd besteed aan patiënten</i>	<i>81,0%</i>	<i>78,1%</i>	<i>83,9%</i>	<i>79,9%</i>

Tabel I.33: Tijd besteed aan verschillende deelactiviteiten en aantal patiëntcontacten van klinisch gerieters in opleiding

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Gem. aantal uur telefonisch spreekuur/week	0,5	0,3	0,8	0,5
Gem. aantal uur poliklinisch spreekuur/week	5,7	3,6	3,2	4,1
Gem. aantal eerste consulten/week	2,4	1,0	1,0	1,4
Gem. aantal herhaalconsulten/week	6,0	2,2	0,8	3,0

Tabel I.34: *Feitelijke en gewenste tijd besteed aan verschillende deelactiviteiten per patiënt van klinisch geriater in opleiding (in minuten)*

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Huidige tijd 1ste poliklinisch consult	95	73	91	84
Gewenste tijd 1ste poliklinisch consult	86	77	84	82
Huidige tijd herhaalconsult	30	27	28	28
Gewenste tijd herhaalconsult	29	28	29	28
Huidige tijd klinische opname	96	66	116	84
Gewenste tijd klinische opname	93	71	90	80
Huidige tijd dagopname nieuwe patiënt	185	98	146	132
Gewenste tijd dagopname nieuwe patiënt	172	104	146	132
Huidige tijd dagopname bekende patiënt	65	46	43	53
Gewenste tijd dagopname bekende patiënt	53	54	30	51

Tevredenheid met de huidige werksituatie

Klinisch geriater

Tabel I.35 laat zien dat de meeste klinisch geriater de beschikbare tijd voor patiënten, zoals in de vorige paragraaf besproken, voldoende vinden. Iets minder dan de helft van de klinisch geriater is van mening dat ze voldoende tijd hebben voor het werk in zijn algemeenheid, de rest vindt dat hiervoor te weinig tijd beschikbaar is. Desondanks hebben de meeste klinisch geriater niet het gevoel dat het leveren van kwalitatief goede zorg hieronder leidt; 73% vindt de beschikbare tijd hiervoor voldoende. De beschikbare tijd voor het eigen privéleven lijkt meer in de verdringing te komen door de tijd die men heeft en de tijdsdruk die hiermee gepaard gaat. De helft van de klinisch geriater vindt dat ze te weinig tijd voor hun privéleven hebben. Hieraan gerelateerd bleek al in Tabel I.11 en Tabel I.15 dat klinisch geriater gemiddeld minder fte en minder uren zouden willen werken.

Tabel I.35: *Opvattingen van klinisch geriater over de beschikbare tijd voor verschillende werkaspecten*

	Te weinig	Voldoende	Te veel
Beschikbare tijd per patiënt	11%	88%	1%
Beschikbare tijd voor het werk in zijn algemeenheid	56%	44%	
Beschikbare tijd voor het leveren van kwalitatief goede zorg	27%	73%	
Beschikbare tijd voor privéleven	51%	49%	

Tabel I.36: Tevredenheid van klinisch gerieters met verschillende werkaspecten

	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Neutraal	Enigszins tevreden	Zeer tevreden
Aantal gewone arbeidsuren	2%	17%	15%	30%	35%
Aantal diensturen	6%	14%	18%	28%	34%
Mogelijkheid werk en privé op elkaar af te stemmen	5%	23%	19%	38%	15%
Inhoud van mijn functie	1%	5%	6%	32%	56%
Mijn salaris	6%	11%	10%	38%	35%
Interne mogelijkheden om van baan te veranderen	8%	16%	54%	13%	9%
Mogelijkheid om opleidingen te volgen	1%	15%	17%	38%	29%
Secundaire arbeidsvoorwaarden	7%	13%	25%	31%	24%

Klinisch gerieters in opleiding

Ten opzichte van klinisch gerieters lijken de personen in opleiding iets minder tevreden over hun beschikbare tijd. Zo vindt 31% dat de beschikbare tijd voor privéleven voldoende is, tegenover 49% onder klinisch gerieters. Ook qua tevredenheid over de mogelijkheid om werk en privé op elkaar af te stemmen is men minder tevreden (23% is hier tevreden over versus 53% onder klinisch gerieters). Dit is mogelijk een verklaring voor de wens onder klinisch gerieters in opleiding om minder uren te werken.

Tabel I.37: Opvattingen van klinisch gerieters in opleiding over de beschikbare tijd voor verschillende werkaspecten

	Te weinig	Voldoende
Beschikbare tijd per patiënt	26%	74%
Beschikbare tijd voor het werk in zijn algemeenheid	39%	61%
Beschikbare tijd voor het leveren van kwalitatief goede zorg	34%	66%
Beschikbare tijd voor privéleven	69%	31%

Tabel I.38: Tevredenheid van klinisch gerieters in opleiding met verschillende werkaspecten

	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Neutraal	Enigszins tevreden	Zeer tevreden
Aantal gewone arbeidsuren		19%	18%	54%	9%
Aantal diensturen	7%	31%	31%	23%	8%
Mogelijkheid werk en privé op elkaar af te stemmen	6%	46%	25%	21%	2%
Inhoud van mijn functie		5%	16%	45%	35%
Mijn salaris	6%	7%	27%	47%	13%
Interne mogelijkheden om van baan te veranderen	7%	18%	64%	8%	2%
Mogelijkheid om opleidingen te volgen	2%	25%	30%	28%	14%
Secundaire arbeidsvoorwaarden	13%	28%	26%	32%	2%

Geografische spreiding van klinisch gerieters over Nederland

Een belangrijk thema voor de behoeftebepaling aan klinisch gerieters in Nederland is in welke mate deze behoefte voor Nederland als geheel opgaat of dat deze vooral op bepaalde regio's betrekking heeft. Om die reden wordt eerst ingegaan op de kwestie waar klinisch gerieters momenteel werkzaam zijn, en vervolgens hoe deze geografische locatie van invloed is op hun opvattingen over het bestaan van tekorten binnen de klinische geriatrie. Vanwege de anonimiteit van respondenten zijn antwoorden hierbij samengevat in 4 regio's, te weten Noord, Oost, Zuid en West. Hierbij is de volgende indeling gehanteerd:

- Noord: Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel en Flevoland
- Oost: Twente, Arnhem, Nijmegen en Stedendriehoek (Apeldoorn, Deventer en Zutphen)
- Zuid: Zeeland, Breda, Tilburg, Den Bosch, Eindhoven, Noord-Limburg en Zuid-Limburg
- West: Alkmaar, Kennemerland, Amsterdam, het Gooi, Utrecht, Leiden, Den Haag, Delft, Midden-Holland, Rijnmond en Dordrecht

Klinisch gerieters

Tabel I.39 en Tabel I.40 laten zien dat absoluut gezien de meeste klinisch gerieters in een grote of middelgrote stad werken en dat ze vooral in het westen van Nederland werken. Dit komt overeen met het feit dat daar ook de meeste instellingen gevestigd zijn. Overigens tellen de kolomtotalen soms op tot meer dan 122 gerieters, omdat sommige klinisch gerieters in een instelling werken met een adherentiegebied dat groter is dan één specifieke regio. In bijlage V wordt ingegaan op de relatie tussen deze verdeling van klinisch gerieters over Nederland en de verdeling van 65-plussers over het land.

Tabel I.39: Stedelijkheid van werklocatie naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Eén van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht)	11	10	2	23
Eén van de andere grote steden met meer dan 100.000 inwoners	10	38	2	50
Een middelgrote of kleine stad		42	8	50
Totaal	21	88	12	122

Tabel I.40: Regio-indeling van werklocatie naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Noord	2	12	1	16
Oost	8	17	2	27
Zuid		25	2	27
West	13	35	7	55
Totaal	21	88	12	122

Klinisch gerieters in opleiding

Bij klinisch gerieters in opleiding is met name de vraag interessant in welke gezondheidsregio's ze willen werken zodra ze klinisch geriater zijn. Dit geeft immers een beeld over toekomstige tekorten in bepaalde regio's. Om die reden wordt voor hen het volledige overzicht gepresenteerd van regio's waar ze liever wel of niet willen gaan werken (Tabel I.41). Bij één persoon die geen voorkeur heeft aangegeven, is ervan uitgegaan dat deze in alle gezondheidsregio's zou willen werken.

Het beeld komt naar voren dat de gewenste spreiding van klinisch gerieters in opleiding vrij groot is. Wel wil men het minst graag werken in regio's aan de randen van Nederland (Groningen, Friesland, Zeeland en Zuid-Limburg). Of men dergelijke wensen kan realiseren hangt uiteraard af van de marktsituatie zodra men begint met werken. Daarnaast is de benodigde fte aan klinisch gerieters in regio's aan de randen van Nederland mogelijk ook lager vanwege lagere bevolkingsaantallen.

Tabel I.41: Regiowensen van klinisch gerieters in opleiding voor toekomstige werklocaties

	Regio's waar men wel wil werken	Regio's waar men niet wil werken
Groningen	3	36
Friesland	4	33
Drenthe	6	28
Zwolle	6	17
Twente	9	21
Stedendriehoek (Apeldoorn, Deventer, Zutphen)	18	9
Arnhem	27	4
Nijmegen	28	8
Flevoland	8	13
Utrecht	25	4
Het Gooi	22	8
Alkmaar	20	16
Kennemerland	18	14
Amsterdam	28	19
Leiden	13	19
's-Gravenhage	9	20
Delft en Westland	9	16
Midden Holland	9	16
Rijnmond	11	19
Dordrecht	9	16
Zeeland	4	28
Breda	13	17
Tilburg	13	15
's-Hertogenbosch	22	13
Eindhoven	11	21
Noord-Limburg	12	29
Zuid-Limburg	7	33
Totaal	58	58

Tabel I.42: *Regiowensen van klinisch gerieters in opleiding voor toekomstige werklocaties*

	Regio's waar men wel wil werken	Regio's waar men niet wil werken
Noord	15	38
Oost	33	25
Zuid	26	40
West	40	32
Totaal	56	56

Opvattingen over het aantal klinisch gerieters in Nederland en de eigen gezondheidsregio

Aan zowel klinisch gerieters als klinisch gerieters in opleiding hoe ze de ontwikkelingen in het huidige vakgebied zien, deels gerelateerd aan andere specialismen. In onderstaande rapportage staan de meningen van werkzame klinisch gerieters centraal.

Verreweg de meeste klinisch gerieters zijn van mening dat het huidige aantal klinisch gerieters in Nederland te weinig is (Tabel I.43). Slechts een enkeling vindt het huidige aantal goed en niemand is van mening dat momenteel te veel klinisch gerieters werkzaam zijn. Verschillen in opvattingen tussen regio's zijn zeer klein.

Tabel I.43: *Opvattingen over aantal klinisch gerieters in Nederland*

	Mening over het huidige aantal klinisch gerieters binnen Nederland		
	Te weinig	Huidige aantal (ongeveer) goed	Geen mening
Noord	14		1
Oost	24	1	1
Zuid	26	1	
West	51		3
Totaal	113	2	3

Wanneer het gaat om het aantal klinisch gerieters in de eigen regio, blijken de meningen iets meer te verschillen (Tabel I.44). Nog steeds komt als algemeen beeld naar voren dat men het huidige aantal klinisch gerieters te weinig vindt, maar in de regio West is men iets vaker van mening dat het huidige aantal binnen de regio ongeveer goed is. Omdat meer personen de benodigde aantallen voldoende vinden voor de eigen regio dan voor Nederland als geheel (14 versus 2), wijst dit erop dat deze personen vinden dat in andere regio's dan waar zij werken het aantal klinisch gerieters dient te worden uitgebreid.

