

Regionale balans in vraag en aanbod medische specialisten



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Regionale balans in vraag en aanbod medische specialisten

R. Batenburg
E. Vis
J. Hansen
L. van der Velden

Mei 2019

ISBN 9789461225559

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage ‘Regionale balans in vraag en aanbod medisch specialisten’. Dit rapport is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), naar aanleiding van signalen uit het veld over regionale knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten.

Voor de begeleiding en inhoudelijke ondersteuning van het onderzoek is een onafhankelijke begeleidingscommissie ingesteld, bestaande uit mw. C.G.J.M. Hilders en dhr. M.J. Heineman. Wij danken hen hartelijk voor het delen van hun expertise ten behoeve van dit onderzoek. Tevens is voor het onderzoek een klankbordgroep opgericht, waaraan de volgende personen hebben deelgenomen: Carolien Bouma en Dini Smilde namens de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), Nils Ellwanger namens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vivienne Schelfhout en Hein Brackel namens de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Kèren Zaccai en Hanneke Verheijde namens De Jonge Specialist, Olivier Gerrits namens Zilveren Kruis, Olivia Buttermann namens het Capaciteitsorgaan en Judith van Dongen namens Transvorm. Ook de leden van de klankbordgroep danken wij hartelijk voor hun inzet en waardevolle bijdragen.

Tot slot hebben voor dit onderzoek consultaties en interviews plaatsgevonden, waaraan een groot aantal ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars heeft meegewerkt. Mede in het licht van de relatief korte periode die elk van hen had om op de consultatie te kunnen reageren, willen we hen in het bijzonder bedanken voor hun belangrijke bijdrage aan dit onderzoek.

De auteurs

Utrecht, mei 2019

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Doel en onderzoeksvragen	12
1.3 Leeswijzer	13
2 Methoden van onderzoek	14
2.1 Aanpak van onderzoeksvraag 1: wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten naar regio en specialisme in Nederland?	14
2.2 Aanpak van onderzoeksvraag 2, 3 en 4: wat is de ervaren balans in vraag en aanbod van medisch specialisten naar regio en specialisme in Nederland?	16
3 De beschikbaarheid van medische specialisten in Nederland: een kwantitatieve analyse	19
3.1 Inleiding en methode	19
3.2 De relatieve dichtheid van medisch specialisten naar landsdeel	22
3.3 De relatieve dichtheid van medisch specialisten naar provincie	25
3.4 Conclusie	29
4 De beschikbaarheid van medisch specialisten: ervaringen vanuit verschillende perspectieven	31
4.1 Inleiding	31
4.2 De arbeidsmarktknelpunten zoals door ziekenhuizen ervaren	31
4.3 De arbeidsmarktknelpunten zoals door wetenschappelijke verenigingen ervaren	34
4.4 De arbeidsmarktknelpunten zoals door de zorgverzekeraars ervaren	38
4.5 Vergelijking en conclusie	39
5 Oorzaken en gevolgen van de ervaren knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Oorzaken van de ervaren arbeidsmarktknelpunten	41
5.3 Gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten	46
5.4 Conclusie	49

6	Oplossingsrichtingen voor de knelpunten in de ervaren beschikbaarheid	51
6.1	Inleiding	51
6.2	Oplossingsrichtingen gericht op het beheersen van de vraag naar medisch specialisten	53
6.3	Oplossingsrichtingen gericht op werven en behouden van medisch specialisten	55
6.4	Oplossingsrichtingen gericht op de financiële en strategische onzekerheden en arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen	59
6.5	Conclusie	63
7	Conclusie en aanbevelingen	64
7.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	64
7.2	Aanbevelingen voor toekomstig beleid	68
7.3	Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	71
	Literatuur	73
	Bijlage A Consultatiedocumenten ziekenhuizen	76
	Bijlage B Consultatiedocumenten wetenschappelijke verenigingen	78

Samenvatting

Hoe kunnen we de signalen over regionale tekorten en overschotten aan medisch specialisten in Nederland duiden, als we enerzijds afgaan op cijfers over regionale beschikbaarheid van medisch specialisten en anderzijds op ervaringen uit het veld van ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en zorgverzekeraars? Zijn knelpunten op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten regio- en/of specialisme-specifiek, en welke oorzaken, gevolgen en oplossingsrichtingen worden door het veld genoemd? Dit zijn de hoofdvragen van dit onderzoek. In drie stappen zijn de vragen beantwoord door gebruik te maken van verschillende methoden:

- Ten eerste is cijfermatig de regionale beschikbaarheid van medisch specialisten bepaald,
- Ten tweede is op kwalitatieve wijze de ervaren regionale beschikbaarheid van medisch specialisten in het veld in kaart gebracht, en
- Ten derde is zowel via consultaties als met bureauonderzoek nagegaan welke maatregelen beschikbaar zijn en welke maatregelen nu al worden genomen om knelpunten op de arbeidsmarkt van medisch specialisten op te lossen.

Dat het thema leeft blijkt uit de relatief hoge respons onder de drie soorten partijen die zijn geconsulteerd: 75% van de aangeschreven ziekenhuizen, 73% van de aangeschreven wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, en alle vier grote zorgverzekeraars hebben aan dit onderzoek deelgenomen.

De regionale beschikbaarheid van medisch specialisten

Met behulp van data van de Federatie Medisch Specialisten kon voor een groot deel van de medisch specialisten worden bepaald in welk ziekenhuis zij werken en op basis daarvan in welke regio zij dus beschikbaar zijn. Nederland is daartoe ingedeeld in vijf landsdelen met elk tenminste één UMC. Ook is de dichtheid bekeken per provincie. De dichtheid van medisch specialisten naar landsdeel en provincie is relatief gemeten, met het landelijk gemiddelde als ijkpunt. Op landsdeel-niveau zijn de regionale verschillen in dichtheid gering. Dat geldt voor alle specialismen. Alleen het landsdeel Noord-West (wat overeenkomt met de provincie Noord-Holland) heeft een relatief hoog aantal specialisten per hoofd van de bevolking. Op provinciaal niveau zijn de regionale verschillen in dichtheid groter. Dat geldt vooral voor een aantal 'kleine' specialismen zoals medisch microbiologen, pathologen en klinisch fysici. Met name Drenthe, Flevoland, Zeeland en in iets mindere mate Noord-Brabant kennen daarnaast voor een aantal grotere specialismen zoals kindergeneeskunde, anesthesiologie en MDL-artsen een relatief lage dichtheid.

Ervaren arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten

Cijfers over de relatieve en regionale dichtheid van medisch specialisten zeggen a priori nog niets over het bestaan van arbeidsmarktknelpunten in de regio. Daarvoor spelen vele andere, regio- en/of specialisme-specifieke factoren een rol. De arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten zijn in dit onderzoek in kaart gebracht door ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en zorgverzekeraars dezelfde open vraag te stellen: wat zijn volgens hen de huidige en toekomstige (regionale) knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten? De antwoorden brengen een aantal overeenkomsten en verschillen naar voren:

- Een meerderheid van de *ziekenhuizen* noemde één of meerdere specialismen waarvoor zij momenteel niet of moeilijk vacatures konden invullen. Daarmee kan alleen indirect de 'ernst' van de knelpunten gemeten worden, temeer sommige ziekenhuizen ook aangaven 'in het algemeen' rond specialismen knelpunten te ervaren. Naar regio was er enig verschil in de antwoorden.

Knelpunten rond SEH-artsen werden het vaakst genoemd door de ziekenhuizen, ongeacht de regio en het type ziekenhuis. Ziekenhuizen in de provincies Zeeland, Drenthe, Flevoland, Noord-Brabant en Limburg noemden relatief vaak wervingsproblemen rond MDL-artsen en oogartsen. UMC's gaven vaker aan knelpunten 'in het algemeen' of 'voor verschillende specialismen' te ervaren, de niet-academische opleidingsziekenhuizen noemden vaker oogartsen, kinderartsen, klinisch geriaters, internisten en plastisch chirurgen als specialisme waarvoor wervingsproblemen bestaan.

- Ook de overgrote meerderheid van de *wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten* gaf aan arbeidsmarktknelpunten te ervaren, vooral in het vervullen van vacatures voor tijdelijke functies en in termen van werkdruk. Globaal gaven zij aan dat het onderscheid tussen 'de Randstad', regio's rond UMC's en de rest van Nederland van belang is. Specifieke provincies of regio's werden slechts door enkele verenigingen genoemd.
- Ook alle grote *zorgverzekeraars* konden arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten benoemen. Naar regio en specialisme komen hun ervaringen overeen met die van de ziekenhuizen en de wetenschappelijke verenigingen al noemden zij er minder. Net als veel ziekenhuizen noemden zij het vaakst capaciteitsproblemen rond SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters. Voor zover zij daar zicht op hadden, gaven zij ook aan dat knelpunten zich vaker of ernstiger voordoen buiten de Randstad.

Oorzaken en gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten

De oorzaken voor de ervaren arbeidsmarktknelpunten die de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars in de consultatieronde benoemden, vertoonden meer overeenkomsten dan verschillen. De genoemde oorzaken zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- Ten eerste liggen oorzaken volgens de geconsulteerde organisaties in de toename van de vraag naar medisch-specialistische zorg. Vergrijzing van de bevolking en nieuwe behandel- en diagnosemogelijkheden zijn landelijke ontwikkelingen die de vraag naar medisch specialistische zorg opstuwten.
- Ten tweede ligt een aantal oorzaken aan de aanbodkant van de arbeidsmarkt. Zowel de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen als zorgverzekeraars noemden de trend dat (jonge) medisch specialisten kritischer zijn dan voorheen zijn in hun loopbaan- en locatiekeuze, omdat zij meer rekening houden met hun werk-privé balans (onder meer door middel van parttime werk) en de werklocatie van de partner. Hierdoor hebben ziekenhuizen buiten de Randstad met een minder brede of gunstige arbeidsmarkt voor hoger opgeleiden een extra nadeel. Dat geldt ook voor ziekenhuizen in perifere regio's die minder aantrekkelijke posities kunnen bieden qua bijvoorbeeld specialisatiemogelijkheden en dienstendruk. Daarnaast gelden voor de eerder genoemde specialismen nog een aantal specifieke aanbod-omstandigheden. Bij de SEH-artsen speelt dat het een jong specialisme is dat nog in opbouw is en te maken heeft met grote druk op 24x7 dienstverlening waardoor het vak niet voor alle artsen aantrekkelijk is. Bij de oogartsen speelt specifiek dat werken in ZBC's populairder wordt, wat tevens te maken heeft met trends naar verzelfstandiging en extramuralisering. Bij psychiaters speelt specifiek de trend dat voor hen het ZZP-schap een aantrekkelijk alternatief vormt en daarmee ziekenhuizen (al zijn zij niet de grootste werkgever voor psychiaters) veel moeite hebben hen te werven en te behouden.
- Ten derde noemden met name de geconsulteerde ziekenhuizen context-factoren als oorzaak. Hierbij gaat het om strategische en financiële onzekerheden (concentratie, herallocatie, kwaliteits- en volume-eisen) die bepaalde specialismen onder druk zetten. Deze trends kunnen de arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen nu of in de toekomst verzwakken en relatief sterker uitwerken in de regio's buiten de Randstad en verder weg van de UMC's.

Gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten

Wat betreft de *gevolgen* van de arbeidsmarktknelpunten waren de geconsulteerde partijen ook eenduidig. Dit zullen volgens hen oplopende wachtlijsten en wachttijden aan de ene kant zijn, en toenemende werkdruk, roosterproblemen en dienstenvervulling aan de andere kant. Deze gevolgen hangen volgens hen samen en kunnen snel cumuleren: wachtlijsten, krapte, relatieve schaarste, werkdruk en onvervulde vacatures versterken elkaar, waardoor werving van nieuwe specialisten moeilijker wordt. Dit zal leiden tot een verdere vergroting van werkdruk, krapte en relatieve schaarste et cetera. Dit geldt voor alle type ziekenhuizen, maar vooral voor ziekenhuizen waar de wervingsproblemen al groot zijn of dreigen te worden door de hiervoor genoemde oorzaken.

Oplossingsrichtingen voor de ervaren arbeidsmarktknelpunten

De consultatieronde leverde ook een inventarisatie op van oplossingsrichtingen voor de ervaren arbeidsmarktknelpunten. Deze kunnen ingedeeld worden in drie hoofdcategorieën, aansluitend bij de drie oorzaken die uit de consultatie naar voren kwamen. Zo zijn er oplossingsrichtingen gericht op:

- de vraag naar medisch specialisten (taakherschikking, digitalisering en e-health),
- het aanbod en werven van medisch specialisten (strategisch personeelsmanagement, strategisch opleidingsbeleid, verlaging van de werkdruk, taakherschikking), en
- de context van de arbeidsmarkt van medisch specialisten (regionale samenwerking en financiële en strategische macrokaders).

Ondanks de overlap tussen de oplossingsrichtingen die ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars noemden, waren er wel accentverschillen tussen de verschillende partijen. Ziekenhuizen denken primair aan een betere werving en positionering als werkgever, samenwerking in de regio en taakherschikking. Wetenschappelijke verenigingen zien vooral betere regionale samenwerking tussen opleidingsinstellingen. Zorgverzekeraars denken meer op systeemniveau aan innovatie en organisatieverandering van de (medisch-specialistische) zorg. E-health werd door de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars genoemd, maar niet als hooftoplossing. Andere oplossingen, die ook op hun effecten in de praktijk in het buitenland zijn getoetst zoals financiële prikkels of (tijdelijke) vestigingsverplichtingen, werden ook slechts door enkele organisaties als oplossingsrichting genoemd.

Aanbevelingen voor toekomstig beleid

Op basis van het bureauonderzoek dat voor dit onderdeel is uitgevoerd, is de conclusie dat er niet één overkoepelende (of *'one size fits all'*) oplossing is, maar dat het terugdringen van (regionale) tekorten een veelheid van maatregelen vereist. Het gaat om maatwerk en beleidsmaatregelen op zowel de kortere als lange termijn. Oplossingsrichtingen zouden zorgbreed én met commitment van alle relevante partijen (ketenpartners) moeten worden ingezet. Een gemeenschappelijke visie op regionale samenwerking en innovatie in de organisatie van ziekenhuiszorg is daarbij cruciaal. Verschillende partijen en beleidsdocumenten gaven aan dat het alleen dan mogelijk is om duurzame en specifieke oplossingen te vinden om in de toekomst in alle regio's de arbeidsmarktknelpunten op te lossen. Ook als er dus geen eenduidige *'one size fits all'* oplossing mogelijk is, blijft de vraag open staan welke set van acties relevante veldpartijen zouden moeten nemen om oplossingen te vinden die rekening houden met de diversiteit naar regio's, specialismen en de combinaties van beide. De urgentie van de ervaren knelpunten vraagt in ieder geval ook om het verkennen van nieuwe en andere oplossingen, die geïnspireerd kunnen worden op andere beroepsgroepen en deelsectoren. Dat geldt in het bijzonder voor de gespecialiseerd verpleegkundigen die nauw samenwerken met medisch specialisten, maar ook voor collega-artsen in de eerste lijn, de langdurige en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast kan gekeken worden naar sectoren buiten de zorg (zoals onderwijs en techniek) en buiten onze landsgrenzen, zoals Scandinavië, Frankrijk of Canada.

Voor nieuwe oplossingsrichtingen geldt specifiek dat het opstarten daarvan een ‘coalitie van bereidwilligen’ vereist, die op lokaal, regionaal, landelijk én bestuurlijk niveau zich committeren aan de vereiste acties en investeringen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een *task force of actieleernetwerk*, verbonden aan of voortbouwend op reeds bestaande initiatieven. Het gaat daarbij onder meer om de huidige task force Juiste Zorg op de Juiste Plek, de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAATs), het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), de strategische koers van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) en regionale ‘zorgtafels’, zoals in Drenthe en het ‘Zorg voor het Noorden’ initiatief. Van deze initiatieven kan geleerd worden hoe betrokkenen binnen samenwerkingsverbanden een gezamenlijk doel en plan hebben opgesteld en ook welke compromissen daarmee gesloten moeten worden. Mede geïnspireerd op de bevindingen uit het bureauonderzoek is een aantal voorbeeld-oplossingen hiervoor illustratief:

- Het gemakkelijker aan kunnen bieden van meerjarige contracten aan ‘jonge klaren’ vereist mogelijk van zorgverzekeraars en ziekenhuizen dat ze langduriger inkoopafspraken met bijbehorende kostenreductie maken, of dat een partij zonder winstoogmerk bereid is om als koepelpartij een personeels-*pool* te bewerkstelligen, mogelijk met financiële ondersteuning van belanghebbende partijen om de medisch-specialistische zorg in hun regio op orde te houden.
- Om dezelfde ‘jonge klaren’ te verleiden om naar andere regio’s te verhuizen zou mogelijk vooral campagne gevoerd moeten worden onder specifieke subgroepen hierbinnen, of om deze te richten op meerdere specialisten die gelijktijdig naar eenzelfde regio verhuizen. Dit vereist een andere kijk op verhuiskeuzes door specialisten zelf, maar betekent ook investering van ziekenhuizen zelf om als ‘magneetziekenhuis’ te fungeren, analoog aan initiatieven bij (gespecialiseerde) verpleegkundigen.
- Het terugdringen van de werkbelasting door avond/nacht- en weekenddiensten vereist van ziekenhuizen de bereidheid om organisatie-overstijgend samen te werken, en mogelijk ook van medisch specialisten om tijdens zo’n dienst beschikbaar te zijn voor meerdere ziekenhuizen, mogelijk met een centraal gelegen hotel, ziekenhuis of ambulancepost als uitvalsbasis.
- Intensievere samenwerking tussen ziekenhuizen kan zowel binnen de regio als regio-overstijgend plaatsvinden, waarbij ziekenhuizen in kwetsbare delen van Nederland gesteund worden, idealiter in de vorm van een uitwisselingsprogramma zodat specialisten uit perifere ziekenhuizen de gelegenheid hebben elders zich te ontplooiën, terwijl specialisten uit academische settings in diezelfde periode hun taken overnemen.

De hier geschetste beleidsaanbevelingen zullen uiteraard kritisch tegen het licht gehouden moeten worden op hun praktische uitvoerbaarheid en op het punt of zij passen bij de lokale situatie. Helder is in ieder geval *“dat we er met alleen traditionele maatregelen gericht op het aantrekken en behouden van werknemers op de krappe Nederlandse arbeidsmarkt niet komen”* (Bestuurlijk akkoord, 2018: p. 6). Daarbij vergt verandering door innovatie en samenwerking naast commitment ook tijd om de juiste set van oplossingen op maat te ontwerpen en te implementeren.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek tenslotte, liggen in het verlengde van de bovenstaande beleidsaanbevelingen. Urgentie ligt ons inziens bij het in kaart brengen en evalueren van de bestaande oplossingsrichtingen en kansrijke pilots. Werken deze op de betreffende locaties en zijn ze ook te transformeren en op te schalen naar andere regio’s? Hoe specialisme-specifiek zijn de oplossingsrichtingen? En wat zou de rolverdeling van overheden, ziekenhuizen, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars binnen deze initiatieven moeten zijn? Regionale samenwerking en innovatie lijkt één van de meest kansrijke oplossingsrichtingen te zijn om onbedoelde concurrentie tussen regio’s en werkgevers van medisch specialisten te voorkomen. Daarom is het vooral aan te bevelen de huidige regionale samenwerkingsverbanden te monitoren en hun effectiviteit te onderzoeken, zodat van elkaar geleerd kan worden.

Ten tweede blijkt uit dit onderzoek de noodzaak om de lokale en regionale verschillen in de beschikbaarheid van medisch specialisten en daarmee het aanbod van medisch-specialistische zorg te verklaren. Daarvoor is enerzijds nader organisatie- en regiovergelijkend onderzoek nodig rond de vraag hoe de organisatie van medisch-specialistische zorg. Hoe hangt nu de 'skill-mix' van medisch specialisten en hun collega-professionals in een bepaalde regio samen met de mate waarin daar arbeidsmarktknelpunten worden ervaren? Anderzijds is nader onderzoek nodig naar het loopbaan- en locatiekeuzegedrag van medisch specialisten. Hoe zijn deze door de tijd heen veranderd en hoe veranderen de motieven achter hun keuzes en toekomstambities? Dit inzicht is nodig om de baanmobiliteit en verhuisbereidheid van de huidige en toekomstige generatie medisch specialisten te bepalen en daarmee de slaagkans van beleid om onwenselijke regionale verschillen te verkleinen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Een goede verdeling van gekwalificeerde medisch specialisten over Nederland is een belangrijk vereiste om overal in Nederland medisch-specialistische zorg te bieden aan patiënten die dit nodig hebben. Op landelijk niveau is te zien dat het aantal medisch specialisten de afgelopen tien jaar fors is toegenomen. Tussen 2008 en 2017 is volgens de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) het aantal geregistreerde medisch specialisten (inclusief profielen) met 28% gestegen en is het aantal in de zorg werkzame medisch specialisten volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) tussen 2008 en 2015 met 30% gestegen. Eveneens wordt op landelijk niveau driejaarlijks een uitspraak gedaan door het Capaciteitsorgaan over hoe dit aanbod zich verhoudt tot de landelijke ontwikkelingen in de zorgvraag. Op basis van capaciteitsramingen adviseert het Capaciteitsorgaan het Ministerie van VWS over de benodigde opleidingsinstroom in alle medisch-specialistische vervolgopleidingen om landelijk evenwicht op de arbeidsmarkt binnen 12 à 18 jaar te behouden, dan wel te bereiken¹. Dit geeft echter niet per definitie de garantie dat er binnen Nederland ook op regionaal niveau balans is (of zal zijn) tussen vraag en aanbod van medisch specialisten. Recent zijn er signalen dat er mogelijk sprake is van een suboptimale verdeling van medisch specialisten over de verschillende regio's van Nederland. Voor een deel gaat het hierbij om meer algemene signalen zoals bestaande wachttijden en moeilijk vervulbare vacatures in bepaalde regio's, met name buiten de Randstad. Dit kan worden afgezet tegen signalen van overschotten van bepaalde specialismen in de Randstad, met werkloosheid en mogelijk vertrek naar het buitenland als gevolg. Als actuele aanvullende factor speelt daarnaast mee dat sinds het najaar van 2018 in verschillende delen van Nederland ziekenhuizen of afdelingen hun capaciteit hebben moeten afbouwen of moesten sluiten, waardoor de medisch-specialistische zorg in die regio's onder druk is komen te staan.

Als het gaat om regionale verschillen in beschikbare medisch-specialistische zorg, kunnen verschillende oorzaken en mechanismen een rol spelen. Enerzijds kan de vraag naar (bepaalde soorten) medisch-specialistische zorg in sommige regio's sneller groeien dan in andere regio's. Anderzijds kan het zo zijn dat ziekenhuizen in bepaalde regio's bepaalde soorten medisch-specialistische zorg niet of minder kunnen of willen aanbieden. Dit laatste is op zijn beurt weer het gevolg van een veelheid aan factoren, waaronder centralisatie van medisch-specialistische zorg, veranderende afspraken over welke zorg voor welk gebied wordt aangeboden, en bezettings- of volumennormen die zorgverzekeraars aan aanbieders van medisch specialistische zorg stellen. Ook kan het loopbaan- en vestigingsgedrag van medisch specialisten een rol spelen.

¹ Het Capaciteitsorgaan heeft recent weer dit advies uitgebracht (zie Capaciteitsorgaan (2019a). *Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1 (Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde)*. Utrecht: Capaciteitsorgaan). Daarin wordt geconcludeerd dat de arbeidstijden van medisch specialisten in de toekomst structureel zullen veranderen waardoor er meer medisch specialisten opgeleid moeten worden. De veranderingen in arbeidstijden heeft vooral effect op de specialismen anesthesiologie, heelkunde, obstetrie en gynaecologie, orthopedie, plastische chirurgie en spoedeisende geneeskunde. Ook schat het Capaciteitsorgaan voor elk ramingsadvies in of er op dit moment sprake is van een (dis)balans tussen vraag en aanbod, de zgn. factor onvervulde vraag. Voor een aantal specialismen is ingeschat dat er een tekort is van 5% of meer van de huidige capaciteit, namelijk klinische geriatrie, maag- darm- leverziekten, oogheelkunde, psychiatrie, reumatologie en spoedeisende geneeskunde.

Zo wordt in de discussie over regionale tekorten aan medisch specialisten genoemd dat bepaalde regio's minder aantrekkelijk zijn voor specialisten omdat deze minder gunstig liggen ten opzichte van de academische ziekenhuizen en de Randstad, waar veel van hen worden opgeleid en waar zij bij voorkeur hun loopbaan willen vervolgen. Hierbij speelt ook dat specialisten waarschijnlijk vaker rekening houden met de werklocatie van hun partner dan vroeger, waardoor de Randstad en omgeving aantrekkelijker zijn dan in de regio's daarbuiten (NRC, 2018). Uit onderzoeken van De Jonge Specialist (2014; 2016) kwam tevens naar voren dat een steeds groter aandeel pas afgestudeerde medisch specialisten na de opleiding tijdelijke contracten aangeboden krijgt en dat zij voor een tijdelijk contract minder snel bereid zijn te verhuizen dan voor een vast contract.

In dit complexe samenspel van factoren spelen de medisch specialisten zelf, de medisch specialisten in opleiding (aios), de ziekenhuizen als werkgevers, de zorgverzekeraars als inkopers van medisch specialistische zorg, de patiënten als gebruikers van die zorg, de vak- en wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen en lokale/regionale beleidsmakers allen een rol. Gevoed door de hiervoor genoemde signalen over regionale knelpunten in de aansluiting tussen vraag en aanbod heeft het ministerie van VWS besloten dit onderzoek uit te laten voeren. Een belangrijke vraag hierbij is welke oorzaken spelen bij welk type knelpunt en de vraag welke oplossingsrichtingen voor welke regionale knelpunten mogelijk zijn.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Dit onderzoek heeft als doel te inventariseren hoe de huidige regionale balans in vraag en aanbod van medisch specialisten eruit ziet en de factoren te identificeren die de regionale (dis)balans tussen vraag en aanbod aan medisch specialisten bepalen. Ook is het doel om oplossingsrichtingen te identificeren die toegepast (kunnen) worden waar zich specifieke knelpunten voordoen. Daarmee beoogt het onderzoek bij te dragen aan de gewenste situatie dat medisch specialistische zorg in alle regio's van Nederland toegankelijk is en blijft.

