BEHOEFTERAMING PLASTISCH CHIRURGEN

1998 - 2010

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

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Juli 1999

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700

Behoefteraming plastisch chirurgen 1998-2010 / L.F.J. van der Velden, L. Hingstman
Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-430-2
Trefw.: arbeidsmarkt; plastisch chirurgen; 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.

VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC). Voor de begeleiding van het onderzoek is, vanuit de NVPC, een commissie in het leven geroepen, waarin de volgende personen waren vertegenwoordigd:

- dr. H.P. de Bruijn
- S.J.M. Wijthoff
- prof. dr. P.H.M. Spauwen

Utrecht, juli 1999

INHOUD

pag.

1. INLEIDING 7

2. GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN 9
   2.1. Bestaande gegevensbronnen 9
   2.2. Schriftelijke enquêtes 9

3. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN PLASTISCH CHIRURGEN 13
   3.1. Inleiding 13
   3.2. Vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen 13
   3.2.1. Huidige vraag naar zorg 14
   3.2.2. Toekomstige vraag naar zorg 18
   3.3. Verwerkingscapaciteit 25
   3.3.1. Omvang van de werkzaamheden 25
   3.3.2 Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd 33
   3.3.3. Gemiddelde tijd van consulten 35
   3.4. Geschatte behoefte aan plastisch chirurgen 36
   3.4.1. Geschatte behoefte op korte termijn 36
   3.4.2. Geschatte behoefte op lange termijn 37

4. HET AANTAL BESCHIKBARE PLASTISCH CHIRURGEN 39
   4.1. Inleiding 39
   4.2. Ontwikkeling aantal plastisch chirurgen tot nu toe 39
   4.3. Beschrijving huidige plastisch chirurgen 40
   4.4. De te verwachten uitstroom tot 2010 42
   4.4.1. Natuurlijk verloop 43
   4.4.2. Niet-natuurlijk verloop 43
   4.5. Ontwikkeling aantal plastisch chirurgen in opleiding tot nu toe 43
   4.6. Beschrijving huidige plastisch chirurgen in opleiding 44
   4.7. De te verwachten instroom tot 2010 46
   4.8. Raming van het minimum aantal beschikbare plastisch chirurgen 47

5. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD 49

6. SLOTBESCHOUWING 51

7. SAMENVATTING 55

BRONNEN 61

BIJLAGEN 63

1 INLEIDING

De plastische chirurgie is vanaf 1950 een erkend specialisme. Vanaf die tijd is het aantal plastisch chirurgen gestaag toegenomen tot 144 op het einde van 1998. Het aantal opleidingsplaatsen is in de afgelopen 10 jaar met meer dan 50% toegenomen. Binnen de beroepsgroep van plastisch chirurgen staat de vraag centraal of de te verwachten vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de plastische chirurgie de huidige omvang van de opleidingscapaciteit rechtvaardigt (NVPC, 1994). In dit verband bestaat er in de eerste plaats onzekerheid omtrent de gevolgen van de demografische ontwikkelingen (vergrijzing) op de zorgvraag. Andere 'vraagontwikkelingen' die de aandacht verdienen zijn ontwikkelingen op het medisch-technisch vlak, epidemiologische ontwikkelingen en met name de beleidsmatige ontwikkelingen, zoals kostenbeheersing, een eventueel toekomstig dienstverband, de ontwikkeling van intra- en extra-budgettaire gezondheidszorg, implementatie van plastisch chirurgische zorg in alle Nederlandse ziekenhuizen en de ontwikkelingen rond privéklinieken.
Ook veranderingen in het aanbod van plastisch chirurgen vragen de aandacht van de beroepsgroep. Hierbij kan in de eerste plaats gedacht worden aan de gevolgen van de invoering van het Werktijdenbesluit arts-assistenten (werkweek van inmiddels maximaal 46 uur). Niet alleen de totaal verleende zorg neemt daardoor af, tevens is het de vraag of deze AGIO's in de toekomst nog wel lange werkweken zullen ambiëren. In de tweede plaats zien we dat het aantal artsen dat in deeltijd gaat werken nog steeds toeneemt (Heiligers e.a., 1997). Een ontwikkeling die daar zeker aan bijdraagt is het toenemend aantal vrouwelijke artsen (Wiegers e.a., 1997). Het is de vraag of deze ontwikkeling zich ook voordoet binnen de beroepsgroep plastisch chirurgen en in hoeverre dit van invloed zal zijn op het toekomstig aanbod van plastisch chirurgen.
Bovengenoemde ontwikkelingen waren voor de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) aanleiding een behoefteramingsstudie uit te voeren, waarbij enerzijds gekeken wordt hoe de toekomstige vraag naar plastisch chirurgische zorg zich in de toekomst zal ontwikkelen en anderzijds naar de ontwikkeling in het toekomstig aanbod van plastisch chirurgen. Op basis hiervan kan een onderbouwing gegeven worden aan het beleid ten aanzien van de opleidingscapaciteit voor plastisch chirurgen. Dit is mede van belang in verband met het landelijk op te richten capaciteitsorgaan, dat voor alle medische en tandheelkundige vervolgopleidingen moet gaan adviseren over de opleidingscapaciteit.

De opzet van deze studie is in hoofdlijnen afgeleid van andere behoefteramingsstudies van het NIVEL (Hingstman en Pool, 1992; Harmsen e.a., 1993; Hingstman e.a., 1994, Hingstman e.a., 1996; Harmsen e.a., 1996; Van der Velden e.a., 1997a, 1997b, 1997c). Dit betekent dat allereerst gekeken wordt naar de huidige en de te verwachten vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen (hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk worden de verschillende factoren die deze vraag beïnvloeden, vertaald in het benodigd aantal plastisch chirurgen om aan de verwachte vraag te kunnen voldoen. Na bepaling van de toekomstige vraag naar plastisch chirurgen wordt vervolgens in hoofdstuk 4 aangegeven welke ontwikkelingen verwacht kunnen worden met betrekking tot het aanbod van plastisch chirurgen. Aan de hand van deze ontwikkelingen wordt bepaald hoe het aanbod zich qua aantal en samenstelling in de toekomst zal gaan ontwikkelen. In hoofdstuk 5 zal de toekomstige vraag naar plastisch chirurgen worden vergeleken

met het toekomstig aanbod van plastisch chirurgen. Op basis van deze vergelijking wordt een aantal scenario's opgesteld die aangeven hoeveel plastisch chirurgen er tot het prognosejaar 2010 opgeleid moeten worden om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Tenslotte worden de belangrijkste conclusies in een slotbeschouwing (hoofdstuk 6) samengevat.
Alvorens met de uitwerking van vraag en aanbod te beginnen, wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de wijze van gegevensverzameling en de gehanteerde methode.

2 GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN

Voor de uitvoering van deze studie is gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen. In de eerste plaats zijn, voorzover mogelijk, gegevens afgeleid van bestaande informatiebronnen. Deze gegevens zijn gebruikt voor het inzichtelijk maken van enerzijds de vraag naar plastische-chirurgische zorg (hoofdstuk 3), anderzijds voor het in kaart brengen van het aanbod van plastisch chirurgen (hoofdstuk 4). In de tweede plaats is een schriftelijke enquête gehouden onder alle in Nederland werkzame plastisch chirurgen en onder alle AGIO's plastische chirurgie. De gegevens uit deze enquête zijn vooral gebruikt voor het in kaart brengen van de verwerkingscapaciteit (hoofdstuk 3) en het aanbod (hoofdstuk 4). Tenslotte is een schriftelijke enquête gehouden onder alle afdelingen plastische chirurgie met als doel op instellingsniveau zicht te krijgen op het zorgaanbod. Bovengenoemde gegevensverzamelingen zullen hieronder in het kort worden toegelicht.

2.1 Bestaande gegevensbronnen

Er is gebruik gemaakt van een aantal bestaande gegevensbronnen, te weten de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (zie paragraaf 3.2.2 en bijlage 1a en 1b) en het Polikliniek Informatie Systeem (POLIS) en de Landelijke Medische Registratie (LMR), beide van SIG Zorginformatie (zie paragraaf 3.2.1 en bijlage 2).
Voor het in kaart brengen van de toekomstige vraag naar plastisch-chirurgische zorg is eerst gekeken naar de huidige aantallen patiëntcontacten van plastisch chirurgen, uitgesplitst naar type patiëntcontact en de leeftijdscategorie van de patiënten. Deze 'productie'-gegevens zijn deels verkregen uit schriftelijke enquêtes (zie paragraaf 2.2) en deels uit POLIS en de LMR.
Deze gegevens zijn vervolgens per type patiëntcontact omgerekend naar het totale tijdsbeslag dat gepaard gaat met deze patiëntcontacten. Hiertoe is gebruikgemaakt van de gemiddelde tijd die per patiënt en per type patiëntcontact wordt besteed, dat met behulp van de NIVEL/NVPC-enquête onder plastisch chirurgen is verzameld. Per type patiëntcontact is het totaal aantal contacten vermenigvuldigd met het gemiddelde tijdsbeslag. Zodoende kan de totale huidige vraag (totale tijdsbeslag in uren) naar plastisch-chirurgische zorg per type patiëntcontact inzichtelijk worden gemaakt. Vervolgens zijn prognoses gemaakt omtrent de groei van het totaal aantal patiëntgebonden uren (productie) op basis van bijvoorbeeld de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. Gegevens hierover zijn verkregen uit de bevolkingsprognoses van het CBS. Een uitgebreidere beschrijving van de methode voor het berekenen van de toekomstige zorgvraag is te vinden in hoofdstuk 3.

2.2 Schriftelijke enquêtes

Om een compleet overzicht te krijgen van het aanbod van plastisch chirurgen is ervoor gekozen om alle werkzame plastisch chirurgen in Nederland schriftelijk te enquêteren.

In de vragenlijst is vooral aandacht besteed aan de huidige werkzaamheden. Daarnaast is een aantal vragen gesteld over toekomstwensen.
Naast gegevens over de werkzame plastisch chirurgen is het voor het uitvoeren van een behoefteramingsstudie van groot belang om aanbodgegevens op te nemen over de plastisch chirurgen die in opleiding zijn (AGIO's). Derhalve is ook aan alle AGIO's plastische chirurgie een vragenlijst gestuurd met een enigszins vergelijkbare inhoud als die voor werkzame plastisch chirurgen.
Om tenslotte ook op instellingsniveau inzicht te krijgen in de vraag naar en het aanbod van plastisch chirurgen is een enquête afgenomen onder alle afdelingen plastische chirurgie. In deze vragenlijst wordt met name ingegaan op het aantal werkzame personen, het aantal vacatures en de productie van een afdeling.

Procedure en respons

Eind 1998 zijn in totaal 227 enquêtes verstuurd. Uitgangspunt was het adressenbestand van de NVPC. Aanvullende informatie werd verkregen met behulp van het Medisch Adressenboek (1998/1999). Van de 227 enquêtes zijn er 144 verstuurd naar alle bij de NVPC bekende, 'niet-rustende' plastisch chirurgen, 33 naar alle AGIO's/AGIKO's plastische chirurgie en 50 naar alle maatschappen plastische chirurgie in ziekenhuizen (zie tabel 2.1).
Vijf weken na verzending bedroeg de totale respons ongeveer 40%. Daarop is iedereen die nog niet had gereageerd schriftelijk benaderd met het verzoek alsnog de enquête in te vullen en te retourneren. Na vier weken is een tweede reminder gestuurd. De respons bedroeg op dat moment ruim 55%. Een derde reminder heeft de respons uiteindelijk (na in totaal 15 weken) doen toenemen naar 72% voor de plastisch chirurgen, 82% voor de AGIO's en 56% voor de afdelingen plastische chirurgie. Specifiek voor de afdelingen is vervolgens nog een extra inspanning geleverd om de respons te verhogen. Hiertoe zijn de niet-responderende afdelingen telefonisch benaderd door een lid van de begeleidingscommissie en is aan elk een vierde rappel-brief met vragenlijst toegestuurd. De respons bedroeg uiteindelijk 72%.

Tabel 2.1: Overzicht van de respons op individueel niveau

	Aange-schreven	Respons	
		abs	%
Plastisch chirurgen			
- in een academisch ziekenhuis	27	19	70,4%
- in een academisch én een algemeen ziekenhuis	15	9	60,0%
- in een algemeen ziekenhuis	71	50	70,4%
- in een algemeen ziekenhuis én een privékliniek	22	20	90,9%
- in een privékliniek	4	2	50,0%
- in een academisch ziekenhuis én een privékliniek	5	4	80,0%
Totaal (werkzame plastisch chirurgen)	144	104	72,2%
AGIO's/AGIKO's			
- bezig met de vooropleiding heelkunde	17	13	72,2
- bezig met de vervolgopleiding plastische chirurgie	16	14	87,5
Totaal (plastisch chirurgen in opleiding)	33	27	81,8
Maatschappen			
- academisch ziekenhuis	8	7	87,5
- algemeen ziekenhuis	42	29	69,0
Totaal (maatschappen plastische chirurgie)	50	36	72,0

Representativiteit

Alhoewel sprake is van een hoge respons, is toch gekeken of de groep responderenden een goede afspiegeling is van de totale populaties van (assistent) plastisch chirurgen en afdelingen plastische chirurgie. In tabel 2.2 is daartoe voor drie kenmerken (geslacht, leeftijd en werkveld) weergegeven hoe de responderende (werkzame) plastisch chirurgen ten opzichte van de totale (werkzame) populatie verdeeld zijn.

Tabel 2.2: Vergelijking responderende plastisch chirurgen op geslacht en leeftijd en werkveld

	Responderende plastisch chirurgen		Populatie van plastisch chirurgen	
	abs	%	abs	%
Geslacht				
Mannen	93	89,4	127	88,2
Vrouwen	11	10,6	17	11,8
Totaal	104	100,0	144	100,0
Leeftijd				
31-40 jaar	25	24,0	36	25,0
41-50 jaar	39	37,5	53	36,8
> 51 jaar	40	38,5	55	38,2
Totaal	104	100,0	144	100,0
Werkveld				
Academisch ziekenhuis	19	18,3	27	18,8
Algemeen ziekenhuis	50	48,1	71	49,3
Privékliniek	2	1,9	4	2,7
Combinatie	33	31,7	42	29,2
Totaal	104	100,0	144	100,0

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat de verdeling van de respondenten over de twee persoonskenmerken en het werkveld nauwelijks afwijkt van die voor de totale populatie van plastisch chirurgen.

Ook voor de AGIO's is nagegaan hoe de verdeling van de respondenten en de populatie is naar geslacht en leeftijd. Voor beide achterliggende kenmerken geldt dat de verdeling van de respondenten en de totale populatie sterk op elkaar lijken.

Tabel 2.3: Vergelijking responderende AGIO's en AGIO-populatie op geslacht en leeftijd

	Responderende AGIO's		Populatie van AGIO's	
	abs	%	abs	%
Geslacht				
Mannen	24	88,9	27	81,8
Vrouwen	3	11,1	6	18,2
Totaal	27	100,0	33	100,0
Leeftijd				
< 31 jaar	1	3,7	2	6,1
31-35 jaar	23	85,2	27	81,8
36-40 jaar	3	11,1	4	12,1
Totaal	27	100,0	33	100,0

Op basis van bovengenoemde non-responsanalyses en het feit dat het een populatieonderzoek betreft (waarbij de respons hoog is) kunnen de uitkomsten als representatief worden beschouwd.

3 TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN PLASTISCH CHIRURGEN

3.1 Inleiding

Ter bepaling van de toekomstige behoefte aan plastisch chirurgen is een beproefd model gehanteerd waarvan de basis is afgeleid uit het Eindadvies van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (WVC, 1985). In dit basismodel worden de volgende componenten onderscheiden:

$$P_t = \frac{V_t}{C_t}$$

waarbij:
P_t = het benodigde aantal plastisch chirurgen op tijdstip t
V_t = de vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen, op tijdstip t
C_t = de gemiddelde 'verwerkingscapaciteit' van een plastisch chirurg op tijdstip t

De vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen kan worden uitgedrukt in het totale tijdsbeslag (in uren per jaar) dat patiënten aan zorgverlening door plastisch chirurgen vragen. De 'verwerkingscapaciteit' van plastisch chirurgen kan worden uitgedrukt in de totale tijd (wederom in uren per jaar) die een gemiddelde plastisch chirurg voor patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten ter beschikking heeft. Beide componenten zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

In dit onderzoek wordt in eerste instantie uitgegaan van het idee dat de huidige vraag naar en het huidige aanbod van plastisch chirurgische zorg 'optimaal' op elkaar aansluiten. Het gaat daarbij om een 'optimale' aansluiting gegeven de beschikbare financiële middelen en de stand van zaken betreffende bijvoorbeeld de beschikbare medische kennis en vaardigheden van de diverse zorgverleners. Aangezien het echter duidelijk is dat, gelet op de wachtlijsten, er momenteel een onbeantwoorde vraag naar plastisch chirurgische zorg bestaat, zal in een deel van de scenario's ook rekening gehouden worden met het huidige tekort aan plastisch chirurgische zorgaanbod.

3.2 Vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen

Op basis van dezelfde argumenten die in het Eindadvies van de ABA-commissie zijn genoemd (WVC, 1985), wordt in deze studie van het standpunt uitgegaan dat voor een schatting van de toekomstige behoefte aan plastisch chirurgen vooral de feitelijke vraag, ofwel het feitelijk gebruik dat de bevolking maakt van zorg verleend door plastisch chirurgen, van belang is. Bij de feitelijke vraag moeten zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten betrokken worden. De patiëntgebonden activiteiten zullen hieronder in de subparagrafen 3.2.1 en 3.2.2 worden geoperationaliseerd. De niet-patiëntgebonden activiteiten worden geoperationaliseerd in paragraaf 3.3, waarin uitgebreid wordt ingegaan op de 'verwerkingscapaciteit' van een plastisch chirurg.

Voor de operationalisatie van de patiëntgebonden activiteiten is gekozen voor het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt. In paragraaf 3.2.2 zal een aantal ontwikkelingen worden besproken dat van invloed kan zijn op het toekomstig (patiëntgebonden) tijdsbeslag.
Hierbij worden de volgende ontwikkelingen onderscheiden:
- demografische ontwikkelingen;
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- beleidsmatige ontwikkelingen;
- vakinhoudelijke ontwikkelingen.

3.2.1 Huidige vraag naar zorg

Voor het bepalen van het totale huidige tijdsbeslag aan direct patiëntgebonden activiteiten is gebruikgemaakt van gegevens van SIG-Zorginformatie (voor wat betreft de leeftijdsverdelingen van de poliklinische en klinische patiënten van plastisch chirurgen) en gegevens uit de NIVEL/NVPC-enquête onder alle afdelingen plastische chirurgie en alle werkzame plastisch chirurgen (voor wat betreft het totale aantal patiënten en de gemiddelde tijd per patiënt). Er wordt de volgende indeling van typen patiënten (c.q. 'medische productie'-categorieën) aangehouden:
- poliklinische patiënten (oftewel het aantal eerste poliklinische consulten);
- klinische patiënten (oftewel het aantal klinische opnamen);
- patiënten in dagbehandeling (oftewel het aantal dagopnamen).

In principe hebben plastisch chirurgen overigens ook nog contacten met niet door hen zelf opgenomen klinische patiënten. Dit betreft dus contacten met patiënten die door andere disciplines zijn opgenomen. Het gaat daarbij om klinische consulten (ook wel intercollegiale consulten genoemd) en medebehandelingen. Deze zijn echter gering in aantal en zullen daarom verder niet in de analyses meegenomen worden.

Aantal patiënten

In tabel 3.1 zijn per type patiënt over het jaar 1998 de absolute aantallen patiënt weergegeven. Deze 'productiecijfers' zijn uitgesplitst naar type instelling (academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en privéklinieken). Deze gegevens zijn deels afkomstig van de NIVEL/NVPC-enquête onder plastisch chirurgen, waarbij gevraagd is een opgave te doen van de aantallen patiënten. Voor wat betreft de aantal klinische opnamen en dagopnamen in de academische en algemene ziekenhuizen is tevens gebruik gemaakt van cijfers uit de Landelijke Medische Registratie van SIG-Zorginformatie.

Tabel 3.1: Totaal aantal patiënten van plastisch chirurgen, naar werkveld, in 1998

Type patiënt	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Totaal
Aantal poliklinische patiënten	15.000	97.500	7.000	129.500
Aantal klinische patiënten	5.500	20.000	-	25.500
Aantal patiënten in dagbehandeling	2.750	25.000	4.750	31.500

Tijd per patiënt

Om de productiecijfers om te zetten in het totale tijdsbeslag dient inzicht te worden verkregen in het gemiddelde tijdsbeslag per patiënt. Hiertoe is wederom gebruikgemaakt van gegevens uit de NIVEL/NVPC-enquête. Het gemiddelde tijdsbeslag per patiënt staat vermeld in tabel 3.2.

