

Specialist ouderengeneeskunde: gat in én op de markt?

Het effect van de onvervulde opleidingsplaatsen op de toekomstige arbeidsmarkt

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Resultaten	4
2.1 Toekomstige zorgvraag	4
2.2 Benodigd zorgaanbod in de toekomst	5
2.3 Instroom opleiding tot specialist ouderengeneeskunde	6
2.4 Toekomstig tekort aan specialisten ouderengeneeskunde	6
2.5 Instroom vergroten	7
3. Conclusie	9
4. Discussie	10
5. Waar liggen de mogelijkheden	11
Referenties	14
Bijlage A: Factsheet	15

1. Inleiding

Sinds 2017 worden er op advies van het Capaciteitsorgaan jaarlijks 186 opleidingsplaatsen tot specialist ouderengeneeskunde beschikbaar gesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze plaatsen worden niet allemaal benut vanwege het ontbreken van voldoende aanmeldingen van kandidaten die aan de selectiecriteria van de opleiding voldoen. Dit is zorgwekkend met het oog op de aankomende vergrijzing en de daarmee verwachte toenemende vraag naar specialisten ouderengeneeskunde (SO). Bij een grote krapte op de arbeidsmarkt komt de kwaliteit van de geleverde zorg in het geding en dreigt een te hoge werkdruk voor de bestaande groep specialisten ouderengeneeskunde. In het belang van deze groep is Verenso in samenwerking met andere partijen reeds bezig met een lobby om de ouderengeneeskunde beter en positiever op de kaart te zetten, zodat er meer basisartsen aangetrokken worden voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

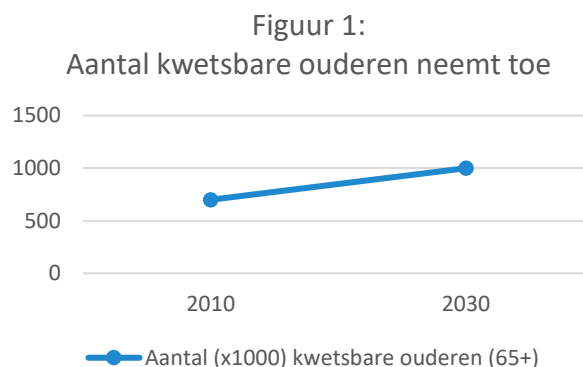
Hoe groot het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in de toekomst zal zijn bij ongewijzigd beleid is tot op heden bij Verenso nog niet goed in kaart gebracht. In dit rapport wordt gekeken naar het effect van de achterblijvende instroom in de opleiding op het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in de toekomst. Allereerst komen de verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag, het benodigd aantal specialisten ouderengeneeskunde om in de toekomst aan de zorgvraag te voldoen en de omvang van de achterblijvende instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan bod. Vervolgens wordt berekend wat het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in 2034 zal zijn bij ongewijzigd beleid. Tot slot wordt het potentieel aan mogelijkheden geschetst om de instroom in de opleiding te vergroten en de bestaande groep specialisten ouderengeneeskunde te behouden.

Dit rapport dient als overzichtsdokument ten behoeve van de lobby richting politiek en samenwerkingspartners om op te roepen tot een goede samenwerking om een toekomst te creëren waarin de specialist ouderengeneeskunde optimaal toegankelijk blijft. De belangrijkste bevindingen worden samengevat in een factsheet.

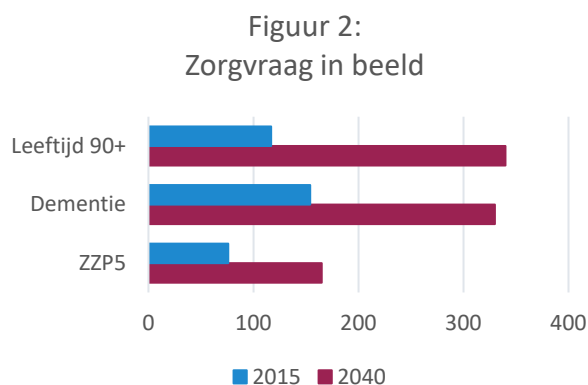
2. Resultaten

2.1 Toekomstige zorgvraag

Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau waren er 700.000 kwetsbare 65-plussers in 2010. Naar verwachting zal dit aantal in 2030 gestegen zijn naar ruim 1 miljoen kwetsbare 65-plussers [1] (zie figuur 1). De specialist ouderengeneeskunde zal niet bij al deze mensen betrokken zijn. Zeker in het licht van de toekomstige schaarste is de specialist ouderengeneeskunde een arts voor de kwetsbaarsten van de kwetsbaren. De groep 90-plussers zal verdubbelen in de komende jaren. In 2015 waren dit er nog 117.000, in 2040 wordt dit aantal volgens het RIVM geschat op 340.000 [2]. Een deel van de kwetsbare ouderen woont in een instelling. In 2015 woonden ongeveer 117.000 mensen in een verzorgings- of verpleeghuis [3]. Een groot deel hiervan heeft een ZZP5 indicatie [4]. In 2015 waren er 76.000 mensen die recht hadden op 24-uurszorg op basis van een ZZP5. Naar verwachting zal dit aantal in 2040 stijgen naar 165.000. Dit komt doordat het aantal mensen met dementie in de komende jaren flink gaat stijgen. Volgens de publicatie Volksgezondheid en Toekomstverkenning uit 2018 (VTV 2018) van het RIVM vindt er een absolute toename van mensen met dementie plaats van 176.400. In 2015 bedroeg het aantal mensen met dementie nog 154.000 en de verwachting voor 2040 is dat dit aantal stijgt naar 330.000 [5]. Deze cijfers zijn weergegeven in figuur 2 en tabel 1. Een andere ontwikkeling die tot een stijgende vraag naar specialisten ouderengeneeskunde zou kunnen leiden is bijvoorbeeld een toename van valincidenten en gewrichtsoperaties waarvoor een beroep op de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) wordt gedaan. En daarnaast is er ook een toenemende vraag van betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn te merken. Hiervan zijn geen exacte cijfers beschikbaar.