Om deze doelen te bereiken staan vier onderzoeksvragen centraal:

1. Wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten per specialisme per regio en zijn daarin verschillen tussen specialismen en regio's?
2. Hoe wordt de beschikbaarheid aan medisch specialisten regionaal/lokaal ervaren? Hoe verschilt hierin de opvatting van de betrokken ziekenhuizen, de wetenschappelijke verenigingen en de zorgverzekeraars?
3. Welke oorzaken hebben de als problematisch ervaren verschillen in beschikbaarheid van specialisten? En tot welke gevolgen leiden deze verschillen? Wat is hierin het perspectief van de medisch specialisten zelf?
4. Welke oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten zijn in de praktijk (al dan niet succesvol) gehanteerd en welke alternatieven zijn denkbaar daar waar problemen worden geconstateerd?

De vier onderzoeksvragen volgen logisch op elkaar. Voor onderzoeksvraag 1 wordt op nationaal en regionaal niveau *kwantitatief* in beeld gebracht wat de beschikbaarheid van medisch specialisten in Nederland is. Onderzoeksvraag 2 wordt vervolgens *kwalitatief* beantwoord door te beschrijven wat de balans op de arbeidsmarkt van specialisten is zoals ervaren door ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars. Daarna richt onderzoeksvraag 3, ook op basis van de kwalitatieve consultatie, zich op de oorzaken en gevolgen van de ervaren knelpunten binnen de medisch specialistische zorg.

Ook hiervoor worden de ervaringen van ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars met elkaar vergeleken. Op basis van de antwoorden op onderzoeksvragen 1, 2 en 3, gaat onderzoeksvraag 4 tenslotte in op mogelijke oplossingsrichtingen voor de ervaren arbeidsmarktknelpunten rond specialisten en het (regionale) evenwicht tussen vraag en aanbod van medisch-specialistische zorg te verbeteren.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de gebruikte data en onderzoeksmethoden nader toegelicht. Zowel de bronnen die voor dit onderzoek verzameld en geanalyseerd zijn, als de onderzoeksmethoden zullen worden besproken. In hoofdstuk 3 staat een kwantitatieve analyse van de regionale beschikbaarheid van medisch specialisten centraal (onderzoeksvraag 1). Hoofdstuk 4 bespreekt vervolgens hoe de (regionale) verhouding tussen vraag en aanbod wordt ervaren door de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, door ziekenhuizen en door zorgverzekeraars (onderzoeksvraag 2). De resultaten van de consultatie onder deze organisaties vormt ook de basis voor hoofdstuk 5 en 6, waarin nader ingegaan wordt op de oorzaken, gevolgen en oplossingsrichtingen voor de ervaren (regionale) arbeidsmarktknelpunten. In hoofdstuk 6 worden ook een aantal beleidsmaatregelen en praktijkvoorbeelden beschreven van projecten en initiatieven om (regionale) arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialismen aan te pakken. Hoofdstuk 7 presenteert de conclusie en discussie van het onderzoek.

2 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden per onderzoeksvraag de (kwantitatieve en kwalitatieve) bronnen en methoden toegelicht die zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

2.1 Aanpak van onderzoeksvraag 1: wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten naar regio en specialisme in Nederland?

2.1.1 Gebruikte bronnen

Het ledenbestand van de Federatie Medisch Specialististen

Voor dit onderzoek heeft de Federatie Medisch Specialististen (FMS) in 2018 haar ledenbestand geanonimiseerd beschikbaar gesteld. Er zijn 32 wetenschappelijke verenigingen lid van de Federatie Medisch Specialististen. Het ledenbestand van de FMS is dus zo compleet als de ledenbestanden van de wetenschappelijke verenigingen. Over het algemeen is de organisatiegraad van de wetenschappelijke verenigingen zeer hoog. Op basis van dit bestand kan inzicht verkregen worden in het aantal werkzame medisch specialisten per instelling en daarmee per provincie en landsdeel op basis van hun meest belangrijke werkplek. De gegevens mogen voor deze rapportage gebruikt worden op provincieniveau of een hoger aggregatieniveau.

Een beperking van het FMS-bestand is dat voor SEH-artsen, kaakchirurgen, sportartsen, ziekenhuisartsen en IC-artsen de werklocatie niet opgenomen is. Voor de SEH-artsen was de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) bereid de werklocatie-gegevens van haar leden geaggregeerd en geanonimiseerd voor dit onderzoek ter beschikking te stellen. Voor kaakchirurgen en sportartsen is de woonplaats bekend via de RGS en is dit als 'proxy' van hun werklocatie aangenomen.

Bevolkingsaantallen CBS

Om de beschikbaarheid van medisch specialisten per inwoner en per regio te bepalen, worden de bevolkingsaantallen per provincie gebruikt die gepubliceerd worden door het CBS. Voor dit onderzoek is uitgegaan van de bevolking per 1/1/2018, omdat ook de gegevens van de FMS betrekking hebben op 2018.

2.1.2 Gebruikte bronnen

Het bepalen van de werklocatie van specialisten

Op basis van het bestand van de FMS is de primaire werklocatie van elke specialist toegekend aan de hoofdlocatie van de instelling waar hij/zij in 2018 werkzaam was. In de meeste gevallen is dat de hoofdlocatie van het ziekenhuis, in enkele gevallen gaat het ook om een revalidatiecentrum, radiotherapeutische instelling, laboratorium of apotheek die diensten levert aan ziekenhuizen. De lijst van ziekenhuizen en hun locaties van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is als uitgangspunt genomen voor de regionale allocatie van het aanbod van medisch specialismen. Het bestand van de FMS is, zoals hierboven al aangegeven, daar waar mogelijk aangevuld op basis van een aantal andere bronnen die tevens als verificatie dienden.

Zo zijn gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), de Jaarverslagen Zorg database van DigiMV en het CBS (Sociaal Statistisch Bestand en Statline) gebruikt om de aantallen specialisten uit het FMS ledenbestanden te verifiëren en zijn websites van ziekenhuizen geraadpleegd om informatie over de werklocatie van medisch specialisten aan te vullen of te verifiëren.

Voor sommige specialismen geldt dat zij niet enkel in ziekenhuizen, revalidatiecentra, radiotherapeutische instellingen, laboratoria of ziekenhuisapotheken werken, maar ook in andere instellingen zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Dit geldt in het bijzonder voor:

- Dermatologen, waarvan naar schatting 1 op de 5 niet in een ziekenhuis werkzaam is;
- Plastisch chirurgen waarvan naar schatting 3 op de 10 niet in een ziekenhuis werkzaam is;
- Oogartsen waarvan naar schatting 1 op de 5 niet in een ziekenhuis werkzaam is;
- Orthopedisch chirurgen waarvan naar schatting 1 op de 6 niet in een ziekenhuis werkzaam is.

De locaties van deze instellingen waren te divers om voor dit onderzoek te worden bepaald, waardoor voor deze specialismen de dichtheid alleen betrekking heeft op de werkzame personen in ziekenhuizen. Over het algemeen geldt wel dat ZBC's zich meer in de Randstad bevinden.

Voor het specialisme psychiatrie geldt de beperking dat deze voor het merendeel niet in ziekenhuizen maar GGZ-instellingen werkzaam zijn. Van de psychiaters die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, is van 10% een werkadres bekend in een ziekenhuis, heeft 66% een werkadres in de GGZ en heeft 24% geen bekend werkadres. Deze percentages komen overeen met een onderzoek dat het Nivel in 2018 uitvoerde voor het Capaciteitsorgaan, waaruit blijkt dat psychiaters 9% van hun capaciteit (uitgedrukt in FTE) werkzaam zijn in ziekenhuizen en 72% in GGZ-instellingen (Vis, Van der Velden en Batenburg, 2019). Om die reden moeten de resultaten voor psychiaters met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tenslotte moet bij het aanbod aan medisch specialisten per regio bedacht worden dat niet elke specialist fulltime of 1 FTE werkt en ook niet alle werktijd aan patiëntenzorg zal besteden. Binnen het FMS-bestand zijn de aantallen FTE echter niet bekend en ook is niet bekend hoeveel tijd er aan patiëntenzorg door de specialisten wordt besteed. Vandaar dat het aantal personen binnen dit onderzoek de best mogelijk maat is voor het aanbod aan medisch specialisten.

Aantal inwoners per regio

De vraag naar medisch-specialistische zorg in een regio wordt in dit onderzoek gebaseerd op het totaal aantal inwoners, met als bron de bevolkingsaantallen van het CBS. Het aantal inwoners bepaalt primair het volume aan benodigde medisch-specialistische zorg in een regio. Een analyse van de openbare Vektis-data voor 2016 laat zien dat de totale gedeclareerde kosten voor medisch-specialistische zorg, op gemeenteniveau, bijna 1 op 1 correleert met het aantal inwoners. Per provincie en landsdeel, de twee niveaus waarop we de relatieve beschikbaarheid kwantitatief analyseren, is deze correlatie hetzelfde. Dat neemt niet weg dat er per inwoner wel degelijke regionale verschillen kunnen zijn in de vraag naar medisch-specialistische zorg. En daarnaast wordt verondersteld dat er geen interregionaal zorggebruik en zorgaanbod is (zie ook paragraaf 3.1). Met deze beperking dient dus rekening te worden gehouden in de uitkomsten van de (dichtheid)analyses (zie hierna).

De relatieve dichtheid van medisch specialisten, gebaseerd op werklocatie en inwoners per regio

De kwantitatieve of 'cijfermatige' beschikbaarheid van medisch specialisten per regio en specialisme wordt in dit onderzoek berekend door per regio het aantal werkzame medisch specialisten te delen op het aantal inwoners. De dichtheid is per specialisme en regio ook nog eens als een relatieve maat berekend, door deze te indexeren op het landelijk gemiddelde. Door de landelijk gemiddelde dichtheid

per specialisme op 100 te stellen, kunnen regionale verschillen per specialisme gemakkelijk als percentage hoger of lager dan gemiddelde uitgedrukt worden.

Bij een aantal specialismen dient vooraf te worden bedacht dat hun regionale verdeling de facto door overheidsmaatregelen wordt bepaald. Hierdoor vallen de dichtheden van deze specialismen al bij voorbaat 'scheef' uit en zijn de uitkomsten dus niet of alleen heel beperkt te interpreteren. Dit geldt voor de volgende specialismen:

- *Neurochirurgie*, waarbij het "Planningsbesluit neurochirurgie 2001" regelt dat er slechts 13 centra zijn voor bijzondere neurochirurgie. Daarbuiten zijn ook nauwelijks neurochirurgen werkzaam. Dit specialisme is dus door haar specifieke aard sterk geconcentreerd in slechts enkele ziekenhuizen.
- *Cardio-thoracale chirurgie*, waarvoor het "Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart 2008" van belang is. Daarin worden 17 centra genoemd waar bijzondere interventies van het hart uitgevoerd mogen worden. Buiten deze aangewezen instellingen zijn vrijwel geen cardio-thoracaal chirurgen werkzaam.
- *Radiotherapie*, waarvoor de spreiding in hoge mate bepaald is geweest door het "Planningsbesluit radiotherapie 2009". Dit besluit is in 2014 weer ingetrokken, maar feitelijk is het nog steeds zo dat het grootste deel van de radiotherapeuten in een zeer beperkt aantal centra werkzaam is. Dat zijn voor een deel de zogeheten radiotherapeutische instellingen, maar voor een deel zijn het afdelingen radiotherapie van (academische) ziekenhuizen.
- *Klinische genetica*, waarvoor lang heeft gegolden dat er maar een beperkt aantal centra zijn waar dergelijke zorg mocht worden geleverd, namelijk alleen de academische ziekenhuizen. Tegenwoordig zijn de klinisch genetici nog steeds vrijwel alleen werkzaam in de academische ziekenhuizen.

Een andere uitzondering is het specialisme klinische geriatrie. In bepaalde regio's (en dan juist ook in de academische centra in die regio's) zijn er voornamelijk internisten met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde die deze functie vervullen. In het FMS-bestand had tevens een deel van de klinisch geriaters (11%) een onbekend werkadres.

In hoofdstuk 3 zal voor de dichtheidsanalyses nader uiteengezet worden welke regio-indelingen zijn gekozen. Er is uitgegaan van verschillende niveaus (provincies en landsdelen, welke bestaan uit clusters van provincies), aangezien typen ziekenhuizen en medische specialismen sterk variëren wat betreft hun adherentiegebied. Bij de keuze van regio-indelingen is tevens rekening gehouden met het onthullingsgevaar als het gaat om kleine aantallen medisch specialisten en ziekenhuizen per regio's. Dit geldt vooral voor de analyse van knelpunten die door ziekenhuizen worden ervaren en in hoofdstuk 4 worden besproken.

2.2 Aanpak van onderzoeksvraag 2, 3 en 4: wat is de ervaren balans in vraag en aanbod van medisch specialisten naar regio en specialisme in Nederland?

2.2.1 Gebruikte bronnen

Consultatie van ziekenhuizen

Voor de consultaties zijn de hoofdvestigingen van alle ziekenhuizen in Nederland aangeschreven met een uitnodiging een consultatiedocument in te vullen. De academische ziekenhuizen zijn aangeschreven via de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de niet-

academische ziekenhuizen via de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Het consultatiedocument stelde omtrent vijf onderwerpen steeds een open vraag, namelijk:

- Voor welke specialismen ervaart het ziekenhuis momenteel een arbeidsmarktknelpunt en/of verwacht men een arbeidsmarktknelpunt in de toekomst;
- Wat zijn volgens het ziekenhuis de gevolgen van deze arbeidsmarktknelpunten;
- Wat zijn volgens het ziekenhuis de oorzaken van deze arbeidsmarktknelpunten;
- Wat zijn volgens het ziekenhuis mogelijke oplossingen voor deze arbeidsmarktknelpunten;
- Wat zijn volgens het ziekenhuis goede voorbeelden van projecten of initiatieven om arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten aan te pakken.

Het originele consultatiedocument is terug te vinden in Bijlage A. In totaal zijn 76 ziekenhuizen aangeschreven in november 2018. Er zijn twee reminders gestuurd en ook is een aantal ziekenhuizen nagebeld om de respons te verhogen. Een aantal ziekenhuizen gaf aan meer tijd nodig te hebben om het consultatiedocument in te vullen, zodat voor hen de consultatie tot eind januari 2019 is verlengd. Daarnaast vulde een aantal ziekenhuizen het document voor hun verschillende afdelingen/divisies apart in; deze antwoorden zijn voor het betreffende ziekenhuis samengenomen. Daarnaast verschilde het wie per ziekenhuis het document heeft ingevuld. Dit kon bijvoorbeeld een medewerker van de personeelsafdeling zijn, een lid van de Raad van Bestuur of een werknemer van het Medisch-Specialistisch Bedrijf (MSB).

Van de 76 aangeschreven ziekenhuizen hebben er 57 gereageerd, een respons van 75%. Deze respons is in Tabel 2.1 samengevat en uitgesplitst naar type ziekenhuis. De tabel laat zien dat alle academische ziekenhuizen hebben deelgenomen² en de meerderheid van de niet-academische opleidingsziekenhuizen. De respons voor de niet-opleidingsziekenhuizen is met 50% minder hoog. Dit is een bevinding die lastig te interpreteren is. Het kan zo zijn dat deze ziekenhuizen minder arbeidsknelpunten rond medisch specialisten ervaren en daarmee minder geneigd zijn geweest aan het onderzoek deel te nemen. Het kan echter ook zo zijn dat juist dit type ziekenhuizen een minder goede arbeidsmarktpositie voor specialisten kennen gezien hun schaal en locatie. Een alternatieve verklaring is in dat geval dat deze ziekenhuizen door hun schaalgrootte en het feit dat zij niet opleiden minder prikkels hebben om aan dit soort onderzoek mee te doen.

Tabel 2.1: Respons op het consultatiedocument naar type ziekenhuis

	Niet academische ziekenhuizen:			
	Academische Ziekenhuizen	Opleidings-ziekenhuizen	Niet-opleidings-ziekenhuizen	Totaal
Populatie	7	43	26	76
Respons	7	37	13	57
Responspercentage	100%	86%	50%	75%

Consultatie van wetenschappelijke verenigingen

De wetenschappelijke verenigingen van alle specialismen die lid zijn van de Federatie Medisch Specialist (FMS) zijn aangeschreven. Aan hen werd een vergelijkbaar consultatiedocument verstuurd met open vragen over de volgende vijf onderwerpen:

- In welke regio's ervaart de vereniging momenteel een arbeidsmarktknelpunt en/of verwacht men een arbeidsmarktknelpunt in de toekomst;
- Wat zijn volgens de vereniging de gevolgen van deze regionale arbeidsmarktknelpunten;
- Wat zijn volgens de vereniging de oorzaken van deze regionale arbeidsmarktknelpunten;

² Wel is voor Amsterdam UMC het consultatiedocument alleen door één van de beide locaties ingevuld.

- Wat zijn volgens de vereniging mogelijke oplossingen voor deze regionale arbeidsmarktknelpunten;
- Wat zijn volgens de vereniging goede voorbeelden van projecten of initiatieven om regionale arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten aan te pakken.

Het originele consultatiedocument voor de wetenschappelijke verenigingen is opgenomen als Bijlage B van dit rapport.

In totaal zijn 33 wetenschappelijke verenigingen aangeschreven vanaf november 2018, waarbij ook aan hen twee reminders zijn gestuurd en een aantal verenigingen is nagebeld. Een aantal verenigingen gaf aan meer tijd nodig te hebben om het consultatiedocument in te vullen, zodat voor hen de consultatie tot eind januari 2019 is verlengd. Een aantal verenigingen was expliciet kritisch ten aanzien van het consultatiedocument en gaf aan dat de open vragen te veel ruimte gaven voor ‘zachte’ antwoorden die niet betrouwbaar en valide zouden zijn vanwege een gebrek aan cijfermatige onderbouwing. Aan hen is uitgelegd dat om die reden niet alleen de wetenschappelijke verenigingen geconsulteerd werden maar, op eenzelfde wijze, óók alle ziekenhuizen en de vier grootste zorgverzekeraars. Door het vergelijken en ‘kruis-valideren’ van de antwoorden van zowel de wetenschappelijke verenigingen, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, worden de beperkingen van de afzonderlijke consultaties voor een deel gecompenseerd. Voor een aantal wetenschappelijke verenigingen was dit echter toch een reden om niet aan het onderzoek deel te nemen, wat uiteraard is gerespecteerd. Sommige verenigingen hebben aanvullende literatuur of resultaten van eigen onderzoek meegestuurd, welke zo veel mogelijk zijn meegenomen in dit onderzoek. Uiteindelijk hebben 24 verenigingen het consultatiedocument ingevuld: een respons van 73%.

Consultatie van zorgverzekeraars

Omdat er in Nederland vier grote zorgverzekeraars zijn die de inkoop van het merendeel van de medisch-specialistische zorg voor hun rekening nemen, is ervoor gekozen hen telefonisch te interviewen. Tijdens de interviews stonden dezelfde thema's/open vragen centraal als in de consultatie met de wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen:

- Inventariseren van signalen over knelpunten van bepaalde medisch specialismen al dan niet in bepaalde regio's in hun werkgebied;
- In kaart brengen van de achterliggende oorzaken en de (mogelijke) gevolgen van deze knelpunten;
- In kaart brengen van oplossingsrichtingen voor deze knelpunten;
- Formuleren van verwachtingen voor de toekomst en het in kaart brengen van goede voorbeelden van projecten of initiatieven om regionale arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten aan te pakken.

In totaal zijn vier interviews met de grootste zorgverzekeraars van Nederland gerealiseerd. Bij alle interviews is gesproken met een persoon die betrokken is bij de inkoop van medisch specialistische zorg.

2.2.2 Gebruikte methoden

Alle consultatiedocumenten zijn in Excel verwerkt. Voor de ziekenhuizen is geteld welke specialismen zijn genoemd als arbeidsmarktknelpunt. Ook zijn de antwoorden op de vragen over gevolgen, oorzaken en oplossingsrichtingen van knelpunten gecodeerd en geclusterd. In het Excel-bestand is een aantal achtergrondkenmerken van de ziekenhuizen opgenomen zodat daarvoor aparte analyses plaats konden vinden. Ook voor de consultatiedocumenten van de wetenschappelijke verenigingen is gebruik gemaakt van Excel om alle antwoorden te coderen. De interviews met zorgverzekeraars voor de casestudies zijn opgenomen, in een verslag samengevat en aan de geïnterviewde personen teruggekoppeld.

3 De beschikbaarheid van medische specialisten in Nederland: een kwantitatieve analyse

3.1 Inleiding en methode

In dit hoofdstuk staat vraag 1 van het onderzoek centraal:

Wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten per specialisme, per ziekenhuis(locatie) en per regio en zijn daarin verschillen tussen specialismen en regio's?

De beschikbaarheid van medische specialisten wordt in dit hoofdstuk kwantitatief geanalyseerd aan de hand van de relatieve dichtheid van medisch specialisten, per regio en per specialisme. In het vorige hoofdstuk (zie paragraaf 2.1.2) legden we uit hoe deze dichtheid is gemeten, met als teller het aantal werkzame specialisten en als noemer het aantal inwoners.

Als basis voor de dichtheidsanalyses is gekozen voor een regio-indeling die (1) zo veel mogelijk rekening houdt met de adherentie- en verzorgingsgebieden van alle ziekenhuizen in Nederland waar medisch specialisten werkzaam zijn en (2) zoveel mogelijk rekening houdt met het onthullingsgevaar per regio, wat vooral speelt bij de kleine specialismen en in regio's waarin relatief weinig ziekenhuizen gevestigd zijn. Wat betreft het eerste criterium geldt dat de academische ziekenhuizen (oftewel de Universitair Medisch Centra, UMC's) en topklinische (STZ) ziekenhuizen vaak grote, regio-overschrijdende of zelfs landelijke adherentiegebieden hebben. Streekziekenhuizen kennen verzorgingsgebieden die kleiner zijn, al zijn die de laatste jaren wel vergroot door de concentratietrend van verschillende vormen van medisch specialistische zorg. Daarnaast kan het adherentiegebied per specialisme verschillen; deze is kleiner voor de basis- of poortspecialismen, maar kan groot tot landelijk zijn voor zeer gespecialiseerde medische zorg. Het is dus lastig om tot uniforme adherentiegebieden en één regio-indeling voor alle type ziekenhuizen én medisch specialismen tezamen te komen. Het feit dat rekening moet worden gehouden met onthullingsgevaar speelt niet alleen voor de dichtheidsanalyses, maar vooral voor de analyse van de knelpunten zoals genoemd door de ziekenhuizen. Deze worden besproken in hoofdstuk 4.

Een regio-indeling naar landsdelen

Voor de beschrijvingen van de dichtheid van medisch specialismen is dus ten eerste uitgegaan van grote adherentiegebieden die het hele spectrum van medisch-specialistische zorg van 'basaal' tot 'hooggespecialiseerd' beslaan, namelijk die van academische ziekenhuizen. Zoals hierboven beschreven is het moeilijk eenduidige adherentiegebieden te beschrijven voor ziekenhuizen en specialismen. Als proxy van de adherentiegebieden van deze 8 UMC's is daarom gerekend met de afstand per postcodegebied tot het dichtstbijzijnde UMC en is gekeken wat dan de niet-overlappende regio's zijn. Daarnaast is bepaald dat er niet meer dan twee UMC's in één regio's gelokaliseerd mogen zijn om zo het totaal aantal UMC's zo goed mogelijk te verdelen over de regio's. Op basis hiervan is een vijfdeling van Nederland gemaakt van clusters van provincies. Deze vijf regio's of landsdelen zijn:

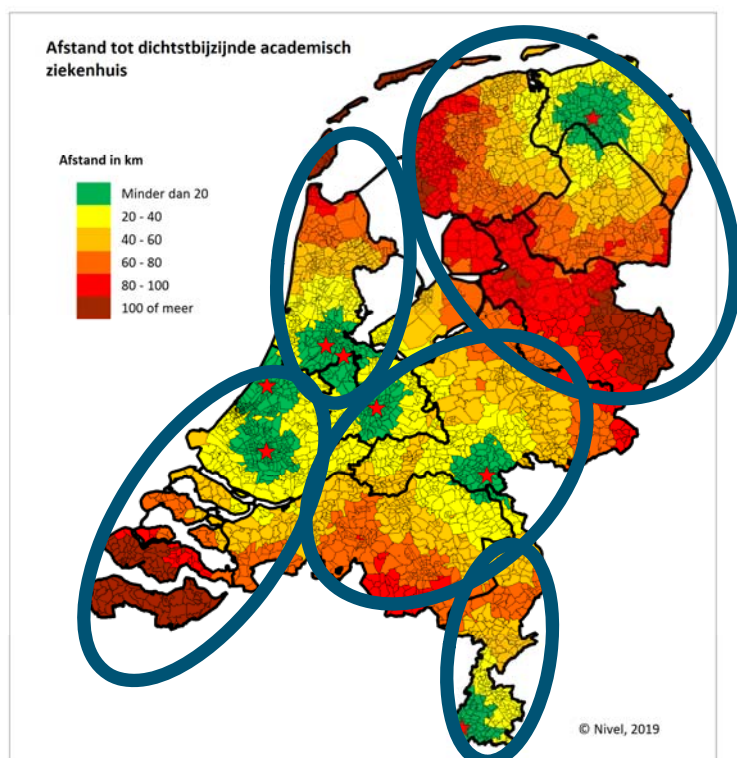
- Landsdeel Noord-Oost (provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel) met als centraal academisch ziekenhuis het UMC Groningen;
- Landsdeel Mid-Oost (provincies Flevoland, Utrecht, Gelderland en Noord Brabant) met als centraal academisch ziekenhuis het UMC Utrecht en het Radboudumc;

- Landsdeel Zuid-Oost (provincie Limburg) met als centraal academisch ziekenhuis het Maastricht UMC+;
- Landsdeel Zuid-West (provincies Zeeland en Zuid Holland) met als centraal academisch ziekenhuis het Erasmus MC en LUMC;
- Landsdeel Noord-West (provincie Noord Holland) met als centraal academisch ziekenhuis het Amsterdam UMC (voorheen AMC en VUmc).