Tabel I.44: Opvattingen over aantal klinisch geriater in de eigen regio

	Mening over het huidige aantal klinisch geriater binnen de eigen gezondheidsregio		
	Te weinig	Huidige aantal (ongeveer) goed	Geen mening
Noord	15	1	
Oost	24	2	
Zuid	25	1	1
West	42	11	1
Totaal	102	14	2

Gevraagd naar de opvattingen over de spreiding van klinisch geriater over Nederland blijkt men redelijk op één lijn te zitten. Eén persoon heeft geen voorkeur, en slechts een enkeling is voorstander van een beperkter aantal instellingen in Nederland met een team van klinisch geriater. De meeste klinisch geriater (101 personen, oftewel 85%) zijn van mening dat in elke gezondheidsregio een klinisch geriater zou moeten werken. Van deze groep geeft de meerderheid de voorkeur aan minimaal één instelling in een gezondheidsregio met een team van klinisch geriater (60 personen), de overige klinisch geriater geven de voorkeur aan minimaal één klinisch geriater in elke instelling. Daarnaast geven 12 personen een ander antwoord dan de bovenstaande categorieën. Deze antwoorden zijn lastig onder één noemer samen te vatten. Sommigen willen dat in elke instelling een klinisch geriater werkt, maar dat daarnaast ook in één instelling per regio een team werkzaam is; anderen leggen bijvoorbeeld de nadruk op meer klinisch geriater in APZ/GGZ-instellingen.

Tabel I.45: Gewenste spreiding van klinisch geriater over Nederland

	Gewenste spreiding van het aantal klinisch geriater binnen Nederland				
	In elke instelling minimaal één	Minimaal één instelling per regio met een team	Beperkter aantal instellingen met een team	Geen voorkeur	Andere voorkeur
Noord	6	9	1		
Oost	9	14	1		2
Zuid	10	11			6
West	17	30	2	1	4
Totaal	41	60	5	1	12

Schattingen over het benodigde aantal klinisch geriater binnen de eigen regio

Mede gegeven het kleine vakgebied blijken de meeste klinisch geriater een goed beeld te hebben van het aantal collega's binnen hun eigen gezondheidsregio. Aan personen die een beeld hebben over het aantal klinisch geriater in hun regio is gevraagd hoeveel collega's in hun regio momenteel werken en hoeveel dit zouden moeten zijn om in de huidige vraag te kunnen voorzien. De verhouding tussen deze twee getallen geeft aan

hoeveel extra klinisch geriater per regio volgens specialisten zelf nodig zijn (zie Tabel I.47). Gemiddeld genomen is men van mening dat het aantal klinisch geriater met ongeveer een factor 1,8 zou moeten toenemen. In de regio Oost is deze uitbreidingsvraag relatief kleiner (1,4).

Tabel I.46: Beeld over het aantal klinisch geriater in de eigen regio

	Heeft u een beeld hoeveel klinisch geriater er ongeveer in uw eigen gezondheidsregio werken?	
	Nee	Ja
Noord	1	14
Oost	2	24
Zuid	2	25
West	5	51
Totaal	9	111

Tabel I.47: Verhouding gewenste en feitelijk aantal klinisch geriater in de eigen regio

	Verhouding nu gewenste en huidige feitelijke aantal klinisch geriater
Noord	1,9
Oost	1,4
Zuid	1,9
West	1,8
Totaal	1,8

Schattingen over het benodigde aantal klinisch geriater in relatie tot andere specialisten

Wanneer het gaat om het aantal overige specialisten dat in de eigen gezondheidsregio werkt, blijkt men veel minder het antwoord op deze vraag te weten. In totaal 52 personen geven aan geen beeld te hebben hoeveel andere medici gericht op ouderengeneeskunde in hun eigen gezondheidsregio werken. Van de personen die dit wel zeggen te weten, geeft in Tabel I.49 tot en met Tabel I.51 nog steeds een groot deel aan niet te weten om welke precieze aantallen het gaat.

Tabel I.48: *Beeld over het aantal overige medici ouderengeneeskunde in de eigen regio*

	Heeft u een beeld hoeveel overige medici gericht op ouderengeneeskunde er ongeveer in uw eigen gezondheidsregio werken?	
	Nee	Ja
Noord	11	3
Oost	12	12
Zuid	8	17
West	24	27
Totaal	52	59

Tabel I.49: *Geschatte aantal internisten gericht op ouderengeneeskunde in de eigen regio*

	Aantal internisten gericht op ouderengeneeskunde in de eigen regio		
	Geen idee	Geen internisten	1-5 internisten
Noord	14	1	1
Oost	16	9	2
Zuid	11	10	6
West	30	19	7
Totaal	66	39	16

Tabel I.50: *Geschatte aantal verpleeghuisartsen gericht op ouderengeneeskunde in de eigen regio*

	Aantal verpleeghuisartsen gericht op ouderengeneeskunde in de eigen regio				
	Geen idee	Geen verpleeghuisartsen	1-5 verpleeghuisartsen	6-10 verpleeghuisartsen	>=11 verpleeghuisartsen
Noord	12		2		1
Oost	16	1	1		10
Zuid	11	1	1	7	7
West	29	2	3	9	11
Totaal	65	5	8	16	28

Tabel I.51: *Geschatte aantal overige medici ouderengeneeskunde in de eigen regio*

	Aantal andere medici gericht op ouderengeneeskunde in de eigen regio			
	Geen idee	Geen anderen	1-5 anderen	6-10 anderen
Noord	12		3	
Oost	17		9	1
Zuid	10	1	15	1
West	32	7	14	2
Totaal	68	8	41	5

Schattingen over het benodigde aantal klinisch geriaters over 5 jaar

Vergeleken met de uitbreidingsverhouding die men momenteel wenselijk acht, is men gemiddeld van mening dat de uitbreidingscapaciteit over 5 jaar iets groter dient te zijn. In alle regio's verwacht men een sterkere behoefte aan klinisch geriaters over 5 jaar dan nu (Tabel I.52).

Tabel I.52: Verhouding tussen het over 5 jaar gewenste en huidige feitelijke aantal klinisch geriaters

Verhouding over 5 jaar gewenste en huidige feitelijke aantal klinisch geriaters	
Noord	2,1
Oost	1,8
Zuid	2,2
West	2,1
Totaal	2,0

Schattingen over het benodigde aantal klinisch geriaters in opleiding

Een kleine meerderheid van de klinisch geriaters is van mening dat het aantal assistenten in opleiding binnen Nederland op dit moment te weinig is. Wel heeft een groot deel van de klinisch geriaters geen mening over dit benodigde aantal assistenten in opleiding, mogelijk omdat ze zelf niet in een opleidingsinstituut werkzaam zijn.

Tabel I.53: Opvattingen over het aantal assistenten in opleiding klinische geriatrie binnen Nederland

	Wat vindt u van het huidige aantal assistenten in opleiding binnen Nederland?			
	Te weinig	Huidige aantal (ongeveer) goed	Te veel	Geen mening
Noord	5	2	1	7
Oost	18	2		7
Zuid	14	2		12
West	17	14	3	20
Totaal	54	21	5	41

Over het benodigde aantal klinisch geriaters in opleiding binnen de eigen regio blijkt men een duidelijk beter beeld te hebben: 23 personen hebben hierover geen mening tegenover 41 bij de vraag over Nederland als geheel. De meeste personen vinden het huidige aantal assistenten te weinig.

Tabel I.54: *Opvattingen over het aantal assistenten in opleiding klinische geriatrie binnen de eigen regio*

	Wat vindt u van het huidige aantal assistenten in opleiding binnen uw eigen gezondheidsregio('s)?			
	Te weinig	Huidige aantal (ongeveer) goed	Te veel	Geen mening
Noord	10	1		5
Oost	15	7		6
Zuid	21	3		3
West	24	15	1	13
Totaal	68	26	1	23

Wanneer het gaat om de vraag naar klinisch geriatrische zorg vindt slechts een enkeling dat de vraag hiernaar in de komende 5 jaar zal dalen. Iets meer mensen (maar nog steeds een kleine minderheid van 14 personen) vinden dat de vraag weliswaar zal stijgen, maar in mindere mate dan de afgelopen 5 jaar. De overige klinisch geriateren vinden dat de vraag over 5 jaar even sterk zal stijgen (37% van de respondenten), maar vooral dat deze nog sterker zal stijgen dan de afgelopen 5 jaar (49%).

Tabel I.55: *Verwachte ontwikkelingen in de vraag naar klinische geriatrie*

	Hoe ziet u de ontwikkelingen in de vraag naar klinisch geriatrische zorg in de komende 5 jaar, in vergelijking met de afgelopen 5 jaar?				
	Sterker stijgen	Ongeveer even sterk stijgen	Minder sterk stijgen	Zal dalen	Geen mening
Noord	4	8	3		
Oost	9	12	6		
Zuid	14	11	1		
West	30	14	6	2	1
Totaal	57	43	14	2	1

Redenen voor de veranderende vraag binnen 5 jaar

Klinisch geriateren kregen de volgende vraag voorgelegd: “In welke mate zullen de volgende aspecten volgens u in de komende 5 jaar de behoefte aan klinisch geriateren doen toe- of afnemen?” In totaal zijn 23 verschillende onderwerpen voorgelegd. In Tabel I.56 zijn deze gerangschikt weergegeven, met de onderwerpen met de sterkste invloed op de toename in de vraag als eerste weergegeven.

De belangrijkste reden voor de toenemende vraag is volgens klinisch geriateren de toenemende vergrijzing van de bevolking, gevolgd door meer casefinding in de eerste lijn en mondigheid van patiënten. Als mogelijke oorzaken voor een afname in de vraag naar klinische geriatrie worden budgetbeheersing en extramuralisering van verpleeghuisartsen het vaakst genoemd, hoewel dit nog steeds geldt voor een minderheid van de respondenten.

Tabel I.56: Factoren van invloed op de behoefte aan klinisch geriaters in de komende 5 jaar, naar de mening van klinisch geriaters

	Sterke afname	Afname	Onver- anderd	Toe- name	Sterke toe- name
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Vergrijzing van de bevolking		1	3	41	55
Meer casefinding eerste lijn		8	11	67	15
Mondigheid patiënten			23	59	18
Specifieke zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen		6	23	63	9
Kwaliteitsontwikkeling/controle			36	59	6
Etnische en sociale samenstelling patiëntenpopulatie			37	56	7
Multidisciplinaire behandelingen			37	59	4
Opleiding AGIO's		7	39	49	5
Managementparticipatie	1	1	48	48	2
Expertises			53	45	2
Second opinions	1		53	43	3
Na- en bijscholing		1	54	40	4
Veranderingen in behandelingstechnieken		2	53	40	4
Subspecialisering binnen de klinische geriatrie	1	1	54	38	6
Samenwerking c.q. verschuiving 1e/2e lijn	1	11	46	36	6
Protocollaire geneeskunde		7	53	37	3
Geriatrisering van orgaanspecialismen		18	44	28	10
Invoering normpraktijk		2	60	32	5
WGBO-problematiek			65	31	4
Juridische zaken			84	16	
Extramuralisering van verpleeghuisartsen	3	28	53	16	
Budgetbeheersing	6	31	49	12	2
Automatisering praktijkadministratie		7	79	13	1

Bijlage II: Resultaten vragenlijst afdelingen klinische geriatrie

Aan vertegenwoordigers van afdelingen klinische geriatrie is gevraagd om naast een vragenlijst over hun eigen werkzaamheden ook een vragenlijst in te vullen omtrent de gehele afdeling waarin ze werken. In totaal hebben 41 afdelingsvertegenwoordigers een ingevulde vragenlijst teruggestuurd, waarvan het grootste deel in een algemeen ziekenhuis werkt. Verder laat Tabel II.1 zien dat de meeste klinisch geriateren werken in een aparte afdeling (31 gevallen) of dat ze onderdeel vormen van een grotere afdeling, maar wel een eigen registratie over klinisch geriatrisch patiënten bijhouden (7 gevallen). Omdat de vragenlijst voor afdelingen gesplitst is in twee onderdelen (aparte of gezamenlijke registratie) hebben onderstaande resultaten alleen betrekking op afdelingen met een eigen registratie. Drie afdelingen zonder eigen registratie zijn hierbij buiten beschouwing gehouden, mede omdat bij slechts één van hen voldoende gegevens (onder andere over patiëntencontacten) beschikbaar zijn.