Een andere ontwikkeling die tot een stijgende vraag naar specialisten ouderengeneeskunde zou kunnen leiden is bijvoorbeeld een toename van valincidenten en gewrichtsoperaties waarvoor een beroep op de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) wordt gedaan. En daarnaast is er ook een toenemende vraag van betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn te merken. Hiervan zijn geen exacte cijfers beschikbaar.



Tabel 1: Overzicht zorgvraag

Potentiële doelgroep SO	Jaartal	Aantal	Jaartal	Aantal
Aantal kwetsbare ouderen (65+) [1]	2010	700.000	2030	>1 miljoen
Aantal ouderen 90+ [2]	2015	117.000	2040	340.000
Woonachtig in instelling (verzorgings- of verpleeghuis) [3]	2015	117.000	2040	Onbekend
Indicatie ZZP5 [4]	2015	76.000	2040	165.000
Aantal mensen met dementie [5]	2015	154.000	2040	330.000

2.2 Benodigd zorgaanbod in de toekomst

Op 1 januari 2019 waren er volgens de arbeidsmarktmonitor 1.743 geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde [6]. In het vierde kwartaal van 2018 werd het aantal vacatures voor specialist ouderengeneeskunde geschat op 125. Dit komt neer op 7,2 vacatures per 100 artsen, waarbij de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde op dat moment op de vijfde plaats stond binnen de medische beroepsgroep [6]. In figuur 3 is de huidige geschatte vraag naar specialisten ouderengeneeskunde weergegeven. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat dit een schatting is, onder andere gebaseerd op de nationale vacaturesites. Naar alle waarschijnlijkheid zal het werkelijke aantal vacatures groter zijn, omdat er bijvoorbeeld ook vacatures zijn die alleen op de website van de instelling worden gedeeld.

Figuur 3:
 Huidig tekort aan SO



De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde vinden met name plaats in het verpleeghuis (chronisch verblijf psychogeriatricie en somatiek), de geriatrische revalidatiezorg en in de eerste lijn. Daarnaast zijn er ook specialisten ouderengeneeskunde werkzaam in onder andere het ziekenhuis, hospice en GGZ. Er is momenteel onvoldoende zicht op hoeveel specialisten ouderengeneeskunde er precies in welke setting werken en hoe de verdeling van de tekorten is.

Het Capaciteitsorgaan berekent elke drie jaar het benodigd aantal opleidingsplaatsen om in de toekomst aan de verwachte zorgvraag te voldoen. Op dit moment (juli 2019) dateert het meest recente rapport uit 2016 en is het nieuwe rapport in concept. Deze wordt naar verwachting in de tweede helft van 2019 gepubliceerd. De berekeningen in dit verslag zijn daarom nog gebaseerd op het rapport uit 2016 [7].

Het Capaciteitsorgaan schetst diverse scenario's op basis van voorspellingen van ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld taakherschikking, beleidsontwikkelingen, demografische ontwikkelingen, et cetera. De verschillen tussen de scenario's wordt bepaald door de mate waarin een voorspelde ontwikkeling wordt meegerekend. Op basis van de meest waarschijnlijke scenario's wordt het advies geformuleerd voor het aantal opleidingsplaatsen dat nodig is om in de toekomst een balans tussen zorgvraag en zorgaanbod te creëren. In 2016 betrof scenario 7 het geschatte realistisch minimum, met een verwacht aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde van 2.516 in 2034. Het geschatte realistisch maximum was scenario 3, waarbij er wordt uitgegaan van 2.766 benodigde specialisten ouderengeneeskunde in 2034. Dit betekent dat er om aan de verwachte zorgvraag in 2034 te kunnen voldoen tussen de 773 en 1.023 meer specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn ten opzichte van het aantal in januari 2019. Het belangrijkste verschil tussen de twee scenario's is dat in scenario 3 de taakherschikking nog minder ver is doorgevoerd. Wat verder moet worden opgemerkt is dat het hier niet het benodigde aantal fte betreft, maar dat het om het daadwerkelijke aantal specialisten ouderengeneeskunde gaat (omgerekend op basis van het (gemiddeld) aantal fte van 0,85 dat een specialist ouderengeneeskunde naar verwachting in 2034 zal werken).

