

# DE "R-FACTOR"

EINDRAPPORTAGE VAN EEN ONDERZOEK NAAR HET  
BELANG VAN REGIONALE FACTOREN BIJ DE  
PLANNING VAN DE OPLEIDINGSCAPACITEIT EN DE  
INNOVATIE VAN DE MEDISCHE  
VERVOLGOPLEIDINGEN  
IN DE OOR NOORD & OOST NEDERLAND

**dr R.H. Bakker**

**dr G.J. Dijkstra**

**prof. dr S.A. Reijneveld**

**prof. dr J.W. Groothoff**

**Sectie Toegepast Onderzoek**

**Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG)**

# DE "R-FACTOR"

EINDRAPPORTAGE VAN EEN ONDERZOEK NAAR HET BELANG VAN  
REGIONALE FACTOREN BIJ DE PLANNING VAN DE  
OPLEIDINGSCAPACITEIT EN DE INNOVATIE VAN DE MEDISCHE  
VERVOLGOPLEIDINGEN  
IN DE OOR NOORD & OOST NEDERLAND

dr R.H. Bakker

dr G.J. Dijkstra

prof. dr S.A. Reijneveld

prof. dr J.W. Groothoff

Sectie Toegepast Onderzoek

Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG)

## Colofon

- Titel:** De "R-factor", eindrapportage van een onderzoek naar het belang van regionale factoren bij de planning van de opleidingscapaciteit en de innovatie van de medische vervolgopleidingen in de OOR Noord & Oost Nederland.
- Auteurs:** dr R.H. Bakker  
dr G.J. Dijkstra  
prof. dr S.A. Reijneveld  
prof. dr J.W. Groothoff
- ISBN:** 978 90 77113 578
- Opdrachtgever:** Wenckebach Instituut
- Uitgave:** Sectie Toegepast Onderzoek  
Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
- Adres:** Sectie Toegepast Onderzoek  
Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken  
A. Deusinglaan 1  
9713 AV Groningen
- Telefoon:** 050 – 3637382
- E-mail:** [r.h.bakker@med.umcg.nl](mailto:r.h.bakker@med.umcg.nl)
- Trefwoorden:** medisch specialisten, capaciteitsplanning, vragenlijstonderzoek, innovatie, vervolgopleiding
- Datum:** februari 2007

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2 Methode</b>	<b>11</b>
<b>3 Resultaten opleidingscapaciteit</b>	<b>13</b>
3.1 Respons	13
3.2 Leeftijd en geslacht	15
3.3 Opleiding, registratie en werklocatie	22
3.4 Regiogebondenheid en toekomstplannen	23
3.5 Arbeidsmarkt en planning opleidingscapaciteit	25
3.6 Conclusies	31
<b>4 De medische vervolgopleiding</b>	<b>33</b>
4.1 Betrokkenheid medische vervolgopleiding	33
4.2 Betrokkenheid innovaties medische vervolgopleiding	36
4.3 Het voorzien van problemen door innovaties	38
4.4 Conclusies	41
<b>5 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen</b>	<b>42</b>
5.1 Betrouwbaarheid en validiteit	42
5.2 Antwoorden op de vraagstellingen	43
5.3 Algemene conclusies en beschouwing	47
5.4 Aanbevelingen opleidingscapaciteit OOR Noord & Oost	49
<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage 1 Aanvullende tabellen</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage 2 Grafieken toekomstige capaciteit volgens MS en CO</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage 3 Betrokkenheid medisch specialisten bij innovatie</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage 4 Door medisch specialisten voorziene knelpunten</b>	<b>62</b>

## Samenvatting

In de zomer van 2006 is een enquête rondgestuurd naar alle medisch specialisten in de onderwijs- en opleidingsregio (OOR) Noord & Oost Nederland. Ruim 53% van de specialisten beantwoordde de gehele vragenlijst, terwijl aanvullend van 20% informatie kon worden verkregen over alle kernvragen van de vragenlijst, die betrekking hadden op persoonskenmerken, specialisme, plaats van opleiding en werklocatie. Een respons van 73% is hoog te noemen.

Het onderzoek spitste zich toe op twee onderwerpen :

1. de opleidingscapaciteit voor de medische vervolgoopleidingen in de OOR Noord & Oost;
2. de motivatie voor de innovaties van de medische vervolgoopleidingen onder specialisten van de OOR Noord & Oost.

### **Resultaten en conclusies met betrekking tot de opleidingscapaciteit**

#### *Achtergrond*

De arbeidsmarkt voor medisch specialisten in de regio Noord- en Oost-Nederland is sterk afhankelijk van de vraag naar vervanging en uitbreiding van het benodigde specialistenbestand voor de medische zorg aan de inwoners van Noord- en Oost-Nederland. Deze regio beslaat een kwart van het oppervlak van Nederland en telt een zesde van het inwonersaantal. De regio wordt gekenmerkt door een extensieve geografische spreiding van de bevolking, waardoor er sprake is van meerdere grote medische centra omringd door kleinere streekziekenhuizen. De medische centra zijn de “teaching hospitals”, die verbonden zijn aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Het UMCG werkt met deze ziekenhuizen samen in het kader van onderwijs en opleidingen in de (medische) zorg. De regionale ligging en de spreiding van de bevolking van Noord- en Oost-Nederland brengt met zich mee dat deze regio meer zelfvoorzienend dient te zijn met betrekking tot de vraag naar vervanging en uitbreiding van het bestand aan medisch specialisten dan West-Nederland. Er is sprake van een sterke uitstroom van in Noord- en Oost-Nederland opgeleide specialisten naar de Randstadregio's, met als gevolg dat slechts 11% van de specialisten in de OOR Noord & Oost Nederland jonger is dan 40 jaar en slechts 42,5% van de specialisten in deze regio is opgeleid binnen de eigen regio. Bijna 60% moet derhalve geïmporteerd worden uit andere regio's, hetgeen niet eenvoudig te realiseren valt. Een meerderheid van de specialisten geeft dan ook aan dat het moeilijk is om nieuwe specialisten van elders aan te trekken. Met name de ondersteunende specialismen en de psychiatrie hebben hier last van, maar ook specialismen als revalidatie, maag, darm en leverziekten (MDL), plastische chirurgie, klinische geriatrie en thoraxchirurgie geven aan hierin problemen te ondervinden. Deze gegevens ondersteunen het belang van “eigen kweek” in de regio.

### *Vergrijzing*

Een groot nadeel voor de positie van de OOR Noord & Oost op de arbeidsmarkt komt voort uit de sterke vergrijzing van de binnen de regio werkzame specialisten. Had deze regio in 2001 nog een relatief jong specialistenbestand, vijf jaar later, in 2006, is dit bestand relatief oud te noemen: 49% van de regionale specialisten blijkt inmiddels ouder te zijn dan 50 jaar. De vergrijzing is het meest duidelijk zichtbaar in de algemene ziekenhuizen; slechts 7,4% is hier jonger dan 40 jaar. Tien procent van de specialisten in de OOR Noord & Oost is ouder dan 60 jaar. Een gevolg hiervan is dat de vervangingsvraag voor uittredende specialisten snel stijgt.

### *Man-vrouw-verhouding*

Een ander regionaal kenmerk is het lage percentage vrouwelijke specialisten. Voor heel Nederland bedraagt dit 26%, maar binnen de regio Noord- en Oost-Nederland ligt dit percentage aanmerkelijk lager, namelijk op 20%. Het percentage vrouwen dat een opleiding tot medisch specialist volgt bedraagt echter 51%. Op termijn zullen er derhalve (bijna) evenveel vrouwelijke als mannelijke medisch specialisten werkzaam zijn. Dit betekent dat Noord- en Oost-Nederland de komende jaren een inhaalslag zal doormaken. Een dergelijke inhaalslag heeft met betrekking tot de planning van de opleidingscapaciteit een toename van de vervangingsbehoefte tot gevolg. Vrouwen werken immers vaker in deeltijd dan mannen en treden ook vroeger uit; de gemiddelde gewenste pensioneringsleeftijd voor vrouwen is 62,1 jaar, terwijl deze voor mannen 63,3 jaar is.

### *Vervangingsbehoefte en bindingsfactor*

Wie zich als specialist eenmaal in Noord- en Oost-Nederland heeft gevestigd wil hier doorgaans vanwege de plezierige woon- en werkomgeving graag blijven. Dit bindingseffect neemt toe naarmate men langer in de regio woont en werkt. Toch is de regionale vervangingsbehoefte in de regio Noord en Oost Nederland relatief groot door de uitstroom van "jonge klare" (pas geregistreerde medisch specialisten), de regionale vergrijzing en relatief lage vrouwenparticipatie. Weliswaar wordt deze tendens enigszins afgedempt door de sterke binding met de regio, maar men ziet ook een uitbreidingsbehoefte op basis van de ontwikkelingen binnen de zorg. Tweederde van de specialisten in Noord- en Oost-Nederland is in dat kader van mening dat er in de toekomst meer specialisten nodig zullen zijn. Meer dan de helft van de specialisten van de ondersteunende specialismen en psychiatrie vindt het aantal opleidingsplaatsen te krap. Het zijn vooral de psychiaters, MDL-artsen, revalidatie-artsen, plastisch chirurgen, orthopeden en neurochirurgen die in hun specialismen de grootste toekomstige behoefte voorzien. Zij verwachten dan ook uiteenlopende problemen door de aangekondigde krimp in het aantal opleidingsplaatsen.

### *Landelijk versus regionaal*

Er is een duidelijk verschil tussen de inschattingen van het landelijke capaciteitsorgaan en de mening van de regionale specialisten in de regio Noord- en Oost-Nederland. Landelijk worden de tekorten aan specialisten met name voorzien bij dermatologie, oogheelkunde, radiologie en psychiatrie. Alleen deze laatste behoefte wordt echter bevestigd door de regionale specialisten. Als het gaat om de behoefte aan opleidingsplaatsen voor de opleidingen tot medisch specialist wijkt de regionale behoefte derhalve duidelijk af van de landelijke planning van de opleidingscapaciteit en toewijzing. Dat is een opmerkelijk gegeven waarmee bij de capaciteitstoewijzing terdege rekening gehouden moet worden.

De OOR Noord & Oost Nederland krijgt momenteel een toewijzing op basis van 1/8 van de landelijke capaciteit. Gerekend naar het inwonersaantal van Noord & Oost Nederland ligt het echter voor de hand dat deze regio 1/6 van de landelijke opleidingscapaciteit moet worden toegewezen. Ook indien wordt uitgegaan van het aantal landelijk werkzame specialisten, namelijk 14.283 (Capaciteitsorgaan 2005), en dit aantal wordt afgezet tegen de 2146 specialisten die in de regio Noord & Oost werkzaam zijn, één zevende deel, dan blijkt het aantal toegekende opleidingsplaatsen onevenredig te zijn. Dat deze achterstand ook daadwerkelijk door de beroepsbeoefenaren wordt gevoeld kan worden onderbouwd door het feit dat ruim een derde van de medisch specialisten van oordeel is dat er *momenteel* een gebrek aan specialisten binnen hun vakgebied bestaat, terwijl een meerderheid van de medisch specialisten van oordeel is dat er *in de toekomst* sprake zal van een tekort aan opleidingsplaatsen om tegemoet te kunnen komen aan de zorgontwikkeling binnen Noord- en Oost-Nederland. Maar ook de vervanging van uittreedende en in deeltijd werkende specialisten leidt tot een grotere vervangingsbehoefte in de OOR Noord & Oost Nederland dan aanvankelijk werd voorzien. Daarnaast is duidelijk geworden dat de regio meer en gemakkelijker exporteert dan importeert op de regionale specialistenarbeidsmarkt. Dit alles pleit voor een ruimere toewijzing van opleidingsplaatsen, respectievelijk minder krimp in deze toewijzing aan de OOR Noord & Oost Nederland. Naast berekeningen van de behoefte aan opleidingsplaatsen per specialisme op landelijk niveau, moet er dan ook meer inzicht komen in de regionale behoefte aan opleidingsplaatsen op basis van vervanging en uitbreiding van het aantal specialisten per specialisme per OOR.

### **Resultaten en conclusies met betrekking tot de opleidingsinnovatie**

Naast de kwantiteit van de opleidingsplaatsen is de kwaliteit en innovatie van de medische vervolgoopleidingen belangrijk en actueel. De OOR Noord & Oost Nederland mag zich voorstaan op een grote betrokkenheid en inzet van medisch specialisten bij de innovaties van de medische vervolgoopleidingen; 90% van de regionale specialisten spreekt zijn steun uit voor deze innovaties. Dit percentage is ongeacht de leeftijd van de specialist en het specialisme dat hij of zij uitoefent. Ondanks deze steun voorziet 80% van de specialisten problemen bij de implementatie van de innovaties, met name in de bedrijfsvoering. Omdat de zorgproductie sterk afhankelijk is van AIOS vallen er gaten in de roosters c.q. stagneert de

productie als deze weg zijn van de werkvloer voor het volgen van cursussen of oefenen van klinische vaardigheden in een skillslab. Dit maakt duidelijk dat een succesvolle implementatie sterk afhankelijk zal zijn van het op elkaar afstemmen van opleiding en bedrijfsvoering, zo blijkt uit de gegevens van het vragenlijstonderzoek.

Een andere factor die van invloed is op het implementeren van de innovaties binnen de vervolgopleidingen ligt in de onderwijskundige professionalisering van de specialisten die een taak hebben in deze opleiding. Het is verheugend om te kunnen constateren dat in 2006 al 20% van de medisch specialisten actief betrokken was bij de innovaties, dat eenderde van hen reeds een cursus docentprofessionalisering had gevolgd en de rest een dergelijke cursus graag wilde volgen.

Nu al heeft 60% van de specialisten een rol in de opleiding en is 75% op de hoogte van het feit dat de vervolgopleidingen gemoderniseerd zullen worden. De helft daarvan weet (nog) niet precies wat deze modernisering inhoudt en over welke competenties het gaat, maar 60% geeft aan dat wel te willen weten en wil zich laten bijscholen in deze competenties (Canmeds).

De betrokkenheid en participatie van de specialisten in de OOR Noord & Oost Nederland bij de innovatie van de medische vervolgopleidingen is derhalve heel groot en biedt een goede basis voor verdere regionale samenwerking met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van de innovaties in de medische vervolgopleidingen en het verder vormgeven van een regionaal samenhangend medisch opleidingscontinuüm.

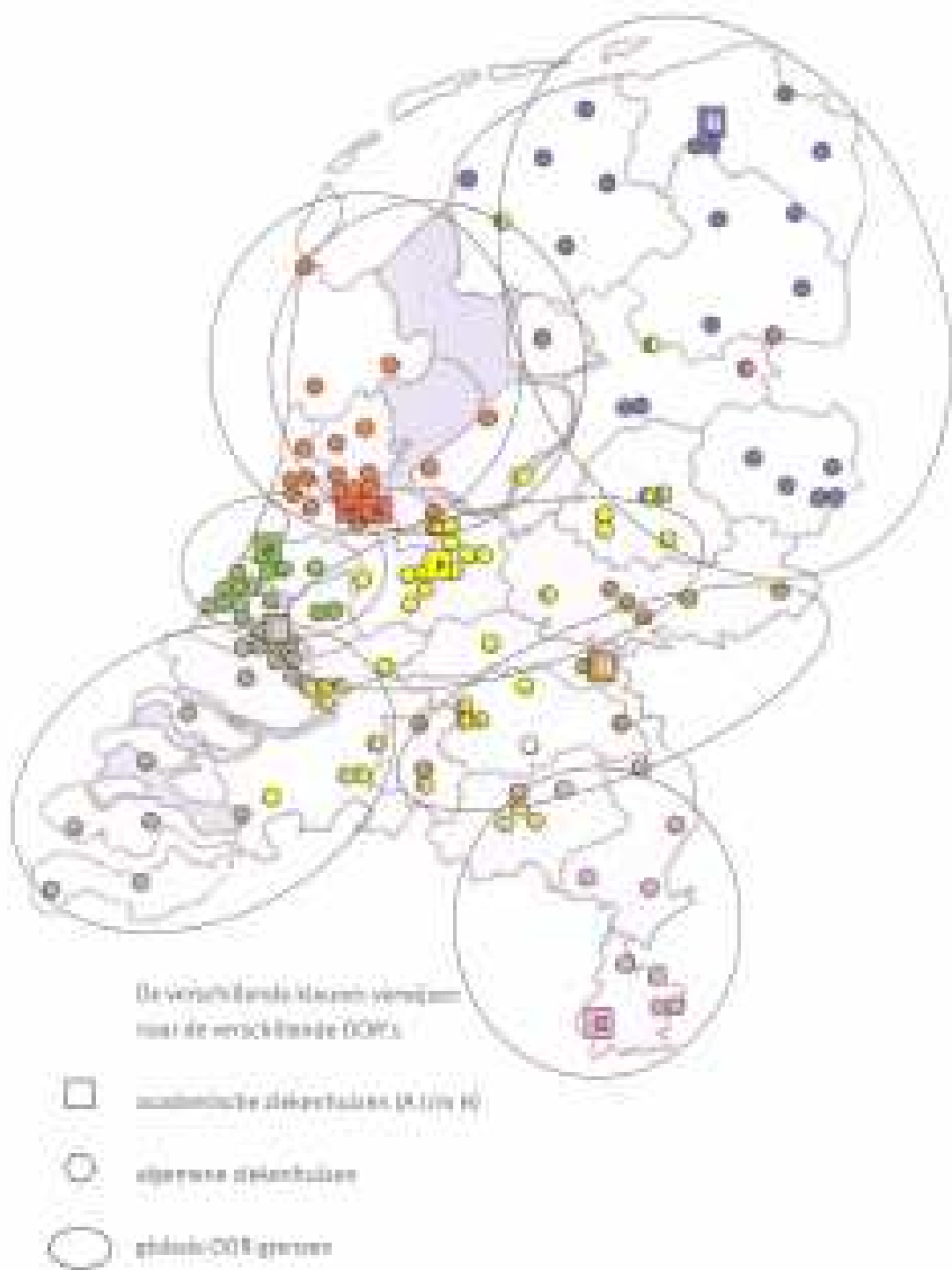
### **Aanbevelingen**

Op basis van bovenstaande gegevens kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

1. De landelijke planning van de opleidingscapaciteit moet worden aangevuld met een regionale planning van de opleidingscapaciteit, waarbij rekening wordt gehouden met specifieke kenmerken en factoren van de verschillende regio's, zoals de regionale vergrijzing, feminisering, inwonersaantallen, zorgontwikkeling en mobiliteit. Deze gegevens dienen regionaal per specialisme in kaart te worden gebracht.
2. Voor de OOR Noord & Oost Nederland geldt dat op al deze kenmerken en factoren sprake is van een achterstand. De OOR Noord & Oost zal dan ook moeten worden ontzien bij de voorziene landelijke krimp in het aantal opleidingsplaatsen voor AIOS. Met name binnen de ondersteunende specialismen en de psychiatrie dient enige groei te worden gerealiseerd. Daarbij dient het totaal aantal opleidingsplaatsen van de OOR Noord & Oost evenredig te zijn met het inwoneraantal dan wel het aantal werkzame specialisten binnen de regio. Dit betekent dat de OOR Noord & Oost op termijn door zou moeten groeien naar 1/7 respectievelijk 1/6 van het landelijke quotum aan opleidingsplaatsen, waarbij de verdeling over de specialismen binnen dat quotum beter aan zou moeten sluiten op de regionale behoefte.

3. Een sterk punt voor de OOR Noord & Oost is de kwaliteit van het medisch opleidingscontinuüm en de reeds bestaande samenwerking binnen het medisch onderwijs en de medische vervolgopleidingen tussen het UMCG en haar "Teaching Hospitals". Het is aan te bevelen dat de belanghebbende partijen binnen de OOR Noord & Oost zich in gezamenlijkheid hierin nog meer gaan profileren en dit kwaliteitsprofiel gebruiken voor het aantrekken en behouden van AIOS en medisch specialisten. Daarbij is meer aandacht voor de werving en selectie van zowel AIOS als specialisten gewenst.
4. Dit onderzoek is beperkt tot de data en meningen van medisch specialisten. Het is aan te bevelen om in de nabije toekomst ook de data en meningen van AIOS in de OOR Noord & Oost door middel van wetenschappelijk onderzoek in kaart te brengen.

