

BEHOEFTERAMING ERGOTHERAPEUTEN 1993

J. Harmsen
L. Hingstman
M.J. Driessen



December 1993

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hingstman, L.

Behoefteraming ergotherapeuten 1993 / L. Hingstman, J. Harmsen, M.J. Driessen. - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-238-5

Trefw.: arbeidsmarkt ; ergotherapeuten.

VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Voor de begeleiding van dit onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen.

Deze commissie bestaat uit:

- T.A.G. Koekenbier (voorzitter), Ministerie van WVC, Geneeskundige Hoofdinspectie
- R. Gerards, Hogeschool Heerlen, vertegenwoordiger opleidingen
- mw. E. Heitink, contactpersoon sectieleiding Psychiatrie (NVE)
- mw. M. Huystee-Weve, vertegenwoordiger sectie Verpleeghuizen (NVE)
- mw. R. Kooken, vertegenwoordiger Hoofdenoverleg Academische/Algemene Ziekenhuizen en revalidatiecentra
- J.A.H. van Langen, Ministerie van WVC
- A.M. Plaizier, vertegenwoordiger HBO-raad
- mw. A. de Vries-van Dijk, voorzitter NVE, vertegenwoordiger NVE
- mw. L.B. de Jong, secretaris NVE

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	1
2.	TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN ERGOTHERAPEUTEN	4
2.1.	Vraag naar ergotherapeutische zorg	5
2.1.1.	Demografische ontwikkelingen	5
2.1.2.	Epidemiologische ontwikkelingen	10
2.1.3.	Sociaal-culturele ontwikkelingen	12
2.1.4.	Institutionele ontwikkelingen	12
2.1.5.	Technische ontwikkelingen	15
2.1.6.	Conclusie	16
2.2.	Verwerkingscapaciteit	16
2.2.1.	Het aantal werkuren	17
2.2.2.	Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd	18
2.2.3.	Gemiddelde duur van een behandeling	19
2.3.	Deeltijd	19
2.4.	Conclusie: geschatte behoefte aan ergotherapeutenplaatsen	20
3.	HET AANTAL BESCHIKBARE ERGOTHERAPEUTEN	22
3.1.	Inleiding	22
3.2.	Het aantal werkzame ergotherapeuten	22
3.2.1.	De gegevensbronnen	22
3.2.2.	Omvang en samenstelling	24
3.2.3.	Uitstroom	25
3.3.	De werkzoekende ergotherapeuten	27
3.4.	Ergotherapeuten in opleiding	28
3.5.	In het buitenland opgeleide ergotherapeuten	29
3.6.	Raming van het aantal beschikbare ergotherapeuten	30
4.	VERGELIJKING VRAAG EN AANBOD	32
4.1.	Scenario's	32
4.2.	Conclusie	35
5.	SLOTBESCHOUWING	37
6.	LITERATUUR	44
	BIJLAGEN	

1. INLEIDING

Het Ministerie van WVC heeft in de afgelopen jaren periodiek nota's 'Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg' opgesteld. De laatste nota is verschenen in 1991 (WVC, 1991). Bij het verschijnen van deze nota heeft de Staatssecretaris van het Ministerie van WVC medegedeeld dat dit de laatste nota is die in deze vorm zal verschijnen. Met de herziening van het zorgstelsel zal de overheid op tal van terreinen terugtreden en zo ook op het terrein van de beroepskrachtenvoorziening. Dit betekent dat de direct betrokken partijen, te weten de organisaties van beroepsbeoefenaren, instellingen, zorgverzekeraars en opleidingsinstituten primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de beroepskrachtenvoorziening.

In het kader van bovengenoemde ontwikkelingen heeft de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) het initiatief genomen om voor de beroepsgroep ergotherapeuten een behoefteanalyse op te stellen. Daartoe heeft men het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) opdracht gegeven het onderzoek uit te voeren.

De aanleiding tot het uitvoeren van een behoefteanalyse ergotherapeuten is in eerste instantie ingegeven door signalen uit het veld over structurele tekorten aan ergotherapeuten binnen een aantal werkvelden en in een aantal regio's van ons land. In deze werkvelden en regio's kunnen opengevallen vacatures niet of met moeite worden ingevuld. De tweede reden voor dit onderzoek is de verwachte verandering van de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg. Door de toenemende vergrijzing zal de vraag naar ergotherapeutische zorg toenemen. Daarbij wordt er een sterke groei verwacht in de eerste lijn. Het beleid van de overheid is er immers op gericht thuiszorg te stimuleren en daarmee de zelfstandigheidsbevorderende, in plaats van de afhankelijk makende, dienstverlening centraal te stellen. De derde reden om een behoefteanalyse uit te voeren is de verwachte toename van de vraag naar ergotherapeutische zorg als gevolg van de ARBO-wetgeving (arbeidsomstandigheden) en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het doel van de onderhavige studie is inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in vraag en aanbod binnen de ergotherapie en het op basis daarvan bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit, zodat vraag en aanbod in de toekomst goed op elkaar aansluiten.

De opzet van deze studie is afgeleid van het rapport 'Behoeftanalyse huisartsen', dat het NIVEL in 1992 heeft afgerond (Hingstman en Pool, 1992). Dit betekent dat in de eerste plaats wordt gekeken naar de verwachte vraag naar ergotherapeutische zorg (hoofdstuk 2). Onderzocht wordt welke

factoren de vraag beïnvloeden. Vervolgens wordt dit vertaald in het aantal ergotherapeuten dat nodig is om aan die (verwachte) vraag te kunnen voldoen. In de tweede plaats wordt onderzocht welke ontwikkelingen er verwacht kunnen worden met betrekking tot het aanbod van ergotherapeuten (hoofdstuk 3). Aan de hand hiervan worden schattingen gemaakt omtrent het te verwachten aanbod van ergotherapeuten. Vervolgens wordt de toekomstige vraag naar ergotherapeuten geconfronteerd met het toekomstige aanbod (hoofdstuk 4). Op basis hiervan worden schattingen gemaakt hoeveel ergotherapeuten er opgeleid moeten worden om vraag en aanbod op elkaar te laten aansluiten. In hoofdstuk 5 tenslotte zullen de belangrijkste conclusies worden samengevat en zullen resultaten en aanbevelingen omtrent nader onderzoek worden gepresenteerd.

De begeleiding van deze studie lag bij een begeleidingscommissie, samengesteld uit deskundigen uit het veld. Dit betekent dat bij enkele vooruitberekeningen gebruik is gemaakt van veronderstellingen die binnen deze commissie zijn geformuleerd.

Alvorens met de uitwerking van deze studie te beginnen, zal eerst een korte omschrijving van het beroep van ergotherapeut worden gegeven.

In 1981 is het beroep van ergotherapeut opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen (Ergotherapeutenbesluit, Stb.569)(NRV, 1993). Volgens het Ergotherapeutenbesluit wordt onder het beroep ergotherapeut verstaan, het beroepsmatig ingevolgde verwijzing door een de praktijk uitoefende geneeskundige met een geneeskundig doel (NVE, 1988a):

- a. onderzoeken of en in hoeverre de patiënt ten gevolge van een aandoening belemmeringen ondervindt bij het verrichten van handelingen, ontleend aan het dagelijks leven en aan arbeid, alsmede nagaan of en met welke middelen de gebleken belemmeringen kunnen worden opgeheven;
- b. doen uitvoeren door de patiënt van handelingen als bedoeld onder a, die zijn gericht op het toepassen van de onder a bedoelde belemmeringen, al dan niet met toepassing van aan hem daartoe verstrekte hulpmiddelen;
- c. adviezen verstrekken aan de patiënt omtrent het voor hem passende woon-, leef- of werkmilieu en de daartoe nodige voorzieningen.

Hoewel ergotherapeuten zowel binnen de intramurale als extramurale gezondheidszorg werkzaam kunnen zijn, werkt men echter overwegend in dienstverband van een instelling.

De belangrijkste werkvelden zijn (NVE, 1988a):

- algemene gezondheidszorg (ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen);

- geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, instellingen voor zwakzinnigen en psychogeriatrische verpleeghuizen);
- scholen en instituten (speciaal onderwijs en instituten voor doven of blinden);
- instellingen voor welzijnszorg;
- thuiszorg.

2. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN ERGOTHERAPEUTEN

Voor het verkrijgen van inzicht in de toekomstige behoefte aan ergotherapeuten zal een model worden gehanteerd dat is afgeleid uit het Eindadvies van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (ABA) (WVC, 1985). Daarbij worden de volgende componenten onderscheiden:

$$E_t = \frac{V_t}{C_t} \quad \text{waarbij}$$

E_t = het aantal benodigde ergotherapeuten op tijdstip t

V_t = de vraag naar ergotherapeutische zorg op tijdstip t

C_t = de verwerkingscapaciteit van een ergotherapeut op tijdstip t

De vraag naar ergotherapeuten kan worden uitgedrukt als het totale tijdsbeslag (bijvoorbeeld het aantal uren per jaar) dat patiënten aan ergotherapeutische zorg vragen. De verwerkingscapaciteit van een ergotherapeut kan worden uitgedrukt als de tijd (uren per jaar) die een ergotherapeut voor patiëntenzorg ter beschikking heeft.

Om de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg in kaart te brengen worden in het Eindadvies van de ABA-commissie drie verschillende benaderingswijzen genoemd (WVC, 1985):

- de feitelijke vraag;
- de subjectieve behoefte;
- de geobjectieeerde behoefte.

Bij de feitelijke vraag wordt uitgegaan van het feitelijk gebruik dat de bevolking maakt van ergotherapeutische zorg. Een andere benaderingswijze is die van de subjectieve behoefte: hoeveel gebruik zou er gemaakt worden van de diensten van ergotherapeuten, indien er geen belemmeringen zouden zijn in de vorm van kosten, wachttijden etc. Een derde manier is van een min of meer geobjectieeerde behoefte uit te gaan. Men zou bijvoorbeeld door deskundigen kunnen laten vaststellen of er in een populatie 'onderbehandelde zorggevallen' zijn.

In deze nota zullen wij ingaan op de feitelijke vraag en op de objectieve behoefte. De reden dat wij, in tegenstelling tot de meeste behoeferamingstudies, naast de feitelijke vraag ook aandacht besteden aan de objectieve behoefte heeft te maken met het feit dat de beroepsuitoefening van de ergotherapeut in verschillende sectoren nog volop in ontwikkeling is. Dit

betekent dat de mogelijkheden voor het verkrijgen van ergotherapeutische zorg waarschijnlijk nog lang niet overal worden benut, met name in de extramurale gezondheidszorg.

2.1. Vraag naar ergotherapeutische zorg

Bij de feitelijke vraag naar ergotherapeutische zorg moeten zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten betrokken worden.¹ De niet-patiëntgebonden activiteiten hebben wij geoperationaliseerd binnen de verwerkingscapaciteit van ergotherapeuten en worden beschreven in paragraaf 2.2.

Voor de operationalisatie van de patiëntgebonden activiteiten is gekozen voor het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt. In de volgende paragrafen komt daartoe een aantal ontwikkelingen aan bod dat van invloed kan zijn op het toekomstig (patiëntgebonden) tijdsbeslag. Hierbij worden de volgende ontwikkelingen onderscheiden:

- demografische ontwikkelingen;
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- institutionele en technische ontwikkelingen.

2.1.1. Demografische ontwikkelingen

Eén van de belangrijkste factoren, die van invloed zijn op het toekomstig tijdsbeslag van ergotherapeuten, is de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Voor het berekenen van de invloed die deze demografische ontwikkelingen zullen hebben op de vraag naar ergotherapeutische zorg zal gebruik worden gemaakt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS heeft haar prognoses opgesteld volgens een drietal varianten (CBS, 1992):

- lage-variant : 15.881.026 inwoners in 2005
- midden-variant: 16.419.396 inwoners in 2005
- hoge-variant : 16.961.688 inwoners in 2005

In dit rapport zullen twee varianten worden doorgerekend, te weten de midden- en de hoge-variant. De lage-variant zal buiten beschouwing worden gelaten omdat er aanwijzingen zijn dat - als gevolg van een positief

¹ Onder **patiëntgebonden activiteiten** wordt verstaan de directe en indirecte werkzaamheden.

Onder **niet-patiëntgebonden activiteiten** vallen de voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden (ook wel therapeutgebonden werkzaamheden genoemd).

migratiesaldo en een hoger leeftijdsspecifiek vruchtbaarheidscijfer - de bevolkingsgroei hoger zal zijn dan aanvankelijk werd verondersteld (CBS, 1992).

Voor het in kaart brengen van het tijdsbeslag is gebruikgemaakt van gegevens uit de volgende twee onderzoeken:

- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid: 'Beroepsuitoefening van ergotherapeuten uit 1989' (GHI, 1990)
- NIVEL-onderzoek: 'Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening' (Driessen e.a., 1993).

Het GHI-onderzoek heeft betrekking op een schriftelijke enquête onder alle ergotherapeuten die bij de GHI staan geregistreerd. In deze enquête zijn onder andere enkele vragen opgenomen over de huidige werkzaamheden. Voor het NIVEL-onderzoek is een schriftelijke enquête gehouden onder een steekproef (25%) van alle werkzame ergotherapeuten. In deze enquête is ook een aantal vragen opgenomen die inzicht geven in de werksituatie van ergotherapeuten.