Tabel 2: Cijfers specialisten ouderengeneeskunde

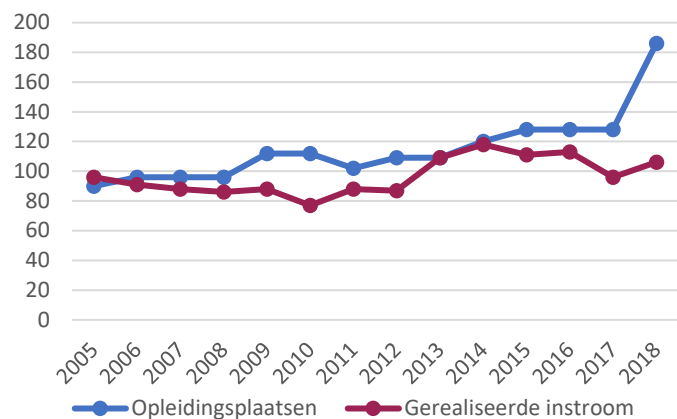
Huidig aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde op 1 januari 2019 [6]	1.743
Huidig tekort (aantal vacatures in Q4 2018) [6]	125
Verwacht aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde in 2034 (scenario 3) ^a [7]	2.766
Verwacht aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde in 2034 (scenario 7) ^a [7]	2.516

^aDit aantal is gebaseerd op het berekende aantal fte, gecorrigeerd voor deeltijd werken.

2.3 Instroom opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

Het Capaciteitsorgaan rapporteert dat over de periode van 2003 tot en met 2015 de gemiddelde instroom per jaar van geneeskundestudenten in de basisopleiding 2.869 bedroeg. Het aantal mensen dat over de periode van 2005 tot en met 2015 instroomde in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde bedroeg gemiddeld 94 per jaar en is daarmee relatief klein ten opzichte van het aantal instromende geneeskundestudenten (3,3%). De gemiddelde instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde lag in de laatste jaren iets hoger (zie ook figuur 4). Over de periode 2013 tot en met 2015 begonnen gemiddeld 113 AIOS (arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde) per jaar aan de opleiding. De laatste jaren was er echter weer een kleine daling van het aantal instromende AIOS te zien, ondanks de inspanningen om het vak aantrekkelijker te maken. In 2016 startten 113 AIOS, in 2017 waren dit 96 en in 2018 begonnen 106 AIOS aan de opleiding [8][9][10]. De gemiddelde instroom over de laatste 6 jaar komt daarmee op 109 AIOS per jaar. Hiermee waren echter niet alle opleidingsplaatsen ingevuld. Over de periode van 2005 tot en met 2018 waren er 1.612 opleidingsplaatsen beschikbaar, waarvan er 258 onvervuld zijn gebleven. Dit komt neer op 16% (zie ook tabel 3). Stel dat deze trend zich doorzet dan zorgt dat voor een oplopend tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in de toekomst.

Figuur 4:
Instroom opleiding specialist
ouderengeneeskunde



Tabel 3: Overzicht gegevens opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

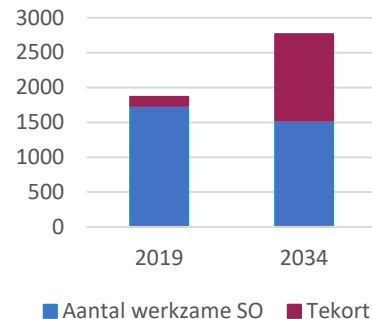
Gemiddelde instroom per jaar voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (2003 t/m 2015) [7]	94
Gemiddelde instroom afgelopen 6 jaar (2013 t/m 2018) [7][8][9][10]	109
Gemiddeld aantal startende geneeskunde studenten (2003 t/m 2015) [7]	2.869
Aantal beschikbare opleidingsplaatsen (2005 t/m 2018) [7][8][9][10]	1.612
Aantal onvervulde opleidingsplaatsen (2005 t/m 2018) [7][8][9][10]	258 (16%)

2.4 Toekomstig tekort aan specialisten ouderengeneeskunde

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2016 advies uitgebracht over het aantal benodigde opleidingsplaatsen. Hierbij is ook rekening gehouden met de verwachte uitstroom van specialisten ouderengeneeskunde in de komende jaren. De verwachting was dat er tussen 2016 en 2036 66% van de 1.545 (in 2016) werkzame specialisten ouderengeneeskunde zal zijn uitgestroomd. Dit zijn 1.020 artsen, waarbij het overgrote deel vanwege pensionering uitstroomt. De komende 15 jaar moeten daarom tussen de 1.793 en 2.043 specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid om te compenseren voor zowel de uitstroom als de toename in zorgvraag. Om dit te realiseren en een balans tussen zorgvraag en zorgaanbod te creëren in 2034 heeft het Capaciteitsorgaan berekend dat er per jaar tussen de 164 en 191 opleidingsplaatsen nodig zouden zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat het Capaciteitsorgaan voor het daadwerkelijke advies in 2016 het berekend aantal opleidingsplaatsen voor een balans in 2028 heeft gekozen in plaats van 2034 zoals hier gebruikt. Daarbij luidde het advies om tussen de 159 (scenario 7) en 186 (scenario 3) opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen, met een voorkeur voor 186 om zo snel mogelijk de huidige krapte op te lossen. Hierop is het aantal opleidingsplaatsen verhoogd van 128 in 2017 naar 186 in 2018.