Deze indeling is geïllustreerd in Figuur 3.1. Met cirkels is aangegeven wat de vijf elkaar uitsluitende regio's zijn (de locaties van de UMC's zijn in de figuur aangegeven met een rood sterretje). Voor elk landsdeel vormen één of twee UMC's het 'centrum' waar vanuit de vijfdeling is bepaald. De gebieden vlak rond de UMC's kennen vanzelfsprekend de kortste reisafstand van minder dan 20 kilometer en zijn groen gekleurd. Voor alle landsdelen geldt echter ook dat er gebieden zijn waar de reisafstand 60 kilometer of meer is; deze zijn oranje tot donkerrood gekleurd. De perifere gebieden die gemiddeld het verst van een UMC afliegen zijn gesitueerd in Zeeland, op de Waddeneilanden en in de Achterhoek³. Voor bewoners in de Randstad is de reisafstand gemiddeld het kleinst aangezien daar vijf van de acht UMC's gevestigd zijn. Deze specifieke regio-indeling naar landsdelen pakt qua inwonersaantallen niet geheel evenredig uit. Het landsdeel Zuid-Oost is het kleinst met 1,1 miljoen inwoners, daarna volgen de landsdelen Noord-Oost en Noord-West met elk 2,8 miljoen inwoners, landsdeel Zuid-West heeft 4 miljoen inwoners en landsdeel Mid-Oost is het grootst met 6,2 miljoen inwoners. Dit is echter het gevolg van de gekozen uitgangspunten, namelijk een regio-indeling die gebaseerd is op de bereikbaarheid van zowel de 'basale' als 'hooggespecialiseerde' medisch-specialistische zorg van één of maximaal twee UMC's en een regio-indeling waarbij de adherentiegebieden elkaar zo min mogelijk overlappen.

³ Bij deze perifere gebieden (m.u.v. de Waddeneilanden) moet echter bedacht worden dat deze aan de grens liggen en inwoners ook gebruik maken van ziekenhuiszorg uit Duitsland en België.

Figuur 3.1 Nederland opgedeeld in vijf landsdelen op basis van afstand naar dichtstbijzijnde UMC berekend vanaf ieder postcodegebied in Nederland

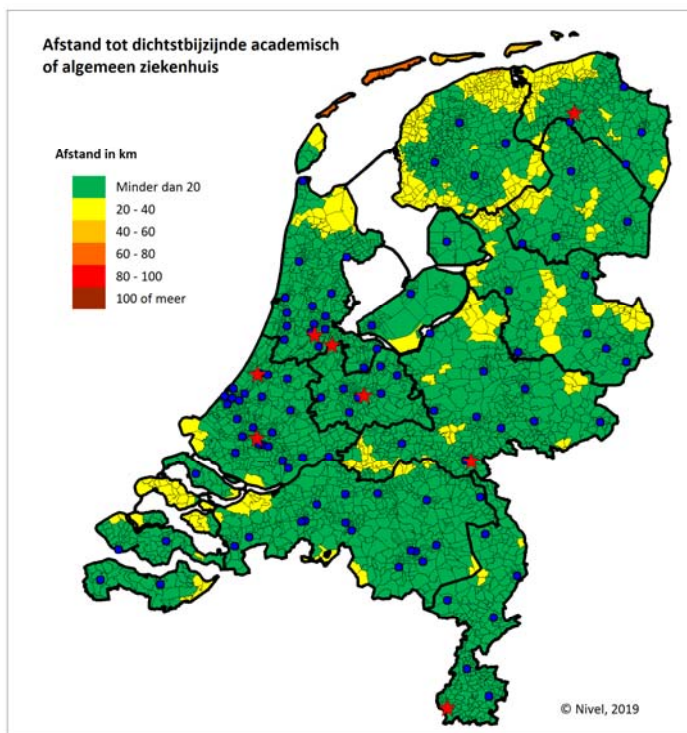


Een regio-indeling naar provincie

Om ook specifieker in te kunnen gaan op de dichtheid in verschillende regio's in Nederland is de dichtheid ook berekend naar provincie. Het voordeel hiervan is dat de regionale dichtheid specifieker wordt weergegeven, maar het nadeel is dat er een grotere kans is dan bij de indeling in vijf landsdelen dat adherentiegebieden van ziekenhuizen de provinciegrenzen overschrijden.

Figuur 3.2 geeft de locaties van algemene en academische ziekenhuizen naar provincie weer. Te zien is dat in sommige regio's meer ziekenhuizen gevestigd zijn dan in anderen. Dit heeft vanzelfsprekend tot gevolg dat in provincies met relatief minder ziekenhuizen het eerder kan voorkomen dat er geen enkele arts van een bepaald specialisme werkt. Het gaat dan vooral om de kleinere specialismen. Het effect hiervan kan worden teruggezien in de resultaten op provincieniveau in paragraaf 3.3 waar de dichtheid van een specialisme in een bepaalde provincie soms '0' is. Als in een provincie geen specialist werkzaam is (of beter gezegd: er geen ziekenhuis gevestigd is waar dat specialisme wordt aangeboden), dan betekent dat uiteraard niet dat deze medisch specialistische zorg helemaal niet beschikbaar is voor de inwoners van deze provincie. Zo kunnen inwoners van Zeeland bijvoorbeeld gebruik maken van de specialistische zorg die in de provincies Zuid-Holland of Brabant wel wordt aangeboden. Een feit blijft wel dat de 'directe' beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg aangeboden in een 'UMC-provincie' relatief hoog is.

Tabel 3.2 (Hoofd)locaties van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland op basis van afstand naar dichtstbijzijnde ziekenhuis berekend vanaf ieder postcodegebied in Nederland, inclusief provinciegrenzen



3.2 De relatieve dichtheid van medisch specialisten naar landsdeel

In deze paragraaf presenteren we het eerste deel van de uitkomsten, de relatieve dichtheid per specialisme en per landsdeel. We laten daarbij eerst de 12 specialismen buiten beschouwing die eerder in paragraaf 2.1.2 zijn beschreven, namelijk:

- De specialismen waarvan een deel niet in ziekenhuizen werkzaam is (dermatologen, plastisch chirurgen, oogartsen, orthopedisch chirurgen en psychiaters),
- De specialismen die door overheidsbeleid op een specifieke manier regionaal verspreid zijn (neurochirurgen, cardio-thoracale chirurgen, radiotherapeuten en klinisch genetici),
- De specialismen waar de specialisatietoekenning per ziekenhuis kan verschillen (klinisch geriater) en
- De specialismen waarvan alleen de woonlocatie kon worden bepaald (kaakchirurgen en sportartsen).

Daarmee houden we 21 specialismen over, welke in Tabel 3.1 worden gepresenteerd. De landelijke dichtheid per specialisme is geïndexeerd op 100 (zie ook paragraaf 2.1.2) en voor elk van de landsdelen wordt in de tabel per specialisme aangegeven hoeveel procent de dichtheid daarvan afwijkt. Zo is de relatieve dichtheid van het landsdeel Noord-Oost voor alle specialisten 104, wat betekent dat de dichtheid in dit landsdeel 4% hoger ligt dan de landelijke dichtheid. Voor de klinisch fysici is de relatieve dichtheid in dit landsdeel 105, wat dus 4% hoger is dan de landelijke dichtheid. Opgemerkt moet worden dat het gemiddelde indexcijfer over de vijf landsdelen niet op 100 uitkomt. Dit heeft te maken met de verschillen in bevolkingsomvang van de landsdelen (zie 3.1) waardoor het indexcijfers van het ene landsdeel zwaarder weegt dan van het andere landsdeel.

De kleuren zorgen ervoor dat snel zichtbaar is of de dichtheid rond het landelijk gemiddelde of daarboven of onder ligt: hoe donkerder de blauwe kleur, des te hoger de relatieve dichtheid. De twee laatste kolommen geven een indicatie hoe de spreiding van medisch specialisten naar landsdeel is, op basis van (1) het verschil tussen de laagste en hoogste relatieve dichtheid en (2) de standaarddeviatie berekend over de vijf landsdeel-cijfers.

Tabel 3.1 De relatieve dichtheid van specialisten per landsdeel naar specialisme, gesorteerd naar standaarddeviatie (de mate waarin de dichtheid tussen de landsdelen verschilt)

	Noord-Oost	Mid-Oost	Zuid-Oost	Zuid-West	Noord-West	Min-Max verschil	Standaard deviatie
Totaal van deze specialisten	104	91	107	100	114	23	8,53
Specialismen:							
Klinisch fysici	105	90	128	87	124	41	18,86
Pathologen	118	84	108	90	128	44	18,51
Nucleair geneeskundigen	112	84	119	93	124	40	17,18
MDL-artsen	95	92	90	99	128	38	15,58
Revalidatieartsen	121	85	121	102	101	36	15,26
Internisten	96	85	112	105	124	39	14,91
Anesthesiologen	106	90	98	95	124	34	13,30
Klinisch chemici	105	103	121	87	98	34	12,34
Radiologen	94	89	110	105	119	30	12,10
Cardiologen	116	86	114	104	104	30	11,88
Ziekenhuisapothekers	106	95	123	97	100	28	11,30
Urologen	101	93	106	95	120	27	10,79
Medisch microbiologen	115	87	111	104	103	28	10,72
SEH-artsen	107	107	85	88	102	22	10,57
Kinderartsen	97	92	89	109	113	24	10,54
Chirurgen	106	90	112	97	114	24	10,16
Neurologen	102	89	114	105	111	25	9,73
Reumatologen	101	102	117	91	100	26	9,36
Gynaecologen	100	93	97	100	117	24	9,18
Longartsen	109	96	109	96	101	13	6,53
KNO-artsen	100	96	101	105	101	9	3,21

Tabel 3.1 laat ten eerste zien dat de relatieve dichtheid van het totaal aantal specialisten in drie landsdelen boven het landelijk gemiddelde ligt: Noord-Oost Nederland (4% meer specialisten per hoofd van de bevolking dan het landelijk gemiddelde), Zuid-Oost Nederland (7% meer) en Noord-West Nederland (14% meer). In Mid-Oost Nederland is de relatieve dichtheid 9% lager en in Zuid-West Nederland is deze op het landelijk gemiddelde. Verschillen tussen de landsdelen zijn relatief beperkt, waardoor we kunnen concluderen dat er sprake is van een redelijk gelijke verdeling van de totale groep medisch specialisten over de vijf landsdelen. Alleen regio Noord-West valt op met een relatieve dichtheid die 14% boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit kan verklaard worden door de aanwezigheid van één groot UMC ten opzichte van relatief klein aantal inwoners in dit landsdeel (2,8 miljoen).

De dichtheidsverschillen tussen de landsdelen verschillen per specialisme. We zien aan de hand van de twee spreidingsmaten dat de klinisch fysici, pathologen en nucleair geneeskundigen de grootste verschillen tussen de landsdelen in relatieve dichtheid kennen. Daarna volgen een aantal grotere specialismen (MDL-artsen, revalidatieartsen, internisten en anesthesiologen) waar de verschillen tussen de landsdelen in dichtheid ook relatief groot zijn. Voor de long- en KNO-artsen is de dichtheid het meest gelijk over de landsdelen.

Voor de volledigheid laten we in tabel 3.2 ook de relatieve dichtheden voor de 12 specialismen zien die we eerder om verschillende redenen niet in de analyse hebben meegenomen (zie paragraaf 2.1.2). Ook hier is de relatieve dichtheid van elke regio per specialisme geïndexeerd op het landelijk gemiddelde van 100 en zijn beide spreidingsmaten opgenomen.

Tabel 3.2 De relatieve dichtheid van de eerder buiten beschouwing gelaten specialisten per landsdeel naar specialisme, gesorteerd naar standaarddeviatie (de mate waarin de dichtheid tussen de landsdelen verschilt)

	Noord -Oost	Mid- Oost	Zuid Oost	Zuid- West	Noord- West	Min-Max verschil	Standaard deviatie
<i>Specialisme waarvan de spreiding grotendeels bepaald wordt door naamgevingsverschillen</i>							
Klinisch gerieters	81	128	82	80	95	48	20,39
<i>Specialismen waarvan de spreiding alleen naar woonplaats kon worden vastgesteld</i>							
Kaakchirurgen	94	107	90	66	143	77	28,24
Sportartsen	115	115	118	65	93	53	22,59
<i>Specialismen waarvan de spreiding door planningsbesluiten is bepaald</i>							
Neurochirurgen	92	74	161	106	132	87	34,19
Cardio-thoracale chirurgen	148	90	69	95	91	79	29,42
Radiotherapeuten	131	66	113	105	131	65	26,69
Klinisch genetici	94	84	143	100	126	59	24,37
<i>Specialismen waarvan een deel van de specialisten werkzaam is in ZBC's</i>							
Dermatologen	92	90	137	105	109	47	18,85
Plastisch chirurgen	115	92	115	85	117	32	15,11
Oogartsen	86	92	100	124	96	38	14,59
Orthopedisch chirurgen	97	108	118	90	93	28	11,61
<i>Specialisme waarvan het merendeel in GGZ-instellingen werkzaam is</i>							
Psychiaters	121	81	174	74	129	100	40,46

Aan de hand van de standaarddeviatie-maat is dit zien dat voor een groot deel van deze specialismen de dichtheidsverschillen tussen de landsdelen veel groter zijn dan voor de specialismen in tabel 3.1. Zo is de relatieve dichtheid zeer hoog in:

- landsdeel Mid-Oost voor klinisch gerieters,
- landsdeel Noord-West voor kaakchirurgen, radiotherapeuten, neurochirurgen, klinisch genetici en psychiaters,
- landsdeel Zuid-Oost voor psychiaters, neurochirurgen, dermatologen en klinisch genetici,
- landsdeel Noord-Oost voor cardio-thoracale chirurgen en radiotherapeuten.

Er is geen duidelijk patroon te ontdekken naar landsdeel wat betreft de dichtheidsverschillen. Wel valt op dat de vier specialismen waarvan een deel van de specialisten werkzaam is in ZBC's (dermatologen, plastisch chirurgen, oogartsen en orthopedisch chirurgen) minder grote verschillen in dichtheid tussen de landsdelen kennen.

De uitschieters in dichtheid zijn voor deze specialismen dan ook kleiner en zouden wat dat betreft toch ook 'passen' bij de groep van 21 specialismen die in tabel 3.1 zijn opgenomen.

3.3 De relatieve dichtheid van medisch specialisten naar provincie

Zoals hiervoor aangegeven vormen de vijf landsdelen een grove regio-indeling die weliswaar gebaseerd is op het relevante afbakeningsprincipe van de bereikbaarheid van UMC's, maar die de mogelijke details binnen die vijf landsdelen niet laat zien. Daarom zijn de dichtheidsanalyses ook op het niveau van provincie uitgevoerd, wat in feite een opsplitsing van landsdelen is aangezien deze gebaseerd zijn op een aggregatie van provincies. Zoals hiervoor benoemd komt het met name bij de kleine specialismen voor dat de aantallen per provincie zeer klein dan wel nul zijn.

In tabel 3.3 worden weer eerst de resultaten gepresenteerd voor de 21 specialismen waar de data en voorwaarden voldoende geacht worden voor uitvoeren van de een regio-vergelijkende dichtheidsanalyse. De opbouw van de tabel is identiek met die in de vorige paragraaf, maar bedacht moet worden dat de kans op verschillen tussen provincies bij voorbaat groter is omdat nu over 12 in plaats van 5 gebieden de dichtheid ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100) berekend wordt.

Tabel 3.3 laat allereerst zien dat de volgende specialismen helemaal niet vertegenwoordigd zijn in de provincies Drenthe en/of Flevoland. Het gaat om:

- Medische microbiologie,
- Klinische fysica,
- Pathologie,
- Nucleaire geneeskunde.

Drenthe en Flevoland hebben voor bijna alle specialismen een lage relatieve dichtheid ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dat geldt ook voor de provincies Zeeland en – in iets mindere mate – Noord-Brabant waar met name de relatieve dichtheid van reumatologen en anesthesiologen laag is. Voor kindergeneeskunde en MDL-geneeskunde geldt dat zij in alle bovengenoemde provincies een lagere dichtheid hebben dan landelijk.

Vier specialismen kennen de grootste verschillen in dichtheid tussen de provincies namelijk: de medisch microbiologen, pathologen, klinisch fysici en klinisch chemici. Dit zijn de wat kleinere specialismen die ook in tabel 3.1 de grootste regionale verschillen naar landsdeel kenden. Daarna volgen de kinderartsen en anesthesiologen die relatief grote verschillen in dichtheid tussen de provincies kennen. De KNO-artsen en urologen hebben relatief de kleinste verschillen tussen de provincies in dichtheid; maar ook bij deze specialismen hebben de provincies Drenthe, Flevoland en Zeeland een lage relatieve dichtheid.

Zoals we eerder aangaven moet bij deze verschillen bedacht worden dat het lage aantal specialisten in de ene provincie gecompenseerd kan worden door een hoger aantal specialisten in een aangrenzende provincie. Dit geldt in het bijzonder voor het noorden van Nederland, waar de provincie Groningen een zeer hoog aantal specialisten heeft per hoofd van de bevolking, met name door de aanwezigheid van

het UMCG. Dit kan ten dele specialistische zorg bieden aan inwoners van de provincie Drenthe en Friesland. Daarbij moet een uitzondering worden gemaakt voor de niet-planbare en acute specialistische zorg omdat hierbij de nabijheid en aanrijtijden een cruciale rol spelen.⁴ Voor de provincie Zeeland geldt ook dat de lage dichtheid aan kinderartsen gecompenseerd kan worden door het aanbod in Zuid-Holland, maar voor reumatologie en anesthesiologie lijkt dit veel minder het geval.

Uit Tabel 3.3 wordt ook het patroon zichtbaar dat de provincies die een UMC huisvesten een hogere dichtheid aan medisch specialisten kennen. Het gaat dan om de provincies Groningen, Noord-Holland, Utrecht, Limburg en in iets mindere mate Zuid-Holland. Alleen Gelderland is uitzondering op dit patroon. Het feit dat de UMC's relatief grote werkgevers en centrale aanbodpunten zijn voor nagenoeg alle specialismen wordt hiermee duidelijk geïllustreerd. Of er een UMC in een regio is zou dus een relevant kenmerk kunnen zijn om te betrekken bij de analyse van ervaren knelpunten in een regio. In het volgende hoofdstuk wordt dit verder onderzocht.

Tabel 3.4 op de daaropvolgende pagina toont weer de dichtheidsverschillen tussen de provincies voor de 12 specialismen die eerder uit de analyses zijn gehouden omdat zij deels buiten ziekenhuizen werken, qua regionale spreiding gereguleerd zijn en vanwege hun naamgeving een andere regionale verdeling kunnen kennen. Uit tabel 3.4 kunnen dezelfde conclusies worden getrokken als in de vorige paragraaf waarin de verschillen tussen de landsdelen zijn getoond. De meeste van de 12 specialismen kennen zeer grote, soms extreme provincie-verschillen in dichtheid. De redenen hiervoor zijn eerder beschreven en komen vooral naar voren bij de psychiaters en de door planningsbesluiten geregleerde specialismen.

Ook nu geldt dat de vier specialismen die voor een deel in ZBC's werken (dermatologen, plastisch chirurgen, oogartsen, orthopedisch chirurgen) niet heel erg afwijken van de andere 21 specialismen wat betreft de verschillen in dichtheid tussen de provincies (afgaand op de hoogte van de standaarddeviatie). Voor deze vier specialismen geldt dat de relatieve dichtheid in de provincies, Drenthe, Flevoland en Zeeland relatief laag is. De relatieve dichtheid in de provincies waarin een UMC is gevestigd is daarentegen hoog. Dit komt overeen met de resultaten van tabel 3.3.

⁴ Uit ambulancecijfers van UMCG Ambulancezorg blijkt dat de meeste spoedritten per ambulance in bijvoorbeeld Oost-Drenthe naar het Scheperziekenhuis in Emmen plaatsvinden en in veel mindere mate naar het UMCG in Groningen. Wel is er juist eerder provincie overschrijdend ambulanceverkeer naar de Isalaziekenhuizen in Zwolle en het ziekenhuis in Hardenberg, beiden in Overijssel (zie <https://www.umcgambulancezorg.nl/umcgambulancezorg/site/umcg>). Hoewel de planbare ritten bij dit overzicht buiten beschouwing zijn gebleven, wijst het erop dat de meeste zorg door de dichtstbij gelegen ziekenhuizen wordt geleverd, maar dat er wel degelijk provincie overschrijdend zorggebruik is dat idealiter meegewogen wordt.

Tabel 3.3: De relatieve dichtheid van specialisten per provincie naar specialisme, gesorteerd naar standaarddeviatie (de mate waarin de dichtheid tussen de provincies verschilt)

	Groningen	Friesland	Drenthe	Overijssel	Flevoland	Utrecht	Gelderland	Noord-Brabant	Limburg	Zeeland	Zuid-Holland	Noord-Holland	Min-Max verschil	Standaard deviatie
Totaal	173	84	63	97	55	116	98	77	107	64	104	114	118	31,83
Specialismen:														
Medisch microbiologen	278	77	0	103	0	135	109	59	111	49	110	103	278	72,41
Pathologen	231	65	38	125	0	122	99	66	108	12	98	128	231	61,88
Klinisch fysici	229	53	0	116	0	141	89	80	128	90	87	124	229	62,24
Klinisch chemici	254	40	26	101	31	119	116	97	121	34	93	98	228	62,25
Nucleair geneeskundigen	179	88	0	140	0	125	78	83	119	50	98	124	179	53,68
Kinderartsen	216	58	47	80	44	166	92	63	89	44	115	113	172	52,71
Anesthesiologen	179	94	58	95	17	126	105	72	98	27	102	124	162	44,18
Revalidatieartsen	141	127	58	134	161	75	99	65	121	198	92	101	140	41,06
Internisten	191	68	52	83	58	110	101	64	112	71	109	124	139	38,65
Reumatologen	117	70	58	128	69	79	163	70	117	30	97	100	133	36,10
Chirurgen	197	85	67	89	70	102	97	82	112	72	100	114	130	34,63
Ziekenhuisapothekers	163	91	107	85	48	149	89	80	123	77	99	100	115	31,62
Longartsen	185	89	95	89	74	123	98	85	109	72	98	101	113	29,80
Neurologen	154	89	97	85	53	111	95	78	114	68	109	111	101	25,98
Cardiologen	148	96	91	121	50	101	82	88	114	63	108	104	98	25,87
MDL-artsen	140	81	46	102	48	103	93	93	90	51	104	128	94	29,81
Radiologen	148	72	55	96	59	103	98	80	110	75	109	119	93	26,81
SEH-artsen	88	169	82	92	133	87	92	124	85	95	87	102	87	26,12
Gynaecologen	139	85	84	94	75	102	98	87	97	59	104	117	80	20,33
KNO-artsen	131	90	59	107	70	126	106	77	101	57	110	101	74	24,37
Urologen	119	88	91	103	60	111	105	79	106	64	98	120	60	19,67

Tabel 3.4: De relatieve dichtheid van de eerder buiten beschouwing gelaten specialisten per provincie en naar specialisme, gesorteerd naar standaarddeviatie (de mate waarin de dichtheid tussen de provincies verschilt)

	Groningen	Friesland	Drenthe	Overijssel	Flevoland	Utrecht	Gelderland	Noord-Brabant	Limburg	Zeeland	Zuid-Holland	Noord-Holland	Min-Max verschil	Standaard deviatie
Specialisme waarvan de dichtheid door naamgevingsverschillen wordt bepaald														
Klinisch gerieters	48	152	57	67	0	87	167	136	82	74	80	95	167	46,44
Specialismen waarvan de spreiding alleen naar woonplaats kon worden vastgesteld														
Kaakchirurgen	231	52	0	88	0	208	114	67	90	0	73	143	231	76,12
Sportartsen	113	102	134	115	0	204	128	78	118	0	90	93	204	55,64
Specialismen waarvan de spreiding door planningsbesluiten is bepaald														
Neurochirurgen	247	0	0	104	0	130	58	71	161	0	118	132	247	78,35
Cardio-thoracale chirurgen	310	160	0	123	0	199	56	77	69	0	105	91	310	91,23
Radiotherapeuten	244	101	0	147	0	93	77	54	113	129	103	131	244	65,79
Klinisch genetici	463	0	0	0	0	227	113	0	143	0	110	126	463	138,39
Specialismen waarvan een deel in een ZBC werkzaam is														
Dermatologen	124	87	65	91	68	118	97	73	137	42	111	109	95	27,90
Plastisch chirurgen	220	70	61	111	55	111	106	77	115	59	88	117	165	44,70
Oogartsen	123	84	55	83	33	108	84	101	100	80	128	96	95	26,64
Orthopedisch chirurgen	132	94	106	77	60	100	136	96	118	94	90	93	76	21,42
Specialisme waarvan een deel in GGZ-instellingen werkzaam is														
Psychiaters	371	60	0	82	0	128	94	59	174	14	80	129	371	100,89

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is de beschikbaarheid van medisch specialisten in Nederland naar regio kwantitatief beschreven door relatieve dichtheden te berekenen, waarbij de verhouding specialisten-inwoners per gebied is genormeerd aan de gemiddelde landelijke verhouding.

Dat is eerst gedaan naar landsdeel, waarin provincies zijn geclusterd op basis van de bereikbaarheid van de UMC's (een proxy voor de adherentiegebieden van de academische ziekenhuizen). Het idee is dat UMC's het breedste spectrum aan medisch-specialistische zorg leveren en daarom het beste uitgangspunt is voor een gebiedsindeling waarmee de beschikbaarheid van medisch specialisten voor de bevolking (de 'dekking') wordt geïndiceerd. Naar landsdeel is Nederland in vijf grote gebieden ingedeeld waarin elk één à twee UMC's zijn gevestigd. De gebieden zijn zo gekozen dat ook voor de kleine specialismen er minstens een aantal personen werkzaam is, zodat de relatieve dichtheid voor alle specialismen en landsdelen berekend kan worden. Wel is een artefact van de gekozen gebiedsindeling dat de vijf landsdelen flink verschillen in het aantal inwoners en ook in het totaal aantal streekziekenhuizen.

Ten tweede is de kwantitatieve beschikbaarheid van medisch specialisten op provincie-niveau bekeken. Deze regio-indeling laat meer regionale specificatie toe, maar heeft als nadeel voor bepaalde combinaties van provincies en specialismen dat de (relatieve) dichtheid niet berekend kan worden omdat er geen specialisten van een bepaald type werkzaam zijn. Daarnaast is de provincie-indeling inhoudelijk minder relevant dan de indeling die we naar landsdeel maakten en waarbij we rekening hielden met de adherentiegebieden en spreiding van UMC's. Provincies vormen primair een bestuurlijke eenheid en hebben weinig taken met betrekking tot medisch specialistische zorg.