Alvorens inzicht te kunnen krijgen in het totale tijdsbeslag, hebben wij een onderscheid gemaakt naar werkvelden waarin ergotherapeuten werkzaam zijn. Daartoe hebben wij de gegevens uit de GHI-enquête en de NIVEL-enquête gecombineerd. De wijze waarop dit is gebeurd zal uitvoerig worden beschreven in hoofdstuk 3 bij de bespreking van het aanbod van ergotherapeuten.

In totaal worden negen werkvelden onderscheiden (tabel 1). Op basis van het aantal ergotherapeuten per werkveld en de gemiddelde duur van de werkweek hebben wij het totaal aantal uren ergotherapeutische zorg per week en per werkveld berekend. In tabel 1 zien wij dat het merendeel van de uren ergotherapeutische zorg wordt verstrekt in verpleeghuizen (32%) en revalidatiecentra (29%).

Tabel 1: Absolute en procentuele verdeling van het totaal aantal uren dat ergotherapeuten per week werkzaam zijn per werkveld in 1992

	abs	%
Verpleeghuizen*	11503	32,1
Revalidatiecentra	10233	28,6
Algemene/academische ziekenhuizen	5753	16,1
Psychiatrie**	2760	7,7
Eerste lijn	1752	4,9
Zwakzinnigenzorg	1084	3,0
Scholen	786	2,2
Centrum voor blinden en slechtzienden	904	2,5
Overig	1053	2,9
Totaal	35828	100,0

* Hieronder vallen ook de psychogeriatrische afdelingen.

** Hieronder vallen PAAZ, Psychiatrische instellingen en RIAGG's.

Bron: Driessen e.a., 1993.

Als wij het totaal aantal uren per week en per werkveld sommeren dan bedraagt het totale tijdsbeslag 35828 uren per week, oftewel 35828 werkzame uren per week.

Vervolgens is tot en met het jaar 2005 een schatting gemaakt van de groei van het totaal aantal werkuren als gevolg van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling (zie bijlage 2 en 3). Hierbij wordt er (voorlopig) vanuit gegaan dat de verwerkingscapaciteit (ofwel de produktiviteit) tot en met het jaar 2005 gelijk blijft (op het niveau van 1992).

- Bevolkingsgroei

Volgens de bevolkingsprognose van het CBS (midden-variant) zal in de periode 1992-2005 het totaal aantal inwoners met 8,5% toenemen (zie bijlage 2). Indien de verwerkingscapaciteit van ergotherapeuten in die periode gelijk blijft op het niveau van 1992, dan zal het aantal ergotherapeutenplaatsen met 8,5% moeten toenemen om de produktiegroei als gevolg van de bevolkingsgroei op te vangen (zie tabel 2). Als de bevolkingsprognose volgens de hoge-variant wordt gehanteerd dan zal het aantal ergotherapeuten tot en met het jaar 2005 met 12,1% moeten stijgen.

- Bevolkingssamenstelling

Het spreekt voor zich dat bij de berekening van de invloed van demografische ontwikkelingen, naast de bevolkingsgroei, ook de veranderingen in de bevolkingssamenstelling betrokken moeten worden en dan in het bijzonder de veranderingen in de leeftijdsopbouw. Daartoe zouden wij per werkveld de beschikking moeten hebben over produktiegegevens per leeftijdscategorie. Onder produktiegegevens wordt onder andere verstaan het aantal behandelingen en de duur van de behandelingen. Helaas zijn dit soort gegevens niet beschikbaar. Om toch de invloed van de leeftijd in de berekening te betrekken is een andere weg bewandeld. Uit het NIVEL-onderzoek (Driessen e.a., 1993) zijn gegevens beschikbaar omtrent de leeftijd van patiënten, in zorg bij de ergotherapeut, uitgesplitst naar vier werkvelden (verpleeghuis, algemeen/academisch ziekenhuis, revalidatiecentrum en psychiatrische instelling) (zie bijlage 3). Vervolgens zijn, op basis van de CBS-bevolkingsprognose, per leeftijdscategorie de groeipercentages van de Nederlandse bevolking berekend. Deze groeipercentages zijn doorberekend aan de hand van de leeftijdsverdeling van de patiënten in de vier genoemde werkvelden. Een belangrijke vooronderstelling is dat de relatieve leeftijdsverdeling van de populatie binnen een bepaald werkveld in 2005 gelijk blijft aan de situatie per 1 januari 1992.

Voor wat betreft de overige werkvelden is met betrekking tot de 'eerste lijn' gebruikgemaakt van onderzoeksgegevens van het project 'Ergotherapie in de eerste lijn' uit 1988. In dit onderzoek zijn gegevens bekend omtrent de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie. Voor de zwakzinnigeninrich-

is gebruikgemaakt van het onderzoek van de Stuurgroep Toekomst-scenario's Gezondheidszorg (STG, 1991). In deze studie zijn alleen gegevens voorhanden over de leeftijdsopbouw van alle patiënten die binnen deze instellingen in zorg zijn (dus niet uitgesplitst naar patiënten die onder ergotherapeutische behandeling zijn). Voor wat betreft de laatste twee werkvelden 'scholen' en 'centrum voor blinden en slechtzienden' zijn eveneens alleen gegevens beschikbaar over de personen die daar in totaliteit aanwezig zijn.

Op basis van bovengenoemde methode is voor ieder werkveld, als gevolg van veranderingen in de leeftijdssamenstelling, de verwachte groei in het aantal uren ergotherapeutische zorg tot 2005 berekend. Als deze totalen worden gesommeerd kan inzicht in de benodigde produktiegroei worden verkregen (bijlage 3). In tabel 2 hebben wij dit samengevat en daaruit kan worden afgeleid dat bij een bevolkingsprognose volgens de midden-variant sprake is van een produktiegroei van 6,3% tot het jaar 2005 als gevolg van alleen de veranderingen in de leeftijdssamenstelling. Bij de hoge-variant is sprake van een produktiegroei van 5,6%.

Tabel 2: Schatting van de toename van het aantal uren ergotherapeutische zorg als gevolg van bevolkingsgroei en verandering van bevolkingssamenstelling per werkveld (volgens de midden- en de hoge-variant) ten opzichte van 1992 in procenten

2005					
Midden-variant			Hoge-variant		
Bevolkings-groei	Bevolkings-samen-stelling	Totaal	Bevolkings-groei	Bevolkings-samen-stelling	Totaal
8,5%	6,3%	14,8%	12,1%	5,6%	17,7%

Op grond van bovengenoemde berekeningen kunnen wij concluderen dat, op basis van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd), het aantal ergotherapeuten met 14,8% (midden-variant) of 17,7% (hoge-variant) moet groeien om de toekomstige vraag op te vangen.

Om de realiteit van bovengenoemde groeicijfers te toetsen hebben wij de resultaten vergeleken met een aantal uitkomsten uit de scenariostudie 'De invloed van bevolkingsontwikkelingen op ziektelasten en zorgvoorzieningen' (STG, 1991). In deze scenariostudie is gekeken naar de invloed van demografische ontwikkelingen op een aantal patiëntencategorieën in de toe-

komst. Daartoe is aangenomen dat de leeftijds- en geslachtsspecifieke prevalentiecijfers constant blijven. Uit deze studie hebben wij een drietal ziekten/aandoeningen geselecteerd waaraan een belangrijk deel van de ergotherapeutische zorg wordt besteed (tabel 3). Uit deze tabel blijkt dat voor deze drie geselecteerde ziekten en aandoeningen als gevolg van alleen demografische ontwikkelingen een groei wordt verwacht die tussen de 20% en 30% ligt. Deze groei is hoger dan de groei van ergotherapeutische zorg die wij in verpleeghuizen (20,2%) en ziekenhuizen (14,8%) verwachten (bijlage 3). Dit zijn immers de instellingen waar de drie genoemde ziektecategorieën vooral voorkomen. Daarbij moet worden aangetekend dat in onze berekeningen alleen rekening is gehouden met patiënten die ergotherapie ontvangen, terwijl in het STG-rapport iedereen wordt meegenomen.

Tabel 3: Groei van het aantal patiënten voor een drietal groepen van aandoeningen/ziekten in de periode 1990-2005

Aandoening/ziekte	groei tot 2005
Degeneratief neurologische aandoeningen	29,9%
CVA/hersenletsel	26,4%
Reumatoïde artritis	21,3%

* Bron: STG, 1991.

Dat het door ons berekende totale groeipercentage lager is (14,8%) dan voor de drie genoemde aandoeningen en ziekten, heeft te maken met het feit dat wij alle werkvelden in onze analyse hebben meegenomen. In een aantal van de werkvelden bestaat de patiëntenpopulatie vooral uit jonge leeftijdscategorieën (15-29 jaar). Volgens de bevolkingsprognose van het CBS zullen deze leeftijdscategorieën qua omvang afnemen. Daarmee zal ook de ergotherapeutische zorg voor deze werkvelden in de komende decennia afnemen. Dit betekent dat de totale groei van de vraag naar ergotherapeutische zorg lager zal zijn dan op grond van de forse groei die in een aantal specifieke werkvelden wordt verwacht.

- Ondergebruik

Bij berekening van de groeicijfers als gevolg van demografische ontwikkelingen zijn wij uitgegaan van het huidige feitelijk gebruik. Wij hebben dit gebruik als het ware geëxtrapoleerd. Er zijn aanwijzingen dat bij het huidige feitelijk gebruik sprake is van 'ondergebruik'. Zo zien wij bijvoorbeeld in Friesland en Drenthe dat er - gerelateerd aan de bevolkingsomvang - aanzienlijk minder ergotherapeuten werkzaam zijn dan in provincies als Noord-Holland en Limburg (GHI, 1989). In de noordelijke provincies moet de ergotherapie haar positie nog zien te verwerven. In dergelijke gebieden is het mogelijk dat er in de komende jaren een 'inhaal-effect' zal optreden.

Voor het berekenen van de omvang van het ondergebruik maken wij in de eerste plaats gebruik van gegevens uit het GHI-onderzoek (1990). In dit onderzoek zijn gegevens bekend over het aantal dagdelen ergotherapeutische zorg per provincie. Aangezien verreweg het grootste deel van deze zorg wordt gegeven binnen instellingen, is per provincie gekeken naar het aantal bedden in die instellingen. Daarbij hebben wij ons, gezien de gegevens die beschikbaar waren, moeten beperken tot de bedden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen. Deze drie sectoren zijn verantwoordelijk voor 77% van alle ergotherapeutische zorg (zie tabel 1). Op basis van dit percentage hebben wij per provincie het aantal dagdelen ergotherapeutische zorg gecorrigeerd. Daarna is per provincie het gecorrigeerde aantal dagdelen gerelateerd aan het aantal bedden in de drie genoemde sectoren; ofwel per provincie is het aantal dagdelen ergotherapeutische zorg per bed berekend. Vervolgens is per provincie berekend hoeveel dagdelen in die provincie nodig zijn om minimaal het door ons berekende landelijke gemiddelde te bereiken (bijlage 4).

Voor wat betreft de resterende dagdelen per provincie $100\% - 77\% = 23\%$ hebben wij niet gekeken naar de bedden maar naar het aantal inwoners per provincie. Per provincie en voor heel Nederland is het gemiddelde aantal dagdelen per 100.000 inwoners berekend. Vervolgens is berekend hoeveel dagdelen in die provincie nodig zijn om minimaal het door ons berekende landelijke gemiddelde te evenaren.

Op basis van bovengenoemde methode is per provincie berekend hoeveel dagdelen ergotherapeutische zorg nodig is om voor wat betreft de instellingen (dagdelen per bed; 77%) en voor wat betreft de inwoners (dagdelen per 100.000 inwoners; 23%) minimaal het landelijke gemiddelde te bereiken (bijlage 4).

Als vervolgens de uitkomsten van de provincies worden gesommeerd, dan blijkt dat het totale aantal dagdelen ergotherapeutische zorg met 12,5% moet toenemen om in alle provincies minimaal het landelijk gemiddelde aantal dagdelen te evenaren. Eén en ander zou betekenen dat voor het opheffen van het zogenaamde 'ondergebruik' het aantal ergotherapeuten met 12,5% zou moeten toenemen.

Wij zijn ons er terdege van bewust dat bovengenoemde methode slechts een eerste poging is om het moeilijk tastbare begrip 'ondergebruik' te kwantificeren. Om een en ander goed in beeld te kunnen brengen zal nader onderzoek moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld via consumentenonderzoek.

2.1.2. Epidemiologische ontwikkelingen

Om iets te kunnen zeggen over de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon, zouden er gegevens beschikbaar moeten zijn over toekomstige leeftijdsspecifieke incidentie- en prevalentiecijfers.

Deze zouden dan vervolgens weer vertaald moeten worden in een toe- of afname van de ergotherapeutische zorg.