Tabel II.1: Afdelingen met klinisch geriateren naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Aparte afdeling	2	28	1	31
Onderdeel andere afdeling met eigen registratie	3	2	2	7
Onderdeel andere afdeling zonder eigen registratie			3	3
Totaal	5	30	6	41

Aantal klinisch geriateren en vacatures

Zoals blijkt uit Tabel II.2 hebben de onderzochte afdelingen betrekking op 74,5 fte aan klinisch geriateren. Gegeven het totale aantal fte van 97,4 in Nederland weerspiegelen deze afdelingen dus ongeveer 77% van het totale aanbod aan klinisch geriateren. Verder kan uit deze 74,5 fte verdeeld over 38 afdelingen worden afgeleid dat de gemiddelde bezetting per afdeling ongeveer 2 fte is. Ook wordt in de tabel ingegaan op het aantal vacatures dat momenteel bestaat. Het aantal vervangingsvacatures is relatief gering, terwijl de meeste vacatures (6,4 fte) bedoeld zijn ter uitbreiding van het huidige aanbod. Ten opzichte van het totaal aantal werkzame fte is er dus op dit moment een uitbreidingsvraag vanuit afdelingen van $6,4 / 74,5 = 9$ procent. Deze vraag is het grootst in academische ziekenhuizen (11%) en in de regio's Noord en Zuid (beiden 16%). Wel geldt hierbij dat de resultaten slechts betrekking hebben op drie APZ/GGZ-instellingen.

Tabel II.2: Aantal werkzame klinisch geriaters en aantal vacatures naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Aantal fte klinisch geriaters	12,3	59,6	2,7	74,5
Vacatures voor vervanging klinisch geriaters	0,0	2,2	0,0	2,2
Vacatures voor uitbreiding klinisch geriaters	1,4	5,0	0,0	6,4
Totaal aantal vacatures klinisch geriaters	1,4	7,2	0,0	8,6
Relatieve uitbreidingsvraag	11,4%	8,4%	0,0%	8,6%

Tabel II.3: Aantal werkzame klinisch geriaters en aantal vacatures naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Aantal fte klinisch geriaters	11,1	20,5	23,9	28,9	74,5
Vacatures voor vervanging klinisch geriaters	0,8	1,8	0,4	0,8	2,2
Vacatures voor uitbreiding klinisch geriaters	1,8	2,2	3,8	0,0	6,4
Totaal aantal vacatures klinisch geriaters	2,6	4,0	4,2	0,8	8,6
Relatieve uitbreidingsvraag	16,2%	10,7%	15,9%	0,0%	8,6%

Patiëntencontacten binnen de afdeling

Voor een beeld van de consumptie aan klinische geriatrie wordt hieronder ingegaan op de patiëntencontacten binnen afdelingen klinische geriatrie. Omdat in sommige instellingen meer klinisch geriaters werkzaam zijn, zijn de contacten gecorrigeerd voor het aantal fte per instelling. Binnen academische ziekenhuizen is het aantal eerste poliklinische consulten per jaar per fte 160, in algemene ziekenhuizen 194. Ook is in academische ziekenhuizen het aantal klinische en dagopnamen lager. Overigens hebben de gegevens voor APZ/GGZ-instellingen slechts betrekking op één instelling. Daarnaast zijn er duidelijke regioverschillen in aantal patiëntcontacten (Tabel II.5). Zo hebben instellingen in de regio Oost minder eerste poliklinische consulten en minder klinische opnamen per fte. De verstrekte gegevens kunnen ten dele worden geëxtrapoleerd naar de situatie voor Nederland als geheel. Zo zijn er in totaal ongeveer 181 eerste poliklinische consulten per jaar per fte. Omdat binnen Nederland in totaal 97,4 fte aan klinisch geriaters werkzaam is, kan op basis hiervan worden geschat dat het totale aantal eerste poliklinische contacten ongeveer 17.630 bedraagt ($97,4 * 181$). Op basis van Vektis-cijfers bleek het aantal EPB's in 2002 14.627 (zie hoofdstuk 3), hetgeen erop lijkt te wijzen dat de klinisch geriatrische consumptie, in termen van eerste poliklinische contacten, de afgelopen twee jaar gestegen is met ongeveer 21%.

Tabel II.4: Patiëntencontacten in 2003 per fte naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Aantal eerste poliklinische consulten per fte	160,2	194,2	9,3	181,0
Aantal herhaalconsulten per fte	376,0	336,3	74,1	332,5
Aantal klinische opnamen per fte	37,6	75,3	105,9	70,0
Aantal nieuwe dagopnamen per fte	58,5	71,3	0,0	66,3
Aantal bekende dagopnamen per fte	35,5	42,7	0,0	39,8

Tabel II.5: Patiëntencontacten per fte naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Aantal eerste poliklinische consulten per fte	200,0	145,8	176,0	183,9	181,0
Aantal herhaalconsulten per fte	219,6	276,1	384,3	335,5	332,5
Aantal klinische opnamen per fte	74,4	49,8	62,7	78,7	70,0
Aantal nieuwe dagopnamen per fte	57,8	67,8	52,6	80,6	66,3
Aantal bekende dagopnamen per fte	36,9	31,6	30,4	56,5	39,8

Gemiddelde wachttijd van patiënten binnen de afdeling

Een gerelateerde kwestie is de gemiddelde wachttijd van patiënten per instelling en regio, hetgeen een beeld geeft in hoeverre het tekort aan klinisch geriateren ziekenhuis- en regio-specifiek is. In Tabel II.6 zijn wachttijden weergegeven per type instelling en gewogen voor het aantal patiënten per instelling. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat in de ene instelling 100 patiënten 2 weken wachttijd hebben, en in een andere instelling 50 patiënten 4 weken. De gemiddelde wachttijd voor eerste poliklinische consulten is het hoogst in algemene ziekenhuizen. De wachttijd voor dagopname is in academische en algemene ziekenhuizen nagenoeg gelijk (Tabel II.6). Uitgesplitst naar regio's is de wachttijd voor eerste poliklinische consulten het hoogst in afdelingen in de regio Noord. Voor dag- en klinische opnames is de wachttijd het hoogst in de regio's Oost en West.

Tabel II.6: Gemiddelde wachttijd in 2003 voor patiënten naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Gem. wachttijd eerste poliklin. consult in weken	3,9	4,8	4,0	4,7
Gem. wachttijd dagopname in weken	2,8	3,1		3,0
Gem. wachttijd klinische opname in weken	2,0	0,8	1,9	1,0

Tabel II.7: Gemiddelde wachttijd in 2003 voor patiënten naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Gemiddelde wachttijd eerste poliklinisch consult in weken	5,9	6,9	4,5	4,5	4,7
Gemiddelde wachttijd dagopname in weken	2,7	2,8	3,7	3,2	3,0
Gemiddelde wachttijd klinische opname in weken	0,7	1,0	0,9	1,3	1,0

Verwachte aantal vacatures klinische geriatrie

Een laatste thema binnen de afdelingsvragenlijst is de verwachte uitbreidingsvraag voor de toekomst. Hiertoe is de vraag gesteld of, en zo ja met hoeveel fte het aantal klinisch geriaters in een instelling binnen de komende 5 tot 10 jaar dient te veranderen. In totaal verwacht men de komende jaren met 43,2 fte te kunnen uitbreiden (Tabel II.8). Op het totaal van 74,5 fte is dit dus een uitbreidingsvraag van 58%. Deze uitbreidingsvraag is het sterkst in algemene ziekenhuizen (36,2 fte).

Aangezien sommige afdelingen aangeven hun formatie binnen het komende jaar te willen uitbreiden terwijl anderen dit pas binnen 10 jaar verwachten, is voor dit verschil in periode gecorrigeerd. Hiertoe is de verwachte uitbreidingsvraag voor het komende jaar uitgerekend. Afdelingen waarvan de fte-uitbreiding betrekking heeft op het komende jaar tellen hierbij volledig mee; bij afdelingen waarbij bijvoorbeeld 2 fte in de komende 4 jaar dient te worden uitgebreid tellen mee voor $2 / 4 = 0,5$ fte. Om dit doel van 2 fte binnen 4 jaar te bereiken dienen ze immers gemiddeld elk jaar met 0,5 fte te groeien. Op basis van deze herberekening blijkt binnen het komende jaar plaats te zijn voor 16,7 extra fte, hetgeen gelijk is aan een uitbreidingswens van ongeveer 22%. De uitbreidingsvraag is het sterkst in de regio's Zuid en West, zowel wat betreft de totale vraag als de vraag voor het komend jaar (Tabel II.9).

Tabel II.8: Totale gewenste uitbreiding aan fte naar type instelling

	Type instelling			Totaal
	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	
Uitbreiding fte klin. geriaters binnen 5 tot 10 jr.	4,5	36,2	2,5	43,2
Uitbreiding fte klin. geriaters voor het komend jaar	2,4	13,4	0,9	16,7
Relatieve uitbreidingsvraag voor het komend jaar	19,4%	22,5%	34,1%	22,4%

Tabel II.9: Totale gewenste uitbreiding aan fte naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Uitbreiding fte klinisch gerieters binnen 5 tot 10 jr.	6,6	10,4	15,3	14,4	43,2
Uitbreiding fte klinisch gerieters voor het komend jaar	1,9	4,0	4,9	6,2	16,7
Relatieve uitbreidingsvraag voor het komend jaar	17,1%	19,4%	20,3%	21,6%	22,4%

Bijlage III: Resultaten vragenlijst ziekenhuizen

De laatste vragenlijst binnen het onderzoek klinische geriatrie is gericht aan alle ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen in Nederland. Om een beeld te vormen van de vraag naar klinisch geriaters is aan vertegenwoordigers op het niveau van de medische directie of raad van bestuur de vraag gesteld hoeveel klinisch geriaters ze verwachten aan te stellen en wat de knelpunten zijn die ze daarbij ervaren. In totaal zijn 131 instellingen aangeschreven, waarvan 111 een vragenlijst hebben teruggestuurd. In totaal hebben alle 8 academische ziekenhuizen een vragenlijst teruggestuurd, 69 algemene ziekenhuizen en 34 APZ/GGZ-instellingen. De meeste van deze instellingen zijn gevestigd in het westen van Nederland (Tabel III.1). Overigens is van 7 instellingen niet bekend in welke regio ze gevestigd zijn.

Tabel III.1: Verdeling zorginstellingen naar type en regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Academisch ziekenhuis	1	1	1	5	8
Algemeen ziekenhuis	16	6	16	25	69
APZ/GGZ-instelling	6	4	7	16	34
Totaal	23	11	24	46	111

Vragenlijsten zijn teruggestuurd door zowel zorginstellingen met en zonder klinisch geriaters (Tabel III.2). In de meeste academische ziekenhuizen is reeds een klinisch geriater werkzaam, evenals in iets meer dan de helft van de algemene ziekenhuizen. Van de APZ/GGZ-instellingen heeft de meerderheid (ongeveer 65%) nog geen klinisch geriater in dienst. Wel is het uiteraard mogelijk dat een deel van deze instellingen al met een ziekenhuis in hun omgeving samenwerkt om in de vraag naar klinische geriatrie te voorzien.