De keuze voor landsdelen en provincies om de kwantitatieve beschikbaarheid van medisch specialisten te bepalen is mede het resultaat van de beschikbaarheid, voorwaarden en beperkingen van de data die van de FMS voor dit doel is verkregen (zie ook hoofdstuk 2). Daarnaast is besloten de relatieve dichtheidsanalyses in dit hoofdstuk voor 12 medisch specialismen apart te presenteren, omdat deze:

- voor een deel niet in ziekenhuizen werkzaam zijn (dermatologen, plastisch chirurgen, oogartsen, orthopedisch chirurgen en psychiaters),
- door overheidsbeleid op een specifieke manier regionaal verspreid zijn (neurochirurgen, cardio-thoracale chirurgen, radiotherapeuten en klinisch genetici),
- geen werklocatie geregistreerd hadden in het geanalyseerde bestand van de FMS (kaakchirurgen en sportartsen),
- in hun specialisatietoekenning per ziekenhuis en dus per regio verschillen (klinisch geriater).

Voor de 21 resterende specialismen is wel de relatieve dichtheid geïnterpreteerd, naar landsdeel en naar provincie. De uitkomsten laten de volgende conclusies toe:

- De regionale verschillen in beschikbaarheid van medisch specialisten zijn naar landsdeel beperkt. Op het niveau van landsdelen valt vooral regio Noord-West op, waar de dichtheid gemiddeld 14% hoger is dan het landelijk gemiddelde.
- Naar provincie zijn (logischerwijs) grotere verschillen te zien. Met name de provincies Drenthe, Flevoland, Zeeland en in iets mindere mate Noord-Brabant hebben voor een aantal specialismen zoals kindergeneeskunde, anesthesiologie en MDL-artsen relatief lage dichtheden.

- De kleinere specialismen medisch microbiologie, pathologie, klinisch fysica en klinisch chemie kennen zowel op landsdeel- als provincieniveau relatief de grootste regionale verschillen in dichtheid gevolgd door de revalidatieartsen, internisten en anesthesiologen die in capaciteit groter zijn. De specialismen KNO, urologie en gynaecologie kennen de kleinste regionale verschillen in dichtheid.

Bij de relatieve dichtheidsverschillen die hier beschreven zijn, dient bedacht te worden dat gebieden met een lage dichtheid 'gecompenseerd' kunnen worden in de beschikbaarheid van medisch specialisten (lees: ziekenhuizen waarin zij werkzaam zijn) in naastgelegen provincies of landsdelen. Provincies waar een UMC gevestigd is kennen hogere relatieve dichtheden en hebben als voordeel dat hun inwoners gemiddeld en relatief dichtbij veel medisch specialisten 'beschikbaar' hebben. Echter, inwoners van de aanliggende provincies kunnen daar ook gebruik van maken. Daarmee is de dichtheid dus 'slechts' een kwantitatieve meting van de beschikbaarheid van medisch specialisten per regio, waarmee geen rekening wordt gehouden met het inter- of bovenregionale gebruik én aanbod van medisch specialisten en medisch-specialistische zorg. Een andere beperking is dat bij de aanbodcijfers geen rekening gehouden kon worden met de omvang van de aanstelling of werkweek van medisch specialisten, en de tijd die zij specifiek aan patiëntenzorg besteden. Zo besteden medisch specialisten in UMC's naar verwachting meer tijd aan onderzoek en onderwijs dan medisch specialisten in streekziekenhuizen en kan de gemiddelde deeltijdfactor per regio en type ziekenhuis verschillen.

Cijfers over de relatieve en regionale dichtheid van medisch specialisten zeggen dus a priori nog niets over het bestaan van arbeidsmarktknelpunten in de regio; daarvoor spelen waarschijnlijk vele andere, regio- en/of specialisme-specifieke factoren een rol. Daarom zijn deze in kaart gebracht door ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en zorgverzekeraars breed en kwalitatief te consulteren. De resultaten hiervan worden in de volgende hoofdstukken gepresenteerd.

4 De beschikbaarheid van medisch specialisten: ervaringen vanuit verschillende perspectieven

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op vraag 2 van het onderzoek:

Hoe wordt de beschikbaarheid aan medisch specialisten regionaal/lokaal ervaren? Hoe verschilt hierin de opvatting van de betrokken ziekenhuizen, de wetenschappelijke verenigingen en de zorgverzekeraars?

We beschrijven eerst welke knelpunten de ziekenhuizen ervaren op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten, daarna welke de wetenschappelijke verenigingen zien en tenslotte wat de zorgverzekeraars hebben aangegeven als knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten. In het bijzonder is:

- de ziekenhuizen gevraagd voor welke specialismen zij arbeidsmarktknelpunten ervaren;
- de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten gevraagd in welke regio's zij arbeidsmarktknelpunten ervaren, en
- de zorgverzekeraars gevraagd voor welke specialismen én regio's zij arbeidsmarktknelpunten ervaren.

Aan het einde van dit hoofdstuk leggen we de ervaringen van deze drie stakeholders naast elkaar, zodat we de specialismen, regio's en combinaties van beide kunnen identificeren die door allen expliciet worden genoemd als knelpunten op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten.

4.2 De arbeidsmarktknelpunten zoals door ziekenhuizen ervaren

Algemene uitkomsten

In deze paragraaf beschrijven we de respons van de ziekenhuizen, die vanuit hun hoofdvestiging de volgende open vraag in het consultatiedocument hebben beantwoord:

“Zijn er op dit moment in uw instelling arbeidsmarktknelpunten? Zo ja, voor welke specialismen spelen die dan? En kunt u voor die specialismen het arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?”

Analoog hieraan is in het consultatiedocument ook de vraag gesteld of ziekenhuizen in de nabije toekomst arbeidsmarktknelpunten verwachten, en zo ja, voor welke specialismen.

Van de 57 ziekenhuizen die hebben gerepsondeerd antwoordden 8 (14%) ‘nee’ op zowel de vraag voor de huidige als toekomstsituatie; zij ervaren nu dus geen knelpunten en verwachten dit ook niet voor de toekomst. De 49 overige ziekenhuizen (86%) antwoordde ‘ja’ op één van beide vragen, waarbij zij verschillende toelichtingen gaven. Zo gaven 17 ziekenhuizen (30%) aan “in het algemeen” of voor “diverse specialismen” knelpunten te ervaren. Iets meer dan de helft (32 ziekenhuizen ofwel 56%) benoemden wel specifiek één of meerdere specialismen. Sommige ziekenhuizen gaven een uitgebreide toelichting bij de knelpunten, anderen antwoordden korter.

Uitkomsten naar regio en type ziekenhuis

Kijken we naar de verdeling van deze antwoorden naar het *landsdeel* (zie hoofdstuk 3) waar het ziekenhuis gevestigd is, dan vallen de volgende twee zaken op:

- Ten opzichte van andere landsdelen gaven vooral ziekenhuizen gevestigd in het landsdeel Noord-West (i.c. de provincie Noord-Holland) aan géén knelpunten te ervaren, nu noch in de toekomst.
- Ten opzichte van andere landsdelen gaven vooral ziekenhuizen gevestigd in het landsdeel Noord-Oost (i.c. de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel) het antwoord met “diverse of algemene knelpunten” te maken te hebben.

Deze resultaten moeten wel gezien worden in het licht van kleine aantallen responderende ziekenhuizen in de regio’s Noord-West (n=9) en Noord-Oost (n=9). De *overall* gemiddelden worden in flinke mate bepaald door de antwoorden van de ziekenhuizen gevestigd in het landsdeel Mid-Oost (n=22 ziekenhuizen).

Kijken we naar de verdeling van deze antwoorden naar *type ziekenhuis* (academische ziekenhuizen, niet-academisch opleidingsziekenhuizen en niet-academisch niet-opleidingsziekenhuizen), dan vallen twee zaken op:

- Ten opzichte van de andere ziekenhuizen gaven vooral *niet-opleidingsziekenhuizen* aan géén huidige of toekomstige knelpunten te ervaren. Dit resultaat is opvallend en kan ook met de lage respons onder de niet-opleidingsziekenhuizen samenhangen.
- Ten opzichte van de andere ziekenhuizen gaven vooral *academische ziekenhuizen* het antwoord met “diverse of algemene knelpunten” te maken te hebben. Mogelijk hangt dit resultaat samen met het feit dat, zoals een UMC aangaf, zij een bovenregionale rol spelen. Daarmee hebben zij dan ook de problematiek in de regio en die van andere ziekenhuizen in hun antwoord meegenomen.

Ook deze resultaten moeten worden gezien in het licht van kleine aantallen academische en niet-opleidingsziekenhuizen in de respons (n=7, respectievelijk n=13). De *overall* gemiddelden worden in grote mate bepaald door de antwoorden van de niet-academische opleidingsziekenhuizen (n=37).

Uitkomsten naar specialisme

Tabel 4.1 toont vervolgens de meest genoemde specialisten waarvoor de ziekenhuizen expliciet aangaven (nu of in de toekomst) een arbeidsmarktknelpunt te ervaren. De top drie die zich hierbij aftekent zijn de SEH-artsen (46%), MDL-artsen (32%) en oogartsen (29%). Daarna volgen de kinderartsen (21%) en psychiaters (21%). Voor een derde groep van specialismen wordt tussen de 10% en 16% van de ziekenhuizen knelpunten ervaren of verwacht. Het gaat hierbij om reumatologen (16%), anesthesiologen (13%), klinisch geriaters (13%), chirurgen (11%), internisten (11%), gynaecologen (11%) en IC-artsen (11%). Andere specialismen worden door minder dan 10% genoemd. Voor klinisch chemici, pathologen en sportartsen worden door geen enkel ziekenhuis arbeidsmarktknelpunten genoemd.

Tabel 4.1 Percentage ziekenhuizen dat aangeeft specialisme-specifieke arbeidsmarktknelpunten te ervaren nu of in de toekomst, naar specialisme (n=57)

Specialisme	%	Specialisme	%
SEH-artsen	46	Cardio-thoracale chirurgen	5
MDL-artsen	32	Dermatologen	5
Oogartsen	29	Klinisch fysici	5
Kinderartsen	21	Medisch microbiologen	5
Psychiaters	21	Revalidatieartsen	5
Reumatologen	16	KNO-artsen	4
Anesthesiologen	13	Orthopedisch chirurgen	4
Klinisch Geriateren	13	Radiotherapeuten	4
Chirurgen	11	Urologen	4
Internisten (incl. allergologen)	11	Ziekenhuisartsen	4
Gynaecologen	11	Klinisch genetici	2
IC-artsen	11	Neurochirurgen	2
Longartsen	9	Nucleair geneeskundigen	2
Neurologen	9	Ziekenhuisapothekers	2
Plastisch chirurgen	9	Klinisch chemici	0
Kaakchirurgen	7	Pathologen	0
Radiologen	7	Sportartsen	0
Cardiologen	5		

Afgezien van de SEH-artsen worden de wat grotere specialismen genoemd. Voor veel van de specialismen die bovenin de tabel staan geldt dat zij behoren tot een 'poort-specialisme'⁵. Kijken we naar de knelpunten rond de vijf vaakst genoemde specialismen dan gaven de ziekenhuizen, samengevat, de volgende toelichtingen:

- **SEH-artsen:** van de 26 ziekenhuizen gaf het merendeel aan dat de SEH-artsen een jong specialisme vormen waar 24/7 beschikbaarheid voor vereist is. Er zijn momenteel landelijk veel vacatures die lang open staan en onvervuld blijven. Door de krapte is opvang via detachering en tijdelijke waarnemers nodig.
- **MDL-artsen:** de 18 ziekenhuizen gaven aan dat zij moeilijk vacatures voor MDL-artsen kunnen vervullen. Er wordt verder benoemd dat dit een landelijk probleem is en er onvoldoende aanbod bij vacatures is. Echter gaf ook een aantal ziekenhuizen aan dat het knelpunt zich momenteel oplost.
- **Oogartsen:** van de 14 ziekenhuizen gaf de meerderheid ook aan dat er een landelijk probleem rond oogartsen is, er veel vacatures zijn en er weinig tot geen reacties op vacatures komen.
- **Kinderartsen:** de 9 ziekenhuizen gaven voor kindergeneeskunde aan dat er langer openstaande en lastig te vervullen vacatures zijn, maar noemen niet expliciet dat er een landelijk probleem zou zijn.
- **Psychiaters:** de 9 ziekenhuizen gaven aan dat er in moeilijk vervulbare vacatures zijn ten opzichte van de GGZ waar het merendeel van de psychiaters werkt; ziekenhuis-psychiatrie is een 'niche'-subspecialisatie.

Deze toelichtingen geven een eerste beeld van de aard van de knelpunten, meestal refererend aan vacatures en tijdelijke inzet van specialisten. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de oorzaken en gevolgen die de betreffende ziekenhuizen bij elk van deze specialismen noemden.

⁵ Hierbij hanteren we de definitie: "een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg", waaronder worden gerekend: oogheelkunde, KNO, heelkunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatalogie, gastro-enterologie/MDL, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie en radiotherapie.

Uitkomsten naar specialisme én regio/type ziekenhuis

Gaan we na welke type ziekenhuizen welke specialismen noemden, dan vallen de volgende resultaten op:

- De academische ziekenhuizen noemen vaker dan andere ziekenhuizen knelpunten rond kinderartsen;
- Opleidingsziekenhuizen noemen vaker dan andere ziekenhuizen dat zij specifiek knelpunten ervaren of verwachten met oogartsen, kinderartsen, psychiaters, klinisch geriaters, internisten en plastisch chirurgen;
- Niet-opleidingsziekenhuizen noemen vaker dan andere ziekenhuizen knelpunten rond IC-artsen.

Bij deze resultaten moet echter, nog meer dan in de vorige paragraaf, rekening worden gehouden met de kleine aantallen ziekenhuizen (variërend van 23 ziekenhuizen tot 9 ziekenhuizen, voor alleen de vijf vaakst genoemde specialismen).

Een andere analyse naar *landsdeel* kent dezelfde beperking, maar met enige voorzichtigheid worden daar wel de volgende verschillen zichtbaar:

- Ten opzichte van andere landsdelen noemen ziekenhuizen gevestigd in landsdeel Zuid-Oost (i.c. provincie Limburg) relatief vaak knelpunten rond SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters. Bij het laatste specialisme dient wel rekening te worden gehouden met het feit dat het hier alleen gaat om psychiaters die in ziekenhuizen werkzaam zijn (zie hoofdstuk 3).
- Ten opzichte van andere landsdelen noemen ziekenhuizen gevestigd in landsdeel Noord-Oost (Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel) relatief vaak knelpunten rond SEH-artsen.
- Ziekenhuizen in de provincies zonder UMC noemden relatief vaker knelpunten rond SEH-artsen, MDL-artsen en oogartsen.

Verder kan geconstateerd worden dat de in tabel 4.1. meest genoemde specialismen (SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen, en psychiaters) ook in het vorige hoofdstuk 3 naar voren kwamen als grotere specialismen die relatief ongelijk verdeeld zijn over het land. Voor een aantal specialismen lijkt het zo te zijn dat waar de relatieve dichtheid laag is, de ziekenhuizen ook vaker aangaven een arbeidsknelpunt te ervaren. Het is op dit meetniveau (5 landsdelen) echter niet aan te geven of er daadwerkelijk sprake is van een samenhang of een causaal verband.

4.3 De arbeidsmarktknelpunten zoals door wetenschappelijke verenigingen ervaren

De vraag die aan wetenschappelijke verenigingen is gesteld luidde:

“Zijn er op dit moment voor uw specialisme bepaalde regio’s waar arbeidsmarktknelpunten spelen? Zo ja, in welke regio’s spelen die dan en kunt u voor die regio’s het arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?”

Algemene uitkomsten

Verenigingen vulden deze vraag in voor het heden, maar konden ook een verwachting voor de toekomst aangeven. De meeste wetenschappelijke verenigingen kruisten het antwoord ‘ja’ aan, voor het heden én de toekomst (zie Tabel 4.4). Wel verschilden de verenigingen in de mate waarin zij hun antwoorden toelichtten, in het algemeen of naar regio (zie hierna). Net als bij de ziekenhuizen dient dus bedacht te worden dat het hier om antwoorden gaat die soms specifiek en uitgebreid, maar soms

ook kort werden omschreven. Daarbij speelt mee dat sommige verenigingen wel in staat waren om hun leden in verschillende delen van het land te raadplegen, maar dat dit voor andere verenigingen gezien de korte periode van gegevensverzameling noodgedwongen niet haalbaar was.

Tabel 4.4 laat ook zien dat een aantal verenigingen nu geen knelpunten ervaart en dit ook niet voor de toekomst verwacht; dit betreft de vereniging voor cardiologen, klinisch chemici, ziekenhuisapothekers en neurologen. De verenigingen voor urologie en orthopedie signaleren nog geen knelpunten, maar verwachten deze wel in de toekomst. De antwoorden van ziekenhuizen en verenigingen komen deels overeen. Waar ziekenhuizen problemen ervaren of verwachten, geven ook de verenigingen van die specialismen aan knelpunten te ervaren of verwachten.

Tabel 4.4: Wetenschappelijke verenigingen die geen nu en/of in de toekomst arbeidsmarktknelpunten verwachten

Ervaren en verwachten geen arbeidsmarktknelpunten	Ervaren nu geen maar verwachten wel arbeidsmarktknelpunten	Ervaren nu en verwachten arbeidsmarktknelpunten
• NVVC (cardiologen) • NVKC (klinisch chemici) • NVZA (ziekenhuisapothekers) • NVN (Neurologen)	• NVU (urologen) • NOV (orthopeden)	• NVSHA (SEH artsen) • NVR (reumatologen) • NVK (kinderartsen) • NVMM (medisch microbiologen) • VRA (revalidatie artsen) • NVKG (klinisch gerieters) • NVALT (longartsen) • NVvR (radiologen) • NVKNO (KNO-artsen) • NVMDL (MDL-artsen) • NVvP (psychiaters) • NVDV (dermatologen en venerologen) • VvZG (ziekenhuisartsen) • NVA (anesthesiologen) • NVOG (gynaecologen) • NVPC (plastisch chirurgen) • NOG (oogartsen)

Uitkomsten naar regio

In tabel 4.5 zijn vervolgens de regio's weergegeven waar volgens de wetenschappelijke verenigingen arbeidsmarktknelpunten het vaakst voorkomen. De regio's die op deze open vraag werden genoemd waren verschillend, waardoor er een 'verzamelnaam' is gecreëerd om deze te categoriseren en te kunnen vergelijken.

Tabel 4.5. laat zien dat veel verenigingen niet één specifieke provincie of regio noemden maar een veelheid aan regio's. Deze zijn soms samengevat onder de naam 'Randstad' of 'buiten de Randstad' en soms ook is het antwoord 'landelijk' gegeven. Illustratief zijn bijvoorbeeld drie specialismen die door de ziekenhuizen als vaakst werden genoemd:

- De vereniging voor SEH-artsen geeft aan dat er in grote delen van het land langdurig uitstaande vacatures voor SEH-artsen zijn, doordat er een landelijk tekort aan SEH-artsen is. Daarnaast geven zij ook aan dat in sommige ziekenhuizen de formatie wel op orde is.

- Voor MDL-artsen geldt ook dat de vereniging aangeeft dat er een landelijk tekort is, waardoor er langdurig openstaande vacatures voor MDL-artsen zijn. In de regio's Midden-, West- en Oost-Nederland is het zo dat uitbreidingsvacatures niet direct ingevuld kunnen worden, maar er niet meer structureel langdurige vacatures zijn. Dit kan verklaard worden doordat de opleidingsinstroom is verhoogd en tekorten zich langzaam maar zeker oplossen.
- De vereniging voor kinderartsen spreekt tevens over moeilijk in te vullen vacatures in grote delen van Nederland (de Noordelijke provincies, Limburg, Zeeland, Oost-Gelderland en delen van de Randstad, bijvoorbeeld Flevoland). Dit speelt volgens hen voornamelijk voor de kleinere niet-opleidingsziekenhuizen, maar ook voor opleidingscentra.

Ook andere verenigingen geven aan dat er sprake is van landelijke knelpunten. De vereniging voor plastisch chirurgen geeft bijvoorbeeld aan: *“Landelijk zijn er wel knelpunten, de vraag is hoger dan het aanbod, en de plaatsen worden moeizaam gevuld. De hand-pols chirurgie lijkt het meest moeizaam om gevuld te krijgen. Zowel in de privéklinieken, de perifere ziekenhuizen als academische ziekenhuizen. Over het algemeen worden de vacatures voor een vaste aanstelling in een maatschap/msb van een groter perifeer ziekenhuis het makkelijkst gevuld.”*

Er zijn verenigingen die grote delen van Nederland bespreken in hun reactie, maar niet letterlijk noemen dat problemen landelijk spelen. Voor deze verenigingen kan het zo zijn dat er een landelijk probleem is, maar dit hoeft niet per definitie zo te zijn. Illustratief zijn de volgende specialismen:

- De vereniging voor dermatologen heeft een (landelijke) peiling uitgezet onder de leden⁶ om na te gaan in welke mate knelpunten spelen in welke regio's. In de regio's Zuid en Oost blijken dan vooral knelpunten over werkdruk en oplopende wachttijden te spelen, in de regio Noord en de Randstad vooral het moeilijk vinden van waarnemers.
- De KNO-vereniging heeft ook een uitvraag gedaan onder verschillende regio's en noemt: *“In algemene zin is het veelal zo dat jonge specialisten soms moeilijk een vaste plaats om zich te vestigen kunnen vinden. Daarnaast blijkt dat het in het land ook vaak moeilijk is om (soms tijdelijke) vacatures op te vullen. Met name in de uithoeken van het land is dat het geval, met name in het noorden, zuiden en zuidwesten van het land”*. De problematiek verschilt dus lokaal/regionaal; in het oosten worden vooral tijdelijke en waarneemplekken moeilijk ingevuld, terwijl in Zuid-West Brabant en Zeeland speelt dat er langdurig niet in te vullen vacatures zijn.
- Ook andere verenigingen geven aan dat knelpunten meer buiten de Randstad optreden. Zo noemt de vereniging van anesthesiologen bijvoorbeeld dat in het gebied dat zich vanaf de Randstad uitstrekt tot het oosten géén knelpunten spelen ten opzichte van de rest van het land.

⁶ Van de ongeveer 520 dermatologen in Nederland heeft 27% (N=140) gereageerd op de enquête. Hiervan werken 79 respondenten in de Randstad, en van hen ervaren 24 personen (30%) daar een knelpunt. Dit percentage lag hoger onder de 17 respondenten werkzaam in regio Oost, ongeveer de helft ervaren arbeidsmarktknelpunten. In de twee overige regio's Zuid en Noord hebben elk 22 personen gereespondeerd waarvan in beide gevallen alleen 5 personen (23%) aangaven een knelpunt te ervaren.

Tabel 4.5: Regio's waar nu knelpunten spelen volgens wetenschappelijke verenigingen

Regio-verzamelnaam	Vereniging	Regio's zoals benoemd in het consultatiedocument
Landelijk	NVSHA (SEH artsen)	"Alle regio's"
	NVMM (medisch microbiologen)	"Alle regio's"
	NVPC (plastisch chirurgen)	"Totaal"
	NVMDL (MDL-artsen)	"Noord, Zuid en Midden Nederland en West en Oost Nederland"
	NVvP (psychiaters)	"Noord-Oost, Oost, Zuid, Midden, Amsterdam en overige regio's"
(Grote) delen van Nederland (benoemd als provincies of grotere gebieden)	NVK (kinderartsen)	"Noordelijke provincies (Groningen, Drenthe), Limburg, Zeeland, Oost-Gelderland, de Randstad"
	NVDV (dermatologen en venerologen)	"Randstad, Oost, Zuid en Noord"
	NVR (reumatologen)	"Friesland, Flevoland, Drenthe, Zeeland, Overijssel, Limburg, Brabant"
	NVKG (klinisch geriateren)	"Zeeland, Groningen/Twente/Overijssel, Zuid-Limburg"
	VRA (revalidatie artsen)	"OOR Noord-Oost, OOR Zuid-Oost Nederland, Noord-Oost Brabant en Gelderland"
	NVKNO (KNO-artsen)	"Algemeen, Noord, Zuid, Zuidwest, Oost, Amsterdam"
	NOG (oogartsen)	"Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel, Zeeland en Limburg" ⁷
Periferie van het land	NVvR (radiologen)	"periferie van Nederland (Noord, Oost en Zuid)"
	NVALT	"Uiterste regio's"
Specifieke gebieden of plaatsen	VvZG (ziekenhuisartsen)	"Groningen en Eindhoven"
	NVOG (gynaecologen)	"Geen specifieke regio's, maar kleinere klinieken"
	NVA (anesthesiologen)	"Buiten de grote brede strook van randstad naar het oosten"

Als we dit beeld willen samenvatten, dan valt in een aantal antwoorden op dat de arbeidsmarkt-problematiek vaker in de meer perifeer gelegen gebieden dan de Randstad wordt benoemd. Ook geven meerdere verenigingen aan dat het soort functies of soort ziekenhuis uitmaakt: tijdelijke functies en functies in kleinere niet-opleidingsziekenhuizen lijken vooral minder gemakkelijk te worden ingevuld. Een aantal verenigingen noemt dat hun jonge klaren moeilijk een vaste aanstelling vinden, omdat voornamelijk tijdelijke contracten worden aangeboden. Dit knelpunt kan bijdragen aan een suboptimale spreiding van medisch specialisten als jonge klaren hierdoor minder bereid zijn om te verhuizen. Aanvullend zijn er verenigingen die aangeven dat er moeilijk financiering te krijgen is voor uitbreiding van de beroepsgroep of dat er sprake is van suboptimaal financieringsbeleid.

⁷ De door het NOG genoemde provincies zijn de provincies die door aios oogheelkunde in een landelijke NOG-enquête het minst vaak zijn genoemd als provincies waar men bij voorkeur zou willen werken. Of hier ook de grootste knelpunten zijn is hiermee moeilijk te bepalen. Daarnaast wordt opgemerkt dat er in de periferie van Nederland minder technisch oogheelkundig assistenten, optometristen en Physician Assistants beschikbaar zijn, waardoor overhevelen van zorgtaken naar andere professionals bemoeilijkt wordt.

4.4 De arbeidsmarktknelpunten zoals door de zorgverzekeraars ervaren

De vier zorgverzekeraars die telefonisch voor dit onderzoek zijn geïnterviewd, is ook gevraagd voor welke specialismen én in welke regio's zij arbeidsmarktknelpunten signaleren. Deze vraag is open gesteld en in hun antwoorden gaven de zorgverzekeraars aan voornamelijk te varen op de signalen die zij krijgen door middel van wachttijden- en wachtlijstencijfers, en tijdens de gesprekken met ziekenhuizen of (regionale) partijen.