## Acht Onderwijs- en OpleidingsRegio's in Nederland



# 1 Inleiding

Nederland is ingedeeld in acht Onderwijs- en OpleidingsRegio's (OOR's) rondom de acht Universitaire Medische Centra (UMC's) in het land. Binnen een OOR maken ziekenhuizen en onderwijsinstellingen afspraken over het onderwijs, de opleidingen en de arbeidsmarkt, alsmede over de verdeling van de aan de OOR toegekende opleidingscapaciteit.

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is de spil van de OOR Noord & Oost-Nederland. Deze regio beslaat de provincies Friesland, Groningen, Drenthe en Overijssel (Twente-Salland en Zwolle en omstreken). Voor het praktijkdeel van de studie Geneeskunde werkt het UMCG nauw samen met de ziekenhuizen:

- Medisch Centrum Leeuwarden
- Martini Ziekenhuis (Groningen)
- Scheper ziekenhuis (Emmen)
- Isala klinieken (Zwolle)
- Medisch Spectrum Twente (Enschede)
- Deventer Ziekenhuizen
- Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo)

Deze "Teaching Hospitals" verzorgen een deel van de klinische fase van de geneeskunde studie en werken daarbij samen met stage-ziekenhuizen in de buurt.

Het Onderwijsinstituut van het UMCG, coördineert de uitvoering en legt de afspraken met de Teaching Hospitals vast in een uitvoeringsregeling.

De medische vervolgoopleidingen worden landelijk geregeld. Binnen de regio wordt samengewerkt in regionale opleidingsclusters, waar opleiders elk een (langer of korter) deel of stage van de opleiding verzorgen. De opleider van het UMCG is dan de opleider die zorgt voor de afstemming en coördinatie binnen het cluster. In verband met de planning van de opleidingscapaciteit en de innovatie van de medische vervolgoopleidingen werken ook de zelfstandige opleidingen steeds meer in regionaal verband samen. Het Wenckebach Instituut van het UMCG ondersteunt de innovatie van de medische vervolgoopleidingen en de regionale samenwerking binnen de OOR Noord & Oost Nederland.

De planning van de opleidingscapaciteit en toedeling van opleidingsplaatsen voor de medische, tandheelkundige en klinisch technologische (vervolg)opleidingen vindt landelijk plaats. Vanaf 2008 zal dat ook voor verpleegkundige en OK (vervolg)opleidingen gelden. Het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) verdeelt de opleidingsplaatsen over de acht OOR-regio's in Nederland. De Universitair Medische Centra (UMC's) komen in overleg met de regionale opleidingsziekenhuizen tot een regionale verdeling van die plaatsen.

De planning van de opleidingscapaciteit van opleidingsplaatsen is echter een planning op nationaal niveau. De verdeling van deze landelijke opleidingscapaciteit over de acht regio's is

niet gebaseerd op gegevens over de regionale arbeidsmarkt en zorgontwikkeling. Het gevolg hiervan is dat de opleidingscapaciteit die de OOR Noord & Oost Nederland krijgt toebedeeld niet per definitie aansluit bij de regionale behoefte.

Kenmerkend voor deze regio is de geografische omvang en spreiding van de bevolking, met als gevolg daarvan een spreiding van zorg (en opleidingen) over meerdere grotere medische centra/ opleidingsziekenhuizen. De regionale situering ten opzichte van de Randstedelijke bevolkingsconcentraties brengt bovendien met zich mee dat Noord- en Oost-Nederland (meer dan) "self-supporting" moet zijn als het gaat om het zorgen voor voldoende medisch specialisten op de regionale arbeidsmarkt. Het is nu eenmaal moeilijker om in West-Nederland gevestigde specialisten te bewegen zich in Noord- en Oost Nederland te vestigen dan andersom.

Uit een onderzoek dat in 2001 onder auspiciën van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is uitgevoerd en dat in het onderzoeksrapport 'Gaten in de Zorg' (KNMG, 2001) is beschreven, bleek dat de meeste specialisten die werkzaam waren in de Noordelijke provincies, ook in deze regio zijn opgeleid. De specialistencapaciteit bleek in deze regio, meer dan in andere regio's, afhankelijk van "eigen kweek" en de planning van de opleidingscapaciteit zal hier dus op gebaseerd moeten zijn. Met het doel meer zicht te krijgen op de daadwerkelijke regionale arbeidsmarktontwikkeling en opleidingsbehoefte is door het Wenckebach Instituut van het UMCG opdracht gegeven aan de sectie Toegepast Onderzoek van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) om dit in 2006 opnieuw te onderzoeken.

Naast het zeker stellen van voldoende opleidingscapaciteit, is ook de kwaliteit van de specialistenopleidingen in de regio Noord & Oost Nederland belangrijk. Vanuit het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) zijn nieuwe onderwijskundige kaders afgegeven en worden door de wetenschappelijke verenigingen nieuwe opleidingscurricula ontwikkeld. Opleiders zijn verantwoordelijk voor de implementatie ervan. Het ontwikkelen en doorvoeren van deze onderwijsinnovaties zal van alle bij de opleiding betrokken specialisten (en AIOS) veel inspanning vergen. Regionale samenwerking kan hierbij helpen, evenals de ondersteuning van die samenwerking door het Wenckebach Instituut van het UMCG. Om dit vorm te geven en te ondersteunen richt het door het Wenckebach Instituut geïnitieerde en door het NCG uitgevoerde onderzoek zich tevens op de vraag hoe de regionale specialisten op dit moment (2006) denken over de innovaties binnen de medische vervolgopleidingen en in hoeverre zij daarbij betrokken willen zijn en er een aandeel in willen leveren. Dit deel van het onderzoek is te beschouwen als een nul-meting voor de implementatietrajecten van de innovaties in de medische vervolgopleidingen.

Het Wenckebach Instituut heeft in overleg met de regionale Teaching Hospitals voorliggend onderzoek laten uitvoeren onder alle medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen in de OOR Noord & Oost Nederland. Hierbij staat een aantal onderzoeksvragen centraal:

1. Hoeveel medisch specialisten die in de regio OOR Noord & Oost Nederland werkzaam zijn hebben (een deel van) hun opleiding tot specialist in het UMCG gevolgd?
2. Hoe ziet de geslachtsverdeling van de deelnemend specialisten eruit, wat is hun aanstellingspercentage en welke toekomstplannen hebben zij met betrekking tot hun carrière?
3. Welke mening hebben medisch specialisten over de capaciteit binnen hun eigen specialisme en over de capaciteitsbehoefte in de nabije toekomst?
4. Welke aanwijzingen vallen uit de antwoorden op bovenstaande vragen te destilleren ten aanzien van de wenselijke opleidingscapaciteit voor de komende vijf jaar?
5. Hoeveel van de deelnemende medisch specialisten zijn op de hoogte van de op handen zijnde innovaties binnen de medische vervolgopleidingen en welke problemen voorzien zij bij de implementatie ervan?
6. Hoeveel medisch specialisten zijn op dit moment bij de opleiding tot medisch specialist betrokken en welke bereidheid bestaat er bij niet bij de opleiding betrokken medisch specialisten om werkzaamheden ten behoeve van innovaties binnen deze opleiding te verrichten?

In dit rapport wordt in hoofdstuk 2 de methode van onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten die betrekking hebben op de planning van de opleidingscapaciteit. Hoofdstuk 4 gaat over de (gewenste) betrokkenheid van medisch specialisten bij innovaties van de medische vervolgopleidingen. In hoofdstuk 5 ten slotte, worden op basis van de resultaten conclusies getrokken. In de beschouwing, welke eveneens van dit laatste hoofdstuk deel uitmaakt, worden de resultaten in een breder perspectief geplaatst en wordt besloten met enkele aanbevelingen. Tenslotte volgt nog een aantal bijlagen.

## 2 Methode

Begin april 2006 zijn via een verzendbureau 2504 medisch specialisten benaderd, met het verzoek aan het onderzoek naar planning van de opleidingscapaciteit en innovaties binnen de opleiding tot medisch specialist deel te nemen. Er is gebruik gemaakt van een adressenbestand van alle specialisten uit de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) Noord & Oost Nederland van het Wenckebach Instituut. De betrokken specialisten ontvingen een vragenlijst die gedeeltelijk is gebaseerd op de vragenlijst die in het onderzoek van 2001 reeds is gebruikt en met een aantal vragen is uitgebreid. Aan de respondenten die niet de gehele vragenlijst wilden invullen werd gevraagd in ieder geval de eerste drie vragen te beantwoorden die betrekking hadden op hun leeftijd, plaats c.q. ziekenhuis van opleiding en huidige werkplek.

De gebruikte vragenlijst is gericht op twee in kaart te brengen aspecten:

- de door medisch specialisten gevoelde behoefte aan opleidingscapaciteit voor de vervolgopleidingen tot medisch specialist;
- de mening van medisch specialisten over de op handen zijnde innovaties binnen de medische vervolgopleidingen.

Daarbinnen kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

*Met betrekking tot de opleidingscapaciteit:*

- de plaats van opleiding, het jaar van registratie en de huidige werklocatie;
- de toekomstplannen van medisch specialisten;
- de mening van medisch specialisten over de arbeidsmarkt en planning van de opleidingscapaciteit binnen het eigen vakgebied;

*Met betrekking tot de mening van medisch specialisten omtrent innovaties:*

- de bekendheid met en betrokkenheid bij de op handen zijnde innovaties binnen de medische vervolgopleidingen;
- de pluspunten en knelpunten die men voorziet tengevolge van het doorvoeren van deze innovaties.

Indien na twee weken geen reactie van een aangeschreven medisch specialist werd ontvangen werd een reminder verstuurd. Werd hier in de volgende twee weken ook niet op gereageerd dan werd een poging gedaan tot telefonisch contact met de betreffende specialist, met het verzoek in ieder geval te reageren op de eerste drie vragen van de vragenlijst, die ingaan op de plaats van opleiding, het jaar van registratie en de huidige werklocatie. Omdat geleidelijk aan duidelijk werd dat deze strategie een beperkt succes had (zie hoofdstuk 3: resultaten) is daarna een groot aantal specialisten via de e-mail benaderd.

*Workshop*

De eerste resultaten van het onderzoek zijn op 8 juni 2006 tijdens een workshop aan een dertigtal medisch specialisten/deskundigen gepresenteerd. Afgaande op het commentaar van de aanwezige medisch specialisten bleek men zich te herkennen in de getoonde resultaten.

## 3 Resultaten opleidingscapaciteit

### 3.1 Respons

De respons kan op basis van twee bestanden worden berekend:

1. het bestand van medisch specialisten die de gehele vragenlijst hebben ingevuld;
2. het geïntegreerde bestand van medisch specialisten die de gehele vragenlijst hebben ingevuld, aangevuld met medisch specialisten die alleen op de drie eerste vragen van de vragenlijst antwoord hebben gegeven (zie hoofdstuk 2 Methode).

#### *Ad 1. De gehele vragenlijst*

In totaal is in de maand april 2006 naar 2146 personen, die als werkend medisch specialist te boek stonden, een vragenlijst verstuurd. Hierbij is gebruik gemaakt van een geautomatiseerd bestand van het Wenckebach Instituut. Uitgaande van deze gegevens gaat het bij een totaal aantal bruikbare vragenlijsten van 1132 om een respons van 53%. Deze respons mag als hoog worden aangemerkt.

#### *Ad 2. Het geïntegreerde bestand*

Begin juni 2006 is gestart met het telefonisch benaderen van medisch specialisten, die noch op de vragenlijst noch op de reminder hadden gereageerd. Aan hen werd gevraagd of zij bereid waren om alleen antwoord te geven op de eerste drie vragen van de vragenlijst, omdat op basis daarvan een beeld verkregen kon worden van de regio c.q. het ziekenhuis waarin de betrokken specialisten zijn opgeleid alsmede van hun huidige werkplek. Omdat het telefonisch achterhalen van deze gegevens moeizaam verliep, werden ook de fax en e-mail ingezet. Vooral dit laatste medium bleek goed bruikbaar en heeft de respons op de eerste drie vragen van de vragenlijst aanmerkelijk verhoogd. In totaal hebben 405 medisch specialisten op het verzoek de eerste drie vragen te beantwoorden gereageerd. Wordt deze respons bij de respons op de gehele vragenlijst gevoegd dan gaat het om 1537 respondenten, een respons van 73%.

Tabel 1 geeft inzicht in aantallen en percentages van de aan het onderzoek deelnemende specialisten. De indeling in specialisme-categorieën is daarbij identiek aan de indeling die is gebruikt in het rapport 'Capaciteitsplanning 2005' van het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (Capaciteitsorgaan, 2005). In de laatste kolom van de tabel zijn de percentages weergegeven die per specialisme de proportie medisch specialisten van het totaal aantal werkzame specialisten in alle velden aanduiden. Deze gegevens zijn ontleend aan het rapport van het Capaciteitsorgaan. Aan de hand van deze percentages kan een beeld worden verkregen van de representativiteit van de in dit onderzoek gehanteerde steekproef, althans voor zover vergeleken met de landelijke cijfers.

**TABEL 1 OVERZICHT VAN AAN HET ONDERZOEK DEELNEMENDE SPECIALISTEN IN ABSOLUTE AANTALLEN EN PERCENTAGES, VERGELEKEN MET LANDELIJKE PERCENTAGES**

<b>Soort specialist</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Landelijk %</b>
Anesthesioloog	67	6.2	8.1
Arts-microbioloog	9	0.8	1.4
Cardioloog	42	3.9	4.6
Cardiothoracaal chirurg	6	0.6	0.7
Chirurg	95	8.8	6.6
Dermatoloog	27	2.5	2.5
Gynaecoloog	85	7.9	5.6
Kaakchirurg	22	2.0	1.3
Internist	75	7.0	10.0
Kinderarts	102	9.5	7.4
Klinisch chemicus	17	1.6	1.8
Klinisch geneticus	11	1.0	0.4
Klinisch geriater	8	0.7	0.7
Klinisch patholoog	27	2.5	2.0
Kno-arts	41	3.8	2.7
Longarts	37	3.4	2.7
MDL-arts	23	2.1	1.4
Neurochirurg	10	0.9	0.7
Neuroloog	50	4.7	4.7
Nucleair geneeskundige	12	1.1	0.7
Oogarts	47	4.4	3.8
Orthopeed	38	3.5	3.5
Plastisch chirurg	19	1.8	1.4
Psychiater	44	4.1	15.2
Radioloog	52	4.8	6.4
Radiotherapeut	21	2.0	1.3
Reumatoloog	27	2.5	1.2
Revalidatie-arts	34	3.2	2.4
Uroloog	26	2.4	2.1
<b>Totaal</b>	<b>1074</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Chirurgen, kinderartsen, gynaecologen, internisten en radiologen vormen de grootste groepen van specialisten die aan het vragenlijstonderzoek hebben deelgenomen. Vergelijken met de landelijke verdeling van medisch specialisten valt op dat vooral het aantal psychiaters en in mindere mate het aantal internisten wat achterblijft. Voor de representativiteit van de steekproef levert dit echter geen problemen op, aangezien beide specialismen in absolute zin ruim vertegenwoordigd zijn.

In tabel 1a in bijlage 1 (achterin dit rapport) worden de deelnemend medisch specialisten onderscheiden naar de provincie waarin zij werkzaam zijn.

### 3.2 Leeftijd en geslacht

#### *Leeftijd en toekomstplannen*

De gemiddelde leeftijd van de medisch specialisten die de gehele vragenlijst hebben ingevuld is 49 jaar, met een minimumleeftijd van 31 en een maximumleeftijd van 70. Van de respondenten die de eerste drie vragen van de vragenlijst hebben ingevuld zijn ook leeftijdsgegevens bekend, maar slechts van 263 van de 405 respondenten. Deze subgroep liet exact dezelfde leeftijdsverdeling zien (gem. 49, min. 31, max. 70).

Tabel 2 toont de leeftijdsverdeling versus het geslacht van de medisch specialisten. Hierbij is dezelfde leeftijdsindeling gehanteerd als in het rapport 'Gaten in de Zorg' uit 2001, te weten in categorieën van 15 jaar, teneinde een vergelijking tussen beide onderzoekspopulaties mogelijk te maken. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat het onderzoek in 2001 de drie Noordelijke provincies betrof en dus niet de gehele OOR Noord & Oost Nederland, welke daarop een uitbreiding vormt (zie inleiding).

TABEL 2 MEDISCH SPECIALISTEN NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT, IN PROCENTEN

Leeftijdscategorie	25-39	40-54	55-65	Totaal (n)
man	57.6	78.7	92.6	901
vrouw	42.4	21.3	7.4	224
<b>Totaal (n)</b>	<b>11.7 (132)</b>	<b>60.4 (682)</b>	<b>27.9 (311)</b>	<b>1125</b>

Uit de tabel valt duidelijk op te maken dat geleidelijk steeds meer vrouwelijke medisch specialisten deel uitmaken van het aantal werkzame specialisten. Betreft dat in de leeftijdscategorie van 55-65 jaar slechts 7.4% in de leeftijdscategorie 25-39 jaar is dit percentage opgelopen tot 42.4%.

Ruim 60% van alle medisch specialisten, ongeacht geslacht, is tussen de 40 en 54 jaar oud. In het onderzoek dat in 2001 is uitgevoerd was dit percentage aanmerkelijk lager, te weten 33%. Ruim 11% van de medisch specialisten valt binnen de leeftijdscategorie 25-39 jaar, terwijl ruim een kwart ouder is dan 55 jaar. In 2001 waren deze percentages respectievelijk 40% en 27%.

Deze gegevens duiden erop dat er binnen de regio Noord & Oost Nederland sprake is van een sterke vergrijzingstendens. Deze constatering kan verder worden onderbouwd door het aantal 50-plussers in ogenschouw te nemen, dat binnen de groep medisch specialisten ruim 49% blijkt te zijn. In het onderzoek dat in 2001 is uitgevoerd lag dit percentage aanzienlijk lager, te weten op 41%. Daarbij is destijds in het rapport 'Gaten in de Zorg' een vergelijking gemaakt tussen gegevens van de medisch specialisten uit de toenmalige onderzoeksgroep en gegevens van de Rijks Planologische Dienst over het jaar 2000, waarin een percentage van 44% 50-plussers in de 'rest van Nederland' wordt gepresenteerd. De conclusie van de onderzoekers in 2001 was dan ook dat medisch specialisten in Noord-Nederland verhoudingsgewijs jonger waren dan elders in Nederland. Uitgaande van de resultaten die

binnen het onderhavige onderzoek zijn gevonden, blijkt echter dat daarin een verandering is opgetreden; de leeftijd van medisch specialisten in de OOR Noord & Oost Nederland is inmiddels gemiddeld hoger dan in de rest van Nederland.

Om één en ander meer inzichtelijk te maken zijn in tabel 3 per specialisme de percentages beroepsbeoefenaren aangegeven die 50 jaar of ouder zijn. In deze tabel worden de percentages 50 plussers in Noord & Oost Nederland afgezet tegen de landelijke percentages van 50-plussers, zoals die door het Capaciteitsorgaan in 2005 zijn vastgesteld (Capaciteitsorgaan 2005).