Het zijn met name de scenariostudies van de Stuurgroep Toekomst-scenario's die inzicht verschaffen in deze epidemiologische ontwikkelingen. De eerste scenariostudie die genoemd kan worden is het rapport 'Chronische ziekten in het jaar 2005' (STG, 1992). In deze studie heeft men zich beperkt tot de ziektecategorieën diabetes melitus, cara en reumatoïde artritis. Verwacht wordt dat de incidentie van diabetes melitus licht zal stijgen, dat wil zeggen 5% in de periode 1990-2005. De incidentie van cara zal eveneens stijgen en dit zal vooral het gevolg zijn van de stijging van het vóórkomen van astma. Voor reumatoïde artritis wordt voor wat betreft epidemiologische ontwikkelingen geen stijging verwacht.

Voor de drie genoemde chronische ziekten wordt verder verwacht dat de levensverwachting met nog één of enkele jaren zal toenemen ten opzichte van de totale bevolking. Dit impliceert dat met name een extra beroep gedaan zal worden op zorgvormen, waar vooral ouderen ook nu al een groot beroep op doen, zoals wijkverpleging, ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuis (STG, 1992, p.32).

Het in 1988 verschenen scenariorapport 'Ongevallen in het jaar 2000' laat zien dat er een stijging te verwachten is van 600 gehandicapten ten gevolge van ongevallen per 100.000 inwoners in 1985 naar 650 per 100.000 inwoners in het jaar 2000. Daarmee zou de vraag naar ergotherapeutische zorg kunnen toenemen.

Overigens wordt in het rapport 'Invloed van bevolkingsontwikkelingen op ziektelasten zorgvoorzieningen' (STG, 1991) geconcludeerd dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de komende 15 jaar vooral bepaald wordt door de veranderende bevolkingsomvang en bevolkings-samenstelling en minder door epidemiologische ontwikkelingen. Ook wordt geconcludeerd dat ten gevolge van de verbeterde gezondheidszorg de vroegtijdige sterfte verder zal afnemen, terwijl de prevalentie van de meest chronische en degeneratieve ziekten, vooral voor de hogere leeftijdscategorieën, zal toenemen. Het vóórkomen van de meeste chronische degeneratieve aandoeningen in het jaar 2005 zal derhalve wat hoger uitvallen dan alleen op basis van de veranderende bevolkingsamenstelling te verwachten valt.

Bovenstaande veronderstellingen zijn slechts een greep uit een scala van mogelijke epidemiologische ontwikkelingen. Het is echter bijzonder moeilijk om de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon cijfermatig te vertalen in veranderingen van de werkbelasting van ergotherapeuten. Hoewel wij de factor 'epidemiologische ontwikkelingen' in de berekeningen buiten beschouwing laten, betekent dit geenszins dat met deze

factor geen rekening moet worden gehouden. Het zal in deze studie worden meegewogen bij de interpretatie van de eindresultaten.

2.1.3. Sociaal-culturele ontwikkelingen

Een ontwikkeling die de aandacht verdient is de absolute en relatieve toename van de etnische minderheden in ons land. Door de snel toenemende groep oudere migranten zou de hulpvraag met betrekking tot ergotherapeutische zorg van deze groep kunnen toenemen. Er bestaan geen gegevens omtrent de mate waarin migranten een beroep doen op de diensten van de ergotherapeut. Echter, binnen het totaal van de ergotherapeutische zorgverlening zal het aandeel gering zijn en derhalve nauwelijks van invloed zijn op de totale werkdruk van ergotherapeuten.

Een tweede ontwikkeling die genoemd moet worden is de toenemende individualisering. Dit betekent dat steeds minder mensen kunnen terugvallen op mantelzorg en derhalve zijn aangewezen op professionele hulpverlening. Dit afgezet tegen de wens van de overheid om patiënten zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren betekent dat de vraag naar ergotherapeutische zorgverlening - vooral in de eerste lijn - zal toenemen.

Een derde ontwikkeling waarop gewezen moet worden is de toenemende mondigheid van patiënten, maar vooral ook van mensen in de directe omgeving van de patiënt (familie e.d.). Dit betekent dat ergotherapeuten in de toekomst steeds meer tijd zullen moeten uittrekken om voorlichting en informatie te verstrekken.

Er zijn geen onderzoeksgegevens voorhanden die het mogelijk maken bovengenoemde sociaal-culturele ontwikkelingen te vertalen in een toe- of afname van de werkbelasting van de ergotherapeut. Bij de interpretatie van de resultaten van deze studie zullen deze sociaal-culturele ontwikkelingen wel worden meegewogen.

2.1.4. Institutionele ontwikkelingen

Er is een aantal structurele ontwikkelingen dat in de komende jaren van (grote) invloed kan zijn op de vraag naar ergotherapeutische zorg. Dit zijn:

- invoering Wet Voorziening Gehandicapten.
- Wet en Regelgeving op terreinen van arbeid en gezondheid (ARBO), arbeidsrevalidatie (WAGW) en arbeidsintegratie (WAO).
- extramurale ergotherapie

a. Invoering Wet Voorziening Gehandicapten (WVG)

Per 1 april 1994 zal de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) in werking treden. In deze wet worden de gemeenten verantwoordelijk gesteld voor de verlening van woonvoorzieningen, zorgvoorzieningen en vervoersvoorzieningen ten behoeve van de in de gemeente woonachtige gehandicapten. In de

praktijk betekent dit dat, voor de beoordeling van de aanspraak op een voorziening, de gemeenten gebruik zullen maken van deskundigen.

Voor een deel zal worden voortgebouwd op de deskundigheid van de GMD's - waar eveneens ergotherapeuten werkzaam zijn - maar voor een groot deel zullen ook andere deskundigen geraadpleegd kunnen worden.

In het kader van de WVG kan een belangrijke adviesfunctie voor de ergotherapeuten zijn weggelegd. Een functie die overigens enerzijds kan worden ingevuld door extramuraal werkende ergotherapeuten en anderzijds vanuit de instellingen.

De vraag is hoeveel full-time equivalenten ergotherapeutische zorg nodig is om deze adviesfunctie uit te voeren. Er zijn geen gegevens voorhanden die enig inzicht geven in de mogelijke omvang van deze adviesfunctie. Daartoe hebben wij een aantal instanties (GMD, VNG, NVE) geraadpleegd. Volgens een vertegenwoordiger van de GMD zullen de GMD's 60% tot 70% van de gehele zorgverlening als gevolg van de WVG gaan dekken. Daarbij wordt een norm aangehouden van één hulpverlener per 10.000 inwoners. Het is echter nog maar de vraag in hoeverre hiervoor (extra) ergotherapeuten worden ingezet.

Op basis van de beperkte informatie die beschikbaar is, zou de begeleidingscommissie vooralsnog willen uitgaan van één full-time equivalent ergotherapeut per 100.000 inwoners. Dit zou betekenen dat tot het jaar 2005 (volgens midden-variant van het CBS) het aantal ergotherapeuten met 199 (16,1%) moet stijgen om in het kader van de WVG de adviesfunctie uit te voeren.

b. Wet en regelgeving op het terrein van Arbeid en Gezondheid, arbeidsrevalidatie, arbeidsintegratie

In het kader van de ARBO-wetgeving zou de ergotherapeut in de komende jaren een belangrijke rol kunnen gaan spelen. Steeds meer bedrijven zullen - al dan niet gedwongen - met betrekking tot de werkomgeving adviezen moeten inwinnen bij deskundigen. Bij dit soort adviezen zouden ook ergotherapeuten veel vaker betrokken kunnen worden. In dit verband kan gedacht worden aan werkplekken waar de 'werkhouding' een belangrijke rol speelt (bijvoorbeeld kantoormeubelen en apparatuur in relatie tot uit te voeren werkzaamheden).

Er zijn geen gegevens voorhanden die inzicht geven in de huidige omvang van de ergotherapeutische adviesfunctie binnen de ARBO-wetgeving.

Ergotherapeuten in revalidatiecentra spelen een belangrijke rol bij de arbeidsrevalidatie en arbeidsexploratie. Bij de arbeidsrevalidatie wordt ernaar gestreefd de patiënten te begeleiden bij hun terugkeer in het arbeidsproces. Bij de arbeidsexploratie wordt vooral gekeken in hoeverre binnen de

werksituatie aanpassing noodzakelijk is om het werken van de gehandicapte zo makkelijk mogelijk te maken.

Het begrip arbeidsrehabilitatie wordt vooral gehanteerd in psychiatrische behandelingscentra. Daarbij worden ex-psychiatrische patiënten voorbereid op mogelijk betaald werk.

Er zijn geen gegevens voorhanden omtrent het aantal full-time equivalenten ergotherapie dat momenteel met de arbeidsrevalidatie, arbeidsexploratie en arbeidsrehabilitatie gemoeid is. Vanuit de overheid wordt gesteld dat binnen bedrijven circa 5% van de werkzamen moet bestaan uit gehandicapten. Hieraan wordt nog lang niet voldaan. Als de 5%-gedachte wat daadkrachtiger zal worden nageleefd, dan is het niet ondenkbaar dat dat gevolgen heeft voor het aantal in te zetten ergotherapeuten. Gezien het ontbreken van gegevens is moeilijk in te schatten hoe groot deze extra inzet zal zijn.

Een belangrijk fenomeen in de komende tijd is de arbeidsintegratie. Hieronder wordt verstaan: werknemers, die door ziekte of een ongeval gedwongen werden uit het arbeidsproces te stappen, met begeleiding in het arbeidsproces te laten terugkeren. In het kader van de WAO-problematiek zal in de komende jaren veel meer aandacht besteed moeten worden aan arbeidsintegratie. Het overheidsbeleid is er immers op gericht om de instroom in de WAO te beperken en zoveel mogelijk WAO'ers weer in het arbeidsproces te laten integreren. De ergotherapeuten kunnen door hun specifieke deskundigheid in dit proces, met name wat betreft de secundaire en tertiaire preventie, een rol spelen.

Over het aantal full-time equivalenten ergotherapie, dat ten behoeve van arbeidsintegratie wordt ingezet, zijn vrijwel geen landelijke gegevens voorhanden.

Als gevolg van bovengenoemde drie ontwikkelingen zal de vraag naar ergotherapeuten ongetwijfeld toenemen. Als wij deze drie ontwikkelingen samen nemen dan verwacht de begeleidingscommissie dat er per 100.000 werknemers in Nederland circa één full-time equivalent ergotherapeut noodzakelijk is. Dit zou betekenen dat tot het jaar 2005 (rekening houdend met bevolkingsprognose volgens de midden-variant) het aantal ergotherapeuten met 79 (6,4%) moet toenemen.

c. Extramurale ergotherapie

Onder extramurale ergotherapie verstaan wij: ergotherapie zoals die in de functie thuiszorg is bedoeld alsmede de enkelvoudige verstreking ergotherapie, uitgevoerd in de extramurale gezondheidszorg maar niet behorende tot de functie thuiszorg.

Slechts enkele zorgverzekeraars hebben enkelvoudige ergotherapie in hun pakket. Dit betekent dat er enkele tientallen ergotherapeuten via een eigen praktijk hun diensten aanbieden.

Het overheidsbeleid is er echter vooral op gericht een verschuiving te genereren van de tweede naar de eerste lijn. De begrippen substitutie en thuiszorg zijn in deze sleutelbegrippen. De patiënten moeten zolang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen.

Om die zelfstandigheid in de thuissituatie te bevorderen zou een belangrijke rol zijn weggelegd voor de ergotherapeut. Er zijn momenteel tal van consult- en substitutieprojecten in afwachting van een structurele financiële regeling ontwikkeld. Werkelijke substitutie zal echter pas gerealiseerd kunnen worden wanneer de ergotherapeut in de eerstelijnsinstellingen of als vrijgevestigde een plaats heeft gekregen.

In 1991 heeft de Vrije Universiteit van Amsterdam een onderzoek gedaan naar verschillen in zorg tussen de ergotherapeutische behandelingen binnen de thuissituatie en ergotherapeutische behandelingen binnen de instelling. Een aantal conclusies van dit onderzoek is dat CVA-patiënten met een complexe problematiek toch in de eerste lijn behandeld kunnen worden; de huisartsen en wijkverpleegkundigen positief zijn over het experiment; de behandeling in de eerstelijns kwalitatief even goed is als in de tweede lijn en dat de behandeling in de eerste lijn korter duurde dan in de tweede lijn (Fleuren, 1991).

Kortom, er zijn tal van mogelijkheden weggelegd voor ergotherapeutische zorgverlening in de thuissituatie. Zeker als ergotherapie in het verstrekkingenpakket van de zorgverzekeraars wordt opgenomen of als deze zorg binnen de AWBZ gaat vallen.

In voorstellen van de Nationale Kruisvereniging uit 1988 wordt vanaf 2000 een norm voorgesteld van één full-time ergotherapeut op 75.000 inwoners. Met betrekking tot deze norm zijn geen recentere cijfers bekend, zodat de begeleidingscommissie deze norm zou willen overnemen. Een en ander heeft tot gevolg dat het aantal ergotherapeuten met 265 (21,5%) moet stijgen om in 2005 (rekening houdend met bevolkingsprognose volgens de midden-variant) aan deze norm te kunnen voldoen.