N.B. Het aantal ziekenhuizen waarbij een klinisch geriater werkt is groter dan het aantal afdelingen klinische geriatrie (60 instellingen ten opzichte van 50 afdelingen), mogelijk omdat een aantal klinisch geriaters naast hun vaste dienstverband bij een bepaalde instelling ook een deel van hun tijd bij overige instellingen werkzaam is.

Tabel III.2: Aanwezigheid van klinisch geriaters naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	Totaal
Momenteel geen klinisch geriaters werkzaam	1	27	22	50
Momenteel wel klinisch geriaters werkzaam	7	41	12	60
Totaal	8	68	34	110

Tabel III.3: Aanwezigheid van klinisch geriaters naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Momenteel geen klinisch geriaters werkzaam	12	3	8	24	50
Momenteel wel klinisch geriaters werkzaam	10	8	16	22	60
Totaal	22	11	24	46	110

Huidige wensen

Om een beeld te vormen van de vraag naar extra klinisch geriaters is gevraagd of men inmiddels klinisch geriaters in dienst heeft (en hoeveel fte), en hoeveel klinisch geriaters en fte men op dit moment in dienst zou willen hebben. Het verschil tussen beide vragen geeft aan wat op dit moment de onvervulde vraag is aan de kant van zorginstellingen. Vier van de instellingen willen graag een inperking van het huidig aantal fte's klinische geriatrie (III.4). Daarnaast geven 41 instellingen aan dat het huidige aantal fte's volstaat. Vanwege herkenbaarheid worden deze resultaten verder niet besproken per type instelling of regio, en worden hier alleen de instellingen met een uitbreidingswens getoond. In het totaal aantal fte uitbreiding per type instelling zijn deze overige instellingen wel verwerkt. Op dit moment willen 63 instellingen graag een groter aantal fte's aanstellen, met name binnen algemene ziekenhuizen. Onderaan Tabel III.4 is eveneens weergegeven met hoeveel fte men in totaal zou willen uitbreiden. Binnen academische ziekenhuizen is op dit moment gemiddeld geen vraag naar extra fte, binnen algemene ziekenhuizen 34 fte en binnen APZ/GGZ-instellingen 8 fte.

Tabel III.4: Huidige gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriaters	5	41	17	63
Totaal gewenste uitbreiding in fte	0,0	34,1	7,9	42,0
Totaal	8	67	33	108

Tussen regio's bestaan duidelijke verschillen in de behoefte aan fte-uitbreiding (Tabel III.5). In de regio Oost willen relatief de meeste instellingen het aantal fte klinische geriatrie uitbreiden, gevolgd door de regio Noord. In het westen en zuiden wil iets meer dan de helft van de instellingen meer fte's. In totaal aantal fte's gerekend blijkt de behoefte aan uitbreiding het grootst in het westen (18 fte), aangezien hier ook de meeste instellingen gevestigd zijn.³

³ Overigens is van 7 instellingen onbekend in welke regio zij gevestigd zijn. Het totale aantal fte's voor de regio's opgeteld wijkt dan ook af van het totaal voor alle instellingen samen.

Tabel III.5: *Huidige gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie naar regio*

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriater	14	8	13	24	63
Totaal gewenste uitbreiding in fte	7,0	5,7	10,2	17,5	42,0
Totaal	22	11	23	45	108

Een derde onderscheid tussen instellingen kan gemaakt worden op basis van de aanwezigheid van klinisch geriater (Tabel III.6). Van de 50 instellingen waar nog geen klinisch geriater werkt, willen 28 instellingen graag klinisch geriater in dienst nemen (56%). In totaal zien ze ruimte voor ongeveer 20 fte. Van instellingen waar al een klinisch geriater werkt, wil 60% graag (extra) klinisch geriater in dienst nemen, en in totaal voor 22 fte.

Voor een beeld van nieuw op te richten afdelingen klinische geriatrie worden de instellingen zonder klinisch geriater hier nader besproken. In verband met herkenbaarheid worden de precieze aantallen per categorie niet genoemd. Ruim de helft van alle algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen zonder klinisch geriater zouden op dit moment klinisch geriater in dienst willen nemen. Per regio bekeken komt deze verdeling min of meer overeen met de verdeling van alle instellingen met een uitbreidingswens (tabel III.5).

Tabel III.6: *Huidige gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie naar aanwezigheid van klinisch geriater*

	Momenteel geen klinisch geriater werkzaam	Momenteel wel klinisch geriater werkzaam	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriater	28	35	63
Totaal gewenste uitbreiding in fte	19,8	22,2	42,0
Totaal	50	58	108

Samenvattend over alle instellingen heen blijkt op dit moment 42 extra fte aan klinisch geriater te kunnen worden aangesteld. Uitgaande van gemiddeld 0,85 fte per klinisch geriater betekent dit een extra vraag naar 49 klinisch geriater. Dit geldt uiteraard alleen voor de instellingen die op dit moment een vragenlijst hebben teruggestuurd. Het is mogelijk dat instellingen die niet gerepondeerd hebben ook een uitbreidingsvraag hebben, waardoor dit totaal hoger zou uitpakken. Tegelijkertijd bestaat de kans dat instellingen die niet gereageerd hebben dit mede hebben gedaan omdat ze het onderwerp niet voor hun instelling van toepassing vinden, bijvoorbeeld omdat ze geen uitbreidingsvraag verwachten. Om die reden wordt hier alleen uitgegaan van de cijfers voor instellingen waarvan gegevens bekend zijn. De uitbreiding van 42 fte weerspiegelt in die zin een minimale uitbreidingsvraag op dit moment. Een tweede opmerking die bij deze bevinding moet worden geplaatst is dat niet zeker is dat alle 42 fte ook daadwerkelijk aangesteld kunnen worden. Zo is het werkelijke aantal vacatures op dit moment be-

duidend lager (8,6 fte op basis van de afdelingsvragenlijst). Instellingen worden blijkbaar geconfronteerd met belemmeringen om op dit moment vacatures voor extra klinisch geriateren aan te stellen.

Redenen voor een huidig tekort aan klinisch geriateren

Voor een beeld van de ervaren belemmeringen is gevraagd om welke redenen momenteel minder klinisch geriateren werkzaam zijn dan gewenst. Voor 41 instellingen is de vraag niet van toepassing, 31 instellingen noemen budgettaire restricties en een tekort aan klinisch geriateren wordt 10 keer genoemd. De meeste respondenten (37 personen) geven echter andere redenen op, deels in combinatie met budgettaire restricties. Deze andere redenen zijn lastig onder één noemer te brengen. Sommigen geven aan dat ze bezig zijn met het opstarten van het specialisme klinische geriatrie, anderen hebben geen erkenning om een klinisch geriater aan te stellen, en weer anderen noemen verdeeldheid binnen de medische staf als voornaamste reden.

Tabel III.7: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriateren naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ- instelling	Totaal
Niet van toepassing	2	25	14	41
Budgettaire restricties	3	21	7	31
Tekort aan klinisch geriateren	1	5	4	10
Andere reden(en)	2	23	12	37
Totaal	8	68	34	110

Tabel III.8: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriateren naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Niet van toepassing	7	3	9	16	41
Budgettaire restricties	7	4	5	15	31
Tekort aan klinisch geriateren	3	2	3	2	10
Andere reden(en)	7	3	8	18	37
Totaal	22	11	24	46	110

Tabel III.9: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriater na aanwezigheid van een klinisch geriater

	Momenteel geen klinisch geriater werkzaam	Momenteel wel klinisch geriater werkzaam	Totaal
Niet van toepassing	19	22	41
Budgettaire restricties	10	21	31
Tekort aan klinisch geriater	6	4	10
Andere reden(en)	19	18	37
Totaal	50	60	110

Toekomstwensen

Naast de huidige vraag naar klinisch geriater is het van belang te bepalen wat de toekomstverwachting is omtrent klinische geriatrie. Hiertoe is de vraag gesteld hoeveel klinisch geriater (en hoeveel fte) over ongeveer 5 jaar idealiter in de instellingen werkzaam zijn. Uiteraard zijn dergelijke toekomstinschattingen met meer onzekerheid omgeven dan inschattingen over de huidige situatie, deels omdat deze antwoorden afhangen van toekomstige ontwikkelingen in nabijgelegen instellingen. Als bijvoorbeeld twee instellingen in een stad geen klinisch geriater in dienst hebben, en beiden verwachten dat ongeveer 2 fte nodig is, dan bestaat het risico dat de totale behoefte aan klinisch geriater wordt overschat (4 fte). De kans op dergelijke vertekeningen is echter geringer, omdat per instelling personen op centraal bestuurlijk niveau zijn geënquêteerd die naar verwachting een goed beeld hebben van de situatie en ontwikkelingen in nabijgelegen instellingen. In die zin zijn dergelijke opvattingen over de toekomst inzichtelijk, omdat ze een mogelijk groeiscenario kunnen weerspiegelen.

De gewenste uitbreiding aan fte's is ook in deze paragraaf gekoppeld aan de huidige feitelijke situatie. Ook zijn hierbij vanwege herkenbaarheid de resultaten niet weergegeven voor instellingen die hun fte-bezetting willen terugbrengen of gelijk houden. In het totaal aantal fte uitbreiding zijn deze instellingen wel verwerkt. Tabel III.10 laat zien dat de meerderheid van instellingen een uitbreiding wenst van het aantal klinisch geriater over 5 jaar. Dit geldt voor alle typen ziekenhuizen, voor alle regio's en voor instellingen met of zonder een klinisch geriater. In totaal voorziet men een uitbreidingsvraag over 5 jaar van ongeveer 96 fte. Uitgaande van gemiddeld 0,85 fte per klinisch geriater betekent dit een extra vraag naar zo'n 113 klinisch geriater. In absolute termen bezien is de uitbreidingsvraag naar klinisch geriater het grootst binnen algemene ziekenhuizen: daar verwacht men over 5 jaar extra ruimte voor ongeveer 76 fte.

Tabel III.10: Gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ-instelling	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriater	5	51	23	79
Totaal gewenste uitbreiding in fte	4,9	75,5	15,8	96,1
Totaal	8	62	31	102

Tabel III.11: Gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriater	18	9	18	28	79
Totaal gewenste uitbreiding in fte	16,0	16,8	25,9	33,6	96,1
Totaal	21	10	20	43	102

Tabel III.12: Gewenste verandering in aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar aanwezigheid van klinisch geriater

	Momenteel geen klinisch geriater werkzaam	Momenteel wel klinisch geriater werkzaam	Totaal
Wil uitbreiding fte klinisch geriater	33	46	79
Totaal gewenste uitbreiding in fte	40,9	55,3	96,1
Totaal	47	54	101

Toekomstverwachtingen

Een laatste kwestie is hoe realistisch vertegenwoordigers zelf hun ideale inschatting vinden. Hiertoe is gevraagd hoeveel fte aan klinisch geriater men *feitelijk* over 5 jaar verwacht. Het verschil tussen deze en de gewenste situatie geeft aan of men een tekort verwacht, en zo ja, hoe groot dat tekort is. Tabel III.13 laat zien dat academische ziekenhuizen geen tekort aan klinisch geriater verwachten, dit in tegenstelling tot algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen. In totaal verwacht ongeveer eenderde van de instellingen dat over 5 jaar minder klinisch geriater in hun instelling werken dan gewenst, en ongeveer tweederde verwacht dat over 5 jaar geen problemen te voorzien zijn. Slechts twee instellingen verwachten dat over 5 jaar meer fte aan klinisch geriater werkzaam zal zijn dan gewenst. Vanwege herkenbaarheid zijn in onderstaande tabellen alleen instellingen weergegeven die een tekort aan klinisch geriater verwachten. Instellingen die geen tekort of een overschot verwachten zijn wel in het totaal aantal fte verwerkt. De totale verschillen tussen feitelijk en gewenst aantal fte opgeteld, verwacht men over 5 jaar een tekort van ongeveer 30 fte, waarvan het grootste deel binnen algemene ziekenhuizen.