**TABEL 3 PERCENTAGE 50-PLUSSERS PER SPECIALISME**

Soort specialist	%	(n)	Landelijk %
Anesthesioloog	41.8	(67)	40.0
Arts-microbioloog	44.4	(9)	36.6
Cardioloog	61.9	(42)	39.0
Cardiothoracaal chirurg	33.3	(6)	39.4
Chirurg	55.3	(94)	43.8
Dermatoloog	37.0	(27)	27.1
Gynaecoloog	56.5	(85)	47.5
Kaakchirurg	36.4	(21)	50.0
Internist	52.0	(75)	37.9
Kinderarts	41.7	(102)	36.1
Klinisch chemicus	52.9	(17)	40.0
Klinisch geneticus	27.3	(11)	17.0
Klinisch geriater	37.5	(8)	21.0
Klinisch patholoog	70.4	(27)	54.1
Kno-arts	53.7	(41)	44.4
Longarts	54.1	(37)	36.4
MDL-arts	34.8	(23)	36.2
Neurochirurg	50.0	(10)	43.0
Neuroloog	51.0	(49)	47.0
Nucleair geneeskundige	16.7	(12)	30.4
Oogarts	45.2	(42)	48.6
Orthopeed	48.6	(37)	38.1
Plastisch chirurg	47.4	(19)	40.9
Psychiater	61.4	(44)	44.1
Radioloog	67.3	(52)	43.2
Radiotherapeut	19.0	(21)	37.1
Reumatoloog	50.0	(26)	49.0
Revalidatie-arts	35.3	(34)	30.5
Uroloog	50.0	(26)	39.0
<b>Totaal</b>	<b>49.0</b>	<b>(1064)</b>	<b>41.0</b>

Uit de tabel blijkt dat het percentage 50-plussers het hoogste is onder de klinisch pathologen (70,4%) en de radiologen (67,3%). In 2001 werden deze specialismen nog niet in verband

gebracht met een groot aantal 50-plussers. Het ging toen vooral om KNO-artsen, dermatologen, gynaecologen, chirurgen en revalidatie-artsen. Uit de huidige gegevens blijkt niet alleen dat de vergrijzing binnen de meeste specialismen sterk is toegenomen, maar tevens dat de vergrijzing nu voor een deel andere specialismen betreft dan in 2001. Relatief jonge specialismen zijn nu nucleaire geneeskunde (16.7% 50-plussers), radiotherapie (19%) en klinische genetica (27%). Voor de eerste twee specialismen geldt dat de percentages 50-plussers ruim onder de landelijke cijfers liggen.

Een verdere vergelijking met de landelijke gegevens laat zien dat de vergrijzing in de OOR Noord & Oost Nederland uit de pas loopt met geheel Nederland; in vijf jaar tijd heeft het percentage 50-plussers in deze regio zich ontwikkeld van 'iets onder het landelijk percentage' naar 'fors erboven'. De reden hiervoor is naar alle waarschijnlijkheid gelegen in de relatief beperkte mobiliteit van medisch specialisten in de regio Noord & Oost Nederland (zie hiervoor ook tabel 7) en de beperkte instroom van nieuwe specialisten.

Overigens is het percentage 50-plussers aanmerkelijk groter in de regionale ziekenhuizen dan binnen het UMCG (53% versus 36%).

In tabel 4 zijn – analoog aan het onderzoeksrapport van 2001 – de 50 plussers per medisch specialisme ingedeeld in vier categorieën, te weten 'beschouwende specialismen', 'ondersteunende specialismen', 'snijdende specialismen' en 'psychiatrie'. Hierbij dient te worden opgemerkt dat over de gekozen indeling van specialismen in deze vier categorieën landelijk geen consensus bestaat; er zijn verschillende specialismen die in meer dan één categorie onder te brengen zijn. Zo kunnen revalidatie-artsen en anesthesiologen, afhankelijk van onderdelen van hun taakgebied, ook als een ondersteunend specialisme worden beschouwd en bevat het taakgebied van radiologen en nucleair geneeskundigen ook elementen die als 'beschouwend' kunnen worden geclassificeerd.

**TABEL 4. VERGELIJKING PERCENTAGE 50-PLUSERS NOORD NEDERLAND MET LANDELIJK PERCENTAGE NAAR AARD VAN SPECIALISME**

Soort specialisme	% 50+ N & O Ned	Landelijk % 50+
Beschouwende specialismen	46.6 (596)	37.9
Ondersteunende specialismen	56.3 (128)	42.3
Snijdende specialismen	50.6 (271)	43.9
Psychiatrie	61.4 (44)	44.1

*Beschouwend specialisme:* allergoloog, anesthesioloog, cardioloog, dermatoloog, gastro-enteroloog, internist, kinderarts, longarts, klinisch geriater, neuroloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatie-arts

*Ondersteunend specialisme:* klinisch chemicus, klinisch geneticus, arts-microbioloog, nucleair geneeskundige, klinisch patholoog, radioloog

*Snijdend specialisme:* cardio-thoracaal chirurg, chirurg, KNO-arts, neurochirurg, oogarts, orthopedisch chirurg, plastisch chirurg, uroloog, gynaecoloog

Uit de tabel blijkt dat de vergrijzingstendens in Noord Nederland duidelijk zichtbaar is binnen alle soorten van specialismen, maar dat deze vooral binnen ondersteunende specialismen en de psychiatrie aan de orde is. Vergelijking met de landelijke cijfers uit 2005 van het Capaciteitsorgaan laat opnieuw zien dat de vergrijzing van medisch specialisten in de regio Noord & Oost Nederland veel hoger is dan in geheel Nederland.

In het onderzoek is tevens gekeken naar wat het verschil in leeftijdsverdeling is tussen de medisch specialisten die in dienstverband werken en zij die zelfstandig werken. In het UMCG werken alle medisch specialisten in dienstverband. In de algemene ziekenhuizen werken medisch specialisten in zelfstandige maatschappen, met enkele uitzonderingen zoals de kinderartsen. Van alle specialisten in dienstverband werkt 82.8% in het UMCG en 17.2% in een algemeen ziekenhuis.

In tabel 5 wordt een beeld verschaft van het verschil in leeftijdsverdeling van specialisten die in dienstverband werken dan wel lid zijn van een zelfstandige maatschap.

**TABEL 5 AARD DIENSTVERBAND VERSUS LEEFTIJD IN DRIE CATEGORIEËN**

	Leeftijdscategorieën							
	25-39 jaar		40-54 jaar		55-65 jaar		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
dienstverband	72	21.0	197	57.4	74	21.6	343	100.0
zelfstandig	60	7.6	492	62.1	240	30.3	792	100.0
<b>Totaal</b>	<b>132</b>	<b>11.6</b>	<b>689</b>	<b>60.7</b>	<b>314</b>	<b>27.7</b>	<b>1135</b>	<b>100.0</b>

Uit de tabel blijkt dat de vergrijzing pregnanter is onder de zelfstandig werkende specialisten. Vooral de beperkte instroom van jonge medisch specialisten valt in dat verband op.

Om een beeld te verkrijgen van de directe uitstroom van medisch specialisten in de komende vijf jaar is in tabel 6 het aantal 60-plussers afgezet tegen de aard van het dienstverband. Wel dient hier opgemerkt te worden dat deze uitstroom niet alleen wordt bepaald door medisch specialisten die tussen 60<sup>ste</sup> en 65<sup>ste</sup> met werken stoppen, maar ook door medisch specialisten die reeds eerder willen ophouden.

**TABEL 6 AANTALLEN EN PERCENTAGES 60-PLUSERS VERSUS AARD DIENSTVERBAND**

	Leeftijd in twee categorieën					
	25-59 jaar		60-65 jaar		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
dienstverband	321	93.6	22	6.4	343	100.0
zelfstandig	711	89.0	88	11.0	799	100.0
<b>Totaal</b>	<b>1032</b>	<b>90.4</b>	<b>110</b>	<b>9.6</b>	<b>1142</b>	<b>100.0</b>

Nagenoeg een tiende van de medisch specialisten blijkt tussen de 60 en 65 jaar. Het aantal 60-plussers blijkt procentueel groter in de groep zelfstandig werkende medisch specialisten dan in de groep medisch specialisten die in dienstverband werkt.

Tabel 7 geeft aan tot welke leeftijd de medisch specialisten bereid zijn te blijven doorwerken. Daarbij is deze leeftijd afgezet tegen het geslacht.

**TABEL 7 LEEFTIJD TOT WAAROP MEDISCH SPECIALISTEN WILLEN DOORWERKEN VERSUS GESLACHT, IN PROCENTEN**

<b>Leeftijd tot waarop specialist wil doorwerken</b>						
<b>Geslacht</b>	<b>50-55</b>	<b>56-60</b>	<b>61-65</b>	<b>66-70</b>	<b>71-75</b>	<b>Totaal (n)</b>
man	0.8	18.9	76.5	3.2	0.6	869
vrouw	2.4	40.0	57.1	0.0	0.5	210
<b>Totaal</b>	<b>1.1</b>	<b>23.0</b>	<b>72.8</b>	<b>2.6</b>	<b>0.6</b>	<b>1079</b>

Nagenoeg driekwart van de medisch specialisten wil blijven doorwerken tot aan een leeftijd die tussen de 61 en 66 jaar ligt. Bijna een kwart wil eerder stoppen met werken: tussen hun 56<sup>ste</sup> en 60<sup>ste</sup>. Vrouwelijke medisch specialisten willen eerder stoppen dan mannelijke; het percentage vrouwen dat tussen de 55 en 60 jaar wil stoppen is hoger dan het percentage mannen, terwijl er procentueel minder vrouwen dan mannen zijn die tussen hun 61<sup>ste</sup> en 65<sup>ste</sup> willen stoppen met werken. Er is een klein aantal medisch specialisten dat ook na de huidige pensioengerechtigde leeftijd en zelfs boven de leeftijd van 70 nog wil doorwerken. Indien de medisch specialisten die aangeven na hun 65 nog te willen werken buiten beschouwing worden gelaten ligt de gemiddelde leeftijd tot waarop de deelnemende medisch specialisten willen doorwerken op 62.7 jaar (m = 63.3, v = 62.1). In 2001 was deze gemiddelde leeftijd 61.8.

In tabel 8 wordt de leeftijd tot waarop medisch specialisten willen doorwerken afgezet tegen hun leeftijd (in categorieën) ten tijde van het invullen van de vragenlijst.

**TABEL 8 LEEFTIJD TOT WAAROP MEDISCH SPECIALISTEN WILLEN DOORWERKEN VERSUS LEEFTIJD, IN PROCENTEN**

<b>Leeftijd tot waarop specialist wil doorwerken</b>						
<b>Leeftijd</b>	<b>50-55</b>	<b>56-60</b>	<b>61-65</b>	<b>66-70</b>	<b>71-75</b>	<b>Totaal (n)</b>
25-39	4.1	35.8	56.1	1.6	2.4	123
40-54	0.9	27.8	68.9	2.1	0.3	655
55-64	0.3	7.5	89.8	2.7	0.0	294
<b>Totaal</b>	<b>1.1</b>	<b>23.1</b>	<b>73.1</b>	<b>2.2</b>	<b>0.5</b>	<b>1072</b>

Uit tabel 8 blijkt dat er een tendens bestaat dat jongere medisch specialisten van plan zijn om tot minder hoge leeftijd door te werken dan oudere. Ruim een derde van de medisch specialisten in de leeftijdscategorie van 25-39 jaar wil niet langer doorwerken dan tot het 60<sup>ste</sup> jaar. Deze tendens is in 2001 door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut ook

reeds gesignaleerd; toen bleek dat 55-60% van de 18-44-jarigen binnen de Nederlandse bevolking op hun 59<sup>ste</sup> met pensioen wilden (NIDI, 2001). Enige nuanciering is hier echter op zijn plaats omdat de prognose die mensen geven omtrent het stoppen met werken meestal naar achteren wordt bijgesteld met het klimmen der jaren. In de categorie 40-54 jarigen is dat percentage dat tot hun 60<sup>ste</sup> wil doorwerken dan ook teruggelopen tot ruim een kwart, terwijl dat in de leeftijdscategorie 55-64 jaar slechts 7.5% bedraagt. Uiteraard zijn de weergegeven toekomstwensen van specialisten uit deze laatste categorie vertekend door het feit dat zich hierin veel oudere medisch specialisten bevinden die reeds eerder hebben gekozen om langer te blijven doorwerken en daarom de keuze om eerder dan op hun 60<sup>ste</sup> te stoppen in het geheel niet meer kunnen maken.

#### *Geslacht en werkpercentage*

Er blijken aanmerkelijk meer mannelijke dan vrouwelijke specialisten aan het onderzoek te hebben deelgenomen; bijna 80% van de respondenten is van het mannelijke geslacht. Deze geslachtsverdeling is niet conform de landelijke percentages, omdat landelijk het aantal mannelijke specialisten namelijk 74% en het aantal vrouwelijke specialisten 26% bedraagt (Capaciteitsorgaan, 2005). De onderzoekssteekproef uit de regio Noord & Oost Nederland kent derhalve ten opzichte van de landelijke gegevens een kleiner percentage vrouwelijke medisch specialisten.

In tabel 9 is het geslacht van de deelnemend medisch specialisten afgezet tegen het werkpercentage.

**TABEL 9 WERKPERCENTAGE NAAR GESLACHT**

	man		vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
100%	692	78.1	72	32.1	764	68.8
80 – 99%	157	17.7	77	34.4	234	21.1
60 – 79%	24	2.7	60	26.8	84	7.6
40 – 59%	13	1.5	15	6.7	28	2.5
<b>Totaal</b>	<b>886</b>	<b>100.0</b>	<b>224</b>	<b>100.0</b>	<b>1110</b>	<b>100.0</b>

Het merendeel (68.8%) van de medisch specialisten werkt 100%. Ruim éénvijfde werkt 80 – 99%. Uit de tabel blijkt tevens dat er procentueel meer mannen dan vrouwen fulltime als medisch specialist werkzaam zijn: ruim driekwart van de mannen tegenover iets minder dan één derde van de vrouwen. Het gemiddeld werkpercentage blijkt voor mannelijke medisch specialisten 96.3% te zijn en voor vrouwelijke 81%. Landelijk zijn deze percentages nagenoeg identiek (Capaciteitsorgaan 2005): 94% (mannen) en 79% (vrouwen). Als het Noorden ten aanzien van de instroom van vrouwen binnen de medische specialismen nog een inhaalslag moet maken – in de regio Noord & Oost Nederland werken immers op dit moment nog relatief minder vrouwelijk specialisten dan in de rest van Nederland – dan zal het

percentage fulltime werkenden naar alle waarschijnlijkheid afnemen, omdat er relatief meer vrouwen dan mannen op parttime basis werken. Een dergelijke inhaalslag ligt immers zeker voor de hand; volgens gegevens van het landelijk capaciteitsorgaan (peildatum 1 januari 2006) is de man-vrouw-verhouding binnen de specialisten in opleiding (AIOS) 49% versus 51%. Er zijn momenteel landelijk dus meer vrouwen dan mannen in opleiding tot medisch specialist. Overigens is het niet alleen zo dat voornamelijk vrouwen de wens hebben om parttime te werken. Het NIVEL onderzocht in opdracht van ZonMw de wens van medisch specialisten om in deeltijd te werken en de knelpunten die zij daarbij ervaren. In het onderzoeksrapport wordt aangegeven dat in 1997 al bleek dat 57% van de medisch specialisten, ongeacht het geslacht, een voorkeur had tot parttime werken, terwijl 20% ook daadwerkelijk een deeltijdfunctie had (NIVEL, 2003). De behoefte aan deeltijdwerken is onder medisch specialisten blijkbaar groter dan in de praktijk kan worden gerealiseerd. Vooral in grotere ziekenhuizen leidt parttime werken soms tot problemen. Als echter meer wordt tegemoet gekomen aan knelpunten die vooral liggen op het terrein van overdracht en overleg zal in de toekomst ook het aantal mannelijke in deeltijd werkende medisch specialisten toenemen. Een vergelijking met het onderzoek dat is uitgevoerd in 2001 is ten aanzien van de geslachtsverdeling helaas niet mogelijk, omdat er in het onderzoeksrapport van destijds alleen geslachtsgebonden gegevens zijn gepresenteerd van *alle* deelnemende artsen en niet van subgroepen medisch specialisten daarbinnen.

In tabel 10 is het geslacht van de medisch specialisten afgezet tegen de aard van hun dienstverband.

**TABEL 10 AARD DIENSTVERBAND MEDISCH SPECIALISTEN VERSUS GESLACHT**

	man		vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
dienstverband	246	73.8	98	28.5	344	100.0
zelfstandig	671	84.0	128	16.0	799	100.0
<b>Totaal</b>	<b>917</b>	<b>80.2</b>	<b>226</b>	<b>19.8</b>	<b>1143</b>	<b>100.0</b>

Het percentage vrouwelijke medisch specialisten is binnen de medisch specialisten in dienstverband aanmerkelijk groter dan binnen de zelfstandig werkende medisch specialisten. Het percentage vrouwelijke medisch specialisten in dienstverband ligt iets boven het landelijk percentage, terwijl het percentage zelfstandig werkende vrouwelijke specialisten daar aanmerkelijk onder ligt.

### 3.3 Opleiding, registratie en werklocatie

Aan de medisch specialisten is gevraagd in welke plaats zij hun opleiding tot medisch specialist hebben gevolgd, wat het jaar van registratie was en waar men momenteel werkzaam is. Van de specialisten die in de stad Groningen werkzaam zijn blijkt 65.6% ook in Groningen te zijn opgeleid. Gegevensvergelijking met het onderzoek van 2001 is ook hier helaas niet goed mogelijk; de percentages die in het rapport 'Gaten in de Zorg' zijn gepresenteerd hebben niet betrekking op de plaats van opleiding, maar op de plaats van afstuderen (42% bleek in Groningen te zijn afgestudeerd).

In tabel 11 wordt de provincie waar de specialisten momenteel werken gerelateerd aan hun plaats van opleiding tot medisch specialist.

**TABEL 11 PLAATS VAN OPLEIDING VERSUS PROVINCIE WAAR MEDISCH SPECIALISTEN MOMENTEEL WERKEN, IN PROCENTEN**

Provincie waar men werkt	Plaats van opleiding								
	Groningen	Amsterdam	Rotterdam	Utrecht	Leiden	Nijmegen	Maastricht	Buitenland	Totaal (n)
Groningen	24.5	2.7	1.9	1.9	1.4	1.6	1.5	3.4	<b>38.9 (587)</b>
Friesland	4.9	2.5	1.5	2.1	0.9	1.1	0.9	0.5	<b>14.4 (217)</b>
Drenthe	3.8	1.1	0.9	1.6	0.6	1.2	0.4	0.6	<b>10.4 (157)</b>
Overijssel	8.6	6.2	4.5	5.8	2.9	4.0	2.1	1.0	<b>35.7 (539)</b>
<b>Totaal</b>	<b>42.5 (641)</b>	<b>12.5 (189)</b>	<b>8.8 (133)</b>	<b>11.7 (177)</b>	<b>5.8 (88)</b>	<b>7.9 (120)</b>	<b>5.1 (77)</b>	<b>5.6 (84)</b>	<b>100 (1500)</b>

Nagenoeg een kwart van de medisch specialisten, die in de provincie Groningen werkzaam zijn, heeft ook in Groningen de opleiding tot medisch specialist gevolgd. Ruim 42% van alle ondervraagde medisch specialisten in de totale regio OOR Noord & Oost Nederland blijkt (deels) in Groningen te zijn opgeleid.

Tabel 12 geeft een overzicht van de periode waarin de deelnemend specialisten (die alle vragen hebben ingevuld) als arts zijn afgestudeerd, alsmede in welk jaar ze zijn geregistreerd.

Overigens zij opgemerkt dat er op het niveau van individuele medisch specialisten geen koppeling mogelijk is tussen het moment van afstuderen en het moment van registratie (bijvoorbeeld: 104 van de 395 in de periode van 1970 – 1979 als arts afgestudeerde personen zijn ook in die periode geregistreerd). De in een periode geregistreerde medisch specialisten kunnen andere personen zijn dan degenen die in een bepaalde periode daarvoor als arts afstudeerden.

TABEL 12 PERIODE VAN AFSTUDEREN ALS BASISARTS EN REGISTRATIE ALS MEDISCH SPECIALIST

Periode	Afgestudeerd		Geregistreerd	
	n	%	n	%
1960 – 1969	26	2.3	-	-
1970 – 1979	395	34.5	104	9.1
1980 – 1989	463	40.5	432	37.6
1990 – 1999	253	22.1	401	34.8
2000 – 2006	7	0.6	212	18.5
<b>Totaal</b>	<b>1144</b>	<b>100.0</b>	<b>1149</b>	<b>100.0</b>

Bij de opleiding tot medisch specialist dient globaal van het volgende traject te worden uitgegaan. De studie medicijnen duurt zes jaar. Deze wordt vaak opgevolgd door een periode als Agnio (basisarts) die kan variëren van zo'n één tot drie jaar. De daaropvolgende specialistenopleiding neemt zes jaar in beslag.