Voor de berekeningen van de tijd die gepaard gaan met de 'poliklinische patiënten', is uitgegaan van zowel de tijd die besteed wordt aan eerste consulten, als de tijd die besteed wordt aan herhaalconsulten en poliklinische verrichtingen. Op een vergelijkbare wijze is ook voor de 'klinische patiënten' gekozen voor het toerekenen van zowel de tijd voor de opname (de 'intake'), als de tijd voor de verpleegdagen en de klinische verrichtingen aan de opgenomen patiënten. Bij de dagbehandelingen gaat het om de tijd voor de verrichting plus de contacten daaromheen. Overigens is voor het berekenen van het gemiddelde tijdsbeslag per type patiënt rekening gehouden met het feit dat specialisten die relatief veel patiëntcontacten per week hebben, in het algemeen ook een geringer aantal minuten per patiënt besteden.

Tabel 3.2: Tijdsbeslag in minuten per patiënt van plastisch chirurgen, naar werkveld, in 1998

Type patiëntcontact	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Totaal
Aantal minuten per poliklinische patiënt	82	38	77	42
Aantal minuten per klinische patiënt	327	144	-	184
Aantal minuten per dagbehandeling	104	65	104	76

Een klinische opname blijkt de activiteit te zijn die het meest 'tijdrovend' is. Aan dit type activiteit wordt per patiënt gemiddeld 184 minuten besteed. Bij de academische ziekenhuizen is dit overigens 327 minuten, terwijl het in de algemene ziekenhuizen 144 minuten is. Deze verschillen kunnen slechts in geringe mate te maken hebben met verschillen in de gemiddelde verpleegduur per klinische opname. In de academische ziekenhuizen bedraagt de gemiddelde verpleegduur ongeveer 5,5 dag en in de algemene ziekenhuizen 4,5 dag. De verschillen tussen de academische en de algemene ziekenhuizen zullen waarschijnlijk eerder samen hangen met de complexiteit van de klinische verrichtingen, die in de academische ziekenhuizen groter is. In de privéklinieken worden overigens in principe alleen dagopnamen gedaan.

Een patiënt in dagbehandeling kost gemiddeld 76 minuten. Hierbij is wederom een verschil te zien tussen de academische en de algemene ziekenhuizen: 104 minuten per dagopname in de academische ziekenhuizen tegenover 65 minuten in de algemene ziekenhuizen. De tijd die in de privéklinieken per dagopname wordt besteed, is vrijwel gelijk aan de tijd die in de academische ziekenhuizen wordt besteed: 104 minuten.

Voor de poliklinische patiënten blijkt dat er per patiënt gemiddeld 42 minuten besteed wordt. In de algemene ziekenhuizen is dit 38 minuten, terwijl het in de academische ziekenhuizen gaat om 82 minuten en in de privéklinieken wordt 77 minuten per poliklinische patiënt besteed. De verschillen in tijd per poliklinische patiënt kunnen niet verklaard worden door een verschil in de zogeheten 'herhaalfactor', dat wil zeggen het gemiddelde aantal herhaalconsulten per eerste consult. De herhaalfactor verschilt namelijk slechts in geringe mate tussen de werkvelden: respectievelijk 2,8, 2,4 en 2,7 voor de academische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en de privéklinieken.

Een verschil in tijd per poliklinische patiënt zou eventueel ook veroorzaakt kunnen worden door een verschil in het gemiddelde aantal poliklinische verrichtingen per eerste consult. Het is echter niet bekend hoe groot deze zogeheten 'poliklinische verrichtingen'-factor per werkveld is. De verschillen tussen de academische en de algemene ziekenhuizen in de tijd per poliklinische patiënt kunnen, net als de tijd per klinische patiënt, wederom eventueel samenhangen met de complexiteit van de diagnosen.

Totale zorgvraag

De in tabel 3.2 vermelde gemiddelde tijdsbeslagen kunnen worden gecombineerd met de totale aantallen patiënten uit tabel 3.1. De resultaten hiervan worden beschreven in tabel 3.3, waarbij het totale tijdsbeslag wordt uitgedrukt in uren.

Tabel 3.3: Totale tijdsbeslag in uren voor de direct patiëntgebonden activiteiten van plastisch chirurgen, naar werkveld, in 1998

Type patiëntcontact	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Tijd voor poliklinische patiënten	20.500	37,1	62.000	45,3	9.000	52,2	91.500	43,7
Tijd voor klinische patiënten	30.000	54,3	48.000	35,0	-	-	78.000	37,2
Tijd voor dagopnamen	4.750	8,6	27.000	19,7	8.250	47,8	40.000	19,1
Totale direct patiëntgebonden tijd	55.250	100,0	137.000	100,0	17.250	100,0	209.500	100,0
Aandeel per werkveld		*26,4*		*65,4*		*8,2*		*100,0*

Uit tabel 3.3 kan worden afgeleid dat in 1998 in totaal ongeveer 210 duizend uur besteed wordt aan direct patiëntgebonden activiteiten. Verreweg het grootste deel hiervan (65%) vindt plaats in algemene ziekenhuizen. In de academische ziekenhuizen en in de privéklinieken wordt respectievelijk 26% en 8% van de zorg verleend. Verder kan uit de tabel worden afgeleid dat 44% van de totale direct patiëntgebonden werktijd besteed wordt aan de poliklinische patiënten, 37% aan de klinische patiënten en 19% aan de dagopnamen. Ten op zichte van de algemene ziekenhuizen wordt in de academische ziekenhuizen een relatief geringer deel van de tijd poliklinisch besteed en een groter deel klinisch. Omdat de behandelingen in de privéklinieken allen in dagopname gebeuren, is het aandeel van de werktijd voor dagopnamen in dit type werkveld relatief zeer hoog.

Naast de direct patiëntgebonden werktijd, besteden plastisch chirurgen ook nog indirect patiëntgebonden werktijd aan hun patiënten. Het gaat daarbij om tijd voor correspondentie en overleg met andere artsen over de patiënten. De indirect patiëntgebonden werktijd komt, tezamen met de niet-patiëntgebonden werktijd, aan de orde in tabel 3.16.

Leeftijdsverdeling van de zorgvraag

In tabel 3.4 wordt onder andere een overzicht gegeven van enerzijds de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking en anderzijds de totale direct patiëntgebonden plastisch chirurgische zorgvraag, uitgesplitst naar leeftijd. Bij het aandeel in de bevolking is de totale omvang van de Nederlandse bevolking in 1998 de 100%-basis (15,65 miljoen), terwijl de 100%-basis voor het aandeel in de zorgvraag wordt gevormd door de

reeds in tabel 3.3 vermelde 209.500 uur direct patiëntgebonden werktijd van plastisch chirurgen. Voor het berekenen van de zorgvraag-verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën is rekening gehouden met de leeftijdsverdeling van de patiënten die plastisch chirurgische zorg hebben ontvangen (zie bijlage 2). Deze gegevens over de leeftijdsverdelingen hebben betrekking op het jaar 1997 en zijn afkomstig van het poliklinische registratie systeem (POLIS) en de landelijke medische registratie (LMR) van SIG Zorginformatie. De leeftijdsverdelingen van 1997 zijn gecombineerd met de in de NIVEL/NVPC-enquête verkregen aantal patiënten en de tijdsbeslagen per type patiënt in 1998.

Wanneer het aandeel per leeftijdscategorie in de bevolking wordt vergeleken met de verdeling over de zorgvraag, dan blijkt dat de vraag naar plastisch chirurgische zorg enigszins stijgt met de leeftijd. De jongste groep (van 0-14 jaar), die een aandeel van 18,4% in de bevolking heeft, heeft 'slechts' een aandeel van 9,4% in de zorgvraag. De middelbare groep (van 45-64 jaar), met een aandeel van 23,7% in de bevolking, heeft een aandeel van 31,5% in de zorgvraag. Voor de overige leeftijdsgroepen geldt dat het aandeel in de bevolking vrijwel overeenstemt met het aandeel in de zorgvraag.

Het enigszins leeftijdsspecifieke patroon van de plastisch chirurgische zorgvraag komt ook tot uitdrukking in de derde kolom van tabel 3.4, waarin staat hoeveel uur plastisch chirurgische zorg er per 1.000 inwoners van een leeftijdsgroep is besteed. Gemiddeld over de gehele bevolking blijkt er 134 uur te zijn besteed per 1.000 inwoners, maar voor de 0-14-jarigen en de 85-plussers is dit duidelijk lager (respectievelijk 68 en 97 uur per 1.000 inwoners) en voor de 45-64-jarigen is dit duidelijk hoger dan gemiddeld (namelijk 178 uur per 1.000 inwoners).

Tabel 3.4: Aandeel in de bevolking, aandeel in de zorgvraag en omvang van de zorgvraag per 1.000 inwoners per leeftijdscategorie, in 1998

	Aandeel in de bevolking in 1998	Aandeel in de zorgvraag in 1998	Zorgvraag per 1.000 inwoners
0-14 jaar	18,4%	9,4%	68 uur
15-44 jaar	44,4%	45,5%	137 uur
45-64 jaar	23,7%	31,5%	178 uur
65-74 jaar	7,6%	8,1%	143 uur
75-84 jaar	4,5%	4,4%	131 uur
85 jaar en ouder	1,4%	1,0%	97 uur
Totaal	100,0%	100,0%	134 uur

Wachtlijsten: indicaties voor een onvervulde zorgvraag

Plastische chirurgie behoort tot de medisch specialismen met de grootste wachtlijsten, zo blijkt uit onderzoek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (De Vries e.a., 1998). In 1998 waren er ongeveer 9.500 wachtenden voor een klinische opname voor plastische chirurgie, met een gemiddelde wachttijd van ongeveer 150 dagen. Alleen voor orthopaedie en oogheelkunde is de klinische wachttijd enigszins vergelijkbaar met die van de plastische chirurgie, namelijk ongeveer 95 dagen bij orthopaedie en 110 dagen bij oogheelkunde. Van de overige medisch specialismen hadden chirurgie en KNO-heelkunde de langste klinische wachttijd: ongeveer 60 dagen.

In 1998 waren er voor plastische chirurgie bijna 6.000 wachtenden voor een dagopname, met een gemiddelde wachttijd van bijna 110 dagen. De wachttijd voor een dagopname voor plastische chirurgie is alleen vergelijkbaar met die voor oogheelkunde, waar ongeveer 90 dagen gewacht moest worden voor een dagopname. Bij de overige spe-

cialismen hadden orthopaedie en chirurgie de langste wachttijd voor een dagopname: ongeveer 55 dagen.
Voor wat betreft de toegang tot de polikliniek, is vanuit het NZi-onderzoek niet bekend hoeveel wachtenden er zijn. Wel zijn gegevens bekend over de gemiddelde toegangstijd. Deze bedroeg 67 dagen voor plastische chirurgie in 1998. Alleen voor oogheelkunde was de toegangstijd langer dan voor plastische chirurgie, namelijk 78 dagen. Wat betreft de toegangstijd voor de polikliniek bij de overige medische specialismen blijkt dat reumatologie de langste toegangstijd had: ongeveer 40 dagen.

Uit onderzoek van de NVPC naar de wachtlijstproblematiek binnen het eigen specialisme, blijkt dat de wachttijden en de toegangstijd ook voor patiënten met een urgentie-indicatie lang is (NVPC, 1998). Patiënten met functionele klachten, die evenwel geen spoed betreffen, moeten gemiddeld ongeveer 30 dagen wachten voor een eerste poliklinisch consult. Voor een klinische opname moeten dergelijke patiënten vervolgens nog een 70 dagen wachten. De toegangstijd voor de polikliniek en de wachttijd voor een klinisch opname zijn bij een niet-urgente indicatie nog veel langer: ongeveer 130 voor een eerste consult en vervolgens bijna 500 dagen voor een klinische opname.

Het bestaan van de wachtlijsten wijst op een tekort aan mogelijkheden om op dit moment voldoende plastisch chirurgische zorg te verlenen. Dit tekort is echter niet alleen een gevolg van een tekort aan plastisch chirurgen. In verband met de produktie-afspraken die in diverse regio's zijn gemaakt, is er namelijk ook een tekort aan financiële ruimte om het aantal plastisch chirurgen te verhogen.
De vertaling van de gegevens over de omvang en de duur van de wachtlijsten naar de omvang van een tekort aan plastisch chirurgen, is geen eenvoudige opgave. De omvang van het aantal wachtenden voor een klinische opname (ongeveer 9.500) ten opzichte van het totaal aantal gerealiseerde klinische opnamen in 1998 (ongeveer 25.500), lijkt te wijzen op een 'achterstand' in de produktie van 37%. Bij de dagopnamen gaat het echter om een 'achterstand' van ongeveer 19%: ongeveer 6.000 wachtenden voor een dagopname ten opzichte van 31.000 gerealiseerde dagopnamen. Grofweg zou gesteld kunnen worden dat met een eenmalige extra inzet gedurende één jaar van 25% van de produktiecapaciteit in 1998, de wachtlijsten binnen dat ene jaar tot nul gereduceerd zouden kunnen worden. Wanneer de produktiecapaciteit daarna weer tot het huidige niveau zou worden teruggebracht, zal er echter waarschijnlijk binnen korte tijd weer sprake zijn van wachtlijsten. De omvang van een huidig structureel tekort, komt tot uitdrukking in het feit dat de wachttijden en de toegangstijd tussen 1997 en 1998 zijn toegenomen: van 143 tot 148 dagen voor een klinische opname, van 84 tot 106 dagen voor een dagopname en van 60 tot 67 dagen voor een eerste consult (De Vries, e.a., 1998). De toename met 7 dagen voor de toegangstijd voor een eerste consult, lijkt te wijzen op een structureel tekort van ongeveer 2% in het aantal plastisch chirurgen (Van der Velden, e.a., 1997d).

3.2.2 Toekomstige vraag naar zorg

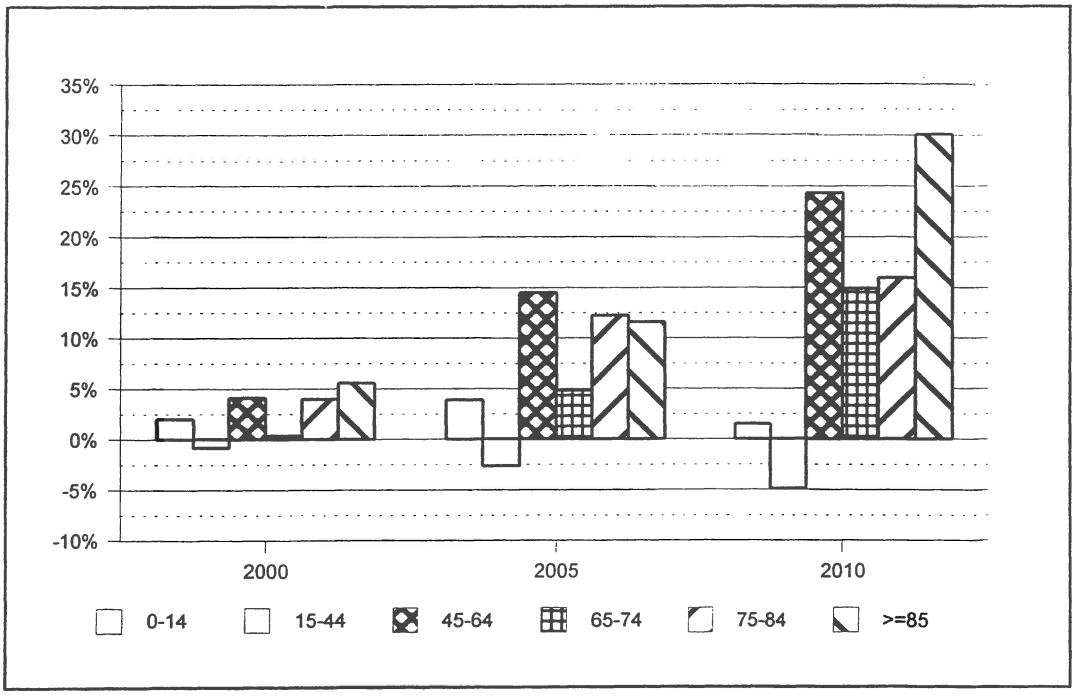
Gezien het doel van deze studie - het bepalen van de opleidingscapaciteit - is het noodzakelijk om in grote lijnen te schetsen wat de zorgvraag 'van morgen' (het jaar 2010) zou kunnen zijn. Met onderstaande ontwikkelingen wordt inzicht gegeven in mogelijke veranderingen in de vraag naar plastisch chirurgische zorg. Naast demografische en epidemiologische ontwikkelingen komen aan bod: sociaal culturele ontwikkelingen, beleidsmatige ontwikkelingen en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke factor die van invloed is op het toekomstig tijdsbeslag van plastisch chirurgen, is de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Voor het berekenen van de invloed van deze demografische ontwikkelingen op de vraag naar plastisch chirurgische zorg, is gebruikgemaakt van de nieuwste bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 1999). Daarbij wordt onderscheid gemaakt in een lage-, midden- en hoge-variant voor de bevolkingsprognoses.

In bijlage 1 worden de prognoses omtrent de bevolkingsgroei per leeftijdscategorie gepresenteerd. Op basis van deze gegevens zijn in figuur 3.1 de groeicijfers per leeftijdscategorie in beeld gebracht.

Figuur 3.1: Groei van de bevolking per leeftijdscategorie ten opzichte van 1998 (CBS midden-variant)



Uit bijlage 1b blijkt dat het aantal inwoners in de jongste leeftijdsklasse (0-14 jaar) in de komende 12 jaar slechts met 1,5% zal groeien. De omvang van groep 15-44-jarigen zal in deze zelfde periode daarentegen afnemen met 4,9%. In de overige leeftijdscategorieën zal het aantal mensen met minimaal zo'n 15% gaan stijgen. De groepen van 45-64 jaar en van 85 jaar en ouder nemen tot het jaar 2010 het sterkst toe met respectievelijk 24,3% en 30,1%.

Aangezien de vraag naar de door plastisch chirurgen verleende zorg enigszins leeftijdsspecifiek bepaald is, moet voor het bepalen van de invloed van de demografische ontwikkelingen rekening worden gehouden met de veranderingen in de leeftijdsopbouw. Daartoe is allereerst gebruikgemaakt van de huidige verdeling van de zorgvraag over de leeftijdsgroepen (tabel 3.4). Vervolgens zijn, op basis van CBS-prognoses, groeipercentages berekend tot het prognosejaar per leeftijdsgroep. Een belangrijke veronderstelling is dat de productiefactor per indicator naar leeftijdscategorie in de periode

1998-2010 gelijk blijft, dat wil zeggen: het aantal patiëntcontacten per 1.000 inwoners van een bepaalde leeftijdscategorie wordt constant geacht. Voor de 6 onderscheiden leeftijdsgroepen is aldus de op basis van demografische ontwikkelingen verwachte productiegroei tot 2010 berekend (bijlage 3). In tabel 3.5 zijn de belangrijkste resultaten samengevat.

Tabel 3.5: Verwachte groei van de vraag naar door plastisch chirurgen verleende zorg tot 2010 ten opzichte van 1998 als gevolg van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw (in procenten)

Prognosevariant	Verwachte groei in de zorgvraag
- Lage-variant	6,7%
- Midden-variant	7,8%
- Hoge-variant	8,8%

Op grond van bovengenoemde berekening kan worden geconcludeerd dat, op basis van bevolkingsgroei èn veranderingen in de leeftijdsopbouw, het aantal plastisch chirurgen tot het jaar 2010 met 7,8% (midden-variant) zal moeten toenemen (ten opzichte van het aantal plastisch chirurgen in 1998) om de toekomstige vraag op te kunnen vangen. Als de lage bevolkingsvariant wordt gehanteerd zou het aantal plastisch chirurgen met 6,7% moeten toenemen en bij de hoge variant met 8,8%.