Als er tussen 164 en 191 opleidingsplaatsen per jaar nodig zijn om in 2034 voldoende specialisten ouderengeneeskunde te hebben om aan de zorgvraag te voldoen en we gaan uit van een instroom in de opleiding van gemiddeld 109 per jaar, dan zullen er bij onveranderde animo voor de opleiding per jaar tussen de 55 en 82 te weinig specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid. Op de benodigde 2.516, danwel 2.766 specialisten ouderengeneeskunde (zie paragraaf 2.2) levert dit over 15 jaar (dus in 2034) een tekort op tussen de 825 en 1.230 specialisten ouderengeneeskunde. Dit komt neer op een tekort tussen de 33% en 44% (zie ook tabel 4). In figuur 5 staan de huidige situatie en het 'worst case' toekomst scenario naast elkaar weergegeven.

Figuur 5:
Tekort SO in 2034



Tabel 4: Toekomstperspectief specialist ouderengeneeskunde

	Scenario 7 (minimum)	Scenario 3 (maximum)
Benodigd aantal specialisten ouderengeneeskunde in 2034	2.516	2.766
Berekend aantal benodigde opleidingsplaatsen per jaar voor balans in 2034	164	191
Aantal werkelijk ingestroomde AIOS per jaar	109	109
Tekorten specialisten ouderengeneeskunde in 2034 ^c	825 (33%)	1.230 (44%)
Aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde in 2034 ^d	1.691	1.536

^cTekort = (aantal benodigde opleidingsplaatsen/jaar – aantal werkelijk ingestroomde AIOS/jaar) x 15 jaar.
^dAantal werkzame SO = geraamd aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde – tekort

2.5 Instroom vergroten

Met deze tekorten in het vooruitzicht en tegelijkertijd een achterblijvende interesse voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, is er een promotieonderzoek verricht door A. Meiboom [11] naar de factoren die de keuze voor een carrière in de ouderengeneeskunde beïnvloeden. Haar bevindingen waren dat de geneeskundestudenten tijdens de opleiding een negatief beeld van de ouderengeneeskunde ontwikkelen. De volgende factoren dragen hieraan bij:

- De afwezigheid van onderwijs op het gebied van de ouderengeneeskunde, of onderwijs dat maar een deel van het vakgebied belichtte zoals de psychosociale aspecten of ethiek;
- Een lage waardering voor de rolmodellen in het vak;
- Een negatieve houding en negatieve opmerkingen van arts-assistenten uit andere vakgebieden ten opzichte van oudere patiënten met multimorbiditeit. Dit beïnvloedt de co-assistenten tijdens hun co-schappen buiten de ouderengeneeskunde;
- Een lage waardering van de geneeskundestudenten voor bepaalde patiëntkarakteristieken zoals chronische ziekte, terminale fase, psychosociale aandoeningen en de complexiteit van een geriatrische patiënt. Kenmerken die veel bij de oudere patiënt voorkomen;
- Het beeld dat een arts bij een oudere patiënt meer bezig is met 'pappen en nathouden' in plaats van echt dokteren. Daarbij wordt de oudere patiënt in het ziekenhuis gezien als saai en frustrerend;
- De blootstelling aan het verpleeghuis tijdens de verpleeghuisstage leidt tot het imago dat het een treurige plek is. Het perspectief en de werkzaamheden van de arts blijven daarbij onderbelicht;
- De lage status van het vakgebied.

Meiboom haalt onderzoek aan dat heeft laten zien dat een co-schap de interesse van de studenten voor het vakgebied verhoogt, in ieder geval op korte termijn. Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat de echte keuze voor een carrière als specialist ouderengeneeskunde vaak pas na de studie geneeskunde wordt gemaakt. Bijvoorbeeld als een arts per toeval in het verpleeghuis aan het werk gaat.

Op basis van bovenstaande bevindingen zijn er enkele aanbevelingen geformuleerd. Er werd geopperd om het curriculum van de opleiding geneeskunde aan te passen door tijdens de opleiding meer aandacht te besteden aan de ouderengeneeskunde. Dit met het doel om het volgende te bereiken:

- Meer kennis en ervaring opdoen met chronisch zieke en terminale patiënten;
- Meer grip krijgen op de complexiteit van geriatrische patiënten, onder andere door het onderwijzen van het biopsychosociale model naast het pathofysiologische model;
- De leeromgeving dusdanig inrichten dat studenten gestimuleerd worden om zich breder in de geriatrische patiënt te verdiepen, zodat ze er een positievere ervaring aan over kunnen houden.

Een verplicht co-schap ouderengeneeskunde zou in meerdere opzichten een positieve stimulans kunnen zijn. Er kan ervaring opgedaan worden met de verpleeghuissetting vanuit het perspectief van de arts, tevens is er meer gelegenheid om in aanraking te komen met positieve rolmodellen. Een co-schap geeft ook een kans om te laten zien dat ook bij de geriatrische patiënt echt gedokterd moet worden en er niet alleen sprake is van 'pappen en nathouden'. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of een verplicht co-schap ook resulteert in een grotere belangstelling en keuze in een vroegere fase voor het specialisme ouderengeneeskunde.