Nagenoeg alle specialisten zijn dan ook afgestudeerd vóór het jaar 2000. Driekwart van de specialisten is afgestudeerd tussen 1970 en 1989, waarvan ruim 40% tussen 1980 en 1989. Het merendeel van de medisch specialisten blijkt geregistreerd te zijn tussen 1980 en 1999; bijna driekwart. Van de specialisten is 9% vóór 1979 geregistreerd en bijna éénvijfde vanaf 2000.

### 3.4 Regiogebondenheid en toekomstplannen

Tabel 13 geeft een beeld van de eventuele gebondenheid van deelnemende medisch specialisten aan de regio Noord & Oost-Nederland. Gezien het feit dat specialisten meerdere antwoordcategorieën bij deze vraag konden aankruisen sommeren de percentages tot boven 100%.

TABEL 13 REDENEN VOOR BINDING AAN DE REGIO NOORD & OOST NEDERLAND

	man		vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
sociale redenen (partner, familie en/of kennissenkring)	485	52.8	142	62.8	627	54.9
plezierige woonomgeving	628	68.5	137	60.6	765	66.9
plezierige werkomgeving	590	64.3	114	50.4	704	61.6
vanwege organisatorische / financiële verplichtingen	144	15.7	22	9.7	166	14.5
geen binding aan huidige woon/werkomgeving	107	11.7	21	9.3	128	11.2

De plezierige woonomgeving lijkt de belangrijkste determinant van de gebondenheid aan de regio te zijn; tweederde van de medisch specialisten (66,9%) heeft deze antwoordcategorie aangekruist. Maar ook een plezierige werkomgeving en sociale redenen blijken in belangrijke mate van invloed op de gebondenheid aan de regio. Ruim veertien procent van de

respondenten geeft aan wegens organisatorische en/of financiële verplichtingen een binding met de regio te hebben. Iets meer dan 11% geeft aan helemaal geen binding te hebben. Relatief meer vrouwen dan mannen geven sociale redenen aan voor hun gebondenheid aan de regio, terwijl een plezierige woon- en werkomgeving juist voor mannelijke specialisten meer bijdraagt aan een gebondenheid aan de regio dan voor vrouwelijke. Relatief meer mannen geven organisatorische en financiële verplichtingen aan als bindingsfactor. In het onderzoek dat in 2001 is uitgevoerd voelde 56% van de medisch specialisten zich om sociale redenen aan de regio gebonden, 56% vanwege de plezierige woon-werkomgeving (wonen en werken zijn in dit onderzoek dus tezamen genomen) en 17% vanwege organisatorisch/financiële redenen. Nagenoeg een kwart van de respondenten van destijds achtte zich niet aan de regio gebonden. Het lijkt er derhalve op dat medisch specialisten in 2006 een iets grotere binding met de regio ervaren dan in 2001. In tabel 14 wordt een indruk verschaft van de periode dat specialisten nog van plan zijn om in de regio te blijven werken, afgezet tegen hun leeftijd. Deze vraag is in 2001 niet gesteld zodat vergelijking met het toenmalige onderzoek niet mogelijk is.

**TABEL 14 HOELANG BENT U VAN PLAN NOG IN DEZE REGIO TE BLIJVEN WERKEN ?**

Prognose	Leeftijdscategorieën							
	25-39 jaar		40-54 jaar		55-65 jaar		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 jaar	9	7.1	6	0.9	10	3.6	26	2.4
1 – 5 jaar	16	12.6	27	4.0	132	43.4	175	15.9
6 – 10 jaar	19	15.0	145	21.6	110	36.2	274	24.9
> 10 jaar	70	55.1	439	65.5	37	12.2	546	49.6
anders	13	10.2	53	7.9	14	4.6	80	7.3
<b>Totaal</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>670</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>	<b>1101</b>	<b>100.0</b>

Bijna de helft van de respondenten geeft aan nog meer dan tien jaar in de regio Noord & Oost Nederland te willen blijven werken, terwijl een kwart verwacht nog tussen de zes en de tien jaar aan de regio verbonden te willen blijven. Het percentage medisch specialisten dat van plan is om maximaal 5 jaar in deze regio te blijven werken is groter in de categorie van 25 tot 39 jaar (nagenoeg éénvijfde) dan in de categorie van 40 tot 54 jaar (nagenoeg 5%). Op deze tendens sluit aan dat procentueel minder jonge medisch specialisten dan medisch specialisten van middelbare leeftijd langer dan 10 jaar verwachten in de regio te blijven werken. Met het stijgen der leeftijd neemt dus blijkbaar ook de gebondenheid aan de regio toe.

Veel respondenten die de antwoordcategorie 'anders' hebben aangekruist (ruim 7%) geven aan geen enkele voorspelling te kunnen doen over de toekomst. Hun toekomstplannen

zijn naar hun zeggen afhankelijk van: de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg; de werksfeer en secundaire arbeidsvoorwaarden; of het werk blijft bevallen, et cetera.

### 3.5 Arbeidsmarkt en planning opleidingscapaciteit

Aan de deelnemende specialisten is gevraagd hoe zij de ontwikkelingen op de markt binnen hun eigen specialisme inschatten. In tabel 15 wordt per soort specialisme aangegeven welk oordeel de respondenten hebben over het huidige aantal werkzame specialisten binnen hun eigen vakgebied.

TABEL 15 HET HUIDIGE AANTAL WERKZAME SPECIALISTEN IN MIJN SPECIALISME EN REGIO IS:

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ruim voldoende	61	10.4	8	6.3	30	10.9	2	4.7	101	9.8
voldoende	329	56.0	53	42.1	163	59.5	19	44.2	564	54.7
(te) krap	198	33.6	65	51.6	81	29.6	22	51.2	366	35.5
<b>Totaal</b>	<b>588</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>1031</b>	<b>100</b>

Uit de tabel blijkt dat vooral binnen de ondersteunende specialismen en binnen de psychiatrie het aantal werkzame specialisten als (te) krap wordt beschouwd. Meer dan de helft van de vertegenwoordigend specialismen uit deze categorieën geeft een krapte aan specialisten aan. Binnen de beschouwende en snijdende specialismen betreft het bij benadering eenderde van de vertegenwoordigend specialisten. In tabel 15a in bijlage 1 (achterin dit rapport) is deze inschatting van medisch specialisten over de huidige capaciteit uitgesplitst naar alle specialismen. Uit deze tabel blijkt dat de grootste capaciteitsproblemen worden ervaren door vertegenwoordigers van vier specialismen, te weten de nucleair geneeskundigen, arts-microbiologen, klinisch geriaters en MDL-artsen. Meer dan 80% van de respondenten die deze specialismen vertegenwoordigen is van mening dat er sprake is van een te beperkte capaciteit binnen hun vakgebied. Hierbij dient echter aangetekend te worden dat ten aanzien van de nucleair geneeskundigen, de arts-microbiologen en de klinisch geriaters geldt dat hun vertegenwoordiging in dit onderzoek met respectievelijk 12, 9 en 8 specialisten gering is en dat de gevonden percentages derhalve eerder als een 'aanwijzing' voor een capaciteitstekort moeten worden opgevat dan als een hechte onderbouwing daarvoor (zie bijlage 1). Het Capaciteitsorgaan heeft in 2005 voor 2006 een advies uitgebracht over de gewenste instroom van nieuwe specialisten uitgesplitst naar specialisme. Het is opmerkelijk dat in dat advies geen van de in het onderhavige onderzoek als capaciteitsbehoefte aan te merken specialismen door het Capaciteitsorgaan eveneens capaciteitsbehoefte worden bevonden. Met name binnen de specialismen dermatologie en venerologie, oogheelkunde, psychiatrie en radiologie worden door het Capaciteitsorgaan de

capaciteitstekorten gesignaleerd (Capaciteitsorgaan 2005). Deze specialismen worden in het onderhavige onderzoek niet met een capaciteitstekort in verband gebracht.

In tabel 16 wordt per soort specialisme de door de respondenten ingeschatte frequentie aangegeven waarmee er in de regio vacatures zijn voor hun specialisme.

**TABEL 16** INSCHATTING FREQUENTIE VERSCHIJNEN VACATURES VERSUS SOORT SPECIALISME:

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤1 x per jaar	339	59.1	86	69.4	213	80.1	5	11.9	643	63.9
2-4 x per jaar	167	29.1	27	21.8	40	15.0	15	35.7	249	24.8
≥5 x per jaar	68	11.8	11	8.9	13	4.9	22	52.4	114	11.3
<b>Totaal</b>	<b>574</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>266</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>1006</b>	<b>100</b>

Het geringste aantal vacatures wordt door de respondenten binnen de snijdende specialismen aangegeven. Ruim 80% van de respondenten uit deze categorie geeft aan dat er minder dan twee keer per jaar vacatures binnen hun soort specialisme verschijnen. Het meeste aantal vacatures wordt door respondenten binnen de psychiatrie gerapporteerd. Ruim de helft van de vertegenwoordigers binnen deze categorie schat de frequentie van verschijnen van vacatures op meer dan vier keer per jaar in. In tabel 16a in bijlage 1 zijn de antwoorden van de respondenten uitgesplitst naar medisch specialismen. Met name de psychiaters en de anesthesiologen geven aan dat er regelmatig (> 4 keer per jaar) vacatures voor hun specialisme verschijnen. Binnen de specialismen neurochirurgie, klinische genetica, klinische geriatrie, urologie, orthopedie, longziekten en dermatologie is het verschijnen van dergelijke vacatures relatief veel minder frequent (< 2 keer per jaar, zie bijlage 1).

Tabel 17 geeft per specialisme het oordeel van de respondenten weer over de vraag hoe gemakkelijk het is om binnen het betreffende vakgebied nieuwe specialisten aan te trekken.

**TABEL 17** INSCHATTING VAN DE MOGELIJKHEID OM NIEUWE SPECIALISTEN AAN TE TREKKEN VERSUS SOORT SPECIALISME

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
gemakkelijk	185	31.6	29	23.0	120	44.1	7	15.9	341	33.2
moeilijk	323	55.1	78	61.9	111	40.8	30	68.2	542	52.7
geen mening	78	13.3	19	15.1	41	15.1	7	15.9	145	14.1
<b>Totaal</b>	<b>586</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>1028</b>	<b>100</b>

Uit de tabel blijkt dat het vooral binnen de psychiatrie en binnen de ondersteunende specialismen moeilijk is om nieuwe specialisten aan te trekken. Het zijn ook vooral de

vertegenwoordigers van deze twee soorten van specialismen die het grootste capaciteitstekort melden, zo blijkt uit tabel 15. Opmerkelijk is dat er ondanks de gerapporteerde krapte binnen de ondersteunende specialismen en de ingeschatte moeilijkheidsgraad om nieuwe specialisten aan te trekken het aantal pogingen dat daartoe binnen deze specialismen lijkt te worden gedaan gering is (zie tabel 16).

Binnen alle vier de soorten van specialismen blijkt gemiddeld 14% van de respondenten geen zicht te hebben op de vraag hoe moeilijk het is om nieuwe specialisten aan te trekken. In tabel 17a in bijlage 1 worden de antwoorden van alle deelnemend specialisten gekoppeld aan hun specialisme. Uit deze tabel blijkt dat vooral onder de klinisch genetici, orthopeden, chirurgen, longartsen en neurochirurgen een meerderheid aangeeft dat het gemakkelijk is om binnen het betrokken specialisme nieuwe specialisten aan te trekken. Specialismen waarbij dat moeilijker is zijn (zie bijlage 1):

- maag-darm-leverziekten;
- revalidatiegeneeskunde;
- plastische chirurgie;
- medische microbiologie;
- klinische chemie;
- klinische geriatrie;
- cardiothoracale chirurgie.

In tabel 18 wordt een beeld gegeven van het aantal medisch specialisten dat door de toekomstige zorgvraag en/of ontwikkelingen ook in de toekomst binnen hun specialisme meer specialisten nodig acht in de regio Noord & Oost Nederland. Hierbij is in de vragenlijst geen toelichting gegeven over het soort ontwikkelingen waaraan daarbij werd gedacht; het is aan de specialisten zelf overgelaten daarbij een keuze te maken.

**TABEL 18 IK VERWACHT DAT DOOR DE TOEKOMSTIGE ZORGVRAAG EN/OF ONTWIKKELINGEN ER IN DE TOEKOMST MEER SPECIALISTEN NODIG ZIJN IN MIJN SPECIALISME IN DE REGIO NOORD & OOST NEDERLAND:**

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	392	66.2	87	69.0	181	66.3	34	77.3	694	67.1
nee	145	24.5	29	23.0	69	25.3	7	15.9	250	24.2
geen mening	55	9.3	10	7.9	23	8.4	3	6.8	91	8.8
<b>Totaal</b>	<b>592</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>273</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>1035</b>	<b>100</b>

Ruim tweederde van alle medisch specialisten verwacht dat er in zijn specialisme in de toekomst meer specialisten nodig zijn. Hoewel binnen de psychiatrie de behoefte aan meer specialisten in de toekomst het meest duidelijk wordt aangegeven, geldt deze behoefte voor alle soorten specialismen. In tabel 18a in bijlage 1 zijn de antwoorden op deze vraag

uitgesplitst naar specialisme. Vooral de klinisch geriaters, de MDL-artsen, de revalidatie-artsen, de plastisch chirurgen, de orthopeden en de neurochirurgen geven aan dat in de toekomst binnen hun specialisme meer collega-specialisten nodig zijn. Kinderartsen, klinisch chemici en oogartsen zijn de enige specialismen waarbinnen een groter aantal respondenten heeft aangegeven dat in de toekomst niet meer specialisten nodig zijn dan het aantal dat van mening is dat deze wel nodig zijn (zie bijlage 1). Voor wat betreft de oogartsen mag dat opmerkelijk worden genoemd, omdat dit specialisme door het Capaciteitsorgaan althans voor het jaar 2006 als capaciteitsbehoefstig wordt aangemerkt. Bekend is echter wel dat binnen de oogzorg veel projecten plaatsvinden die zich richten op taakherschikking. Veelal hebben deze projecten tot doel de oogartsen te ontlasten door gebruik te maken van deskundigheden van andere professionals – zoals Technisch Oogheelkundig Assistenten (TOA's), orthoptisten en optometristen – in de oogzorg, en daarmee ook de wachtlijsten te reduceren. Wellicht is een dergelijke taakherschikking binnen dit specialisme van invloed op de gevonden resultaten. Het is interessant om te bezien of de inschatting van de ondervraagde medisch specialisten over de wenselijkheid van een groter aantal medisch specialisten binnen hun vakgebied in de toekomst aansluit op de visie van het Capaciteitsorgaan hieromtrent. In dat kader is het minimum-maximum-advies voor het aantal toe te wijzen AIOS per 2010 van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2005) vergeleken met de gegevens van het huidige onderzoek. Deze vergelijking kan worden geïllustreerd door de figuren 1 en 2 die in bijlage 2 zijn opgenomen, waarbij het minimum-maximum-advies van het Capaciteitsorgaan is gemiddeld. Uit deze figuren blijkt dat er weinig overeenstemming bestaat tussen de visie van het Capaciteitsorgaan en die van de deelnemend specialisten. De enige twee specialismen binnen de OOR Noord & Oost waarvan een minderheid (hier < 50%) van de vertegenwoordigers heeft aangegeven uitbreiding nodig te achten, waarbij het advies van het Capaciteitsorgaan in dezelfde richting wijst betreffen kindergeneeskunde en gynaecologie. De forse korting op het aantal opleidingsplaatsen die het Capaciteitsorgaan binnen kindergeneeskunde voorstelt is echter niet in lijn met de bescheiden minderheid van medisch specialisten uit het onderzoek die in de toekomst meer specialisten nodig achten binnen de regio Noord & Oost (45%). Verder valt op dat maar liefst 90% van de radiotherapeuten binnen de OOR Noord & Oost in de toekomst meer specialisten nodig achten, terwijl het Capaciteitsorgaan binnen dit specialisme een korting op AOIS-plaatsen voorstelt. Het advies van het Capaciteitsorgaan en de mening van medisch specialisten in de OOR Noord & Oost komen eveneens niet overeen voor wat betreft de oogheelkunde, maar dan in de omgekeerde richting. Ten aanzien van dit specialisme bepleit het Capaciteitsorgaan per 2010 namelijk een gemiddelde toename van 78 AIOS-plaatsen, terwijl een minderheid (41%) van de medisch specialisten uit de OOR Noord & Oost in de toekomst meer specialisten nodig acht.

Het zou kunnen zijn dat de tegenstrijdigheid tussen de beperkte pogingen die binnen enkele als 'krap' aangemerkte specialismen worden ondernomen om nieuwe specialisten aan te

trekken en de desondanks gesignaleerde capaciteitsbehoefte voortkomt uit een besef bij zelfstandig werkende medisch specialisten dat een te grote instroom invloed heeft op het inkomen van reeds werkende medisch specialisten. Daartoe is het interessant om te bezien of het aantal pogingen om nieuwe specialisten aan te trekken verschilt tussen medisch specialisten die in dienstverband werken en medisch specialisten die als zelfstandige werken. In tabel 19 wordt hierin inzicht verschaft.

**TABEL 19 MENING VAN IN DIENSTVERBAND EN ZELFSTANDIG WERKENDE MEDISCH SPECIALISTEN OVER FREQUENTIE**

VERSCHIJNEN VACATURES

	Frequentie verschijnen vacatures						Totaal	
	< 2 x per jaar		2-4 x per jaar		> 4 x per jaar		n	%
	n	%	n	%	n	%		
dienstverband	149	45.8	107	32.9	69	21.2	325	100
zelfstandig	548	71.9	160	21.0	54	7.1	762	100
<b>Totaal</b>	<b>697</b>	<b>64.1</b>	<b>267</b>	<b>24.6</b>	<b>123</b>	<b>11.3</b>	<b>1087</b>	<b>100.0</b>

Zelfstandigen geven inderdaad aan dat er binnen hun regio minder vacatures verschijnen dan medisch specialisten die in dienstverband werken. Dat zou dus kunnen betekenen dat de beperktere initiatieven voor het aantrekken van medisch specialisten in een 'zelfstandige setting' verband houden met de opvatting dat dit ten koste gaat van het inkomen.

Tabel 20 geeft een indruk van het soort medisch specialisten dat voor de regio Noord & Oost Nederland problemen verwacht ten gevolge van de korting op het aantal opleidingsplaatsen.

**TABEL 20 INSCHATTING VAN HET ONTSTAAN VAN POTENTIËLE PROBLEMEN TEN GEVOLGE VAN DE KORTING OP HET AANTAL OPLEIDINGSPLAATSEN VOOR DE REGIO NOORD & OOST NEDERLAND VERSUS SOORT SPECIALISME**

	Soort specialisme								Totaal	
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
ja	361	61.9	75	60.0	155	57.0	30	69.8	621	60.7
nee	133	22.8	28	22.4	80	29.4	8	18.6	249	24.3
geen mening	89	15.3	22	17.6	37	13.6	5	11.6	153	15.0
<b>Totaal</b>	<b>583</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>1023</b>	<b>100</b>

Een substantieel aantal specialisten, meer dan 60%, verwacht problemen door deze korting. Binnen de psychiatrie is het aantal vertegenwoordigers dat problemen verwacht het grootst; ruim tweederde van het aantal respondenten uit die categorie.

In tabel 20a in bijlage 1 (achterin dit rapport) zijn de antwoorden van alle respondenten uitgesplitst naar medisch specialismen. Vooral vertegenwoordigers van de medische microbiologie, de klinische geriatrie en de revalidatiegeneeskunde geven aan dat er

problemen zullen ontstaan ten gevolge van de korting op deze opleidingsplaatsen. Opmerkelijk genoeg neemt in deze tabel de psychiatrie 'slechts' een middenpositie in; 70% van de psychiaters die aan het onderzoek deelnamen voorzagen problemen (zie bijlage 1). Deze bevinding komt voort uit het feit dat de psychiatrie het enige specialisme is dat in de verdeling van specialismen naar de vier specialisme-categorieën één gehele categorie vertegenwoordigt en het percentage derhalve niet wordt 'uitgemiddeld'. In tabel 21 wordt weergegeven in hoeverre de respondenten van mening zijn dat er binnen hun specialisme meer opleidingsplaatsen zouden moeten komen.