De vraag naar plastisch chirurgische zorg is in de afgelopen decennia duidelijk gegroeid. Zoals werd vermeld in tabel 3.4, wordt op dit moment ongeveer 135 uur plastisch chirurgische zorg verleend per 1.000 inwoners. Voor de groep van 45-64-jarigen is dit gemiddeld genomen echter hoger: daar wordt ongeveer 178 uur plastisch chirurgische zorg verleend per 1.000 inwoners. De groep van 65-74-jarigen heeft daarentegen maar een iets hoger dan gemiddelde zorgvraag per 1.000 inwoners: 143 uur. In de hiervoor berekende groei op basis van demografische ontwikkelingen, is het aantal uur zorg per 1.000 inwoners van een leeftijdsgroep constant gehouden. Dit betekent dat verondersteld wordt dat diegenen die straks in 2010 tot de 65-74-jarigen behoren, net als de huidige 65-74-jarigen ongeveer 143 uur per 1.000 inwoners aan zorg zullen vragen. Het lijkt er echter op dat de huidige groep van 45-64-jarigen, waarvan een belangrijk deel straks tot de 65-74-jarigen zal behoren, straks een relatief hogere zorgvraag zal hebben dan het geval is voor de huidige 65-74-jarigen. De huidige 45-64-jarigen behoren namelijk tot een generatie waarvoor het gebruik maken van plastisch chirurgische zorg een meer normaal verschijnsel is geworden. Indien verondersteld wordt dat de toekomstige 65-74-jarigen in 2010 relatief even veel gebruik zullen maken van plastisch chirurgische zorg als de huidige 45-64-jarigen, dan zal de zorgvraag bij de middenvariant van de bevolkingsprognose in totaal niet met 7,8%, maar met 10,1% stijgen. Dit zou betekenen dat er een extra groei van 2,1% zou ontstaan door een toename van het gebruik van plastisch chirurgische zorg bij de groep van 65-75-jarigen. Deze groei kan betiteld worden als een demografisch 'cohort'-effect.

Epidemiologische ontwikkelingen

In de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van 1997, is geen informatie opgenomen met betrekking tot epidemiologische veranderingen die relevant zijn voor het vakgebied plastische chirurgie. Er zijn ook geen andere bronnen bekend op basis

waarvan blijkt dat er specifieke epidemiologische ontwikkelingen zijn die de vraag naar plastisch chirurgische zorg per hoofd van de bevolking zullen doen stijgen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

De toename van het gebruik van plastisch chirurgische zorg in de afgelopen jaren en de toename van de wachttijden, zijn voor een deel veroorzaakt door het toenemende aantal mensen dat gebruik wil maken van esthetische chirurgie. Deze toenemende wens om gebruik te maken van esthetische chirurgie, blijkt zelfs zo sterk dat veel mensen bereid blijken te zijn om daar extra voor te betalen. Het grotendeels schrappen van de vergoeding voor esthetische chirurgie in 1990 heeft immers niet verhinderd dat de esthetische zorgvraag, vooral door de opkomst van privéklinieken, feitelijk gegroeid is.
Een andere sociaal-culturele ontwikkeling die in dit kader genoemd moet worden, is de toenemende mondigheid van patiënten. Het aantal mensen dat gebruik wil maken van medisch specialistische zorg, zal hierdoor vermoedelijk toenemen. De toenemende mondigheid van patiënten leidt overigens waarschijnlijk ook tot een ontwikkeling waarbij meer tijd per patiënt besteed moet worden. Er bestaat namelijk een groeiende behoefte bij de patiënten aan informatie die door de plastisch chirurg gegeven zal moeten worden. Hierdoor kan de consultduur toenemen. Bovendien kan het aantal contacten per patiënt toenemen, bijvoorbeeld door het toenemen van de vraag naar zogeheten 'second opinions'. Een sociaal-culturele ontwikkeling die ook de aandacht verdient, is de toename van het aantal allochtone inwoners in Nederland. Door taal- en cultuurproblemen zal de plastisch chirurg aan deze specifieke groep patiënten waarschijnlijk meer tijd per contact moeten besteden.
Aan zowel de werkzame plastisch chirurgen als de assistenten in opleiding is onder andere gevraagd aan te geven hoe men de invloed inschat van de bovengenoemde zorgvraagontwikkelingen op de behoefte aan plastisch chirurgen in de komende periode (tabel 3.6). De toename in de vraag naar esthetische chirurgie wordt als de meest invloedrijke gezien: 80% van de plastisch chirurgen en 85% van de assistenten verwacht hiervan een toename in de behoefte aan plastisch chirurgen. De toenemende mondigheid van de patiënten wordt door 62% van de plastisch chirurgen en 58% van de assistenten aangemerkt als een ontwikkeling die de behoefte zal laten toenemen. De toenemende vraag naar second opinions wordt door 51% van de plastisch chirurgen en 54% van de assistenten aangewezen als een ontwikkeling die de behoefte zal doen toenemen. De etnische en sociale samenstelling van de patiëntenpopulatie wordt door ongeveer één-derde van de plastisch chirurgen aangewezen als ontwikkeling die de behoefte zal laten toenemen. Van de assistenten verwacht echter een iets minder groot deel, namelijk 19%, dat dit het geval zal zijn.

Tabel 3.6: Verwachtingen van plastisch chirurgen en plastisch chirurgen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde zorgvraagontwikkelingen op de behoefte aan plastisch chirurgen in de komende tien jaar

Zorgvraagontwikkelingen	Aandeel dat **afname** op behoefte verwacht		Aandeel dat **toename** op behoefte verwacht	
	special.	assist.	special.	assist.
Toename esthetische chirurgie	1%	0%	80%	85%
Mondigheid patiënten	1%	0%	62%	58%
Second opinions	1%	0%	51%	54%
Etnische + sociale samenstelling patiënten	8%	12%	31%	19%

Ten aanzien van de ontwikkelingen in de omvang van de onverzekerde zorg in de afgelopen en komende drie jaar, is in de vragenlijsten voor de werkzame plastisch chirurgen ook nog de vraag gesteld of men een daling, een stabilisering of een stijging heeft ondervonden, c.q. of men een daling, een stabilisering of een stijging verwacht.
In de afgelopen drie jaar heeft zich volgens 42% van de plastisch chirurgen bij hen een stijging voorgedaan in de vraag naar onverzekerde zorg. In de academische ziekenhuizen is deze stijging duidelijk minder vaak voorgekomen dan in de algemene ziekenhuizen en, uiteraard, in de privéklinieken. Overigens heeft ongeveer 10% van de plastisch chirurgen in zowel de academische als de algemene ziekenhuizen een daling van de onverzekerde zorg ondervonden.
Voor de komende drie jaar verwacht ongeveer de helft van de plastisch chirurgen een verdere stijging in de vraag naar onverzekerde zorg; circa 8% verwacht een daling. De stijging wordt, parallel aan de ontwikkeling in de afgelopen drie jaar, vooral verwacht in de privéklinieken en, in mindere mate, de algemene ziekenhuizen.

Tabel 3.7: Ontwikkeling in de omvang van de onverzekerde zorg in de afgelopen en komende drie jaar, op basis van een inschatting door plastisch chirurgen, per werkveld

Ontwikkeling onverzekerde zorg	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Totaal
Afgelopen drie jaar:				
- daling	9%	10%	0%	10%
- stabiel	68%	46%	0%	48%
- stijging	23%	44%	100%	42%
Komende drie jaar:				
- daling	9%	9%	0%	8%
- stabiel	55%	38%	20%	41%
- stijging	36%	53%	80%	51%

Zoals reeds in de paragraaf over de huidige zorgvraag werd vermeld, kan er op basis van de huidige wachtlijsten een ruwe schatting gemaakt worden van een structureel tekort in zorgaanbod van ongeveer 2%. Opheffing van dit structurele tekort tussen nu en het jaar 2010 zou betekenen dat er in 2010 in principe 2% meer plastisch chirurgen nodig zijn dan in 1998 om de groei in de wachttijden te stoppen. Bovendien is in het kader van de te verwachten demografische ontwikkelingen reeds gewezen op een in wezen demografisch 'cohort'-effect, waardoor er een extra groei van eveneens ongeveer 2% kan ontstaan. Alhoewel het bij beide elementen deels gaat om een groei in de vraag naar plastisch chirurgische zorg in verband met functionele klachten, zijn zij tegelijkertijd ook deels verbonden met de vraag naar esthetische chirurgie. Daarom zal in de behoefteraming geen extra factor opgenomen worden om een groei in de vraag naar esthetische chirurgie te kwantificeren.
De overige sociaal-culturele ontwikkelingen zullen waarschijnlijk vooral invloed hebben op het aantal minuten dat per patiënt besteed zal worden. De tijd per patiënt vormt een onderdeel dat aan de orde komt bij de verwerkingscapaciteit van de plastisch chirurgen. Daarom is besloten om voor deze sociaal-culturele ontwikkelingen een kwantificering te maken de verwerkingscapaciteit (paragraaf 3.3) in plaats van via de zorgvraag.

Beleidsmatige ontwikkelingen

De vraag naar of het gebruik van zorg wordt niet alleen bepaald door de behoefte aan zorg. Ook ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en, deels daarvan afgeleid, binnen het specialisme plastische chirurgie zijn hierop mee van invloed. Belangrijke aspecten die bij de plastische chirurgie spelen zijn de onzekere ontwikkelingen met betrekking tot de wetgeving rondom de privéklinieken. Daarbij kan overigens worden opgemerkt dat een eventuele terugdringing van de privéklinieken waarschijnlijk gecompenseerd zal worden door een toename van het aandeel onverzekerde zorg in de ziekenhuizen.

Een ontwikkeling van geheel andere aard is de invoering (april 1995) van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Toepassing van deze wet heeft waarschijnlijk tot gevolg dat artsen meer tijd nodig hebben per patiënt. Deze mogelijke consultduurverlenging hebben wij overigens geoperationaliseerd binnen de verwerkingscapaciteit van de plastisch chirurg (paragraaf 3.3.3). Daarnaast bestaat op dit moment het wetsontwerp integratie medisch-specialistische zorg waarbij het nog niet zeker is of en welke gevolgen deze zal hebben voor het aanbod van medische zorg. Het lijkt echter aannemelijk om te veronderstellen dat er sprake zal zijn van toenemende managementparticipatie. Verder kan het zijn dat er steeds meer specialisten in loondienst komen, met wellicht gevolgen voor het aantal uur dat men op fulltime basis zal willen werken (namelijk minder dan bij vrije vestiging) en de tijd die men per patiënt besteed (namelijk meer dan bij vrije vestiging) (Van der Velden, e.a., 1997d). Een andere ontwikkeling die genoemd moet worden is de budgetbeheersing.

Een vrij groot deel van de plastisch chirurgen en de plastisch chirurgen in opleiding verwacht dat een toename van het in dienstverband werken door specialisten zal leiden tot een toename in de behoefte: 70% van de plastisch chirurgen en 81% van de assistenten. Een toename in de managementparticipatie is volgens 61% van de plastisch chirurgen en 50% van de assistenten een ontwikkeling die de behoefte zal laten stijgen. Wettelijke regels met betrekking tot de arbeidstijden (vergelijk het arbeidstijdenbesluit voor assistenten), zullen volgens 45% van de plastisch chirurgen en 48% van de assistenten de behoefte aan plastisch chirurgen doen stijgen. De eisen die gesteld worden aan medische beroepsbeoefenaren in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomt (WGBO), leiden volgens 40% van de plastisch chirurgen en 48% van de assistenten tot een grotere behoefte. Budgetbeheersing is een beleidsmatige ontwikkeling waar relatief gezien veel plastisch chirurgen en assistenten juist een afname op de behoefte van verwachten: 23% van de plastisch chirurgen en 15% van de assistenten heeft dit aangegeven.

Tabel 3.8: Verwachtingen van plastisch chirurgen en plastisch chirurgen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde beleidsontwikkelingen op de behoefte aan plastisch chirurgen in de komende tien jaar

Beleidsontwikkelingen	Aandeel dat **afname** op behoefte verwacht		Aandeel dat **toename** op behoefte verwacht	
	special.	assist.	special.	assist.
Toename dienstverband van specialisten	2%	0%	77%	81%
Managementparticipatie	2%	4%	61%	50%
Arbeidswettelijke ontwikkelingen	2%	0%	45%	48%
WGBO problematiek	2%	0%	40%	48%
Budgetbeheersing	23%	15%	29%	31%

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor wat betreft de vakinhoudelijke ontwikkelingen kan in de eerste plaats gewezen worden op de toename van de multidisciplinaire behandelingen. Dergelijke behandelingen gaan gepaard met relatief veel structureel en incidenteel overleg en kosten daarom relatief veel tijd. Hierdoor zal derhalve vooral de benodigde tijd per patiënt gaan toenemen. Andere vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn de toename van de technische mogelijkheden op het terrein van de hand- en de microchirurgie. Meer aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en controle is eveneens een factor die in de toekomst een rol kan gaan spelen. Hierbij zal zowel de tijd per patiënt als het aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten worden beïnvloed.

Toenemende aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en -controle, zal volgens 59% van de plastisch chirurgen de behoefte aan plastisch chirurgen doen toenemen. Bij de assistenten is dit duidelijk wat minder vaak het geval: 40% van hen meent dat kwaliteitsontwikkeling en -controle de behoefte zal doen toenemen. Technische ontwikkelingen zullen volgens 57% van de plastisch chirurgen leiden tot een toename in de behoefte. Ook nu schatten de assistenten het effect iets anders in: slechts 31% is van mening dat technische ontwikkelingen de behoefte zullen laten groeien. Technische ontwikkelingen zullen volgens 8% van de assistenten zelfs leiden tot een afname in de behoefte. Betere samenwerking met andere disciplines zal volgens zowel 54% van de plastisch chirurgen als 54% van de assistenten de behoefte laten stijgen. Vrijwel de helft van de plastisch chirurgen en één-kwart van de assistenten is van mening dat de toenemende aandacht voor na- en bijscholing de behoefte aan plastisch chirurgen doet stijgen. Ongeveer één-derde van de plastisch chirurgen meent dat protocollaire geneeskunde zal leiden tot een toenemende behoefte aan plastisch chirurgen, maar van de assistenten is daarentegen maar 15% deze mening toegedaan. Protocollaire geneeskunde zal volgens 8% van de assistenten zelfs leiden tot een afname in de behoefte.

Tabel 3.9: Verwachtingen van plastisch chirurgen en plastisch chirurgen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde vakinhoudelijke ontwikkelingen op de behoefte aan plastich chirurgen in de komende tien jaar

Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Aandeel dat **afname** op behoefte verwacht		Aandeel dat **toename** op behoefte verwacht	
	special.	assist.	special.	assist.
Kwaliteitsontwikkeling/controle	2%	0%	59%	40%
Technische ontwikkelingen	0%	8%	57%	31%
Betere samenwerking andere disciplines	1%	0%	54%	54%
Na- en bijscholing	2%	0%	48%	23%
Protocollaire geneeskunde	3%	8%	34%	15%

Conclusie

Op dit moment is er in feite sprake van een structureel tekort aan plastisch chirurgen van ongeveer 2%. Om te voorkomen dat de reeds relatief zeer lange wachttijden nog meer gaan toenemen, moeten er 2% meer plastisch chirurgen komen. De veranderingen van de bevolkingsomvang per leeftijdscategorie zullen er verder voor zorgen dat de vraag naar plastisch chirurgische zorg in de periode 1998-2010 in ieder geval met nog eens 7,8% zal toenemen. Daarbij is uitgegaan van een constante vraag naar plastisch chirurgische zorg per 1.000 leden van de verschillende onderscheiden leeftijds-

groepen. Er kan echter eventueel verwacht worden dat de zorgvraag in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar in de komende jaren zal gaan stijgen, aangezien de huidige leeftijdsgroep van 45-64 jaar als het ware de weg naar de plastisch chirurg heeft gevonden. Als de toekomstige groep van 65-74-jarigen in 2010 een even grote zorgvraag heeft als de huidige groep van 45-64-jarigen, dan zal de totale vraag naar plastisch chirurgen met nog eens 2,1% stijgen. Omdat de opheffing van het structurele tekort en de toename van de zorgvraag bij de 65-75-jarigen reeds deels een extra groei in de vraag naar esthetische chirurgie omvatten, is besloten om niet nog een extra factor voor de toename in de vraag naar onverzekerde zorg te hanteren. De opheffing van de toename in de wachttijden, de demografische ontwikkeling en het 'cohort'-effect hebben samen een (multiplicatief) effect van 12,3%.
Daarnaast mag als gevolg van sociaal-culturele, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen een groei worden verwacht in de tijd die per patiënt besteed moet worden en in het aandeel niet-patiëntgebonden tijd. Kwantificering hiervan zal in de paragrafen 3.3.2 en 3.3.3 plaatsvinden.

3.3 Verwerkingscapaciteit

De verwerkingscapaciteit wordt bepaald door de tijd die een plastisch chirurg voor zijn of haar werkzaamheden ter beschikking heeft en is afhankelijk van:
- de tijd die de plastisch chirurg per jaar werkzaam is;
- de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de gemiddelde tijd die een consult/behandeling per patiënt vraagt.

Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom de verwerkingscapaciteit van plastisch chirurgen de komende jaren zou kunnen dalen. In de eerste plaats is het voor de hand liggend dat net als in andere sectoren in onze maatschappij ook de plastisch chirurgen, gezien de huidige werkbelasting, in toenemende mate de wens uitspreken tot arbeidstijdverkorting. Daarbij gaat het enerzijds om de tijd die een voltijds werkzame plastisch chirurg werkt en anderzijds om een toename van het aantal plastisch chirurgen dat in deeltijd werkt. In de tweede plaats zal, zeker gezien de toename van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen, meer aandacht geschonken moeten worden aan deskundigheidsbevordering en onderlinge toetsing, waardoor minder tijd besteed kan worden aan directe patiëntenzorg. Daar komen nog een aantal andere beleidsmatige ontwikkelingen bij die eveneens zorgen voor een toenemend aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten. Ten derde zal in het kader van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen ook de tijd per patiënt per consult/behandeling kunnen toenemen. De tijd per patiënt zal tevens toenemen door de veranderende sociale en culturele samenstelling van de bevolking. De invloed van deze ontwikkelingen op de verwerkingscapaciteit zullen achtereenvolgens in een aantal paragrafen aan de orde worden gesteld.

3.3.1 Omvang van de werkzaamheden

Bij het in kaart brengen van de omvang van de werkzaamheden van plastisch chirurgen is een onderscheid gemaakt tussen de (formele) omvang van de dagtaak in termen van het aantal full-time equivalenten (fte) dat men werkzaam is, het (feitelijke) aantal uren dat men werkt en de 'overige tijdsbestedingsaspecten', waaronder het aantal dagen dat aan bij- en nascholing besteed wordt. Voor de beschrijving van de

uren wordt voorts nog een onderscheid gemaakt tussen de reguliere werkuren (dit zijn de werkuren exclusief avond-/nacht- en weekenddiensten) en de werkzaamheden buiten de reguliere werkuren.
Verder is het van belang om hier nog te melden dat er voor wat betreft de indeling van de respondenten naar type werkveld steeds is gewerkt met een indeling naar het 'belangrijkste werkveld' of 'hoofdwerkveld', dat wil zeggen: naar het werkveld waar men het meest werkzaam is.

Op deze plaats is het nog interessant om de tevredenheid van de plastisch chirurgen ten aanzien van de beschikbare tijd voor verschillende aspecten te vermelden.
De tijd die per patiënt beschikbaar is, stemt 40% van de plastisch chirurgen tot tevredenheid, 33% is deels tevreden met de tijd per patiënt en 27% is hier niet tevreden mee (tabel 3.10). Over de tijd die beschikbaar is voor het werk in het algemeen is 38% tevreden en 34% van de plastisch chirurgen is hier niet tevreden mee. Met de tijd die beschikbaar is voor nascholing, is 43% van de plastisch chirurgen tevreden en 36% is hier niet tevreden mee. De tijd die beschikbaar is voor kwalitatief goede zorg stemt 36% van de plastisch chirurgen tevreden en 27% is hierover niet tevreden. De tijd die beschikbaar is voor het privé leven is het aspect waar men het minst tevreden over is: 44% van de plastisch chirurgen geeft aan hier niet tevreden mee te zijn en 23% is deels tevreden.