Naast de aanbeveling voor een betere inbedding van de ouderengeneeskunde in de geneeskundeopleiding heeft Meiboom de aanbeveling gedaan om de huidige financiële beloningsstructuur opnieuw in te richten. Op dit moment worden technisch diagnostische en therapeutische procedures hoog gewaardeerd, in tegenstelling tot het begeleiden en monitoren van patiënten. Imago, de hoogte van het inkomen en technisch diagnostische en therapeutische procedures hangen met elkaar samen. Door het begeleiden en monitoren van patiënten en het bespreken van behandelopties financieel evenzeer te waarderen als het doen van verrichtingen, zou dit ook een positieve impuls kunnen leveren voor de ouderengeneeskunde.

3. Conclusie

In dit rapport zijn de relevante cijfers in kaart gebracht en gevisualiseerd met betrekking tot de omvang van de naderende vergrijzing en welke consequenties dat heeft voor de toekomstige vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. Met het gegeven dat momenteel niet alle opleidingsplaatsen gevuld worden is vervolgens berekend hoe groot het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zal zijn in 2034 op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan in 2016.

De vergrijzing zorgt voor een grote toename van het aantal kwetsbare 65-plussers. Een belangrijke trend voor de specialisten ouderengeneeskunde is daarbij dat dementie een grotere rol gaat spelen bij de ziektelast van deze groep ouderen. Deze en andere ontwikkelingen zullen bijdragen aan een toename van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Door de vergrijzing zal er in de toekomst meer werk zijn voor specialisten ouderengeneeskunde waarbij er in 2034 naar verwachting tussen de 2.516 en 2.766 specialisten ouderengeneeskunde nodig zullen zijn. Dit aantal ligt tussen de 773 en 1.023 hoger dan het aantal (geregistreerde) specialisten ouderengeneeskunde in januari 2019. Daarnaast zal een aanzienlijk deel van de huidige werkzame specialisten ouderengeneeskunde voor 2034 uitgestroomd zijn vanwege pensionering. Hierdoor zullen er de komende jaren nog tussen de 1.793 en 2.043 specialisten ouderengeneeskunde moeten worden opgeleid om over 15 jaar een balans te creëren tussen vraag en aanbod.

Om dit te bereiken is het aantal beschikbare opleidingsplaatsen tot specialist ouderengeneeskunde de afgelopen jaren uitgebreid. Echter worden deze plekken niet allemaal opgevuld. Op basis van het gat tussen de beschikbare plekken en de huidige instroom stevenen we af op een tekort tussen de 825 (op de benodigde 2.516) en 1.230 (op de benodigde 2.766) specialisten ouderengeneeskunde in 2034. Als deze trend doorzet komt dit neer op een tekort tussen de 33% en in het 'worst case' scenario 44% in 2034.

4. Discussie

Een tekort tussen de 33% en 44% zal een groot effect hebben op het werkveld. De werkdruk zal toenemen voor de specialisten ouderengeneeskunde, met als risico dat de nagestreefde hoogwaardige kwaliteit van zorg in het geding komt, en/of mensen (te) lang moeten wachten op de juiste zorg. Daarnaast wordt het een (nog) grotere uitdaging om de specialisten ouderengeneeskunde te behouden voor het vak en om artsen aan te trekken voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Het is goed mogelijk dat dit vooruitzicht het vak nog minder aantrekkelijk maakt voor jonge artsen.

Bij de berekeningen in dit rapport is niet meegenomen dat recent bekend is geworden dat voor 2019 een groter aantal sollicitanten voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is aangenomen dan afgelopen jaren. Over 2019 zijn er in totaal 126 artsen aangenomen voor de opleiding tegenover een gemiddelde van 109 in de voorgaande jaren. Hiermee zijn echter nog steeds niet alle opleidingsplaatsen gevuld, maar mogelijk is dit een signaal dat de pogingen om het vak aantrekkelijker te maken vruchten beginnen af te werpen. In het gunstigste geval is dit niet een eenmalige uitschieter, maar zet deze trend zich de komende jaren voort.

Bij de resultaten in het rapport moet verder worden opgemerkt, dat er op diverse plaatsen verschillende jaartallen in de toekomst worden gebruikt. Aanvankelijk was het idee om een uitspraak te doen met betrekking tot het jaar 2040, echter het rapport van het Capaciteitsorgaan [7] uit 2016 kijkt nog niet verder dan 2034. Daarom is dit jaartal gehanteerd voor de voorspelling met betrekking tot het gat op de arbeidsmarkt van specialisten ouderengeneeskunde. Wel zal in het najaar van 2019 (dit jaar) opnieuw een rapport gepubliceerd worden en kan weer iets verder in de toekomst worden gekeken. Mogelijk dat de voorspellingen dan anders zijn. Zo is in het rapport van 2016 bijvoorbeeld de invloed van de invoering van de Wet Zorg en Dwang nog niet meegenomen. De verwachting is dat dit de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde ook zal doen toenemen.