**TABEL 21 MENING OVER DE WENSELIJKHEID VAN EEN TOENAME VAN HET AANTAL OPLEIDINGSPLAATSEN IN NEDERLAND EN IN DE REGIO NOORD & OOST NEDERLAND VERSUS SOORT SPECIALISME:**

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja, in heel Nederland	162	28.3	48	39.3	74	27.7	12	69.8	296	29.5
ja, specifiek in N & O Nederland	113	19.8	18	14.8	42	15.7	7	18.6	180	18.0
nee	297	51.9	56	45.9	151	56.6	22	11.6	526	52.5
<b>Totaal</b>	<b>572</b>	<b>100</b>	<b>122</b>	<b>100</b>	<b>267</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>1002</b>	<b>100</b>

Uit de tabel blijkt dat ongeveer de helft van de deelnemend specialisten van oordeel is dat er binnen het eigen specialisme wel nieuwe opleidingsplaatsen moeten komen; een deel wil dit in heel Nederland, een deel specifiek in de regio OOR Noord & Oost Nederland. Dit past niet bij de voorgenomen krimp van het aantal opleidingsplaatsen van de overheid, zoals verwoord in het rapport van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2005).

In tabel 21a in bijlage 1 (achterin dit rapport) is de mening van alle deelnemende medisch specialisten afgezet tegen medisch specialismen. Opvallend is dat psychiaters een duidelijk tekort in heel Nederland zien en deze mening delen met klinisch chemici, klinisch geriateren en nucleair geneeskundigen. Arts-microbiologen en reumatologen zien meer in een regionale uitbreiding van opleidingsplaatsen. Klinisch genetici, dermatologen, longartsen en neurochirurgen geven aan relatief minder belang te hebben bij een uitbreiding van de opleidingsplaatsen.

### 3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn cijfers en meningen van medisch specialisten gegeven die betrekking hebben op de opleidingscapaciteit voor de opleidingen tot medisch specialist in de OOR Noord & Oost Nederland. De analyse van deze onderzoeksresultaten leidt tot de volgende conclusies :

#### A. *Invloed van leeftijd en geslacht op de planning van de opleidingscapaciteit*

1. Er is in de OOR Noord & Oost sprake van een sterke vergrijzingstendens; 49% van de regionale medisch specialisten is ouder dan 50 jaar. In 2001 was dat nog 41%. Deze vergrijzing ligt daarmee inmiddels boven het landelijk gemiddelde (41%, peildatum 2005).
2. Er is weinig instroom van jonge medisch specialisten; 11% van de regionale specialisten is jonger dan 40 jaar. In 2001 was dit nog 40% .
3. De vergrijzing is het sterkst in de regionale ziekenhuizen. Slechts 7,4% is hier jonger dan 40 jaar.
4. De ondersteunende specialismen en de psychiatrie kampen het meest met de vergrijzing.
5. 10% van de specialisten is ouder dan 60 jaar. Mannelijke specialisten geven aan te willen stoppen op een (gemiddelde) leeftijd van 63,3 jaar; voor vrouwen is dit 62,1 jaar. In 2001 was het gemiddelde voor de uittredingswens 61,8 jaar; in 2006 ligt deze leeftijd iets hoger, te weten 62,7 jaar.
6. De OOR Noord & Oost heeft in vergelijking met de rest van Nederland een relatief laag percentage vrouwelijke specialisten (20%). De man-vrouw-verhouding binnen de specialisten in opleiding (AIOS) is 49-51%, hetgeen erop duidt dat het percentage vrouwelijke specialisten de komende jaren dus aanmerkelijk zal gaan stijgen. Vrouwen werken relatief meer in deeltijd en willen eerder met pensioen dan mannen. Dit heeft een groeiende capaciteitsbehoefte in de toekomst tot gevolg.

#### B. *Noodzaak tot meer eigen kweek voor de OOR Noord & Oost*

1. Van de 11% jonge specialisten verwacht een derde maximaal 10 jaar in de regio te blijven werken, zodat een vertrek na die termijn in de lijn der verwachting ligt. Daarnaast is 10% van de specialisten ouder dan 60 met een verwachte uitstroom op korte termijn.
2. Veel specialisten geven aan dat het moeilijk is om nieuwe specialisten van elders aan te trekken (52,7%). Voor de ondersteunende specialismen en de psychiatrie is dat het meest moeilijk, maar ook de specialismen revalidatie, MDL, plastische chirurgie, klinische geriatrie en thoraxchirurgie ondervinden hierin problemen.
3. Als specialisten eenmaal in Noord en Oost Nederland wonen en werken, voelen ze zich sterk aan de regio verbonden. 70% van de specialisten geeft dan ook aan een sterke binding te hebben met de regio, met name vanwege het plezierige woon- en werkklimaat. Deze regionale bindingsfactor was in 2001 56%.
4. 42% van de in de regio werkzame specialisten is (deels) opgeleid in het UMCG.

*C. De inschatting van regionale specialisten van de toekomstige behoefte aan opleidings- plaatsen*

1. Tweederde van alle aan het onderzoek deelnemende specialisten is van mening dat vanwege de zorgontwikkeling er in de toekomst meer specialisten nodig zullen zijn. Er worden dan ook problemen verwacht met de aangekondigde krimp in het aantal opleidingsplaatsen. Vooral met betrekking tot de psychiaters, MDL-artsen, revalidatie-artsen, plastisch chirurgen, orthopeden en neurochirurgen kan dit problemen opleveren omdat deze specialisten de grootste benodigde groei binnen hun vakgebied voorzien.
2. In de ondersteunende specialismen en de psychiatrie vindt meer dan de helft van de specialisten het aantal opleidingsplaatsen te krap. Voor de overige (beschouwende en snijdende specialismen) is dit eenderde. De grootste problemen die voortkomen uit het gebrek aan opleidingscapaciteit worden gesignaleerd in de nucleaire geneeskunde, de medische microbiologie, de klinische geriatrie en de MDL-ziekten (ruim 80%).
3. Met name de reumatologen en medisch microbiologen signaleren een tekort aan opleidingsplaatsen op regionaal niveau. Voor de psychiatrie, klinische geriatrie, nucleaire geneeskunde en klinische chemie wordt dit tekort zowel op regionaal als op landelijk gesignaleerd. De longartsen, dermatologen, neurochirurgen en klinisch genetici achten het aantal opleidingsplaatsen voldoende.
4. De tekorten die landelijk door het capaciteitsorgaan worden voorzien liggen met name bij dermatologie, oogheelkunde, psychiatrie en radiologie. Er bestaat dus verschil tussen de inschatting van de capaciteitsbehoefte op landelijk niveau ten opzichte van deze inschatting op regionaal niveau.

## 4 De medische vervolgopleiding

### 4.1 Betrokkenheid medische vervolgopleiding

In tabel 22 wordt aangegeven of de deelnemend medisch specialisten betrokken zijn bij de opleiding tot medisch specialist. Hierbij is deze eventuele betrokkenheid afgezet tegen het geslacht.

**TABEL 22 BENT U IN UW EIGEN ZIEKENHUIS BETROKKEN BIJ DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST?**

	man		vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
ja	514	58	137	62	651	59
nee	370	42	84	38	454	41
<b>Totaal</b>	<b>884</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>

Nagenoeg 60% van de medisch specialisten blijkt op de één of andere manier bij de medische vervolgopleiding betrokken. Er zijn relatief iets meer vrouwen dan mannen bij de opleiding betrokken: 62% van de vrouwen tegen 58% van de mannen. In tabel 23 is deze betrokkenheid gekoppeld aan het soort specialisme.

**TABEL 23 BETROKKENHEID BIJ DE OPLEIDING VERSUS SOORT SPECIALISME**

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	344	59	73	58	143	53	26	59	586	58
nee	238	41	52	42	126	47	18	41	434	43
<b>Totaal</b>	<b>582</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>269</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>1020</b>	<b>100</b>

De tabel laat zien dat de betrokkenheid van medisch specialisten bij de opleiding niet erg uiteenloopt per soort specialisme; voor alle specialistencategorieën geldt dat ruim de helft van de medisch specialisten bij de opleiding is betrokken.

In tabel 24 is de betrokkenheid van medisch specialisten bij de opleiding afgezet tegen de aard van het dienstverband.

**TABEL 24 BETROKKENHEID MEDISCH SPECIALISTEN BIJ OPLEIDING VERSUS AARD DIENSTVERBAND**

	wel betrokken		niet betrokken		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
dienstverband	284	84.8	51	15.2	335	100.0
zelfstandig	367	47.7	403	52.3	770	100.0
<b>Totaal</b>	<b>651</b>	<b>58.9</b>	<b>454</b>	<b>41.1</b>	<b>1105</b>	<b>100.0</b>

Van de 80% in dienstverband werkende specialisten blijken er procentueel aanmerkelijk meer bij de opleiding betrokken dan bij de zelfstandig werkende medisch specialisten. Dit ligt voor de hand gezien het feit dat verreweg het grootste deel van de medisch specialisten in dienstverband binnen het UMCG werkzaam is. Toch geeft ruim 47% van de medisch specialisten in de regionale ziekenhuizen een betrokkenheid bij de opleiding aan.

Tabel 25 toont, uitgesplitst naar geslacht, wat de concrete inhoud is van de betrokkenheid van de medisch specialisten bij de opleiding. De in de tabel weergegeven percentages houden verband met het *totaal aantal* aan het onderzoek deelnemende specialisten en slaan derhalve niet op alleen die specialisten die bij de opleiding zijn betrokken.

**TABEL 25 CONCRETE FUNCTIE VAN BIJ DE OPLEIDING BETROKKEN MEDISCH SPECIALISTEN**

	man		Vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
opleider	160	18	15	7	175	16
supervisor	296	33	104	47	400	36
specialist belast met organisatie inzet AIOS	34	4	7	3	41	4
docent/vaardigheidstrainer	165	19	46	21	211	19
anders	83	9	18	8	101	9

Ruim éénderde van de medisch specialisten is als supervisor bij de opleiding betrokken, terwijl nagenoeg éénvijfde de functie van docent/vaardigheidstrainer uitoefent. Er zijn relatief meer vrouwen dan mannen in de rol van 'supervisor' bij de opleiding betrokken: 47% van de vrouwen versus 33% van de mannen. Anderzijds zijn er relatief meer mannen dan vrouwen in de hoedanigheid van 'opleider' aan de opleiding verbonden. Een aantal respondenten geeft een andere betrokkenheid aan:

- meerdere respondenten geven aan voorzitter van de maatschap te zijn, uit hoofde waarvan zij zich met de opleiding bezig houden;
- meerdere respondenten vervullen de functie van 'waarnemend' opleider.

Er is een aantal specialisten dat slechts met één persoon vertegenwoordigd is, zoals een afdelingshoofd, een coördinator onderwijs en iemand die betrokken is bij de tropenopleiding.

In tabel 26 is de betrokkenheid bij de opleiding afgezet tegen de vraag of medisch specialisten op de hoogte zijn van de op handen zijnde veranderingen in de medische vervolgopleidingen.

**TABEL 26 OP DE HOOGTE ZIJN VAN TE VERWACHTEN VERANDERINGEN IN VERVOLGOPLEIDING VERSUS BETROKKENHEID BIJ MEDISCHE VERVOLGOPLEIDING**

Betrokken bij opleiding?	Op de hoogte van veranderingen vervolgopleidingen?					
	ja		nee		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
ja	575	89	75	11	650	100
nee	253	56	196	44	449	100
Totaal	828	75	271	25	1099	100

Driekwart van alle deelnemende specialisten is op de hoogte van de veranderingen die binnen de vervolgopleiding zullen plaatsvinden. Ruim ééntiende van de medisch specialisten die bij de opleiding zijn betrokken blijkt desondanks niet op de hoogte te zijn van de op handen zijnde veranderingen binnen de medische vervolgopleidingen. Bij de subgroep van medisch specialisten zonder betrokkenheid bij de opleiding ligt dit percentage uiteraard aanmerkelijk hoger (44%). Van de respondenten die op de hoogte zijn van de ophanden zijnde veranderingen binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen weet echter ruim de helft niet of slechts vaag om welke competenties het daarbij gaat. Afgezet tegen het totaal aantal deelnemende specialisten betreft dat een tweederde deel. Procentueel meer medisch specialisten in dienstverband dan zelfstandigen zijn van de innovaties op de hoogte (84 versus 72%). Iets meer dan 60% van de deelnemend medisch specialisten blijkt dan ook behoefte te hebben aan post-academische onderwijsactiviteiten die naast vakinhoudelijke bijscholing ook bijscholen op het gebied van deze competenties.

De medisch specialisten die wèl op de hoogte zijn van de op handen zijnde veranderingen binnen de medische vervolgopleidingen zijn hiervan via een uitgebreid aantal kanalen op de hoogte gebracht, zoals via:

- de beroepsvereniging;
- de opleider;
- collega's;
- de media, en
- de wandelgangen.

Ook werden, zij het veel minder frequent, de volgende informatiebronnen genoemd:

- als lid van de commissie opleiding en als lid van de werkgroep opleiding;
- als lid van consilium of via het consilium;
- als lid van landelijke commissies betrokken bij herziening opleidingen;
- via de centrale opleidingscommissie;

- via congressen c.q. symposia;
- als affiliatie-coördinator;
- via 'teach the teachers-cursussen'.
- via de maatschap.

#### 4.2 Betrokkenheid innovaties medische vervolgopleiding

Iets minder dan éénviijfde van de respondenten is op uiteenlopende wijze actief betrokken bij de innovatie van de medische vervolgopleidingen. Dit kan bijvoorbeeld zijn vanuit een leidinggevende positie, vanuit de landelijke beroepsvereniging, via een landelijk innovatieproject of vanuit bestuursfuncties. In bijlage 3 (achterin dit rapport) wordt gedetailleerd aangegeven om welke concrete betrokkenheid het daarbij gaat.

In tabel 27 is de betrokkenheid bij de innovaties van de vervolgopleidingen afgezet tegen de aard van het dienstverband van medisch specialisten.

TABEL 27 BETROKKENHEID INNOVATIES VERSUS AARD DIENSTVERBAND

	Actief betrokken bij innovaties?					
	ja		nee		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
dienstverband	90	26.7	247	73.3	337	100.0
zelfstandig	118	15.3	651	84.7	769	100.0
<b>Totaal</b>	<b>208</b>	<b>18.8</b>	<b>898</b>	<b>81.2</b>	<b>1106</b>	<b>100.0</b>

Uit de tabel blijkt dat er meer in dienstverband werkende medisch specialisten bij de innovaties van de medische vervolgopleiding zijn betrokken, 27 versus 15%.

Iets minder dan éénderde van de medisch specialisten blijkt een cursus te hebben gevolgd op het gebied van docentprofessionalisering. Van de specialisten die een dergelijke cursus niet hebben gevolgd, zou 58% graag een training willen volgen om beter te leren superviseren. Ruim de helft van alle deelnemende specialisten volgt in een wetenschappelijke vereniging de ontwikkelingen rond de opleiding, terwijl 56% betrokken zou willen zijn bij innovaties rond de opleiding binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn. In mindere mate zou men wel betrokken willen zijn bij regionale opleidingsinnovaties; 46% van de medisch specialisten geeft dit aan. De betrokkenheid en bereidwilligheid van medisch specialisten bij de opleiding kan dus als groot worden aangemerkt en biedt een goede basis om deze in gezamenlijkheid vorm te geven.

In tabel 28 wordt geschetst in hoeverre de medisch specialisten van oordeel zijn dat de specialistenopleidingen gemoderniseerd dienen te worden, afgezet tegen hun leeftijd.

**TABEL 28** VINDT U HET BELANGRIJK DAT DE SPECIALISTENOPLEIDINGEN GEMODERNISEERD WORDEN ?

	25-39		40-54		55-65		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	76	59	363	55	157	53	596	55
nee	16	12	73	11	31	10	120	11
enigszins	38	29	225	34	110	37	373	34
<b>Totaal</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>661</b>	<b>100</b>	<b>298</b>	<b>100</b>	<b>1089</b>	<b>100</b>

Bijna 90% van de respondenten is van oordeel dat de specialistenopleidingen gemoderniseerd dienen te worden, zij het dat ruim een derde de mening is toegedaan dat dit 'enigszins' dient te gebeuren. Ruim een tiende van de respondenten vindt modernisering van de specialistenopleiding niet van belang. Leeftijd blijkt daarbij geen factor die in belangrijke mate van invloed is op die mening; de percentages van voor- en tegenstanders van modernisering van de opleiding zijn over alle drie de leeftijdscategorieën globaal vergelijkbaar, zij het dat er iets meer terughoudendheid bij de oudere medisch specialisten valt te signaleren.

In tabel 29 wordt aangegeven in hoeverre de medisch specialisten die geen belang hechten aan modernisering van de specialistenopleiding van deze geplande modernisering op de hoogte zijn.

**TABEL 29** BELANG MODERNISERING OPLEIDING VERSUS OP DE HOOGTE ZIJN VAN GEPLANDE MODERNISERING ERVAN

Op de hoogte?	Belang modernisering opleiding							
	ja		nee		enigszins		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	474	58	69	8	278	34	821	100
nee	122	44	52	19	104	37	278	100
<b>Totaal</b>	<b>596</b>	<b>54</b>	<b>121</b>	<b>11</b>	<b>382</b>	<b>35</b>	<b>1099</b>	<b>100</b>

Uit de tabel blijkt dat een vijfde van de respondenten die het belang van modernisering van de medische vervolgopleiding niet onderschrijven deze mening zijn toegedaan zonder op de hoogte te zijn van de inhoud van de innovatie van de medische vervolgopleiding. Ruim 40% onderschrijft dit belang wel, maar is eveneens niet van de inhoud ervan op de hoogte.

In tabel 30 wordt de mening van medisch specialisten omtrent het belang van modernisering van de opleiding gerelateerd aan het soort specialisme.

**TABEL 30** MENING OVER BELANG MODERNISERING OPLEIDING VERSUS SOORT SPECIALISME

	Soort specialisme									
	beschouwend		ondersteunend		snijdend		psychiatrie		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	328	56.5	64	51.6	137	52.1	20	48.7	549	54.4
nee	61	10.5	11	8.8	32	12.2	9	22.0	113	11.2
enigszins	192	33.0	49	39.6	94	35.7	12	29.3	347	34.1
<b>Totaal</b>	<b>581</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>263</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>1009</b>	<b>100</b>

Met name binnen de beschouwende specialismen wordt het belang van modernisering van de opleiding gezien; ruim 56% van de specialisten uit deze categorie gaf aan dat zij modernisering van belang vonden, terwijl 33% deze mening enigszins was toegeedaan.

### 4.3 Het voorzien van problemen door innovaties

Op de vraag aan de respondenten die op de hoogte zijn van de op handen zijnde opleidingsinnovaties (n = 761) of zij problemen voorzien bij de implementatie ervan antwoordt nagenoeg driekwart bevestigend. In tabel 31 wordt aangegeven in hoeverre zelfstandige medisch specialisten ten aanzien van die mening afwijken ten opzichte van medisch specialisten in dienstverband.

**TABEL 31** HET VOORZIEN VAN PROBLEMEN BIJ IMPLEMENTATIE INNOVATIES VERSUS AARD DIENSTVERBAND

	Voorziet u problemen bij innovaties?					
	ja		nee		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
dienstverband	234	75.0	78	25.0	312	100.0
zelfstandig	441	65.2	235	34.8	676	100.0
<b>Totaal</b>	<b>675</b>	<b>68.3</b>	<b>313</b>	<b>31.7</b>	<b>988</b>	<b>100.0</b>

Uit de tabel blijkt dat meer medisch specialisten in dienstverband problemen voorzien dan zelfstandig werkende medisch specialisten (75 versus 65%). Ook als deze analyse wordt verricht bij de subgroep medisch specialisten die op de hoogte zijn van de op handen zijnde veranderingen, blijft deze tendens gehandhaafd, zij het minder duidelijk (78 versus 72%). In tabel 32 wordt aangegeven op welke terreinen deze specialisten problemen voorzien. Omdat de ondervraagden hier meer dan één antwoordcategorie konden aankruisen sommeren de percentages boven 100%.