2.1.5. Technische ontwikkelingen

De ergotherapeuten hebben een belangrijke taak met betrekking tot het gebruik van hulpmiddelen. Op dit gebied zullen er in de komende jaren belangrijke technologische ontwikkelingen plaatsvinden. Vooral op het gebied van de extramurale ergotherapie zal 'technology assessment' belangrijk worden. Door geavanceerde technieken zullen wellicht meer patiënten in hun eigen omgeving kunnen blijven functioneren. Wij verwachten dan ook dat door deze technologische ontwikkelingen de vraag naar ergotherapeutische zorg zal toenemen. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar die uit-

sluitsel geven omtrent de toename van deze vraag. Bij interpretatie van de gegevens zal hier wel rekening mee worden gehouden.

2.1.6. Conclusie

Ten aanzien van de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar ergotherapeutische zorg zijn er tal van ontwikkelingen die niet direct te vertalen zijn in concrete (groei)cijfers.

Eén van de ontwikkelingen die de meeste zekerheid biedt is de demografische ontwikkeling in combinatie met het huidige feitelijk gebruik. Wij schatten dat als gevolg van veranderingen in de bevolkingsgroei en bevolkingsamenstelling (volgens de midden-variant van het CBS) de vraag naar ergotherapeuten in het jaar 2005 circa 14,8% hoger zal zijn dan in 1992.

Bij deze cijfers zijn wij uitgegaan van het huidige gebruik. Er zijn echter signalen dat sprake is van 'ondergebruik'. De toepassing van het beroep van ergotherapeut is nog volop in ontwikkeling. Dit zou betekenen dat wij in de komende jaren te maken zullen hebben met een 'inhaaleffect'. De begeleidingscommissie veronderstelt dat het aantal ergotherapeutenplaatsen hiertoe tot het jaar 2005 met 12,5% moet groeien.

Naast de demografische ontwikkelingen en het 'inhaaleffect' zal een aantal structurele ontwikkelingen in belangrijke mate van invloed zijn op de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg.

In het kader van de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten veronderstelt de begeleidingscommissie dat door een toenemende vraag naar ergotherapeutische zorg tot 2005 16,1% meer ergotherapeutenplaatsen nodig is. Een tweede belangrijke structurele ontwikkeling is het toenemende belang van de ergotherapie binnen de sector 'ergotherapie en arbeid' (toename zorgvraag ergotherapeuten in bedrijfsleven). De begeleidingscommissie veronderstelt dat er in het jaar 2005 voor die sector 6,4% meer ergotherapeuten nodig is dan in 1992.

Tot slot zal de extramurale ergotherapie in de komende jaren sterk groeien. Op basis van de veronderstelling dat er één full-time equivalent ergotherapeuten nodig is op 75.000 inwoners zal dit voor deze nieuwe groeiemarkt betekenen dat de benodigde toename van ergotherapeuten 21,5% zal zijn.

2.2. Verwerkingscapaciteit

De verwerkingscapaciteit van de individuele ergotherapeut (het aantal patiënten dat hij/zij kan behandelen) wordt bepaald door de volgende factoren:

1. Het aantal uren dat een ergotherapeut per week werkt.

2. De verdeling binnen de werkweek van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd.
3. Gemiddelde duur van een behandeling.

2.2.1. Het aantal werkuren

Er zijn weinig gegevens voorhanden die inzicht geven in de feitelijke verdeling van het aantal werkuren van ergotherapeuten. Eén van de bronnen die in deze enige informatie verschaft is het NIVEL-onderzoek uit 1992. Uit dit onderzoek blijkt dat de gemiddelde duur van de werkweek 29 uur bedraagt. Wij hebben echter te maken met een beroepsgroep die op meerdere werkplekken werkzaam kan zijn; 16% van alle werkzamen werkt op twee of meer werkplekken. Uit het NIVEL-onderzoek blijkt dat de gemiddelde werktijd op de eerste werkplek 27.8 uur bedraagt; op de tweede werkplek 7.7 uur en op de derde werkplek 5.6 uur.

Overigens blijken er ook verschillen te zijn tussen de werkvelden waarbinnen de ergotherapeuten werkzaam zijn (zie tabel 5).

Tabel 5: Gemiddeld aantal werkuren (per week) per ergotherapeut naar werkveld

	gemiddeld aantal uren per week
Verpleeghuizen	27.3
Revalidatie centra	33.3
Algemene/Academische ziekenhuizen	28.9
Psychiatrische instellingen	29.2
Eerste lijn	30.8
Zwakzinnigenzorg	19.1
Scholen	23.7
Centra voor blinden en slechtzienenden	27.3
Overig	31,8

Bron: Driessen e.a., 1993.

In de afgelopen jaren hebben wij kunnen zien dat er in diverse sectoren van de gezondheidszorg arbeidstijdverkorting heeft plaatsgevonden. Het is niet ondenkbaar dat er in de komende decennia weer momenten zijn waarop de arbeidsduur verder wordt verkort. Wellicht zullen, net als in het verleden, de salarisverhogingen worden afgekocht met meer vrije tijd. De begeleidingscommissie verwacht dat in het jaar 2005 de gemiddelde duur van de werkweek met 1 uur zal afnemen tot 28 uur. Met een dergelijke werkweekverkorting zou dit betekenen dat tot 2005 er 3,6% meer ergotherapeutenplaatsen nodig is om de werkweekverkorting van 1 uur op te vangen.

2.2.2. Verhouding patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd

Met betrekking tot patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten worden de volgende werkzaamheden onderscheiden (afgeleid uit het beroepsprofiel ergotherapie van de NVE):

A. Patiëntgebonden activiteiten

- Directe werkzaamheden:

De werkzaamheden waarbij het noodzakelijk is dat de hulpvrager aanwezig is tijdens de uitvoering van de werkzaamheden.

- Indirecte werkzaamheden:

De werkzaamheden die ten dienste staan van de hulpvrager, waarbij het niet noodzakelijk is dat de hulpvrager aanwezig is tijdens de uitvoering van die werkzaamheden.

B. Niet-patiëntgebonden (therapeutgebonden) activiteiten

- Voorwaardenscheppende werkzaamheden:

De werkzaamheden die worden verricht opdat de eigenlijke ergotherapeutische werkzaamheden, de directe en indirecte werkzaamheden, mogelijk worden, of beter of efficiënter worden verricht.

- Aanverwante werkzaamheden

Deze werkzaamheden worden verricht op grond van deskundigheid en ervaring van de ergotherapeut op het gebied dat niet strikt behoort tot de ergotherapeutische behandelingen; zij hebben geen geneeskundig doel.

Voor wat betreft de tijdsregistratie zijn er nauwelijks gegevensbronnen voorhanden. De onderzoeken die hierover wel enige informatie geven hebben voornamelijk betrekking op de situatie in de eerste lijn (Nationale Kruisvereniging, 1988; Fleuren, 1991; Stichting Maatzorg, 1992). Dit zijn veelal experimenten in de eerste lijn. In deze onderzoeken wordt echter alleen gevraagd naar de verdeling van de directe (60%) en indirecte (40%) werkzaamheden. Er zijn geen gegevens over het aandeel van de voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden.

Er zijn echter allerlei ontwikkelingen gaande die ervoor zouden kunnen gaan zorgen dat het aandeel van de voorwaardenscheppende werkzaamheden de komende decennia zal toenemen. Wij zouden in dit verband kunnen wijzen op meer intercollegiale toetsing en nascholing. Juist vanuit het oogpunt van het garanderen van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg kan deskundigheidsbevordering een steeds belangrijkere positie gaan innemen. Eerder in deze studie hebben wij gewezen op de snelle technologische ontwikkelingen en de gevolgen die dit heeft voor onder andere verbeteringen op het gebied van de hulpmiddelen. Dit zal kunnen betekenen dat ergotherapeuten steeds meer tijd moeten uittrekken om dit soort nieuwe

ontwikkelingen te blijven volgen. Ook zullen ergotherapeuten, in het kader van de professionalisering van het beroep, steeds meer tijd moeten besteden aan wetenschappelijk onderzoek.

Andere factoren die het aandeel van de voorwaardenscheppende activiteiten verder kunnen doen toenemen zijn:

- toename interdisciplinaire samenwerking;
- opzetten informaticaprojecten;
- overleg met verzekeraars;
- intercollegiale toetsing.

Op basis van de hierboven genoemde ontwikkelingen veronderstelt de begeleidingscommissie dat de tijd die nodig is voor de voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden tot en met het jaar 2005 met 10% zal toenemen. Om de afname van patiëntgebonden tijd op te vangen zullen in 2005 11,8% meer ergotherapeuten nodig zijn.

2.2.3. Gemiddelde duur van een behandeling

Gezien het feit dat de ergotherapeutische zorg verschilt per werkveld, zouden wij de beschikking moeten hebben over de gemiddelde duur van een behandeling per werkveld. Deze gegevens zijn niet beschikbaar. Wij zullen deze factor in deze behoefteanalyse buiten beschouwing laten.

2.3. Deeltijd

Volgens gegevens uit het NIVEL-onderzoek werkt 73% van alle ergotherapeuten minder dan 32 uur per week (tabel 6). Ergotherapie is dus een beroep waar veel in deeltijd wordt gewerkt. Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat het merendeel van de ergotherapeuten vrouw is.

Tabel 6: Aantal werkuren per week

Uren	%
0- 8	4,3
9-16	8,7
17-24	25,5
25-32	34,3
33-40	27,2
Totaal	100,0

Bron: Driessen e.a., 1993.

Een andere reden voor het grote aantal part-timers heeft te maken met het aantal formatieplaatsen dat voor dit beroep beschikbaar is. Binnen instellingen moeten ergotherapeuten strijden met andere beroepsgroepen om enige uitbreiding van de formatieplaatsen te krijgen. Het resultaat hiervan is dan ook dat er vaak minder (financiële) ruimte is voor een full-time ergotherapeut, maar meer voor part-time ergotherapeuten.

Wij zien dan ook dat ruim 16% van de ergotherapeuten op meerdere werkplekken werkzaam is.

Als wij vervolgens de leeftijd van de ergotherapeuten erbij betrekken dan zien wij dat de ergotherapeuten ouder dan 45 jaar gemiddeld minder uren per week (24 uur) maken dan de groep jonger dan 30 jaar (32 uur). Voor een deel heeft dit te maken met de omstandigheid dat ergotherapeuten op oudere leeftijd hun baan niet neerleggen, maar liever wat minder uren gaan werken. Ook de grote groep herintredende ergotherapeuten zal vanwege gezin of leeftijd minder uren gaan werken.

Er is een aantal redenen waarom verwacht kan worden dat het aantal part-timers verder zal toenemen:

- De nieuwe banen die gecreëerd worden zullen vooral banen zijn met een gering aantal uren.
- Het relatieve aantal ergotherapeuten in de oudere leeftijdsklassen neemt toe en derhalve ook het aantal part-timers.

Momenteel werkt 70% part-time. De begeleidingscommissie verwacht dat in het jaar 2005 ongeveer 80% van alle werkzame ergotherapeuten part-time zal werken.

2.4. Conclusie: geschatte behoefte aan ergotherapeutenplaatsen

Op basis van de demografische ontwikkelingen veronderstellen wij dat in het jaar 2005, als gevolg van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw (volgens de midden-variant), circa 14,8% meer ergotherapeutenplaatsen nodig is dan in 1992. Als wij de bevolkingsprognoses volgens de hoge-variant hanteren, dan zou een groei van 17,7% nodig zijn. Verder hebben wij geconstateerd dat er waarschijnlijk een 'ondergebruik' is van 12,5%. Als het beroep van ergotherapeut zich wat verder ontwikkelt, dan zal er 12,5% meer ergotherapeuten nodig zijn om het ondergebruik op te vangen.

Verder is geconstateerd dat met name een aantal structurele veranderingen de vraag naar ergotherapeuten zal doen stijgen. Daarbij verwachten wij dat in het kader van de invoering van de WVG in 2005 circa 16,1% meer ergo-

therapeuten nodig zijn. Ook vanuit het bedrijfsleven zal de vraag naar ergotherapeuten toenemen, dat wil zeggen een geschatte toename van 6,4%.

De derde belangrijke structurele verandering is de verwachte toename van de extramurale ergotherapie. Voor deze toename is 21,5% meer ergotherapeuten nodig. Verder werd geconstateerd dat ook als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele veranderingen en technische ontwikkelingen waarschijnlijk een toename in de vraag naar ergotherapeutische zorg zal plaatsvinden, maar dat daarover vooralsnog geen schattingen gemaakt kunnen worden.

Tot slot is ook een aantal 'gewenste' ontwikkelingen binnen de verwerkingscapaciteit besproken. Voor een kortere werkweek (één uur korter in 2005) zou in 2005 circa 3,6% meer ergotherapeuten nodig zijn. Voor de toename van de voorwaardenscheppende activiteiten met 10% zou in totaal 11,8% meer ergotherapeuten nodig zijn. Verder verwachten wij dat het aantal ergotherapeuten dat in deeltijd werkt zal toenemen van 70% naar 80%.

In het volgende schema wordt een overzicht gegeven van het aantal extra ergotherapeuten dat nodig is om in de periode 1992-2005 de verschillende ontwikkelingen afzonderlijk op te vangen (volgens de midden-variant).

Voorbeeld: voor het opvangen van (uitsluitend) de demografische ontwikkelingen zijn er tot het jaar 2005 in totaal 182 ergotherapeuten meer nodig dan in 1992.