Uitkomsten naar regio/type ziekenhuis

In het algemeen ziet een deel van de zorgverzekeraars dat ziekenhuizen buiten de Randstad of in de periferie meer moeite hebben om voldoende personeel te vinden. Eén zorgverzekeraar zegt hierover dat het erop lijkt dat in de Randstad eerder overschotten bestaan aan medisch specialisten, terwijl in de periferie eerder tekorten dreigen. De zorgverzekeraars geven aan dat deze tekorten zich als eerste manifesteren bij specialismen waar ook een landelijk tekort speelt. Wel gaf ook een verzekeraar aan dat er bias kan bestaan in het idee dat het aanbod aan medisch specialisten binnen en buiten de Randstad zo sterk verschilt. Harde cijfers ontbreken eigenlijk om dit beeld te bevestigen.

Wachtlijstcijfers worden vaak alleen regionaal geanalyseerd (binnen de 'eigen' regio's van de zorgverzekeraars), waardoor geen compleet beeld bestaat van landelijke verschillen. Ook wordt benoemd dat niet-opleidingsziekenhuizen meer knelpunten ervaren, omdat zij minder aantrekkelijk zouden zijn voor medisch specialisten om in te werken.

Uitkomsten naar specialisme

De specifieke specialismen waar volgens de zorgverzekeraars momenteel arbeidsmarktknelpunten spelen zijn gesorteerd naar de frequentie waarin ze zijn genoemd:

- Maag-darm-leverziekten,
- Oogheelkunde,
- SEH-artsen,
- Kindergeneeskunde,
- Reumatologie,
- Intensivisten,
- Psychiatrie,
- Pijnspecialisten,
- Alle specialismen benodigd in de acute zorg.

Uitkomsten naar specialisme én regio/type ziekenhuis

Per specialisme is doorgevraagd waaruit de arbeidsmarktknelpunten bestaan en of deze ook aan bepaalde regio's zijn gebonden. Daaruit komt het volgende beeld naar voren:

- *Maag-Darm-Leverziekten*: genoemd door alle zorgverzekeraars als specialisme waar landelijk knelpunten spelen en waar sprake is van een "generiek tekort", onder andere door het nieuwe bevolkingsonderzoek om darmkanker op te sporen.
- *Oogheelkunde*: genoemd door drie van de vier zorgverzekeraars als specialisme waarvoor de wachttijden oplopen en benoemd als "landelijk probleem", naast de specifieke regio's zoals Noord-Oost Brabant, Zuid-Oost Brabant, Twente en Den Haag die voor dit specialisme zijn genoemd.
- *Alle specialismen binnen de acute zorg, in het bijzonder SEH-artsen*: een aantal keer door zorgverzekeraars benoemd als deelterrein dat extra kwetsbaar is voor tekorten omdat er nachtdiensten gedraaid moeten worden en de perifere regio's moeite hebben deze diensten te bemensen terwijl er wel altijd 24-uurszorg beschikbaar moet zijn.
- *Kindergeneeskunde*: genoemd door drie van de vier verzekeraars als specialisme waarvoor tekorten groter zijn in de periferie (specifiek zijn hierbij de regio's Brabant, Limburg en Drenthe genoemd).

Volgens enkele verzekeraars is kindergeneeskunde een vakgebied waar het al langere tijd moeilijk is om voornamelijk de klinische capaciteit op peil te houden.

- *Reumatologie*: genoemd door twee zorgverzekeraars, waarbij aangegeven wordt dat een tekort op landelijk niveau speelt. In de periferie heeft dit een grotere impact omdat deze gebieden voor specialisten mogelijk minder aantrekkelijk zijn om zich te vestigen.
- *Psychiatrie*: genoemd door één verzekeraar, waarbij werd aangegeven dat op grote/landelijke schaal knelpunten spelen, waarbij de trend is dat psychiaters steeds vaker op ZZP-basis, buiten het ziekenhuis en de GGZ-instellingen gaan werken.
- *Intensivisten*, genoemd door één verzekeraar als specialisme waar volgens deze op grotere schaal knelpunten spelen.
- *Pijnspecialisten*, genoemd door één verzekeraar als specialisatie binnen de anesthesiologie, gerelateerd aan de wachtlijsten voor pijnpoli's, waar chronische problematiek behandeld wordt.

Tegenover de landelijk en regionale dreigende knelpunten stelden de zorgverzekeraars aan de orde dat er ook overschotten aan medisch specialisten zijn of kunnen ontstaan. Ook verwacht een aantal zorgverzekeraars dat substitutie en technologie de vraag naar medisch specialisten landelijk en regionaal zal beïnvloeden. Zo wordt de ontwikkeling van nieuwe technieken voor de behandeling van MDL- en oogpatiënten op afstand genoemd, net als nieuwe technieken binnen de radiologie.

4.5 Vergelijking en conclusie

Uit dit hoofdstuk blijkt ten eerste dat 86% van de 57 geconsulteerde *ziekenhuizen* aangaf nu of in de toekomst met arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten te maken te hebben. Van hen gaf iets meer dan de helft aan op welke specialismen deze knelpunten dan betrekking hebben. De door ziekenhuizen meest genoemde specialismen zijn: SEH-artsen, MDL-artsen en oogartsen, gevolgd door de kinderartsen en psychiaters. De overige specialismen werden door minder dan 20% (oftewel door 11 of minder) ziekenhuizen genoemd. In de toelichting gaf men aan dat deze knelpunten vooral bestaan uit het niet of lastig kunnen vervullen van vacatures. Veel ziekenhuizen noemen ook combinaties van de vijf specialismen.

Interessant is dat de niet-opleidingsziekenhuizen vaker aangaven géén huidige of toekomstige knelpunten te ervaren, terwijl de academische ziekenhuizen relatief vaak aangaven met “diverse of algemene knelpunten” te maken te hebben. Het gaat hierbij wel om kleine aantallen die dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Dat geldt ook voor de uitsplitsing naar regio. Vergeleken met hoofdstuk 4 kan met de nodige voorzichtigheid geconstateerd worden dat ziekenhuizen in provincies waar een UMC gevestigd is minder vaak knelpunten ervaren. Het is echter niet zo dat verschillen in regionale dichtheid per definitie een duidelijke voorspeller zijn van lokale of regionale arbeidsmarktknelpunten zoals benoemd door ziekenhuizen.

Uit de consultatie van de *wetenschappelijke verenigingen* komt naar voren dat de meerderheid aangeeft arbeidsmarktknelpunten te ervaren. De specialismen die door de ziekenhuizen het vaakst genoemd worden (SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters), horen daar ook bij. Gevraagd naar de regio's geven opvallend veel verenigingen aan dat de problematiek landelijk en/of in meerdere brede regio's speelt, dan wel dat het onderscheid Randstad versus periferie bepalend is. Enkele verenigingen geven wel specifieke regio's of locaties aan waar de arbeidsmarktknelpunten meer zouden spelen.

De interviews met de *zorgverzekeraars* tenslotte, bevestigen grotendeels de knelpunten die de ziekenhuizen ervaren. Ook zij noemen SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters als specialismen waar landelijk krapte, vacatures en wachtlijsten momenteel een probleem vormen. Sommige zorgverzekeraars konden ook specifieke regio's aangeven waar deze knelpunten meer spelen. De zorgverzekeraars ervaren de beschikbaarheid van medisch specialismen vanuit de daaraan gerelateerde wachtlijsten, maar nemen hierbij ook de kosten, ontwikkelingen rond substitutie en mogelijke overschotten aan medisch specialisten in ogenschouw die zouden (kunnen gaan) spelen.

Zowel de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars noemen dat de knelpunten zich uiten in moeilijk vervulbare vacatures, capaciteitsproblemen en wachtlijsten. Het blijft echter lastig maat en getal aan de 'zwaarte' van de knelpunten te geven. De consultaties kennen als gemene deler dat arbeidsmarktknelpunten rond SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters door alle drie de *stakeholders* op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten ervaren worden⁸. Ook komt overeen dat deze knelpunten landelijk spelen en zich dan in bepaalde regio's eerder of prominenter kunnen voordoen. Alhoewel er niet één heel duidelijke en consistente regio of provincie naar voren komt, wordt wel door de stakeholders vaak aangegeven dat de gebieden die buiten de Randstad liggen of geen academisch ziekenhuis in de buurt hebben, meer knelpunten ervaren.

⁸ Dit komt voor een groot deel overeen met de waarden die het Capaciteitsorgaan heeft gehanteerd in haar *Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1 (Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde)* (Capaciteitsorgaan, 2019a) voor de factor onvervulde vraag. Deze is met name hoog ingeschat voor vier van de vijf specialismen te weten psychiatrie, maag- darm- leverziekten, oogheelkunde en spoedeisende geneeskunde.

5 Oorzaken en gevolgen van de ervaren knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op vraag 3 van het onderzoek:

Welke oorzaken hebben de als problematisch ervaren verschillen in beschikbaarheid van specialisten? En tot welke gevolgen leiden deze verschillen? Wat is hierin het perspectief van de medisch specialisten zelf?

De knelpunten in de beschikbaarheid van medisch specialisten, zoals de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars in het vorige hoofdstuk benoemden, vormen het uitgangspunt van dit hoofdstuk. Samengevat kwam uit het vorige hoofdstuk naar voren dat de ervaren arbeidsmarktknelpunten onderscheiden kunnen worden naar regio en specialisme.

1. De knelpunten manifesteren zich volgens wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars eerder of heviger in gebieden buiten de Randstad of in de ‘periferie van Nederland’. Daarnaast bleek dat niet opleidingsziekenhuizen eerder of vaker moeite hebben met het werven van medisch specialisten. In dit hoofdstuk zullen we nagaan of het onderscheid wel/geen Randstad en wel/niet opleidingsziekenhuis ook samenhangt met de oorzaken die de stakeholders benoemden in het consultatiedocument.
2. Knelpunten worden door ziekenhuizen het vaakst genoemd rond SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters. Dit zijn ook de specialismen die de zorgverzekeraars met name noemden. In dit hoofdstuk wordt daarom ook nagegaan welke oorzaken en gevolgen de stakeholders in het consultatiedocument specifiek voor deze specialismen noemden.

Hieronder geven we eerst een overzicht van wat ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars aangaven als oorzaken en gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten. Na deze geclusterd te hebben, gaan we na welke oorzaken regio- dan wel specialisme-specifiek kunnen zijn.

5.2 Oorzaken van de ervaren arbeidsmarktknelpunten

5.2.1 Algemeen

De oorzaken die ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars hebben genoemd kunnen geclusterd worden naar drie type ontwikkelingen: factoren die gerelateerd zijn aan de vraagkant, aanbodkant en de context van de arbeidsmarkt.

Stijgende zorgvraag naar medisch specialisten

Door veel ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars wordt genoemd dat de snel stijgende zorgvraag in Nederland de beschikbaarheid van medisch specialisten steeds verder onder druk zet.

De achterliggende trends die hierbij spelen zijn de vergrijzing van de bevolking, een toename van complexe ziekten en aandoeningen, en de beschikbaarheid van meer behandel- en diagnosemogelijkheden. Daar waar het aanbod achterblijft bij de groeiende zorgvraag wordt de mismatch op de arbeidsmarkt vergroot en ontstaat er een cumulatie van knelpunten bestaande uit langer openstaande vacatures, langere wachttijden en hogere werkdruk.

Het werven van nieuwe medisch specialisten

Wat betreft de aanbodkant van de arbeidsmarkt gaven de geconsulteerde stakeholders aan dat jongere generaties medisch specialisten selectiever worden in hun voorkeuren. Specialist zijn meer dan vroeger gericht op een balans tussen werk en privé wat zichtbaar is in de groeiende wens tot deeltijdwerk en minder dienstenbelasting. Daarnaast is er voor veel specialisten een groeiende interesse in subspecialisatie en speelt dat zij liever vaste contracten aangaan terwijl deze soms minder worden aangeboden. Ook in het vestigingsgedrag wordt de ontwikkeling genoemd dat (jonge) medisch specialisten selectiever worden. Dat uit zich in de wens om bij voorkeur in de Randstad te werken, al dan niet in verband met de baan van de partner, en de wens om in de regio te gaan praktiseren waar men bekend is (doordat ze hier zijn opgegroeid of opgeleid) en vaak al is gesetteld. Sommige ziekenhuizen gaven aan dat er ook een probleem kan zijn met de interne doorstroming van medisch specialisten, omdat zittende specialisten langer doorwerken of langer in dezelfde functie blijven waardoor er weinig ruimte komt om nieuwe specialisten in dienst te nemen. Andere ziekenhuizen geven echter ook aan dat jonge specialisten honkvast zijn, wat het extra moeilijk maakt hen te prikkelen tot een overstap.

Financiële en strategische onzekerheden versterken arbeidsmarktknelpunten

De geconsulteerde stakeholders noemen tenslotte ook dat de wijzigingen in het stelsel van medisch specialistische zorg in Nederland, met name rond aansturing en financiering, hebben geleid tot een toegenomen administratieve druk, en meer sturing op kwaliteitsnormen en uitkomsten. Ook wordt de onzekerheid genoemd over het kunnen blijven aanbieden van bepaalde typen specialistische zorg, bijvoorbeeld rond acute zorg en geboortezorg in regio's die in het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn aangehaald. Ziekenhuizen worden gedwongen strategische keuzes te maken rond concentratie van zorg, substitutie, en transmurale en regionale samenwerking. Deze keuzes hebben directe gevolgen voor de benodigde capaciteit. Ook al gaat dit in 'transitieperiodes', de arbeidsmarktknelpunten voor medisch specialisten worden vergroot als ziekenhuizen door financiële onzekerheid als werkgever minder aantrekkelijk worden.

Deze ontwikkelingen die genoemd zijn door de stakeholders in het consultatiedocument zorgen gecombineerd voor druk op de beschikbaarheid van medisch specialisten. Daarbij is niet gezegd dat deze oorzaken 'aantoonbaar' en evident zijn in hun effect. Met de consultaties is 'alleen' de ervaringskennis van de stakeholders geraadpleegd en worden deze verder niet onderzocht met aanvullende data en empirische analyse. Wel gaven enkele ziekenhuizen, verenigingen en zorgverzekeraars referenties naar onderzoek en initiatieven, waar in dit en het volgende hoofdstuk op terug gekomen zal worden.

5.2.2 Oorzaken voor de arbeidsmarktknelpunten rond specifieke regio's

Het onderscheid Randstad/niet-Randstad

In de consultaties zijn oorzaken van arbeidsmarktknelpunten benoemd die te maken hebben met de vestigingsvoorkeuren van medisch specialisten zelf. Medisch specialisten lijken zich liever in of nabij de Randstad te willen vestigen en een mindere voorkeur te hebben voor kleinere niet-opleidingsziekenhuizen. Zo gaf een ziekenhuis aan:

“Specialisten uit andere regio's gaan eerder voor een positie in de eigen regio dan voor een functie in het noorden”

en een ander ziekenhuis:

“Men opteert eerder voor een (ANIOS-) functie in de eigen regio, dan een opleidingsplaats elders”.

Met name de regio's die verder van de UMC's en Randstad afliggen zijn kwetsbaar in hun arbeidsmarktpositie. Ziekenhuizen geven aan dat zij dit merken bij pensionering of uitval van medisch specialisten, het werven van beginnende medisch specialisten, en het 'binden en boeien' van hun huidige specialisten. Eén van de geconsulteerde ziekenhuizen formuleerde het als volgt:

“Bij diverse specialismen (intensive care, SEH, reumatologie, kindergeneeskunde en oogheelkunde) is er sprake van een landelijke schaarste met een doorwerking in de regio het Zuiden. Excentrische ligging van het Zuiden ten opzichte van de Randstad kan voor aios/jonge klare vanuit privé een belemmerende factor zijn: bv geen baan voor partner/nieuwe school voor kinderen/nieuwe huisvesting/mogelijkheden die regio Zuid biedt vaak onbekend zijn/niet Zuidelijke jonge klare keert terug naar Randstad.”

Ook wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars noemen dat de loopbaanvoorkeuren van medisch specialisten regio-gevoelig zijn. Zo zegt een vereniging:

“Meeste jonge klaren willen in de Randstad wonen. Verhuizen niet makkelijk naar de regio.”

Hierbij aansluitend blijkt dat sommige oorzaken in bepaalde regio's vaker door ziekenhuizen worden benoemd. Problemen rondom verhuisbereidheid van medisch specialisten en de aantrekkelijkheid van de Randstad als gebied om te werken worden (zoals verwacht) vaker genoemd door ziekenhuizen in provincies buiten de Randstad, vooral in regio Noord-Oost. Hierbij wordt ook benoemd dat er te weinig mensen in die specifieke regio zijn opgeleid.

De wens om meer in deeltijd te werken lijkt juist vaker genoemd te worden in provincies waar een academisch ziekenhuis gevestigd is, net als de toegenomen werkdruk door een stijgende zorgvraag.

Het onderscheid wel/geen-opleidingsziekenhuis

Een aantal niet-opleidingsziekenhuizen geeft expliciet aan dat het feit dat zij niet opleiden het ziekenhuis minder aantrekkelijk maakt voor medisch specialisten:

“Wanneer het ziekenhuis geen opleidingsziekenhuis is, is het [...] onaantrekkelijker om er te gaan werken.”

Hieraan gerelateerd wordt ook de grootte van de maatschap genoemd waarbij kleinere maatschappen minder aantrekkelijk zijn. Verder valt op dat wel opleidingsziekenhuizen vaker een landelijk tekort aanwijzen als oorzaak, net als toenemende superspecialisatie en het werken op ZZP-basis. Ook hebben zij het relatief vaker over privéredenen die de mobiliteit van medisch specialisten in de weg staan, terwijl ouderen lang in een maatschap blijven doorwerken wat ook de mobiliteit niet ten goede komt. Hierbij moet wel in ogenschouw genomen worden dat de respons onder niet-opleidingsziekenhuizen aanzienlijk lager is (n=13 (50%), versus n=37 (86%) voor niet academische opleidingsziekenhuizen). Deze gevonden verschillen moeten dus met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

5.2.3 Oorzaken voor de arbeidsmarktknelpunten rond specifieke specialismen

Zoals in de inleiding genoemd richten we ons hier op de vijf meest genoemde specialismen uit de consultaties onder alle veldpartijen.

SEH-artsen

De ziekenhuizen die SEH-artsen als ‘knelpunt-specialisme’ hebben genoemd wijzen ten eerste op het algemene landelijke probleem dat er te weinig SEH-artsen beschikbaar zijn. Het betreft hier een jong specialisme waarvoor de afgelopen jaren relatief veel is opgeleid, maar waarmee nog niet aan de snel gegroeide vraag kan worden voldaan. De beroepsvereniging geeft zelf aan dat de vacaturecijfers daarom momenteel hoog en stijgend zijn⁹. Ten tweede geven de stakeholders aan dat de 24/7 bezettingsnorm voor SEH in ziekenhuizen extra druk zet op de vraag naar SEH-artsen. Deze norm is inherent aan het type zorg dat door dit specialisme wordt verzorgd, en kan worden versterkt door het kwaliteitskader dat de NZa momenteel wordt getoetst. De beroepsvereniging maakt zich zorgen of de ambitie van 24-uurs-dekking conform de eisen in het kwaliteitskader spoedzorg gerealiseerd zal worden.

Een aantal ziekenhuizen gaf daarnaast aan dat er meer voorkeur voor parttime werken onder de SEH-artsen is en er ook meer verloop is dan vroeger. Ondertussen zijn er zwaardere diensten door een toenemende spoedvraag en een krimpende capaciteit. Dat wordt bevestigd door één van de zorgverzekeraars die de bestaande dienstendruk ziet als een belasting op het privéleven van medisch specialisten en die zich lastig verhoudt met de trend onder jonge artsen om werk en privé in balans te houden. Het zou voor SEH-artsen aantrekkelijker zijn in grotere teams te werken omdat dan de diensten beter verdeeld kunnen worden. Een ander ziekenhuis geeft aan dat ingespeeld moet worden op het feit dat ook SEH-artsen op een gegeven moment wél honkvast worden: *“in de tijd van arts-assistent bindt men zich vaak aan de regio door privéomstandigheden”*. Eén van de ziekenhuizen gaf aan in te spelen op de toenemende behoefte aan vrije vestiging, een ander ziet zijn arbeidsmarktpositie somber in door: *“klein ziekenhuis, basisziekten, smal portfolio”*.

Volgens een zorgverzekeraar krijgt de spoedeisende hulp vooral in de periferie minder patiënten per nacht, waardoor het vooral daar lastig is aan de (toekomstige) kwaliteitskaders te voldoen. Een andere verzekeraar wijst op de trend naar sub- en superspecialisatie binnen de chirurgie, waardoor de spoedeisende hulp een diverser team vereist dat lastiger te organiseren is.

MDL-artsen

De antwoorden van de ziekenhuizen die knelpunten ervaren of verwachten rond MDL-artsen wijzen op landelijke schaarste. Dat geven ook de zorgverzekeraars aan, waarbij men aangeeft dat schaarste harder doorwerkt in gebieden met een (voor de MDL-artsen) “minder aantrekkelijk vestigingsklimaat”. De beroepsvereniging geeft aan dat er sprake is geweest van een *“exponentieel snelle groei van behoefte aan MDL zorg”* en dat er een uitbreiding is geweest van het aantal opleidingsplaatsen. Hierdoor worden tekorten nu ingelopen. De zorgverzekeraars noemen ook de groei in zorgvraag naar MDL-artsen vanwege het landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker dat is ingezet. Hierdoor is veel meer scopie-capaciteit benodigd en is het aantal MDL-patiënten toegenomen omdat door het bevolkingsonderzoek een latente zorgvraag naar voren is gehaald. Wel kan hierbij gelden dat deze zorgvraag op termijn weer kan dalen, zodat een varkenscyclus in op te leiden artsen denkbaar is.

Enkele ziekenhuizen geven aan dat er intern onduidelijkheden waren over het mogen uitbreiden van de capaciteit. Kleine MDL-vakgroepen zijn kwetsbaar voor verloop, zeker als het ziekenhuis kampt met een *“geografisch onaantrekkelijke positionering”* zoals één ziekenhuis het uitdrukt. Ook gaf één van de zorgverzekeraars aan dat specialisten zoals MDL-artsen nu tamelijk veel vrijheid hebben om samen met hun partner te kiezen waar men zich vestigt. Dit legt druk op ziekenhuizen om zo aantrekkelijk mogelijk te zijn voor jonge MDL-artsen.

⁹ De laatste cijfers uit de arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan (derde kwartaal 2018) laat zien dat SEH-artsen met 6,5 vacatures per 100 artsen in de top 5 van de monitor staat, ook in de eerdere twee kwartalen van 2018 (Capaciteitsorgaan, 2018b).

Oogartsen

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zien een grote druk op de beschikbaarheid van oogartsen door een toename van de zorgvraag. De vergrijzing speelt hierin een rol maar ook de toegenomen diagnose- en behandel mogelijkheden. Patiënten zijn geneigd hun oogproblemen sneller en uitgebreider te laten behandelen. Deze factoren worden ook door de beroepsvereniging genoemd. Zij geeft aan dat de huidige knelpunten voortkomen uit de toenemende vraag, maar ook door verbeterde diagnostiek, vroege opsporing, een zwaardere case mix en snellere doorverwijzing vanuit de eerste lijn.

Wat betreft regionale spreiding speelt volgens de vereniging een rol dat *“perifere regio's minder aantrekkelijk zijn om in te werken”* en dat daar ook ondersteunend personeel moeilijker te krijgen is. Een ander ziekenhuis noemt als oorzaak dat zij als werkgever minder aantrekkelijk is voor oogartsen, die steeds minder vaak in loondienst willen werken. Dit ziekenhuis werkt nu met oogartsen op ZZP-basis.

Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het werven van oogartsen vanuit ziekenhuizen een algemeen probleem is, dat zowel in bijvoorbeeld Drenthe als in Den Haag speelt. Het is niet alleen afhankelijk van de locatie of stedelijkheid van een gebied, maar houdt ook verband met de trend dat momenteel naar schatting 20% van de oogartsen in ZBC's werkt (zie hoofdstuk 2). Oogheelkunde betreft voor een groot deel poliklinische zorg wat zich leent voor het werken in klinieken en ZBC's. Daarmee is er meer dynamiek en concurrentie op de arbeidsmarkt voor oogartsen ontstaan.

Kinderartsen

In de consultatie van de beroepsvereniging wordt gesproken van een *“discrepantie tussen ambitie van kinderarts (m.n. de jonge klaren) en vraag op arbeidsmarkt (vacatures)”*. Een onderzoek van de vereniging toont dat de meeste algemene kinderartsen in een regionaal opleidingsziekenhuis werken, en de meeste kinderarts-subspecialisten in een academisch centrum. Eén van de belangrijkste knelpunten die ervaren wordt, is dat er te weinig vacatures zijn voor vaste aanstellingen, of tijdelijke aanstellingen met uitzicht op een vaste aanstelling. De verhuisbereidheid is volgens het onderzoek afgenomen, maar opvallend is dat 43% wél zou verhuizen voor een fellowplek of een vaste baan en 32% alleen voor een vaste baan. De ervaringen van de ziekenhuizen zijn dus goed te rijmen met de bevinding van de vereniging dat werk-privé-balans en afstemming met de partner belangrijk is voor de huidige en toekomstige kinderartsen.

De ervaren knelpunten rond kinderartsen liggen volgens één van de zorgverzekeraars vooral in de klinische capaciteit. Deze is in sommige regio's nog verspreid over relatief veel kleine locaties. Gegeven de trend naar minder opnames (door minder volume en een selectiever opnamebeleid van kinderen) is het lastig deze afdelingen, met name in de avonduren, open te houden. Daarmee verschuift ernstige problematiek naar de academische ziekenhuizen en hebben perifere ziekenhuizen meer moeite om met teruglopend volume voldoende aanbod te blijven bieden. Dat werkt ook door in hoe aantrekkelijk ziekenhuizen zijn als werkgever voor kinderartsen, die in vergelijking met andere specialisten vaak in loondienst werken. Grotere maatschappen zijn volgens de zorgverzekeraar aantrekkelijker gezien de verdeling van diensten, maar ook vanwege de betere mogelijkheden tot het praktiseren van de klinische kindergeneeskunde.

Psychiaters

Het arbeidsmarktknelpunt rond psychiaters heeft volgens de stakeholders sterk te maken met wat in hoofdstuk 3 al is beschreven: een meerderheid van de psychiaters werkt niet in een ziekenhuis maar in een GGZ-instelling en bovendien in toenemende mate als zelfstandige. Zoals één ziekenhuis het formuleerde: *“het is voor [...] psychiaters lucratief om zich als ZZP-er te laten inhuren”*, en: *“[...] specialist kiest veelal ook voor secundaire arbeidsomstandigheden”*.