Tabel 3.10: Tevredenheid van plastisch chirurgen met de beschikbare tijd voor bepaalde aspecten, eind 1998

Tevredenheid met beschikbare tijd:	Aandeel **niet** tevreden	Aandeel **deels** tevreden	Aandeel **wel** tevreden	Totaal
- per patiënt	27%	33%	40%	100%
- in het algemeen	34%	28%	38%	100%
- voor nascholing	36%	21%	43%	100%
- voor kwalitatief goede zorg	27%	37%	36%	100%
- voor privé leven	44%	23%	33%	100%

De plastisch chirurgen die werkzaam zijn in de privé klinieken, zijn relatief gezien het meest tevreden over de tijd die beschikbaar is voor de verschillende aspecten (tabel 3.11). Bij de tijd die beschikbaar is per patiënt, is bijvoorbeeld zelfs 100% van de plastisch chirurgen in de privé klinieken tevreden, terwijl van de plastisch chirurgen in de academische ziekenhuizen 46% tevreden is met de tijd per patiënt en in de algemene ziekenhuizen is 31% hiermee tevreden. Voor de tijd die beschikbaar is voor het werk in het algemeen, voor nascholing en voor kwalitief goede zorg, blijkt het verschil tussen de werkvelden iets minder groot, maar nog steeds substantieel: in de academische en de algemene ziekenhuizen is tussen de 33% en 42% tevreden over deze drie aspecten, terwijl dit in de privé klinieken 71% tot 86% is. Voor de tijd die beschikbaar is voor het privé leven is het verschil nog iets minder groot, maar nog steeds aanzienlijk. Bovendien is er sprake van een verschil tussen de academische en algemene ziekenhuizen. In de academische ziekenhuizen is slechts 15% van de plastisch chirurgen tevreden over de tijd die beschikbaar is voor het privé leven, terwijl dit in de algemene ziekenhuizen bij 39% van de daar werkzame plastisch chirurgen het geval is en in de privé klinieken bij 57%.

Tabel 3.11: Aandeel plastisch chirurgen dat tevreden is met de beschikbare tijd voor bepaalde aspecten, per belangrijkste werkveld, eind 1998

Aandeel wel tevreden met beschikbare tijd:	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé klinieken	Totaal
- per patiënt	46%	31%	100%	40%
- in het algemeen	35%	35%	86%	38%
- voor nascholing	42%	41%	71%	43%
- voor kwalitatief goede zorg	35%	33%	71%	36%
- voor prive leven	15%	38%	57%	33%

Full-time equivalenten: huidige situatie

Tabel 3.12 geeft inzicht in het aantal fte dat men werkzaam is. Uit deze tabel kan worden afgeleid dat 31% van alle plastisch chirurgen in deeltijd werkzaam is (minder dan 1 fte). Daarbij is overigens uitgegaan van de totale omvang van de werkzaamheden: voor plastisch chirurgen met twee of meer functies is de omvang van de werkzaamheden voor alle functies tezamen genomen. Plastisch chirurgen die bijvoorbeeld twee deeltijdbanen van elk 0,5 fte hebben, zijn gerekend als full-time werkende plastisch chirurgen.
De plastisch chirurgen die in academische ziekenhuizen werken, werken het minst vaak in deeltijd: slechts 4% werkt in deeltijd. Bij de plastisch chirurgen die in een algemeen ziekenhuis of privékliniek werken, is het aandeel deeltijders juist vrij hoog: respectievelijk 39% en 38% van hen heeft een deeltijdbaan.
Gemiddeld genomen werken de plastisch chirurgen 0,92 fte. Dit loopt uiteen van 0,98 fte binnen de academische ziekenhuizen tot 0,86 fte binnen de privéklinieken. Plastisch chirurgen in algemene ziekenhuizen werken gemiddeld genomen 0,91 fte.
Wanneer alleen naar de plastisch chirurgen wordt gekeken die in deeltijd werkzaam zijn, dan blijkt dat deze gemiddeld 0,75 fte werken. Binnen de privéklinieken hebben de in deeltijd werkende plastisch chirurgen de kleinste omvang voor wat betreft het aantal fte (0,63 fte), terwijl de in algemene ziekenhuizen werkzame deeltijd-plastisch chirurgen de grootste deeltijdbanen hebben (0,77 fte).

Tabel 3.12: Omvang van de dagtaak (in fte) van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

Omvang dagtaak in fte	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Alle werkvelden	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 0,4 fte	-	-	2	2,8	-	-	2	1,9
0,4-0,6 fte	1	4,0	3	4,2	2	25,0	6	5,8
0,6-0,8 fte	-	-	15	21,1	1	12,5	16	15,4
0,8-1 fte	-	-	8	11,3	-	-	8	7,7
1,0 fte (full-time)	24	96,0	43	60,6	5	62,5	72	69,2
Totaal	25	100,0	71	100,0	8	100,0	104	100,0
Percentage deeltijders	*4,0%*		*39,4%*		*37,5%*		*30,8%*	
Aantal fte per deeltijder	*0,60 fte*		*0,77 fte*		*0,63 fte*		*0,75 fte*	
Aantal fte (incl. voltijders)	*0,98 fte*		*0,91 fte*		*0,86 fte*		*0,92 fte*	

Als een onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, dan blijken mannelijke plastisch chirurgen gemiddeld 0,94 fte werken en vrouwelijke plastisch chirurgen 0,77 fte (tabel

3.13). Uit dezelfde tabel is tevens af te leiden dat 26% van de mannen in deeltijd werkt, terwijl dit bij de vrouwen bijna 73% bedraagt. Ook de omvang van het aantal fte per deeltijder verschilt: de mannelijke deeltijders werken gemiddeld 0,77 fte, terwijl de vrouwelijke deeltijders gemiddeld 0,68 fte werken.

Tabel 3.13: Aantal fte van de responderende plastisch chirurgen, naar geslacht, 1998

	Mannen	Vrouwen	Gemiddeld
Percentage deeltijders	25,8%	72,7%	30,8%
Aantal fte per deeltijder	0,77 fte	0,68 fte	0,75 fte
Aantal fte (incl. voltijders)	0,94 fte	0,77 fte	0,92 fte
Aantal respondenten	*93*	*11*	*104*

In tabel 3.14 is het aantal fte uitgesplitst naar leeftijd. Het blijkt dat de jongste groep plastisch chirurgen (van 31 tot en met 40 jaar) relatief het vaakst in deeltijd werkt: 40% van hen werkt minder dan 1 fte. Bij de leeftijdsgroepen van 41-50 jaar en 51 jaar en ouder is het aandeel deeltijders beduidend geringer: van hen werkt ongeveer 28% in deeltijd. In deze twee leeftijdsgroepen werken de deeltijders ongeveer 0,74 fte, terwijl dit bij de jongste groep gemiddeld 0,77 fte is.

Tabel 3.14: Aantal fte van de responderende plastisch chirurgen, naar leeftijd, 1998

	31-40 jaar	41-50 jaar	>= 51 jaar	Gemiddeld
Percentage deeltijders	40,0%	28,2%	27,5%	30,8%
Aantal fte per deeltijder	0,77 fte	0,74 fte	0,74 fte	0,75 fte
Aantal fte (incl. voltijders)	0,91 fte	0,93 fte	0,93 fte	0,92 fte
Aantal respondenten	*25*	*39*	*40*	*104*

Wensen ten aanzien van deeltijd

In tabel 3.15 is weergegeven hoe de huidige en de gewenste verdeling over de omvang van het aantal fte per werkveld is. Tevens is aangegeven wat het huidige en gewenste gemiddelde aantal fte is, welk deel van de plastisch chirurgen in deeltijd werkt, c.q. zou willen werken en hoeveel fte er door de deeltijders gewerkt wordt, c.q. gewerkt zou worden.

Van alle plastisch chirurgen werkt op dit moment 31% in deeltijd. De deeltijders werken gemiddeld 0,75 fte. Voor alle plastisch chirurgen tezamen, dus inclusief de voltijders, geeft dit een gemiddelde van 0,92 fte per plastisch chirurg. Ruim 70% van de plastisch chirurgen geeft aan dat zij het liefst in deeltijd zouden gaan werken, waarbij deze plastisch chirurgen gemiddeld het liefst 0,75 fte willen gaan werken. Dit zou betekenen dat er voor alle plastisch chirurgen tezamen een gemiddelde van 0,83 fte zou ontstaan.

Deze wens tot een teruggang in het aantal fte, is binnen elk van de werkvelden te vinden, dus ook in de werkvelden waar al relatief vaak in deeltijd wordt gewerkt. De plastisch chirurgen die in een privékliniek werken, zijn nu al bijna 38% in deeltijd werkzaam, maar bij een volledige invoering van de wensen omtrent het aantal fte zou 63% in deeltijd werkzaam zijn. Bij de algemene ziekenhuizen is te zien dat momenteel 39% in deeltijd werkt, terwijl maar liefst 80% graag in deeltijd zou willen werken. In de aca-

demische ziekenhuizen zou het aandeel plastisch chirurgen dat in deeltijd werkt stijgen van 4% nu tot 44% indien de wensen gerealiseerd worden.
Het zijn overigens vooral de mannelijke plastisch chirurgen die een teruggang in het aantal fte wensen. De vrouwelijke plastisch chirurgen willen gemiddeld genomen ongeveer even veel fte blijven werken als ze nu doen. Het percentage mannelijke deeltijders zou daarentegen stijgen van 25% nu naar 70% indien de wensen volledig gerealiseerd worden. Het gemiddelde aantal fte per mannelijke plastisch chirurg zou dan dalen van 0,94 fte nu naar 0,83 fte.

Tabel 3.15: Huidige en gewenste omvang van de dagtaak (in fte) van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

Omvang dagtaak in fte	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Alle werkvelden	
	nu %	wens %	nu %	wens %	nu %	wens %	nu %	wens %
< 0,4 fte	-	0	2,8	2,8	-	-	1,9	1,9
0,4-0,6 fte	4,0	4,0	4,2	14,1	25,0	12,5	5,8	11,5
0,6-0,8 fte	-	32,0	21,1	56,3	12,5	25,0	15,4	48,1
0,8-1 fte	-	8,0	11,3	7,0	-	25,0	7,7	8,7
1,0 fte (full-time)	96,0	56,0	60,6	19,7	62,5	37,5	69,2	29,8
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentage deeltijders	*4,0%*	*44,0%*	*39,4%*	*80,3%*	*37,5%*	*62,5%*	*30,8%*	*70,2%*
Aantal fte per deeltijder	*0,60*	*0,80*	*0,77*	*0,74*	*0,63*	*0,76*	*0,75*	*0,75*
Aantal fte (incl. voltijders)	*0,98*	*0,91*	*0,91*	*0,79*	*0,86*	*0,85*	*0,92*	*0,83*

Indien de huidige wensen van de plastisch chirurgen in het jaar 2010 geheel vervuld zullen zijn, zou dit betekenen dat het gemiddelde aantal fte gedaald zou zijn van 0,92 fte nu naar 0,83 fte in het jaar 2010. Dit zou betekenen dat de verwerkingscapaciteit van een plastisch chirurg in 2010 in feite maar 90,2% (= 100% * nieuwe aantal fte / oude aantal fte) is van de verwerkingscapaciteit van een plastisch chirurg in 1998. Om in totaal toch hetzelfde het aantal patiënten te kunnen helpen, zou het aantal plastisch chirurgen moeten groeien met 10,8% (= 100% * (oude aantal fte - nieuwe aantal fte) / nieuwe aantal fte).
Er zijn in feite drie argumenten die gebruikt kunnen worden om een groei in het deeltijd werken te onderbouwen. De eerste is dat deze verwachting de wens weerspiegelt van de huidige plastisch chirurgen. Een tweede argument is dat de huidige AGIO's plastische chirurgie eveneens in relatief grote mate in deeltijd willen gaan werken. Van de AGIO's kiest 63% voor een deeltijdbaan. Een derde argument is dat in de toekomst het aandeel vrouwelijke plastisch chirurgen zal gaan toenemen en dat vrouwelijke plastisch chirurgen in een relatief grote mate in deeltijd werken, c.q. willen gaan werken. Van de huidige vrouwelijke AGIO's wenst bijvoorbeeld 100% in deeltijd te gaan werken. Het aandeel vrouwelijke plastisch chirurgen zal overigens, in vergelijking met andere specialismen, maar in geringe mate stijgen: van 11% naar ongeveer 15% in 2010. Van de huidige AGIO's plastische chirurgie is ongeveer 18% vrouw. Door de verwachte toename van het aandeel vrouwen zal het gemiddelde aantal fte van plastisch chirurgen gaan dalen van 0,92 fte nu tot ongeveer 0,91 fte in 2010. Voor de opvang van deze daling in het aantal fte is een groei nodig van 1% in het aantal plastisch chirurgen. Het lijkt verstandig om in ieder geval rekening te houden met deze daling. Het gaat daarbij

immers om een vrijwel autonome teruggang in het aantal fte die enkel en alleen veroorzaakt wordt door het toenemende aandeel vrouwen in de beroepsgroep. Daarnaast kan eventueel nog rekening gehouden worden met een gedeeltelijke realisatie van de gewenste teruggang in aantal fte van de mannelijke groep plastisch chirurgen. Wanneer het aandeel deeltijders bij de mannen zou stijgen van 25% nu naar 45% in 2010 (in plaats van 70%) en de mannelijke deeltijders blijven ongeveer 0,77 fte werken, dan zal het gemiddelde van alle mannelijke plastisch chirurgen dalen van 0,94 fte naar 0,90. Voor alle plastisch chirurgen tezamen en rekening houdend met een aandeel vrouwen van 15%, zou het gemiddelde aantal fte dalen van 0,92 fte nu naar 0,88 fte in 2010. Om deze teruggang in fte's op te vangen zijn 4,5% meer plastisch chirurgen nodig.
Net als bij de ontwikkelingen in de zorgvraag, is aan de respondenten ook een inschatting gevraagd van de invloed van het parttime gaan werken door specialisten. Het overgrote merendeel van de plastisch chirurgen en de assistenten verwacht dat een toename van parttime werken door specialisten zal leiden tot een toename in de behoefte: 94% van de plastisch chirurgen en 96% van de assistenten is deze mening toegedaan.

Werkuren: huidige situatie

Als vervolgens wordt gekeken naar het aantal uren dat plastisch chirurgen (exclusief diensten) werkzaam zijn, dan blijkt men gemiddeld 48 uur per week te werken (tabel 3.16). Gerelateerd aan de omvang van de dagtaak (fte) is sprake van een gemiddelde van ruim 52 uur per full-time equivalent.
Tussen de plastisch chirurgen werkzaam in academische ziekenhuizen enerzijds en algemene ziekenhuizen en privéklinieken anderzijds, wordt een niet onaanzienlijk verschil geconstateerd in het aantal uren dat men (gemiddeld) werkzaam is (het uitvoeren van diensten uitgezonderd): in de academische ziekenhuizen werkt men gemiddeld 56 uur per week, in de algemene ziekenhuizen 46 uur per week en in de privéklinieken zo'n 44 uur per week.
Per fte zijn er tussen de werkvelden kleinere verschillen waarneembaar: bijna 57 uur per week per fte in de academische ziekenhuizen tegenover 51 uur per week in de algemene ziekenhuizen en 50 uur per week in de privéklinieken. De verschillen in aantal gewerkte uren per werkveld hebben dus voor een deel van doen met de reeds eerder geconstateerde verschillen in aantal fte per werkveld.

Tabel 3.16: Aantal werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

Aantal werkuren per week	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Alle werkvelden	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
≤ 32 uur	1	4,0	4	5,6	1	12,5	6	5,8
33-40 uur	-	-	17	23,9	3	37,5	20	19,2
41-48 uur	2	8,0	20	28,2	2	25,0	24	23,1
49-56 uur	12	48,0	23	32,4	-	-	35	33,7
≥ 57 uur	10	40,0	7	9,9	2	25,0	19	18,3
Totaal	25	100,0	71	100,0	8	100,0	104	100,0
Aantal uren per week	*55,8 uur*		*46,0 uur*		*43,7 uur*		*48,2 uur*	
Aantal uren per week per fte	*56,5 uur*		*51,2 uur*		*50,3 uur*		*52,4 uur*	

Gemiddeld werken mannelijke plastisch chirurgen bijna 50 uur per week tegenover de vrouwelijke collega's zo'n 37 uur (tabel 3.17). Voor wat betreft het gemiddeld aantal uren per fte zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen kleiner: bijna 53 uur per fte voor de mannen en bijna 48 uur per fte voor de vrouwen. Het verschil in gemiddeld aantal uren per week van mannen en vrouwen heeft dus, net als bij de verschillen tussen de werkvelden, deels te maken met het verschil in de mate waarin er in deeltijd wordt gewerkt door mannen en vrouwen.

Tabel 3.17: Aantal werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende plastisch chirurgen, naar geslacht, 1998

	Mannen	Vrouwen	Gemiddeld
Aantal uren per week	49,5 uur	37,0 uur	48,2 uur
Aantal uren per week per fte	52,9 uur/fte	47,9 uur/fte	52,4 uur/fte
Aantal respondenten	*93*	*11*	*104*

Voorzover er verschillen zijn tussen de leeftijdsgroepen voor wat betreft het aantal uur dat men per week werkt (tabel 3.18), lopen deze, net als bij de mannen en vrouwen en de werkvelden, slechts gedeeltelijk parallel aan de verschillen in fte. Dit blijkt uit het gegeven dat het aantal uur op full-time basis wat hoger is voor de jongste groep (bijna 56 uur per fte) dan voor de twee oudere groepen (respectievelijk 51 en bijna 52 uur per fte).

Tabel 3.18: Aantal werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende plastisch chirurgen, naar leeftijd, 1998

	31-40 jaar	41-50 jaar	>= 51 jaar	Gemiddeld
Aantal uren per week	50,5 uur	47,4 uur	47,5 uur	48,2 uur
Aantal uren per week per fte	55,6 uur/fte	51,1 uur/fte	51,7 uur/fte	52,4 uur/fte
Aantal respondenten	*25*	*39*	*40*	*104*

Wensen ten aanzien van werkuren

Voor wat betreft de gewenste omvang van het aantal werkuren per week blijkt dat de plastisch chirurgen het liefst ongeveer 41 uur zouden gaan werken. Voor de behoefteraming zal verder niet gekeken naar het aantal werkuren als zodanig, maar wordt enerzijds gekeken naar het aantal uren per fte en anderzijds naar het aantal fte.
Momenteel wordt er gemiddeld ruim 52 uur per week per fte gewerkt. Bij realisatie van de wens omtrent het totaal aantal uren per week, gecombineerd met de wens voor wat betreft het aantal fte, zou er gemiddeld 50 uur per week per fte worden gewerkt.

Tabel 3.19: Huidige en gewenste aantal werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

Aantal werkuren per week	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Alle werkvelden	
	nu %	wens %	nu %	wens %	nu %	wens %	nu %	wens %
≤ 32 uur	4,0	8,0	5,6	19,7	12,5	12,5	5,8	16,3
33-40 uur	-	48,3	23,9	56,3	37,5	37,5	19,2	52,9
41-48 uur	8,0	12,0	28,2	9,9	25,0	12,5	23,2	10,6
49-56 uur	48,0	20,0	32,4	8,5	-	-	33,7	10,6
≥ 57 uur	40,0	12,0	9,9	5,6	25,0	37,5	18,3	9,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aantal uren per week	*55,8*	*43,4*	*46,0*	*39,3*	*43,7*	*48,1*	*48,2*	*41,0*
Aantal uren per week per fte	*56,5*	*48,0*	*51,2*	*50,6*	*50,3*	*55,4*	*52,4*	*50,3*

Vergelijkbaar met de situatie bij de deeltijdfactor, geldt voor een daling van het aantal uren per week per fte dat daarmee de verwerkingscapaciteit per plastisch chirurg zal dalen. Indien verwacht wordt dat de gewenste daling gerealiseerd wordt, dan zal de verwerkingscapaciteit in 2010 nog maar 96,0% zijn van de huidige verwerkingscapaciteit. Om in totaal toch hetzelfde het aantal patiënten te kunnen helpen, zou het aantal plastisch chirurgen moeten groeien met 4,2%.

Avond-/nacht- en weekenddiensten

Een zeer klein deel van ongeveer 4% van de plastisch chirurgen in de academische en algemene ziekenhuizen participeert niet in de avond-/nacht- en weekenddiensten. In de academische ziekenhuizen draait 81% van de plastisch chirurgen alleen diensten waarbij een assistent (en eventueel een andere plastisch chirurg) de eerste dienstdoende arts is. Dit zijn de zogeheten 'achterwachtdiensten'. Verder heeft 15% van de academisch werkzame plastisch chirurgen een combinatie van voor- en achterwachtdiensten. In de algemene ziekenhuizen heeft de meerderheid van de plastisch chirurgen alleen dienst als voorwacht: 71%.

