BEHOEFTERAMING ONCOLOGISCH GYNAECOLOGEN 2001-2015

M. Bennema-Broos
L.F.J. van der Velden
L. Hingstman

nivel
bibliotheek
dreiharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Juli 2001

Nivel
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

Behoefteraming oncologisch gynaecologen 2001-2010 / M. Bennema-Bros, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman
Utrecht: Nivel
Met lit. opg.
ISBN 90 - 6905 - 538 - 4
Trefw.: arbeidsmarkt; oncologisch gynaecologen; beroepskrachtenvoorziening; behoefteraming

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

INHOUD

pag.

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7
   1.1. Doelstellingen 7
   1.2. Vraagstellingen 8
   1.3. Leeswijzer 8

2. METHODE 11
   2.1. Gegevensverzameling 11
   2.2. Respons 11
   2.3. Representativiteit 12

3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGVRAAG 13
   3.1. Inleiding 13
   3.2. Omvang zorgvraag 2000 13
      3.2.1. Incidentie kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen 13
      3.2.2. Leeftijdsverdeling zorgvraag in 2000 14
      3.2.3. Aantal patiënten in de oncologische centra in 2000 15
   3.3. Toekomstige zorgvraag 16
      3.3.1. Demografische ontwikkelingen 16
      3.3.2. Ontwikkeling in het aantal patiënten in oncologische centra 18
      3.3.2. Overige ontwikkelingen 20
   3.4. Conclusie 20

4. ONTWIKKELINGEN IN HET ZORGAANBOD 23
   4.1. Inleiding 23
   4.2. Aanbod oncologisch gynaecologische zorg 23
      4.2.1. Totaal aantal oncologisch gynaecologen 23
      4.2.2. Kenmerken van de oncologisch gynaecologen 24
      4.2.3. In- en uitstroom 25
   4.3. Werktijd per oncologisch gynaecoloog 26
      4.3.1. Aantal dagdelen per week 26
      4.3.2. Aantal uur per 10 dagdelen 27
      4.3.3. Aandeel niet-patiëntgebonden werktijd 27
      4.3.4. Tijd per patiënt 29
   4.4. Conclusie 29

5. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD IN 2010 EN 2015 31
   5.1. Inleiding 31
   5.2. Scenario's 31
      5.2.1. Berekeningen exclusief het huidige zorgaanbod van fellows 31
      5.2.2. Berekeningen inclusief het huidige zorgaanbod van fellows 33
   5.3. Nabeschouwing 34

LITERATUUR EN BRONNEN 35

VOORWOORD

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek Behoefteraming Oncologische Gynaecologie. Vanaf 2001 wordt de oncologische gynaecologie door de NVOG erkend als subspecialisme binnen obstetrie/gynaecologie, met een erkende opleiding van twee jaar die in één of meer oncologische centra gegeven zal gaan worden. De vraag is hoeveel gynaecologen tot deze opleiding toegelaten kunnen worden. Dit is onderzocht door vraag en aanbod van oncologische gynaecologie te berekenen voor de periodes 2000-2010 en 2000-2015. Hiervoor is gebruik gemaakt van incidentiecijfers van oncologisch gynaecologische aandoeningen, bevolkingsprognoses en een vragenlijstonderzoek onder oncologisch gynaecologische afdelingen en (oncologisch) gynaecologen.

Het rapport bevat vier scenario's voor het aantal opleidingsplaatsen dat nodig is voor de oncologische gynaecologie. Deze scenario's variëren in het aantal ontwikkelingen waarmee rekening is gehouden bij de berekening van de benodigde instroom van gynaecologen in de opleiding oncologie. Het onderzoek laat zien dat voor het bewerkstelligen van een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2010 dan wel 2015 er afhankelijk van het scenario dat gevolgd wordt tussen de één en drie gynaecologen per jaar in moeten stromen in de opleiding tot oncologisch gynaecoloog.

Het onderzoek is verricht door het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) als onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Vanuit de NVOG heeft de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) het onderzoek begeleid. De WOG heeft de namen verstrekt van de gynaecologen die werkzaam zijn in een zogenoemd oncologisch centrum en van hen die een oncologische taakstelling hebben in een perifeer ziekenhuis. Tevens adviseerde de WOG ten aanzien van de op te nemen enquêtevragen, zowel voor oncologische vakgroepen/afdelingen als voor (oncologisch) gynaecologen.

1 INLEIDING

1.1 Doelstellingen

Dit rapport doet verslag van het onderzoek 'Behoefteraming oncologisch gynaecologen'. Aan de hand van een viertal scenario's voor vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de oncologische gynaecologie zijn berekeningen gemaakt van het benodigde aantal opleidingsplaatsen voor oncologisch gynaecologen.

De gynaecologische oncologie wordt gezien als een zorgpiramide waarbij wordt uitgegaan van een aantal basisvoorzieningen in alle Nederlandse ziekenhuizen. Hieronder vallen faciliteiten voor algemene diagnostiek zoals kolposkopie, vulvoscopie, PA (vriescoupe) en radiologie. De top van de piramide is de gynaecologisch-oncologisch gecentreerde zorg die wordt verleend vanuit acht academische oncologische centra en drie niet-academische oncologische centra. Deze zorg omvat derdelijns patiëntenzorg, ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden, klinisch en basaal wetenschappelijk onderzoek en opleiding en onderwijs. De derdelijns patiëntenzorg omvat een specifieke categorie primaire behandelfuncties zoals de radicale chirurgie van cervix- en vulvacarcinomen. Een oncologisch centrum levert daarbij consulentdiensten in de betreffende regio waaronder zowel telefonische consulten, oncologiebesprekingen en het verrichten van operaties op locatie (WOG, 2000).

De oncologische gynaecologie wordt vanaf september 2001 door de NVOG erkend als subspecialisme binnen obstetrie/gynaecologie. Voor dit subspecialisme zal binnen de vereniging een registratie van erkenningen bijgehouden gaan worden. Momenteel zijn er ongeveer 37 oncologisch gynaecologen werkzaam in Nederland, waaronder vijf zogeheten 'fellows' (dat wil zeggen: oncologen in opleiding). Oncologisch gynaecologen zijn gynaecologen met een aanvullende opleiding in de gynaecologische oncologie. Deze opleiding kan bestaan uit een KWF-fellowship van twee jaar of een gestructureerde interne opleiding in een daartoe aangewezen oncologisch centrum. Meer dan driekwart van de oncologisch gynaecologen werkt in de acht academische oncologische centra. Daarnaast werkt een aantal oncologisch gynaecologen in de drie niet-academische oncologische centra, te weten in Tilburg, Enschede en Eindhoven. Wanneer in dit rapport gesproken wordt over oncologisch gynaecologen gaat het over de gynaecologen die werkzaam zijn in een oncologisch centrum, zowel academisch als niet-academisch.
Vanuit één of meerdere van de oncologische centra zal de aanvullende opleiding van twee jaar gegeven worden. De vraag is hoeveel gynaecologen tot deze opleiding toegelaten kunnen worden. Dit heeft enerzijds te maken met het te verwachten aantal oncologisch gynaecologische patiënten en anderzijds met het aanbod van oncologisch gynaecologen. Vanuit het bestuur van de NVOG is dan ook de vraag gekomen om inzicht te krijgen in vraag en aanbod binnen de oncologische gynaecologie.

Men heeft het Nivel gevraagd om dit nader uit te werken onder begeleiding van de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG). Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren de nodige expertise opgebouwd op het terrein van behoefteramingsonderzoek en monitoring van de arbeidsmarkt voor diverse artsenberoepen (Hingstman e.a., 1992; Hingstman en Pool, 1992; Hingstman e.a., 1996; Harmsen e.a., 1996; Van der Velden e.a., 1997b, 1997c; Hingstman en Van der Velden, 1998a; Van der Velden e.a., 1998a, 1998b, 1998c,

1998d; Hingstman en Van der Velden, 1999; Van der Velden en Hingstman, 1999; Van der Velden e.a., 1999; Van der Velden en Hingstman, 2000; Van der Velden e.a., 2001a en 2001b). Hieronder bevinden zich drie studies voor de obstetrici/gynaecologen en meerdere studies voor huisartsen, kinderartsen en longartsen.

1.2 Vraagstellingen

Om vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de oncologische gynaecologie in beeld te brengen is gebruik gemaakt van het Nivel-ramingsmodel. Op basis van dit model worden diverse veronderstellingen geformuleerd over de vraag naar en aanbod aan zorg verleend door oncologisch gynaecologen, waarna, gegeven de veronderstellingen, afgeleid wordt wat de opleidingscapaciteit moet zijn om de vraag en het aanbod optimaal op elkaar te laten aansluiten. Voor wat betreft de vraag gaat het daarbij om veronderstellingen omtrent de toekomstige "zorgvraag", zoals afgeleid van het te verwachten aantal patiënten. Bij het toekomstige "zorgaanbod" gaat het om het te verwachten aantal oncologisch gynaecologen dat werkzaam zal willen zijn en de beschikbare tijd voor patiëntenzorg per oncologisch gynaecoloog. Dit betreft dus verwachtingen over de in- en uitstroom van werkzame oncologisch gynaecologen én de tijdsbesteding.
Naar aanleiding van de bovenstaande aspecten zijn de volgende specifieke vraagstellingen geformuleerd.

Zorgvraag:
- hoe ontwikkelt zich het *totaal aantal oncologisch gynaecologische patiënten* tot nu toe, verdeeld naar leeftijd en type aandoening, en hoe zal het aantal patiënten zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?