Kliniek kan inhoudelijk interessanter zijn, als dit echter niet wordt uitgedrukt in honorering zal de specialist in toenemende mate geneigd zijn toch voor de betere arbeidsvoorwaarden te gaan.”

Ziekenhuizen ervaren schaarste en concurrentie op de arbeidsmarkt voor psychiaters, wat volgens hen een landelijk probleem is dat zich in bepaalde regio's sterker afspeelt. Zo gaf een ziekenhuis expliciet aan in een voor psychiaters onaantrekkelijke regio gevestigd te zijn.

Dit betekent echter niet dat GGZ-instellingen minder of geen knelpunten ervaren in het werven en behouden van psychiaters. Volgens een eigen onderzoek van de beroepsvereniging hebben juist ook deze instellingen een probleem psychiaters in loondienst te krijgen en te houden: *“De invloed op de inhoud van het werk en op het beleid/management blijken belangrijke factoren voor het vergroten van de aantrekkelijkheid van het werken in een ggz-instelling. Dat komt voor de geraadpleegde psychiaters tot uitdrukking in de wijze waarop de patiëntenzorg wordt georganiseerd, de mate waarin de ‘psychiater in the lead’ is en de krachtenbundeling van psychiaters in de organisatie, bijvoorbeeld via een medische staf die daadwerkelijk zeggenschap heeft.”* (Joldersma, 2019). In dit onderzoek zijn de psychiaters die zijn aangesloten bij de afdeling ziekenhuispsychiatrie uitgesloten. Wel geeft het rapport aan dat 30% van de psychiaters in opleiding voorkeur heeft voor het werken in een ziekenhuis. Dat is aanzienlijk meer dan de 10% van de leden die nu in een ziekenhuis werkt.

5.3 Gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten

5.3.1 Algemeen

Over de gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten voor medisch specialisten waren de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars in de consultatiedocumenten tamelijk eenduidig. Deze kunnen we samenvatten in gevolgen voor ‘de werkvloer’ en voor ‘de patiënten’.

Gevolgen die merkbaar zijn op de werkvloer

Op de *werkvloer* zijn de gevolgen volgens de respondenten vooral merkbaar door onvervulde vacatures, wat ook in hoofdstuk 3 werd genoemd als eerste toelichting bij de knelpunten. Daarnaast noemden zij een hoge werkdruk, problemen met het rondkrijgen van roosters, uitval en burn-out. Ook werd aangegeven dat ‘secundaire’ taken als projecten, onderzoek en ontwikkeling door de knelpunten erbij inschieten. Vooral de ziekenhuizen noemden dat dit ten koste gaat van hun arbeidsmarktpositie, omdat nieuwe en jonge specialisten deze zaken belangrijk vinden in hun loopbaan- en locatiekeuze. De wetenschappelijke verenigingen zien als gevolg hiervan een versmalling van maatschappen/divisies en daarmee samenhangend een verdere vergroting van de werkdruk en meer problemen bij het verdelen van diensten.

Gevolgen die merkbaar zijn voor patiënten

Volgens de respondenten werken de arbeidsmarktknelpunten door in langere wachtlijsten voor *patiënten*, en de continuïteit van (met name de acute) zorg. Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij zelfs overwegen bepaalde typen specialistische zorg en poli's af te bouwen of te sluiten. Hierbij moet bedacht worden dat dit soort gevolgen en maatregelen ook bepaald kunnen worden door krimp in volume en strategische keuzes die in regio's gemaakt worden rond concentratie van zorg (zie ook hiervoor). Ook de zorgverzekeraars geven aan dat capaciteitsproblemen ertoe kunnen leiden dat zij niet of minder aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Zij zien echter ook voordelen van de arbeidsknelpunten, in de zin dat er meer ruimte kan ontstaan voor andere organisatievormen en een efficiëntere herschikking van medisch-specialistische zorg op landelijk en/of regionaal niveau. Ook merkten zij op dat de knelpunten rond (gespecialiseerde) verpleegkundigen relatief groter en pregnanter zijn (zie ook het Capaciteitsplan FZO-beroepen; Capaciteitsorgaan, 2018a).

5.3.2 Gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten rond specifieke regio's

Ook voor de genoemde gevolgen van arbeidsmarktknelpunten voor medisch specialisten kijken we welke oorzaken in bepaalde regio's (Randstad versus niet-Randstad, provincies met en zonder UMC, perifere provincies) of soorten ziekenhuizen (wel- en geen opleidingsziekenhuizen) meer of minder genoemd worden.

Randstad versus niet-Randstad

In het algemeen kan gesteld worden dat gevolgen voor arbeidsmarktknelpunten in de basis generiek zijn, maar sterker of minder sterk uitwerken voor bepaalde regio's. De perifere regio's en/of regio's buiten de Randstad zijn de regio's die het eerst last hebben van gevolgen van arbeidsmarktknelpunten. Hierdoor komt de beschikbaarheid van zorg, continuïteit en kwaliteit van zorg vooral hier in gevaar en zou uiteindelijk een risico kunnen bestaan op te grote beschikbaarheids- en kwaliteitsverschillen tussen regio's. Een wetenschappelijke vereniging spreekt over een risico op meer concentratie van zorg in de Randstad: *"scheve verdeling tussen interesse te werken in groter dan in kleiner ziekenhuis; knelpunt niet direct zichtbaar, kan uiteindelijk natuurlijk consequenties hebben, zoals 'kennis-kunde-kwaliteit-extra activiteiten'. Mogelijkheden in Randstad groter door meer ziekenhuizen en afstanden te overzien; waardoor relatief meer concentratie in Randstad."*

Een aantal gevolgen worden relatief gezien vaker genoemd in de provincies buiten de Randstad (dus alle provincies behalve Utrecht en Noord- en Zuid-Holland), namelijk: taakverzwaring, oplopende wachttijden, in gevaar komen van continuïteit en soms uitval van poli's en het afstoten van functies/concentratie van zorg. Verder lijkt het zo te zijn dat in ziekenhuizen in provincies met een academisch ziekenhuis vaker gevolgen worden gemeld rondom de inzet van ZZP-ers en het gebrek aan tijd voor opleiden en andere projecten.

Tenslotte wordt specifiek een aantal keer benoemd dat buitenlandse specialisten worden ingezet. In de consultaties gaat het dan om ziekenhuizen nabij de grens met België. Een ziekenhuis beschrijft dit als volgt: *"De afdelingen in de 'periferie' van Nederland hebben nog steeds relatief weinig sollicitanten. Tot nu toe worden nog steeds Belgische collega's aangesteld."*

Opleidings- versus niet-opleidingsziekenhuizen

Een aantal gevolgen zijn alleen van toepassing op opleidingsziekenhuizen. Deze gevolgen hebben te maken met het werven van ANIOS en het feit dat minder tijd beschikbaar is voor andere projecten en opleiden. Eén ziekenhuis noemt als gevolg van de personeelskrapte: *"inzet ANIOS, zoeken naar de grenzen qua taakdelegatie/herschikking, overbelasting van zittende stafleden"*. Een aantal andere ziekenhuizen noemen juist dat het moeilijker is om ANIOS te werven en vast te houden, waardoor gaten vallen in roosters. Ook wordt genoemd dat er minder tijd is voor onderzoek en opleiden. Eén ziekenhuis omschrijft dit als volgt: *"druk op het individuele opleidingsplan/leerdoelen van de AIOS en de onderzoekslijnen van de MS"*. Dit soort gevolgen worden enkel door opleidingsziekenhuizen genoemd. Andere patronen in de antwoorden wat betreft het type ziekenhuis zijn niet duidelijk geworden, mede door het kleine aantal niet-opleidingsziekenhuizen.

5.3.3 Gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten rond specifieke specialismen

SEH-artsen

De ziekenhuizen die SEH-artsen als ‘knelpunt-specialisme’ benoemden gaven aan dat door een tekort aan SEH-artsen, bijvoorbeeld chirurgen en orthopeden extra diensten draaien, er gaten in roosters vallen, de werkdruk toeneemt, burn-outs dreigen en tijdelijk extra personeel wordt ingeschakeld. Het betreft hier dus een ‘keten’ aan negatieve effecten van capaciteitsproblemen.

De beroepsvereniging noemde, zoals hiervoor al aangegeven, nog specifiek dat de ambitie van 24-uurs dekking conform de eisen in het kwaliteitskader spoedzorg als gevolg van capaciteitsknelpunten moeilijk haalbaar zal worden. Rond dit punt heeft de vereniging een richtlijn *“workforce SEH”* opgesteld.

MDL-artsen

De gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten rondom MDL-artsen worden vanuit de ziekenhuizen zowel voor de werkvloer als de patiënt benoemd. Enerzijds wordt aangegeven dat er lange(re) wachttijden ontstaan bij verwijzing, anderzijds een hogere werkdruk en overbelasting bij de specialist. Meer specifiek wordt gewezen op het inzetten van stafleden voor diensten, waardoor gaten in roostering ontstaan en poli's uitvallen. Eén ziekenhuis gaf aan dat het uitvoeren van Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie (ERCP's) door MDL-artsen niet meer zou kunnen of mogen. De eerdergenoemde problemen met het vervullen van vacatures en het vinden van waarnemers worden ook benoemd.

De beroepsvereniging formuleert de gevolgen op een wat hoger beleidsniveau, namelijk dat in regio's met een structureel tekort het *“aanbod aan gekwalificeerde MDL zorg dicht bij de patiënt”* te beperkt zal zijn. Hiermee komt het uitgangspunt in gevaar dat *“MDL-zorg voor heel Nederland beschikbaar dient te zijn”*.

Oogartsen

De gevolgen van de knelpunten rond oogartsen worden door de ziekenhuizen ten eerste beschreven als *“continuïteitsproblemen”*. Zij zien een toenemende druk op wachttijden en oplopende wachtlijsten. Dit wordt ook door de beroepsvereniging genoemd, maar deze benadrukt tevens de gevolgen voor de werkvloer: werkdruk, het niet kunnen vervangen van vertrekkende oogartsen, oogartsen die hun vertrek moeten uitstellen, het niet kunnen vervullen van vacatures, et cetera.

De zorgverzekeraars zien ook lange en oplopende wachtlijsten, maar constateren tegelijkertijd een groeiend aanbod van specialistische oogzorg vanuit ZBC's en oogartsen die op ZZP-basis werken. Er is dus ook sprake van verschuiving van het aanbod, wat één ziekenhuis heeft aanzet anders te denken over de organisatie van de oogheelkunde. Het gaat dan om *“denken in de zorgverlening”*, met als voorbeeld *“een screeningscentrum met optometristen”*. Deze vorm van taakherschikking zullen we nader beschrijven in het volgende hoofdstuk rond de oplossingsrichtingen.

Kinderartsen

De ziekenhuizen die de kinderartsen noemden in verband met arbeidsknelpunten, gaven ook aan dat dit gevolgen heeft voor zowel de werkvloer als de patiënt. Zo noemde men bijvoorbeeld: *“Er zal taakverzwaring komen van de resterende staf met toenemend risico voor uitval”*, door een keten aan gevolgen: door knelpunten als on vervulde vacatures neemt de werkdruk voor de zittende staf toe, wordt het risico op uitval vergroot, wordt het ziekenhuis onaantrekkelijk voor nieuwe specialisten en neemt het capaciteitsprobleem weer verder toe. Hierdoor kunnen ook diensten en poli's uitvallen en zal de wachttijd voor kinderen en hun ouders toenemen.

Voor kindergeneeskunde speelt hierbij een trend naar concentratie van zorg een rol, zoals in de vorige paragraaf ook aangegeven. Dit kan dus niet alleen een oorzaak maar ook een gevolg gezien worden. Een ziekenhuis geeft bijvoorbeeld aan: *“Het knelpunt rond de kindergeneeskunde/verloskunde leidt tot noodgedwongen concentratie van zorg en sluiting van de klinische zorg op de nevenlocaties (kindergeneeskunde/gynaecologie en obstetrie)”*.

Psychiaters

De gevolgen die de ziekenhuizen voorzien van de knelpunten rond psychiaters tenslotte, hebben ook betrekking op patiëntenzorg aan de ene kant en de werkvloer aan de andere. Eén ziekenhuis geeft aan dat toegangstijden toenemen en wachtlijsten langer worden. Ook hier noemen ziekenhuizen de toenemende werkbelasting en taakverzwaring, het niet kunnen vervullen van vacatures en het moeten inzetten van tijdelijk en flexibel personeel.

De antwoorden van de beroepsvereniging sluiten hierbij aan: ook zij noemen de werkdruk, vele diensten en een hoge workload (veel patiënten per psychiater). Daarbij geven zij aan dat het ertoe kan leiden dat (nog) meer psychiaters als zelfstandige gaan werken.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de oorzaken en gevolgen van de ervaren arbeidsmarktknelpunten nader geanalyseerd. Allereerst op algemeen niveau, daarnaast specifiek voor bepaalde soorten regio's of ziekenhuizen en het vijftal specialismen dat uit het vorige hoofdstuk naar voren kwam.

Oorzaken

Ten aanzien van de oorzaken noemde men ten eerste de stijgende zorgvraag in combinatie met een achtergebleven zorgaanbod. De vergrijzing en een toename in behandel- en diagnosemogelijkheden zorgt voor een groeiende vraag naar medisch specialistische zorg. Ten tweede wordt genoemd dat medisch specialisten kritischer worden in hun loopbaan- en locatiekeuze, waardoor bepaalde regio's of soorten ziekenhuizen die minder aantrekkelijk worden gevonden door specialisten meer moeite hebben met het werven van personeel. Als derde worden oorzaken genoemd met betrekking tot de context van de arbeidsmarkt voor medisch specialisten. Hieronder vallen onder andere administratieve druk, toename van sturing op kwaliteitsnormen en concentratie van zorg.

Sommige van deze oorzaken spelen landelijk, anderen eerder regionaal of lokaal. Een aantal keer is benoemd dat bepaalde soorten ziekenhuizen (niet-opleidingsziekenhuizen of kleinere ziekenhuizen) over het algemeen minder populaire werkgevers zijn voor medisch specialisten. Deze oorzaak is wellicht van algemene aard, maar heeft wel een sterke lokale of regionale (als bepaalde soorten ziekenhuizen zich vooral bevinden in bepaalde regio's) uitwerking.

Daarnaast is veel benoemd dat medisch specialisten een voorkeur hebben voor regio's in de Randstad. Ziekenhuizen buiten de Randstad noemen relatief gezien dan ook vaker dat zij last hebben van een afgenomen verhuisbereidheid van medisch specialisten. Als laatste zijn er oorzaken genoemd met een meer algemene en landelijke uitwerking die vooral te maken hebben met de context van de arbeidsmarkt (stijgende zorgvraag, administratieve druk, kwaliteitsnormen en het verkrijgen van vaste dienstverbanden). Hierbij werken landelijke trends ook regionaal sterker uit, waardoor knelpunten hier eerder of in grotere mate zichtbaar zijn. Voor specialismen waarvoor landelijk een tekort werd ervaren, is bijvoorbeeld regelmatig vermeld dat de tekorten sterker spelen in regio's buiten de Randstad.

Daarnaast zijn er bepaalde (soorten) specialismen waarbij specifieke oorzaken spelen. Voor specialismen die ook buiten de ziekenhuizen werken kan een groeiende trend naar ZZP-schap en het werken in ZBC's de arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen verzwakken. Dit is in elk geval gebleken uit de consultaties van psychiaters en oogartsen. Voor specialismen waar 24-uursbeschikbaarheid van zorg nodig is spelen weer andere specifieke oorzaken van de knelpunten. Het gaat dan bijvoorbeeld om strengere eisen wat betreft de volume- en (continue) beschikbaarheidsnormen, en concentratie van zorg. Dit speelt in elk geval bij SEH-artsen en kinderartsen, zo blijkt uit de consultaties van de stakeholders.

Gevolgen

De gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten zijn redelijk eenduidig samen te vatten op basis van de antwoorden van de geconsulteerde stakeholders en gelden ook voor elk van de vijf uitgelichte specialismen. Als gevolg van de arbeidsmarktknelpunten geven de respondenten aan dat verschillende problemen (kunnen) ontstaan, zowel op de werkvloer als met betrekking tot de patiëntenzorg. Deze gevolgen hangen ook samen met elkaar en (kunnen) cumuleren: Als door capaciteitsproblemen wachttijden en wachtlijsten oplopen en/of niet meer voldoende aan kwaliteits- of bereikbaarheidseisen kan worden voldaan, zal hierdoor de werkdruk onder de huidige staf oplopen (met name wat betreft diensten), neemt de kans op personeelsuitval toe en wordt een ziekenhuis of afdeling daardoor minder aantrekkelijk voor nieuwe specialisten, waardoor de knelpunten verder toenemen, et cetera. Ook hier geldt weer dat dit niet een regio-specifiek gevolg of mechanisme is; het kan de facto in elke instelling optreden waar knelpunten met medisch specialisten zich voordoen. Wel geldt dat de gevolgen in bepaalde regio's sneller kunnen optreden en cumuleren. Dit kan vervolgens leiden tot een groeiende ongelijkheid in arbeidsmarktpositie tussen regio's en ziekenhuizen, onderlinge concurrentie aanwakken die de genoemde vraag- en aanbodfactoren weer versterken. Zo noemen ziekenhuizen buiten de Randstad vaker gevolgen rondom het in gevaar komen van de continuïteit van de zorg, het sluiten van poli's of het afstoten van bepaalde functies. Dit kan de arbeidsmarktpositie van deze ziekenhuizen benadelen, juist als er 'concurrentie' is tussen instellingen op een krappe arbeidsmarkt.

6 Oplossingsrichtingen voor de knelpunten in de ervaren beschikbaarheid

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op vraag 4 van het onderzoek:

Welke oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten zijn in de praktijk (al dan niet succesvol) gehanteerd en welke alternatieven zijn denkbaar daar waar problemen worden geconstateerd?

6.1 Inleiding

Als het gaat om oplossingsrichtingen verleggen we het accent van de rapportage naar het type oplossingsrichtingen dat uit de consultaties naar voren kwam, en presenteren we een aantal praktijkvoorbeelden om te beschrijven wat ziekenhuizen, verenigingen en regio's al doen om arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten op te lossen. Ook besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan de bredere context van andere professies in de gezondheidszorg, aangezien het zoeken naar oplossingen voor personeelstekorten ook bekeken moet worden in relatie tot knelpunten die bestaan rond bijvoorbeeld (gespecialiseerd) verpleegkundigen in de tweede lijn en de balans op de regionale arbeidsmarkt van de zorg. Daarbij houden we aandacht voor de vraag of bepaalde oplossingen mogelijk regio- of specialisme specifiek zijn, of dat deze betrekking hebben op landelijke knelpunten. Ook besteden we aandacht aan de vraag wat te leren is van ervaringen uit andere landen, zoals beschreven in internationale rapportages.

De oplossingsrichtingen verbinden we met de achterliggende oorzaken die in het vorige hoofdstuk 5 zijn beschreven. Daarin zijn oorzaken onderscheiden naar factoren met betrekking tot:

- (1) de toegenomen vraag naar medisch-specialistische zorg,
- (2) het werven en behouden van medisch specialisten, en
- (3) financiële en strategische onzekerheden en de arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen.

De gebruikte indeling uit hoofdstuk 5 wordt zoveel mogelijk toegepast, hoewel er ook oplossingsrichtingen zijn die niet eenduidig onder de ene dan wel andere noemer geplaatst kunnen worden. Dit komt mede doordat sommige oplossingen gericht zijn op één type stakeholder in het bijzonder (en dan met name zorgprofessionals zelf), terwijl andere meer integratief zijn en de inzet vergen van de stakeholders gezamenlijk (i.c. de zorgorganisaties/ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars én de overheid). Daarbij is het van belang oog te hebben voor de mate waarin oplossingen op de korte of lange termijn gerealiseerd kunnen worden. Sommige oplossingen kunnen gezien worden als relatief eenvoudig implementeerbaar op de kortere termijn, terwijl andere juist een lange adem vereisen, bijvoorbeeld omdat ze gepaard gaan met veranderingen in wet- en regelgeving, in financieringsbeleid en het inzetten van strategisch arbeidsmarktbeleid rond medisch specialisten.

Dat oplossingen de inzet vergen van zowel zorgprofessionals, zorgorganisaties als beleidspartijen wordt ook geïllustreerd door een aantal aanpalende initiatieven op overheids- en bestuursniveau, waar in de rest van dit hoofdstuk op wordt teruggegrepen (zie box 6.1).

Box 6.1 Selectie van (bestuurlijke) initiatieven waarop oplossingsrichtingen kunnen voortbouwen

Actieprogramma Werken in de Zorg

Het actieprogramma is geïnitieerd door het ministerie van VWS in maart 2018, met als hoofddoel om 'nu en in de toekomst goede zorg en welzijn te kunnen blijven bieden' wat onder meer vereist dat er voldoende medewerkers zijn, die goed zijn toegerust voor en tevreden met het werk dat zij doen. Het zwaartepunt van het programma ligt in de regio, onder meer door het maken van regionale actieplannen (zie ook hieronder). Het Actieprogramma bestaat daarbij uit drie actielijnen, te weten:

- a. "Meer kiezen voor de zorg": hierbij gaat het onder meer om het verbeteren van het imago van werken in de zorg en het vergroten van de instroom in de opleiding, inclusief van zij-instromers en herintreders.
- b. "Beter leren in de zorg": hierbij gaat het onder meer om het creëren van stageplaatsen en inzetten op permanente ontwikkeling en het vergroten van loopbaanmogelijkheden.
- c. "Anders werken in de zorg": hierbij gaat het onder meer om regionale en landelijke initiatieven gericht op taakherschikking en samenwerking, evenals van digitalisering en innovatie (Ministerie van VWS, 2018).

Hoewel medisch-specialistische zorg niet uitgesloten is van het Actieprogramma ligt het accent ervan vooral op verplegend en verzorgend personeel. Zo geldt bij een bespreking per deelsector dat men "voor de medisch-specialistische zorg en de acute zorg [...] als belangrijke opgave het opleiden van voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen" ziet.

Kern van het actieprogramma is een regionale aanpak. Alle regio's hebben Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Deze worden gecoördineerd door de regionale werkgeversorganisaties, verbonden in Regioplus. Elk van deze 14 regionale organisaties bestaan op hun beurt uit een groot aantal zorg- en welzijnsorganisaties in hun werkgebied. Als voorbeeld: de regionale arbeidsmarktorganisatie voor Zorg en Welzijn in de regio Utrecht, Amersfoort en Gooi & Vechtstreek bestaat anno 2019 uit 83 aangesloten deelnemers, waaronder ook ziekenhuisinstellingen. Het RAAT bestaat uit een vijftal actielijnen, te weten:

1. Verhogen van de instroom- en opleidingscapaciteit
2. Positief beïnvloeden van de loopbaankeuze van jongeren
3. Verhogen van het opleidingsrendement
4. Vergroten van opleidingsmogelijkheden
5. Bieden van een aantrekkelijke werkomgeving en werkklimaat

Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022

In dit hoofdlijnenakkoord, getekend in juni 2018, hebben veldpartijen¹⁰ op een groot aantal terreinen afspraken gemaakt met als doel om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren. Veldpartijen committeren zich onder meer aan een transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, zoals ook besproken in het gelijknamige rapport (2018). Daarnaast gaat het om thema's zoals samen beslissen, de inzet van innovatieve zorgvormen en e-health, regeldruk en daarbij ook de arbeidsmarkt en werkomstandigheden. Een aantal van de doelstellingen onder deze laatste noemer betreffen de ondersteuning en professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden, een optimale inzet van zorgverleners door de bevordering van taakherschikking en het verder inzetten op brede regionale samenwerking. In de rest van het hoofdstuk wordt naar deze en andere initiatieven verder verwezen.

¹⁰ Deelnemers aan het akkoord zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiënten federatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de minister voor Medische Zorg en Sport (VWS).

6.2 Oplossingsrichtingen gericht op het beheersen van de vraag naar medisch specialisten

6.2.1 Taakherschikking

Een oplossingsrichting die door de geconsulteerde partijen regelmatig genoemd wordt is taakherschikking, waarbij ook de arbeidsmarkt van niet medisch-specialistische beroepen betrokken wordt. In het bijzonder wordt verwezen naar taakherschikking naar verpleegkundig specialisten (VS-en) en Physician Assistants (PA's) binnen ziekenhuizen, maar ook substitutie van zorg naar bijvoorbeeld de huisarts valt hieronder. Toch wijzen zowel enkele ziekenhuizen als wetenschappelijke verenigingen op de beperkingen van taakherschikking, zodat de effecten hiervan mogelijk tegenvallen. Een complicerende factor is immers dat ook (gespecialiseerde) verpleegkundigen of bijvoorbeeld huisartsen te maken hebben met hoge werkdruk en krapte op de arbeidsmarkt, in het bijzonder in specifieke regio's. Vanuit één ziekenhuis wordt bijvoorbeeld gesteld:

“Vormgeven van verdergaande functiedifferentiatie (verpleegkundig specialisten, PA'ers etc), met inachtneming van geldende richtlijnen. Lastig omdat niet alle taken van de medisch specialist door andere functies kunnen worden overgenomen, bovendien ook schaarste in die beroepsgroepen.”

En zo geeft een andere ziekenhuis aan:

“Taakherschikking, zorg verplaatsing naar eerste lijn. Beide zijn zeer beperkt succesvol. Veel taakherschikking naar verpleegkundig specialisten zorgt over het algemeen wel voor meer kwaliteit van zorg en aandacht voor de patiënt maar niet zozeer voor doelmatige zorg. Verder zit de eerste lijn niet altijd te wachten op meer zorg of loopt tegen zelfde problemen aan dat er daar ook weinig tot geen ruimte is voor uitbreiding.”

Vergelijkbare signalen worden teruggekoppeld vanuit wetenschappelijke verenigingen. Zo wordt er bijvoorbeeld op gewezen dat het opleiden van meer Physician Assistants (PA's) en Verpleegkundig Specialist (VS-en) op papier wel goede mogelijkheden biedt om bepaalde deeltaken over te nemen, maar dat het goed organiseren van de nieuwe taakverdeling ook extra inspanning vraagt, onder ander in termen van supervisie. Daarnaast reflecteert één wetenschappelijke vereniging op het feit dat het succes van de inzet van PA's mede afhangt van de bereidheid van vakgroepen om inhoudelijke gebieden die minder complex zijn los te laten. Een gerelateerd element hierbij is het onderscheid tussen taakdelegatie intern en taakverschuiving extern. In het eerste geval gaat het bijvoorbeeld om PA's die een zorginstelling zelf kan opleiden. In het tweede geval verschuiven taken juist naar beroepsgroepen buiten de organisatie, zoals in de eerste lijn.