Tabel 3.20: Deelname aan diensten van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Alle werkvelden
Geen diensten	3,8%	4,2%	42,9%	6,7%
Alleen dienst als voorwacht	-	71,8%	42,9%	51,9%
Alleen dienst als achterwacht	80,8%	7,0%	-	25,0%
Combinatie/onbekend	15,4%	16,9%	14,3%	16,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In tabel 3.21 staat, voor degenen die diensten draaien, onder andere aangegeven hoe vaak men dienst heeft. In de academische ziekenhuizen blijkt men ongeveer 71 avonden/nachten per jaar dienst te hebben. Ten opzichte van het totaal aantal door-de-weekse avonden/nachten per jaar (ongeveer 260), betekent dit dat men gemiddeld ongeveer 27% van de diensten doet. Het betekent tevens dat men de diensten met ongeveer 4 plastisch chirurgen verdeeld. In de algemene ziekenhuizen wordt gemiddeld 105

avonden/nachten dienst gedraaid, wat neerkomt op 40% van alle door-de-weekse avonden/nachten en het opdelen van de diensten onder 2,5 plastisch chirurg per ziekenhuis.
Voor de weekenddiensten geldt dat er per ziekenhuis in totaal ongeveer 104 dagen weekenddienst gedraaid moet worden per jaar. In de academische ziekenhuizen hebben de plastisch chirurgen ongeveer 29 dagen weekenddienst, wat betekent dat men ongeveer 28% van de diensten doet en de diensten dus met ongeveer 4 plastisch chirurgen worden verdeeld. In de algemene ziekenhuizen moet men gemiddeld 41 dagen weekenddienst doen, hetgeen net als bij de avonddiensten neerkomt op ongeveer 40% van de diensten.

Tabel 3.21: Werkbelasting in verband met diensten van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Alle werkvelden
Aantal diensten per jaar				
- aantal avonden/nachten	70,5	104,7	175,5	98,7
- aantal weekenddagen	29,3	41,1	91,7	39,6
Aantal telefonische contacten				
- per avond/nacht	1,1	1,4	1,0	1,3
- per weekenddag	1,9	2,6	1,0	2,4
Aantal uren in ziekenhuis				
- per avond/nacht	1,3	1,0	-	1,1
- per weekenddag	1,5	2,1	-	1,9

Overige tijdsbestedingsaspecten
Plastisch chirurgen besteden per jaar gemiddeld 11,5 dag aan bij- en nascholing. Dit aantal verschilt niet tot nauwelijks per werkveld. Men zou overigens graag ongeveer 15 dagen aan bij- en nascholing willen besteden.
Als gekeken wordt naar het aantal vrije dagen (vakantiedagen + ATV), dan blijkt dat plastisch chirurgen in academische ziekenhuizen over gemiddeld 33,5 vrije dagen per jaar beschikken, terwijl de plastisch chirurgen in de algemene ziekenhuizen over gemiddeld 32 vrije dagen beschikken. Gemiddeld genomen worden er in de academische ziekenhuizen vier dagen per jaar niet opgenomen, terwijl in de algemene ziekenhuizen ongeveer één dag niet wordt opgenomen: in de academische ziekenhuizen neemt men dus 29,5 vrije dagen per jaar op en in de algemene ziekenhuizen 31.

3.3.2 Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd

In tabel 3.22 is in beeld gebracht hoe de gemiddelde werkweek van een plastisch chirurg (exclusief diensten) is opgebouwd.
Uit tabel 3.22 kan worden afgeleid dat plastisch chirurgen gemiddeld 39 uur per week besteden aan patiëntgebonden activiteiten en 9 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Er blijkt verder sprake te zijn van enkele verschillen tussen de werkvelden. De plastisch chirurgen in de academische ziekenhuizen besteden gemiddeld wat meer uur per week aan klinische werkzaamheden en aan indirect patiëntgebonden activiteiten en wat minder aan poliklinische werkzaamheden en dagbehandelingen dan het geval is in de algemene ziekenhuizen en de privéklinieken.
Het totaal aantal uren per week dat besteed wordt aan niet-patiëntgebonden activiteiten ligt bij de academisch werkende plastisch chirurgen met gemiddeld 14,5 uur meer dan

twee keer zo hoog dan het aantal uren dat hieraan door de plastisch chirurgen in algemene ziekenhuizen wordt besteed (6,9 uur per week). Het accent bij de niet-patiëntgebonden activiteiten ligt in de academische ziekenhuizen vooral op management, waaraan per week gemiddeld 4,7 uur wordt besteed, èn onderzoek, waaraan gemiddeld 3,9 uur wordt besteed.

Tabel 3.22: Gemiddeld aantal werkuren per week (exclusief diensten) per activiteit van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

Activiteit	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Alle werkvelden
Direct patiëntgebonden activiteiten				
- poliklinische werkzaamheden	12,9	15,6	17,9	15,1
- klinische werkzaamheden	19,2	12,3	9,1	13,7
- dagbehandelingen	3,0	6,6	6,4	5,8
Indirect patiëntgebonden activiteiten				
- intercollegiaal overleg, e.d.	3,0	1,8	1,0	2,0
- correspondentie over patiënten	3,4	2,6	1,8	2,7
Subtotaal patiëntgebonden activiteiten	*41,6*	*38,9*	*36,2*	*39,3*
Percentage patiëntgebonden tijd	*74,2%*	*84,9%*	*81,9%*	*81,7%*
Niet-patiëntgebonden activiteiten				
- onderwijs (geven en nemen)	2,8	1,0	1,0	1,4
- onderzoek (inclusief werkgroepen)	3,9	0,9	1,4	1,6
- literatuurstudie	2,8	1,9	1,7	2,1
- financiële administratie	0,4	1,0	1,4	0,9
- management	4,7	2,0	2,6	2,7
Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten	*14,5*	*6,9*	*8,1*	*8,8*
Percentage niet-patiëntgebonden tijd	*25,8%*	*15,1%*	*18,1%*	*18,3%*
Totaal aantal uren per week[1]	56,1	45,8	44,2	48,1

[1] N.B.: Enkele respondenten hebben geen gedetailleerde opgave van de werkuren gedaan. Daarom wijkt het totaal aantal uur per week in deze tabel iets af van hetgeen vermeld staat in tabel 3.19.

Momenteel wordt 18,3% van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Voor het jaar 2010 wordt verwacht dat het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten zal stijgen vanwege een aantal ontwikkelingen zoals de toenemende managementsparticipatie van specialisten en een toenemende aandacht voor kwaliteitscontrole. De stijging zal relatief gezien het grootste zijn in de algemene ziekenhuizen. Verwacht wordt dat het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten in deze instellingen zal gaan stijgen van 15,1% nu naar 17,5%. Voor de in een privékliniek werkzame plastisch chirurgen wordt een toekomstig aandeel van 20% verwacht. Voor de academische ziekenhuizen wordt verwacht dat het aandeel niet-patiëntgebonden werk zal gaan stijgen van 25,8% naar 27,5%. In totaal zal dit betekenen dat het gemiddelde aandeel niet-patiëntgebonden werk zal stijgen van 18,3% nu, naar ongeveer 20% in 2010. Dit betekent dat er van het huidige aandeel patiëntgebonden werk nog maar 96,7% overblijft. Om dit verlies op te vangen is een groei van 3,4% nodig in het aantal plastisch chirurgen.

In tabel 3.23 staat aangegeven wat de verdeling is van de werktijd over de verschillende aandachtsgebieden die binnen de plastische chirurgie onderscheiden kunnen worden. Voor wat betreft de algemene plastische chirurgie blijkt dat de plastisch chirurgen in de algemene ziekenhuizen hieraan gemiddeld 42% van de werktijd besteden. In de academische ziekenhuizen is dit 28% en in de privéklinieken wordt 19% van de werk-

tijd aan algemene plastische chirurgie besteed. In de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen wordt ook een aanzienlijk deel van de werktijd besteed aan handchirurgie: respectievelijk 32% en 29%. In de privéklinieken wordt hieraan slechts 6% van de werktijd besteed. Voor wat betreft de grote reconstructieve ingrepen is te zien dat dit typisch een aandachtsgebied is waaraan in de academische ziekenhuizen relatief veel wordt gewerkt: 30% van de werktijd in de academische ziekenhuizen wordt hieraan besteed. In de algemene ziekenhuizen is dit slechts 8% van de werktijd en in de privéklinieken zelfs maar 3%. In de privéklinieken is vooral de esthetische chirurgie een aandachtsgebied waar veel tijd aan wordt besteed, zelfs 71%. In de algemene ziekenhuizen wordt 16% van de tijd aan esthetische chirurgie besteed en in de academische ziekenhuizen slechts 8%.

Tabel 3.23: Tijdsbesteding per aandachtsgebied van de responderende plastisch chirurgen, naar belangrijkste werkveld, 1998

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Alle werkvelden
Aandeel van de werktijd voor:				
- algemene plastische chirurgie	28,0%	42,1%	18,7%	37,0%
- handchirurgie	28,6%	31,7%	6,4%	29,1%
- grote reconstructieve ingrepen	29,8%	7,8%	2,9%	12,9%
- esthetische chirurgie	8,2%	15,7%	70,6%	17,7%
- overige activiteiten	5,4%	2,7%	1,4%	3,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.3.3 Gemiddelde tijd van consulten

In de specialistenvragenlijst is gevraagd naar de huidige èn de gewenste tijd per eerste consult en per herhaalconsult. In de algemene ziekenhuizen blijkt dat men gemiddeld iets meer dan 11 minuten besteed voor een eerste consult en iets meer dan 5 minuten voor een herhaalconsult. De wens van de plastisch chirurgen in de algemene ziekenhuizen voor de tijd per consult ligt op bijna 14 minuten voor een eerste consult en bijna 7 minuten voor een herhaalconsult. Dit zou neerkomen op een extra tijdsbesteding van bijna 25% per patiënt voor de poliklinische consulten. In de academische ziekenhuizen is de huidige tijdsbesteding per eerst consult iets meer dan 14 minuten en 7,5 minuut per herhaalconsult. De door de academisch werkzame plastisch chirurgen gewenste tijd per consult ligt ongeveer 27,5% hoger dan de huidige tijd per poliklinisch consult. In de privéklinieken wordt duidelijk het hoogste aantal minuten per consult besteed: 23 minuten per eerste consult en ongeveer 12 minuten per herhaalconsult. De huidige tijd komt voor wat betreft de herhaalconsulten in feite overeen met de gewenste tijd. Voor de eerste consulten ligt de gewenste tijd zelfs lager de huidige feitelijk bestede tijd: een eerste consult zou 'slechts' 22 minuten hoeven te duren in plaats van de huidige 23 minuten.

Tabel 3.24: Tijdsbesteding in minuten per patiënt naar activiteiten en belangrijkste werkveld

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Gemiddeld totaal
Tijd per eerste consult				
- feitelijk	14,3	11,3	23,2	12,9
- gewenst	18,5	13,7	21,8	15,5
Tijd per herhaalconsult				
- feitelijk	7,5	5,2	12,4	6,3
- gewenst	9,5	6,5	12,4	7,8

Het relatief grote verschil tussen de feitelijke en de gewenste tijd per consult in de academische en algemene ziekenhuizen, is in overeenstemming met het gegeven dat de 54% van de plastisch chirurgen in de academische ziekenhuizen en zelfs 69% van de plastisch chirurgen in de algemene ziekenhuizen niet of slechts deels tevreden is met de tijd die beschikbaar is per patiënt (zie tabel 3.10). In de privéklinieken is daarentegen vrijwel niemand ontevreden over de tijd die per patiënt beschikbaar is.
Indien rekening gehouden zou worden met een volledige doorvoering van de gewenste tijd per consult, dan zou dit betekenen dat de poliklinische tijd met ongeveer 25% zou gaan stijgen. Aangezien de poliklinische tijd echter maar 44% van de totale direct patiëntgebonden werktijd vertegenwoordigt (zie tabel 3.3), zou de zorgvraag met ongeveer 11% toenemen. Net als bij de wensen voor het in deeltijd werken, geldt ook voor de tijd per consult dat het de vraag is of de uitgesproken wensen volledig vervuld zullen worden. Daarom is besloten om voor de uitbreiding van de tijd per patiënt uit te gaan van een schatting van 7,5% meer plastisch chirurgen die nodig zijn om althans een deel van de gewenste uitbreiding te realiseren.

3.4 Geschatte behoefte aan plastisch chirurgen

In de NIVEL/NVPC-enquête is onder andere gevraagd of er binnen de praktijk uitbreidingsvacatures zijn voor plastisch chirurgen. Daarmee kan inzicht worden verkregen in de behoefte op korte termijn (paragraaf 3.4.1). In de tweede plaats zal de behoefte aan plastisch chirurgen worden geschat op basis van vraagontwikkelingen en veranderingen in de verwerkingscapaciteit. Dit kan worden beschouwd als een prognose voor de lange termijn (paragraaf 3.4.2). Dit is tevens de prognose op basis waarvan in hoofdstuk 5 de benodigde instroom in de opleiding wordt berekend.

3.4.1 Geschatte behoefte op korte termijn

Op het moment van de enquête, waren er ongeveer 6 fte uitbreidingsvacatures voor plastisch chirurgen, waarvan 3 fte in academische ziekenhuizen en 3 fte in algemene ziekenhuizen. Het gaat daarbij voor een deel om vacatures van ongeveer 0,5 fte per maatschap. Het totaal aantal uitbreidingsvacatures is weliswaar niet erg groot, maar ten opzichte van het totaal aantal arbeidsplaatsen gaat het toch om een uitbreiding met ongeveer 5%. Het is onbekend in hoeverre er in de privéklinieken op korte termijn nog extra plaatsen voor plastisch chirurgen zullen ontstaan.

3.4.2 Geschatte behoefte op lange termijn

In de paragrafen 3.2 en 3.3 is uitgebreid ingegaan op de invloed die bepaalde factoren kunnen hebben op de vraag naar plastisch chirurgen. In tabel 3.25 is per factor nog eens aangegeven hoeveel procent meer plastisch chirurgen nodig zijn om in 2010 de verwachte en/of gewenste ontwikkelingen op te kunnen vangen.

Tabel 3.25: Benodigde groei in aantal plastisch chirurgen tot 2010 ten opzichte van 1998, per factor

	1998-2010
Groei in verband met ontwikkelingen in de zorgvraag	
Demografische ontwikkelingen (CBS lage-variant)	6,7%
Demografische ontwikkelingen (CBS midden-variant)	7,8%
Demografische ontwikkelingen (CBS hoge-variant)	8,8%
Opheffing huidige structurele tekort (stabilisering omvang wachtlijsten)	2,0%
Toename zorgvraag bij ouderen (cohort-effect)	2,1%
Groei in verband met ontwikkelingen in de verwerkingscapaciteit	
Daling aantal fte (van 0,92 naar 0,88 fte)	4,5%
Daling aantal uren per week per fte (van 52 naar 50 uur/fte)	4,2%
Toename niet-patiëntgebonden activiteiten (van 18% naar 20%)	3,4%
Toename tijd per patiëntcontact (met 7,5%)	7,5%

In hoofdstuk 5 wordt een aantal scenario's gepresenteerd waarin de verschillende factoren min of meer op basis van waarschijnlijkheid zijn samengevoegd. Op dat moment kunnen de percentages groei per scenario worden omgezet naar het absolute aantal plastisch chirurgen dat voor zo'n scenario nodig is. Door vervolgens ook nog rekening te houden met het verwachte aanbod aan plastisch chirurgen, kan per scenario gekeken worden wat de optimale instroom in de opleiding is.

4 TOEKOMSTIGE AANBOD AAN PLASTISCH CHIRURGEN

4.1 Inleiding

In dit deel van deze behoefteramingsstudie zal worden ingegaan op de vraag hoeveel plastisch chirurgen in het jaar 2010 beschikbaar zullen zijn. Deze groep bestaat in de eerste plaats uit de plastisch chirurgen die eind 1998 werkzaam zijn. In de tweede plaats is de groep beschikbare plastisch chirurgen afkomstig uit de groep plastisch chirurgen die eind 1998 geen werk heeft, maar wel op zoek is naar werk als plastisch chirurg (arbeidsreserve) en de groep AGIO's die op dit moment in opleiding is. Daarnaast dient eventueel ook rekening te worden gehouden met plastisch chirurgen die zich uit het buitenland in Nederland zullen vestigen.
Bovengenoemde groepen vormen tezamen de niet beïnvloedbare potentiële groep plastisch chirurgen. Hiermee wordt bedoeld dat de omvang van deze groepen niet te beïnvloeden is door uitbreiding of inkrimping van de opleidingscapaciteit. Rekening houdend met de uitstroomfactoren natuurlijk verloop en niet-natuurlijk verloop kan vervolgens het totaal aantal beschikbare artsen in een prognosejaar worden vastgesteld.
De omvang van de groep beschikbare plastisch chirurgen is berekend op basis van gegevens van de SRC, de NVPC, de drie schriftelijke vragenlijsten en opleidingsgegevens.

4.2 Ontwikkeling aantal plastisch chirurgen tot nu toe

Plastische chirurgie is in Nederland in 1950 erkend als medisch specialisme. In 1965 waren er inmiddels 25 specialisten werkzaam als plastisch chirurg (zie tabel 4.1). Omdat het specialisme relatief jong is, waren er in de jaren tot en met 1984 slechts enkele plastisch chirurgen die met pensioen gingen: gemiddeld minder dan één per jaar. De instroom van nieuwe plastisch chirurgen liep in diezelfde periode op van ongeveer één tot bijna vijf per jaar. Het totaal aantal beschikbare plastisch chirurgen groeide daardoor in 20 jaar tijd van 25 specialisten in het begin van 1965 tot 83 aan het eind van 1984. Vanaf 1985 is de uitstroom van plastisch chirurgen eerst opgelopen tot twee per jaar (van 1985 tot en met 1990) en vervolgens naar drie per jaar (van 1990 tot en met 1994). De instroom is in dezelfde tijd eveneens gestegen, waardoor de toename in aantal plastisch chirurgen op gemiddeld vijf per jaar is blijven staan. Voor de periode vanaf 1995 is er sprake van een iets stijgende groei. Aan het einde van 1999 zullen er waarschijnlijk 148 plastisch chirurgen beschikbaar zijn en dat zijn er 28 meer dan het geval was aan het einde van 1994. Overigens zijn er aan het einde van 1998 in totaal 145 plastisch chirurgen beschikbaar, waarvan er 144 werkzaam zijn.

Tabel 4.1: Ontwikkeling in aantal plastisch chirurgen, vanaf 1965

	'65-'69	'70-'74	'75-'79	'80-'84	'85-'89	'90-'94	'95-'99[1]
Totaal aantal plastisch chirurgen aan het **begin** van elke periode	25	31	40	64	83	105	120
Uitstroom van plastisch chirurgen gedurende elke periode	*1*	*4*	*2*	*4*	*10*	*15*	*12*
Instroom van plastisch chirurgen gedurende elke periode	*7*	*13*	*26*	*23*	*32*	*30*	*40*
Toename aantal plastisch chirurgen gedurende elke periode	*6*	*9*	*24*	*19*	*22*	*15*	*28*
Totaal aantal plastisch chirurgen aan het **einde** van elke periode	31	40	64	83	105	120	148

[1] met voor 1999 een schatting van de in- en uitstroom op basis van de enquête gegevens.

4.3 Beschrijving huidige plastisch chirurgen

Eind 1998 zijn er, zoals kan worden vastgesteld op basis van de NVPC-administratie èn op basis van de NIVEL/NVPC-enquête, 144 plastisch chirurgen in Nederland werkzaam. Van deze plastisch chirurgen is 19% voor 100% van de werktijd werkzaam in een academisch ziekenhuis (tabel 4.2). Bijna de helft is voor 100% werkzaam in één of meerdere algemeen ziekenhuizen. Een groep van 3% werkt alleen in een privékliniek. Een redelijk omvangrijk deel van de plastisch chirurgen (29%) is werkzaam in een combinatie van werkvelden. Ongeveer 15% van alle plastisch chirurgen werkt zowel in een algemeen ziekenhuis als een privékliniek. Het gaat daarbij meestal om plastisch chirurgen die voor 0.8 fte in een algemeen ziekenhuis werken en voor 0.2 fte in een privékliniek. De combinatie van academisch werkzaam zijn èn in een privékliniek werken is van toepassing op 4% van de plastisch chirurgen. Tenslotte komt ook de combinatie van het werken in een algemeen èn een academisch ziekenhuis voor, namelijk bij 10% van alle plastisch chirurgen.