Tabel III.13: Verwachte tekort of overschot aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ- instelling	Totaal
Verwacht tekort aan klinisch gerieters		26	9	35
Totale verschil tussen gewenste en verwachte uitbreiding in fte	1,0	-25,5	-5,6	-30,1
Totaal	7	57	31	105

Tabel III.14: Verwachte tekort of overschot aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Verwacht tekort aan klinisch gerieters	9	3	8	14	35
Totale verschil tussen gewenste en verwachte uitbreiding in fte	-6,3	-2,9	-9,3	-11,2	-30,1
Totaal	21	7	19	42	105

Tabel III.15: Verwachte tekort of overschot aantal fte klinische geriatrie over 5 jaar naar aanwezigheid van klinisch gerieters

	Momenteel geen klinisch gerieters	Momenteel wel klinisch gerieters	Totaal
Verwacht tekort aan klinisch gerieters	16	19	35
Totale verschil tussen gewenste en verwachte uitbreiding in fte	-13,3	-16,9	-30,1
Totaal	43	52	95

Redenen voor een tekort aan klinisch gerieters over 5 jaar

Evenals voor de huidige situatie het geval was, is aan vertegenwoordigers gevraagd om welke redenen over 5 jaar minder klinisch gerieters werkzaam zijn dan gewenst. Het vaakst worden budgettaire restricties genoemd (29 keer), gevolgd door andere redenen (16 keer) en een tekort aan klinisch gerieters (14 keer). Opvallend is dat andere redenen veel minder vaak genoemd worden dan voor het huidige situatie het geval is. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk dat men veel beter voor de huidige situatie precieze knelpunten kan inschatten dan voor de verdere toekomst.

Tabel III.16: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriaters over 5 jaar naar type instelling

	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	APZ/GGZ- instelling	Totaal
Niet van toepassing	4	32	16	52
Budgettaire restricties	1	19	9	29
Tekort aan klinisch geriaters		11	3	14
Andere reden(en)	3	6	7	16
Totaal	8	68	34	110

Tabel III.17: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriaters over 5 jaar naar regio

	Noord	Oost	Zuid	West	Totaal
Niet van toepassing	9	3	12	22	52
Budgettaire restricties	5	7	5	11	29
Tekort aan klinisch geriaters	5	1	4	3	14
Andere reden(en)	4		2	10	16
Totaal	22	11	23	46	110

Tabel III.18: Opgegeven redenen voor een tekort aan klinisch geriaters over 5 jaar naar aanwezigheid van een klinisch geriater

	Momenteel geen klinisch geriaters werkzaam	Momenteel wel klinisch geriaters werkzaam	Totaal
Niet van toepassing	23	29	52
Budgettaire restricties	11	18	29
Tekort aan klinisch geriaters	6	8	14
Andere reden(en)	10	6	16
Totaal	50	60	110

Bijlage IV: Analyse LINH-gegevens

Inleiding

Voor de behoefte-raming is gekeken naar wat er bekend is over patiënten die naar klinisch geriateren verwezen zijn door huisartsen. Daarbij is ook gekeken of er vergelijkbare patiënten zijn die niet naar de geriater zijn verwezen, maar bijvoorbeeld verwezen zijn naar een internist.

In het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) worden alle gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) van ongeveer 100 huisartspraktijken verzameld. Het gaat dan onder andere om gegevens over de contacten die patiënten hebben met de huisarts en de eventuele doorverwijzingen van deze patiënten. Er zijn gegevens geanalyseerd over de periode 2001, 2002 en 2003. Omdat de deelname aan LINH per praktijk per jaar kan verschillen, zijn er in totaal 124 praktijken die in één of meerdere van deze jaren hebben geparticipeerd.

Resultaten

Aantallen

In de database met verwijzingen zijn 507 patiënten aangetroffen die gedurende één van de drie onderzoeksjaren zijn verwezen naar een klinisch geriater. Ten opzichte van het aantal 65-plussers per praktijk per jaar, komt dit neer op 3,6 verwijzingen naar een klinische geriater per 1.000 65-plussers. Daarbij geldt dat in ongeveer eenderde van de praktijken geen enkele verwijzing naar een geriater heeft plaatsgevonden. In ongeveer de helft van de praktijken is er sprake van een verwijscoëfficiënt naar de klinisch geriater van ergens tussen 1 en 10 patiënten per 1.000 65-plussers. In 15% van de praktijken wordt ergens tussen 11 en 25 keer per jaar iemand verwezen naar een geriater per 1.000 65-plussers.

Het gemiddelde aantal 65-plussers per praktijk is overigens ongeveer 525. Per praktijk worden dus gemiddeld maar 1,8 patiënten naar een klinisch geriater verwezen (de helft van 3,6). Omdat er gemiddeld 1,8 huisartsen werken per praktijk, is het gemiddelde aantal verwijzingen per huisarts slechts 1 per jaar. Daarbij geldt dus dat ongeveer eenderde van de huisartsen feitelijk nooit iemand naar een geriater verwijst. Degenen die wel minimaal één keer per jaar iemand verwijzen, doen dat gemiddeld 1,5 keer per jaar.

Voor geheel Nederland zou een verwijscoëfficiënt van 3,6 per 1.000 65-plussers betekenen dat er ongeveer 8.000 verwijzingen per jaar zijn. Als de huisartsen die nu nooit iemand verwijzen, net zo vaak zouden gaan verwijzen als degenen die wel verwijzen, dan zou het aantal verwijzingen per jaar oplopen tot 12.000. Het aantal patiënten dat naar een klinisch geriater verwezen wordt, zou dan dus 50% hoger komen te liggen.

Een dergelijke redenering kan gebruikt worden in de behoefte-raming. Het gaat dan in feite om een schatting van de onvervulde vraag.

Leeftijd en geslacht

Van alle naar klinisch geriater verwezen patiënten is 70% vrouw. Het aandeel vrouwen blijkt overigens enigszins te verschillen tussen de leeftijdsklassen. In de groep van 65-75 jaar is het ongeveer 70%, maar in de groep van 75-79 jaar is het maar 61%, terwijl het in de groep van 80-89 jaar ongeveer 79% bedraagt.

Iets meer dan 50% van de verwezen patiënten blijkt 75-84 jaar oud te zijn. Een kwart blijkt 85 jaar of ouder te zijn en eveneens een kwart is jonger dan 75 jaar.

Tabel IV.1: Persoonsgegevens van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten

	Aantal patiënten			Aandeel vrouwen	Leeftijdverdeling		
	mannen	vrouwen	totaal		mannen	vrouwen	totaal
< 65 jaar	12	9	21	43%	8%	3%	4%
65-69 jaar	9	23	32	72%	6%	6%	6%
70-74 jaar	21	45	66	68%	14%	13%	13%
75-79 jaar	49	77	126	61%	32%	22%	25%
80-84 jaar	30	103	133	78%	20%	29%	26%
85-89 jaar	19	74	93	80%	12%	21%	18%
>=90 jaar	13	23	36	64%	8%	6%	7%
Totaal	153	354	507	70%	100%	100%	100%

Als de LINH-gegevens over de leeftijdverdeling van de naar een geriater verwezen patiënten worden gerelateerd aan landelijke bevolkingscijfers, dan kan allereerst een beeld worden geschetst van de landelijke aantallen verwijzingen per leeftijdsgroep. Voor het jaar 2003 zou het gaan om bijvoorbeeld ongeveer 2.000 verwijzingen van patiënten met een leeftijd van 75-79 jaar. Ten opzichte van het totaal aantal inwoners in die leeftijdsgroep (454.000), gaat het dan om 4,4 verwijzingen per 1.000 inwoners.

Op basis van de bevolkingsprognose van het CBS, is in de tabel aangegeven wat de groei zal zijn in het totaal aantal inwoners per leeftijdsgroep. Als het verwijzingspatroon van de huisartsen niet verandert, dan betekent het een en ander dat er straks 9.765 verwijzingen zullen zijn. Dat is een groei van 22% ten opzichte van de 8.000 verwijzingen in 2003. Puur op basis van demografische ontwikkelingen in de bevolking mag dus op een groei van 22% in de vraag naar geriatrie worden gerekend tussen 2003 en 2015.

Tabel IV.2: Schatting huidige landelijke aantallen door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten en de te verwachten demografische ontwikkeling tot 2015

	2003			% groei van de bevolking	2015		
	Aantal inwoners	Aantal ver-wijzingen per 1.000	Ver-wijzingen per 1.000		Aantal inwoners	Aantal ver-wijzingen per 1.000	Ver-wijzingen per 1.000
60-65 jaar	773.000	323	0,4	35%	1.045.000	437	0,4
65-69 jaar	650.000	485	0,7	55%	1.005.000	750	0,7
70-74 jaar	572.000	1.050	1,8	22%	698.000	1.281	1,8
75-79 jaar	454.000	2.020	4,4	12%	511.000	2.270	4,4
80-84 jaar	312.000	2.101	6,7	15%	359.000	2.413	6,7
85-89 jaar	161.000	1.455	9,0	26%	203.000	1.837	9,0
>=90 jaar	74.000	566	7,6	37%	102.000	777	7,6
Totaal	2.997.000	8.000	2,7	31%	3.922.000	9.765	2,5

Diagnosegegevens

Van de 507 door de huisartsen naar klinisch geriater doorverwezen patiënten staan hieronder de diagnosegegevens vermeld in termen van de zogeheten ICPC-hoofdstukken. Voor het onderzoek kon ook gekeken worden naar alle detailgegevens per specifieke ICPC-code. De International Classification of Primary Care (ICPC) is de standaard-codering die in de huisartsenzorg gebruikt wordt om zowel de door de patiënt gepresenteerde klachten als de door de huisarts vastgestelde werk- en einddiagnoses te coderen.

In de volgende tabel is ten eerste aangegeven hoeveel van de verwijsdiagnoses tot een bepaald ICPC-hoofdstuk behoren. De grootste aantallen zijn te zien bij psychische problemen (217 van de 507, oftewel 43%) en bij algemene problemen (109 van de 507, oftewel 21%). Iets meer dan eenderde (36%) is verwezen naar een geriater op basis van een ander soort diagnose, waaronder klachten van het hart of vaatstelsel (6%), het bewegingsapparaat (6%) of het zenuwstelsel (5%).

Het blijkt dat er in feite vooral 4 specifieke psychiatrische codes en 4 specifieke algemene codes voorkomen bij de naar de geriater verwezen patiënten. Het gaat dan enerzijds om:

- "P20 Geheugen-, concentratie- en oriëntatiestoornissen" (83 van de 507),
- "P70 Seniele dementie/Alzheimer" (68 van de 507),
- "P76 Depressie" (15 van de 507) en
- "P29 Andere psychische symptomen/klachten" (10 van de 507)

en anderzijds om:

- "A04 Moeheid/zwakte" (48 van de 507),
- "A05 Algemene achteruitgang" (31 van de 507),
- "A29 Andere algemene symptomen/klachten" (12 van de 507) en
- "A06 Flauwvallen/syncope" (10 van de 507).