Zorgaanbod:
- hoe ontwikkelt zich de *instroom* van oncologisch gynaecologen tot nu toe, zowel qua aantal personen als hun tijdsbesteding, en hoe zal de instroom zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
- hoe ontwikkelt zich de *uitstroom* van oncologisch gynaecologen tot nu toe, zowel qua aantal personen als hun tijdsbesteding, en de leeftijd waarop ze uitstromen, en hoe zal de uitstroom zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
- hoe ontwikkelt zich de *tijdsbesteding* van oncologisch gynaecologen tot nu toe, zowel wat betreft de omvang van de werkweek (aantal fte, aantal uur per fte), als de invulling van de werkweek (tijd per patiënt, aandeel niet-patiëntgebonden tijd) en hoe zal de tijdsbesteding zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de gegevensverzameling voor de arbeidsmarktmonitor in zijn geheel en de gegevensverzameling specifiek voor deze behoefteraming. Hoofdstuk 3 behandelt de ontwikkelingen in de zorgvraag, terwijl hoofdstuk 4 gewijd is aan de ontwikkelingen in het zorgaanbod. In hoofdstuk 5 worden verschillende scenario's behandeld waarin zorgvraag en zorgaanbod met elkaar worden geconfronteerd. Voor de diverse scenario's is berekend hoeveel oncologisch gynaecologen er in totaal beschikbaar zouden moeten zijn in 2010 en 2015, gegeven het gekozen uitgangspunt in de zorgvraag en in de verwerkingscapaciteit. Er worden cijfers gepresenteerd betreffende de benodigde instroom

per jaar in de opleiding om vraag en aanbod in 2010 en 2015 met elkaar in evenwicht te brengen.

2 METHODE

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de gegevensverzameling voor de behoefteraming Vervolgens wordt beschreven hoe de respons en de representativiteit is van de verzamelde gegevens.

2.1 Gegevensverzameling

Om inzicht te krijgen in aanbodontwikkelingen binnen de oncologische gynaecologie is aangesloten bij de gegevensverzameling die reeds door het Nivel wordt uitgevoerd in het kader van de "Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen". Voor die arbeidsmarktmonitor zijn, net als in 1997, in het voorjaar van 2001 alle afdelingen gynaecologie, alle werkzame gynaecologen/obstetrici en alle AGIO's-gynaecologie schriftelijk geënquêteerd. De naam- en adresgegevens zijn afkomstig uit het ledenbestand van de NVOG. Daarnaast zijn de academische oncologische centra (8) en de werkzame oncologisch gynaecologen (37) aangeschreven. In de vragenlijsten voor deze oncologische centra en voor de oncologisch gynaecologen zijn, naast de vragen uit de monitor, extra vragen over oncologische gynaecologie opgenomen. Tevens is aan de 'niet oncologisch aangemerkte' gynaecologen een aantal vragen gesteld die specifiek betrekking hebben op tijdsbesteding aan de oncologische gynaecologie en op doorverwijzing naar oncologische centra. Bovendien is aan alle gynaecologen en aan de AGIO's-gynaecologie gevraagd of zij eventueel plannen hebben voor het volgen van een sub-specialisatie. Voor de behoefteraming voor oncologisch gynaecologen is dus gebruik gemaakt van de gegevens van de gynaecologen-vragenlijsten, zowel van de vragenlijsten van de hele groep als die van de oncologisch gynaecologen, van de gegevens van de AGIO-vragenlijsten en van de afdelingsvragenlijsten van de oncologische centra. Op basis van deze vragenlijsten is het mogelijk de aanbod-ontwikkelingen (aantal oncologisch gynaecologen, tijdsbesteding, in- en uitstroom) in beeld te brengen.
Voor het in kaart brengen van de vraag is gebruik gemaakt van bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), van gegevens van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en van cijfers uit het Vademecum Gezondheidsstatistiek van het CBS.

2.2 Respons

In het begin van 2001 zijn 245 vragenlijsten verstuurd naar alle AGIO's gynaecologie. Hiervan hebben er 209 (85%) de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Verder zijn 704 vragenlijsten verstuurd aan alle obstetrici/gynaecologen en hebben 591 obstetrici/gynaecologen gereageerd (84%). Van de aangeschreven gynaecologen zijn er 37 op voorhand door de WOG geselecteerd. Hen is verzocht om extra vragen te beantwoorden. Dit betreft de gynaecologen die werkzaam zijn in een oncologisch centrum. Van deze 37 oncologisch gynaecologen hebben er 33 de vragenlijst teruggestuurd (89%).
Van de 33 responderende 'oncologisch gynaecologen' bleken er 5 'fellow' te zijn, wat wil zeggen dat ze weliswaar gynaecoloog zijn maar nog in opleiding tot 'oncologisch gynaecoloog'. Het totaal aantal 'oncologisch gynaecologen' waar wij in het onderzoek vanuit zijn gegaan is hiermee gekomen op 32 (37-5). De vijf 'fellows' zijn in de berekeningen meegenomen als zijnde in opleiding en binnen twee jaar volwaardig oncoloog.

Alle 8 academische oncologische centra zijn aangeschreven en hebben de vragenlijst geretourneerd (100%).
In totaal zijn vier verschillende vragenlijsten verstuurd die voor dit onderzoek relevant zijn. Na vier weken werd een schriftelijke reminder gestuurd naar alle assistenten, naar alle gynaecologen, inclusief de oncologisch gynaecologen, en naar afdelingen die nog geen vragenlijst hadden ingevuld. Nog een maand later hebben de oncologisch gynaecologen en de oncologische centra die na het eerste rappel nog niet gereageerd hadden een nieuwe vragenlijst ontvangen met het verzoek deze alsnog in te vullen. Tenslotte zijn de oncologen en de oncologische centra die toen nog niet gereageerd hadden door het bestuur van de WOG benaderd en is hen nogmaals verzocht spoedig te responderen.
De tweede rappel voor de gehele groep assistenten en de gehele groep obstetrici/gynaecologen is half mei verstuurd. De dataverzameling voor deze groepen is inmiddels ook afgerond.

2.3 Representativiteit

In tabel 2.1. staat het aantal aangeschreven en responderende oncologisch gynaecologen, uitgesplitst naar geslacht. Het blijkt dat de respondenten op dezelfde manier verdeeld zijn naar geslacht als het totaal van de aangeschreven specialisten. Er is dus geen sprake van geslachtsspecifieke non-respons.
In hoofdstuk 4, waarin het zorgaanbod wordt beschreven, wordt nader ingegaan op de ontwikkeling in het totaal aantal specialisten en de geslachtsverdeling.

Tabel 2.1: Vergelijking van de aangeschreven en responderende (oncologisch) gynaecologen (inclusief fellows) wat betreft geslacht

	werkzame oncologisch gynaecologen (inclusief fellows)	
geslacht	aantal	%
Aangeschreven		
mannen	26	70%
vrouwen	11	30%
totaal	37	100%
Respondenten		
mannen	23	70%
vrouwen	10	30%
totaal	33	100%

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor (oncologisch) gynaecologen, 2001

3 ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGVRAAG

3.1 Inleiding

Om te beginnen is in dit hoofdstuk gekeken naar de omvang en ontwikkeling van de zorgvraag naar oncologische gynaecologie in de afgelopen jaren. Op basis van prognoses over de demografische ontwikkeling is vervolgens nagegaan wat voor groei in de zorgvraag verwacht mag worden tussen respectievelijk 2000 en 2010 en tussen 2000 en 2015.

Om duidelijk te maken hoe de oncologische gynaecologische zorgvraag samenhangt met de opbouw van de (vrouwelijke) bevolking, wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in 2000. Daartoe wordt eerst aangegeven welke diagnosecategorieën onderscheiden kunnen worden. Tevens wordt nagegaan hoe hoog de incidentie per diagnosecategorie is.

Nadat is vastgesteld hoe de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in 2000 is geweest, kan nagegaan worden hoe de omvang van elk van de leeftijdsgroepen zal veranderen tussen 2000 en 2015. Hierbij is gebruik gemaakt van de nieuwste bevolkingsprognose.

3.2 Omvang zorgvraag 2000

Op het gebied van oncologische gynaecologie kunnen bij vrouwen diverse vormen van kanker onderscheiden worden. De meest voorkomende oncologisch gynaecologische aandoeningen naar lokalisatie zijn: 'corpus uteri' (baarmoeder), 'cervix uteri' (baarmoederhals) en 'ovarium' (eierstok). Relatief minder frequent zijn oncologische aandoeningen aan vulva, vagina en placenta.
Voor het bepalen van de omvang en ontwikkeling van het aantal patiënten met een oncologisch gynaecologische aandoening is gebruikgemaakt van diverse gegevensbronnen. Deze bronnen zijn: publicaties van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VvIK), het Vademecum Gezondheidsstatistiek van het CBS en de bevolkingsprognoses van het CBS.

3.2.1 Incidentie kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen

Sinds 1989 vindt in Nederland een landelijke kankerregistratie plaats waarin onder andere alle nieuwe gevallen van kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen zijn opgenomen. De incidentie is voor de jaren 1989-2000, voor zover de gegevens beschikbaar waren, uitgesplitst naar diagnosecategorie te zien in tabel 3.1. In de tabel zijn alle nieuwe gevallen die behoren tot de drie eerder genoemde diagnosecategorieën opgenomen en, voor zover mogelijk, de overige nieuwe gevallen van gynaecologische kanker. Het aandeel van de drie meest voorkomende diagnosecategorieën is ongeveer 90% van alle gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen. Bij meer dan de helft van de patiënten die tot de overige 10% behoren wordt de diagnose 'vulvacarcinoom' gesteld.