Ter illustratie van dit onderwerp halen we de casus van de oogheelkunde hier naar voren, aangezien we voor dit specialisme beschikken over meerdere bronnen en perspectieven:

- Het onderwerp is als volgt geadresseerd in de Capaciteitsenquête 2018 van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap:
 - Als het gaat om het verplaatsen van zorg naar buiten de muren van de instelling zónder betrokkenheid van de oogarts, dan schatten vakgroepsvertegenwoordigers in dat in de komende 5 jaar gemiddeld 9% van de werkzaamheden van de oogarts verschoven kunnen worden naar de huisarts of de eerstelijns optometrie zonder verdere betrokkenheid van de oogarts. Twintig van de eenenveertig instellingen neemt reeds deel aan een substitutieproject in de regio. Zestien instellingen zijn van plan een project te starten.

- Taakverschuiving binnen de instelling wordt iets vaker in dezelfde enquête genoemd: 13% van de vakgroepsvertegenwoordigers verwachten in de komende 5 jaar 13% van de zorg te kunnen herschikken naar optometristen, Physician Assistants en/of ANIOS binnen de instelling (NOG, 2018).
- In hoofdstuk 5 noemde één ziekenhuis de inzet van een screeningscentrum met optometristen om zo efficiënter zorg te kunnen verlenen. Onduidelijk is hoe dit precies is georganiseerd, maar hoogstwaarschijnlijk gaat het hierbij vooral om triage door optometristen bij patiënten met oogklachten.
- Wel is het hierbij vereist dat er voldoende gekwalificeerd personeel is. In de consultatie onder verenigingen werd hierbij geconstateerd dat dit een knelpunt kan zijn, met name in de periferie van Nederland. Daar zijn minder technisch oogheelkundig assistenten, optometristen en PA's beschikbaar, waardoor overhevelen van zorgtaken naar deze professionals bemoeilijkt wordt. Een bijkomende randvoorwaarde is daarbij dat er voldoende kwaliteitsborging voor optometristen is, wat door de Optometristen Vereniging Nederland is geïnitieerd.

Samengevat is taakherschikking weliswaar een mogelijkheid, maar moet vooral worden benadrukt dat de verdere uitrol hiervan sterk belemmerd wordt door diverse factoren. Dit maakt deze factor vooral belangrijk op de langere termijn, als onderdeel van bredere actieplannen zoals 'Werken in de zorg', inclusief de bijbehorende opleidingscapaciteit. Wel vermeldenswaardig hierbij is dat de extra investering in taakherschikking ook wordt weerspiegeld in het eerder aangehaalde 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022'. Hierin is afgesproken dat taakherschikking in de komende jaren door het Ministerie van VWS, opleiders en zorginstellingen zal worden ondersteund en bevorderd. Het gaat hierbij onder meer om het jaarlijks bekostigen van 700 opleidingsplekken voor PA's en VS'en (in zowel de eerste als tweede lijn) en om het realiseren van leerwerkplekken voor studenten in opleiding tot PA en VS in de tweedelijnszorg. Daarnaast wijst de rapportage 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' erop dat de kans op succes voor initiatieven zoals taakherschikking groter is als er een gezamenlijke motivatie is, bijvoorbeeld als er een hoge werkdruk is en er grote tekorten zijn. Gezien de genoemde werkdruk-knelpunten in eerdere hoofdstukken zijn de omstandigheden daarmee tegenwoordig groter dan voorheen om taakherschikking waar mogelijk te realiseren.

6.2.2 Digitalisering en e-health

Door veel stakeholders genoemd is de mogelijke winst die te behalen valt door verdere digitalisering van de zorg. Voor een deel kan dit worden ingezet om het zorgproces zelf efficiënter te organiseren, maar het kan ook 'self-management' van patiënten bevorderen, wat mogelijk zorgvraag-verlagend en idealiter ook kwaliteitsverhogend zou kunnen werken. Het gaat hierbij onder meer om tele- en m-health toepassingen, maar in potentie ook om nieuwe vormen, zoals Artificial Intelligence en blockchain technologie.

In de consultaties onder wetenschappelijke verenigingen is e-health door een aantal verenigingen genoemd als oplossingsrichting gezien de verschuiving van zorg. Argumentatie hierbij was dat *"de patiëntenstroom anders wordt door toename van technische mogelijkheden en de wens van de patiënt om zo dicht mogelijk bij huis behandeld te willen worden"*. Naast e-health wordt soms ook verwezen naar andere technologieën, die het zorgproces kunnen faciliteren. Zo noemt één vereniging de inzet spraakherkenningssoftware, waarbij het bijvoorbeeld zou kunnen gaan om het schrijven en bijhouden van patiëntendossiers en/of -brieven. Aan de kant van deelnemende ziekenhuizen wordt e-health en digitalisering veel minder vaak genoemd. Eén ziekenhuis geeft specifiek aan dat hun streven is om 'de beste zorg zo thuis mogelijk' te bieden, onder meer aan de hand van ict-innovaties zoals e-coaches en teleconsulting. Een aantal e-health oplossingen wordt ook door de zorgverzekeraars genoemd.

Volgens hen kan dit nieuwe organisatievormen en zorgprocessen mogelijk maken, juist in de specialismen waar structurele knelpunten bestaan zoals de oogheelkunde en MDL-zorg. Voor de knelpunten in de acute zorg zal volgens zorgverzekeraars echter meer naar oplossingen in de samenwerking tussen instellingen en bijvoorbeeld ambulancediensten gezocht moeten worden.

Wel is het bij diverse ICT-oplossingen de vraag of deze daadwerkelijk de werkdruk van artsen en daarmee de onderbezetting in bepaalde ziekenhuizen verlagen. Zo blijkt uit een systematisch review van Greenhalgh e.a. (2017) dat tele-health consulten wel leiden tot meer gemak en hogere tevredenheid onder patiënten, maar niet werklasterbesparend zijn voor artsen. Analoom aan het fenomeen *'supply-induced demand'* moet dan ook rekening gehouden worden met *'ict-induced demand'*, bijvoorbeeld doordat apps die patiënten in staat stellen hun gezondheid zelf te monitoren ook kunnen leiden tot meer interactie met artsen. Voor specifieke specialismen, zoals radiologie, wordt echter wel verwacht dat bijvoorbeeld artificial intelligence als beslissingsondersteuning sterk werkdruk- en mogelijk zelfs capaciteitsverlagend zal kunnen werken, omdat het aantal juist gedetecteerde diagnoses sterk toeneemt. Dit betekent dat radiologen zich vooral kunnen richten op de hoog complexe diagnoses. Een ander voorbeeld betreft de inzet van het eerdergenoemde blockchain. Met die technologie is in 2018 een praktijkproef gestart in de kraamzorg, om zo te bepalen of de inzet van blockchain de administratieve processen rondom kraamzorg kan vereenvoudigen. De eerste resultaten hiervan waren bemoedigend, maar er werd ook geconstateerd dat de ontwikkeling van blockchain nog in de kinderschoenen staat (Zorginstituut & Coöperatie VGZ, 2018). Op korte termijn is het dan ook niet aannemelijk dat hiermee lokale tekorten in zorgaanbod opgevangen kunnen worden.

6.3 Oplossingsrichtingen gericht op werven en behouden van medisch specialisten

6.3.1 Strategisch personeelsmanagement

Zoals in het vorige hoofdstuk naar voren kwam speelt het loopbaan- en -vestigingsgedrag van medisch specialisten een belangrijke rol. Zo werd genoemd dat bepaalde typen instellingen en regio's minder aantrekkelijk zijn voor specialisten. Eén van de vaker genoemde oplossingsrichtingen om hieraan tegemoet te komen vatten we hier samen als "strategisch personeelsmanagement". Het inzetten van strategisch personeelsmanagement wordt al langer en voor veel verschillende sectoren bepleit, maar het blijkt ook een uitdaging te zijn om personeelsbeleid te voeren als een integraal onderdeel van het strategisch en meerjarig beleid van zorginstellingen. Het gaat hierbij onder andere om betere personeelsplanning, om effectievere werving en om strategieën om personeel langer te behouden in het kader van duurzame inzetbaarheid. Vanuit het Ministerie van VWS wordt strategisch personeelsmanagement in de tweede lijn al geruime tijd ondersteund door middel van de beschikbaarheidsbijdragen, het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) en het Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen (KIPZ). Van aanverwante beroepsgroepen en hun -verenigingen kan ook geleerd worden. Een voorbeeld hiervan zijn de huidige initiatieven in de verpleegkundige zorg (zie box 6.2).

Door ziekenhuisvertegenwoordigers werd in de consultatieronde gewezen op het beter profileren van de zorginstelling en op het verbreden van wervingsactiviteiten. Zo wordt gewezen op de inzet van open dagen, congressen/symposia, mond-op-mond reclame, inzet van recruiters, het creëren van dubbele aanstellingen en het aanbieden van fellowships. Ook wordt steeds vaker gebruik gemaakt van instroomprogramma's, ook wel "onboarding" genoemd, bijvoorbeeld door het bieden van hulp bij het vinden van geschikte banen voor partners, scholen voor kinderen en ondersteuning bij huisvesting.

Partijen zoals RAAT's spelen hierbij mede een faciliterende rol door het aanbieden van masterclasses over hoe men nieuw personeel het beste aan zich kan binden. Een enkel ziekenhuis geeft daarnaast aan actiever medisch specialisten te werven in het buitenland.

Als het gaat om medisch specialisten geeft een ziekenhuis aan:

“Strategische personeelsplanning wordt ingezet als middel om toekomstige tekorten tijdig in beeld te brengen. Op deze manier wordt o.a. ingezet op vroegtijdig en op maat opleiden van aios (rekening houdend met feit dat door privé een relevant percentage alsnog de regio verlaat), fellowbeleid op maat i.h.k.v. subspecialisatie en het aantrekken van jong talent uit de Euregio/buitenland.”

Een ziekenhuis onderstreept ook het belang van het vroeg binden van specialisten: *“Stafleden en aios uit eigen regio zijn eerder geneigd hun loopbaan [hier] te starten en voort te zetten. Om met name stafleden en aios van buiten de regio te werven/te behouden kan perspectief op carriermogelijkheden (bv fellowship) en vast dienstverband een trigger zijn om loopbaan hier te vervolgen”.*

Een wetenschappelijke vereniging somt hetzelfde punt als volgt op:

“(…) tal van activiteiten waarbij ziekenhuizen zich kunnen profileren bij AIOS (speed date bijeenkomsten AIOS-ziekenhuizen), betrokkenheid van opleiders (sturing), actief beleid om regionale samenwerking te promoten en ondersteunen, samenwerking met SAZ (Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen), voordracht SAZ tijdens landelijke AIOS dag, meeloopweek organiseren etc.”. Hierin past ook “(…) het opnemen van ontwikkelmogelijkheden of extra tijd voor management/onderzoek/opleiding om werkplek extra aantrekkelijk te maken.”

In dit kader wordt door een enkel ziekenhuis en wetenschappelijke vereniging ook verwezen naar de inzet van financiële prikkels om specialisten te verleiden ergens te gaan werken, deels in combinatie met overige secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals facilitering voor het doen van wetenschappelijk onderzoek of deelname aan landelijke commissies en werkgroepen. In Nederland lijkt de term ‘financiële prikkels’ vooralsnog vooral te verwijzen naar beloningsbeleid. In het buitenland is ook positieve ervaring opgedaan met andere vormen van financiële prikkels, zoals het vergoeden van opleidingskosten in ruil voor een meerjarig vestigingscontract in een bepaalde regio. Er is echter geen eenduidig bewijs dat zulke oplossingen effectief zijn (zie Verma et al, 2016). Hier moet tevens worden opgemerkt dat de verschillen tussen landen (bijvoorbeeld wat betreft opleidingsstelsel) groot kunnen zijn, waardoor een één op één vertaling naar Nederland niet mogelijk is.

Box 6.2 Leren van de verpleegkundige beroepen: het Excellente Zorg programma

Het inzetten op strategisch personeelsmanagement beperkt zich niet alleen tot de arbeidsmarkt van medisch specialisten. Voor wat betreft verpleegkundige en verzorgende beroepen is het waardevol om een parallel te maken met het programma Excellente Zorg van V&VN, dat op haar beurt mede is geïnspireerd op het Amerikaanse concept van 'magnet hospitals', oftewel ziekenhuizen die veel investeren in hun (verpleegkundig) personeel, onder meer door het bieden van meer professionele autonomie, opleidingsmogelijkheden en een ondersteunend organisatieklimaat, zodat verpleegkundigen tevredener zijn en behouden worden voor het vak. Tot op heden lijken ziekenhuizen echter terughoudend om het Excellente Zorg-programma toe te passen. Anno april 2019 doen zes (algemene) ziekenhuizen hieraan mee. Wel kan het programma ook dan als spiegel of inspiratie bieden, onder meer in haar indeling en uitwerking van de volgende drie pijlers:

- *Verpleegkundigen & Verzorgenden pijler: dit gaat om hoe zorgprofessionals zelf naar hun werkomgeving kijken.*
- *Organisatiepijler: dit gaat om de randvoorwaarden in een organisatie waardoor verpleegkundigen en verzorgenden Excellente Zorg kunnen verlenen.*
- *Patiëntenpijler: dit gaat om hoe de patiënt de verpleegkundige en verzorgende zorg ervaart*

De vertaalslag hiervan naar medisch specialisten zou bijvoorbeeld kunnen inhouden dat ook bij hen bekeken wordt wat nodig is om een werkomgeving aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld in termen van de werkrelaties met collega's, de geboden opleidingsmogelijkheden en het creëren van een patiëntgerichte zorgcultuur (V&VN Handboek Excellente Zorg, 2018).

6.3.2 Opleidingsbeleid

De voorgaande factor (strategisch personeelsbeleid) is nauw verbonden met opleidingsbeleid, zeker waar het binnen ziekenhuisorganisaties plaatsvindt. In de eerste plaats is in de consultaties verwezen naar opleidingsbeleid op macro- en regionaal niveau. Zo wezen enkele ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen op het beter spreiden van de opleidingscapaciteit door betere samenwerking en planning binnen regio's. Als voorbeeld is binnen de klinische geriatrie geëxperimenteerd met het mogelijk maken van extra opleidingsplekken in regio's met beperkte aantallen specialisten. Dit model leek in een aantal regio's te werken, mede doordat AIOS een grotere kans hebben om in de eigen opleidingsregio te gaan werken (Venhorst e.a., 2017). Het model bleek echter niet volledig effectief, mede omdat het juridisch niet volledig houdbaar was. Mogelijk maakt aanpassing van bepaalde regelgeving dit model doeltreffender. Een andere variant, die in elke regio en zonder aanpassing van regelgeving toegepast zou kunnen worden is het aanbieden van kortdurende stageplaatsen voor AIOS in niet-opleidingsziekenhuizen. In het geval van de kindergeneeskunde zijn hiermee eerste positieve ervaringen opgedaan, omdat AIOS hierdoor een beter beeld kregen van het type werkzaamheden in niet-opleidingsziekenhuizen. Of deze strategie bij de daadwerkelijke vestigingskeuzes van specialisten een rol van betekenis heeft is nog niet bekend, maar internationaal zijn er wel aanwijzingen dat deze aanpak werkt bij de werving van huisartsen in dunbevolkte gebieden (Brooks e.a., 2002).

Inzicht in de regionale verschillen in opleidingscapaciteit was het doel van een studie van de Rijksuniversiteit Groningen, waarin het vestigingsgedrag van opgeleide specialisten retrospectief en kwantitatief is onderzocht (Venhorst e.a., 2017). In deze studie werd geconcludeerd dat het blijven in de eigen opleidings- en onderwijs (OOR-)regio de belangrijkste loopbaankeuze was, of het nu ging om studenten, aios of werkende specialisten. Hierbij gold dat het aandeel AIOS dat in de eigen regio aan de slag gaat behoorlijk kan verschillen tussen regio's: in de OOR-NO (Noord-Oost) gaat 70% van de eigen AIOS aan de slag; voor alle andere OOR-regio's schommelde dit tussen de 45% (Leiden en Utrecht) en 60% (OOR VU-AMC). Het leek hierbij dus dat de regio Noord-Oost het beste in staat is om de eigen opgeleide medisch specialisten vast te houden.

Wel geldt hierbij onder meer als kanttekening dat niet bekend is hoe dit zich later in de loopbaan ontwikkelt. Ook speelt mee hoeveel plekken er al voor de geneeskundeopleiding zijn. Zo werd ook geconstateerd dat de regio Zuid-Oost Nederland al in die fase veel studenten verliest aan met name OOR-ON: *‘Het lijkt erop dat deze stromen dus het gevolg zijn van een gebrek aan studieplekken geneeskunde in het zuiden’* (Venhorst e.a., 2017: 30). Wel moet volledigheidshalve worden opgemerkt dat de algemene bevindingen van het onderzoek worden tegengesproken. Zo stelt een UMC in de Randstad tijdens de consultatie dat er juist geen reden is om aan te nemen dat het effectief is om de regionale verdeling van de opleidingsplaatsen in Nederland aan te passen ten gunste van de minder populaire gebieden in Nederland. Of deze stelling is gebaseerd op nieuwere of andere cijfers die tijdens het genoemde onderzoek niet beschikbaar of meegenomen waren, is niet bekend.

Tenslotte wijst in een position paper voor de Tweede Kamer het Capaciteitsorgaan eveneens op het belang van opleidingsbeleid, mede in relatie tot strategisch personeelsmanagement. De reactie had betrekking op ‘FZO beroepen’¹¹, maar de argumentatie is ook van toepassing op medisch-specialistische zorg. Een factor van belang is dat zorginstellingen onvoldoende hulpmiddelen hebben om strategisch personeelsmanagement te implementeren, mede door het ontbreken van lange termijn contracten met zorgverzekeraars. *“Die omgeving is een slechte voedingsbodem voor het aangaan van meerjarige opleidingsverplichtingen. Als niet bekend is welke zorgprofessional in de toekomst kan gaan bijdragen aan de productie zal een Raad van Bestuur instroom in die opleiding(en) opschorten totdat daar duidelijkheid over bestaat.”* (Capaciteitsorgaan, 2019a). Als oplossingsrichting wordt dan ook onder andere gewezen op het gebruik van meerjarenafspraken en op het faciliteren van organisaties bij het implementeren van strategisch personeelsmanagement. Een enkel ziekenhuis wijst op hetzelfde punt, namelijk dat tijdelijke contracten vaak wel mogelijk zijn, maar niet aantrekkelijk genoeg om AIOS naar de andere kant van het land te bewegen.

6.3.3 Werkbelasting van medisch specialisten

Sterk rakend aan het aantrekkelijker maken van de organisaties waar medisch specialisten willen gaan én blijven werken is het aanpakken van de werkbelasting van medisch specialisten. Als oplossingsrichting is het verlagen van werkdruk en administratieve lasten overigens zeer beperkt genoemd, maar het was wel één van de vaker genoemde gevolgen vanuit wetenschappelijke verenigingen. Ook andere bronnen wijzen op het cruciale belang van deze factor. Zo bleken de factoren als burn-out en administratieve lasten veelvuldig genoemd te worden in een enquête onder A(N)IOS, uitgevoerd door De Jonge Specialist (2018). Daarnaast kwamen beide factoren naar voren in onderzoek naar vertrekredenen van verpleegkundig personeel en raakt het aan diverse initiatieven, die geïnitieerd zijn om administratieve lasten in de zorg te verlagen. Het veld zelf heeft hierbij een belangrijke aanjagende rol gehad, in het bijzonder vanuit het initiatief ‘Het roer moet om’ en de daaruit volgende beweging ‘(Ont)Regel de Zorg’, ingezet met de VvAA. Doel hiervan is om de zorg te ontdoen van overbodige bureaucratie, zodat er meer tijd is voor de patiënt en meer werkplezier voor de zorgverlener. In het verlengde hiervan is ook op bestuurlijk en overheidsniveau een koers ingezet om de ervaren regeldruk voor zorgprofessionals merkbaar te verminderen. In maart 2018 werden door zorgverleners een overzicht van ruim 60 te schrappen regels aangeboden aan de Minister van Medische Zorg en Sport. In mei van datzelfde jaar is het Actieplan ‘(Ont)Regel de Zorg’ door het Ministerie van VWS gelanceerd waarbij voor de medisch-specialistische zorg 28 actiepunten zijn opgesteld. Deze zijn ook gericht op het ‘snappen of schrappen’ van bureaucratische regels en het eenvoudiger registreren en verantwoorden, bijvoorbeeld door een focus op nieuwe uitkomst- in plaats van proces- en structuurindicatoren.

¹¹ De term Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO) verwijst naar de vervolgoopleidingen voor 7 medisch ondersteunende en 8 gespecialiseerde verpleegkundige beroepen, zoals operatieassistenten en IC-verpleegkundigen die door het College Zorg Opleidingen (CZO) zijn erkend.

Tot slot wordt het breed gedeelde belang van deze factor ook gereflecteerd in het 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022'. Hierin wordt werkdrukverlaging gezien als een belangrijk doel, samen met het realiseren van werkzekerheid, het aantrekkelijker maken van werk en het realiseren van een ambitieuze werkomgeving waarin professionals worden uitgenodigd te excelleren. Dit laatste punt illustreert ook dat de verlaging van werkdruk en administratieve lasten niet alleen een kwestie is die op macroniveau geregeld wordt. Ze hangt ook sterk samen met het eerdergenoemde belang van strategisch personeelsbeleid, als onderdeel van een visie om medewerkers te binden en boeien.

Als we tot slot specifiek kijken naar verschillen tussen regio's en groepen specialisten kan onder andere worden opgemerkt dat werkdruk in de vorm van dienstenbezetting met name van toepassing lijkt voor kleinere ziekenhuizen, waar de belasting van het draaien van diensten hoger is als gevolg van het hebben van een kleinere vakgroep. Tot slot spelen de tekorten in andere zorgberoepen ook hier mogelijk een rol. Zo signaleert De Medisch Specialist (sept 2018) o.a. dat het tekort aan verpleegkundig personeel ook gevolgen heeft voor medisch specialisten, bijvoorbeeld doordat steeds meer managementtijd opgaat aan het regelen van de bezetting.

6.4 Oplossingsrichtingen gericht op de financiële en strategische onzekerheden en arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen

6.4.1 Regionale samenwerking

Als het gaat om de medisch-specialistische sector in relatie tot de bredere zorgcontext, inclusief financiële en bestuurlijke kaders, dan is een vaak genoemd thema het vergroten van regionale samenwerking. Het gaat daarbij dan zowel om het gezamenlijk opleiden en werven van medisch specialisten als het in onderlinge afstemming aanbieden van medisch-specialistische zorg in de regio. Zo werd regionale samenwerking ook in de paragraaf over opleidingsbeleid (6.2.3) genoemd als factor om de opleidingscapaciteit beter te benutten. Daarbij speelt het ook een rol om capaciteit efficiënter te verdelen.

Beide dimensies zijn met elkaar verbonden, zoals geïllustreerd uit de reactie van een ziekenhuis dat wijst op het inzetten op regionaal opleiden. Naast een strategie van "branding" van de regio gaat het ook om gerichte en gezamenlijke arbeidsmarktcommunicatie. Andere ziekenhuizen noemden ook dat zij inzetten op regionale samenwerking, onder meer in netwerken van zorg met omringende ziekenhuizen, huisartsen en andere zorginstellingen. Wel wordt hierbij gewezen op barrières die verdergaande samenwerking in de weg staan. Een ziekenhuis wijst op organisatie-specifieke belangen, een ander stelt dat ze wel wil samenwerken in de regio *"om zo aantrekkelijk te zijn en te blijven. [Maar] Dit is bijna ondoenbaar binnen het systeem van marktwerking en de ACM"*. Hoe groot deze laatste belemmering precies is, is niet goed te beoordelen. Hier tegenover staat dat de Autoriteit Consument & Markt (ACM) in haar handhaving van de Mededingingswet stelt dat zorgaanbieders waaronder ziekenhuizen wel degelijk kunnen samenwerken (of fuseren) om goede en doelmatige zorg te leveren mits hier concrete voordelen aan verbonden zijn voor patiënten of verzekeraars, die opwegen tegen de nadelen van de concurrentiebeperking en dat er voldoende ruimte overblijft om met elkaar te concurreren (ACM, 2013).¹²

¹² Op de website van de ACM is het mogelijk om te zoeken op besluiten en andere publicaties, met als trefwoorden onder andere 'zorg' en 'samenwerking'. In dat geval werd voor de tweedelijns zorg hooguit één publicatie gevonden die gericht ging over ziekenhuizorg. Hierbij kregen zes ziekenhuizen verspreid over Nederland in 2015 toestemming om samen te werken voor betere borstkankerzorg. Het lijkt er hiermee op dat de genoemde drempels mogelijk mede gerelateerd zijn aan beeldvorming en communicatie over te volgen procedures.

Vanuit het perspectief van geïnterviewde *zorgverzekeraars* wordt ook het belang van samenwerking benadrukt. Het gaat dan vooral om het anders organiseren van de medisch specialistische zorg, inclusief het efficiënter en flexibeler inzetten van de huidige capaciteit. Hier is volgens hen winst te behalen en zorgt de huidige krapte ook voor ruimte voor verandering (zie ook het vorige hoofdstuk). Als voorbeelden worden initiatieven genoemd waarin academische en streekziekenhuizen samen met eerstelijns instellingen en gemeenten samenwerken aan een duurzame zorginfrastructuur, het opzetten van ketens en regiomaatschappen, en het maken van meerjarenafspraken in de regio. Hieronder vallen de programma's 'Zorg op de juiste plek', 'Zinnige zorg', het 'Regionaal Overleg Acute Zorg' (ROAZ) en de strategische koers van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Voor een voorbeeld van een aantal initiatieven in de regio lichten we in Box 6.3 drie regionale initiatieven eruit, alle in het noordoosten van Nederland. Het laat zien hoe op lokaal en regionaal niveau de handen ineens worden geslagen om een gezamenlijk doel van hoogwaardige zorg voldoende dichtbij te realiseren.