In de onderstaande tabel is op de tweede plaats aangegeven welke diagnoses zijn gesteld in de direct aan de verwijzing voorafgaande contacten tussen de huisarts en de doorverwezen patiënten, mits dit contact maximaal een half jaar voor de doorverwijzing heeft plaatsgevonden. Daarbij geldt overigens dat "slechts" van 428 van de 507 doorverwezen

patiënten minimaal één contact in het half jaar daarvoor heeft plaatsgevonden. In het direct voorafgaande contact is wederom te zien dat de meeste diagnoses betrekking hebben op psychische of algemene problematiek. Maar de diagnoses zijn nu wat minder sterk geconcentreerd in deze twee ICPC-hoofdstukken. Dit geldt ook voor de contacten die daarvoor nog tot stand zijn gekomen. De 265 mensen die (minimaal) 5 contacten hebben gehad in het half jaar voorafgaand aan de verwijzing, hebben in dit “vijfde voorafgaande” contact zelfs vrijwel even vaak klachten van het bewegingsapparaat gepresenteerd als psychische klachten, namelijk 35 versus 36 keer.

Op de derde plaats zijn gegevens opgenomen over de diagnoses die zijn gesteld voor eerdere verwijzingen. De 507 naar een geriater doorverwezen patiënten blijken in 177 gevallen in het half jaar voorafgaand aan deze verwijzing ook nog een of meerdere andere verwijzingen te hebben gehad naar de eerste of tweede lijnsgezondheidszorg. In het merendeel van deze eerdere verwijzingen ging het om klachten van het bewegingsapparaat.

Tabel IV.3: Diagnosegegevens van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten: absolute aantallen

	Verwijs- diagnose	Eerdere deelcontactdiagnoses					Eerdere verwijsdiagnoses				
		nr. 1	nr. 2	nr. 3	nr. 4	nr. 5	nr. 1	nr. 2	nr. 3	nr. 4	nr. 5
Niet ingevuld	33	33	30	21	24	20	22	8	7	6	3
10 A algemeen	109	60	42	32	31	30	10	4	1		
11 B bloed	10	5	7	2	4	1	4	1	1	1	
12 D spijsvertering	20	20	25	12	21	23	5	3	2		1
13 F oog	1	2		6	4	2	12	3	1		
14 H oor	2	6	8	6	7	3	2	3			
15 K hart/vaat	31	45	43	39	27	31	12	5	1		
16 L bewegingsapparaat	29	36	55	48	44	35	44	20	7		
17 N zenuwstelsel	26	21	20	20	16	12	13	1			1
18 P psychische problemen	217	101	67	42	38	36	19	6		1	
19 R ademhalingsorganen	12	27	24	21	13	17	7	1			
20 S huid en subcutis	2	18	27	22	15	25	13	2		1	
21 T endocrien klieren/metabolisme/ voeding	6	18	20	26	30	15	8	3	1	1	1
22 U urinewegen	5	23	14	24	18	9	3	2			
24 X geslachtsorganen vrouw		4	1	2	1	2	1	1			
25 Y geslachtsorganen man	1	2	1	2	2	2					
26 Z sociale problemen	3	7	3	5	1	2	2				
Totaal	507	428	387	330	296	265	177	63	21	10	6

Tabel IV.4: Diagnosegegevens van door huisartsen naar klinisch geriaters verwezen patiënten: relatieve aandeel

	Verwijs- diagnose	Eerdere deelcontactdiagnoses					Eerdere verwijfsdiagnoses				
		nr. 1	nr. 2	nr. 3	nr. 4	nr. 5	nr. 1	nr. 2	nr. 3	nr. 4	nr. 5
Niet ingevuld	7%	8%	8%	6%	8%	8%	12%	13%	33%	60%	50%
10 A algemeen	21%	14%	11%	10%	10%	11%	6%	6%	5%		
11 B bloed	2%	1%	2%	1%	1%	0%	2%	2%	5%	10%	
12 D spijsvertering	4%	5%	6%	4%	7%	9%	3%	5%	10%		17%
13 F oog	0%	0%		2%	1%	1%	7%	5%	5%		
14 H oor	0%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	5%			
15 K hart/vaat	6%	11%	11%	12%	9%	12%	7%	8%	5%		
16 L bewegingsapparaat	6%	8%	14%	15%	15%	13%	25%	32%	33%		
17 N zenuwstelsel	5%	5%	5%	6%	5%	5%	7%	2%			17%
18 P psychische problemen	43%	24%	17%	13%	13%	14%	11%	10%		10%	
19 R ademhalingsorganen	2%	6%	6%	6%	4%	6%	4%	2%			
20 S huid en subcutis	0%	4%	7%	7%	5%	9%	7%	3%		10%	
21 T end. klieren/metab./voeding	1%	4%	5%	8%	10%	6%	5%	5%	5%	10%	17%
22 U urinewegen	1%	5%	4%	7%	6%	3%	2%	3%			
24 X geslachtsorganen vrouw		1%	0%	1%	0%	1%	1%	2%			
25 Y geslachtsorganen man	0%	0%	0%	1%	1%	1%					
26 Z sociale problemen	1%	2%	1%	2%	0%	1%	1%				
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Van de 507 naar de geriater verwezen patiënten, blijkt vrijwel iedereen ouder dan 65 jaar. Verder blijkt dat iets meer dan de helft (namelijk 263 van de 507) verwezen is in verband met een achttal specifieke ICPC-codes. Vervolgens is nagegaan hoeveel patiënten van 66 en ouder voor deze zelfde 8 ICPC-codes naar anderen zijn verwezen. Daarbij bleek dat dit relatief vaak een verwijzing naar een internist, neuroloog, psychiater of het RIAGG betreft. Er zijn bijvoorbeeld 276 patiënten aangetroffen van 66 jaar of ouder die in verband met deze zelfde ICPC-codes naar een internist zijn verwezen. Of het qua comorbiditeit om vergelijkbare patiënten gaat, staat daarmee echter nog niet vast. Daarom is gekeken naar het totaal van alle diagnosegegevens van deze patiënten, om daarmee een diagnoseprofiel als combinatie van kenmerken te maken.

Van alle 507 verwijzingen naar een geriater is op basis van zowel de verwijs- als contactdiagnoses nagegaan wat voor combinatie van diagnoses zijn gesteld. Daarbij is in eerste instantie onderscheid gemaakt tussen psychiatrische codes (hoofdstuk P), neurologische codes (hoofdstuk N), algemene codes (hoofdstuk A) en overige codes (alle andere hoofdstukken).

Bij 54 van de 507 patiënten zijn daarbij alleen één of meerdere psychiatrische codes gevonden. Het gaat dan om 11% van alle verwijzingen naar de geriater. Bij 135 van de 507 patiënten zijn zowel één of meer psychiatrische én één of meer overige codes gevonden. Voor de 263 verwijzingen naar een geriater met één van de acht specifieke ICPC-codes, blijkt dat er in 80 gevallen (oftewel 30%) sprake is van één of meer psychiatrische én één of meer overige codes. Bij de patiënten die naar een internist zijn verwezen, blijkt juist de combinatie van algemene en overige codes relatief vaak voor te komen, namelijk bij 162 van 276 patiënten (59%).

Tabel IV.5: Diagnoseprofiel van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten en patiënten met een vergelijkbare leeftijd en verwijfsdiagnose die naar een internist, neuroloog, psychiater of RIAGG verwezen zijn: absolute aantallen

	Alle verwijzingen naar een klinisch geriater	Verwijzingen van patiënten van 66 jaar en ouder in verband met één van de 8 meest voorkomende verwijfsdiagnoses voor klinisch geriater				
		klinisch geriater	internist	neuroloog	psychiater	RIAGG
Alleen psychiatrisch	54	44	4	33	30	60
Alleen neurologisch	6					
Alleen algemeen	14	14	57	27		
Alleen overig	91					
Psychiatrisch + neurologisch	5	3		1	1	2
Psychiatrisch + algemeen	9	7	2	6	8	1
Psychiatrisch + overig	135	80	2	52	56	75
Neurologisch + algemeen	4	2	3			
Neurologisch + overig	19					
Algemeen + overig	82	54	162	51	2	4
Psychiatrisch + neurologisch + algemeen	2	1				
Psychiatrisch + neurologisch + overig	19	9		6	6	8
Psychiatrisch + algemeen + overig	45	35	31	17	14	21
Neurologisch + algemeen + overig	17	11	14	8		1
Psych. + neurol. + algemeen + overig	5	3	1	4	2	3
Totaal	507	263	276	205	119	175

Tabel IV.6: Diagnoseprofiel van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten en patiënten met een vergelijkbare leeftijd en verwijfsdiagnose die naar een internist, neuroloog, psychiater of RIAGG verwezen zijn: relatieve aandeel

	Alle verwijzingen naar een klinisch geriater	Verwijzingen van patiënten van 66 jaar en ouder in verband met één van de 8 meest voorkomende verwijfsdiagnoses voor klinisch geriater				
		klinisch geriater	internist	neuroloog	psychiater	RIAGG
Alleen psychiatrisch	11%	17%	1%	16%	25%	34%
Alleen neurologisch	1%					
Alleen algemeen	3%	5%	21%	13%		
Alleen overig	18%					
Psychiatrisch + neurologisch	1%	1%		0%	1%	1%
Psychiatrisch + algemeen	2%	3%	1%	3%	7%	1%
Psychiatrisch + overig	27%	30%	1%	25%	47%	43%
Neurologisch + algemeen	1%	1%	1%			
Neurologisch + overig	4%					
Algemeen + overig	16%	21%	59%	25%	2%	2%
Psychiatrisch + neurologisch + algemeen	0%	0%				
Psychiatrisch + neurologisch + overig	4%	3%		3%	5%	5%
Psychiatrisch + algemeen + overig	9%	13%	11%	8%	12%	12%
Neurologisch + algemeen + overig	3%	4%	5%	4%		1%
Psych. + neurol. + algemeen + overig	1%	1%	0%	2%	2%	2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Om het diagnoseprofiel nog iets eenvoudiger te maken, is ook nog gekeken naar het simpele onderscheid tussen psychiatrische en "overige" (c.q. niet-psychiatrische of somatische) codes.

Ongeveer de helft van de naar een klinisch geriater verwezen patiënten blijken zowel psychiatrische als niet-psychiatrische diagnoses te hebben. Bij minstens eenderde zijn echter alleen somatische klachten geregistreerd. De naar internisten verwezen patiënten blijken voor het grootste deel alleen somatische klachten te hebben. De naar neurologen verwezen patiënten hebben een profiel dat enigszins lijkt op die van de klinisch geriater. Bij de naar een psychiater doorverwezen patiënten valt op hoe vaak juist een combinatie van psychische en overige klachten zijn geconstateerd.