Tabel 3.1: Totale incidentie van gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen per jaar naar diagnosecategorie (1989-2000)

	incidentie kwaadaardige nieuwvorming van					
jaar	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal
1989	719	1.289	1.174	3.182	± 325	± 3500
1990	759	1.237	1.201	3.197	± 325	± 3525
1991	733	1.302	1.270	3.305	± 325	± 3625
1992	754	1.321	1.288	3.363	± 325	± 3675
1993	705	1.289	1.241	3.235	± 325	± 3550
1994	700	1.393	1.399	3.492	332	3.824
1995	706	1.337	1.447	3.490	298	3.788
1996	710	1.429	1.376	3.515	344	3.859
2000	± 700	± 1.500	± 1.500	± 3.700	± 350	± 4.050

Bronnen:
1989-1993: Gynaecological tumours in the Netherlands 1989-1993. VvIK 1997.
1994-1996: Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000. CBS 1999, 2000, 2001.
2000: Feiten en Fabels over kanker in Nederland. VvIK 2001.

De incidentiecijfers in de tabel betreffen absolute aantallen nieuwe gevallen van gynaecologische kanker per jaar en zijn dus niet gestandaardiseerd naar het aantal vrouwen in diverse leeftijdscategorieën. Het totale aantal nieuwe gevallen per jaar van eierstokkanker lijkt het meest toe te nemen, gevolgd door het totale aantal nieuwe gevallen van baarmoederkanker. De incidentie van baarmoederhalskanker daarentegen lijkt in het totaal min of meer constant te blijven. In de laatste tien jaren is het aantal nieuwe patiënten met kwaadaardige gynaecologische tumoren behorende tot één van de drie meest voorkomende diagnosecategorieën met ongeveer 500 gestegen. Het aantal nieuwe gevallen in de categorie 'overig' is in de afgelopen tien jaren min of meer gelijk gebleven. Het grootste aandeel hierin betreft de diagnosecategorie 'vulvacarcinoom'. Voor deze categorie zijn de incidentiecijfers bekend voor de jaren 1989 tot en met 1993. Aantallen nieuwvormingen met diagnose 'vulvacarcinoom' zijn respectievelijk 191, 196, 205, 201 en 193. In het rapport is de diagnosecategorie 'vulvacarcinoom' niet apart gespecificeerd maar opgenomen in de categorie 'overig' omdat er geen cijfers bekend zijn voor de jaren 1994 tot en met 1996.

3.2.2 Leeftijdsverdeling zorgvraag in 2000

Om na te kunnen gaan hoe de zorgvraag beïnvloed wordt door demografische ontwikkelingen, moet de leeftijdsverdeling van de huidige zorgvraag vastgesteld worden. Hiervoor zijn eerst de leeftijdsspecifieke incidentiecijfers berekend per 100.000 vrouwen per jaar voor de periode 1994-1996. Deze cijfers staan in tabel 3.2.

Tabel 3.2: Relatieve incidentie van gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen per 100.000 vrouwen per jaar in 1994-1996, naar diagnosecategorie en leeftijd.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:					
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal
0-44	6,3	0,7	3,9	11,0	0,5	11,5
45-54	12,5	18,4	24,2	55,1	3,0	58,1
55-64	10,9	51,9	40,2	103,0	5,8	108,8
65-74	14,9	63,8	54,2	132,9	12,4	145,4
75-84	16,9	68,1	60,7	145,7	22,2	167,9
85+	15,4	52,6	43,1	111,1	32,4	143,5
totaal	9,0	17,7	18,0	44,7	4,2	49,0

Bron:
cijfers 1994-1996: Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
bevolkingscijfers 1994, 1995, 1996, CBS 1994, 1995, 1996

Uit tabel 3.2 blijkt dat de relatieve incidentie het hoogst is voor de leeftijdsgroep 75-84: per jaar worden per 100.000 vrouwen 168 nieuwe gynaecologische tumoren ontdekt. De relatieve incidentie in de leeftijdsgroepen van 65-74 en 85+ is echter nauwelijks lager, met ongeveer 145 nieuwe gynaecologische tumoren per 100.000 vrouwen. In de leeftijdsgroep van 0-44 jaar is de incidentie veel lager, met ongeveer 12 nieuwe gynaecologische tumoren per 100.000 vrouwen per jaar.

Op basis van de incidentiecijfers uit tabel 3.2. is een schatting gemaakt van het aantal gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen in 2000. Deze schatting is gebaseerd op het vermenigvuldigen van de leeftijdsspecifieke incidentie per 100.000 vrouwen van de periode 1994-1996 (zie tabel 3.1) met de absolute omvang van het aantal vrouwen in elke leeftijdsgroep in het jaar 2000. De geschatte absolute aantallen voor het jaar 2000 staan in tabel 3.3.

Tabel 3.3: Geschatte incidentie gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen in 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:					
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal
0-44	306	35	192	533	24	558
45-54	141	206	272	618	34	652
55-64	86	409	317	813	46	858
65-74	96	413	351	860	80	941
75-84	77	313	278	669	102	771
85+	26	88	72	185	54	240
totaal	732	1464	1482	3678	340	4018

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingscijfers 2000, CBS 2000

Uit tabel 3.3. blijkt dat er voor de drie diagnosecategorieën verschillende incidentiepatronen naar leeftijd bestaan. Zo blijken de meeste nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker zich te openbaren bij relatief jonge vrouwen (<45 jaar), gevolgd door de leeftijdsgroep 45-54 jaar. Kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan baarmoederlichaam of ovarium daarentegen vertonen een compleet ander patroon. Bij deze vormen van gynaecologische

kanker is meer dan de helft van de patiënten ouder dan 54 jaar. Voor alle leeftijdsgroepen samen is de geschatte totale incidentie van kwaadaardige nieuwvormingen voor cervix uteri ruim 730, voor corpus uteri ruim 1460 en voor ovarium ruim 1480 in het jaar 2000. Deze cijfers geven hetzelfde beeld als de afgeronde incidentiecijfers die voor 2000 in tabel 3.1. zijn opgenomen, respectievelijk 700, 1500 en 1500 (VvIK, 2001).

3.2.3 Aantal patiënten in de oncologische centra in 2000

Het is niet precies bekend hoeveel patiënten met een kwaadaardige gynaecologische aandoening uiteindelijk verwezen worden naar de oncologische centra. Wel is bekend dat er grote verschillen tussen de diagnosecategorieën bestaan wat betreft verwijzing naar oncologische centra. Volgens de NVOG worden patiënten met baarmoederhalskanker in principe allemaal verwezen naar een oncologisch centrum evenals de patiënten uit de categorie 'overig', voor het merendeel patiënten met vulvacarcinoom. Echter patiënten met kwaadaardige nieuwvormingen aan baarmoederlichaam (endometriumcarcinoom) worden in principe altijd perifeer behandeld. Dit geldt ook voor eenderde van de patiënten met eierstokkanker (ovariumcarcinoom). Het overige tweederde deel van de patiënten met ovariumcarcinoom wordt verwezen naar de oncologische centra. Voor deze laatste categorie moet opgemerkt worden dat de behandeling in veel gevallen plaatsvindt 'op locatie'. Dit wil zeggen dat oncologen vanuit een centrumziekenhuis opereren in het perifere ziekenhuis waar de betreffende patiënt onder behandeling is.
Uitgaande van deze aannames over doorverwijzing wordt in totaal ongeveer de helft van de patiënten met een gynaecologische kwaadaardige nieuwvorming 'verwezen' naar een oncologisch centrum.

Op basis van voorgaande aannames over doorverwijzing is in tabel 3.4 een berekening gemaakt van het geschatte aantal patiënten met gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen dat in 2000 doorverwezen is naar een oncologisch centrum. Deze berekening is gebaseerd op de geschatte incidentie van 2000 (zie tabel 3.3).

Tabel 3.4: Geschatte aantal gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen dat doorverwezen is naar oncologische centra in 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:					
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal
0-44	306	-	128	434	24	458
45-54	141	-	181	322	34	356
55-64	86	-	211	297	46	343
65-74	96	-	234	330	80	410
75-84	77	-	185	262	102	364
85+	26	-	48	74	54	128
totaal	732	-	987	1719	340	2059

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingscijfers 2000, CBS 2000

Er blijkt een verschil te zijn tussen de patiënten die door worden gestuurd en het totale aantal patiënten. Een vergelijking van de cijfers uit tabel 3.4 met de cijfers uit tabel 3.5 laat dit zien. Baarmoederkanker en eierstokkanker, aandoeningen waarvoor patiënten niet of

deels doorgestuurd worden, blijken immers 'vergrijzingsgevoelige ziekten' (55 jaar en ouder). Van de aandoeningen waarvoor patiënten wel doorgestuurd worden, zijn de aandoeningen zoals vulvacarcinoom (categorie 'overig') eveneens vergrijzingsgevoelig. Dit is echter een relatief kleine categorie patiënten. De patiënten met baarmoederhalskanker, een aandoening waarvoor je wordt doorverwezen, zijn relatief jong (0-44 jaar).
Wanneer de leeftijden van 'doorverwezen' en 'niet-doorverwezen' patiënten worden vergeleken blijkt dat patiënten die doorgestuurd worden naar een oncologisch centrum gemiddeld jonger zijn dan patiënten die perifeer worden behandeld. Welke invloed dit heeft op de toekomstige zorgvraag wordt in de volgende paragraaf besproken.

3.3 Toekomstige zorgvraag

3.3.1 Demografische ontwikkelingen

Voor het berekenen van de invloed van demografische ontwikkelingen op de vraag naar oncologische gynaecologische zorg, is gebruikgemaakt van de meest recente bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek, de zogeheten 'Bevolkingsprognose 2000' (CBS, 2001). In de prognose wordt onderscheid gemaakt in een lage-, midden- en hoge-variant voor de omvang van de bevolking. In de berekeningen is gebruik gemaakt van de midden-variant om de toekomstige zorgvraag voor 2010 en 2015 te voorspellen.
Op basis van de relatieve incidentiecijfers uit de periode 1994-1996 (tabel 3.2) is, op een vergelijkbare wijze als voor het jaar 2000, een schatting gemaakt van het aantal gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen in 2010 en in 2015. De geschatte absolute aantallen staan in de tabellen 3.5 en 3.6.