**TABEL 32** OP WELK GEBIED VOORZIET U PROBLEMEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN OPLEIDINGSINNOVATIES?

	n	%
kwaliteit van zorg	278	41.3
bedrijfsvoering	518	76.9
kwaliteit van de opleiding	257	38.2
anders, namelijk	150	22.3
<b>Totaal</b>	<b>673</b>	

Uit de tabel blijkt dat de meeste problemen worden voorzien binnen de bedrijfsvoering rond het implementatietraject; ruim driekwart van de respondenten geeft dat aan. Nagenoeg een kwart van de respondenten voorziet problemen die op andere terreinen liggen. Er wordt een veelheid aan potentieel problematische factoren genoemd, waarvan de belangrijkste zijn weergegeven in bijlage 4. De aangegeven problemen betreffen onder andere de kwaliteit van zorg, de capaciteit, financiële knelpunten en de kwaliteit van de opleiding. Voor verdere details wordt verwezen naar deze bijlage.

In tabel 33 is een koppeling gemaakt tussen het feit of de medisch specialisten betrokken zijn bij de innovatie van de opleiding en hun voorspelling omtrent het ontstaan van problemen bij de implementatie ervan.

**TABEL 33** BETROKKENHEID INNOVATIES VERSUS HET VOORZIEN VAN PROBLEMEN BIJ IMPLEMENTATIE ERVAN

Betrokken bij innovatie?	Voorziet u problemen bij implementatie innovaties?					
	ja		nee		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
ja	163	81	39	19	202	100
nee	511	65	273	35	784	100
<b>Totaal</b>	<b>674</b>	<b>68</b>	<b>312</b>	<b>32</b>	<b>986</b>	<b>100</b>

Uit de tabel blijkt dat procentueel aanmerkelijk meer medisch specialisten die bij de innovatie van de opleiding betrokken zijn problemen voorzien bij de implementatie ervan dan specialisten die er niet bij betrokken zijn. Voor een deel is dit verschil begrijpelijk: tussen de niet bij de innovatie van de opleiding betrokken specialisten zitten eveneens specialisten die niet op de hoogte zijn van het feit dat deze opleiding wordt geïnnoveerd. Indien die kennis ontbreekt is het moeilijk om problemen te voorzien bij het invoeren van innovaties. Toch is het opmerkelijk dat er ruim 80% van de 202 bij de innovaties betrokken medisch specialisten van oordeel is dat het implementeren ervan tot problemen zal leiden.

In tabel 34 tenslotte wordt een overzicht gegeven van de mening van de deelnemende medisch specialisten over een aantal stellingen dat betrekking heeft op de innovaties van de medische vervolgopleiding. Een interpretatie van de tabel is in de discussie van dit rapport opgenomen (zie hoofdstuk 6). Omdat sommige specialisten stellingen hebben overgeslagen loopt het aantal medisch specialisten dat op een stelling gereageerd heeft per stelling uiteen.

**TABEL 34 MENINGEN OVER STELLINGEN IN PROCENTEN**

	helemaal mee eens	enigszins mee eens	enigszins mee oneens	helemaal mee oneens	n
De huidige opleiding tot basisarts duurt te lang	4	20	34	42	1116
Tijdens de klinische fase dient via een schakeljaar al aansluiting te worden gezocht bij de medische vervolgopleidingen	18	51	20	11	1090
De huidige opleiding tot medisch specialist duurt te lang	7	21	34	38	1124
De huidige opleiding tot medisch specialist is van voldoende kwaliteit	26	53	18	3	1106
De eerste twee jaren van de vervolgopleiding lenen zich voor een "common trunk" voor een groep van specialismen	19	48	20	13	1088
AIOS worden door deze innovaties straks veelzijdiger opgeleid	7	50	32	11	1026
Door de competentie communicatie in het curriculum in te bouwen leren artsen beter te communiceren	27	58	12	3	1085
Door competentie gericht onderwijs leert de arts niet alleen medische kennis en vaardigheden, maar alle voor het beroep noodzakelijke competenties	20	62	15	3	1074
Door de toetsingsinstrumenten die gebruikt gaan worden kan ongeschiktheid voor het vak eerder en objectiever worden vastgesteld	20	58	18	4	1042
Door in de opleiding meer aandacht te schenken aan de wijze van beoordelen en feedback geven, zal ook binnen de maatschap/medische staf de onderlinge communicatie verbeteren	22	61	13	4	1089
Door in de opleiding meer aandacht te geven aan discipline-overstijgend onderwijs wordt multidisciplinaire samenwerking bevorderd	25	59	14	2	1090
Het gaat te veel tijd kosten om de vernieuwingen door te voeren	22	41	31	6	1054
AIOS zijn te veel weg van de werkvloer door al die cursussen en trainingen	23	51	22	4	1053
Specialisten zijn in het algemeen te weinig didactisch geschoold om deze vernieuwingen door te kunnen voeren	13	55	27	5	1081
Dit vraagt om een cultuurverandering die ik nog niet zo snel zie gebeuren	12	48	35	5	1068
Dit vraagt om veranderingen in de organisatie/bedrijfsvoering die ik nog niet zo snel zie gebeuren	21	50	26	3	1055
Ik ben gemotiveerd om mee te werken aan de vernieuwingen in de opleiding	35	49	11	5	1093

#### 4.4 Conclusies

De meningen die de medisch specialisten in dit onderzoek hebben gegeven met betrekking tot de innovaties van hun opleidingen leiden tot de volgende conclusies :

1. 60% van de medisch specialisten in de OOR Noord & Oost is in de huidige situatie betrokken bij de medische vervolgopleiding in hun specialisme. Vrouwelijke specialisten zijn relatief vaker actief betrokken als supervisor (47% van de vrouwen versus 33% van de mannen). Opleiders zijn echter vrijwel altijd mannen.
2. Driekwart van de regionale specialisten is ervan op de hoogte dat de medische vervolgopleidingen gemoderniseerd worden, maar de helft daarvan weet (nog) niet precies waarom het daarbij gaat en welke competenties daarin een rol spelen. 60% wil dan ook graag bijgeschoold worden in deze competenties.
3. In 2006 was zo'n 20% van de medisch specialisten in de OOR Noord & Oost actief betrokken bij de innovatie van hun opleiding en een derde van hen had al een cursus docentprofessionalisering gevolgd. De overige medisch specialisten zijn graag bereid om een dergelijke cursus te volgen.
4. 56% van de specialisten spreekt de wens uit om bij de opleidingsinnovaties in het eigen ziekenhuis betrokken te worden.
5. 90% van alle regionale specialisten acht de innovatie van de medische vervolgopleidingen van belang. Dat percentage is ongeacht de leeftijd van de specialist.
6. Het belang dat aan de innovaties wordt gehecht loopt niet opvallend uiteen tussen verschillende specialismen.
7. Specialisten verwachten dat door de innovaties en de aandacht voor niet-vakinhoudelijke competenties toekomstige specialisten communicatief en sociaal vaardiger zullen zijn.
8. Ondanks het belang dat aan de innovaties wordt gehecht, voorziet driekwart van de specialisten problemen bij de implementatie, met name in de bedrijfsvoering. Daarbij zien specialisten in dienstverband (UMCG-specialisten) meer implementatieproblemen dan de zelfstandig gevestigde specialisten. Betrokkenheid bij de opleiding lijkt eerder te leiden tot het voorzien van implementatieproblemen.
9. Medisch specialisten in de OOR Noord & Oost zijn zowel feitelijk als emotioneel bij de innovaties van de medische vervolgopleidingen betrokken en geven aan deze betrokkenheid verder gestalte te willen geven. Dit biedt een goede basis om vervolgopleidingen in gezamenlijkheid vorm te geven.

## 5 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen

Bij de start van dit onderzoek is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd, welke in de inleiding van dit rapport zijn weergegeven. In dit laatste hoofdstuk zullen aan de hand van de onderzoeksresultaten antwoorden op deze vragen worden gegeven, waarna de conclusies van het onderzoek in de beschouwing in een breder perspectief worden geplaatst. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele aanbevelingen. Allereerst zullen echter de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek kort worden besproken.

### 5.1 Betrouwbaarheid en validiteit

Het onderhavige onderzoek is uitgevoerd onder een groot aantal medisch specialisten werkzaam in de OOR Noord & Oost Nederland. Bij de start van het onderzoek is besloten om alle medisch specialisten in deze regio met een vragenlijst te benaderen. Uiteindelijk heeft ruim de helft van de medisch specialisten (53%) de vragenlijst ingevuld, terwijl de respons voor wat betreft de eerste drie vragen van de vragenlijst betreffende leeftijd, geslacht en tijdstip c.q. ziekenhuis van registratie via telefoon en e-mail kon worden verhoogd tot 73%. Voor vragenlijstonderzoek is een respons van ruim de helft van het aantal benaderde kandidaten zeer hoog te noemen, omdat percentages van 30-33% bij dit type onderzoek gangbaar zijn. De verdeling van het aantal deelnemende medisch specialisten over de diverse specialismen laat zien dat er een evenwichtige steekproef is getrokken, die met uitzondering van de psychiaters, een opbouw kent die een goede afspiegeling vormt van het landelijk aantal in diverse specialismen werkzame medisch specialisten. Dit betekent dat er bij de gepresenteerde gegevens van medisch specialisten van uitgegaan mag worden dat deze goed representeren wat er in de gehele populatie medisch specialisten leeft. Wel kan worden gesteld dat er vanwege de betere bereikbaarheid via de mail van medisch specialisten in het UMCG een wat grotere proportie medisch specialisten uit dit ziekenhuis de eerste drie vragen van de vragenlijst heeft ingevuld. Van deze groep medisch specialisten waren immers alle e-mailadressen bekend, terwijl de e-mailadressen van medisch specialisten van andere ziekenhuizen via de telefoon moesten worden achterhaald, hetgeen niet altijd lukte.

Omdat geen onderzoek onder de non-responders kon worden uitgevoerd, is niet duidelijk of er in dit onderzoek sprake is geweest van selectie-bias, een situatie waarbij de respondenten aan andere kenmerken voldoen of een andere mening vertegenwoordigen dan de non-responders. Er is echter geen aanwijzing of logische reden om te veronderstellen dat er een verband kan bestaan tussen de vraag of medisch specialisten al of niet aan het onderzoek hebben deelgenomen enerzijds en hun kenmerken c.q. hun mening ten aanzien van de capaciteitsverdeling en de innovaties van de medische vervolgopleidingen anderzijds.

## 5.2 Antwoorden op de vraagstellingen

*Hoeveel medisch specialisten die in de regio OOR Noord & Oost Nederland werkzaam zijn hebben (een deel van) hun opleiding tot medisch specialist in het UMCG gevolgd?*

Uit de resultaten (hoofdstuk 3 tabel 8) is naar voren gekomen dat 42.5% van de ondervraagde medisch specialisten uit de regio OOR Noord & Oost Nederland in het UMCG (deels) is opgeleid. Rekening houdend met een beperkt aantal zelfstandige opleidingen buiten het UMCG, maar wel in de OOR Noord & Oost, kan gesteld worden dat meer dan de helft van de regionale specialisten in andere regio's ( OOR/UMC's) is opgeleid. De OOR Noord & Oost is daarmee niet of onvoldoende zelfvoorzienend voor de specialistencapaciteit en in meerderheid afhankelijk van het aanbod uit andere opleidingsregio's.

*Wat is de geslachtsverdeling van de deelnemende medisch specialisten, wat is hun aanstellingspercentage en wat zijn hun toekomstplannen met betrekking tot hun carrière?*

In het onderhavige onderzoek bleek dat 20% van de respondenten van het vrouwelijk geslacht was, een kleiner percentage dan landelijk is vastgesteld (26%). Het lijkt er derhalve op dat de regio Noord & Oost Nederland wat betreft het aantal als medisch specialist werkzame vrouwen nog een inhaalslag moet maken. Een dergelijke inhaalslag ligt zeker in de lijn der verwachting als de geslachtsverdeling van het aantal AIOS wordt beschouwd; hier blijkt 51% van het vrouwelijk geslacht. Met het instromen van meer vrouwen binnen het beroep van medisch specialist zal ook het percentage in deeltijd werkenden toenemen. Uit tabel 7 in hoofdstuk 2 blijkt dat er procentueel minder vrouwen dan mannen fulltime als medisch specialist werkzaam zijn: bijna éénderde van de vrouwen versus ruim driekwart van de mannen. Daarnaast blijkt het gemiddeld werkpercentage voor mannelijke medisch specialisten blijkt in dit onderzoek 96.3% te zijn en voor vrouwelijke 81%, percentages die overeenkomen met de landelijk bekende cijfers.

Uit ander onderzoek (NIDI 2001) blijkt dat ook mannelijke medisch specialisten steeds meer de voorkeur geven aan werken in deeltijd, maar dat deze wens lang niet altijd kan worden verwezenlijkt.

Wat betreft de toekomstplannen met betrekking tot de carrière blijkt dat bijna de helft van de deelnemende medisch specialisten aangeeft nog meer dan tien jaar in de regio Noord & Oost Nederland te willen blijven werken, terwijl een kwart verwacht nog tussen de zes en de tien jaar aan de regio verbonden te willen blijven. Er is blijkbaar een grote binding met de regio. Deze binding neemt toe met het stijgen der jaren en houdt (in volgorde van belangrijkheid) verband met de plezierige woonomgeving, de plezierige werkomgeving en sociale redenen (familie, kennissen, etc.). Relatief meer vrouwen dan mannen geven sociale redenen aan voor hun gebondenheid aan de regio, terwijl een plezierige woon- en werkomgeving juist voor mannelijke specialisten meer bijdraagt aan een gebondenheid aan de regio dan voor vrouwelijke. Relatief meer mannen geven organisatorische en financiële verplichtingen aan als bindingsfactor.

*Welke mening hebben medisch specialisten over de capaciteit binnen hun eigen specialisme en over de capaciteitsbehoefte in de nabije toekomst?*

Vooraf binnen de ondersteunende specialismen en binnen de psychiatrie geven de deelnemende medisch specialisten aan het aantal werkzame specialisten als (te) krap te beschouwen. Meer dan de helft van de vertegenwoordigende specialismen uit deze categorieën geeft een gebrek aan specialisten aan. Binnen de beschouwende en snijdende specialismen betreft het ongeveer eenderde van de vertegenwoordigende specialisten. De grootste capaciteitsproblemen worden ervaren door nucleair geneeskundigen, arts-microbiologen, klinisch geriateren en MDL-artsen. Meer dan 80% van de respondenten die deze specialismen vertegenwoordigen is van mening dat er sprake is van een te beperkte capaciteit binnen hun vakgebied. Het is opmerkelijk dat in het advies van het Capaciteitsorgaan geen van de in het onderhavige onderzoek genoemde specialismen als 'capaciteitsbehoefte' worden aangemerkt. Met name binnen de specialismen dermatologie, oogheelkunde, psychiatrie en radiologie worden door het Capaciteitsorgaan wel capaciteitstekorten gesignaleerd (Capaciteitsorgaan 2005), terwijl deze specialismen in het onderhavige onderzoek niet met een capaciteitstekort in verband worden gebracht. Opmerkelijk is dat er ondanks de gerapporteerde krapte binnen de ondersteunende specialismen en de ingeschatte moeilijkheidsgraad om nieuwe specialisten aan te trekken het aantal pogingen dat daartoe binnen deze specialismen lijkt te worden gedaan gering is, getuige het aantal vacatures dat verschijnt om aan deze behoefte te voldoen. Wat betreft de behoefte aan meer specialisten *in de toekomst* wordt deze door de psychiaters het meest duidelijk aangegeven. Echter, voor alle soorten specialismen geldt dat het merendeel (gemiddeld ruim tweederde) van hun vertegenwoordigers binnen dit onderzoek verwacht dat er meer specialisten nodig zullen zijn. Vooral de klinisch geriateren, de MDL-artsen, de revalidatie-artsen, de plastisch chirurgen, de orthopeden en de neurochirurgen geven aan dat in de toekomst binnen hun specialisme meer collega-specialisten nodig zijn. Kinderartsen, klinisch genetici en oogartsen zijn de enige specialismen waarbinnen een groter aantal respondenten heeft aangegeven dat in de toekomst niet meer specialisten nodig zijn dan het aantal dat van mening is dat deze wel nodig zijn (zie bijlage 1). Voor wat betreft de oogartsen mag dat opmerkelijk worden genoemd, omdat dit specialisme door het Capaciteitsorgaan althans voor het jaar 2006 als capaciteitsbehoefte wordt aangemerkt. Mogelijk speelt hier taakherschikking een rol.

*Welke aanwijzingen vallen uit de antwoorden van medisch specialisten te destilleren ten aanzien van de wenselijke opleidingscapaciteit voor de komende vijf jaar?*

Omdat deze vraag niet letterlijk is gesteld in de vragenlijst en derhalve niet rechtstreeks uit de resultaten van het onderzoek voortvloeit zal hierop in de volgende paragraaf, de beschouwing, worden ingegaan.

*Hoeveel van de deelnemende medisch specialisten is op de hoogte van de op handen zijnde innovaties binnen de medische vervolgopleidingen en welke problemen voorzien zij bij de implementatie ervan?*

Iets minder dan éénvijfde van de respondenten is op uiteenlopende wijze actief betrokken bij de innovatie van de medische vervolgopleidingen. Dit kan bijvoorbeeld zijn vanuit een leidinggevende positie, vanuit de landelijke beroepsvereniging, via een landelijk innovatieproject of vanuit bestuursfuncties. Driekwart van *alle* deelnemende specialisten is op de hoogte van de veranderingen die binnen de vervolgopleiding zullen plaatsvinden. Ruim ééntiende van de medisch specialisten die bij de opleiding zijn betrokken blijkt desondanks niet op de hoogte te zijn van de op handen zijnde veranderingen binnen de medische vervolgopleidingen. Bij de subgroep van medisch specialisten zonder betrokkenheid bij de opleiding ligt dit percentage aanmerkelijk hoger, te weten 44%. Van de respondenten die op de hoogte zijn van de ophanden zijnde veranderingen binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen weet echter ruim de helft niet of slechts vaag om welke competenties het daarbij gaat. Afgezet tegen het totaal aantal deelnemende specialisten betreft dat een tweederde deel.

Bijna 90% van de respondenten is van oordeel dat de specialistenopleidingen gemoderniseerd dienen te worden. Toch worden door veel respondenten problemen voorzien bij de implementatie van de innovaties. Op de vraag aan de respondenten die op de hoogte zijn van de op handen zijnde opleidingsinnovaties of zij dergelijke problemen voorzien antwoordt nagenoeg driekwart bevestigend. De meeste problemen worden voorzien binnen de bedrijfsvoering rond het implementatietraject; ruim driekwart van de respondenten geeft dat aan. Een kwart van de respondenten voorziet problemen die op andere terreinen liggen, zoals de kwaliteit van zorg, de capaciteit, financiële knelpunten en de kwaliteit van de opleiding.

Inhoudelijke analyse van de gegeven antwoorden op de stellingen (Tabel 34) levert op dat een aanzienlijk deel daarvan als steun voor de innovatie van de vervolgopleidingen kan worden opgemerkt. Stellingen die – bij een ‘positieve’ respons – als steun voor de innovaties kunnen worden aangemerkt zijn:

- door de competentie communicatie in het curriculum in te bouwen leren artsen beter te communiceren;
- door competentie gericht onderwijs leert de arts niet alleen medische kennis en vaardigheden, maar alle voor het beroep noodzakelijke competenties;
- door de toetsingsinstrumenten die gebruikt gaan worden kan ongeschiktheid voor het vak eerder en objectiever worden vastgesteld;
- door in de opleiding meer aandacht te schenken aan de wijze van beoordelen en feedback geven, zal ook binnen de maatschap/medische staf de onderlinge communicatie verbeteren;
- door in de opleiding meer aandacht te geven aan discipline-overstijgend onderwijs wordt multidisciplinaire samenwerking bevorderd;

- ik ben gemotiveerd om mee te werken aan de vernieuwingen in de opleiding;
- AIOS worden door deze innovaties straks veelzijdiger opgeleid.