- Demografische ontwikkelingen	182 ergotherapeuten
- Ondergebruik	155 ergotherapeuten
- WVG	199 ergotherapeuten
- Arbeid en gezondheid	79 ergotherapeuten
- Extramurale ergotherapie	265 ergotherapeuten
- Minder werkuren	44 ergotherapeuten
- Toename niet-patiëntgebonden activiteiten	145 ergotherapeuten
- Deeltijd	44 ergotherapeuten

Let op:

Bovengenoemde aantallen mogen niet worden opgeteld, omdat de ene factor weer van invloed is op de uitkomsten van de andere factor.

3. HET AANTAL BESCHIKBARE ERGOTHERAPEUTEN

3.1. Inleiding

Het aantal beschikbare ergotherapeuten bestaat in de eerste plaats uit de groep ergotherapeuten die op 1 januari 1992 werkzaam is als ergotherapeut. Hieronder worden verstaan de ergotherapeuten die werkzaam zijn in revalidatiecentra, algemeen/academische ziekenhuizen; verpleeghuizen; psychiatrie; zwakzinnigenzorg; scholen, eerste lijn, opleidingsinstituten voor ergotherapeuten en overige instellingen. In de tweede plaats wordt onder beschikbare ergotherapeuten verstaan de groep ergotherapeuten die op 1 januari 1992 geen werk heeft, maar wel op zoek is naar werk als ergotherapeut en de groep die op 1 januari 1992 nog in opleiding is. Daarnaast moet ook nog rekening gehouden worden met ergotherapeuten die zich uit het buitenland in Nederland zullen vestigen. Bovengenoemde groepen ergotherapeuten vormen tezamen de niet beïnvloedbare potentiële groep ergotherapeuten. Hiermee bedoelen wij dat de omvang van deze groepen niet te beïnvloeden is door uitbreiding of inkrimping van de opleidingscapaciteit.

In de volgende paragrafen zal, uitgaande van peildatum 1 januari 1992, berekend worden hoe groot de verschillende groepen beschikbare ergotherapeuten zullen zijn op respectievelijk 1 januari 1995, 1 januari 2000 en 1 januari 2005. Alvorens dit uit te werken zal eerst in het kort worden ingegaan op de wijze van gegevensverzameling en de gegevensbronnen welke hiervoor zijn gehanteerd.

3.2. Het aantal werkzame ergotherapeuten

3.2.1. De gegevensbronnen

Voor het in kaart brengen van de groep werkzame ergotherapeuten staan wij voor het probleem dat op landelijke schaal geen registratie van werkzame ergotherapeuten bestaat. Wij moeten derhalve gebruikmaken van gegevensbronnen die geen volledig beeld geven van het aantal werkzame ergotherapeuten (Geneeskundige Hoofdinspectie van Volksgezondheid) of van bronnen waarin gegevens over een beperkte groep zijn opgenomen (ledenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie).

Vanaf 1981, toen het beroep ergotherapeut wettelijk werd erkend en opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen, is men als gediplomeerd

Tabel 8: Leeftijdsopbouw van werkzame ergotherapeuten naar werkveld (N=264)

Leeftijd	Vph %	Rvdc %	Zkh %	Psych %	1e lijn %	Zwkz %	Schl %	Bli/Sle %	Overig %	Totaal %
20-24	11	14	5	5	-	8	-	-	14	9,1
25-29	28	34	32	45	17	25	43	71	29	32,7
30-34	25	20	15	30	33	8	29	-	29	21,7
35-39	15	18	24	15	17	25	-	29	-	17,1
40-44	13	8	12	5	17	17	14	-	29	11,4
45-49	6	6	7	-	8	17	14	-	-	6,1
50-54	1	-	5	-	8	-	-	-	-	1,5
55-59	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0

Bron: Driessen e.a., 1993.

Vph - Verpleeghuizen
 Rvdc - Revalidatiecentra
 Zkh - Algemene/academische ziekenhuizen
 Psych - Psychiatrie
 1e lijn - Eerste lijn
 Zwkz - Zwakzinnigenzorg
 Schl - Scholen
 Bli/Sle - Centrum voor blinden en slechtzienden

3.2.3. Uitstroom

De uitstroom uit de groep ergotherapeuten kan op vier manieren plaatsvinden:

1. gestopt (bijvoorbeeld pensionering of vervroegde uittreding (VUT));
2. verandering van werkzaamheden;
3. ziekte en arbeidsongeschiktheid;
4. overlijden.

Aangezien er geen continue registratie van alle ergotherapeuten bestaat, is het bijzonder moeilijk om exact aan te geven hoeveel, en op welke leeftijd, ergotherapeuten hun werkzaamheden definitief neerleggen. Wij hebben daartoe in eerste instantie gebruikgemaakt van de GHI-enquête uit 1989. In deze enquête zijn alle ergotherapeuten die bij de GHI geregistreerd waren met een schriftelijke enquête benaderd. Uit deze enquête bleek dat 71% van alle ergotherapeuten die bij de GHI waren ingeschreven op 1 januari 1989 werkzaam waren. In tabel 9 zien wij dat het percentage werkenden naar leeftijd pas vanaf de leeftijdscategorie 45-49 jaar afneemt. Uit deze cijfers zouden wij kunnen afleiden dat de uitstroom niet erg groot is. De vraag is of deze conclusie juist is.

Tabel 9: Het aantal ingeschreven ergotherapeuten bij de GHI en het aantal wat daarvan werkzaam is medio 1989

	ingeschreven GHI	werkzaam	
	abs	abs	%
< 24	145	82	57
25-29	484	383	79
30-34	324	229	71
35-39	332	223	67
40-44	136	94	69
45-49	58	40	69
50-54	17	9	53
55-59	9	4	44
60-64	2	1	50
Totaal	1507	1065	71

Bron: GHI, 1989.

Op basis van de GHI-gegevens zijn per leeftijdsgroep uittreedpercentages berekend. Als deze uittreedpercentages vervolgens worden toegepast op grond van de huidige groep van 1235 werkzame ergotherapeuten, dan zullen er van deze groep nog 1097 ergotherapeuten werkzaam zijn in het jaar 2005. Dit zou betekenen dat in de komende 13 jaar slechts 11% van de huidige groep werkzame ergotherapeuten met de werkzaamheden zal stoppen. Hierbij moet weliswaar worden aangetekend dat in die 11% de herintreders reeds verdisconteerd zijn.

Als deze cijfers worden vergeleken met een aantal niet gepubliceerde rapporten, dan zijn de berekende aantallen op basis van de GHI-gegevens veel te laag. In deze rapporten wordt een jaarlijks verlooppercentage (vervangingsvraag) van circa 10% genoemd. Daarbij moet worden aangetekend dat bij die 10% geen rekening is gehouden met het aantal herintreders. Om inzicht te krijgen in het aantal herintreders hebben wij gegevens uit verschillende informatiebronnen gecombineerd. Op basis van deze vergelijking is berekend dat het uitstroompercentage van 10% met 5% gecorrigeerd moet worden om ook de herintreders bij de berekeningen te betrekken. Het netto-verlooppercentage komt daarmee op 5%. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage NVE-leden dat jaarlijks het lidmaatschap opzegt. Voor een groot deel zijn dit leden die met de werkzaamheden zijn gestopt.

Op basis van bovengenoemde overwegingen kiezen wij voor een jaarlijks verlooppercentage van 5%. Als wij dit percentage hanteren, en toepassen op de 1235 werkzame ergotherapeuten per 1 januari 1992, dan zou er van deze groep in het jaar 2005 nog 51% (634) over zijn (zie tabel 10).

Tabel 10: Uitstroom van per 1 januari 1992 werkzame ergotherapeuten

	01-01-1992	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	1235	1059	820	634
Uitstroom		176	239	186

3.3. De werkzoekende ergotherapeuten

Uit het GHI-onderzoek uit 1989 bleek dat 151 gediplomeerde ergotherapeuten op zoek waren naar een baan als ergotherapeut. Dit zijn overigens ergotherapeuten die op het moment van de enquête niet werkzaam waren. Als wij dit relateren aan de totale groep gediplomeerden, dan zou 12,4% werkzoekend zijn. Het is echter de vraag of wij dit percentage werkzoekenden uit 1989 zomaar mogen toepassen op de situatie per 1 januari 1992. Daar komt nog bij dat onder de werkzoekenden volgens de GHI-methode waarschijnlijk een groot aantal herintreders zit. Deze groep hebben wij echter al meegenomen bij de berekening van de uitstroom (paragraaf 3.2.3.).

Andere bronnen die informatie kunnen verschaffen over het aantal werkzoekenden zijn de twee vacaturebanken voor ergotherapeuten. Volgens beide instanties zijn er enkele tientallen werkzoekenden bij hen ingeschreven (dit zijn ergotherapeuten die hoogstwaarschijnlijk geen baan hebben). Het spreekt voor zich dat niet alle werkzoekende ergotherapeuten zich hebben laten inschrijven bij een vacaturebank. Op basis van bovengenoemde informatie veronderstellen wij dat er per 1 januari 1992 circa 50 werkzoekende ergotherapeuten zijn.

Als wij vervolgens op deze groep van 50 werkzoekende ergotherapeuten het jaarlijkse verlooppercentage van 5% toepassen, dan kan worden berekend hoeveel ergotherapeuten uit deze groep van 50 tot het jaar 2005 zullen uitstromen (tabel 11).

Tabel 11: Uitstroom van de groep ergotherapeuten die per 1 juli 1993 werkzoekend waren en na 1995 werkzaam zullen zijn

	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	50*	35	27
Uitstroom		15	8

* Wij gaan er vanuit dat alle 50 werkzoekende ergotherapeuten tussen 1992 en 1995 zullen gaan werken.

3.4. Ergotherapeuten in opleiding

De opleiding ergotherapie behoort tot het hoger beroepsonderwijs en is geregeld in de Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW). Er zijn in Nederland twee opleidingen ergotherapie, namelijk in Amsterdam (Hogeschool van Amsterdam) en in Hoensbroek (Hogeschool Heerlen). De duur van de opleiding is vier jaar. Krachtens de Machtigingswet Beperking Inschrijving HBO-studenten is de instroom van 1987 tot 1992 beperkt van 172 tot 140 studenten per jaar. Vanaf 1 augustus 1993 is de instroom met 25% verhoogd tot 175 studenten per jaar. In 1992 hebben 115 ergotherapeuten de studie afgerond.

Op 1 januari 1992 zijn er in totaal 623 ergotherapeuten die de 4-jarige opleiding volgen. In onze analyses rekenen wij de groepen in elk studiejaar vanaf de peildatum tot degenen die nog moeten instromen (zie bijlage 5).

Niet iedereen zal de opleiding ergotherapie voltooien (studie-uitval). Cijfers vanuit de opleidingen geven aan dat in de periode 1980-1992 de studie-uitval gemiddeld 32% bedraagt; ofwel 32% van het aantal ergotherapeuten dat met de opleiding begint maakt de studie niet af. Deze uitval vindt met name in het eerste studiejaar plaats (bijlage 5). Het uitvalpercentage van 32% is een gemiddelde over beide opleidingsinstituten, waarbij moet worden aangetekend dat Heerlen een aanmerkelijk lager uitvalpercentage heeft dan Amsterdam.

Als wij dit percentage aanhouden voor de 147 eerstejaarsstudenten per 1 januari 1992, dan zullen er 100 van deze groep de opleiding voltooien. Dit betekent dat van de groep ergotherapeuten die per 1 januari 1992 in opleiding is er in totaal $100+476=576$ de opleiding voltooien.

Niet iedereen die van de opleiding komt zal als ergotherapeut gaan werken. Volgens de GHI-enquête uit 1989 heeft 15% van de afgestudeerde ergotherapeuten geen (serieuze) plannen om als ergotherapeut aan de slag te gaan (deelnemingspercentage 85%). Verder blijkt dat 8% van de afgestudeerden naar het buitenland vertrekken. Dit zou betekenen dat van de 576 ergotherapeuten die de opleiding voltooien er uiteindelijk $(576 \times 77\%)=445$ zullen gaan werken.

Bij het berekenen van het aantal op te leiden ergotherapeuten zal met de hier beschreven studie-uitval in het eerste jaar (30%), het deelnemingspercentage (85%) en vertrek naar buitenland (8%) rekening moeten worden gehouden.

Van de 620 studenten die in de jaren 1988-1991 de opleiding instroomden zullen uiteindelijk 445 afgestudeerden ook daadwerkelijk als ergotherapeut gaan werken. Op basis van het eerder berekende verlooppercentage (5%)

is in tabel 12 weergegeven hoeveel van de huidige groep ergotherapeuten in opleiding tot het jaar 2005 zullen afvallen.

Tabel 12: Uitstroom van ergotherapeuten die nu in opleiding zijn, maar die per 1 januari 1995 met de werkzaamheden starten

	tot 01-01-1995*	tot 01-01-2000	tot 01-01-2005
Werkzaam	445	344	266
Uitstroom		101	78

* Wij gaan er vanuit dat tussen 1992 en 1995 de ergotherapeuten in opleiding zullen instromen en er geen uitstroom plaatsvindt.