Tabel 3.5: Geschatte incidentie gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen in 2010 en percentage groei aantal nieuwvormingen in 2010 t.o.v. 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:						
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal	% groei
0-44	304	35	190	529	24	553	-0,8%
45-54	153	225	296	674	37	711	9,0%
55-64	117	558	433	1108	62	1171	36,4%
65-74	107	456	388	950	89	1039	10,5%
75-84	82	333	297	712	109	821	6,5%
85+	32	108	89	229	67	296	23,4%
totaal	795	1716	1692	4203	387	4590	14,2%
% groei	8,6%	17,2%	14,2%	14,3%	13,9%	14,2%	

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingsprognose 2000 (prognose 2010 middenvariant), CBS 2001

In tabel 3.5 zijn niet alleen de verwachte absolute aantallen patiënten, maar tevens de verwachte groeicijfers voor de periode 2000-2010 voor een aantal relevante leeftijdscategorieën weergegeven. Per leeftijdsgroep is de verwachte groei in de zorgvraag in principe gelijk aan de groei in de omvang van het aantal vrouwen. Op die manier wordt uitgegaan van een gelijkblijvende zorgvraag per 100.000 vrouwen in een bepaalde leeftijdsgroep. Voor de groep van 0-44-jarigen betekent dit bijvoorbeeld dat de zorgvraag volgens de midden-variant van de nieuwste bevolkingsprognose met 0,8% zal afnemen. In het totaal neemt het aantal oncologisch gynaecologische patiënten in 2010 toe met 14%

ten opzichte van 2000. Een toename in het aantal patiënten van 14% tot 2010 betekent dat er, bij constanthouding van de tijd die per patiënt besteed wordt, eveneens 14% meer oncologisch gynaecologische zorg nodig is van zowel de oncologisch gynaecologen als van de gewone gynaecologen.

Tabel 3.6: Geschatte incidentie gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen in 2015 en percentage groei aantal nieuwvormingen in 2015 t.o.v. 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:						
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal	% groei
0-44	298	35	187	520	24	543	-2,6%
45-54	159	233	306	698	38	736	12,8%
55-64	120	570	442	1132	64	1196	39,3%
65-74	130	558	475	1163	109	1272	35,2%
75-84	85	343	306	734	112	846	9,8%
85+	33	114	93	241	70	311	29,9%
totaal	826	1853	1809	4487	416	4904	22,0%
% groei	12,7%	26,6%	22,1%	22,0%	22,4%	22,0%	

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingsprognose 2000 (prognose 2015 middenvariant), CBS 2001

In tabel 3.6 staan de verwachte groeicijfers voor 2015 voor dezelfde leeftijdscategorieën als in tabel 3.5. Ook hier is uitgegaan van eenzelfde zorgvraag per 100.000 vrouwen per leeftijdsgroep waardoor de zorgvraag per groep gelijk is aan de groei van het aantal vrouwen in die leeftijdsgroep. Voor de groep van 0-44 jaar in 2015 betekent dit dat de zorgvraag 2,6% lager uitkomt dan in 2000 voor deze groep het geval was. In het totaal stijgt de zorgvraag in 2015 met 22% ten opzichte van 2000. Een toename van het aantal patiënten met 22% betekent dat er in principe ook een toename van 22% van het aanbod aan oncologisch gynaecologische zorg nodig is. Wederom geldt dit voor de oncologische zorg van zowel de oncologisch gynaecologen als van de gewone gynaecologen.

3.3.2 Ontwikkeling in het aantal patiënten in oncologische centra

Zoals in de vorige paragraaf over de huidige zorgvraag reeds werd vastgesteld zijn de doorverwezen patiënten gemiddeld jonger dan de gehele groep patiënten. Uit de bevolkingsprognose blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de vrouwen tot 2010 respectievelijk 2015 stijgt. Dit betekent, ervan uitgaande dat het doorverwijspatroon gelijk zal blijven, dat het aantal patiënten dat bij de oncologische centra komt minder zal groeien dan het totale aantal nieuwe patiënten.

Verondersteld wordt dat de in dit rapport gehanteerde aannamen omtrent doorverwijzing niet veel zullen veranderen. Dit is gebaseerd op het feit dat er afspraken ten grondslag liggen aan het al dan niet doorverwijzen. Dit is nog eens bevestigd vanuit de antwoorden in de vragenlijsten over doorverwijzing. Aan de gynaecologen die niet werkzaam zijn in een oncologisch centrum, is namelijk gevraagd of zij in de toekomst van plan zijn om minder vaak, even vaak of vaker dan tot nu toe patiënten door te verwijzen naar oncologische centra. De overgrote meerderheid (82%) heeft daarbij aangegeven dat zij even vaak zullen doorverwijzen als tot nu toe. Een niet onaanzienlijk deel van de gynaecologen (13%) heeft

geen antwoord kunnen geven op deze vraag. Verder heeft een beperkt aantal gynaecologen (2%) aangegeven minder vaak te gaan doorverwijzen en een eveneens beperkt aantal (3%) heeft aangegeven juist vaker dan tot nu toe te gaan doorverwijzen. Dit antwoordpatroon bevestigt de veronderstelling dat er in de doorverwijzing naar de oncologische centra op zich zelf waarschijnlijk niet veel zal veranderen. Door de oncologische centra wordt overigens geschat dat ruwweg 80% van hun oncologische patiënten doorverwezen is door een gynaecoloog, 10% door de huisarts, 5% door andere medisch specialisten en 5% van de patiënten heeft zich op eigen initiatief bij een oncologisch centrum aangemeld.

Op dezelfde wijze als in de vorige paragraaf is een schatting gemaakt voor het aantal nieuwe patiënten met kwaadaardige gynaecologische aandoeningen dat in 2010 en 2015 doorverwezen wordt naar een oncologisch centrum. De geschatte absolute aantallen staan in de tabellen 3.7 en 3.8.

Tabel 3.7: Geschatte aantal gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen dat doorverwezen wordt naar oncologische centra in 2010 en percentage groei t.o.v. 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:						
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal	% groei
0-44	304	-	127	431	24	455	-0,8%
45-54	153	-	197	350	37	387	9,0%
55-64	117	-	289	406	62	468	36,4%
65-74	107	-	259	366	89	455	10,5%
75-84	82	-	198	280	109	389	6,5%
85+	32	-	59	91	67	158	23,4%
totaal	795	-	1129	1924	388	2312	12,3%
% groei	8,6%	-	14,4%	11,9%	13,9%	12,3%	

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingsprognose 2000 (prognose 2010 middenvariant), CBS 2001

In tabel 3.7 zijn wederom niet alleen de verwachte absolute aantallen patiënten die doorverwezen worden naar oncologische centra, maar tevens de verwachte groeicijfers voor de periode 2000-2010 per leeftijdscategorie weergegeven. Ook hier geldt dat de verwachte groei in de zorgvraag per leeftijdsgroep in principe gelijk is aan de groei in de omvang van het aantal vrouwen. In het totaal neemt het aantal oncologisch gynaecologische patiënten in oncologische centra in 2010 toe met 12% ten opzichte van 2000. Dit is inderdaad een iets geringere groei dan voor het totale aantal nieuwvormingen (14%) is vastgesteld in de vorige paragraaf (zie tabel 3.5).

Tabel 3.8: Geschatte aantal gynaecologische kwaadaardige nieuwvormingen dat doorverwezen wordt naar oncologische centra in 2015 en percentage groei t.o.v. 2000.

	aantal kwaadaardige gynaecologische nieuwvormingen aan:						
leeftijd	cervix uteri	corpus uteri	ovarium	subtotaal	overig	totaal	% groei
0-44	298	-	125	423	24	447	-2,6%
45-54	159	-	204	363	38	401	12,8%
55-64	120	-	295	415	64	479	39,3%
65-74	130	-	317	447	109	556	35,2%
75-84	85	-	204	289	112	401	9,8%
85+	33	-	62	95	70	165	29,9%
totaal	826	-	1207	2033	416	2449	18,9%
% groei	12,7%	-	22,1%	18,3%	22,4%	18,9%	

Bron:
Vademecum Gezondheidsstatistiek 1998, 1999, 2000, CBS 1999, 2000, 2001
Bevolkingsprognose 2000 (prognose 2015 middenvariant), CBS 2001

In tabel 3.8 staan de verwachte groeicijfers voor 2015 voor dezelfde leeftijdscategorieën als in tabel 3.7. Ook hier is uitgegaan van eenzelfde zorgvraag per 100.000 vrouwen per leeftijdsgroep waardoor de zorgvraag per groep gelijk is aan de groei van het aantal vrouwen in die leeftijdsgroep. In het totaal stijgt de zorgvraag van patiënten in oncologische centra in 2015 met 19% ten opzichte van 2000. Wederom is zoals verwacht, de stijging iets geringer dan de stijging van het totale aantal patiënten met oncologisch gynaecologische aandoeningen (22%).