Tabel 4.2: Aantal werkzame plastisch chirurgen (gehele populatie) naar werkveld, eind 1998

	absoluut	%
Academische ziekenhuizen	27	18,8
Algemene ziekenhuizen	71	49,3
Privéklinieken	4	2,8
Combinatie van werkvelden	42	29,2
w.v.		
- Academisch/Algemeen	*15*	*10,4*
- Algemeen/Privé	*22*	*15,3*
- Academisch/Privé (+ evt. Algemeen)	*5*	*3,5*
Totaal	144	100,0

Het een en ander betekent dat er in feite 48 plastisch chirurgen werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis (zie tabel 4.3). Daarvan zijn er 27 (56%) die enkel en alleen in een academisch ziekenhuis werken. Van de 48 academisch werkzame plastisch chirur-

gen zijn er verder nog 10 (20%) die voor meer dan 50% van de tijd in een academisch ziekenhuis werkzaam zijn. Tenslotte zijn er nog 11 plastisch chirurgen voor minder dan 50% van hun werktijd werkzaam in een academisch ziekenhuis. Dit betreft 23% van alle academisch werkzame plastisch chirurgen. In de algemene ziekenhuizen is iets vergelijkbaars te zien. In totaal zijn er 109 plastisch chirurgen werkzaam in een algemeen ziekenhuis, waarvan 65% alleen in een algemeen ziekenhuis werkzaam is, 23% vooral in een algemeen ziekenhuis werkzaam is en 11% vooral in een academisch ziekenhuis of een privékliniek werkzaam is. In de privéklinieken is het merendeel van de daar werkzame plastisch chirurgen in feite voor minder dan 50% van de werktijd daar werkzaam: van de 31 plastisch chirurgen in de privéklinieken doet 68% dit als nevenfunctie.

Tabel 4.3: Aantal plastisch chirurgen (gehele populatie), naar aantal werkvelden, per werkveld, 1998

	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Privé-klinieken		Alle werkvelden	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Eén werkveld	27	56,3	71	65,1	4	12,9	102	70,8
Twee werkvelden: hoofdwerkveld	10	20,8	26	23,9	6	19,4	42	29,2
Subtotaal: belangrijkste werkveld	*37*	*77,1*	*97*	*89,0*	*10*	*32,3*	*144*	*100,0*
Twee werkvelden: nevenwerkveld	11	22,9	12	11,0	21	67,7		
Totaal	*48*	*100,0*	*109*	*100,0*	*31*	*100,0*		

Een historisch overzicht van het aantal werkzame plastisch chirurgen per werkveld is helaas niet voorhanden. Wel is duidelijk dat de privéklinieken aan het begin van de jaren negentig nog nauwelijks bestonden.

Overigens, geschat kan worden dat van alle werktijd van de huidige plastisch chirurgen in Nederland, ongeveer 28% besteed wordt in de academische ziekenhuizen, 65% in de algemene ziekenhuizen en 8% in de privéklinieken.

Geslacht

Momenteel is 12% van alle werkzame plastisch chirurgen vrouw. Tussen de werkvelden lijkt enig verschil te bestaan in het percentage vrouwelijke plastisch chirurgen. In de algemene ziekenhuizen werken namelijk relatief wat meer vrouwen dan in de academische ziekenhuizen en de privéklinieken. Deze verschillen kunnen echter te maken hebben met het in absolute zin geringe aantal vrouwelijke plastisch chirurgen.

Leeftijd

Uit de leeftijdsopbouw van de werkzame plastisch chirurgen blijkt dat 25% jonger is dan 41 jaar (tabel 4.4). De omvang van de groep van 41-50 jarigen en de 51-60 jarigen is vrijwel aan elkaar gelijk, en bedraagt elk ongeveer 36% van alle werkzame plastisch chirurgen. Er zijn slechts enkele plastisch chirurgen werkzaam met een leeftijd boven de 60 jaar.

Tabel 4.4: Aantal werkzame plastisch chirurgen (gehele populatie) naar leeftijd en geslacht, eind 1998

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
31-35	2	1,6	1	5,9	3	2,1
36-40	27	21,3	6	35,3	33	22,9
41-45	23	18,1	2	11,8	25	17,4
46-60	25	19,7	3	17,6	28	19,4
51-55	26	20,5	5	29,4	31	21,5
56-60	20	15,7	-		20	13,9
>60	4	3,1	-	-	4	2,8
Totaal	127	100,0	17	100,0	144	100,0

Uit tabel 4.3 blijkt verder dat van de groep werkzame vrouwelijke plastisch chirurgen een groter aandeel jonger is dan 41 jaar (41%) dan van de groep werkzame mannelijke collega's (23%).
Als de leeftijdsopbouw van de werkzame plastisch chirurgen wordt onderscheiden naar werkveld, dan zijn er eveneens verschillen te zien. Van de academisch werkenden is 37% jonger dan 41 jaar, terwijl dit in de algemene ziekenhuizen en de privéklinieken ongeveer 23% is.

Rechtspositie
Van de responderende werkzame plastisch chirurgen in algemene ziekenhuizen is 80% uitsluitend werkzaam als vrijgevestigd specialist (tabel 4.5). Het overige deel is in dienstverband werkzaam (1%) of is werkzaam als waarnemer (4%) of heeft een combinatie van genoemde rechtsposities (14%). Bij deze combinatie van rechtsposities gaat het vooral om een combinatie van vrije vestiging met dienstverband. Uitgesplitst naar geslacht zijn er eigenlijk geen verschillen waar te nemen.
In academische ziekenhuizen heeft iedereen een dienstverband. Bijna een derde werkt daarbij echter in een combinatie met vrije vestiging. Van de plastisch chirurgen die in een privékliniek werkzaam zijn, is vrijwel iedereen volledig vrijgevestigd.

Tabel 4.5: Rechtspositie van werkzame plastisch chirurgen in algemene ziekenhuizen naar geslacht, eind 1998 (respondenten)

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Vrijgevestigd	50	79,4	7	87,5	57	80,3
Dienstverband	1	1,6	-	-	1	1,4
Waarnemend	3	4,8	-	-	3	4,2
Combinatievorm	9	14,3	1	12,5	10	14,1
Totaal	63	100,0	8	100,0	71	100,0

4.4 De te verwachten uitstroom tot 2010

Er zijn een tweetal mogelijkheden waardoor uitstroom uit de op dit moment werkzame groep plastisch chirurgen kan plaatsvinden:

1. Als gevolg van natuurlijk verloop, te weten pensionering, vervroegde uittreding, ziekte, arbeidsongeschiktheid of overlijden;
2. Als gevolg van niet natuurlijk verloop, bijvoorbeeld als gevolg van verandering van werkkring.

4.4.1 Natuurlijk verloop

Uitstroom als gevolg van natuurlijk verloop is afhankelijk van de wensen omtrent de leeftijd waarop men met pensioen wil gaan en de huidige leeftijdsopbouw van de werkzame plastisch chirurgen. In totaal willen 34 van de responderende plastisch chirurgen in de komende 12 jaar ophouden met werken. Hiervan zijn er 19 die reeds voor het jaar 2005 willen stoppen met werken. Wanneer verondersteld wordt dat uittreding daadwerkelijk plaatsvindt op de leeftijd waarop men dit wenst (wat voor de oudere groep plastisch chirurgen gemiddeld met 62,1 jaar is), dan betekent dit dat van de 104 werkzame, responderende plastisch chirurgen er per 1 januari 2010 nog maximaal 70 werkzaam zullen zijn. Daarnaast is voor de non-respondenten rekening gehouden met een pensionering in het 64e levensjaar. Daardoor zullen er waarschijnlijk nog eens 15 plastisch chirurgen met pensioen gaan voor het jaar 2010. In totaal betekent dit dat er 49 van 144 werkzame plastisch chirurgen uit zullen stromen en dat er dus 95 van de nu reeds werkzame plastisch chirurgen beschikbaar blijven.

Tabel 4.6: Uitstroom uit het werkzame bestand van plastisch chirurgen (gehele populatie) als gevolg van natuurlijk verloop in de periode 1998-2010

	2010
Praktiserend per ultimo 1998	*144*
Af: Natuurlijk verloop	49
Overblijvend deel bestand 1998 bij 'pensioen met wensleeftijd'	95

4.4.2 Niet-natuurlijk verloop

Naast natuurlijk verloop kan er ook sprake zijn van uitstroom als gevolg van niet-natuurlijk verloop. Dit betreft plastisch chirurgen die besluiten in het buitenland aan het werk te gaan of werkzame plastisch chirurgen die het beroep verlaten om in een ander beroep aan de slag te gaan. Over beide groepen zijn geen gegevens beschikbaar. Verondersteld wordt dat nauwelijks daadwerkelijke verandering van beroep onder de huidige groep plastisch chirurgen plaatsvindt en dat eventueel vertrek naar het buitenland gecompenseerd wordt door plastisch chirurgen die (tijdelijk) vanuit het buitenland in Nederland komen werken. Overigens, het aantal personen dat zich in heeft laten inschrijven als plastisch chirurg en dat uit het buitenland afkomstig was, bedroeg tot en met 1986 ongeveer 0,5 per jaar. Daarna is het gestegen via ongeveer 1 per jaar tussen 1987 en 1991 tot 1,6 per jaar vanaf 1992.

4.5 Ontwikkeling aantal plastisch chirurgen in opleiding tot nu toe

In tabel 4.7 zijn gegevens opgenomen van de SRC over het totale aantal assistenten dat jaarlijks in opleiding was voor plastische chirurgie vanaf 1989. Het gaat daarbij om het aantal assistenten, inclusief degenen die bezig zijn met de algemene vooropleiding

heelkunde. Het totaal aantal opleidingsplaatsen (dat wil zeggen het totaal aantal AGIO's) is in de afgelopen jaren gegroeid van ongeveer 17 naar ongeveer 24. De voor-opleiding èn de vervolgopleiding duren beide 3 jaar. Het totale opleidingstraject vergt dus zes jaar.
Door de SRC wordt ook vermeld hoeveel vrouwelijke AGIO's staan ingeschreven. Het aandeel vrouwelijke assistenten in opleiding voor plastische chirurgie blijkt te variëren tussen 10% en 20%

Tabel 4.7: Aantal bij de Specialisten Registratie Commissie ingeschreven AGIO's plastische chirurgie en aandeel vrouwen, vanaf 1989 (per 1-1)

	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98
Aantal ingeschreven AGIO's plastische chirurgie	18	17	16	20	23	26	23	24	25	23
wv percentage vrouwen	17%	12%	19%	10%	17%	15%	22%	13%	20%	17%

Het laatst beschikbare jaarverslag van de SRC betreft de situatie per 1-1-1998. Op dat moment waren er volgens de SRC-gegevens 25 assistenten in opleiding voor het specialisme plastische chirurgie.

4.6 Beschrijving huidige plastisch chirurgen in opleiding

Achtergrondkenmerken
Van de huidige groep van 33 assistenten in opleiding is 82% man en 18% vrouw. Het percentage vrouwelijke plastisch chirurgen, momenteel 11%, zal in de komende jaren dus enigszins gaan stijgen.
Het grootste deel van huidige AGIO's is tussen 31 en 35 jaar oud (tabel 4.8).

Tabel 4.8: Aantal AGIO's naar leeftijd en geslacht, eind 1998

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 31 jaar	1	3,7	1	16,7	2	6,1
31-35 jaar	22	81,5	5	83,3	27	81,8
36-40 jaar	4	14,8	-	-	4	12,1
> 40 jaar	-	-	-	-	-	-
Totaal	27	100,0	6	100,0	33	100,0

Van de 27 responderende AGIO's zijn er eind 1998 3 (11%) reeds gepromoveerd, zullen er 6 (22%) voor het jaar 2002 promoveren en zeggen 13 AGIO's wellicht te gaan promoveren.

Werkuren
De AGIO's binnen de opleiding plastische chirurgie zijn exclusief diensten gemiddeld bijna 53 uur per week werkzaam.
Uit tabel 4.9 blijkt verder dat AGIO's gemiddeld bijna 43 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten besteden. Dit betreft 81% van de totale tijdsbesteding.

Tabel 4.9: Gemiddeld aantal werkuren per week (exclusief diensten) per activiteit van AGIO's plastische chirurgie, 1998

	AGIO's
Direct patiëntgebonden activiteiten	
- poliklinische werkzaamheden (poliklinische consulten en verrichtingen)	9,9 uur
- klinische werkzaamheden (opname, visite, klinische consulten en verrichtingen)	21,3 uur
- dagbehandelingen	5,5 uur
Indirect patiëntgebonden activiteiten	
- intercollegiaal overleg, overleg met andere disciplines	3,0 uur
- correspondentie over patiënten	2,9 uur
Subtotaal patiëntgebonden activiteiten	*42,6 uur*
Niet-patiëntgebonden activiteiten	
- onderwijs (incl. voorbereiding)	2,4 uur
- onderzoek (inclusief werkgroepen)	4,0 uur
- literatuurstudie	2,6 uur
- assistentenoverleg	1,2 uur
Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten	*10,2 uur*
Totaal	52,9 uur

Toekomstplannen en voorkeuren

Van de groep van 27 AGIO's die gerespondeerd hebben op de schriftelijke NIVEL/NVPC-enquête geeft iedereen te kennen dat men na afloop van de studie direct aan de slag wil als plastisch chirurg. Er zijn twee AGIO's die bij voorkeur in het buitenland hun beroep willen uitoefenen en vijf AGIO's hebben geen voorkeur.

Als vervolgens aan de AGIO's de vraag wordt voorgelegd in welke setting men bij voorkeur het beroep van plastisch chirurg zou willen uitoefenen, dan blijkt dat 63% eventueel in een academisch ziekenhuis wil werken, 70% wil eventueel in een algemeen ziekenhuis werken en 44% wil eventueel in een privékliniek werken. Een uitgesproken voorkeur voor enkel en alleen een algemeen ziekenhuis heeft 22% van de AGIO's. De overigen willen vaak het liefst in een algemeen en een academisch ziekenhuis werken (30%), of in een academisch ziekenhuis en een privékliniek (eveneens 30%). Een wat kleinere groep van 15% wil in een algemeen ziekenhuis en een privékliniek werken.

Bijna 41% van de AGIO's wenst in de toekomst zowel in vrije vestiging als in dienstverband te werken. Slechts 18% kiest voor een volledig dienstverband en circa 26% kiest voor een volledig vrije vestiging.

Als vervolgens aan de AGIO's de vraag wordt voorgelegd voor hoeveel fte men bij voorkeur het beroep zou willen uitoefenen, dan blijkt dat 63% kiest voor een part-time baan. Daarbij bedraagt het gemiddeld aantal fte 0,82. Van de mannelijke AGIO's kiest 58% voor een part-time baan (gemiddeld 0,83 fte) en van de vrouwelijke AGIO's geeft 100% te kennen dat men part-time zou willen werken (gemiddeld 0,8 fte). Als gekeken wordt hoeveel uren men specifiek per week zou willen werken, dan blijkt dat de part-timers een gemiddelde werkweek wensen van 40,6 uur (exclusief diensten) en de full-timers 44,8 uur (exclusief diensten).

Tabel 4.10: Voorkeuren van AGIO's plastische chirurgie voor aantal toekomstige werkuren naar voorkeuren van full-time of part-time aanstelling

	Full-time	Part-time
Exclusief diensten	44,8 uur	40,6 uur
Inclusief diensten	51,0 uur	47,0 uur

4.7 De te verwachten instroom tot 2010

Naast de instroom vanuit de in de vorige paragrafen behandelde huidige assistenten in opleiding, kan er ook instroom ontstaan vanuit de huidige arbeidsreserve en vanuit het buitenland.

De arbeidsreserve

Er is van 1 plastisch chirurg bekend dat deze nu niet werkzaam is, maar binnen één jaar wel werkzaam wil zijn (NIVEL/NVPC-enquête). Er van uitgaande dat het deze persoon inderdaad zal lukken om aan de slag te gaan, betekent dit dat er per 1 januari 2010 1 extra plastisch chirurg werkzaam zal zijn.

Uit het buitenland

Verondersteld wordt dat het aantal plastisch chirurgen dat in de komende jaren vanuit het buitenland naar Nederland komt, wordt gecompenseerd door het aantal plastisch chirurgen dat vanuit Nederland naar het buitenland vertrekt. Met de immigratie en emigratie van plastisch chirurgen wordt derhalve geen rekening gehouden. Dit betekent dat ook geen rekening wordt gehouden met de twee assistenten die graag naar het buitenland gaan, dat wil zeggen: alle 33 AGIO's worden verondersteld zich in Nederland te willen vestigen.

Conclusie

In tabel 4.11 wordt een samenvattend overzicht gegeven van het aantal plastisch chirurgen dat de komende jaren op de arbeidsmarkt zal instromen.

Tabel 4.11: Beschikbaar aantal plastisch chirurgen in 2010, vanuit de huidige groep AGIO's plastische chirurgie en de huidige arbeidsreserve

	2010
Huidig aantal AGIO's	33
Huidige arbeidsreserve	1
Totaal	34

Vanuit de huidige assistenten in opleiding zullen er 33 plastisch chirurgen beschikbaar komen. Vanuit de huidige arbeidsreserve zal er 1 plastisch chirurg extra beschikbaar zijn.

4.8 Raming van het minimum aantal beschikbare plastisch chirurgen

Wanneer gekeken wordt hoeveel plastisch chirurgen er eind 1998 werkzaam zijn en hoe groot de instroom zal zijn vanuit de huidige AGIO's en de huidige arbeidsreserve en hoe groot de uitstroom tot 2010 zal zijn vanuit de huidige specialisten, dan volgt daaruit hoeveel plastisch chirurgen er in ieder geval beschikbaar zullen zijn in 2010. Het gaat daarbij om het aantal plastisch chirurgen dat beschikbaar zal zijn in de hypothetische situatie dat er vanaf 1999 niemand meer tot de opleiding wordt toegelaten.

Tabel 4.12: Het aantal beschikbare plastisch chirurgen uit het niet meer te beïnvloeden bestand

	2010
Praktiserenden eind 1998	144
Bij: **Instroom**	
- huidig aantal assistenten in opleiding	33
- huidige arbeidsreserve	1
Af: **Uitstroom**	
- natuurlijk verloop vanuit huidige specialisten bij pensioen met wensleeftijd	49
Totaal aantal beschikbare plastisch chirurgen	129

Op grond van deze tabel blijkt dat het beschikbare aantal plastisch chirurgen minimaal 129 zal zijn per 1 januari 2010. Dit aanbod (het niet beïnvloedbaar potentieel aan plastisch chirurgen), zal in het volgende hoofdstuk worden afgezet tegen de ontwikkeling van de vraag naar plastisch chirurgische zorg, zoals berekend in het vorige hoofdstuk.

5 VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van plastisch chirurgen is een aantal scenario's uitgewerkt. De factoren die in de scenario's worden meegenomen zijn:
- demografische ontwikkelingen;
- extra stijging zorgvraag (opheffing structurele tekort en groei zorgvraag ouderen);
- deeltijdwerken (afname aantal fte);
- arbeidstijdnormalisering (afname aantal uren per fte);
- toename percentage niet-patiëntgebonden activiteiten;
- toename tijd per patiëntcontact.

Het spreekt voor zich dat er op basis van de factoren die wel of niet worden meegenomen tal van scenario's mogelijk zijn. De meeste relevante scenario's zullen worden gepresenteerd. Daarbij is getracht om de factoren min of meer in volgorde van waarschijnlijkheid toe te voegen aan de verschillende scenario's. Daarbij wordt er steeds vanuit gegaan dat de voorafgaande factoren hun invloed blijven behouden.

In het eerste scenario wordt uitgegaan van het idee dat alleen de demografische ontwikkelingen een rol zullen spelen. Daarbij is gekozen voor de midden-variant van de bevolkingsontwikkeling. Hiervoor is een groei nodig van 7,8% in het aantal plastisch chirurgen ten op zichte van 1998. In het tweede scenario zijn de benodigde groei voor het opheffen van het huidige structurele tekort én de gevolgen van een toename van de vraag naar plastische chirurgie bij ouderen toegevoegd. Deze twee elementen zorgen tezamen voor een groei van 4,1% in het benodigde aantal plastisch chirurgen. Het derde scenario bevat tevens het idee dat er een toename zal zijn van het in deeltijd werken door plastisch chirurgen. Dit heeft als consequentie dat het aantal plastisch chirurgen met nog eens 4,5% zou moeten uitbreiden. Het vierde scenario omvat daarnaast nog de gevolgen van de wens tot arbeidstijdnormalisering, waarvoor een groei met 4,2% nodig is. In scenario vijf wordt tevens rekening gehouden met een toename van het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten. Dit kan opgevangen worden indien er 3,4% meer plastisch chirurgen komen. Het zesde scenario omvat tenslotte ook nog de gevolgen van een mogelijke stijging in de tijd per patiëntcontact, waarvoor 7,5% meer plastisch chirurgen nodig zijn.