Het is opvallend dat ieder van deze stellingen door een ruime meerderheid van de medisch specialisten wordt onderschreven (min. 57.7%, max. 84.4%), hetgeen erop duidt dat een meerderheid van de respondenten het eens is met althans een deel van de argumenten die aanleiding zijn geweest om de innovaties in gang te zetten. Met de respons op andere stellingen kan echter worden onderbouwd dat een substantieel aantal medisch specialisten van oordeel is dat het doorvoeren van deze innovaties niet zonder problemen zal verlopen. Voorbeelden hiervan zijn:

- het gaat te veel tijd kosten om de vernieuwingen door te voeren;
- AIOS zijn te veel weg van de werkvloer door al die cursussen en trainingen;
- specialisten zijn in het algemeen te weinig didactisch geschoold om deze vernieuwingen door te kunnen voeren;
- dit vraagt om een cultuurverandering die ik nog niet zo snel zie gebeuren;
- dit vraagt om veranderingen in de organisatie/bedrijfsvoering die ik nog niet zo snel zie gebeuren.

Ook voor deze stellingen geldt dat ze door de meerderheid van de deelnemend medisch specialisten worden onderschreven (min. 60.1, max. 78.6). Samenvattend onderkent een belangrijk deel van de medisch specialisten de argumenten om tot innovatie van de medische vervolgopleidingen over te gaan, maar men voorziet tegelijkertijd ook serieuze knelpunten bij de implementatie van deze innovatie.

*Hoeveel medisch specialisten zijn op dit moment bij de opleiding tot medisch specialist betrokken en welke bereidheid bestaat er bij niet bij de opleiding betrokken medisch specialisten om werkzaamheden ten behoeve van innovaties binnen deze opleiding te verrichten?*

Nagenoeg 60% van de medisch specialisten blijkt op de één of andere manier bij de medische vervolgopleiding betrokken. Er zijn relatief iets meer vrouwen dan mannen bij de opleiding betrokken: 62% van de vrouwen tegen 58% van de mannen. De betrokkenheid van medisch specialisten bij de opleiding loopt niet erg uiteen per soort specialisme; voor alle specialistencategorieën geldt dat ruim de helft van de medisch specialisten bij de opleiding is betrokken. Ruim éénderde van de medisch specialisten is als supervisor bij de opleiding betrokken, terwijl nagenoeg éénvijfde de functie van docent/vaardigheidstrainer uitoefent. Ruim de helft van alle deelnemende specialisten volgt in een wetenschappelijke vereniging de ontwikkelingen rond de opleiding, terwijl 56% betrokken zou willen zijn bij innovaties rond de opleiding binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn. Iets minder, namelijk 46% zou wel betrokken willen zijn bij regionale opleidingsinnovaties. De betrokkenheid en bereidwilligheid

van medisch specialisten bij de opleiding kan dus als groot worden aangemerkt en biedt een goede basis om deze in gezamenlijkheid vorm te geven.

### **5.3 Algemene conclusies en beschouwing**

De gegevens die in dit onderzoek zijn verzameld en geanalyseerd leiden tot een aantal belangrijke conclusies als het gaat om de planning en toewijzing van opleidingsplaatsen voor AIOS aan de OOR Noord & Oost Nederland:

#### *Vergrijzing en feminisering*

Het specialistenbestand van de OOR Noord & Oost Nederland is sterk aan het vergrijzen. Had het Noorden 5 jaar geleden nog een relatief jonge specialisten populatie ten opzichte van de rest van Nederland; nu heeft het in vergelijking een oude populatie, waarbij de vergrijzing zich nog verder door zal zetten. Op het gebied van arbeidsmarktontwikkelingen geldt in het algemeen dat in het Noorden de trends zoals die zich in het Westen voordoen na-ijlen, maar ook langer doorwerken (werkloosheid, tekorten van specifieke groepen, enzovoort). Demografisch is het Noorden stabiel (minder mobiliteit) en ouder (vergrijzing bevolking). Het feit dat vergeleken bij andere regio's het aandeel vrouwelijke specialisten is achtergebleven, betekent dan ook dat er rekening mee moet worden gehouden dat binnen 5 jaar dit aandeel aanmerkelijk zal zijn toegenomen. Nu uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen aangeven eerder met werken te willen stoppen, moet geconstateerd worden dat de verdere feminisering van het specialistenbestand tot kortere werktijden en tot eerdere uitstroom uit het beroep zal leiden en daarmee de toekomstige capaciteit zal beïnvloeden. Tevens ligt het in de lijn der verwachting dat in de toekomst aan de bestaande behoefte die ook bij mannelijke medisch specialisten bestaat om in deeltijd te gaan werken deels tegemoet wordt gekomen.

#### *Capaciteit en zorgontwikkeling*

De OOR Noord & Oost Nederland kenmerkt zich door een groot oppervlak ( $\frac{1}{4}$  van Nederland) met een relatief lage bevolkingsdichtheid ( $\frac{1}{6}$  van Nederland) vergeleken met andere (randstedelijke) OOR's. Ook de daadwerkelijke zorgconsumptie loopt achter bij de randstedelijke consumptie. Eén zevende van het aantal medisch specialisten in Nederland werkt in de OOR Noord & Oost. Uit dit onderzoek blijkt dat de medisch specialisten die in deze OOR in meerderheid inschatten dat de regionale zorgconsumptie zal toenemen. Zij vinden het moeilijk om zondermeer de vertaalslag te maken naar de behoefte aan meer specialisten/opleidingsplaatsen, maar bijna de helft geeft desondanks aan dat deze toename zal leiden tot meer vraag naar specialistencapaciteit en derhalve opleidingscapaciteit. De huidige wijze van het verdelen van opleidingsplaatsen over de regio's in Nederland houdt geen rekening met de regionale verschillen in capaciteitsbehoefte op basis van inwoneraantal en zorgontwikkeling. Bij deze verdeling wordt uitgegaan van de historische ontwikkeling van de bestaande opleidingscapaciteit van een regio, veelal gevolgd door een proces van onderhandeling. Bovendien zijn er regio's die de geplande opleidingscapaciteit overschrijden.

Hoewel het niet gemakkelijk is om de juiste capaciteitsverdeling over de regio's vast te stellen, is het van groot belang voor de individuele regio's om de capaciteitsverdeling zoveel mogelijk te baseren op (indicaties van) de werkelijke regionale behoeften. Nemen we een gemakkelijk voorhanden zijnde parameter als het inwoneraantal van een regio als uitgangspunt voor de capaciteitsverdeling naar regio's, dan blijkt dat nagenoeg éénzesde van de Nederlandse bevolking in de OOR Noord & Oost Nederland woont. Uitgaande van het totaal aantal te verdelen AIOIS per 1-12-2006, te weten 5675 (Capaciteitsorgaan), betekent dit dat Noord & Oost Nederland 945 AIOS-plaatsen zou moeten hebben. Op 31-12-2006 is het daadwerkelijk aantal AIOS in de regio geïventariseerd. Volgens opgave van het UMCG waren dit er 685,8 en volgens opgave van de regionale ziekenhuizen betrof het 751,4, waarbij het verschil tussen deze beide getallen voortkomt uit verschil in definities en interpretatie van regelgeving. Dit betekent derhalve dat er momenteel in de regio OOR Noord & Oost Nederland – afhankelijk van de gehanteerde definitie – sprake is van een tekort van 20 - 27% aan opleidingsplaatsen bij gebruik van het inwoneraantal als parameter. Een enigszins vergelijkbare manier waarop verdeling plaats kan hebben betreft een berekening op basis van het aantal in de regio werkzame specialisten. Gaan we uit van 2146 in de regio Noord & Oost werkzame medisch specialisten, dan betreft dit globaal 1/7 deel van het totaal aantal medisch specialisten in Nederland, te weten 14.283 (peildatum 2005). Dit deel is kleiner deel dan op basis van inwoneraantallen (namelijk 1/6 deel) toegewezen zou dienen te worden. Ook een inschatting van de benodigde specialistencapaciteit zou bij de opleidingsplaatsen planning betrokken kunnen worden.

Gezien de in dit onderzoek vastgestelde forse vergrijzing in de regio Noord & Oost, dient ook om die reden het aantal opleidingsplaatsen in de regio te worden uitgebreid. Bovendien betreft de toewijzing per specialisme in de huidige systematiek een evenredig deel (1/8) van de landelijke behoefte, terwijl de regionale behoefte hier per specialisme vanaf kan wijken. Het gaat dus niet alleen om meer AIOS-capaciteit als geheel, maar ook de verdeling daarvan per specialisme (het palet van soorten specialismen) is belangrijk.

#### *Arbeidsmarktfactoren*

De mobiliteit van de regionale bevolking in Noord & Oost Nederland is laag. Dit geldt ook voor medisch specialisten; als men zich eenmaal in het Noorden/Oosten heeft gevestigd is men geneigd er te blijven vanwege de aantrekkelijke woon-werksituatie en sociale contacten. Uit dit onderzoek is gebleken dat – in tegenstelling tot 5 jaar geleden – het merendeel van de specialisten aangetrokken is c.q. moet worden uit andere delen van Nederland, met name de Randstad. Dit is zeer nadelig voor Noord & Oost Nederland. Daar AIOS in een levensfase zitten van gezinsvorming, betekent een verhuizing vanuit de Randstad naar Noord & Oost Nederland dat ook voor de partner een aantrekkelijke baan voorhanden moet zijn en kinderen van school moeten veranderen. Het besluit om met het gezin naar een andere regio te verhuizen wordt niet gemakkelijk genomen als men nog geen binding met deze regio heeft. Mede door deze verhuisdrempel vindt er selectie plaats. De meest veelbelovende AIOS

worden vaak vanuit de opleiding al aan het ziekenhuis gebonden. Ook biedt de Randstad meer mogelijkheden voor mobiliteit in werkkring zonder te hoeven verhuizen naar een andere regio; de 5 randstedelijke UMC's zijn vanuit één woonomgeving te bereiken en dat geldt ook voor een aantal grote topziekenhuizen. Voor Noord & Oost Nederland is het daarom moeilijker om excellerende AIOS vanuit de Randstad aan te trekken als specialist. Andersom is er in de OOR Noord & Oost sprake van een grote uitstroom van "jonge klare"; 60% van de specialisten gaat na hun opleiding naar andere regio's (met name de randstad). De mogelijkheden voor "eigen kweek" moeten in Noord & Oost Nederland dan ook ten volle benut worden; zowel kwalitatief als kwantitatief. Dat kan door te bewerkstellingen dat er meer opleidingscapaciteit komt ten behoeve van de OOR Noord & Oost. Daarnaast is het van belang om als regio veel te investeren in de innovaties van de medische vervolgoopleidingen en een goed medisch opleidingscontinuüm als mede een goed loopbaantraject tot stand te brengen.

#### *Opleidingsfactoren*

Als het belangrijk is om AIOS al tijdens hun opleidingstijd aan de regio te binden is het ook van belang om meer aandacht te besteden aan het werven en selecteren van AIOS en er voor te zorgen dat de kwaliteit en reputatie van de opleiding wervend en bindend is. De keuze van de OOR Noord & Oost om gezamenlijk in te zetten op de ontwikkeling van het Medisch Opleidingscontinuüm kan dit bevorderen.

#### **5.4 Aanbevelingen opleidingscapaciteit OOR Noord & Oost**

1. De landelijke planning van de opleidingscapaciteit moet worden aangevuld met een regionale planning van de opleidingscapaciteit, waarbij rekening wordt gehouden met specifieke kenmerken en factoren van de regio, zoals vergrijzing, feminisering, inwoneraantallen, zorgontwikkeling en mobiliteit, waarbij dit per specialisme in kaart wordt gebracht..
2. Voor de OOR Noord & Oost Nederland geldt dat op al deze kenmerken en factoren sprake is van een bepaalde achterstand. De OOR Noord & Oost zal dan ook moeten worden ontzien bij de voorziene landelijke krimp in het aantal toe te wijzen opleidingsplaatsen voor AIOS. Met name binnen de ondersteunende specialismen en de psychiatrie moet sprake kunnen zijn van enige groei. Het totaal aan opleidingsplaatsen van de OOR Noord & Oost zou evenredig moeten zijn aan het inwoneraantal van deze regio. Dit betekent dat de OOR Noord & Oost op termijn door zou moeten groeien naar 1/6 van het totaal van het landelijk quotum aan opleidingsplaatsen. De verdeling over de specialismen binnen dat quotum zou beter moeten aansluiten bij de regionale behoefte.
3. Een sterk punt voor de OOR Noord & Oost is de kwaliteit van het medisch opleidingscontinuüm en de reeds bestaande regionale samenwerking rond het medisch onderwijs en de medische vervolgoopleidingen tussen het UMCG en haar "Teaching Hospitals". Het is aan te bevelen dat de OOR Noord & Oost zich in gezamenlijkheid hierin nog meer gaat

profilieren en dit kwaliteitsprofiel gebruikt voor het aantrekken en behouden van AIOS en medisch specialisten. Daarbij is meer aandacht voor de werving en selectie van zowel Aios als specialisten gewenst.

4. Dit onderzoek is beperkt tot de data en meningen van medisch specialisten. Het is aan te bevelen om ook de data en meningen van AIOS in de OOR Noord & Oost te onderzoeken.

## Geraadpleegde literatuur

1. G.H Blijham, M.A.P. Mens. *OOR-zaak en gevolg*. Opleiding in de Zorg. Visiedocument Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. NFU, Utrecht 2005.
2. Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en Advies 2005 voor de initiële opleiding geneeskunde*. Capaciteitsorgaan, Utrecht 2005.
3. J. Broer, J.J. Boskamp, C.M.A. Bijleveld. *Gaten in de Zorg*. Werkwijze, werkwensen en werkinhoud bij artsen in Noord-Nederland. KNMG 2001.
4. NIDI. *Bulletin over Bevolking en Samenleving*, NIDI 2001, jaargang 7.
5. J. de Jong , P. Heiligers , L. Hingstman. *Tabellenboek: integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken*. Utrecht: NIVEL, 2005.

## Bijlage 1 Aanvullende tabellen

TABEL 1A PROVINCIE WAAR SPECIALIST WERKZAAM IS VERSUS SOORT SPECIALIST

Soort specialist	Provincie waarin specialist werkzaam is											
	Drenthe		Friesland		Gelderland		Groningen		Overijssel		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anesthesioloog	5	0.5	8	0.7	0	0.0	34	3.2	20	1.9	67	6.3
Arts-microbioloog	0	0.0	3	0.3	0	0.0	3	0.3	3	0.3	9	0.8
Cardioloog	4	0.4	10	0.9	0	0.0	11	1.0	17	1.6	42	3.9
Cardiothoracaal chirurg	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.6	0	0.0	6	0.6
Chirurg	10	0.9	17	1.6	3	0.3	31	2.9	33	3.1	94	8.8
Dermatoloog	2	0.2	6	0.6	2	0.2	5	0.5	12	1.1	27	2.5
Gynaecoloog	11	1.0	17	1.6	3	0.3	26	2.4	27	2.5	84	7.9
Kaakchirurg	1	0.1	1	0.1	0	0.0	9	0.8	11	1.0	22	2.1
Internist	11	1.0	11	1.0	2	0.2	30	2.8	21	2.0	75	7.0
Kinderarts	15	1.4	13	1.2	0	0.0	51	4.8	23	2.1	102	9.5
Klinisch chemicus	2	0.2	7	0.7	0	0.0	1	0.1	7	0.7	17	1.6
Klinisch geneticus	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	1.0	0	0.0	11	1.0
Klinisch geriater	2	0.2	1	0.1	1	0.1	0	0.0	4	0.4	8	0.7
Klinisch patholoog	3	0.3	5	0.5	3	0.3	8	0.7	8	0.7	27	2.5
Kno-arts	3	0.3	6	0.6	1	0.1	10	0.9	20	1.9	40	3.7
Longarts	4	0.4	6	0.6	3	0.3	11	1.0	13	1.2	37	3.5
MDL-arts	2	0.2	5	0.5	0	0.0	7	0.7	9	0.8	23	2.1
Neurochirurg	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	0.7	2	0.2	10	0.9
Neuroloog	6	0.6	11	1.0	0	0.0	18	1.7	15	1.4	50	4.7
Nucleair geneeskundige	1	0.1	2	0.2	0	0.0	4	0.4	5	0.5	12	1.1
Oogarts	7	0.7	9	0.8	3	0.3	11	1.0	17	1.6	47	4.4
Orthopeed	5	0.5	6	0.6	2	0.2	14	1.3	11	1.0	38	3.6
Plastisch chirurg	2	0.2	4	0.4	0	0.0	9	0.8	4	0.4	19	1.8
Psychiater	7	0.7	9	0.8	1	0.1	17	1.6	10	0.9	44	4.1
Radioloog	8	0.7	9	0.8	3	0.3	12	1.1	19	1.8	51	4.8
Radiotherapeut	0	0.0	2	0.2	0	0.0	14	1.3	5	0.5	21	2.0
Reumatoloog	2	0.2	4	0.4	1	0.1	7	0.7	13	1.2	27	2.5
Revalidatie-arts	2	0.2	8	0.7	3	0.3	16	1.5	5	0.5	34	3.2
Uroloog	3	0.3	4	0.4	0	0.0	8	0.7	11	1.0	26	2.4
<b>Totaal</b>	<b>118</b>	<b>11.0</b>	<b>184</b>	<b>17.2</b>	<b>31</b>	<b>2.9</b>	<b>392</b>	<b>36.6</b>	<b>345</b>	<b>32.2</b>	<b>1070</b>	<b>100.0</b>

TABEL 15A INSCHATTING VAN DE HUIDIGE CAPACITEIT PER SPECIALISME

Specialisme	ruim voldoende %	voldoende %	(te) krap %	Totaal n
Anesthesioloog	5	57	38	66
Arts-microbioloog	0	11	89	9
Cardioloog	10	59	31	42
Cardiothoracaal chirurg	17	50	33	6
Chirurg	18	67	15	95
Dermatoloog	7	52	41	27
Gynaecoloog	12	64	24	84
Internist	15	45	40	72
Kaakchirurg	5	54	41	22
Kinderarts	15	63	22	101
Klinisch chemicus	6	25	69	16
Klinisch geneticus	9	82	9	11
Klinisch geriater	0	13	87	8
Klinisch patholoog	0	41	59	27
Kno-arts	2	46	51	41
Longarts	22	62	16	37
MDL-arts	4	13	83	23
Neurochirurg	9	60	30	10
Neuroloog	10	76	14	49
Nucleair geneeskundige	8	0	92	12
Oogarts	18	59	23	44
Orthopeed	0	58	42	38
Plastisch chirurg	5	37	58	19
Psychiater	5	44	51	43
Radioloog	10	56	35	52
Radiotherapeut	10	40	50	20
Reumatoloog	0	70	30	27
Revalidatie-arts	0	33	67	33
Uroloog	8	61	31	26
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>36</b>	<b>1060</b>

TABEL 16A MET WELKE FREQUENTIE ZIJN ER IN UW REGIO VACATURES VOOR UW SPECIALISME?