3.3.3 Overige ontwikkelingen

Naast de hiervoor beschreven demografische ontwikkelingen zijn er diverse niet-demografisch bepaalde ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de vraag naar oncologisch gynaecologische zorg. Zo is uit vorige behoefteramingen gebleken dat er allerlei ontwikkelingen zijn die het aantal patiënten of de hoeveelheid tijd die besteed wordt per patiënt kunnen beïnvloeden, zoals epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en institutionele ontwikkelingen. In het algemeen moest toen geconcludeerd worden dat er zowel ontwikkelingen zijn die de vraag kunnen doen toenemen als afnemen. Daarom is toen besloten dat er in het kader van de behoefteraming geen kwantificering voor opgenomen kon worden. Alhoewel het belang van niet-demografisch bepaalde ontwikkelingen met betrekking tot het aantal patiënten wordt onderkend, wordt ten behoeve van deze rapportage niet verder ingegaan op een nadere specificering en kwantificering van deze trends.
Voor de periode 1989-1993 enerzijds en 1994-1996 anderzijds zijn er overigens door ons geen aanwijzingen gevonden voor epidemiologische ontwikkelingen. De relatieve incidentie (het aantal nieuwe patiënten per 100.000 vrouwen in een leeftijdsgroep) is in die jaren vrijwel constant gebleven.

3.4 Conclusie

Op grond van in dit hoofdstuk gepresenteerde berekeningen kan worden geconcludeerd dat, op basis van aannames over doorverwijzing, bevolkingsgroei èn veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd) in 2010 het aantal nieuwe patiënten in oncologische centra met 12% zal stijgen ten opzichte van 2000. Voor 2015 wordt een stijging van de

vraag van 19% verwacht. Een toename van het aantal patiënten in oncologische centra van 12% tot 2010 en 19% tot 2015 betekent dat er, bij een constanthouding van de tijd die per patiënt besteed wordt, eveneens respectievelijk 12% en 19% meer aanbod van oncologisch gynaecologische zorg in de centra nodig is.

4 ONTWIKKELINGEN IN HET ZORGAANBOD

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de omvang van het zorgaanbod van de oncologische gynaecologie in 2001 en de te verwachten ontwikkelingen tot 2010 en 2015. Hiervoor wordt in de eerste plaats gekeken naar de huidige groep oncologisch gynaecologen (aantal oncologisch gynaecologen, geslacht, leeftijdsverdeling, tijdsbesteding). Vervolgens wordt onderzocht hoe de in- en uitstroom en tijdsbesteding van oncologisch gynaecologen zich waarschijnlijk zal gaan ontwikkelen. Wat betreft uitstroom wordt rekening gehouden met natuurlijk verloop (pensioen) en niet-natuurlijk verloop (verandering werkkring, naar buitenland). Bij de tijdsbesteding wordt gekeken naar mogelijke veranderingen in de omvang van de werktijd (aantal fte, aantal uur per fte) en de invulling van de werktijd (tijd per patiënt, aandeel niet-patiëntgebonden tijd) van oncologisch gynaecologen. Op basis van deze gegevens kan voor een prognosejaar het aantal beschikbare artsen en de tijd per arts worden voorspeld.

4.2 Aanbod oncologisch gynaecologische zorg

In deze paragraaf zal eerst worden beschreven hoeveel oncologisch gynaecologen er op dit moment zijn in Nederland en hoe deze groep eruit ziet wat betreft geslacht en leeftijdsverdeling. Hierbij beperken wij ons in principe tot de oncologisch gynaecologen die in een zogeheten oncologisch centrum werkzaam zijn.
Vervolgens wordt gekeken naar het aantal dagdelen dat gewerkt wordt door oncologisch gynaecologen en naar de tijdsbesteding aan oncologie en andere aandachtsgebieden binnen de gynaecologie.

4.2.1 Totaal aantal oncologisch gynaecologen

In het totaal werken er begin 2001 32 oncologisch gynaecologen en 5 'fellows' in Nederlandse ziekenhuizen, waarvan er 33 de vragenlijst teruggestuurd hebben (respons 89%). Het totale aantal in Nederland werkzame gynaecologen is in 2001 ongeveer 700. Het aandeel van de oncologisch gynaecologen (inclusief fellows) hierin is dus ongeveer 5%.
Van de 32 oncologisch gynaecologen werken er 27 in de acht academische oncologische centra en vijf in drie niet-academische oncologische centra. Naast deze 32 oncologisch gynaecologen en 5 'fellows' zijn er natuurlijk nog vele 'gewone' gynaecologen die ook een deel van hun werktijd besteden aan oncologische gynaecologie. Dit betreft dan de patiënten uit de diagnosecategorie 'corpus uteri' en eenderde van de patiënten uit de diagnosecategorie 'ovarium'. Bovendien worden de overige patiënten in het algemeen ook eerst door een 'gewone' gynaecoloog gezien.
Om meer inzicht te geven in het aantal gynaecologen dat betrokken is bij het leveren van oncologische zorg, is aan alle gynaecologen gevraagd aan te geven welk deel van werktijd besteed wordt aan algemene gynaecologie, verloskunde, oncologie, endocrinologie/fertiliteit of aan een eventueel ander aandachtsgebied. Zoals mocht worden verwacht, geven degenen die werkzaam zijn in de oncologische centra aan dat een belangrijk deel van de werktijd inderdaad besteed wordt aan oncologie. In tabel 4.1 zijn deze oncologisch gynaecologen met name terug te vinden als de 24% academisch werkzame gynaecologen die minimaal zo'n 50% van de werktijd aan oncologie besteden. In dezelfde tabel is ook te zien

dat 71% academisch werkzame gynaecologen vrijwel geen tijd besteden aan oncologie. Het aandeel gynaecologen in de opleidingsziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen zonder opleiding dat geen of nauwelijks tijd besteed aan oncologie is ongeveer 63%. Daarnaast blijkt dat 30% van de gynaecologen in de algemene ziekenhuizen ongeveer 10% van de werktijd aan oncologie besteedt. Door 8% van de gynaecologen in de algemene ziekenhuizen wordt ongeveer 20% besteed aan oncologie. In de opleidingsziekenhuizen besteedt 22% van de gynaecologen ongeveer 10% van de werktijd aan oncologie, 11% besteedt zo'n 20% van de werktijd aan dit aandachtsgebied en 3% besteedt zelfs ongeveer 50% van de werktijd aan oncologie. Het gaat dan in concreto om ongeveer 110 gynaecologen in de algemene ziekenhuizen en 80 gynaecologen in de opleidingsziekenhuizen die minimaal 10% van de werktijd aan oncologie besteden. Van deze groep van in totaal ongeveer 190 gynaecologen besteedt een aantal van ongeveer 50 gynaecologen minimaal 20% van de werktijd aan oncologie. Dit komt getalsmatig overeen met een aantal van ongeveer 25 gynaecologen die vrijwel full-time bezig zijn met oncologie: 50 gynaecologen met 20% van de werktijd is ± 10 'full-time' gynaecologen en 140 gynaecologen met 10% van de werktijd is ± 14 'full-time' gynaecologen. Ten opzichte van de groep van 37 gynaecologen die werkzaam zijn in een oncologisch centrum of een oncologische taakstelling hebben en die gemiddeld zo'n 67% van hun werktijd met oncologie bezig zijn, is een aantal van 25 full-time equivalenten een substantieel aantal. Daarbij is dan nog geen rekening gehouden met de ongeveer 460 gynaecologen die maximaal ongeveer 5% van de werktijd aan oncologie besteden. Als dat wel gebeurd, dan zijn er in feite nog eens ongeveer 10 tot 20 full-time equivalenten betrokken bij de oncologische zorg. Resumerend: er zijn 37 gynaecologen werkzaam in de oncologische centra (en die vrijwel allemaal full-time werken) en daarnaast zijn er nog eens 35-45 'full-time' gynaecologen betrokken bij de oncologische zorg in de periferie.

Tabel 4.1: Verdeling van de gehele groep obstetrici/gynaecologen naar aandeel van de werktijd besteed aan oncologie, per werkveld

	Meting 2001			
		w.v.		
	Alle gynaecologen	Algemene ziekenhuizen	Opleidingsziekenhuizen	Academische ziekenhuizen
± 0-5% van de werktijd voor oncologie	64,8%	61,1%	63,7%	71,3%
± 10% van de werktijd voor oncologie	20,7%	29,6%	21,5%	3,8%
± 20% van de werktijd voor oncologie	7,2%	7,7%	10,8%	1,3%
± 50% van de werktijd voor oncologie	3,1%	0,7%	2,7%	8,1%
± 60-100% van de werktijd voor oncologie	4,2%	0,3%	1,3%	15,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Aantal gynaecologen (geschatte populatie-aantallen)	687	302	224	161

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor obstetrici/gynaecologen, 2001

4.2.2 Kenmerken van de oncologisch gynaecologen

Van de oncologisch gynaecologen (inclusief 'fellows') is 70% man en 30% vrouw. In de gehele groep gynaecologen is het aandeel vrouwen 29%. De gemiddelde leeftijd van de oncologen is 47 jaar (range 34-60 jaar), waarbij de vrouwen (41 jaar) beduidend jonger zijn dan de mannen (50 jaar).

Tabel 4.2: Aantal oncologisch gynaecologen en fellows naar leeftijd geslacht

	Oncologen		Fellows		Totaal	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<= 39 jaar	1	2	1	3	2	5
40-49 jaar	8	6	-	-	8	6
50-59 jaar	13	-	1	-	14	-
>= 60 jaar	2	-	-	-	2	-
Totaal	24	8	2	3	26	11

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor oncologische gynaecologen, 2001

4.2.3 In- en uitstroom

De ontwikkeling van het aantal werkzame oncologisch gynaecologen wordt bepaald door zowel de instroom van nieuwe oncologisch gynaecologen als de uitstroom van oudere oncologisch gynaecologen. De nieuwe oncologisch gynaecologen zijn in het algemeen afkomstig van de Nederlandse opleiding, maar kunnen eventueel ook uit het buitenland afkomstig zijn. Bij de uitstroom gaat het voor het merendeel om oncologisch gynaecologen die met pensioen gaan, maar het kan eventueel ook gaan om personen die ander werk gaan doen, naar het buitenland gaan, of bijvoorbeeld arbeidsongeschikt raken.