In tabel 5.1 wordt voor elk van de scenario's aangegeven hoeveel plastisch chirurgen er in totaal beschikbaar moeten zijn, gegeven de betreffende combinatie van zorgvraag en verwerkingscapaciteit. Verder wordt vermeld wat de benodigde instroom per jaar in de opleiding moet zijn om vraag en aanbod in evenwicht te brengen. Tenslotte wordt vermeld wat het verschil is tussen de benodigde instroom per jaar en de huidige instroom in de opleiding (9 per jaar).
Uit deze tabel blijkt dat de huidige opleidingscapaciteit ruim voldoende is om de demografische ontwikkelingen op te vangen. Wanneer geen van de overige factoren een rol zal gaan spelen, zou het aantal plastisch chirurgen dat jaarlijks tot opleiding wordt toegelaten ongeveer 5 per jaar moeten zijn. In het geval er naast de demografie ook rekening wordt gehouden met de stijging van de zorgvraag (scenario 2), zou een instroom van 7 per jaar voldoende zijn. Voor het geval er rekening wordt gehouden met een daling in het gemiddelde aantal fte (scenario 3), zou een instroom van 8 per jaar nodig

zijn. Indien zich tevens de verwachte daling in het aantal uur per fte voordoet, is de huidige omvang van de instroom (9) precies voldoende. Voor de overige twee scenario's moet de huidige opleidingscapaciteit juist worden uitgebreid. Voor een toename van het aandeel niet-patiëntgebonden tijd zouden in totaal 11 assistenten per jaar opgeleid moeten worden. De toename van 7,5% in de tijd per patiënt zou, nadat reeds rekening wordt gehouden met alle voorgaande factoren, alleen gerealiseerd kunnen worden indien het aantal assistenten met nog eens 2 per jaar wordt uitgebreid, naar in totaal 13 per jaar.

Tabel 5.1: Jaarlijks aantal op te leiden plastisch chirurgen vanaf 1999 tot en met 2003, voor een goede afstemming van vraag en aanbod per 1 januari 2010 (CBS midden-variant)

	Benodigde aantal plastisch chirurgen in 2010	Benodigde instroom per jaar	Verschil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (*midden variant*)	155	5	-4
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag (*met 4,1%*)	162	7	-2
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte (*van 0,92 naar 0,88*)	169	8	-1
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte (*van 52 naar 50*)	176	9	0
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden werk (*van 18% naar 20%*)	182	11	+2
Scenario 6			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden werk			
- toename tijd per patiënt (*met 7,5%*)	196	13	+4

6. SLOTBESCHOUWING

Plastische chirurgie is een medisch specialisme waar momenteel relatief omvangrijke wachtlijsten en lange wachttijden bestaan, die bovendien groeiend zijn. Er is dus sprake van een huidig structureel tekort aan plastisch chirurgische zorg. Dit tekort bestaat ondanks het gegeven dat het aanbod aan plastisch chirurgische zorg in de afgelopen jaren sterk gegroeid is. Tien jaar geleden waren er ongeveer 100 werkzame plastisch chirurgen. Eind 1998 waren dit er inmiddels 144. Handhaving van de huidige opleidingscapaciteit zal de beroepsgroep verder laten groeien.
Binnen de beroepsgroep van plastisch chirurgen staat reeds langere tijd de vraag centraal of de te verwachten vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de plastische chirurgie de huidige omvang van de opleidingscapaciteit rechtvaardigt (NVPC, 1994). In dit verband bestaat er in de eerste plaats onzekerheid omtrent de gevolgen van de demografische ontwikkelingen (vergrijzing) op de zorgvraag. Andere 'vraagontwikkelingen' die de aandacht verdienen zijn ontwikkelingen op het medisch-technisch vlak, epidemiologische ontwikkelingen en met name de beleidsmatige ontwikkelingen, zoals kostenbeheersing, een eventueel toekomstig dienstverband, de ontwikkeling van intra- en extra-budgettaire gezondheidszorg, implementatie van plastisch chirurgische zorg in alle Nederlandse ziekenhuizen en de ontwikkelingen rond privéklinieken.
Daarnaast blijkt dat, net als bij de meeste medisch specialismen, er ook binnen de plastische chirurgie sprake is van een aantal ontwikkelingen in het zorgaanbod waardoor er voor een bepaalde hoeveelheid zorgvraag meer specialisten nodig zijn om aan deze vraag te voldoen. Een van de ontwikkelingen betreft de wens om te komen tot arbeidstijdnormalisering. Ten opzichte van de tot nu toe gebruikelijke werktijden, wensen de huidige AGIO's, maar ook een groot aantal van de huidige specialisten, een aanmerkelijke vermindering. Een toename van het aantal specialisten dat in een dienstverband werkzaam is, zal overigens ook kunnen zorgen voor een daling van het aantal uur per fte (Van der Velden, e.a., 1997d). Daarnaast wenst een deel van de huidige en toekomstige plastisch chirurgen in deeltijd te gaan werken. Dit betekent dat aspecten als arbeidstijdnormering en deeltijd ontwikkelingen zijn die ook binnen de plastische chirurgie een belangrijke rol zullen gaan spelen bij het benodigde aantal specialisten.
Dit soort ontwikkelingen waren voor de NVPC redenen om het NIVEL te vragen een behoefteramingsonderzoek voor de periode 1998-2010 uit te voeren.

Om de toekomstige vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen in kaart te brengen is in eerste instantie gekeken naar de gevolgen van de demografische ontwikkelingen. Daarbij moet worden geconstateerd dat de plastisch chirurgische zorgvraag weliswaar relatief klein is binnen de jongste bevolkingsgroep (9% van de zorg wordt besteed aan 0-14-jarigen, terwijl deze groep 18% van de bevolking omvat), maar verder is de zorgvraag niet sterk leeftijdspecifiek bepaald. Zo wordt circa 46% van de totale zorgvraag binnen de plastische chirurgie geleverd aan de groep personen van 15 tot en met 45 jaar, die 44% van de Nederlandse bevolking omvat. De plastische chirurgie is daardoor een matig vergrijzingsgevoelig specialisme. Op grond van de bevolkingsprognose van het CBS volgens de midden-variant is in deze studie berekend dat in de periode 1998-2010 de zorgvraag voor plastische chirurgie met 8% zal toenemen, terwijl de bevolkingsomvang met 6% zal toenemen. De vergrijzing zorgt dus voor een additionele 2% groei. Als alle andere omstandigheden gelijk blijven, zal het aantal plastisch

chirurgen met eveneens 8% moeten toenemen om de groeiende zorgvraag als gevolg van de demografische ontwikkelingen op te vangen.
Naast demografische ontwikkelingen is ook gekeken in hoeverre er andere ontwikkelingen zijn die het zorggebruik, c.q. de zorgvraag zouden kunnen beïnvloeden. Een beschouwing van gegevens over groei van de wachtlijsten en wachttijden in de afgelopen jaren, heeft uitgewezen dat er in feite op dit moment sprake is van een structureel tekort van 2%. Dit betekent dat het huidige zorgaanbod 2% kleiner is dan de huidige zorgvraag. Opheffing van dit structurele tekort kan voorkomen dat de reeds lange wachtlijsten en wachttijden in de toekomst verder zullen toenemen. Naast de huidige discrepantie tussen vraag en aanbod, kan verondersteld worden dat de vraag naar plastisch chirurgische zorg in de toekomst nog zal groeien, aangezien de huidige generatie van 45-64-jarigen een relatief groot beroep doet op plastisch chirurgische zorg en verwacht kan worden dat zij dit op latere leeftijd eveneens blijven doen. Wanneer de huidige groep van 45-64-jarigen in de toekomst even vaak gebruik blijft maken van plastisch chirurgische zorg als nu het geval is, dan zal de zorgvraag tussen 1998 en 2010 door dit 'cohort-effect' met 2% extra stijgen.

Het benodigde aantal plastisch chirurgen wordt niet alleen bepaald door de zorgvraag, maar ook door de verwerkingscapaciteit, ofwel het aantal patiënten dat per plastisch chirurg behandeld kan worden. De verwerkingscapaciteit wordt grotendeels bepaald door drie factoren: de omvang van de werktijd, de verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden activiteiten en de gemiddelde duur van een consult of verrichting.
Met betrekking tot de reguliere werktijd (exclusief diensten) van plastisch chirurgen is geconstateerd dat men gemiddeld 53 uur per week per fte werkzaam is. Verder blijkt dat men gemiddeld 0,92 fte werkt. Het lijkt zeer waarschijnlijk dat het aantal werkuren van de plastisch chirurgen in de komende jaren zal teruglopen. Uit de enquête bleek dat men zich uitspreekt voor een gemiddelde werkweek van 50 uur per fte. De door de AGIO's uitgesproken wens voor de gemiddelde werktijd per fte ligt zelfs nog wat lager. Voor een daling naar 50 uur per fte in het jaar 2010, moet het aantal plastisch chirurgen met 4,2% toenemen om deze daling in de werktijd op te vangen.
Op dit moment werkt 31% van de plastisch chirurgen in deeltijd. Het in deeltijd werken komt bij de vrouwelijke plastisch chirurgen zelfs in 73% van de gevallen voor. Van de mannelijke plastisch chirurgen werkt 26% in deeltijd. Aangezien het aandeel vrouwelijke plastisch chirurgen in de komende jaren slechts in relatief geringe mate zal toenemen, zal het aantal deeltijders hierdoor eveneens slechts in geringe mate stijgen. De mannelijke plastisch chirurgen wensen echter ook in toenemende mate in deeltijd te gaan werken. Doorvoering van de wensen voor deeltijd van de huidige plastisch chirurgen, zou leiden tot een daling van het gemiddelde aantal fte van 0,92 naar 0,83 fte. Voor de behoefteraming is echter alleen rekening gehouden met een gedeeltelijke realisering van deze wensen. Indien rekening wordt gehouden met een teruggang in aantal fte van de huidige plastisch chirurgen naar 0,88 fte, dan zijn er in 2010 4,0% meer plastisch chirurgen nodig.
Een ontwikkeling die eveneens de aandacht verdient, is de verschuiving in de verhouding patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden activiteiten. De betrokkenheid bij management, ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, de toenemende aandacht voor na- en bijscholingsactiviteiten en dergelijke, zullen ertoe bijdragen dat er in de komende jaren meer tijd uitgetrokken zal moeten worden voor niet-patiëntgebonden activiteiten. Momenteel wordt 18% van de werktijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Verondersteld wordt dat het percentage niet-patiëntgebonden activiteiten zal stijgen

van naar 20% in het jaar 2010. Als deze stijging daadwerkelijk wordt gerealiseerd, dan zal het aantal plastisch chirurgen met 3,4% moeten toenemen.
Voor wat betreft de derde factor van de verwerkingscapaciteit, de gemiddelde tijd per patiëntcontact, moet worden geconstateerd dat de plastisch chirurgen in het algemeen veel meer tijd per patiëntcontact zouden willen besteden. Voor de behoefteraming is daarentegen uitgegaan van een stijging van de tijd die per patiënt besteed zal worden in 2010 van 7,5%. Hiervoor zouden eveneens 7,5% meer plastisch chirurgen nodig zijn.

Naast de vraag en de verwerkingscapaciteit, is in het kader van de behoefteraming ook gekeken naar in- en uitstroom van plastisch chirurgen. Een belangrijk element voor het bepalen voor het toekomstig aanbod is de gemiddelde leeftijd waarop men met pensioen gaat. Op basis van de schriftelijke enquête blijkt dat de gemiddelde leeftijd waarop de plastisch chirurgen met hun werk willen stoppen 62 jaar is. Dit zou betekenen dat van de huidige groep van 144 werkzame plastisch chirurgen er per 1 januari 2010 nog 95 werkzaam zullen zijn. Het aanbod wordt verder bepaald door het huidige aantal AGIO's (33) en de arbeidsreserve (1).
Voor het berekenen van de benodigde instroom in de opleiding vanaf 1999, opdat vraag en aanbod in balans zijn, zijn de vraag- en aanbodontwikkelingen met elkaar geconfronteerd. Gezien het grote aantal veronderstellingen zijn verschillende scenario's opgesteld. Deze scenario's lopen in hun consequenties uiteen van een daling van de huidige instroom tot 5 AGIO's per jaar tot een uitbreiding tot 13 AGIO's per jaar.

Het voorspellen van toekomstige ontwikkelingen is geen eenvoudige zaak. Het is aan de daartoe bevoegde gremia om een keuze te maken uit de verschillende veronderstellingen. Om die keuze te ondersteunen is het van belang dat er een regelmatige monitoring plaatsvindt met betrekking tot zowel de zorgvraagontwikkeling, de verwerkingscapaciteit en het aanbod.

7. SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Aan de hand van een behoefteraming plastisch chirurgen kan worden bepaald hoeveel plastisch chirurgen tot het prognosejaar moeten worden opgeleid om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Daartoe zal in de eerste plaats inzicht moeten worden verkregen in de toekomstige behoefte aan plastisch chirurgische zorg en in het toekomstige aanbod van plastisch chirurgen.

In het kader van de behoefteraming zijn eind 1998 onder andere vragenlijsten afgenomen bij alle werkzame plastisch chirurgen en bij alle assistenten in opleiding plastische chirurgie. In tabel 1 is te zien dat er in totaal 144 werkzame plastisch chirurgen waren, waarvan 72% heeft gerespondeerd. Van de 33 AGIO's heeft 82% gerespondeerd. Daarnaast is aan alle maatschappen plastische chirurgie in intramurale instellingen een vragenlijst gestuurd. De maatschapsvragenlijst heeft een respons van 72% gekregen.

Tabel 1: Overzicht responsgegevens

	Totaal
Plastisch chirurgen	
- Aantal werkzame specialisten	144
- Aantal responderende specialisten	104
- Responspercentage	72,2%
AGIO's plastische chirurgie	
- Aantal assistenten in opleiding	33
- Aantal responderende assistenten	27
- Responspercentage	81,8%
Maatschappen plastische chirurgie	
- Aantal maatschappen	50
- Aantal responderende maatschappen	36
- Responspercentage	72,0%

I. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN PLASTISCH CHIRURGEN

Voor het bepalen van de toekomstige behoefte aan plastisch chirurgen is het volgende basismodel gehanteerd:

$$P_t = \frac{V_t}{C_t}$$

waarbij:
P_t = het benodigde aantal plastisch chirurgen op tijdstip t
V_t = de vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen, op tijdstip t
C_t = de 'verwerkingscapaciteit' van een plastisch chirurg op tijdstip t

De vraag naar zorg verleend door plastisch chirurgen, kan worden uitgedrukt als het totale tijdsbeslag (in uren per jaar) dat patiënten aan zorgverlening door plastisch chi-

rurgen vragen. De 'verwerkingscapaciteit' van plastisch chirurgen kan worden uitgedrukt als de totale tijd (wederom in uren per jaar) die een gemiddelde plastisch chirurg voor patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten ter beschikking heeft. Beide componenten zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

1. Vraag naar plastisch chirurgische zorg (V_t)

Op dit moment is er in feite sprake van een structureel tekort aan plastisch chirurgen van ongeveer 2%. Om te voorkomen dat de reeds relatief zeer lange wachttijden nog meer gaan toenemen, moeten er 2% meer plastisch chirurgen komen. De veranderingen van de bevolkingsomvang per leeftijdscategorie zullen er verder voor zorgen dat de vraag naar plastisch chirurgische zorg in de periode 1998-2010 in ieder geval met nog eens 7,8% zal toenemen. Daarbij is uitgegaan van een constante vraag naar plastisch chirurgische zorg per 1.000 leden van de verschillende onderscheiden leeftijdsgroepen. Er kan echter eventueel verwacht worden dat de zorgvraag in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar in de komende jaren zal gaan stijgen, aangezien de huidige leeftijdsgroep van 45-64 jaar als het ware de weg naar de plastisch chirurg heeft gevonden. Als de toekomstige groep van 65-74-jarigen in 2010 een even grote zorgvraag heeft als de huidige groep van 45-64-jarigen, dan zal de totale vraag naar plastisch chirurgen met nog eens 2,1% stijgen. Omdat de opheffing van het structurele tekort en de toename van de zorgvraag bij de 65-75-jarigen reeds deels een extra groei in de vraag naar esthetische chirurgie omvatten, is besloten om niet nog een extra factor voor de toename in de vraag naar onverzekerde zorg te hanteren. De opheffing van de toename in de wachttijden en het 'cohort'-effect zijn in de berekeningen voor de behoefteraming samengevoegd tot één factor 'extra stijging zorgvraag' waarvoor een groei van 4,1% nodig is.

Daarnaast mag als gevolg van sociaal-culturele, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen een groei worden verwacht in de tijd die per patiënt besteed moet worden en in het aandeel niet-patiëntgebonden tijd. Kwantificering hiervan vindt plaats via de verwerkingscapaciteit.

2. De verwerkingscapaciteit (C_t)

De verwerkingscapaciteit van de individuele plastisch chirurg (het aantal patiënten dat hij/zij kan behandelen) is afhankelijk van:

- de tijd die de plastisch chirurg per jaar werkt;
- de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de gemiddelde tijd die een consult/behandeling vraagt.

In de hiernavolgende tabel wordt een overzicht gegeven van de huidige tijdsbesteding van plastisch chirurgen.

Tabel 2: Overzicht tijdsbestedingsgegevens per plastisch chirurg

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Privé-klinieken	Alle werkvelden
Werktijd				
- Aantal fte	0,98 fte	0,91 fte	0,86 fte	0,92 fte
- Aantal reguliere uren per week	55,8 uur	46,0 uur	43,7 uur	48,2 uur
- Aantal reguliere uren per week per fte	56,5 uur	51,2 uur	50,3 uur	52,4 uur
Niet-patiëntgebonden tijd				
- Percentage niet-patiëntgebonden tijd	25,8%	15,1%	18,1%	18,3%
Tijdsduur per patiëntcontact				
- Eerste consult	14,3 min.	11,3 min.	23,2 min.	12,9 min.
- Herhaalconsult	7,5 min.	5,2 min.	12,4 min.	6,3 min.

Met betrekking tot bovengenoemde factoren heeft de begeleidingscommissie een aantal veronderstellingen geformuleerd, op basis waarvan vervolgens is berekend hoeveel plastisch chirurgen nodig zijn om tot 2010 volgens de CBS midden-variant deze veronderstellingen te realiseren (zie tabel 3).
Een daling in het gemiddelde aantal fte van 0,92 fte nu naar 0,88 fte in 2010, deels conform de wensen van de huidige plastisch chirurgen, leidt tot een toename in de vraag naar plastisch chirurgen van 4,5%. Een volledige doorvoering van de wensen ten aanzien van het aantal fte van de huidige plastisch chirurgen, zou overigens een daling tot 0,83 fte in 2010 ten gevolge hebben. Een mogelijke daling in het aantal reguliere werkuren per week per fte van 52,4 uur nu tot 50,3 uur in 2010, zoals gewenst wordt door de huidige plastisch chirurgen, zal een toename met zich meebrengen van 4,2%. Een mogelijke stijging van het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten van gemiddeld 18,3% nu tot ongeveer 20% in 2010, zorgt voor een toename van 3,4% in het benodigde aantal specialisten. Voor een mogelijke toename van 7,5% in de tijd die per patiënt besteed zal gaan worden, zijn 7,5% meer plastisch chirurgen nodig. De stijging in de tijd per patiënt is overigens net als bij de deeltijdfactor slechts in gedeeltelijke overeenstemming met de wensen van de huidige plastisch chirurgen. Volledige doorvoering van de uitgesproken wensen zou een stijging met 11% noodzakelijk maken.

Tabel 3: Overzicht mogelijke veranderingen in de verwerkingscapaciteit

Onderwerp	Veronderstelling	Benodigde toename aantal plastisch chirurgen t.o.v. 1998
A. Aantal fte	daling tot 0,88 fte in 2010	4,5% meer plast. chirurgen
B. Aantal reguliere werkuren	daling tot 50 uur per week per fte in 2010	4,2% meer plast. chirurgen
C. Patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden activiteiten	stijging niet-patiëntgebonden activiteiten tot gemiddeld 20% in 2010	3,4% meer plast. chirurgen
D. Gemiddelde duur consulten/verrichtingen	stijging van de tijdsbesteding per patiënt met 7,5% in 2010	7,5% meer plast. chirurgen

II. HET AANTAL BESCHIKBARE PLASTISCH CHIRURGEN

Voor het bepalen van het toekomstig aanbod van plastisch chirurgen is het huidige bestand aan werkzame plastisch chirurgen als uitgangspunt genomen (1 januari 1999). Vervolgens is berekend hoeveel van hen op 1 januari 2010 (nog) als plastisch chirurg werkzaam zijn, ofwel: hoe groot is de uitstroom?

1. Uitstroom

Er zijn een tweetal mogelijkheden waardoor uitstroom uit de op dit moment werkzame groep plastisch chirurgen kan plaatsvinden:

- Als gevolg van natuurlijk verloop, te weten pensionering, vervroegde uittreding, ziekte, arbeidsongeschiktheid of overlijden;
- Als gevolg van niet natuurlijk verloop, bijvoorbeeld als gevolg van verandering van werkkring.