3.5. In het buitenland opgeleide ergotherapeuten

Volgens het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben zich de afgelopen jaren per jaar gemiddeld tien ergotherapeuten vanuit het buitenland in Nederland gevestigd. Tot deze groep behoren ook Nederlanders die in het buitenland de opleiding tot ergotherapeut gaan volgen om zich vervolgens in Nederland te laten registreren (de zogenaamde U-bocht). Zeker wanneer het aantal opleidingsplaatsen in Nederland niet zal toenemen zal het voor Nederlandse (adspirant) ergotherapeuten een alternatief worden om zich op deze wijze als ergotherapeut te laten opleiden. Tenslotte worden ook terugkerende emigranten (of kinderen daarvan) die in het verleden in Nederland de opleiding ergotherapie hebben gevolgd en zich weer willen laten registreren tot de uit het buitenland afkomstige ergotherapeuten gerekend.

Samenvattend kan gesteld worden dat in het buitenland opgeleide en hier als ergotherapeut geregistreerden in de toekomst een factor zal zijn waar rekening mee gehouden dient te worden. Zoals hierboven is aangegeven zullen niet alle geregistreerde 'buitenlandse' ergotherapeuten zich in Nederland daadwerkelijk als werkzame ergotherapeut gaan vestigen. In onze berekeningen gaan wij uit van een instroom van werkzame en uit het buitenland afkomstige ergotherapeuten van circa tien per jaar.

Ook voor deze groep ergotherapeuten geldt dat er verloop zal zijn van 5% per jaar.

Tabel 13: In- en uitstroom van uit het buitenland afkomstige ergotherapeuten

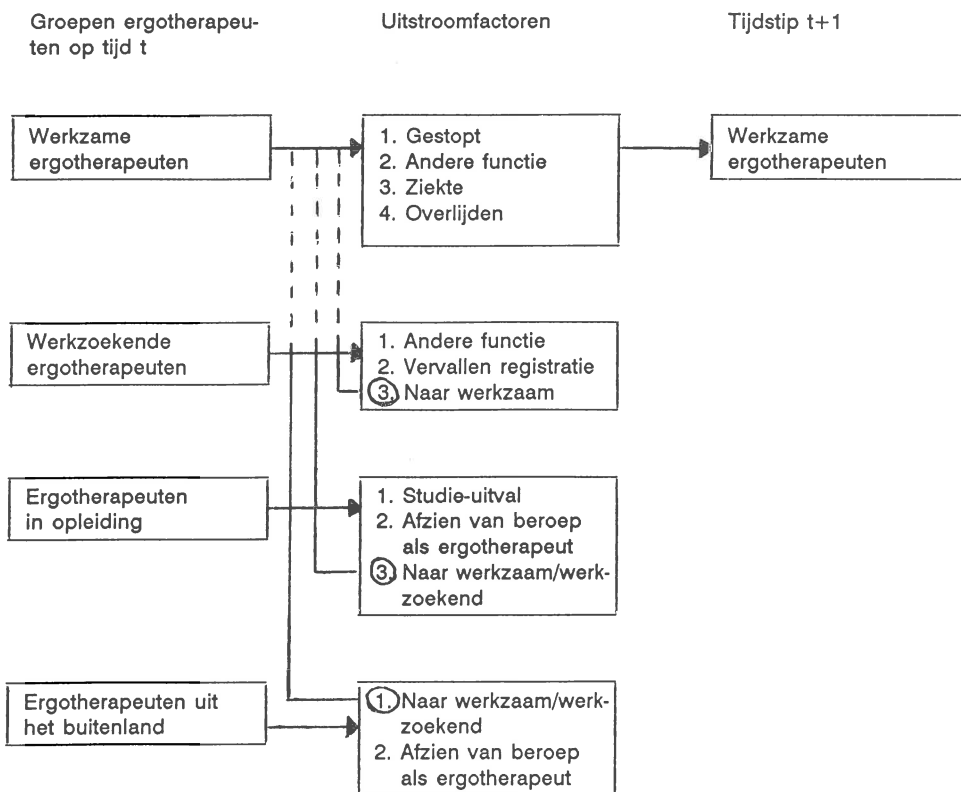
	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Instroom	30	80	130
Uitstroom*		13	32
Werkzaam	29	67	98

* De uitstroom wordt berekend over het aantal ingestroomden uit de voorgaande periode.

3.6. Raming van het aantal beschikbare ergotherapeuten

De hierboven beschreven processen kunnen wij in het volgende model samenvatten.

Figuur 1: In- en uitstroommodel voor het niet beïnvloedbare potentieel aan ergotherapeuten



Als wij de in de voorgaande paragrafen berekende aantallen samenvatten komen wij tot de volgende tabel.

Tabel 14: Het aantal werkzame ergotherapeuten in 1992, 1995, 2000 en 2005 uit het niet te beïnvloeden bestand ergotherapeuten per 1 januari 1992

Status ergotherapeut	Aantal werkzame ergotherapeuten uit het niet te beïnvloeden potentieel			
	01-01-1992	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	1235	1059	820	634
Werkzoekend	-	50	35	27
Uit de opleiding	-	445	344	266
Uit het buitenland	-	29	67	98
Totaal	1235	1583	1226	1025

Uit deze tabel blijkt dat tussen 1 januari 1992 en 1 januari 1995 het aantal ergotherapeuten dat nu reeds werkzaam is met 176 zal afnemen. Dit aantal wordt (ruimschoots) gecompenseerd door de instroom uit de groepen werkzoekenden, ergotherapeuten in opleiding en ergotherapeuten uit het buitenland. Als wij kijken naar het jaar 2005, dan zijn er als gevolg van bovengenoemde ontwikkelingen nog 1025 ergotherapeuten beschikbaar.

4. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

4.1. Scenario's

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van ergotherapeuten is een aantal scenario's uitgewerkt. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar bevolkingsprognoses volgens de midden-variant en de hoge-variant van het CBS (1992).

Wij zullen in eerste instantie acht scenario's presenteren, waarbij in het eerste scenario alleen de factor demografie wordt meegenomen en in iedere volgende scenario er een te verwachten ontwikkeling aan wordt toegevoegd. Dit betekent dat in het laatste scenario (scenario 8) alle te verwachten ontwikkelingen zijn meegenomen.

Scenario 1

In dit model gaan wij er vanuit dat de toekomstige vraag naar ergotherapeuten in 2005 alleen afhankelijk is van:

- demografische ontwikkelingen

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	1418	1454
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	393	429

Scenario 2

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	1462	1499
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	437	475

Scenario 3

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	1634	1676
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	609	651

Scenario 4

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- invulling 'ondergebruik'

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	1818	1864
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	793	839

Scenario 5

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- invulling 'ondergebruik'
- toename als gevolg van invoering WVG

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	2053	2113
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	1028	1088

Scenario 6

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- invulling 'ondergebruik'
- toename als gevolg van invoering WVG
- toename extramurale ergotherapie

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	2367	2446
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	1342	1421

Scenario 7

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- invulling 'ondergebruik'
- toename als gevolg van invoering WVG
- toename extramurale ergotherapie
- toename zorgvraag ergotherapeuten in bedrijfsleven

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	2461	2542
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	1436	1517

Scenario 8

In dit model wordt de te verwachten vraag naar ergotherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- deeltijd
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- invulling 'ondergebruik'
- toename als gevolg van invoering WVG
- toename extramurale ergotherapie
- toename zorgvraag ergotherapeuten in bedrijfsleven
- daling werkweek tot 28 uur

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	2513	2595
Aanbod in 2005	1025	1025
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1992	1488	1570

4.2. Conclusie

Wij hebben een aantal scenario's op een rijtje gezet. Met als basis een aantal autonome (demografische) ontwikkelingen, is aan elk volgend scenario een factor toegevoegd om de toename van het aantal op te leiden ergotherapeuten per (extra) factor in beeld te brengen. Op basis van bovengenoemde resultaten van de verschillende scenario's kan worden afgeleid hoeveel ergotherapeuten bij een bepaald scenario in totaal opgeleid moeten worden om in 2005 vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Om vervolgens te kunnen bepalen hoeveel ergotherapeuten jaarlijks moeten worden opgeleid, moet rekening worden gehouden met de volgende factoren:

- studie-uitval van 30% (dat wil zeggen 30% van de eerstejaarsstudenten);

- circa 15% van de afgestudeerde ergotherapeuten zal nimmer als ergotherapeut gaan werken;
- circa 8% van de afgestudeerde ergotherapeuten zal in het buitenland gaan werken.

Bovengenoemde factoren dragen ertoe bij dat het aantal op te leiden ergotherapeuten hoger moet zijn dan wij tot nu toe in de verschillende scenario's hebben berekend. De resultaten hiervan worden weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 15: Aantal ergotherapeuten dat vanaf 1 januari 1992 jaarlijks in opleiding moet komen (instroom) om in het jaar 2005 vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen, uitgesplitst naar scenario en bevolkingsprognose

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Scenario 1	93	101
Scenario 2	103	112
Scenario 3	143	153
Scenario 4	187	197
Scenario 5	242	256
Scenario 6	316	334
Scenario 7	338	357
Scenario 8	350	370

In principe kunnen nog veel meer scenario's worden opgesteld. Dat heeft te maken met de combinatie van factoren die worden meegenomen. In de slotbeschouwing komen wij hier op terug, waarbij de meest reële scenario's worden weergegeven.

5. SLOTBESCHOUWING

In de afgelopen tijd komen er signalen uit het veld dat er structurele tekorten dreigen te ontstaan aan ergotherapeuten. In een aantal werkvelden (met name verpleeghuizen) en in een aantal regio's zouden opengevallen vacatures moeilijk opgevuld kunnen worden. Daar komt nog bij dat er door nieuwe ontwikkelingen, zoals toename van de extramurale ergotherapie en de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten, de vraag naar ergotherapeuten weleens snel zou kunnen toenemen. Vandaar dat in deze studie is gekeken naar ontwikkelingen in vraag en aanbod en het aantal ergotherapeuten dat moet worden opgeleid om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten.

Bij de uitwerking van bovengenoemde vraagstelling stuiten wij op het probleem dat er over de beroepsgroep ergotherapeuten nog bijzonder weinig onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Dit gemis doet zich vooral voelen op het meest elementaire deel van de behoefteramingstudie, namelijk het aanbod. Er is geen landelijke registratie van werkzame ergotherapeuten. Dit betekent dat niet goed in beeld gebracht kan worden hoeveel ergotherapeuten er op een bepaalde peildatum werkzaam zijn in Nederland. Verder zijn er weinig gegevens over de samenstelling van de beroepsgroep (werkveld, leeftijdsopbouw, sexe) en ontbreekt informatie over de uitstroom uit het beroep; een essentieel gegeven in een behoefteramingsstudie.

Ook met betrekking tot 'vraaggegevens' staat de informatievoorziening nog in de ontwikkelings sfeer. Zo zijn er geen productiegegevens per leeftijdscategorie, dat wil zeggen gegevens over het aantal behandelingen en de duur van de behandeling. Dit geldt ook voor het gebruik van ergotherapie door verschillende cliënten/patiënten-groepen. Verder is er vrijwel geen informatie beschikbaar die inzicht kan verschaffen in de feitelijke verdeling van het aantal werkuren van ergotherapeuten. Dit geldt vooral voor de verdeling van de patiëntgebonden tijd (directe en indirecte werkzaamheden) en de niet-patiëntgebonden tijd (voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden).

Voor het uitvoeren van deze behoefteramingsstudie hebben wij gebruik moeten maken van een beperkt aantal informatiebronnen. Dit betekent dat niet alle factoren doorgerekend konden worden. Het is dan ook van groot belang dat op korte termijn een registratie van (werkzame) ergotherapeuten wordt opgezet. Zeker als op termijn ook de beroepsbescherming (bevoegdheidsregister) komt te vervallen en zal plaatsmaken voor (uitsluitend) een titelbescherming.

Met betrekking tot de (toekomstige) vraag naar ergotherapeutische zorg is in eerste instantie gekeken naar de gevolgen van demografische ontwikkelingen. In feite is het huidige feitelijke gebruik van ergotherapeutische zorg geëxtrapoleerd op basis van veranderingen in de bevolkingsgroei en bevolkingssamenstelling. Als wij de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (1991) volgens de midden-variant als uitgangspunt nemen, dan zouden er als gevolg van demografische ontwikkelingen in het jaar 2005 circa 14,8% meer ergotherapeuten nodig zijn dan in 1992. Er zijn echter aanwijzingen dat de bevolkingsgroei wellicht wat hoger zou kunnen uitvallen dan men aanvankelijk gedacht had (CBS, 1992). Bij een vooruitberekening volgens de hoge-variant zouden er in het jaar 2005 circa 17,7% meer ergotherapeuten nodig zijn dan in 1992.

Bij de invloed van de demografische ontwikkelingen hebben wij het huidige gebruik als uitgangspunt genomen. Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van een zekere vorm van 'ondergebruik'. In een aantal gebieden van Nederland (o.a. het noorden van Nederland) is de ergotherapie nog volop in ontwikkeling. In deze gebieden is het niet ondenkbaar dat er in de komende tijd een 'inhaaleffect' optreedt. Voor het berekenen van het 'inhaaleffect' hebben wij gekeken hoeveel ergotherapeuten in iedere provincie nodig zijn om in alle provincies, voor wat betreft het aanbod, minimaal het landelijk gemiddelde te krijgen. Eén en ander zou betekenen dat het aantal ergotherapeutenplaatsen met 12,5% moet toenemen. Dit is een eerste aanzet om het 'ondergebruik' in beeld te brengen. Het spreekt voor zich dat er meer onderzoek moet plaatsvinden om inzicht te krijgen in het mogelijke 'ondergebruik'. In dit verband zou gedacht kunnen worden aan een consumentenonderzoek.