Specialisme	≤1 keer per jaar %	2-4 keer per jaar %	≥ 5 keer per jaar %	Totaal n
Anesthesioloog	37	27	36	63
Arts-microbioloog	44	44	11	9
Cardioloog	66	29	5	41
Cardiothoracaal chirurg	83	0	17	6
Chirurg	65	25	10	91
Dermatoloog	96	4	0	26
Gynaecoloog	54	33	13	81
Internist	53	30	17	70
Kaakchirurg	80	15	5	20
Kinderarts	53	35	12	96
Klinisch chemicus	56	38	6	16
Klinisch geneticus	100	0	0	11
Klinisch geriater	100	0	0	8
Klinisch patholoog	67	29	4	27
Kno-arts	79	16	5	38
Longarts	89	11	0	36
MDL-arts	35	52	13	23
Neurochirurg	100	0	0	10
Neuroloog	72	28	0	50
Nucleair geneeskundige	84	8	8	12
Oogarts	84	16	0	44
Orthopeed	93	0	7	15
Plastisch chirurg	74	26	0	19
Psychiater	12	36	52	42
Radioloog	70	16	14	49
Radiotherapeut	80	20	0	20
Reumatoloog	81	15	4	26
Revalidatie-arts	32	50	18	34
Uroloog	96	4	0	26
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>1031</b>

TABEL 17A BIJ VACATURES IS HET GEMAKKELIJK OM NIEUWE SPECIALISTEN AAN TE TREKKEN

Specialisme	ja	nee	weet niet	Totaal
	%	%	%	n
Anesthesioloog	21	64	15	66
Arts-microbioloog	0	89	11	9
Cardioloog	43	40	17	42
Cardiothoracaal chirurg	0	83	17	6
Chirurg	64	21	15	92
Dermatoloog	22	71	7	27
Gynaecoloog	36	58	6	84
Internist	51	40	9	69
Kaakchirurg	5	77	18	22
Kinderarts	40	37	23	100
Klinisch chemicus	6	88	6	16
Klinisch geneticus	82	18	0	11
Klinisch geriater	0	88	12	8
Klinisch patholoog	11	70	19	27
Kno-arts	15	78	7	40
Longarts	65	27	8	37
MDL-arts	0	100	0	23
Neurochirurg	60	40	0	10
Neuroloog	20	55	25	49
Nucleair geneeskundige	8	75	17	12
Oogarts	27	46	27	44
Orthopeed	66	24	10	38
Plastisch chirurg	5	90	5	19
Psychiater	16	68	16	44
Radioloog	29	51	20	51
Radiotherapeut	20	75	5	20
Reumatoloog	11	67	22	27
Revalidatie-arts	3	91	6	34
Uroloog	42	42	15	26
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>32</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>1053</b>

**TABEL 18A IK VERWACHT DAT DOOR DE TOEKOMSTIGE ZORGVRAAG EN/OF ONTWIKKELINGEN ER IN DE TOEKOMST MEER SPECIALISTEN NODIG ZIJN IN MIJN SPECIALISME IN DE REGIO NOORD&OOST NEDERLAND**

<b>Specialisme</b>	<b>ja</b>	<b>nee</b>	<b>geen mening</b>	<b>Totaal</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Anesthesioloog	73	15	12	67
Arts-microbioloog	78	11	11	9
Cardioloog	83	10	7	42
Cardiothoracaal chirurg	50	50	0	6
Chirurg	71	21	7	94
Dermatoloog	55	41	4	27
Gynaecoloog	46	40	14	84
Internist	69	22	8	72
Kaakchirurg	54	32	14	22
Kinderarts	45	46	9	101
Klinisch chemicus	37	50	13	16
Klinisch geneticus	55	36	9	11
Klinisch geriater	100	0	0	8
Klinisch patholoog	74	19	7	27
Kno-arts	52	38	10	40
Longarts	65	22	13	37
MDL-arts	96	4	0	23
Neurochirurg	80	20	0	10
Neuroloog	74	14	12	50
Nucleair geneeskundige	100	0	0	12
Oogarts	41	43	16	44
Orthopeed	94	3	3	38
Plastisch chirurg	89	0	11	19
Psychiater	77	16	7	44
Radioloog	70	22	8	51
Radiotherapeut	90	10	0	20
Reumatoloog	67	18	15	27
Revalidatie-arts	91	6	3	34
Uroloog	76	20	4	25
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>67</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>1060</b>

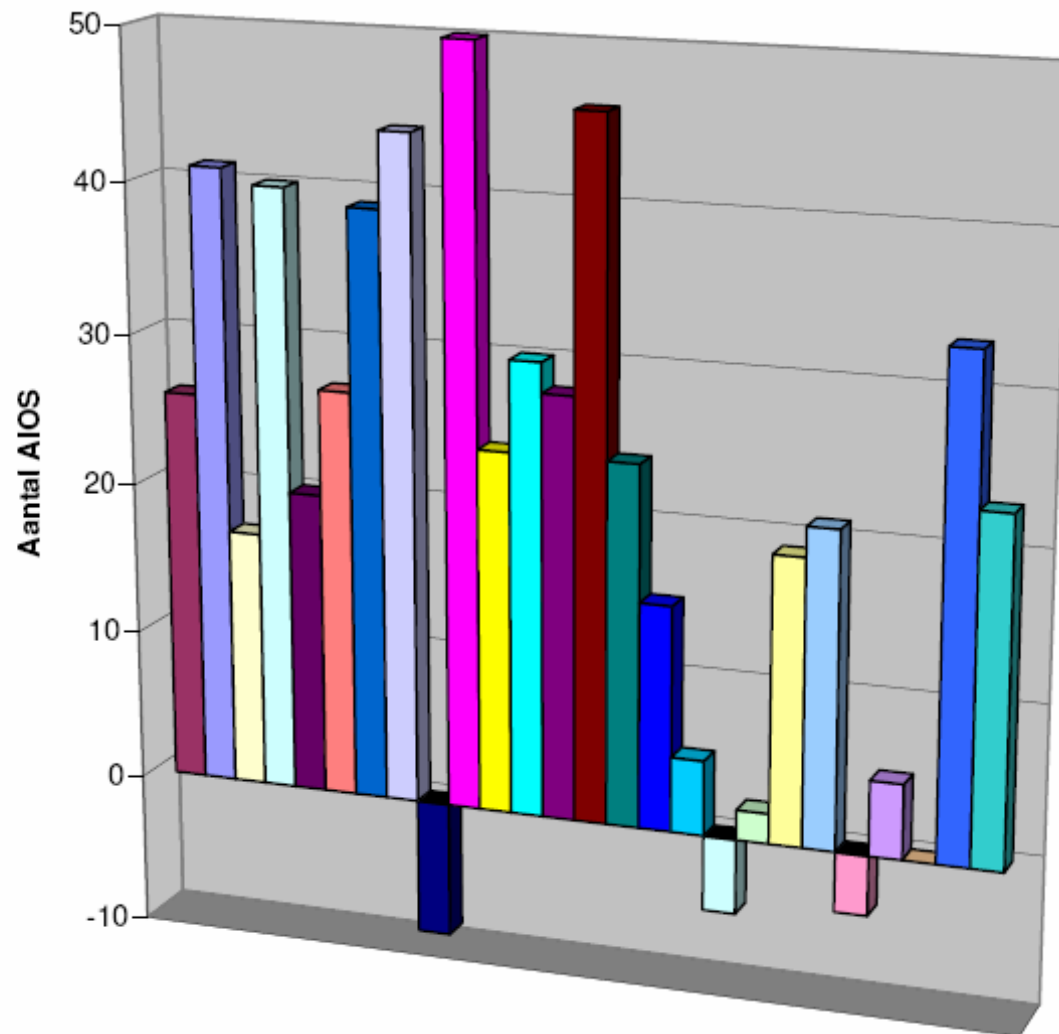
**TABEL 20A DENKT U DAT DE KORTING OP HET AANTAL OPLEIDINGSPLAATSEN VOOR DE REGIO NOORD & OOST NEDERLAND PROBLEMEN GAAT OPLEVEREN?:**

<b>Specialisme</b>	<b>ja</b>	<b>nee</b>	<b>geen mening</b>	<b>Totaal</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Anesthesioloog	60	21	19	67
Arts-microbioloog	100	0	0	9
Cardioloog	46	39	15	41
Cardiothoracaal chirurg	50	50	0	6
Chirurg	54	29	17	93
Dermatoloog	48	41	11	27
Gynaecoloog	57	29	14	81
Internist	59	23	18	71
Kaakchirurg	33	52	14	21
Kinderarts	67	18	15	99
Klinisch chemicus	69	19	12	16
Klinisch geneticus	10	90	9	10
Klinisch geriater	100	0	0	8
Klinisch patholoog	56	18	26	27
Kno-arts	83	10	7	40
Longarts	41	35	24	37
MDL-arts	74	13	13	23
Neurochirurg	50	40	10	10
Neuroloog	53	35	22	49
Nucleair geneeskundige	75	8	17	12
Oogarts	43	34	23	44
Orthopeed	82	18	3	38
Plastisch chirurg	83	6	11	18
Psychiater	70	19	11	43
Radioloog	59	20	21	51
Radiotherapeut	63	16	21	19
Reumatoloog	89	7	4	27
Revalidatie-arts	97	3	0	34
Uroloog	39	46	15	26
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>61</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>1047</b>

TABEL 21A VINDT U DAT ER MEER OPLEIDINGSPLAATSEN Zouden moeten komen binnen uw specialisme?

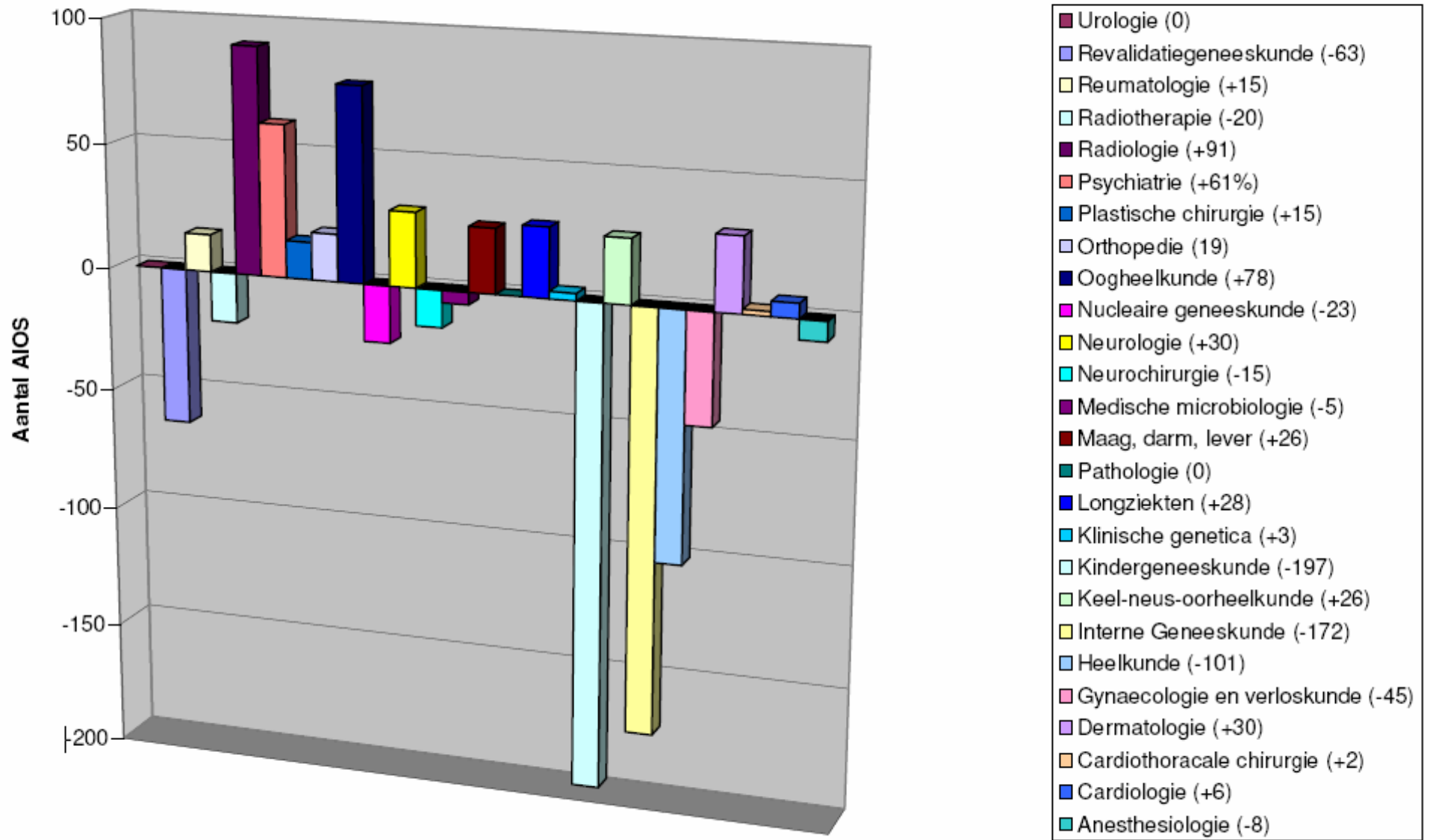
Specialisme	ja, in heel Nederland	ja, specifiek in onze regio	nee	Totaal
	%	%	%	n
Anesthesioloog	41	16	43	63
Arts-microbioloog	11	56	33	9
Cardioloog	22	15	63	40
Cardiothoracaal chirurg	33	0	67	6
Chirurg	34	9	57	92
Dermatoloog	15	11	74	27
Gynaecoloog	11	25	64	80
Internist	32	21	47	71
Kaakchirurg	10	14	76	21
Kinderarts	24	24	52	95
Klinisch chemicus	88	0	12	16
Klinisch geneticus	0	0	100	10
Klinisch geriater	87	13	0	8
Klinisch patholoog	31	23	46	26
Kno-arts	21	44	36	39
Longarts	19	5	76	37
MDL-arts	48	30	22	23
Neurochirurg	10	0	90	10
Neuroloog	25	17	58	48
Nucleair geneeskundige	83	0	17	12
Oogarts	17	9	74	42
Orthopeed	63	11	26	38
Plastisch chirurg	67	22	11	18
Psychiater	29	17	54	41
Radioloog	31	14	55	49
Radiotherapeut	20	25	55	20
Reumatoloog	31	46	23	26
Revalidatie-arts	56	3	41	34
Uroloog	4	24	72	25
<b>Gemiddeld % en n</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>1026</b>

Bijlage 2a: Figuur 1. Percentage MS dat in toekomst in de OOR N&O meer specialisten nodig acht (50% = 0)



- Urologie (76%)
- Revalidatiegknk (91%)
- Reumatologie (67%)
- Radiotherapie (90%)
- Radiologie (70%)
- Psychiatrie (77%)
- Plastische chirurgie (89%)
- Orthopedie (94%)
- Oogheelkunde (41%)
- Nucleaire geneeskunde (100%)
- Neurologie (74%)
- Neurochirurgie (80%)
- Medische microbiologie (78%)
- Maag, darm en lever (96%)
- Klinische pathologie (74%)
- Longziekten (65%)
- Klinische genetica (55%)
- Kindergeneeskunde (45%)
- Keel-neus-oorheelkunde (52%)
- Interne geneeskunde (69%)
- Heelkunde (71%)
- Gynaecologie en verloskunde (46%)
- Dermatologie (55%)
- Cardiothoracale chirurgie (50%)
- Cardiologie (83%)
- Anesthesiologie (73%)

Bijlage 2b, Figuur 1 Advies CO aantal AIOS per specialisme per 2010



### **Bijlage 3      Betrokkenheid medisch specialisten bij innovatie medische vervolgopleiding**

- landelijke 'trekker';
- affiliatiecoördinator;
- bestuurslid NVTG en lid COTG;
- afdelingshoofd;
- collegium voorzitter;
- consilium lid;
- stagesupervisor sociale psychiatrie;
- chef de clinique;
- lid van de commissie onderwijs en wetenschap van de beroepsvereniging;
- docent;
- onderwijscoördinator;
- cursusleider teach the teacher;
- ontwikkelaar van het co-assistentencurriculum van de afdeling;
- organisator van cursussen over wetenschappelijk onderzoek;
- betrokkene bij de implementatie van het wettelijk verplichte portfolio (voortgangs- en beoordelingsgesprekken);
- lid van de centrale opleidingscommissie;
- lid van de commissie herziening opleiding, binnen de werkgroepen cursorisch onderwijs portfolio;
- lid van de beroepsvereniging of lid van het consilium van de beroepsvereniging;
- lid van commissie docentprofessionalisering van de vakgroep;
- betrokken bij de opzet van co-schappen en stages;
- opleider/vervolgopleider;
- staf bestuurslid;
- vanuit een management functie en lid opleidingsteam;
- via het Wenckebach instituut.

#### **Bijlage 4 Door medisch specialisten voorziene knelpunten met betrekking tot de innovaties binnen de medische vervolgopleidingen**

- de aansluiting op geneeskundestudie wordt steeds moeilijker;
- het accepteren dat de competenties gelijkwaardig zijn is voor velen een struikelblok;
- assistenten in opleiding gaan vooral naar academische centra en de perifere opleidingen vallen daardoor uit de boot; hier zijn weinig of geen opleidingsassistenten meer. Dit staat haaks op caouren etc.;
- botsing tussen financiële middelen en kwaliteitseisen;
- continuïteit van zorg, maar ook van opleiding, nieuwe specialisten die slechts een deel van het vakgebied hebben leren kennen, nieuwe specialisten die als ze instromen onvoldoende tempo hebben leren maken;
- de overgangsfase kan een aanzienlijke aanslag op de kwaliteit van zorg betekenen. Men herinnert zich het nieuwe curriculum van 1968!;
- door inzet/tijd van de opleider blijft er minder capaciteit over voor de patiëntenzorg;
- er moet eerst maar eens worden aangetoond dat de huidige opleiding insufficiënt is, voordat ingrijpende veranderingen plaatsvinden. Op vele terreinen blijken veranderingen in de afgelopen jaren geen verbetering te zijn en leiden deze alleen tot onzekerheid;
- ik voorzie een ernstige verschraling van de basisopleiding g2010, de common trunk is dat alles efficiënter moet, maar de kwaliteit is daaraan ondergeschikt;
- ik voorzie financiële problemen omdat de opleidingsactiviteiten niet worden betaald. Dit is m.i. een voorwaarde!;
- gedwongen opgelegd krijgen van wat anderen denken vermindert het enthousiasme;
- het kost tijd en het lijkt er vooralsnog niet op dat de afdeling daar adequaat voor wordt gecompenseerd;
- het niveau van de groep specialisten daalt; ze kunnen enkele kunstjes, maar doordat de parate kennis daalt, overzien ze niet meer de consequenties van hun handelen;
- in de nieuwe opleiding moet een academisch deel komen. Door de versnippering op laboratoriumgebied in academische ziekenhuizen is hier het opleidingsklimaat niet optimaal. De grote perifere ziekenhuizen zijn veel beter geschikt om op te leiden;
- integratie academische en de niet-academische opleidingen;
- het kennisniveau is bedroevend en er is weinig tijd voor kliniek c.q. patiëntencontacten;
- het kost erg veel tijd, echter er is geen budget noch extra staf voor beschikbaar;
- marktwerking in zorg, bemoeienis van zorgverzekeraars;
- mate van scholing van supervisors, onvoldoende financiering om kwaliteit van zorg/bedrijfsvoering en kwaliteit van opleiding te waarborgen;
- mensen die zelf 'oud' opgeleid zijn moeten nu 'nieuw' opleiden;

- minder productie waardoor veel en veel minder expositie in het vak wordt opgedaan;
- naar verwachting zal er van opleidend specialist meer tijd gevraagd worden, de vraag is of deze tijd wel beschikbaar gemaakt kan worden;
- onvoldoende kennis/vaardigheden omtrent hoe bepaalde competenties aan te leren;
- onvoldoende opleiding opleiders doordat de opleiding verandert zonder opleiding/training van de opleiders/supervisoren;
- spanningsveld tussen productieafspraken en kwaliteit van de opleiding;
- specialist mag opleiden uit eigen zak betalen;
- te kort aan opleidingsplaatsen en aan mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek;
- te veel aandacht voor competentie geeft verlies van kennis;
- teveel tijdsdruk bij huidige dbc-productie-eisen;
- tijdsgebrek, de opleiding vraagt veel tijd en inzet van opleiders, hier is vooralsnog geen budget voor;
- toename bureaucratie;
- toename van werkdruk door uitgebreide administratie en feedbacksessies en wat dies meer zij;
- veel 'op papier', weinig 'aan het bed';
- verschraving van de opleiding doordat er te veel specialisten academisch en te weinig perifeer worden opgeleid;
- gebrek aan werkruimte, het is te zot voor woorden dat medisch specialisten soms geen bureau c.q. computer hebben;
- zorg wordt geleverd als onpersoonlijke geprotocolleerde eenheidsworst. Aandacht voor attitude en verantwoordelijkheid meer betrekken op persoonlijk vlak: rol van opleider als rolmodel kan hiertoe bijdragen.