5. Waar liggen de mogelijkheden

Ondanks dit dreigende toekomstbeeld ligt er nog genoeg onbenut potentieel om de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te vergroten en zo genoeg specialisten ouderengeneeskunde te hebben om de kwaliteit van de ouderenzorg te borgen in de toekomst. Hierbij is het niet alleen belangrijk om de instroom te vergroten, maar ook om in te zetten op behoud van de reeds werkzame specialisten ouderengeneeskunde. Er zal een groter beroep worden gedaan op hun flexibiliteit en reserves bij toegenomen krapte op de arbeidsmarkt. Het potentieel is hieronder uitgewerkt per fase in het traject van geneeskundestudent tot specialist ouderengeneeskunde.

Fase geneeskundestudent

Zoals beschreven in paragraaf 2.5 ontstaat er tijdens de geneeskundeopleiding vaak een negatief beeld van het verpleeghuis en van de doelgroep. Een belangrijke oorzaak hiervoor is dat geneeskundestudenten via de verpleeghuisstage in het begin van de opleiding alleen in aanraking komen met het verpleeghuis vanuit het perspectief van de verzorging en verpleging. Hierdoor hebben zij geen duidelijk en realistisch beeld van de werkzaamheden van een specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis. Daarnaast worden de kwetsbare oudere patiënten vaak als complex en lastig bestempeld, onder andere omdat sommige geneeskundeopleidingen te weinig handvatten bieden om met de complexiteit om te gaan. Om dit te verbeteren en de geneeskundestudent een positievere ervaring met het verpleeghuis op te laten doen zijn er de volgende mogelijkheden.

1. Verplicht co-schap ouderengeneeskunde

Kwetsbare ouderen bevinden zich niet alleen in het verpleeghuis, maar ook in toenemende mate in de thuissituatie. Hierdoor zullen zij nog vaker op het spreekuur bij de huisarts, op de polikliniek bij de medisch specialist, op de spoedeisende hulp en op de verpleegafdelingen in het ziekenhuis belanden. Kennis over en ervaring met de oudere patiënt met complexe multimorbiditeit is daarom voor elke toekomstige arts noodzakelijk. Een co-schap ouderengeneeskunde is bij uitstek de gelegenheid om deze vaardigheden op te doen. Echter op dit moment is een co-schap ouderengeneeskunde nog niet in alle geneeskundeopleidingen ingevoerd en lijkt het vooral afhankelijk van de aanwezigheid van een hoogleraar (specialist) ouderengeneeskunde. Met het oog op het geschetste toekomstbeeld is dit zeer onwenselijk. Daarnaast geeft een co-schap ouderengeneeskunde de geneeskundestudent de kans om in aanraking te komen met positieve rolmodellen voor het vak.

2. Meer aandacht voor ouderen(geneeskunde) in het curriculum

Om een positieve ervaring met het verpleeghuis en aan de kwetsbare oudere patiënt over te houden, is het belangrijk dat de geneeskundestudent met voldoende kennis aan het co-schap begint. Bij de kwetsbare ouderen is het belangrijk om de patiënt niet alleen vanuit het pathofysiologische model te benaderen, maar ook om kennis te hebben van het biopsychosociale model. In veel geneeskundeopleidingen is hier nog beperkt aandacht voor. Door zich hier in te bekwamen kan de student meer grip op de complexiteit van de kwetsbare oudere patiënt ervaren, waardoor er meer voldoening kan ontstaan uit het werken met deze doelgroep in plaats van frustratie.

3. Verpleegstage in het ziekenhuis in plaats van het verpleeghuis

Een andere mogelijkheid om de ervaring met het verpleeghuis te beïnvloeden is door de verpleegstage niet in het verpleeghuis, maar in het ziekenhuis plaats te laten vinden. Tijdens deze stage loopt de student een kortdurende periode mee met de verzorging en verpleging, met onder andere als doel om een indruk te krijgen van hun werkzaamheden. Deze bestaan voor een groot deel uit de persoonlijke verzorging van de verpleeghuisbewoner. Hierbij worden studenten geconfronteerd met (zorg)afhankelijkheid en verlies van autonomie en ontstaat het beeld dat het verpleeghuis een treurige plek is. Tevens blijft het perspectief van de specialist ouderengeneeskunde onderbelicht. Door deze werkzaamheden in het ziekenhuis plaats te laten vinden krijgt het verpleeghuis een eerlijkere kans om een aantrekkelijke en uitdagende werkplek voor de jonge arts te zijn.

4. Betrek de geneeskundestudent bij werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde

Tot slot is het van belang dat zolang de verpleegstages wel in het verpleeghuis plaatsvinden, de geneeskundestudenten door de werkzame specialisten ouderengeneeskunde actief bij hun werkzaamheden als arts worden betrokken tijdens de verpleegstage. Dit geeft de student een breder beeld van het verpleeghuis en de gelegenheid om een positievere ervaring over te houden aan de verpleegstage.

Fase basisarts

Voor de meeste artsen is de kennismaking met het verpleeghuis als basisarts de reden om het vak te overwegen bij de keuze voor een specialisatie en uiteindelijk te solliciteren voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Echter 'onbekend maakt onbemind' en daardoor is er nog een groep artsen die zeer geschikt voor het vak zouden zijn, maar het niet overwegen omdat ze er niet mee in aanraking zijn gekomen of alleen een negatieve ervaring hebben opgedaan. Om deze artsen aan te trekken zouden de volgende interventies het verpleeghuis een aantrekkelijkere werkplek kunnen maken.