Bovengenoemde factoren leiden ertoe dat van de 144 werkzame plastisch chirurgen (1 januari 1999) er tot 1 januari 2010 in totaal 49 de werkzaamheden zullen neerleggen.

2. Instroom

De volgende factoren bepalen de instroom tot het jaar 2010:

- Aantal assistent-geneeskundigen in opleiding tot plastisch chirurg per 1 januari 1999;
- Een arbeidsreserve van plastisch chirurgen die de opleiding hebben afgerond, maar (nog) niet als plastisch chirurg werkzaam zijn.

Bovengenoemde factoren dragen ertoe bij dat tot 1 januari 2010 circa 34 plastisch chirurgen instromen. Hierin zijn de plastisch chirurgen die de opleiding nog moeten beginnen en eveneens nog voor 2010 zullen afstuderen, overigens niet meegenomen.

3. In- en uitstroom van plastisch chirurgen

De resultaten van de in- en uitstroomgegevens zijn in onderstaande tabel samengevat.

Tabel 4: Overzicht in- en uitstroom

	2010
Praktiserenden eind 1998	*144*
Uitstroom	49
Instroom	34
Totaal aantal beschikbare plastisch chirurgen	129

Op grond van deze tabel blijkt dat van het huidige bestand van 144 werkzame plastisch chirurgen, vermeerderd met de op dit moment in opleiding zijnde assistenten, de arbeidsreserve en rekening houdend met de uitstroom, in het jaar 2010 nog 129 plastisch chirurgen over zijn.

III. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van plastisch chirurgen is een aantal scenario's uitgewerkt. De factoren die in de scenario's worden meegenomen zijn:
- demografische ontwikkelingen;
- extra stijging zorgvraag (opheffing structurele tekort en groei zorgvraag ouderen);
- deeltijdwerken (afname aantal fte);
- arbeidstijdnormalisering (afname aantal uren per fte);
- toename percentage niet-patiëntgebonden activiteiten;
- toename tijd per patiëntcontact.

Het spreekt voor zich dat er op basis van de factoren die wel of niet worden meegenomen tal van scenario's mogelijk zijn. De meeste relevante scenario's zullen worden gepresenteerd. Daarbij is getracht om de factoren min of meer in volgorde van waarschijnlijkheid toe te voegen aan de verschillende scenario's. Daarbij wordt er steeds vanuit gegaan dat de voorafgaande factoren hun invloed blijven behouden.

In het eerste scenario wordt uitgegaan van het idee dat alleen de demografische ontwikkelingen een rol zullen spelen. Daarbij is gekozen voor de midden-variant van de bevolkingsontwikkeling. Hiervoor is een groei nodig van 7,8% in het aantal plastisch chirurgen ten op zichte van 1998. In het tweede scenario zijn de benodigde groei voor het opheffen van het huidige structurele tekort én de gevolgen van een toename van de vraag naar plastische chirurgie bij ouderen toegevoegd. Deze twee elementen zorgen tezamen voor een groei van 4,1% in het benodigde aantal plastisch chirurgen. Het derde scenario bevat tevens het idee dat er een toename zal zijn van het in deeltijd werken door plastisch chirurgen. Dit heeft als consequentie dat het aantal plastisch chirurgen met nog eens 4,5% zou moeten uitbreiden. Het vierde scenario omvat daarnaast nog de gevolgen van de wens tot arbeidstijdnormalisering, waarvoor een groei met 4,2% nodig is. In scenario vijf wordt tevens rekening gehouden met een toename van het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten. Dit kan opgevangen worden indien er 3,4% meer plastisch chirurgen komen. Het zesde scenario omvat tenslotte ook nog de gevolgen van een mogelijke stijging in de tijd per patiëntcontact, waarvoor 7,5% meer plastisch chirurgen nodig zijn.

In tabel 5 wordt voor elk van de scenario's aangegeven hoeveel plastisch chirurgen er in totaal beschikbaar moeten zijn, gegeven de betreffende combinatie van zorgvraag en verwerkingscapaciteit. Verder wordt vermeld wat de benodigde instroom per jaar in de opleiding moet zijn om vraag en aanbod in evenwicht te brengen. Tenslotte wordt vermeld wat het verschil is tussen de benodigde instroom per jaar en de huidige instroom in de opleiding (9 per jaar).
Uit deze tabel blijkt dat de huidige opleidingscapaciteit ruim voldoende is om de demografische ontwikkelingen op te vangen. Wanneer geen van de overige factoren een rol zal gaan spelen, zou het aantal plastisch chirurgen dat jaarlijks tot opleiding wordt toegelaten ongeveer 5 per jaar moeten zijn. In het geval er naast de demografie ook rekening wordt gehouden met de stijging van de zorgvraag (scenario 2), zou een instroom van 7 per jaar voldoende zijn. Voor het geval er rekening wordt gehouden met een daling in het gemiddelde aantal fte (scenario 3), zou een instroom van 8 per jaar nodig zijn. Indien zich tevens de verwachte daling in het aantal uur per fte voordoet, is de huidige omvang van de instroom (9) precies voldoende. Voor de overige twee scenario's moet de huidige opleidingscapaciteit juist worden uitgebreid. Voor een toename

van het aandeel niet-patiëntgebonden tijd zouden in totaal 11 assistenten per jaar opgeleid moeten worden. De toename van 7,5% in de tijd per patiënt zou, nadat reeds rekening wordt gehouden met alle voorgaande factoren, alleen gerealiseerd kunnen worden indien het aantal assistenten met nog eens 2 per jaar wordt uitgebreid, naar in totaal 13 per jaar.

Tabel 5: Jaarlijks aantal op te leiden plastisch chirurgen vanaf 1999 tot en met 2003, voor een goede afstemming van vraag en aanbod per 1 januari 2010 (CBS midden-variant)

	Benodigde aantal plastisch chirurgen in 2010	Benodigde instroom per jaar	Verschil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (*midden variant*)	155	5	-4
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag (*met 4,1%*)	162	7	-2
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte (*van 0,92 naar 0,88*)	169	8	-1
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte (*van 52 naar 50*)	176	9	0
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden werk (*van 18% naar 20%*)	182	11	+2
Scenario 6			
- demografische ontwikkelingen			
- extra stijging in zorgvraag			
- daling in aantal fte			
- daling in aantal uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden werk			
- toename tijd per patiënt (*met 7,5%*)	196	13	+4

BRONNEN

Bensing, J.S. (1995). Naar een veranderende zorgvraag van morgen. In: Boon, L. (red.) (1995). Zorgen en veranderen, p. 11-19. Utrecht: Stichting Sympoz.

CBS (1999). Uitkomsten Bevolkingsprognose 1998. Maandstatistiek van de bevolking, januari, 1999.

Harmsen J. (1993). Modelontwikkeling behoefteraming huisartsen. Utrecht, NIVEL.

Harmsen J., L. Hingstman en M.J. Driessen (1993). Behoefteraming ergotherapeuten 1993. Utrecht: NIVEL.

Harmsen J., L. Hingstman, W. van der Windt, J. van der Bent, P.C. Allaart en M. de Voogd-Harmelink (1996). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996. Rijswijk: VWS.

Harmsen J., L. van der Velden en L. Hingstman (1996). Behoefteraming longartsen 1996-2010. Utrecht, NIVEL.

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

Hingstman L., J. Pool en R. Barentsen (1992). Behoeftebepaling gynaecologen/obstetrici. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L., J. Harmsen, R.A. Holl (1996). Behoefteraming kinderartsen 1995-2005. Utrecht: NIVEL.

Hingstman, L., J.B. Pool en R. Barentsen (1994). Behoefteraming voor gynaecologen/obstetrici tot het jaar 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 138: 197, p.969-973.

Hingstman L. en J. Pool (1992). Behoefteraming huisartsen 1992. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L., en L. van der Velden (1998). Behoefteraming huisartsen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.

Hingstman, L., J. Harmsen. Behoefteraming Kinderartsen 1995-2005 (1996). NIVEL.

Kersten, T.J.J.M.T. (1991). De invloed van huisartsen in de tweede lijn. Utrecht: NIVEL.

Marijnissen .W.M. en S.M. Schelvis (1991). De plastisch chirurg in problemen.

NVPC (1994). Tellen & Passen (interne nota).

NZi/SIG (1998). Jaarboek Ziekenhuiszorg. Cijfers over 1992-1996. Utrcht, NZi/SIG.

NZi (1998). Gezondheidszorg in tel 6. Utrecht, Nederlandse Zorgfederatie.

RIVM (1993). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.

RIVM (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.

RIVM (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1997). De som der delen. Bilthoven, RIVM.

Van der Velden L., L. Hingstman en J. Harmsen (1997a). Behoefteraming reumatologen 1997-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden, L.F.J., L. Hingstman, F. Coelingh Bennink en M. Ridder (1997b). Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL.

Velden, L.F.J., L. Hingstman en M. Ridder (1997c). Behoefteraming orthopaeden 1997-2010. Utrecht: NIVEL.

Velden, L.F.J., L. Hingstman, P.H. Heiligers en P.P. Groenewegen (1997e). Gevolgen voor zorgaanbod en wachtlijsten door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Utrecht: NIVEL.

Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998a). Behoefteraming radiologen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman (1998b). Behoefteraming neurologen en klinische neurofysiologie 1997-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998c). Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman (1998d). Behoefteraming dermatologen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, D.M. van der Meulen, L. Hingstman (1998e). Werklastmeting radiologen. Utrecht, NIVEL.

Wiegers T., L. Hingstman, W. van der Windt, J. Harmsen, J. van der Bent, P.C. Allaart, A.M. de Voogd-hamelink (1998). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsefctor 1998. Rijswijk.

WVC, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1985). Eindadviescommissie behoeftebepaling artsen. Leidschendam: WVC.

Zwan, van der, e.a. (1996). Gezondheidszorg in tel 4. Utrecht: Nederlandse Zorgfederatie.

BIJLAGEN

Bijlage 1a: Prognoses van het aantal inwoners (x 1.000) naar leeftijdscategorie
Bijlage 1b: Groeipercentages van het aantal inwoners ten opzichte van 1998 naar leeftijdscategorie
Bijlage 2: Berekening van de totale vraag (tijdsbeslag) naar plastisch chirurgische zorg in 1998
Bijlage 3: Benodigde groei van het aantal plastisch chirurgen tot 2010 als gevolg van bevolkingsgroei en -samenstelling (midden-variant)
Bijlage 4: Mening van plastisch chirurgen over stellingen betreffende het vakgebied, eind 1998

BIJLAGE 1a: Prognoses van de omvang van de bevolking (x 1.000) naar leeftijdscategorie

	1998	2010 lage variant	2010 midden variant	2010 hoge variant
0-14 jaar	2.882	2.832	2.924	3.017
15-44 jaar	6.951	6.562	6.611	6.656
45-64 jaar	3.709	4.595	4.611	4.623
65-74 jaar	1.190	1.355	1.367	1.380
75-84 jaar	704	796	816	837
> 84 jaar	216	261	281	305
Totaal	15.654	16.339	16.611	16.817

Bron: CBS, 1998.

BIJLAGE 1b: Groeipercentages van de bevolking ten opzichte van 1998 naar leeftijdscategorie

	2010 lage variant	2010 midden variant	2010 hoge variant
0-14 jaar	-1,7%	+1,5%	+4,7%
15-44 jaar	-5,6%	-4,9%	-4,2%
45-64 jaar	+23,9%	+24,3%	+24,6%
65-74 jaar	+13,9%	+14,9%	+16,0%
75-84 jaar	+13,1%	+15,9%	+18,9%
> 84 jaar	+20,8%	+30,1%	+41,2%
Totaal	+4,8%	+6,1%	+7,4%

BIJLAGE 2: Leeftijdsverdeling van de poliklinische en klinische patiënten in plastisch chirurgische afdelingen in 1998

Voor het berekenen van de invloed van de bevolkingsontwikkeling naar omvang van de verschillende leeftijdsgroepen, moet voor de verschillende typen patiëntcontacten geschat worden wat op dit moment de leeftijdsverdeling is van de zorgvraag.

Voor de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in de polikliniek in 1998, is de leeftijdsverdeling van de patiënten die zich in 1997 voor een eerste poliklinisch consult hebben aangemeld, als uitgangspunt genomen (zie tabel 1). Deze leeftijdsverdeling is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de eerste poliklinische consulten zoals is vastgesteld op basis van het poliklinisch registratiesysteem (POLIS) van SIG Zorginformatie.
Voor de leeftijdsverdeling in de kliniek en bij de dagbehandelingen is uitgegaan van de leeftijdsverdeling van de opgenomen patiënten in 1997, zoals vastgesteld in de landelijke medische registratie (LMR) van SIG Zorginformatie.

Zoals in tabel 1 blijkt, is 47,4% van de poliklinische patiënten ouder dan 14 en jonger dan 45 jaar. De groep van 45-64 jaar vormt de tweede groep qua omvang in de polikliniek, met 32,2%. Bij de opgenomen patiënten (klinisch en/of in dagbehandeling), zijn de groepen van 15-44 jaar en van 45-64 jaar nog steeds de omvangrijkste, maar de jongste groep heeft nu ten opzichte van de poliklinische patiënten een wat groter aandeel gekregen.

Tabel 1: Leeftijdsverdeling van de patiënten per type patiënt, in 1998 (op basis van de leeftijdsverdeling in 1997)

	Leeftijds-verdeling eerste consulten volgens POLIS 1997	Leeftijds-verdeling van de opnamen volgens LMR 1997
0-14 jaar	6,5%	11,6%
15-44 jaar	47,4%	44,0%
45-64 jaar	32,2%	31,0%
65-74 jaar	8,3%	8,0%
75-84 jaar	4,5%	4,4%
> 84 jaar	1,1%	0,9%
Totaal	100,0%	100,0%

Op basis van de relatieve verdeling van het aantal poliklinische patiënten uit de bovenstaande tabel, gecombineerd met het totale aantal direct patiëntgebonden uren voor de poliklinische patiënten van plastisch chirurgen in 1998 (± 91.500 uur, zie tabel 3.3 in hoofdstuk 3), kan nagegaan worden hoeveel uur per leeftijdsgroep is besteed in de polikliniek. De veronderstelling daarbij is dat de tijd per consult niet verschilt per leeftijdsgroep. Voor de leeftijdsgroep van 0-14 jaar, met een aandeel van 6,5% in het aantal polikinische consulten, wordt derhalve verondersteld dat de plastisch chirurgen daar in totaal 5.948 direct patiëntgebonden uren aan hebben besteed in de polikliniek (namelijk 6,5% van 91.500 uur). Een zelfde berekening kan gemaakt worden voor de uren die besteed zijn aan de opnamen en aan de verpleegdagen. Voor de klinische patiënten in de leeftijdgroep van 0-14 jaar gaat het derhalve om 9.570 uur (11,6% van 82.500 uur) en voor de dagbehandelingen om 4.147 uur (11,6% van 35.750 uur). Het totaal aantal uur dat aan de groep van 0-14 jaar is besteed, is dus 19.665 uur (namelijk 5.9484 voor de poliklinische contacten plus 9.570 uur voor de klinische opnamen plus 4.147 voor de dagopnamen). Afgezet tegen het totaal aantal direct patiëntgebonden uren, blijkt de bevolkingsgroep van 0-14 jaar een aandeel van 9,4% in de zorgvraag te hebben (namelijk 19.665 uur ten opzichte van 209.750 uur). Ook voor de andere leeftijdsgroepen kan op deze wijze het aandeel in de totale zorgvraag worden berekend.
In tabel 2 is aangegeven hoe in 1998 en 2010 het aandeel is in de bevolking van de zes onderscheiden leeftijdsgroepen. Daarnaast is weergegeven wat het aandeel is in de zorgvraag (in termen van de direct patiëntgebonden tijd van de plastisch chirurgen).

Tabel 2: Aandeel in de bevolking en aandeel in de zorgvraag in 1998 en 2010 (middenvariant)

	Aandeel in de bevolking in 1998	Aandeel in de zorgvraag in 1998	Aandeel in de bevolking in 2010	Aandeel in de zorgvraag in 2010
0-14 jaar	18,4%	9,4%	17,6%	8,8%
15-44 jaar	44,4%	45,5%	39,8%	40,1%
45-64 jaar	23,7%	31,5%	27,8%	36,3%
65-74 jaar	7,6%	8,1%	8,2%	8,6%
75-84 jaar	4,5%	4,4%	4,9%	4,7%
>84 jaar	1,4%	1,0%	1,7%	1,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

BIJLAGE 3: Benodigde groei van het aantal plastisch chirurgen tot 2010 als gevolg van bevolkingsgroei en -samenstelling (midden-variant)

Leeftijdscategorie	Verdeling zorgvraag in 1998	Groei/krimp per leeftijdsgroep 1998-2010	Invloed op zorgvraag 1998-2010
0-14 jaar	9,4%	1,5%	-0,14%
15-44 jaar	45,5%	-4,9%	-2,22%
45-64 jaar	31,5%	24,3%	7,67%
65-74 jaar	8,1%	14,9%	1,21%
75-84 jaar	4,4%	15,9%	0,71%
85 jaar en ouder	1,0%	30,1%	0,30%
Totaal	100,00%	6,1%	7,79%

BIJLAGE 4: Mening van plastisch chirurgen over stellingen betreffende het vakgebied, eind 1998

De stelling dat esthetische chirurgie een essentieel onderdeel van de plastische chirurgie is, wordt door de overgote meerderheid van de plastisch chirurgen en de assistenten onderschreven: respectievelijk 91% en 89% van de specialisten en de assistenten is het eens met deze stelling. De wenselijkheid van een eventuele opsplitsing van plastische chirurgie in subspecialismen wordt tegelijkertijd door 25% van de plastisch chirurgen en 22% van de assistenten onderschreven. Van de specialisten meent 58% dat het aantal plastisch chirurgen moet toenemen, terwijl slechts 33% van de assistenten een toename wenselijk acht.

Stellingen	Aandeel **eens**		Aandeel **oneens**	
	special.	assist.	special.	assist.
Esthetische chirurgie is essentieel onderdeel	91%	89%	0%	4%
Plastische chirurgie moet opgesplitst in subspec.	25%	22%	42%	48%
Het aantal plastisch chirurgen moet toenemen	58%	33%	10%	19%

Enkele recente NIVEL-rapporten:

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998, deel 1: Hoofdrapport
Auteurs: T. Wiegers, L. Hingstman, W. van der Windt, J. Harmsen, J. van der Bent, P.C. Allaart, M. de Voogd-Hamelink
Utrecht/Den Haag: NIVEL/NZi/OSA, 1998, 90 pag., fl. 15,00

Jaarlijkse uitgave, waarin beschrijvenderwijs de belangrijkste actuele ontwikkelingen binnen beroepsgroepen en subsectoren in de gezondheidssector worden weergegeven. In tekst en bijlagen zijn relevante tabellen opgenomen, waaronder enkele algemene overzichtstabellen betreffende de arbeidsmarkt in de zorgsector. Allereerst wordt in het rapport een beeld geschetst van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, waarbij de zorgsector wordt vergeleken met de Nederlandse economie in het algemeen. Vervolgens worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen diverse sectoren en beroepen in de zorgsector beschreven, alsmede werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt binnen de zorgsector. Het gaat daarbij zowel om zelfstandige als in loondienst uitgeoefende beroepen.

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998, deel 2: Tabellenrapport.
Auteurs: T. Wiegers, L. Hingstman, W. van der Windt, J. Harmsen, J. van der Bent, P.C. Allaart, M. de Voogd-Hamelink
Utrecht/Den Haag: NIVEL/NZi/OSA, 1998, 176 pag., fl. 25,00

Tabellenrapport behorende bij het hoofdrapport waarin een grote hoeveelheid gedetailleerde cijfermatige informatie is opgenomen. Deze informatie betreft aanbodgegevens over een groot aantal beroepsgroepen en subsectoren binnen de zorgsector.

Brancherapport curatieve somatische zorg 1998.
Ontwikkelingen. Kengetallen. Verdiepingsstudies.
Auteurs: B.J.M.Welling, D.M.J.Delnoij, J.Dekker, J.A.Oppelaar, A.J.J.van der Kwartel, R.L.C.Smit, P.M.van Rooij, W.van Eyk
Utrecht: NIVEL/NZi, 1998, 312 pag., fl. 51,00

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg aan de hand van resultaten van onderzoek, kengetallen met betrekking tot gebruik, kosten, middelen en produkties en een aantal verdiepingsstudies op het terrein van de logopedie, spoedeisende medische hulpverlening en intensive care.