Tabel IV.7: Vereenvoudigd diagnoseprofiel van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten en patiënten met een vergelijkbare leeftijd en verwijsdiagnose die naar een internist, neuroloog, psychiater of RIAGG verwezen zijn: absolute aantallen

	Alle verwijzingen naar een klinisch geriater	Verwijzingen van patiënten van 66 jaar en ouder in verband met één van de 8 meest voorkomende verwijsdiagnoses voor klinisch geriater				
		klinisch geriater	internist	neuroloog	psychiater	RIAGG
Alleen psychiatrisch	54	44	4	33	30	60
Psychiatrisch + "overig"	220	138	36	86	87	110
Alleen "overig"	233	81	236	86	2	5
Totaal	507	263	276	205	119	175

Tabel IV.8: Vereenvoudigd diagnoseprofiel van door huisartsen naar klinisch geriater verwezen patiënten en patiënten met een vergelijkbare leeftijd en verwijsdiagnose die naar een internist, neuroloog, psychiater of RIAGG verwezen zijn: relatieve aandeel

	Alle verwijzingen naar een klinisch geriater	Verwijzingen van patiënten van 66 jaar en ouder in verband met één van de 8 meest voorkomende verwijsdiagnoses voor klinisch geriater				
		klinisch geriater	internist	neuroloog	psychiater	RIAGG
Alleen psychiatrisch	11%	17%	1%	16%	25%	34%
Psychiatrisch + "overig"	43%	52%	13%	42%	73%	63%
Alleen "overig"	46%	31%	86%	42%	2%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Conclusie

Op basis van demografische ontwikkelingen moet voor de periode 2003 tot 2015 met een groei van 22% in de vraag worden gerekend. Daarbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend verwijspatroon door de huisartsen. Als de huisartsen die tot nu toe niet naar een geriater verwezen, dit in de toekomst echter wel gaan doen en wel even vaak als degene die nu wel verwijzen, dan moet met een extra groei van 50% in de vraag worden gerekend.

Wat op grond van bovenstaande profielbeschrijvingen verder moet worden geconcludeerd, is niet duidelijk. Het antwoord op de vraag hoeveel van de nu nog naar internisten, neurologen of psychiaters doorverwezen patiënten in aanmerking komen om in de toekomst naar de klinisch geriater gestuurd te worden, is dus niet te geven.

Bijlage V: Regiobenadering

Om tot een goede schatting te komen van het benodigde aantal klinisch geriateren in Nederland wordt gekeken naar de aanbodkant (de positie en wensen van klinisch geriateren), de vraagkant (ontwikkelingen in de bevolking) en de relatie tussen deze twee. Dit laatste punt staat in deze bijlage centraal, waarbij het gaat om het aanbod van klinisch geriateren in relatie tot de vraag vanuit de bevolking. Zoals al deels bleek uit het aantal fte's en vacatures per regio in Nederland, zijn hierbij duidelijke regioverschillen te zien. Mede doordat klinische geriatrie een relatief jonge discipline is, zijn er regio's waarin momenteel nog nauwelijks klinisch geriateren werken, terwijl in andere regio's inmiddels een ruimer aanbod aan klinisch geriateren aanwezig is. De vraag die op basis hiervan gesteld kan worden is hoeveel klinisch geriateren in heel Nederland nodig zijn als landelijk een zelfde dekkingsgraad wordt nagestreefd als nu geldt voor regio's met een goed aanbod in relatie tot de vraag.

Voor de koppeling tussen vraag en aanbod kan van verschillende gegevens gebruik worden gemaakt. Allereerst kan gekeken worden naar de *potentiële consumptie* binnen regio's in Nederland, door het aanbod aan klinisch geriateren te relateren aan de bevolking in deze regio's. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om de *feitelijke consumptie* van klinische geriatrie in Nederland te bepalen, wederom uitgesplitst naar regio's. Aangezien beide benaderingen bepaalde voordelen bieden, maar ook beperkingen kennen qua beschikbaarheid van gegevens, worden beiden hieronder uitgewerkt.

Benadering 1: potentiële consumptie over gezondheidsregio's heen

Voor de bepaling van de potentiële consumptie wordt ingegaan op de spreiding van klinisch geriateren over gezondheidsregio's in Nederland, in relatie tot het aantal 65-plussers. Voor de bepaling van het aantal 65-plussers is gebruik gemaakt van CBS-gegevens voor het jaar 2004; het aantal klinisch geriateren per regio is bepaald aan de hand van afdelingsvragenlijsten, verspreid onder klinisch geriateren. Per instellingslocatie waar een klinisch geriater gevestigd is, is hiertoe het aantal klinisch geriateren en fte gebruikt die de aangeschreven specialist opgaf. Voor locaties waarvan geen gegevens beschikbaar zijn, is een schatting gemaakt van het aantal klinisch geriateren op basis van de lijst, zoals vermeld op de website van de NVKG.⁴ Gemiddeld over Nederland zijn ongeveer 4,3 fte klinisch geriateren werkzaam per 100.000 65-plussers (zie Tabel V.1). In de regio Leiden is nog geen klinisch geriater werkzaam, terwijl in het Gooi 11,7 fte aan klinisch geriateren per 100.000 65-plussers beschikbaar is.

⁴ Per locatie is het aantal mannelijke en vrouwelijke klinisch geriateren vermeld. Voor de schatting van het aantal fte's in de betreffende locaties is het aantal mannen vermenigvuldigd met 0,95 en het aantal vrouwen met 0,78, oftewel de gemiddelde fte voor mannen en vrouwen in de steekproef (zie tabel I.10).

Tabel V.1: Verhouding aantal klinisch gerieters en fte per 100.000 65-plussers

Regio	Naam	Aantal 65-plussers (x 1.000)	Aantal fte klinische geriatrie	Aantal fte per 100.000 ouderen
1	Groningen	83,1	2,7	3,2
2	Friesland	94,0	3,6	3,8
3	Drenthe	76,5	2,4	3,1
4	Zwolle	69,0	2,2	3,1
5	Twente	88,0	1,9	2,2
6	Stedendriehoek	74,8	5,2	6,9
7	Arnhem	130,0	7,8	6,0
8	Nijmegen	62,6	6,6	10,6
9	Flevoland	31,1	0,9	2,9
10	Utrecht	145,3	9,5	6,5
11	Het Gooi	42,1	4,9	11,7
12	Alkmaar	75,3	4,3	5,7
13	Kennemerland	66,7	2,0	3,0
14	Amsterdam	165,7	5,4	3,3
15	Leiden	65,7	0,0	0,0
16	's-Gravenhage	106,8	5,0	4,7
17	Delft en Westland	35,9	1,0	2,6
18	Midden Holland	30,6	0,9	2,9
19	Rijnmond	182,4	6,3	3,5
20	Dordrecht	54,9	3,1	5,7
21	Zeeland	63,1	0,8	1,3
22	Breda	95,1	3,9	4,1
23	Tilburg	55,1	2,7	4,9
24	's-Hertogenbosch	82,6	3,7	4,5
25	Eindhoven	100,9	4,7	4,7
26	Noord-Limburg	69,7	3,3	4,7
27	Zuid-Limburg	104,3	2,8	2,7
	Nederland	2.251,2	97,4	4,4

In Tabel V.2 zijn alle gezondheidsregio's in Nederland nogmaals weergegeven, gerangschikt naar het aantal fte per 100.000 65-plussers van laag naar hoog. In de tweede kolom is het verschil met het gemiddelde van Nederland weergegeven. Wanneer het gaat om de vraag hoeveel klinisch gerieters in Nederland nodig zijn kunnen verschillende richtlijnen worden gehanteerd. Zo is het mogelijk de norm van de regio aan te houden met de hoogste bezetting of de norm op basis van een selectie van regio's met een bovengemiddelde bezetting aan fte's. Een belangrijke overweging bij deze keuze is het feit dat grensoverschrijdende consumptie plaats kan vinden. Bijvoorbeeld klinisch gerieters in de regio Rotterdam behandelen mogelijk ook patiënten uit gemeentes die in de gezondheidsregio Zeeland of Noord-Brabant vallen. Om die reden wordt allereerst uitgegaan van een cluster van regio's die tezamen een goede marktdekking weerspiegelen, en die geografisch aangrenzend zijn. Hierdoor wordt een groot deel van het grensoverschrijdend verkeer gedekt door elk van deze regio's. Zoals blijkt uit Tabel V.2 is dit met name het geval voor de grensoverschrijdende regio Midden-Oost Nederland, bestaande uit de gezondheidsregio's Nijmegen, Arnhem en de Stedendriehoek (Apeldoorn, Deventer en Zutphen). Wel geldt bij deze regio's dat ze niet beschouwd kunnen worden als volledig uitgekristalliseerd, waarbij de fte-bezetting volledig overeenkomt met de benodigde vraag in de betreffende regio. Dit blijkt onder andere uit de afdelingsvragenlijsten, waarin naar

voren komt dat in deze regio 1,4 fte aan uitbreidingsvacatures bestaan, oftewel door zorgverzekeraars toegekende vacatures. Er is in de regio Midden-Oost dan ook sprake van een zekere onvervulde vraag. Gemiddeld zijn er momenteel 7,8 fte per 100.000 65-plussers werkzaam in de regio Midden-Oost; rekening houdend met deze onvervulde vraag verandert de normbezetting van 7,8 naar 8,6 fte per 100.000 65-plussers. In de derde kolom van Tabel V.2 is het aantal fte vermeld dat nodig zou zijn om een bezetting van 8,6 fte per 100.000 65-plussers te waarborgen. Per regio is tot slot in de laatste kolom weergegeven hoeveel extra fte aan klinisch geriateren dient te worden aangesteld om deze zelfde bezetting te realiseren. De regio's het Gooi en Nijmegen niet meetellend (aangezien deze al een hoger aantal fte per 100.000 65-plussers hebben), resulteert dit in een totale stijging van het aantal fte met 97,9 fte. Aangezien momenteel 97 fte aan klinisch geriateren werkzaam is, leidt dit tot een verdubbeling van het aantal fte's. In Tabel V.3 is weergegeven wat dit betekent voor het totale benodigde aantal klinisch geriateren. Uitgaande van 122 klinisch geriateren die voor 97 fte werken, betekent een stijging van 97,9 fte dat op dit moment in totaal 245 klinisch geriateren nodig zijn in plaats van de beschikbare 122 klinisch geriateren. Op dit moment is er dus volgens deze benadering een onvervulde vraag naar ongeveer 123 extra klinisch geriateren in heel Nederland.

Een tweede wijze van extrapolatie binnen dezelfde benadering is om uit te gaan van de regio het Gooi als richtlijn. In deze regio is de bezetting van aantal fte per 100.000 65-plussers het hoogst. Van belang hierbij is dat de klinische geriatrie al het langst in het Gooi bestaat, waardoor het aannemelijk is dat huisartsen in deze regio goed bekend zijn met de aanwezigheid van klinisch geriateren in hun regio. Het Gooi lijkt dan ook een regio te zijn waar de verhouding tussen vraag en aanbod relatief het best is uitgekristalliseerd. Dit beeld wordt bevestigd door het feit dat in deze regio momenteel geen uitbreidingsvacatures zijn; het huidige aanbod lijkt naar het oordeel van de instellingen zelf voldoende om in de vraag te kunnen voldoen. Wel geldt hierbij als kanttekening dat het Gooi in de Randstad ligt en in die zin omgeven is door verschillende stedelijke gebieden, elk met een groot aantal ouderen (waaronder Amsterdam en Utrecht). Een deel van de klinisch geriateren in het Gooi zal dus vermoedelijk ook patiënten uit gemeentes bedienen die formeel in de gezondheidsregio Amsterdam of Utrecht vallen. In de praktijk lijkt deze overlap echter gering te zijn. Gegevens uit de praktijkanalyse van Prismant laten zien dat in 2002 klinisch geriateren in het Gooi 588 opnamen in de kliniek en dagkliniek hadden. Hiervan was 86% afkomstig uit 8 gemeentes uit het Gooi (zie benadering 2). Uitgaande van de norm van 11,7 fte per 100.000 65-plussers in het Gooi zou bij deze variant het aantal fte stijgen met 165,4 fte. Dit zou betekenen dat op dit moment ongeveer 263 fte nodig is, hetgeen betekent dat het huidige aanbod ruim anderhalf keer groot dient te worden.