1. Positieve framing van de ouderenzorg

In de berichtgeving over de ouderenzorg gaat het veelal over de problemen die er spelen. Dat is echter een te eenzijdige belichting. Er gaat ook heel veel goed en er worden ook successen geboekt. Het is van belang om hier voldoende aandacht aan te besteden, zodat de ouderenzorg neergezet wordt als een interessante werkplek, met hart voor de patiënt/cliënt en waar je betekenisvol werk kan leveren. Op deze manier zullen meer basisartsen overwegen om hier te gaan werken. En mogelijk heeft dit ook een positief effect op de werving van verpleegkundigen en verzorgenden.

2. Maak het vak aantrekkelijker door een betere beloning van basisarts en specialist ouderengeneeskunde

Ook een betere beloning van een basisarts (danwel specialist ouderengeneeskunde) kan een positieve prikkel zijn om het vak te overwegen. Dit vergroot de status van het vak en het wordt voor zij-instromers interessanter om over te stappen naar de ouderengeneeskunde. Een manier om de beloning en status te verhogen is door structureel de financiële waardering in de zorg aan te pakken. Door ook het begeleiden van patiënten bij keuzes om bijvoorbeeld wel of niet te behandelen te vergoeden (en niet alleen medisch-technische verrichtingen), zal ook de status van deze werkzaamheden verhogen en kan dit afstralen op het beroep van specialist ouderengeneeskunde.

Fase arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (AIOS)

1. Medisch leiderschap voldoende in de opleiding inbedden

Zoals reeds genoemd zal een grote krapte op de arbeidsmarkt een grote druk op de werkzame specialisten ouderengeneeskunde leggen. Voor specialisten ouderengeneeskunde die hun opleiding net hebben afgerond zal er bijvoorbeeld veel werk liggen te wachten, terwijl ze in het begin van hun carrière als specialist ouderengeneeskunde ook tijd nodig hebben om te wennen aan de nieuwe verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken. Dit vraagt om medisch leiderschap en het is daarom belangrijk dat dit tijdens de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde al voldoende aan bod komt, zodat de pas afgestudeerde specialist ouderengeneeskunde ook voor deze uitdaging goed is toegerust.

Fase specialist ouderengeneeskunde

Voor optimaal behoud van de werkzame specialisten ouderengeneeskunde liggen er de volgende kansen.

1. Ruimte nemen en krijgen voor het tonen en ontwikkelen van medisch leiderschap

Niet alleen voor pas afgestudeerde specialisten ouderengeneeskunde, maar voor de hele beroepsgroep is medisch leiderschap noodzakelijk. Het is van belang dat de specialist ouderengeneeskunde de ruimte neemt en krijgt om medisch leiderschap te tonen, danwel te ontwikkelen waar nodig. Om de vaardigheden op dit gebied te vergroten zijn er diverse workshops en cursussen op het gebied van medisch leiderschap. Ook via Verenso zullen er workshops aangeboden gaan worden om haar leden te faciliteren om het werk efficiënt en met plezier uit te kunnen blijven oefenen.

2. Potentieel taakherschikking beter benutten

Op het gebied van taakherschikking is er nog veel winst te behalen. Dit komt heel duidelijk naar voren in het verschil tussen de scenario's van het Capaciteitsorgaan, waarbij het verschil tussen een tekort van 33% of 44% wordt bepaald door de mate van taakherschikking. Op sommige plaatsen is er al een hele goede samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist of physician assistant bereikt. Maar zij worden nog niet overal ingezet terwijl zij wel een belangrijke rol kunnen spelen in het ontlasten van de specialist ouderengeneeskunde. Vanuit de specialisten ouderengeneeskunde heersen nog veel vragen over de samenwerking met verpleegkundig specialisten en physician assistants. Daarom is eind mei 2019 de werkgroep taakherschikking van start gegaan met daarin specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants. De taakgroep heeft als doel om tot praktische handvatten te komen om gedragen afspraken te formuleren rondom de samenwerking tussen de beroepsgroepen.

3. Optimale faciliteiten voor goede praktijkvoering specialist ouderengeneeskunde

Daarnaast is het ook van belang dat de specialist ouderengeneeskunde op de werkvloer goede ondersteuning krijgt. Denk hierbij aan goede ICT voorzieningen, waarbij dubbel werk wordt geminimaliseerd, maar ook aan goede secretariële ondersteuning en goed functionerende zorgteams met een duidelijk aanspreekpunt voor de specialist ouderengeneeskunde. Dit verhoogt de doelmatigheid en efficiëntie van de specialist ouderengeneeskunde en zorgt dat de tijd aan de cliënt kan worden besteed.

4. Goede secundaire arbeidsvoorwaarden specialist ouderengeneeskunde

Zoals reeds genoemd is een goede beloning van de specialist ouderengeneeskunde ook erg belangrijk voor de aantrekkingskracht van het vak. Naast een betere financiële beloning, zoals beschreven bij punt 2 in de fase basisarts, is het ook belangrijk voor de specialist ouderengeneeskunde om aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden te hebben. Voor een groot aantal specialisten ouderengeneeskunde is werk-privé balans een belangrijke overweging om voor het vak te kiezen. Om deze artsen te behouden bij tekorten op de arbeidsmarkt is het daarom van belang dat een goede werk-privé balans geborgd wordt in de toekomst.