In tabel 4.3 wordt voor de komende periode weergegeven hoe groot de in- en uitstroom zal zijn en hoe derhalve het totaal aantal beschikbare/werkzame oncologisch gynaecologen zich zal gaan ontwikkelen. Daarbij is voor wat betreft de instroom rekening gehouden met handhaving van het huidige aantal van 5 'fellows' oncologische gynaecologie. Gegeven de opleidingsduur van twee jaar, komt dit overeen met een instroom van 2,5 per jaar. Verder is voor wat betreft de instroom rekening gehouden met een aantal van nul oncologisch gynaecologen die vanuit het buitenland zullen komen.
Bij de uitstroom is rekening gehouden met de in 2001 opgegeven individuele wensen van de werkzame oncologisch gynaecologen voor wat betreft het moment waarop zij met pensioen willen gaan. Bovendien is uitgegaan van een niet-natuurlijk verloop van 0 oncologisch gynaecologen. Voor de huidige en toekomstige fellows wordt in deze berekening dus aangenomen dat deze allemaal werkzaam willen zijn in een oncologisch centrum.

Gegeven de veronderstellingen, zal het totaal aantal oncologisch gynaecologen dat beschikbaar komt, groeien van 32 aan het begin van 2001, via 42 aan het eind van het jaar 2004 en 45 aan het eind van het jaar 2009, tot 48 aan het eind van het jaar 2014. De relatieve sterke groei in de eerstkomende vier jaar heeft van doen met het feit dat er tot eind 2004 waarschijnlijk geen uitstroom zal plaatsvinden vanuit de huidige groep van 32 werkzame oncologisch gynaecologen. Gegeven de pensioenwensen zal er pas vanaf het jaar 2005 sprake zijn van een uitstroom in verband met pensionering. In totaal wordt van 10 van de huidige 32 oncologisch gynaecologen verwacht dat zij tussen 1-1-2005 en 31-12-2009 met pensioen zullen gaan. Vervolgens wordt nog een uitstroom van in totaal 9 oncologisch gynaecologen verwacht tussen 1-1-2010 en 31-12-2014.
Inclusief de fellows, gaat het om een groei van 37 oncologisch gynaecologen in het jaar 2001, via 47 in 2005 en 50 in 2010, naar 53 oncologisch gynaecologen in 2015.

Tabel 4.3: In- en uitstroom van oncologisch gynaecologen van begin 2001 tot en met eind 2014, bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit van in totaal 5 'fellows' oncologische gynaecologie (en dus een instroom van 2,5 per jaar)

	2001 t/m 2004 (=4 jaar)	2005 t/m 2009 (= 5 jaar)	2010 t/m 2014 (= 5 jaar)
Totaal aantal oncologisch gynaecologen aan het **begin** van elke periode	32	42	45
Instroom gedurende de periode	10	13	12
Gemiddelde instroom per jaar	*2,5*	*2,5*	*2,5*
Uitstroom gedurende de periode	0	10	9
Gemiddelde uitstroom per jaar	*0,0*	*1,8*	*1,6*
Totaal aantal oncologisch gynaecologen aan het **einde** van elke periode	42	45	48

Of een instroom van 2,5 fellow per jaar haalbaar is, hangt mede af van de plannen van de huidige AGIO's om zich na afloop van de gewone opleiding nog te gaan verdiepen in een subspecialisme. Het blijkt dat ongeveer 10% van de huidige AGIO's aangeeft dat zij belangstelling hebben om zich te gaan verdiepen in de oncologie. Omdat er in totaal ongeveer 250 AGIO's zijn en de opleidingsduur voor gynaecologie 6 jaar bedraagt, zou dit betekenen dat er per jaar ongeveer 4 á 5 AGIO's met belangstelling voor specialisatie in de oncologie beschikbaar komen vanuit de 'initiële' opleiding tot gynaecoloog. Het is echter niet duidelijk of zij bij hun wens voor specialisatie een volledig twee-jarig opleidingstraject als fellow oncologie voor ogen hebben. Het is wel gebleken dat van degenen die hebben aangegeven zich te willen specialiseren in de oncologie, ongeveer de helft zich uiteindelijk het liefst in een niet-academische setting wil vestigen.

4.3 Werktijd per oncologisch gynaecoloog

4.3.1 Aantal dagdelen

In tabel 4.4 is te zien dat de mannelijke oncologisch gynaecologen in 2001 gemiddeld 9,6 dagdelen per week werken en de vrouwelijke oncologisch gynaecologen 9,0 dagdelen. Bij de fellows is te zien dat zowel de mannen als de vrouwen 10 dagdelen per week werken.
De wensen van de oncologisch gynaecologen en de fellows omtrent het aantal dagdelen per week staan eveneens vermeld in tabel 4.4. In vergelijking met de feitelijke omvang van het aantal dagdelen blijkt men gemiddeld liever minder dagdelen te willen gaan werken: de mannelijke oncologen 0,8 dagdeel minder (namelijk 8,8 in plaats van 9,6) en de vrouwen 1,1 dagdeel minder (namelijk 7,9 in plaats van 9,0). De mannelijke fellows willen gemiddeld het liefst 9 dagdelen gaan werken en de vrouwen 8 dagdelen. Voor de gehele groep van gynaecologen geldt zij gemiddeld 8,5 dagdelen willen gaan werken in plaats van 9,5 dagdelen per week.

Tabel 4.4: Feitelijke en gewenste aantal dagdelen per week van de responderende oncologisch gynaecologen en fellows naar geslacht

	Oncologen		Fellows		Totaal	
	Feitelijk n=28	Gewenst n=28	Feitelijk n=5	Gewenst n=5	Feitelijk n=33	Gewenst n=33
mannen	9,6	8,8	10,0	9,0	9,7	8,8
vrouwen	9,0	7,9	10,0	8,0	9,3	7,9
Totaal	9,5	8,5	10,0	8,4	9,5	8,5

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor oncologisch gynaecologen, 2001

In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om voor de situatie in 2010 en 2015 in drie scenario's uit te gaan van de door de respondenten uitgesproken wens voor wat betreft het aantal dagdelen per week. Voor de prognose is dus in drie van de vier scenario's uitgegaan van een daling tot 8,5 dagdelen per week.
Om een daling van 9,5 dagdelen per week naar 8,5 dagdelen op te vangen, zijn in principe 11,8% meer oncologisch gynaecologen nodig (want (9,5-8,5) / 8,5 = 0,118).

4.3.2 Aantal uur per 10 dagdelen

De feitelijke en gewenste omvang van de werkweek in termen van het aantal uur per 10 dagdelen wordt vermeld in tabel 4.5. Gemiddeld blijken de oncologen feitelijk iets meer dan 51 uur per 10 dagdelen te werken en de fellows 53 uur. De mannelijke oncologen rapporteren daarbij een iets hoger gemiddelde dan de vrouwelijke oncologen. Bij de fellows is dit echter omgekeerd. De respondenten (inclusief fellows) blijken gemiddeld een voorkeur te hebben voor een teruggang naar 48 uur per week, met wederom voor de mannen een iets hoger gemiddelde dan voor de vrouwen.

Tabel 4.5: Feitelijke en gewenste aantal uur per 10 dagdelen van de responderende oncologisch gynaecologen en fellows naar geslacht

	Oncologen		Fellows		Totaal	
	Feitelijk n=23	Gewenst n=23	Feitelijk n=5	Gewenst n=5	Feitelijk n=28	Gewenst n=28
mannen	52,4	48,0	52,0	50,0	52,4	48,1
vrouwen	48,4	45,0	53,5	52,5	49,6	46,7
Totaal	51,2	47,1	53,0	51,7	51,4	47,6

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor oncologisch gynaecologen, 2001

In de behoefteraming is in overleg met de begeleidingscommissie in twee scenario's rekening gehouden met een realisering van de door de respondenten uitgesproken wens voor de arbeidstijd per 10 dagdelen. Voor het jaar 2010 en 2015 wordt dus in twee van de vier scenario's uitgegaan van een werkweek van bijna 48 uur per 10 dagdelen.
Om een daling van 51,4 uur per week per 10 dagdelen naar 47,6 uur op te vangen, zijn in principe 8,0% meer oncologisch gynaecologen nodig (want (51,4-47,6) / 47,6 = 0,080).

4.3.3 Aandeel niet-patiëntgebonden werktijd

De tijd die per arts beschikbaar is voor patiëntenzorg wordt niet alleen bepaald door de totale omvang van de werktijd (via het aantal dagdelen per week en het aantal uur per 10 dagdelen), maar tevens door de tijdsbesteding. De verdeling van de werktijd over patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten is daarbij de meest relevante maat. Er zijn namelijk een aantal ontwikkelingen die er voor kunnen zorgen dat artsen meer tijd per week moeten besteden aan zaken als management en nascholing, waardoor er minder tijd over blijft voor de patiëntenzorg. Door na te gaan of er in de toekomst verschuivingen zijn te verwachten in het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd, kan onafhankelijk van de ontwikkelingen in de omvang van de werktijd ook nog rekening gehouden worden met ontwikkelingen in de tijdsbesteding.

Tabel 4.6 geeft het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd van de respondenten. De oncologisch gynaecologen blijken ongeveer 32% van de tijd aan niet-patiëntgebonden werk te besteden.