Naast de demografische ontwikkelingen zullen ook epidemiologische, sociaal-culturele en institutionele/technische ontwikkelingen van invloed zijn op de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg. Voor wat betreft de epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen zijn wij door gebrek aan onderzoeksgegevens niet in staat om dit soort ontwikkelingen te vertalen in meer of minder ergotherapeuten. Bij de interpretatie van de resultaten van deze studie zullen dit soort ontwikkelingen wel moeten worden meegewogen.

Het zijn echter vooral de institutionele ontwikkelingen die van grote invloed zouden kunnen zijn op de toekomstige vraag. In de eerste plaats speelt hierbij de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) een rol. In deze wet worden gemeenten verantwoordelijk gesteld voor de verlening van woonvoorzieningen, zorgvoorzieningen en vervoersvoorzieningen ten behoeve van de in de gemeenten woonachtige gehandicapten. Voor de beoordeling van de aanspraak op een voorziening zou gebruikgemaakt kunnen worden van ergotherapeuten. Omtrent het aantal in te zetten ergotherapeuten kan momenteel slechts voorzichtig een indicatie worden gege-

ven. Het proces is sinds kort in gang gezet en het is nog maar de vraag hoe één en ander in de toekomst zal uitwerken. De begeleidingscommissie zou vooralsnog van de veronderstelling willen uitgaan van één ergotherapeut op 100.000 inwoners. Dit zou betekenen dat er tot het jaar 2005 circa 16,1% meer ergotherapeuten nodig zijn.

Een tweede institutionele ontwikkeling waardoor de vraag naar ergotherapeutische zorg sterk zou doen kunnen toenemen is de toename van de extramurale ergotherapie. Momenteel vinden er op dit gebied tal van experimenten plaats. In het kader van substitutie en toenemende thuiszorg zal de extramurale ergotherapie zich in de toekomst weleens een belangrijke plaats weten te verwerven. Zeker als de ergotherapie op termijn in het pakket van de zorgverzekeraars wordt opgenomen. De begeleidingscommissie verwacht dan ook dat ten behoeve van de eerstelijns-ergotherapie in het jaar 2005 één full-time equivalent ergotherapeut op 75.000 inwoners nodig is. Als deze norm werkelijkheid zou worden, dan zal het aantal ergotherapeuten met 21,5% moeten stijgen.

De laatste institutionele ontwikkeling die genoemd moet worden is de rol van de ergotherapeut binnen het bedrijfsleven. In dit kader kan gedacht worden aan de ontwikkelingen op het gebied van de ARBO-wetgeving en ontwikkelingen op het terrein van de WAO. Hiervoor zal steeds vaker gebruikgemaakt worden van de deskundigheid van de ergotherapeut. De begeleidingscommissie verwacht dat tot het jaar 2005 het aantal ergotherapeuten met 6,4% moet toenemen om op deze ontwikkelingen te kunnen inspelen.

Een geheel ander aspect aan de vraagkant is de verwerkingscapaciteit van ergotherapeuten ofwel de tijd die ergotherapeuten voor zorg ter beschikking hebben. De verwerkingscapaciteit wordt bepaald door drie factoren: werktijd van ergotherapeuten, verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten en de gemiddelde duur van een behandeling. Er is een aantal redenen aan te geven dat de verwerkingscapaciteit van ergotherapeuten de komende tijd zal dalen. In de eerste plaats zal er, net als in andere sectoren van onze maatschappij, ook bij ergotherapeuten sprake zijn van arbeidstijdverkorting. In de tweede plaats zal, zeker gezien de toename van de vereiste kwaliteit van de ergotherapeutische zorg, meer aandacht geschonken moeten worden aan onderlinge toetsing en deskundigheidsbevordering. Dit betekent dat steeds meer tijd zal moeten worden besteed aan de voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden.

Met betrekking tot veranderingen in de verwerkingscapaciteit heeft de begeleidingscommissie op basis van de huidige ontwikkelingen een aantal veronderstellingen gedaan. In de eerste plaats zal de gemiddelde werkweek met één uur afnemen tot gemiddeld 28 uur in het jaar 2005. Om dit op te vangen zou er in het jaar 2005 circa 3,6% meer ergotherapeuten nodig zijn.

Een tweede belangrijke veronderstelling betreft de toename van het aantal voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden met 10% tot en met het jaar 2005. Om deze toename op te vangen zou er in het jaar 2005 circa 11,8% meer ergotherapeuten plaatsen nodig zijn.

Verder wordt verondersteld dat het aantal part-time werkende ergotherapeuten verder zal toenemen. In de eerste plaats zullen de nieuwe banen die worden gecreëerd vooral banen zijn met een gering aantal uren. Gezien het feit dat in vele instellingen met beperkte budgetten wordt gewerkt zal dit betekenen dat, wanneer er ergens uitbreiding van de ergotherapeutische capaciteit zal plaatsvinden, dit in veel gevallen een uitbreiding zal zijn van enkele uren. De begeleidingscommissie veronderstelt dat het aantal ergotherapeuten dat part-time werkt zal toenemen van 70% in 1992 tot 80% in het jaar 2005.

Naast de behoefte aan ergotherapeuten (vraag) is in deze studie ook gekeken naar het aanbod. Van de groep ergotherapeuten die per 1 januari 1992 werkzaam is, is onderzocht hoeveel van hen de komende jaren zullen uittreden als gevolg van pensionering, overlijden, ziekte, andere baan. Van deze groep zullen er tussen 1 januari 1992 tot 1 januari 2005 in totaal 601 uittreden, ofwel 49% van de groep ergotherapeuten dat op 1 januari 1992 werkzaam is.

Tot slot van deze studie hebben wij vraag en aanbod vergeleken. Daartoe hebben wij, op basis van verschillende veronderstellingen, een aantal scenario's opgesteld. In ieder scenario is aangegeven hoeveel ergotherapeuten opgeleid zouden moeten worden om vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen.

Gezien het grote aantal veronderstellingen (8) zijn er tal van combinaties mogelijk. Dit betekent dat er vele scenario's mogelijk zijn. Op basis van de meest reële ontwikkelingen heeft de begeleidingscommissie van dit project de volgende vijf scenario's er uitgelicht (zie schema).

	Aantal ergotherapeuten dat jaarlijks vanaf 1 januari 1992 tot 2005 moet worden opgeleid	
	Bevolkingsprognose midden-variant	Bevolkingsprognose hoge-variant
1. Inhaalscenario	187	197
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- toename deeltijd		
- invullen 'ondergebruik'		
2. WVG-scenario	199	212
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-praktijkgebonden activiteiten		
- toename deeltijd		
- 1 full-time equivalent ergotherapeut per 100.000 inwoners ten behoeve van uitvoering WVG		
3. Extramuraal-scenario	217	231
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- toename deeltijd		
- 1 full-time equivalent extramuraal werkzame ergotherapeut per 75.000 inwoners		
4. WVG/Extramuraal-scenario	273	290
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- toename deeltijd		
- 1 full-time equivalent extramuraal werkzame ergotherapeut per 75.000 inwoners		
- 1 full-time equivalent ergotherapeut per 100.000 inwoners ten behoeve van uitvoering WVG		
5. Maximale scenario	295	313
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- toename deeltijd		
- 1 full-time equivalent extramuraal werkzame ergotherapeut per 75.000 inwoners		
- 1 full-time equivalent ergotherapeut per 100.000 inwoners ten behoeve van uitvoering WVG		
- 1 full-time equivalent ergotherapeut per 100.000 inwoners ten behoeve van uitvoering ARBO, WAO, WAGW		

In alle vijf bovengenoemde scenario's zijn de volgende drie factoren meege-
nomen:

- demografische ontwikkelingen;
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten;
- toename deeltijd.

De reden hiertoe is dat dit ontwikkelingen zijn die naar alle waarschijnlijk-
heid wel zullen plaatsvinden. De demografische ontwikkeling is immers een
autonome ontwikkeling die vrijwel onafwendbaar is. Voor wat betreft de toe-
name van de niet-patiëntgebonden activiteiten veronderstellen wij dat dit
noodzakelijk is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen.
Ten aanzien van de deeltijd zal, gezien de mogelijkheden voor uitbreiding
van de capaciteit bij de instellingen (budgetteringssysteem), vooral part-time
banen worden aangeboden. Ook in het adviseringsproject zal het waar-
schijnlijk vooral om part-time banen gaan.

In alle vijf onderscheiden scenario's worden bovengenoemde factoren mee-
genomen. De belangrijkste verschillen tussen de scenario's zijn:

'Inhaalscenario'

Als gekeken wordt naar ergotherapeutische zorgverlening dan is er een
aantal gebieden in Nederland waar deze nog nauwelijks ontwikkeld is (bij-
voorbeeld in de noordelijke provincies). In deze gebieden moet de ergothe-
rapie haar positie nog zien te verwerven. Als in de komende jaren - naast
de drie genoemde factoren - alleen de nadruk wordt gelegd op het ophef-
fen van die verschillen, dan zouden er, volgens de midden-variant, jaarlijks
187 ergotherapeuten moeten worden opgeleid. Dat zijn er 12 meer dan de
huidige opleidingscapaciteit.

'WVG-scenario'

Per 1 april 1994 zal de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) in werking
treden. In het kader hiervan zou weleens een belangrijke adviesfunctie voor
de ergotherapeuten zijn weggelegd. Als dit inderdaad gaat plaatsvinden
volgens de norm één full-time equivalent per 100.000 inwoners, dan zou de
jaarlijkse instroom (volgens de midden-variant) 199 moeten bedragen. In dit
scenario is geen rekening gehouden met het opvullen van het 'onder-
gebruik', omdat in de norm van één full-time ergotherapeut op 100.000 in-
woners de regionale verschillen reeds zijn verdisconteerd.

'Extramurale-scenario'

Binnen de ergotherapie is de extramurale ergotherapie in opkomst. In het
kader van de verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn
(substitutie) zou dit in de toekomst een belangrijk werkveld kunnen worden
van de ergotherapeut. Van groot belang is dat de zorgverzekeraars ergo-

therapie in hun pakket opnemen. Indien dit gaat gebeuren en geen rekening wordt gehouden met andere ontwikkelingen (uitgezonderd de drie eerdergenoemde factoren) dan zou de jaarlijkse instroom 217 moeten bedragen (volgens de midden-variant). De huidige instroom zou daarom met 42 verhoogd moeten worden.

'WVG/Extramurale-scenario'

Indien zowel rekening wordt gehouden met gevolgen van de WVG en de gevolgen van een groei van de eerstelijnsgergothérapie, dan zou de jaarlijkse instroom 273 moeten bedragen.

'Maximale scenario'

In dit scenario is naast de drie eerdergenoemde factoren (demografische ontwikkelingen, toename deeltijd, toename niet-patiëntgebonden activiteiten) rekening gehouden met alle door ons genoemde institutionele ontwikkelingen. Indien deze institutionele ontwikkelingen zullen plaatsvinden zoals wij voorspeld hebben, dan zou de jaarlijkse instroom verhoogd moeten worden van 175 naar 295.

Met betrekking tot bovengenoemde scenario's zouden wij de kanttekening willen plaatsen dat het doen van voorspellingen geen sinecure is. De toekomstige ontwikkelingen zijn immers met veel onzekerheden omgeven. Voor een deel zijn dit soort onzekerheden het gevolg van een gebrek aan informatie. Echter, voor het belangrijkste deel is de onzekerheid inherent aan de ramingsproblematiek. Het is zeer onwaarschijnlijk dat exact één van de gekozen scenario's werkelijkheid zal worden.

6. LITERATUUR

- Centraal Bureau voor de Statistiek (1992). Uitkomsten Bevolkingsprognose 1992. Voorburg.
- Commissie Bevordering Toepassing Ergotherapie, werkgroep Ergotherapie & Bedrijfsleven (1993). (Beleids)ontwikkelingen in de jaren negentig. NVE, Delft.
- Dekker J., M.J. Driessen, M. van Gisbergen (1991). Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. NIVEL, Utrecht.
- Dijk van-Dooren van N. (1991). Nota ergotherapie thuis op haar plaats. NVE, Delft.
- Driessen M.J., J. Dekker, J. van der Zee en G.J. Lankhorst (1993). Ergotherapeuten: werksituatie en taakuitoefening. In: Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 1993, nr.3, p.75-82.
- Driessen M.J., J. Dekker, G.J. Lankhorst en J. van der Zee (1993). OT-diagnosis and treatment goals in patient care. (Aangeboden aan American Journal of Occupational Therapy).
- Fleuren, M.A.H. (1991). Project 'Samenwerking 1^e-2^e lijn'. Ergotherapie nabehandeling in de eerste lijn: thuis beter? Deel 2: onderzoeksresultaten. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid (1990). Beroepsuitoefening van ergotherapeuten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989. GHI, Rijswijk.
- Hingstman L., J.B. Pool (1992). Behoefteraming huisartsen 1992. NIVEL, Utrecht.
- Loo, P.S.E. van de, Velden, R.K.W. van der, Wieling, M.H. (1993). HBO-Monitor. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs. Voorlichtingsdienst HBO-Raad, Den Haag.
- Meer D. van der (1991). Ergotherapie en arbeidsrehabilitatie in de theorie. Rijksuniversiteit Groningen/Hogeschool van Amsterdam.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1985). Eindadvies Adviescommissie behoeftebepaling artsen. Leidschendam.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1991). Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1991. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 22097, nrs.1-2.
- Nationale Kruisvereniging (1988). Project ergotherapie in de eerste lijn, onderzoeksverslag NK, Bunnik.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993). Beroepengids Zorgsector. NRV, Zoetermeer.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1993). Lijst van werkadressen van gediplomeerde leden.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1989/1991/1992). Jaarverslag. NVE, Delft.
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1988a). Beroepsprofiel ergotherapie. NVE, Delft.