Tabel V.2: Rangorde aanbod klinisch geriaters in Nederland, van laag naar hoog, plus benodigde aantal extra klinisch geriaters voor een gelijk niveau met de regio Midden-Oost

Regio	Naam	Aantal fte per 100.000 ouderen	T.o.v. gem. fte in Nederland	Fte nodig gelijk als regio Zuid-Oost	Extra fte erbij
15	Leiden	0,0	-4,4	5,6	5,6
21	Zeeland	1,3	-3,1	5,4	4,6
5	Twente	2,2	-2,2	7,5	5,6
17	Delft en Westland	2,6	-1,7	3,1	2,1
27	Zuid-Limburg	2,7	-1,7	8,9	6,1
9	Flevoland	2,9	-1,5	2,7	1,8
18	Midden Holland	2,9	-1,5	2,6	1,7
13	Kennemerland	3,0	-1,4	5,7	3,7
4	Zwolle	3,1	-1,3	5,9	3,8
3	Drenthe	3,1	-1,2	6,6	4,2
1	Groningen	3,2	-1,2	7,1	4,4
14	Amsterdam	3,3	-1,1	14,2	8,8
19	Rijnmond	3,5	-0,9	15,6	9,3
2	Friesland	3,8	-0,5	8,1	4,5
22	Breda	4,1	-0,3	8,1	4,3
24	's-Hertogenbosch	4,5	0,1	7,1	3,3
25	Eindhoven	4,7	0,3	8,6	3,9
16	's-Gravenhage	4,7	0,3	9,1	4,1
26	Noord-Limburg	4,7	0,4	6,0	2,7
23	Tilburg	4,9	0,5	4,7	2,0
12	Alkmaar	5,7	1,3	6,4	2,1
20	Dordrecht	5,7	1,3	4,7	1,6
7	Arnhem	6,0	1,6	11,1	3,3
10	Utrecht	6,5	2,1	12,4	3,0
6	Stedendriehoek	6,9	2,5	6,4	1,2
8	Nijmegen	10,6	6,2	5,4	-1,2
11	Het Gooi	11,7	7,3	3,6	-1,3
	Regio Midden-Oost	7,8			97,9
	Nederland	4,4			

Tabel V.3: Benodigde aantal klinisch geriaters en fte's voor Nederland als geheel op basis van de regio Midden-Oost

Feitelijk aantal fte in Nederland	97,4
Feitelijk aantal klinisch geriaters in Nederland	122
<i>Variant a) uitgaand van de regio Midden-Oost</i>	
Gewenste uitbreiding in fte's voor Nederland	97,9
Totaal benodigde aantal fte in Nederland	195,3
Totaal benodigde aantal klinisch geriaters in Nederland	245
<i>Variant b) uitgaand van de regio het Gooi</i>	
Gewenste uitbreiding in fte's voor Nederland	165,4
Totaal benodigde aantal fte in Nederland	262,8
Totaal benodigde aantal klinisch geriaters in Nederland	329

Benadering 2: feitelijke consumptie binnen één ziekenhuis

Een tweede wijze van extrapolatie richt zich niet op de potentiële consumptie van klinische geriatrie, maar op de *feitelijke consumptie*. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van gegevens uit de zogeheten praktijkanalyses van Prismant. Van elk ziekenhuis met een afdeling klinische geriatrie worden jaarlijks medische registraties verzameld, uitgesplitst naar type zorgverlening (aantal poliklinische bezoeken, behandelde patiënten, et cetera). Dergelijke gegevens bieden de mogelijkheid om de *feitelijke consumptie* voor een specifiek ziekenhuis en Nederland als geheel te bepalen. Dergelijke praktijkregistraties hebben echter een aantal nadelen, waardoor het alleen mogelijk is deze toe te passen op één of slechts enkele ziekenhuizen. Allereerst hebben de registraties alleen betrekking op algemene en academische ziekenhuizen. De hoeveelheid behandelde patiënten door klinisch gerieters in APZ/GGZ-instellingen zijn hierin niet opgenomen, terwijl ongeveer 13 fte aan klinisch gerieters werkzaam is in een APZ/GGZ-instelling. Ten tweede vindt de praktijkanalyse alleen plaats voor ziekenhuizen met een aparte afdeling klinische geriatrie; ziekenhuizen waar klinisch gerieters werkzaam zijn binnen een andere afdeling (bijvoorbeeld interne geneeskunde) zijn niet in deze cijfers vertegenwoordigd. Dit geldt met name voor academische ziekenhuizen. Bovenstaande benadering op basis van gecombineerde gezondheidsregio's houdt wel rekening met deze beide componenten. Het voordeel van de feitelijke consumptieregistratie is echter dat specifiekere nagegaan kan worden uit welke gemeentes patiënten precies afkomstig zijn. Zo biedt de praktijkanalyse 2002 een overzicht van alle gemeentes waarbinnen één of meerdere patiënten naar een klinisch geriatrie afdeling zijn doorverwezen. Vanwege beschikbaarheid van gegevens wordt hiertoe nader ingegaan op twee specifieke regio's: het Gooi en de stad Amsterdam. In het Gooi zijn twee algemene ziekenhuizen gevestigd met een afdeling klinische geriatrie, te weten het ziekenhuis Gooi-Noord en het ziekenhuis Hilversum. In totaal is in beide ziekenhuizen 4,1 fte aan klinisch gerieters werkzaam. Voor een beeld van de klinisch geriatrie consumptie in beide ziekenhuizen is het aantal klinische en dagopnamen in 2002 opgeteld, uitgesplitst naar herkomst van de betreffende patiënten. In de praktijkanalyse van Prismant staat per gemeente vermeld hoe groot de klinisch geriatrie consumptie was in bovengenoemde ziekenhuizen en in overige ziekenhuizen. Voor het overzicht is hierbij gebruik gemaakt van een lijst van acht gemeenten in de regio het Gooi. In totaal zijn er 508 behandelingen geweest van patiënten uit deze gemeenten in de ziekenhuizen Hilversum en Gooi-Noord, terwijl het aantal fte in beide ziekenhuizen 4,1 fte bedroeg. Echter, om tot de juiste consumptieverhouding te komen, moet met twee factoren rekening worden gehouden. Allereerst hebben klinisch gerieters ook patiënten uit andere gemeenten behandeld, zodat slechts een deel van de fte's in beide ziekenhuizen voor deze 8 gemeenten beschikbaar waren (namelijk 3,5 fte). Ten tweede zijn een deel van de patiënten in de betreffende gemeenten in andere ziekenhuizen behandeld. Deze patiënten erbij tellend is in 2002 ongeveer 3,8 fte besteed aan patiënten uit deze 8 gemeenten. Per 100.000 65-plussers betekent dit een bezetting van 10,1 fte. Tot slot kan deze bezetting worden geëxtrapoléerd naar Nederland als geheel. Hiervoor is uitgegaan van het aantal 65-plussers in 2004, hetgeen leidt tot een benodigd aantal fte van 228. In tegenstelling tot benadering 1 is hierbij nog geen rekening gehouden met het aanbod aan klinisch gerieters in academische ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen (ongeveer 33 fte). Wordt hier wel mee rekening gehouden, evenals de verwachte vergrijzing van de bevolking, dan zal het aanbod aan klinisch gerieters nog sterker dienen toe te nemen.

Tabel V.4: *Behandeling in kliniek en dagkliniek voor 8 gemeenten in de regio het Gooi en Nederland^{a)}*

Aantal 65-plussers in de 8 gemeenten in de regio het Gooi	37.139
Behandelde patiënten uit de 8 gemeenten in Hilversum en Gooi-Noord	508
Behandelde patiënten uit de 8 gemeenten in totaal	539
Totaal aantal behandelingen in Hilversum en Gooi-Noord	588
Aantal fte in Hilversum en Gooi-Noord	4,1
Beschikbare fte Hilversum en Gooi-Noord voor de 8 gemeenten ^{b)}	3,54 fte
Totale fte ingezet aan patiënten uit de 8 gemeenten ^{c)}	3,76 fte
Aantal fte per 100.000 65-plussers in de 8 gemeenten ^{d)}	10,1 fte
Aantal 65-plussers Nederland in 2004	2.251.154
Extrapolatie verhouding naar Nederland in 2004 ^{e)}	228 fte

a) De 8 gemeenten zijn: Blaricum, Bussum, Hilversum, Huizen, Laren, Muiden, Naarden en Weesp.

b) De berekening is als volgt: $508 / 588 * 4,1 \text{ fte} = 3,54 \text{ fte}$.

c) De berekening is als volgt: $539 / 508 * 3,5 = 3,76 \text{ fte}$.

d) De berekening is als volgt: $100.000 / 37.139 * 3,76 \text{ fte} = 10,12 \text{ fte per } 100.000 \text{ 65-plussers}$.

e) De berekening is als volgt: $10,12 / 2.251.154 = 228 \text{ fte}$.

Binnen deze tweede benadering zijn ook gegevens beschikbaar voor de stad Amsterdam. In tegenstelling tot de Prismantcijfers over het Gooi is hierbij ook de poliklinische consumptie in Amsterdam beschikbaar. Binnen Amsterdam is in totaal 5,4 fte aan klinisch geriater werkzaam, waarvan 3,5 fte in het Slotervaartziekenhuis. De overige 1,9 fte werkt in het Academisch Medisch Centrum en het VUmc. In de praktijk worden de meeste patiënten klinische geriatrie behandeld door het Slotervaartziekenhuis.

In Tabel V.5 is de klinische en poliklinische consumptie weergegeven, gerelateerd aan het aantal 65-plussers. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen Amsterdam als geheel, en de cirkel van wijken het meest direct gelegen rondom het Slotervaartziekenhuis. Deze kleine cirkel geeft in die zin een beeld van de volledig verzadigde consumptie, wanneer alle klinisch geriatrische patiënten in de nabijheid van een ziekenhuis met een klinisch geriater zouden wonen.

In Amsterdam als geheel bedraagt de klinische consumptie in 2003 47 opnamen per 10.000 65-plussers, in de wijken rondom het Slotervaartziekenhuis is deze consumptie duidelijk hoger: 80 per 10.000 65-plusser. Landelijk zijn er 20 opnamen per 10.000 65-plussers op een afdeling klinische geriatrie. Ook de poliklinische consumptie voor Amsterdam als geheel en voor de geselecteerde wijken zijn beduidend hoger dan Nederland: respectievelijk 120 en 230 eerste consulten versus 60 per 10.000 65-plussers. De cijfers laten dan ook zien dat ook binnen één geografisch gebied als Amsterdam grote verschillen kunnen bestaan in medische consumptie, op basis van de nabijheid hiervan. Als uitgegaan zou worden van een klinische consumptie in de wijken rondom het ziekenhuis, zou de totale consumptie in Nederland verviervoudigen. Wordt de consumptie in Amsterdam als geheel als richtlijn gerealiseerd, dan zou in andere delen van Nederland de totale consumptie met een factor twee stijgen. Dit betekent automatisch dat ook het aantal klinisch geriater met eenzelfde factor dient toe te nemen. Beide benaderingen – potentiële consumptie in de regio's Midden Oost en het Gooi en feitelijke consumptie in het Gooi en de stad Amsterdam – laten dan ook een sterk vergelijkbaar beeld zien over de huidige uitbreidingsvraag naar klinisch geriater.

Tabel V.5: Verwachte consumptie aan klinische geriatrie op basis van de consumptie in Amsterdam

	Klinische consumptie	Poliklinische consumptie	Totaal aantal 65-plussers
Amsterdam (gehele stad)	47 per 10.000	120 per 10.000	86.711
Amsterdam (kleine cirkel)*	80 per 10.000	230 per 10.000	20.258
Nederland	20 per 10.000	60 per 10.000	2.251.154

N.B. Onder de kleine cirkel van wijken binnen Amsterdam worden de wijken Slotervaart, Geuzeveld en Osdorp verstaan.