Tabel 4.6: Tijd per activiteit (in uren per week) en aandeel patiënt- en niet-patiëntgebonden werktijd van de responderende oncologisch gynaecologen en fellows

	Oncologen n=28	Fellows n=5	Totaal n=33
Direct patiëntgebonden activiteiten			
Polikliniek	10,8	11,2	10,8
Kliniek	5,2	9,6	5,9
OK	8,7	14,2	9,5
Verloskamer	1,2	0,0	1,0
Subtotaal direct patiëntgebonden	25,9	35,0	27,2
Indirect patiëntgebonden activiteiten			
Intercollegiaal overleg	3,2	4,8	3,5
Correspondentie	2,5	2,8	2,5
Subtotaal indirect patiëntgebonden	5,7	7,6	6,0
Niet-patiëntgebonden activiteiten			
Onderwijs	3,0	2,6	3,0
Onderzoek	6,0	2,8	5,5
Literatuurstudie	2,4	2,0	2,3
Financiële administratie	0,4	0,0	0,3
Management	5,1	2,0	4,7
Subtotaal niet-patiëntgebonden	16,9	9,4	15,8
TOTAAL (=werktijd per week)	48,5	52,0	49,0
Aandeel direct én indirect patiëntgebonden activiteiten	*65,2%*	*81,9%*	*68,8%*
Aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten	*34,8%*	*18,1%*	*32,2%*

Bron: NIVEL/NVOG vragenlijst voor oncologisch gynaecologen, 2001

In de extra vragen voor de oncologen zijn nog enkele specifieke activiteiten geïnventariseerd. Het blijkt dat ongeveer de helft van de oncologen besprekingen houdt en operaties uitvoert 'op locatie', dat wil zeggen in een perifeer ziekenhuis. Aan de 'besprekingen op locatie' wordt door hen gemiddeld 1,5 uur per week besteed en aan de 'operaties op locatie' gemiddeld 2,5 per week. Door driekwart van de oncologen wordt gemiddeld 1,5 uur per week besteed aan telefonische (intercollegiale) consulten. Tenslotte melden vier van de respondenten dat zij 1 á 2 uur per week besteden aan zogeheten telefonische conferenties.

De tijd die aan deze specifieke activiteiten wordt besteed, is al meegenomen in het urenoverzicht van tabel 4.6.

Voor de behoefteraming is uitgegaan van een constanthouding van het aandeel niet-patiëntgebonden tijd.

4.3.4 Tijd per patiënt

Zoals in hoofdstuk 3 reeds werd vermeld, zijn er een aantal redenen om te veronderstellen dat de tijd die per patiënt gevraagd wordt, zal veranderen. Daarbij werd vermeld dat patiënten bijvoorbeeld mondiger worden en dat er daarom waarschijnlijk meer tijd per consult besteed zal moeten worden. Bij de tijd die per patiënt besteed wordt, gaat het echter niet alleen om de tijd die patiënten vragen, maar tevens om de tijd die obstetrici/gynaecologen ter beschikking stellen. De wensen van de beroepsgroep omtrent de ontwikkeling in de tijd per patiënt zijn daarom even zeer van belang als de wensen van de patiënten.
Aan het begin van 2001 wordt door de op dat moment werkzame oncologisch gynaecologen (inclusief de fellows) gemiddeld genomen 32 minuten werd besteed per eerste consult en 14 minuten per herhaalconsult. Gevraagd naar de tijd die men in principe noodzakelijk acht, geeft men aan dat een eerste oncologisch consult eigenlijk 38 minuten zou moeten duren en een herhaalconsult 15,5 minuten. Voor de eerste oncologische consulten gaat het dan om een groei in de tijd per consult van ongeveer 20% en bij de oncologische herhaalconsulten om een groei van 10% in de tijd per consult. Indien deze tijd per consult daadwerkelijk besteed zou worden, dan zouden er ongeveer 3% meer oncologisch gynaecologen moeten komen om toch dezelfde hoeveelheid patiënten te kunnen behandelen. Met een groei van 3% kan namelijk ongeveer 15% meer tijd besteed worden aan de poliklinische activiteiten. De poliklinische consulten vergen momenteel ongeveer 20% van de totale werktijd (15% van 20% = 3%). Dit aandeel van de polikliniek in de totale werktijd zou met een groei van 15% in de tijd per consult stijgen van 20% naar 23%.

4.4 Conclusie

Voor wat betreft het aanbod moet in eerste instantie rekening gehouden worden met een uitstroom van 10 oncologen tot 2010 en vervolgens nog een uitstroom van 9 oncologen in de periode van 2010 tot 2015. Als uitgegaan wordt van een instroom van 2,5 oncoloog per jaar, dan groeit het aantal oncologen van 32 in 2001 naar ongeveer 45 in 2010 en 48 in 2015. Inclusief de fellows, gaat het om een groei van 37 oncologisch gynaecologen in het jaar 2001 naar 50 in 2010 en 53 oncologisch gynaecologen in 2015.

Verder moet rekening gehouden worden met ontwikkelingen in de werktijd per arts en de tijdsbesteding. In onderstaande tabel is nog eens samengevat wat de benodigde groei is in het aantal oncologisch gynaecologen in verband met de veronderstelde ontwikkelingen in zowel het deeltijdwerken, de arbeidstijdnormalisering, het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten en de tijd per patiënt.

Tabel 4.7: Benodigde groei in het aantal oncologisch gynaecologen per aanbodfactor

daling werktijd van 9,5 naar 8,5 dagdelen per week	11,8%
daling werktijd van 51 naar 48 uur per 10 dagdelen	8,0%
toename niet-patiëntgebonden activiteiten (constant)	0,0%
toename tijdsbesteding per poliklinisch consult met 15%	3,0%

5 VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD IN 2010 EN 2015

5.1 Inleiding

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van oncologisch gynaecologen is een aantal scenario's uitgewerkt, waarbij de hiervoor in hoofdstuk 3 en 4 besproken factoren in verschillende combinaties zijn samengenomen. Getracht is om de factoren min of meer in volgorde van waarschijnlijkheid toe te voegen aan de verschillende scenario's. Daarbij wordt er steeds van uitgegaan dat de voorafgaande factoren hun invloed blijven houden.
In het eerste scenario wordt uitgegaan van het idee dat alleen de demografische ontwikkelingen een rol zullen spelen. Daarbij is in principe gekozen voor de middenvariant van de bevolkingsontwikkeling. In het tweede scenario is de gewenste daling in het aantal dagdelen per week toegevoegd aan de demografische ontwikkeling. In scenario 3 is de gewenste daling in aantal werkuren per fte toegevoegd. In scenario 4 is tenslotte nog rekening gehouden met een stijging van de tijd per consult.

Uitgangspunt bij de berekeningen is in eerste instantie het huidige aantal van 32 oncologen (exclusief fellows) in het jaar 2001, met hun huidige tijdsbestedingsgegevens (het feitelijke aantal dagdelen, het feitelijke aantal werkuren per 10 dagdelen en de feitelijke tijd per consult). Het enkel en alleen meetellen van reeds volledig opgeleide (sub)specialisten, is conform de standaardpraktijk voor het uitvoeren van behoefteramingen.
In tweede instantie is uitgegaan van een huidig aantal van 37 oncologen, dus inclusief de huidige 5 fellows. Deze berekening is uitgevoerd omdat de fellows mogelijk al een substantieel aandeel van de huidige zorg verlenen.

5.2 Scenario's

5.2.1 Berekeningen <u>exclusief</u> het huidige zorgaanbod van fellows

In tabel 5.1 is voor elk van de scenario's aangegeven hoeveel oncologisch gynaecologen er in totaal beschikbaar moeten zijn in 2010 en 2015, gegeven de betreffende combinatie van zorgvraag en verwerkingscapaciteit. Verder wordt vermeld wat de benodigde instroom per jaar in de opleiding moet zijn vanaf nu om vraag en aanbod in 2010 en 2015 in evenwicht te brengen.

Tabel 5.1: Uitkomsten scenario's, met 32 oncologen als uitgangspunt (exclusief fellows)

	Benodigde aantal oncologisch gynaecologen (exclusief fellows) **in 2010**	Benodigde instroom in de opleiding **vanaf 2001 t/m 2007**	Benodigde aantal oncologisch gynaecologen (exclusief fellows) **in 2015**	Benodigde instroom in de opleiding **vanaf 2008 t/m 2012**
Scenario 1 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)*	36	1,3 per jaar	38	2,2 per jaar
Scenario 2 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)*	40	1,9 per jaar	43	2,3 per jaar
Scenario 3 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)* - daling in uren per fte *(48 uur per week)*	43	2,3 per jaar	46	2,3 per jaar
Scenario 4 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)* - daling in uren per fte *(48 uur per week)* - toename tijdsbesteding per consult *(15%)*	45	2,5 per jaar	47	2,3 per jaar

Om, conform scenario 1, de op basis van de bevolkingsprognose verwachte groei van 12% in het aantal patiënten op te vangen, zijn in 2010 36 oncologisch gynaecologen nodig. Uitgangspunt hierbij was het aantal van 32 oncologen in het jaar 2001. Om in 2010 daadwerkelijk 36 oncologisch gynaecologen beschikbaar te hebben, moeten er vanaf 2001 tot en met het jaar 2007 gemiddeld 1,3 'fellows' per jaar met de subspecialisatie gaan starten. Met dat aantal kan zowel de 'uitbreidingsvraag' van 4 oncologen worden opgevangen, als de 'vervangingsvraag' van 10 van de huidige oncologen die in de komende negen jaar met pensioen zullen gaan. In totaal zijn er dus 14 nieuwe oncologen nodig in 2010. Momenteel zijn er echter al 5 'fellows' bezig met de opleiding. In de komende periode hoeven er in totaal dus maar 9 nieuwe 'fellows' toegelaten te worden tot de opleiding om in totaal 14 nieuwe oncologen ter beschikking te krijgen in het jaar 2010. Daarbij geldt dat, gegeven de opleidingsduur van twee jaar, alleen degenen die uiterlijk aan het eind van het jaar 2007 met de subspecialisatie starten deze ook nog af kunnen ronden voor 1 januari 2010. De groep van 9 nieuwe 'fellows' moet dus in 7 jaar opgeleid worden, wat neer komt op gemiddeld (bijna) 1,3 per jaar.