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1988b). Visie op ergotherapie in de eerste lijn. NVE, Delft.

Project Ergotherapie Thuis, uitgaande van de Verpleeghuizen (1993). Evaluatieverslag juli 1992 tot en met juni 1993. Amersfoort.

Stichting Maatzorg (1992). Ergotherapie aan huis. Jaaroverzicht 1992, Delft.

Stichting Delta (1993). Project ergotherapie in de thuiszorg; evaluatie van één jaar uitvoering (1992). Almere.

Stichting Amsterdams Kruiswerk (1992). Jaarrapportage ergotherapie 1992. Amsterdam.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1988). Ongevallen in het jaar 2000. STG, Rijswijk.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1991). De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziektelast en zorgvoorzieningen. STG, Rijswijk.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992). Chronische ziekten in het jaar 2005. STG, Rijswijk.

Tweede Kamer der Staten-Generaal (1992). Wet voorzieningen gehandicapten, regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten. Vergaderjaar 1992-1993, 's Gravenhage (inmiddels vastgesteld).

BIJLAGE 1

Lijst van afkortingen

- ARBO - Arbeidsomstandigheden
- BIG - Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- CBS - Centraal Bureau voor de Statistiek
- GHI - Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
- GMD - Gemeenschappelijke Medische Dienst
- NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- NVE - Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- STG - Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
- VNG - Vereniging Nederlandse Gemeenten
- WAO - Wet Arbeids Ongeschiktheid
- WVC - Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- WVG - Wet Voorzieningen Gehandicapten
- WAGW - Wet Arbeid Gehandicapte Werknemer

BIJLAGE 2

Berekening van de invloed van de bevolkingsgroei op het benodigd aantal ergotherapeuten

Per 1 januari 1992 bedraagt de bevolkingsomvang in Nederland, volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), circa 15.1 miljoen inwoners. Volgens de midden-variant van het CBS zouden er in Nederland circa 16.4 miljoen inwoners zijn in het jaar 2005 (volgens de hoge-variant 16.9 miljoen). Indien de gemiddelde zorg per patiënt (aantal contacten en gemiddelde duur per consult) per jaar constant blijft, betekent dit op grond van de bevolkingsgroei tot 2005 een benodigde toename van het aantal ergotherapeuten met

$$\frac{(16.4-15.1)}{15.1} \times 100 = 8,5\% \text{ volgens de midden-variant en}$$

$$\frac{(16.9-15.1)}{15.1} \times 100 = 12,1\% \text{ volgens de hoge-variant.}$$

Dit betekent een benodigde toename van respectievelijk 105 en 149 ergotherapeuten.

BIJLAGE 3

Berekening van de invloed van veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd) op het benodigd aantal ergotherapeuten

Uit NIVEL-onderzoek (Driessen e.a., 1993) is op instellingsniveau bekend hoeveel uren ergotherapeuten in elke sector (gemiddeld) werkzaam zijn. Gecombineerd met het aantal ergotherapeuten per werkveld blijkt uit onderstaand overzicht dat alle ergotherapeuten tezamen in 1992 bijna 36.000 uren per week werkzaam zijn (gemiddeld 29 uur per ergotherapeut).

	aantal ergotherapeuten	werkzame uren (per week)	uren totaal
Verpleeghuizen	421	27.3	11503
Revalidatiecentra	308	33.3	10233
Ziekenhuizen	199	28.9	5753
Psychiatrische instellingen	95	29.2	2760
Eerste lijn	57	30.8	1752
Zwakzinnigenzorg	57	19.1	1084
Scholen	33	23.7	786
Centrum voor blinden en slechtzienden	33	27.3	904
Overig	33	31.8	1053
Totaal	1235	29.0	35827

Om inzicht te krijgen in de invloed van veranderingen in de leeftijdssamenstelling van de bevolking op de toe- of afname van de ergotherapeutische zorg, zouden wij moeten beschikken over leeftijdsspecifieke productiecijfers. Deze zijn echter niet beschikbaar. Wij hebben wel inzicht in de huidige leeftijdssamenstelling van patiënten in de verschillende werkvelden waar ergotherapeuten werkzaam zijn. Uit de CBS-bevolkingsprognoses kan worden afgeleid wat de groei of afname zal zijn van de verschillende leeftijdscategorieën in Nederland. Deze groeicijfers hebben wij doorberekend aan de hand van de patiëntenpopulatie die momenteel in de verschillende werkvelden verblijven. Daarbij veronderstellen wij dat de huidige leeftijdsopbouw binnen de genoemde instellingen ook in het jaar 2005 nog zal gelden. Per werkveld krijgen wij dan inzicht in de groei van het aantal patiënten. Als deze patiënten dezelfde hoeveelheid ergotherapeutische zorg krijgen als momenteel, dan kan op basis van de groei van de patiënten-

populatie ook de toename van het aantal uren berekend worden. Wanneer de groei binnen verschillende werkvelden wordt opgeteld, kan inzicht worden verkregen in het benodigde aantal ergotherapeuten om de veranderingen in zowel de bevolkingsgroei als bevolkingssamenstelling op te vangen.

	Midden-variant			Hoge-variant	
	uren 1992	uren 2005	groei %	uren 2005	groei %
Verpleeghuizen	11503	13821	20,2	14235	23,8
Revalidatiecentra	10233	11596	13,3	11813	15,4
Algemene/Academische ziekenhuizen	5753	6603	14,8	6748	17,3
Psychiatrische instellingen	2760	2799	1,4	2879	4,3
Eerste lijn	1752	2141	22,2	2141	22,2
Zwakzinnigenzorg	1084	1132	4,4	1165	7,5
Scholen	786	846	7,7	910	15,8
Centrum voor blinden en slechtienden	904	1044	19,3	1079	15,8
Overig	1053	1143	12,1	1181	1,17
Totaal	35827	41125	14,8	42151	17,7
Groei op basis van bevolkingsgroei/samenstelling per werkveld:			14,8		17,7

Uit bovenstaande tabel blijkt dat op basis van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw tot en met het jaar 2005 en volgens de midden-variant de hoeveelheid ergotherapeutische zorg (in uren) met 14,8% zal stijgen. Dit betekent dus dat het aantal ergotherapeuten ook met 14,8% zal moeten toenemen om die zorg in 2005 op te vangen. Als rekening wordt gehouden met de hoge-variant zal er sprake zijn van een groei van 17,7%.

Dit betekent een toename van 182 ergotherapeuten tot 2005 op grond van demografische ontwikkelingen. Bij de bevolkingsprognose volgens de hoge variant bedraagt de benodigde toename 218 ergotherapeuten.

BIJLAGE 4

Berekening ter bepaling van benodigd aantal ergotherapeuten om 'ondergebruik' in te vullen

Voor het berekenen van het 'ondergebruik' is gekeken naar regionale verschillen in het aantal ergotherapeuten per bed. Hiertoe is het aantal werkzame dagdelen per provincie gekoppeld aan het aantal bedden in de (voor ergotherapie) belangrijkste categorieën instellingen in die provincies: verpleeghuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen. Bijna 77% van alle uren die ergotherapeuten werkzaam zijn vindt plaats in één van deze type instellingen.

In onderstaande tabel is in eerste instantie het aantal dagdelen per 100 bedden per provincie berekend. Het gemiddelde voor geheel Nederland bedraagt 4.3. Ons uitgangspunt is dat in alle provincies in Nederland momenteel een gemiddelde van 4.3 moet worden gehaald. Dit betekent dat in een aantal provincies het aantal dagdelen per 100 bedden moet worden opgehoogd. Als wij vervolgens deze dagdelen over de provincies sommeren dan zou het aantal dagdelen met 626 moeten toenemen om in alle provincies minimaal het landelijk gemiddelde te krijgen, ofwel een toename van $626/5097 \times 100 = 12,3\%$.

Tabel a: Aantal dagdelen per 100 bedden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen naar provincie

	bedden	dagdelen	dagdelen per 100 bedden	dagdelen opgehoogd tot landelijk gemiddelde
Groningen	5.029	196	3.9	20
Friesland	4.735	107	2.3	98
Drenthe	2.754	74	2.7	44
Overijssel/ Flevoland	8.340	282	3.4	77
Gelderland	14.315	629	4.4	-
Utrecht	8.836	276	3.1	105
Noord-Holland	21.015	1.418	6.7	-
Zuid-Holland	26.540	960	3.6	185
Zeeland	2.924	101	3.4	26
Noord-Brabant	14.848	569	3.8	71
Limburg	8.840	484	5.5	-
Nederland	118.176	5.097	4.3	626

Toename: 12,3%

Bovengenoemde cijfers hebben alleen betrekking op 77% van alle dagdelen die ergotherapeuten werkzaam zijn in de genoemde drie type instellingen. Er blijft dan nog 23% dagdelen over; dat wil zeggen 23% van alle dagdelen per provincie. Deze overblijvende dagdelen hebben wij gerelateerd aan het aantal inwoners per provincie (zie tabel b). Ons uitgangspunt is dat het gemiddelde aantal dagdelen per 100.000 inwoners in geheel Nederland (10.3) minimaal ook zou moeten gelden voor alle provincies.

Tabel b: Aantal dagdelen per 100.000 inwoners naar provincie

	bevolking (1989)	dagdelen	dagdelen per 100.000 inwoners	dagdelen opgehoogd tot landelijk gemiddelde
Groningen	555.200	60	10.7	-
Friesland	599.190	32	5.4	29
Drenthe	439066	23	5.1	23
Overijssel/ Flevoland	1.217.627	86	7.0	40
Gelderland	1.794.678	191	10.6	-
Utrecht	1.004.632	84	8.3	20
Noord-Holland	2.365.160	430	18.2	-
Zuid-Holland	3.200.408	291	9.1	39
Zeeland	355.585	30	8.6	6
Noord-Brabant	2.172.604	173	7.9	51
Limburg	1.099.622	147	13.4	-
Nederland	15.006.450	1.546	10.3	208

Toename: 13.4%

Om in alle provincies maximaal het landelijk gemiddelde van 10.3 dagdelen per 100.000 inwoners te verkrijgen, zal in acht provincies het aantal dagdelen 'opgehoogd' moeten worden tot in totaal 208 dagdelen.

Tezamen met de eerdergenoemde ophoging van 626 betekent dat het totale aantal dagdelen ergotherapeutische zorg in Nederland met 834 zou moeten toenemen om minimaal in alle provincies het landelijk gemiddelde te verkrijgen. Dit betekent 155 (12,6%) extra ergotherapeuten om dit 'ondergebruik' op te vangen.

BIJLAGE 5

Ergotherapeuten in opleiding

Op basis van de instroom aan de twee opleidingen ergotherapie in de periode 1988-1991 bedraagt het aantal studenten van beide opleidingen per 1 januari 1992:

147 in het eerste studiejaar;

153 in het tweede studiejaar;

159 in het derde studiejaar;

164 in het vierde studiejaar.

Bron: Opleidingen.

Omdat in de periode 1988-1991 de instroom in het eerste studiejaar afnam is het aantal studenten in bovenstaand overzicht in het vierde studiejaar hoger dan de overige jaren.

In totaal blijken er per 1 januari 1992 623 studenten de opleiding tot ergotherapeut te volgen. Niet iedereen uit deze groep zal echter op (korte) termijn voor de arbeidsmarkt beschikbaar zijn.

Op basis van de instroom aan de opleiding in de jaren 1984-1992 (1532) en de uitstroom in deze periode (1043), blijkt dat de studie-uitval 32% bedraagt. Deze uitval vindt met name plaats gedurende het eerste studiejaar. Het aantal ergotherapeuten dat de opleiding zal voltooien bedraagt derhalve

$$\frac{147 \times (100 - 32)}{100} + 153 + 159 + 164 = 576 \text{ ergotherapeuten}$$

Uit onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie en uit gegevens van de opleidingen is gebleken dat van de afgestudeerden circa 15% afziet van het uitoefenen van ergotherapie, terwijl 8% van de geslaagden vertrekt naar het buitenland. Van de groep die van de opleiding komt (576) zal dus uiteindelijk 77% serieuze plannen hebben om in Nederland als ergotherapeut aan het werk te gaan en zullen derhalve ($576 \times 0,77$) 445 ergotherapeuten zich vestigen.