Samenwerking

Uiteindelijk moet het benutten van bovenstaand potentieel ertoe leiden dat er ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardige ouderenzorg wordt geboden. De specialist ouderengeneeskunde levert hiertoe een belangrijke bijdrage. Om de instroom te vergroten is het van belang om hierin gezamenlijk op te trekken om de voorgestelde verbetermogelijkheden te realiseren. Wij zien onder andere belangrijke rollen voor de ministeries van VWS en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde, de zorgorganisaties, ActiZ en last but not least de medische faculteiten. Door een goede samenwerking kunnen we de specialist ouderengeneeskunde ook in 2040 voor iedereen toegankelijk houden.

Referenties

1. Campen C van. Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. Sociaal en Cultureel Planbureau 2011. Beschikbaar via: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen. Geraadpleegd op 3 juni 2019.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwetsbare ouderen. Volksgezondheid en Toekomstverkenning 2018. Beschikbaar via: <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>. Geraadpleegd op 3 juni 2019.
3. Verbeek-Ouddijk D, Campen C van. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16. Sociaal Cultureel Planbureau 2017. Beschikbaar via: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Ouderen_in_verpleeghuizen_en_vorzorgingshuizen. Geraadpleegd op 3 juni 2019.
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Handelingsopties zelfstandig wonende ouderen. Volksgezondheid en Toekomstverkenning 2018. Beschikbaar via: <https://www.vtv2018.nl/handelingsopties-zelfstandig-wonende-ouderen>. Geraadpleegd op 3 juni 2019.
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aandoeningen. Volksgezondheid en Toekomstverkenning 2018. Beschikbaar via: <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen/>. Geraadpleegd op 3 juni 2019.
6. Twillert M van. Arbeidsmarktmonitor: top vijf weinig veranderd; Lichte groei in vacatures. Medisch Contact. 2019 februari 28. p.14.
7. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016; Deelrapport 5; Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht, 2016. Beschikbaar via: https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2016/10/2016_10_21-CAPACITEITSPLAN-2016-Deelrapport-5-SO-DEFINITIEF.pdf. Geraadpleegd op 15 juli 2019.
8. Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (SOON). Groeikracht; Jaarmagazine 2016-2017; opleiding Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht 2017. https://www.soon.nl/images/Definitief_jaarbeeld_2016-2017_digitale_versie.pdf. Geraadpleegd op 15 juli 2019.
9. Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (SOON). Jaarverslag 2017. Utrecht, 2018. Beschikbaar via: https://www.soon.nl/images/Definitief_jaarverslag_digitiaal.pdf. Geraadpleegd op 15 juli 2019.
10. Samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland (SOON). Jaarverslag 2018. Utrecht, 2019. Beschikbaar via: https://www.soon.nl/images/SOON_jaarverslag_2018_definitief.pdf. Geraadpleegd op 15 juli 2019.
11. Meiboom AA. The future is almost there: Attitudes of medical students towards medicine for older people and their motives for future career choice. 2018. 150 p.

Bijlage A: Factsheet

Hoe blijft de specialist ouderengeneeskunde in 2040 toegankelijk?

De toekomst...

1.000.000
Het aantal **KWETSBARE 65-PLUSERS** stijgt van 700.000 in 2010 naar ruim 1.000.000 in 2030

330.000
Het aantal mensen met **DEMENTIE** stijgt van 154.000 in 2015 naar 330.000 in 2040

340.000
Het aantal **90-PLUSERS** stijgt van 117.000 in 2015 naar 340.000 in 2040

165.000
Het aantal mensen met een indicatie voor **24-UURSZORG (ZZP5)** stijgt van 76.000 in 2015 naar 165.000 in 2040

Waar liggen de KANSEN?

Fase geneeskundestudent

- Verplicht co-schap ouderengeneeskunde in het curriculum
- Meer ouderengeneekten tijdens verpleegstage in het Geneeskundestudenten bij werkzaamheden specialist verpleeghuis betrekken bij werkzaamheden ouderengeneeskunde

Fase basisarts

- Positieve framing van de ouderenzorg
- Vak aantrekkelijker maken door betere beloning van specialist ouderengeneeskunde

Fase AIOS

- Medisch leiderschap voldoende in opleiding inbedden

Fase specialist ouderengeneeskunde

- Ruimte nemen en krijgen voor het tonen en ontwikkelen van medisch leiderschap
- Potentieel taakherschikking beter benutten
- Optimale faciliteiten voor goede ouderengeneeskunde praktijkvoering specialist
- Goede secundaire arbeidsvoorwaarden specialist ouderengeneeskunde

De uitdaging

16%
258 opleidingsplaatsen tot specialist ouderengeneeskunde bleven **ONVERVULD** tussen 2005 en 2018

44%
Zonder ingrijpen loopt het **TEKORT** aan specialisten ouderengeneeskunde in 2034 op tot 1.230* op de benodigde 2.766 om aan de vraag te voldoen

De uitdaging

Jaar	Werkzaam	Tekort
2019	~1000	~1000
2034	~1000	~1230

*worst case scenario

Juli 2019

Het volledige rapport met toelichting is te vinden op www.verenso.nl