Indien, conform scenario 4, in het jaar 2010 niet alleen rekening gehouden wordt met de groei van 12% in het aantal patiënten, maar tevens met een daling in het aantal dagdelen per week van 9,5 naar 8,5, een daling in het aantal uur per week per 10 dagdelen van 51,4 naar 47,6 én een toename van de tijd per poliklinisch consult van 15%, dan moeten er in 2010 in 45 oncologen ter beschikking zijn. Om daadwerkelijk 43 oncologen ter beschikking te krijgen in 2010, moeten er vanaf nu 2,5 'fellows' per jaar met de subspecialisatie starten. Voor het berekenen van de benodigde instroom is daarbij net als voor scenario 1 rekening gehouden met een uitstroom van 10 van de huidige 32 oncologen en een aantal van 5 'fellows' dat nu reeds met de opleiding bezig is.

Voor het bewerkstelligen van een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2015, moet ongeacht het scenario een instroom van in totaal 12 'fellows' worden gerealiseerd in de vijf jaren vanaf 2008 tot en met 2012. Dit komt neer op een instroom van gemiddeld ongeveer 2,3 'fellows' per jaar.

5.2.2 Berekeningen inclusief het huidige zorgaanbod van fellows

In tabel 5.2 staan de uitkomsten van de berekeningen indien voor het huidige zorgaanbod wordt uitgegaan van zowel de 32 oncologen als de 5 fellows.

Tabel 5.2: Uitkomsten scenario's, met 37 oncologen als uitgangspunt (inclusief fellows)

	Benodigde aantal oncologisch gynaecologen (inclusief fellows) **in 2010**	Benodigde instroom in de opleiding **vanaf 2001 t/m 2009**	Benodigde aantal oncologisch gynaecologen (inclusief fellows) **in 2015**	Benodigde instroom in de opleiding **vanaf 2010 t/m 2014**
Scenario 1 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)*	42	1,6 per jaar	44	2,3 per jaar
Scenario 2 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)*	46	2,2 per jaar	49	2,4 per jaar
Scenario 3 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)* - daling in uren per fte *(48 uur per week)*	50	2,6 per jaar	53	2,4 per jaar
Scenario 4 - demografische ontwikkelingen *(middenvariant)* - daling dagdelen per week *(8,6 dagdeel per week)* - daling in uren per fte *(48 uur per week)* - toename tijdsbesteding per consult *(15%)*	52	2,7 per jaar	55	2,4 per jaar

Het totaal aantal 'oncologen' dat in elk van de twee prognosejaren nodig is volgens tabel 5.2, is steeds 6 á 7 hoger dan het geval was bij tabel 5.1. Dit heeft in principe van doen met het feit dat in tabel 5.2 uitgegaan wordt van 37 oncologen in het basisjaar, terwijl in tabel 5.1 is uitgegaan van een aantal van 32 oncologen in het basisjaar.
De benodigde instroom per jaar voor het prognosejaar 2010 volgens tabel 5.2, is steeds 0,2 á 0,3 hoger dan het geval was in tabel 5.1. De benodigde instroom voor het jaar 2015 is echter voor beide berekeningswijzen vrijwel aan elkaar gelijk.

Kortom, het al dan niet meetellen van de huidige fellows in de berekeningen, maakt voor de benodigde instroom relatief weinig uit. In beide berekeningswijzen is een instroom van gemiddeld 1,5 fellow per jaar (dus afwisselend 1 en 2) voldoende om de demografische ontwikkelingen volgens scenario 1 op te vangen. Voor scenario 4 gaat het eerder om een benodigde instroom van gemiddeld 2,5 per jaar.

5.3 Nabeschouwing

De bovenstaande resultaten kunnen van een aantal kanttekeningen worden voorzien.

Het eerste type kanttekening betreft het feit dat het hier om een kleine beroepsgroep gaat, waardoor toevalsfluctuaties in principe een relatief grotere invloed hebben dan bij omvangrijkere beroepsgroepen het geval is. Tevens geldt dat niet alle aangeschreven specialisten hun vragenlijst hebben geretourneerd.

Ten tweede is de omvang van de huidige zorgvraag in principe gelijk gesteld aan het huidige zorgaanbod. Er kan echter sprake zijn van aansluitingsproblemen in de zin van een overschot of een tekort aan zorg.
Onze inschatting is dat er op dit moment waarschijnlijk geen sprake is van een grote onvervulde zorgvraag. Voor zover de oncologische afdelingen gegevens over wachttijden hebben verstrekt, blijkt dat de wachttijd voor een eerste consult in het algemeen minder dan 2 weken is en de wachttijd voor opname minder dan 3 weken. Deze gegevens duiden dus niet op een groot structureel tekort aan capaciteit. De aard van de aandoeningen waar oncologisch gynaecologen mee geconfronteerd worden, verhindert waarschijnlijk dat er lange wachtlijsten zullen ontstaan. Dit betekent dat een relatief grote zorgvraag ten opzichte van het zorgaanbod eerder zal leiden tot een te hoge werkdruk van de oncologisch gynaecologen (men maakt meer uren dan men zou willen) dan dat het zal leiden tot lange wachtlijsten.
Er zijn door de responderende afdelingen in totaal 3 vacatures voor in totaal 2,4 FTE gemeld. Dit gegeven laat op zich zelf zien dat er op dit moment eerder sprake is van een tekort dan van een overschot aan capaciteit. In het kader van het onderzoek kon verder niet expliciet gekeken worden naar indicatoren voor een huidig overschot aan zorg. Er is bijvoorbeeld niet gekeken of er op dit moment sprake is van een arbeidsreserve van oncologen. Ook is niet gekeken of er oncologen zijn die door een gebrek aan vacatures gedwongen zijn geweest om naar het buitenland uit te wijken.
Voor zover er aansluitingsproblemen zijn, lijkt het met name te gaan om het meer werken dan men graag zou willen. Er lijkt derhalve sprake van een huidig tekort, maar dit uit zich niet in een groot aantal vacatures of in een groot aantal patiënten dat niet of niet snel genoeg behandeld kan worden.

Tenslotte lijkt het van belang dat bij een opleidingscapaciteit van in totaal 5 fellows (een instroom van gemiddeld 2,5 per jaar), het aantal opleidingsinstellingen beperkt zou moeten worden tot maximaal 3 centra. Dit om de kwaliteit van de opleiding te kunnen garanderen.

LITERATUUR

Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1998, 1999, 2000. Den Haag, CBS, 1999, 2000, 2001.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingscijfers 1994, 1995, 1996, 2000. Den Haag, CBS, 1994, 1995, 1996, 2000.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2000. Den Haag, CBS, 2001.

Hingstman L., J. Pool en R. Barentsen. Behoeftebepaling gynaecologen/obstetrici. Utrecht, Nivel, 1992.

Hingstman, L., Pool, J.B., Barentsen, R. Behoefteraming voor gynaecologen/obstetrici tot het jaar 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1994 138 (19) p. 969- 973.

Hingstman, L., Harmsen, J., Holl, R.A. Behoefteraming kinderartsen, 1995- 2005. Utrecht, Nivel, 1996.

Hingstman, L., Velden, L.F.J. van der. Behoefteraming kinderartsen, 1997- 2010. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden, L. van der, Hingstman, L., Harmsen, J. Behoefteraming reumatologen 1997- 2010. Utrecht, Nivel, 1997.

Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L., Ridder, M. Behoefteraming orthopaeden 1997- 2010. Utrecht, Nivel, 1997.

Velden, L.F.J. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L. Behoefteraming klinisch genetici, 1997- 2010. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden, L.F.J. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L. Behoefteraming dermatologen, 1998-2010. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden, L.F.J. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L. Behoefteraming neurologen en klinisch neurofysiologen 1997- 2010. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden L.F.J. van der, Calsbeek H., Hingstman L. Behoefteraming radiologen 1998-2010. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden L.F.J. van der, Meulen D.M. van der, Hingstman L. Werklastmeting radiologen. Utrecht, Nivel, 1998.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Groenewegen PP. Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg: Knelpunten en oplossingen. Zoetermeer, RVZ, 1999.

Velden L.F.J van der, Hingstman L., Harteveld H.M. . Monitoring arbeidsmarkt voor longartsen 1999-2010. Utrecht, Nivel, 1999.

Velden L.F.J van der Hingstman L.. Behoefteraming plastisch chirurgen 1998-2010. Utrecht, Nivel, 1999.

Velden L.F.J van der, Hingstman L.. Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010; een tussenbalans. Utrecht, Nivel, 1999.

Velden L.F.J. van der, Hingstman L. Behoefteraming KNO-artsen 1999-2010. Utrecht, Nivel, 2000.

Vereniging van Integrale Kankercentra. Gynaecological tumours in the Netherlands 1989-1993. Utrecht, VvIK, z.j.

Visser O., Schouten L.J., Elbertse B.J.J. Feiten en Fabels over kanker in Nederland. Utrecht, VvIK, 2001.

WOG. Notitie oncologie 2000-I Organisatie van de gynaecologische oncologie, 2000.

WOG. Notitie oncologie 2000-II Structuur van oncologische zorg IKW-regio, 2000.