Box 6.3 Initiatieven in het noordoosten van Nederland

Zorg voor het Noorden – een initiatief van samenwerkende ziekenhuizen

In haar position paper voor de ronde tafel bijeenkomst met de Tweede Kamer geeft het UMCG aan binnen haar regio samen met andere partijen te werken aan een groot aantal initiatieven op het gebied van verpleegkundige beroepen, die ook inspiratie kunnen bieden voor het werven en behouden van medisch specialisten. Zo is het initiatief www.zorgvoorhetnoorden.nl opgericht door ziekenhuizen die samen werven (en werken). Het initiatief is gericht op samen opleiden, waarin professionals hun opleiding volgen in de verschillende organisaties en de ziekenhuizen voor elkaar opleiden. Daarnaast zijn ook gezamenlijke strategische personeelsplanning en waar mogelijk het verkorten van de opleidingen onderdeel van deze strategie. Zoals eerder genoemd ligt hierbij de nadruk op verpleegkundige beroepen. Of (onderdelen uit) deze strategie wordt uitgebreid naar medisch-specialistische opleidingen en beroepen is niet bekend. Het illustreert daarmee de verkoking waarbij verpleegkundige en medisch-specialistische arbeidsmarkt los van elkaar lijken te worden gezien.

De Drentse Zorgtafel

Op initiatief van de Provincie Drenthe is in 2018 gestart met een zogenaamde zorgtafel, waarin alle Drentse gemeenten deelnemen, samen met veldpartijen zoals de GGZ en GGD, de huisartsenzorg en ziekenhuizen. Hoewel de zorgtafel zich onder meer richt op de preventie onder de algemene bevolking en wijkverpleging, was de aanleiding voor haar oprichting de grote veranderingen in de ziekenhuiszorg, onder meer op het gebied van de spoedeisende hulp, intensive care en acute verloskunde en kindergeneeskunde. Het streven is om zich met alle betrokken partijen gezamenlijk in te zetten voor het kunnen bieden van voldoende en hoogwaardige zorg in de regio. Als voorbeeld van een 'good practice' wordt onder meer het Wilhelminaziekenhuis Assen aangehaald. In de regio stond de verloskundige ziekenhuiszorg onder zware druk met als vraag of dit niet ten koste ging van het veilig kunnen bevallen op het platteland. Het Wilhelminaziekenhuis heeft in een aantal weken tijd een 'mobiele verloskamer' bijgeplaatst en de personele capaciteit uitgebreid. Wel werd hierbij opgemerkt dat de kosten van zo'n investering niet vergoed worden. Eén van de betrokkenen stelde: "De overheid en de verzekeraars moeten toch eens overwegen om voor plattelandsgregio's als Drenthe een beschikbaarheidstoelage in het leven te roepen. Anders is het voor een ziekenhuis van onze omvang bijna niet vol te houden om in alle medische disciplines 24-uurs zorg te garanderen." In het verlengde van de Zorgtafel Drenthe is de gemeente Stadskanaal in Groningen gestart met de oprichting van een zorgtafel Groningen, met name om hiermee de afname van voorzieningen in het Refajaziekenhuis (onderdeel van de Treant Groep) op te vangen.

Box 6.3 (vervolg)

Kernteam Zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost Groningen

Sterk rakend aan bovenstaande initiatieven bestaat het Kernteam uit partijen, te weten het Ommelander Ziekenhuis, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Treant Zorggroep, Huisartsenzorg Drenthe, Menzis en Zilveren Kruis. Het kernteam heeft begin 2019 een plan gepresenteerd met als doel om een stap te zetten van tekorten naar kansen door middel van een herinrichting van de ziekenhuissector. Het streven is onder meer hiermee meer zorgprofessionals te interesseren voor een baan in één van de deelnemende ziekenhuizen. Het plan voor de zorg in de regio is als volgt:

- *Basiszorg blijft in alle ziekenhuizen van Treant, Ommelander Ziekenhuis Groningen en Wilhelmina Ziekenhuis Assen behouden. Patiënten kunnen hier terecht voor poliklinische zorg, diagnostiek en eenvoudige ingrepen zoals heup- en knieoperaties;*
- *Ingewikkelde ziekenhuiszorg wordt geconcentreerd in Assen, Emmen en Scheemda. Het gaat dan om bijvoorbeeld spoedopnames, acute operaties en diagnoses met een hoge waarschijnlijkheid van opname;*
- *Planbare zorg in Stadskanaal en Hoogeveen wordt uitgebreid door uitbreiding en opzet van expertisecentra. Dit betreft mammachirurgie en bijvoorbeeld orthopedie en ouderenzorg.*

In de maanden na de eerste presentatie van het plan wordt over de invulling gesproken met alle betrokkenen (te weten medewerkers, patiënten, zorgaanbieders, de ambulancedienst, het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), overheden en inwoners. De uitvoering van het plan gaat enkele jaren duren, maar het is de bedoeling na de zomer van 2019 de eerste stappen te zetten (bron <https://zorgvoorregio.nl/>).

Als we kijken naar externe bronnen en documenten, dan wordt ook daarin het belang van regionale afstemming en samenwerking benoemd. Zo wil de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in haar visie Medisch Specialist 2025 van 'netwerkgeneeskunde' de praktijk maken. Voorbeelden hiervan in de praktijk kunnen gaan om samenwerking met de eerstelijns, maar juist ook op het gebied van topklinische zorg.

- Als voorbeeld van het eerste meldt bijvoorbeeld het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) in februari 2019 dat een deel van de zorg zich verplaatst naar huisartsenpraktijken in Gouda en omgeving, bijvoorbeeld waarbij een verpleegkundige specialist naar huisartsenpraktijken komt, daar controle-afspraken doet en de begeleiding bij het medicijngebruik verzorgt. Omdat hierbij wel nauw overleg plaatsvindt met huisarts en kinderarts is onduidelijk wat de precieze gevolgen zijn voor hun werkbelasting, maar ook dan geldt dat dit naar verwachting wel tegen lagere kosten het gemak voor de patiënt verhoogt.
- Als voorbeeld in het topklinische segment werd hierboven al verwezen naar de samenwerking tussen zes ziekenhuizen op het gebied van borstkankerzorg. Een ander voorbeeld, aangehaald in de rapportage 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' betreft de kinderoncologie, waarbij partijen hun krachten hebben gebundeld en besloten om op één plek, het Prinses Máxima Centrum, expertise te bundelen om zo in samenwerking met andere ziekenhuizen de complete oncologische zorg aan kinderen aan te bieden.

Ook het Capaciteitsorgaan stelde in zijn eerdergenoemde position paper (Capaciteitsorgaan, 2019b) voor om zorginstellingen en opleidingsinstellingen regionaal bij elkaar te brengen, vooral op operationeel niveau. Het belang van regionale samenwerking kwam tot slot ook naar voren in studies en verkenningen op het gebied van verpleegkundige zorg. Zo constateerde Berenschot (2017) dat samenwerking op regionaal niveau nodig is om te investeren in een stabiele en goede bewegende arbeidsmarkt. Veel initiatieven zoals het Actieprogramma Werken in de Zorg zijn vooral gericht op het

werven en behouden van verpleegkundig en verzorgend personeel, met name op regionaal niveau, o.a. met de inrichting van regionale RAAT netwerken (Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten).

6.4.2 Financiële en strategische macrokaders

Eerder is in dit hoofdstuk al verwezen naar contextuele factoren die buiten de directe beïnvloedingssfeer van individuele specialisten, maatschappen/afdelingen of zelfs ziekenhuizen liggen. In deze paragraaf worden de verschillende genoemde factoren besproken, mede in het licht van externe bronnen, in het bijzonder op landelijk overheids-, toezicht- en bestuursniveau.

In paragraaf 6.1 werd gesteld dat financiële en strategische onzekerheden volgens geconsulteerde ziekenhuizen hun arbeidsmarkt voor medisch specialisten kunnen verzwakken. De aard van de aansturing en financiering werkt volgens hen in de hand dat administratieve druk is toegenomen, dat men gedwongen is strategische keuzes te maken rond concentratie van zorg en regionale samenwerking, en dat dit de aantrekkelijkheid van ziekenhuizen als werkgevers verlaagt. Hieronder lichten we een aantal genoemde oplossingsrichtingen toe voor dit knelpunt, maar ook de barrières die hiervoor volgens veldpartijen geslecht zouden moeten worden:

- In het geval van opleidingsbeleid werd bijvoorbeeld voorgesteld om extra opleidingsplekken mogelijk te maken in regio's met beperkte aantallen specialisten. Om het model effectief te laten zijn, werd gesteld de regelgeving op dit terrein te veranderen, aangezien het model juridisch niet volledig houdbaar was.
- In het geval van strategisch personeelsmanagement werd gesteld dat het ziekenhuizen ontbreekt aan mogelijkheden om lange termijn arbeidscontracten aan te bieden, mede door de jaarlijkse cyclus van zorginkoop door zorgverzekeraars. Voorgesteld werd dan ook dat het de voorkeur heeft om meerjarenafspraken te maken, zoals bijvoorbeeld al sinds 2016 wordt toegepast in het ziekenhuis Bernhoven. Daar is sprake van een vijfjaarscontract met zorgverzekeraars CZ en VGZ, zodat er ruimte is voor een transitie naar omzetzijden, minder operaties, meer tijd voor de patiënt en het weghalen van de schotten met de eerstelijnszorg. Zo'n type meerjarencontract (eventueel in andere vormen of looptijden) biedt niet alleen ondersteuning om omzet en structurele kosten te doen afnemen, maar kan ook bijdragen aan het bieden van meer baanzekerheid van nieuwe zorgprofessionals.
- Gerelateerd aan bovenstaande wordt ook voorgesteld om de aantrekkelijkheid van medisch-specialistisch werk in niet-opleidingsziekenhuizen te vergroten door bijvoorbeeld het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek of deelname aan landelijke commissies en werkgroepen. In de praktijk vereist dit naar verwachting het creëren van financiële ruimte om dit mogelijk te maken, waarbij het de vraag is of de huidige financiële kaders dit faciliteren, dan wel of dit inzet van andere partijen vereist, bijvoorbeeld op lokaal en/of provinciaal niveau.

Op landelijk niveau is de koers voor de komende jaren op het gebied van financiële en strategische kaders vastgelegd in het eerdergenoemde 'Bestuursakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022'. Hierin wordt onder meer verwezen naar de (incidentele) inzet van transformatiegelden, beschikbaar voor instellingen en initiatieven die bijdragen aan de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Wel is het hierbij onder meer vereist dat zulke initiatieven substantieel van aard zijn, met een blijvend effect en met de betrokkenheid van tenminste één medisch-specialistische zorgaanbieder en één zorgverzekeraar. Of deze middelen ook ingezet kunnen en gaan worden om personeelstekorten het hoofd te bieden is vooralsnog niet te bepalen.

6.5 Conclusie

Zowel in de consultaties als in de bredere literatuur komen meerdere strategieën naar voren. Wat betreft de mogelijke oplossingsrichtingen voor de arbeidsmarktknelpunten van medisch specialisten hebben de ziekenhuizen en instellingen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars verschillende visies, al is er ook overlap in de opties die zijn noemen. Er kan gesteld worden dat de ziekenhuizen vooral denken in de richting van een betere werving en positionering van hen als werkgever, samenwerking in de regio en taakherschikking. Wetenschappelijke verenigingen noemen deze opties ook, maar zijn kritischer ten aanzien van taakherschikking en zien ook expliciet als oplossing het beter spreiden van capaciteit en opleidingsplaatsen binnen de regio. Zorgverzekeraars zetten de arbeidsmarktknelpunten vooral in het licht van innovatie en organisatieverandering van de zorg. E-health wordt door zowel de ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars genoemd, maar niet als hoofdoplossing.

De vier grote zorgverzekeraars dragen verschillende oplossingsrichtingen aan voor de arbeidsmarktknelpunten van medisch specialisten; waarbij zij echter ook aangeven dat de knelpunten in de eerste lijn en die onder (gespecialiseerd) verpleegkundigen eigenlijk urgenter zijn. Oplossingsrichtingen dienen zorg-breed te worden ingezet, waarbij er een visie moet zijn op regionale samenwerking, taakherschikking en 'innovatie' in de organisatie van ziekenhuiszorg.

Als overstijgende les geldt onder meer dat het van belang is om plannen zoveel mogelijk in dialoog op te stellen, zowel tussen landelijke en regionale partijen als tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. Hierbij kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de ervaringen in de gespecialiseerde verpleegkundige zorg waar overleg in FZO-regio's plaats vindt. Daarnaast is het van belang dat er een balans is tussen korte en lange termijn oplossingen en tussen landelijke en regionale oplossingen. *“Oplossingen om de tekorten terug te dringen zijn meestal op de korte termijn gericht (bijvoorbeeld, zorgen dat de roosters gevuld zijn). Terwijl een focus op de lange termijn nodig is om oplossingen duurzaam in te richten.”* (Berenschot, 2017). Als we daarnaast expliciet kijken naar de lessen uit het buitenland, dan kan vooral geconstateerd worden dat veel landen inzetten op een mengvorm van diverse aanpakken, mede ingegeven door lokale omstandigheden (zie OECD, 2014). Welke combinatie voor welk land precies werkt is echter nog niet goed onderzocht en is dus onderwerp van vervolgstudie.

7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk vatten we de antwoorden op de vier onderzoeksvragen samen die centraal stonden in dit rapport. De eerste onderzoeksvraag luidde:

“Wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten per specialisme, per ziekenhuis(locatie) en per regio en zijn daarin verschillen tussen specialismen en regio's?”

“Wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten per specialisme, per ziekenhuis(locatie) en per regio en zijn daarin verschillen tussen specialismen en regio's?”

Ter beantwoording van deze onderzoeksvraag is de beschikbaarheid van medisch specialisten in Nederland naar regio geanalyseerd door relatieve dichtheden te berekenen, waarbij de verhouding specialisten-inwoners per gebied is genormeerd aan de gemiddelde landelijke verhouding.

Dat is eerst gedaan naar landsdeel, waarin provincies zijn geclusterd op basis van de bereikbaarheid van de UMC's. Hiervoor is Nederland in vijf grote gebieden ingedeeld waarin elk één a twee UMC's zijn gevestigd. De gebieden zijn zo gekozen dat ook voor de kleine specialismen er minstens een aantal personen werkzaam is. Zo kon de relatieve dichtheid voor alle specialismen en landsdelen berekend worden. Wel is een artefact van de gekozen gebiedsindeling dat het aantal inwoners van de vijf landsdelen flink verschilt, evenals het aantal streekziekenhuizen. Ten tweede is de kwantitatieve verhouding tussen medisch specialisten en inwoners op provincie-niveau bekeken. Deze laatste indeling laat meer regionale specificatie toe, maar heeft als nadeel dat voor bepaalde provincie-specialisme-combinaties de (relatieve) dichtheid niet berekend kan worden omdat er geen specialisten werkzaam zijn. Ook is het waarschijnlijker dan bij de landsdelen dat er patiëntenverkeer is over de gebiedsgrenzen heen.

De relatieve dichtheidsanalyses is daarnaast voor 12 medisch specialismen apart gepresenteerd, omdat deze:

- voor een deel niet in ziekenhuizen werkzaam zijn (dermatologen, plastisch chirurgen, oogartsen, orthopedisch chirurgen en psychiaters),
- door overheidsbeleid op een specifieke manier regionaal verspreid zijn (neurochirurgen, cardio-thoracale chirurgen, radiotherapeuten en klinisch genetici),
- geen werklocatie geregistreerd hadden in het geanalyseerde bestand van de FMS (kaakchirurgen en sportartsen).

De klinisch geriateren zijn ook apart geanalyseerd omdat hun specialisatietoekenning per ziekenhuis en dus per regio verschilt.

Voor de 21 resterende specialismen is wel de relatieve dichtheid geïnterpreteerd, naar landsdeel en naar provincie. De uitkomsten laten de volgende conclusies toe:

- De regionale verschillen in beschikbaarheid van medisch specialisten zijn naar landsdeel beperkt. Op het niveau van landsdelen valt vooral regio Noord-West op, waar de dichtheid gemiddeld 14% hoger is dan het landelijk gemiddelde.

- Naar provincie zijn grotere verschillen te zien. Met name de provincies Drenthe, Flevoland, Zeeland en in iets mindere mate Noord-Brabant hebben voor een aantal specialismen zoals kindergeneeskunde, anesthesiologie en MDL-artsen relatief lage dichtheden.
- De kleinere specialismen medisch microbiologie, pathologie, klinisch fysica en klinisch chemie kennen zowel op landsdeel- als provincieniveau relatief de grootste regionale verschillen in dichtheid gevolgd door de revalidatieartsen, internisten en anesthesiologen die in capaciteit groter zijn. De specialismen, KNO, urologie en gynaecologie kennen de kleinste regionale verschillen in dichtheid.

De berekende relatieve dichtheidsverschillen kennen de beperking dat gebieden met een lage dichtheid ‘gecompenseerd’ kunnen worden in de beschikbaarheid van medisch specialisten in naastgelegen provincies of landsdelen. Provincies waar een UMC gevestigd is kennen hogere relatieve dichtheden en hebben als voordeel dat hun inwoners *gemiddeld* en relatief dichtbij veel medisch specialisten ‘beschikbaar’ hebben. Met de bovenregionale beschikbaarheid en het gebruik van medisch-specialistische zorg kon dus bij de dichtheidsanalyses naar landsdeel of provincie geen rekening worden gehouden. Daarnaast is een beperking van de uitgevoerde dichtheidsanalyses dat geen rekening kon worden gehouden met de deeltijdfactor en de relatieve tijd die medisch specialisten besteden aan patiëntenzorg, terwijl dit wel naar type ziekenhuis en regio kan verschillen.

De relatieve dichtheid kan een ‘uitgangswaarde’ voor balans dan wel spanning op de regionale arbeidsmarkt zijn, maar zegt a priori niets over het bestaan van arbeidsmarktknelpunten in de regio. Arbeidsmarktknelpunten worden door veel meer andere factoren beïnvloed, die met de volgende onderzoeksvraag aan de orde komen. Daarbij is in kaart gebracht wat volgens stakeholders de ervaren knelpunten op de regionale arbeidsmarkt van medisch specialisten zijn.

De tweede onderzoeksvraag van dit onderzoek was:

“Hoe wordt de beschikbaarheid aan medisch specialisten regionaal/lokaal ervaren? Hoe verschilt hierin de opvatting van de betrokken ziekenhuizen, de wetenschappelijke verenigingen en de zorgverzekeraars?”

Uit een email-consultatie met open vragen blijkt dat 86% van de 57 geconsulteerde *ziekenhuizen* (respons van 75%) aangaf nu of in de toekomst met arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten te maken hebben. Maar niet alle ziekenhuizen gaven specifiek aan op welke specialismen deze knelpunten dan betrekking hebben. Iets meer dan de helft van de ziekenhuizen deed dat wel en de door hen meest genoemde specialismen zijn dan de SEH-artsen, MDL-artsen en oogartsen, gevolgd door de kinderartsen en psychiaters. De overige specialismen werden door minder dan 20% (oftewel 11 of minder) ziekenhuizen genoemd. In de toelichting gaf men aan dat deze knelpunten vooral bestaan uit het niet of lastig kunnen vervullen van vacatures. Veel ziekenhuizen noemen ook combinaties van de vijf specialismen.

Als we kijken naar de verschillen tussen regio’s dan kan met de nodige voorzichtigheid geconstateerd worden dat provincies waar een UMC gevestigd is minder vaak knelpunten ervaren. Het is echter niet zo dat verschillen in regionale dichtheid een duidelijke voorspeller zijn van lokale of regionale arbeidsmarktknelpunten.

Uit de email-consultatie van de *wetenschappelijke verenigingen* (ook daar is een respons van 75% bereikt) komt naar voren dat de meerderheid aangeeft arbeidsmarktknelpunten te signaleren.

De specialismen die door de ziekenhuizen het vaakst genoemd worden (SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters), horen daar ook bij. Gevraagd naar de regio's geven veel verenigingen aan dat de problematiek landelijk en/of in meerdere brede regio's speelt, dan wel dat het onderscheid Randstad-periferie bepalend is. Enkele verenigingen geven wel specifieke regio's of locaties aan waar de arbeidsmarktknelpunten meer zouden spelen en benoemen deze een aantal keren als de 'perifere' regio's.

De interviews met de *zorgverzekeraars* tenslotte, bevestigen grotendeels de knelpunten die de ziekenhuizen ervaren. Ook zij noemen SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters als specialismen waar landelijk krapte, vacatures en wachtlijsten momenteel een probleem vormen. De zorgverzekeraars betrokken in hun antwoorden wachtlijsten, kosten en ontwikkelingen rond substitutie maar konden niet in alle gevallen duidelijk aangeven in welke regio's de knelpunten zich concentreren.

Op basis van de consultatiegegevens is het lastig maat en getal aan de 'zwaarte' van de knelpunten te geven. Wel kennen de resultaten als gemene deler dat arbeidsmarktknelpunten rond SEH-artsen, MDL-artsen, oogartsen, kinderartsen en psychiaters door alle drie de *stakeholders* op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten ervaren worden. Ook komt overeen dat zij knelpunten vaak als een landelijk probleem beschouwen. Alhoewel er niet één heel duidelijke en consistente regio of provincie naar voren komt, wordt door de stakeholders vaak aangegeven dat de gebieden die buiten de Randstad liggen of geen academisch ziekenhuis in de buurt hebben, knelpunten meer en/of eerder ervaren.

De derde onderzoeksvraag die in dit onderzoek is beantwoord luidde:

“Welke oorzaken hebben de als problematisch ervaren verschillen in beschikbaarheid van specialisten? En tot welke gevolgen leiden deze verschillen? Wat is hierin het perspectief van de medisch specialisten zelf?”

De oorzaken van de knelpunten liggen volgens dezelfde partijen ten eerste in de toegenomen zorgvraag, door vergrijzing van de bevolking, maar ook door de mogelijkheid tot nieuwe behandelingen en diagnoses, zoals in het geval van grootschalige bevolkingsonderzoeken in de MDL-geneeskunde. Ten tweede zien de stakeholders dat (jonge) medisch specialisten kritisch zijn in hun loopbaan- en locatiekeuze. Werk-privé balans en de werklocatie van de partner zijn daarbij van groot belang. Hierdoor is het voor werkgevers steeds belangrijker om specialisten aan zich te binden en zich goed te profileren op de arbeidsmarkt. Als laatste worden oorzaken genoemd met betrekking tot de onzekerheid in financiering en het behoud van bepaalde specialismen voor hun ziekenhuis. Achterliggende oorzaken zijn onder andere de toegenomen administratieve druk, toename van sturing op kwaliteitsnormen en concentratie van zorg.

Wat betreft de gevolgen van de arbeidsmarktknelpunten geven de geconsulteerde partijen eenduidig aan dat het gaat om oplopende wachtlijsten en wachttijden aan de ene kant, en toenemende werkdruk, rooster-, dienst- en wervingsproblemen aan de andere kant. Niet-opleidingsziekenhuizen en ziekenhuizen buiten de Randstad geven aan dat zij minder populaire werkgevers zijn en een minder goede arbeidsmarktpositie hebben. Zij noemen vaker gevolgen rond de continuïteit van de zorg, het sluiten van poli's of het afstoten van bepaalde functies. Oorzaken die te maken hebben met de context van de arbeidsmarkt, zoals een stijgende zorgvraag en administratieve druk, spelen volgens hen ook landelijk. Deze trends werken regionaal echter sterker door, waardoor een cumulatie van knelpunten en gevolgen vaker en frequenter ervaren worden in de regio's buiten de Randstad en verder weg van de UMC's.

Voor specialismen die ook buiten de ziekenhuizen werken kan een groeiende trend naar ZZP-schap en het werken in ZBC's de arbeidsmarktpositie van ziekenhuizen verzwakken. Dit is in elk geval gebleken uit de consultaties van psychiaters en oogartsen. Voor specialismen waar 24-uursbeschikbaarheid van zorg nodig is spelen weer andere specifieke oorzaken van de knelpunten. Het gaat dan bijvoorbeeld om strengere eisen wat betreft de volume- en (continue) beschikbaarheidsnormen en concentratie van zorg. Dit speelt vooral bij SEH-artsen en kinderartsen, zo blijkt uit de consultaties van de stakeholders.

De vierde en laatste onderzoeksvraag van dit rapport was:

“Welke oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktknelpunten rond medisch specialisten zijn in de praktijk (al dan niet succesvol) gehanteerd en welke alternatieven zijn denkbaar daar waar problemen worden geconstateerd?”

De door stakeholders genoemde oplossingsrichtingen kunnen worden ingedeeld in drie hoofdcategorieën. Zo zijn er als eerste oplossingsrichtingen gericht op de vraag naar medisch specialisten (taakherschikking, digitalisering en e-health). Daarnaast gaat het om oplossingen gericht op het aanbod en werven van medisch specialisten (strategisch personeelsmanagement, strategisch opleidingsbeleid, verlaging van de werklust, taakherschikking). Een derde type oplossingsrichting is gericht op de context van de arbeidsmarkt van medisch specialisten (regionale samenwerking en financiële en strategische macrokaders).

Er is veel overlap tussen de oplossingsrichtingen die ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars noemden, maar zijn er wel accentverschillen tussen de partijen. Ziekenhuizen denken primair vanuit hun werkgeversrol aan een betere werving en arbeidsmarktpositionering, samenwerking in de regio en taakherschikking. Wetenschappelijke verenigingen zien vooral een betere regionale samenwerking tussen opleidingsinstellingen als mogelijke oplossing. Zorgverzekeraars denken met name aan oplossingen op 'systeemniveau', zoals innovatie en organisatieverandering van de zorg. E-health en het inzetten van financiële prikkels voor medisch specialisten wordt door zowel ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars genoemd, maar niet als hoofdoplossing.

Op basis van bureauonderzoek kwamen ook 'nieuwe' of andere oplossingen naar voren, onder andere op basis van ervaringen in andere sectoren en het buitenland. Maar ook daaruit blijkt dat er niet één overkoepelende oplossing is, maar dat het terugdringen van regionale tekorten een veelheid van maatregelen vereist. Er is dus geen sprake van 'one size fits all' oplossing omdat ze bij uitstek contextgevoelig zijn en ook nog eens verschillend op de kortere als lange termijn kunnen worden ingezet. Wel is een belangrijke randvoorwaarde dat oplossingsrichtingen zorgbreed worden ingezet, waarbij er een gemeenschappelijke visie op regionale samenwerking en 'innovatie' in de organisatie van ziekenhuiszorg is. Alleen dan is het mogelijk om duurzame oplossingen te vinden om ook in de toekomst gericht te kunnen blijven werken aan een evenwichtige arbeidsmarkt. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de beleidsaanbevelingen waartoe deze conclusies leiden.

7.2 Aanbevelingen voor toekomstig beleid

Met de consultatieronden onder ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars zijn veel signalen en ervaringen van deze stakeholders verzameld en geanalyseerd. Al hebben deze a priori geen relatie met de kwantitatieve analyses, wel is de ervaring van veel stakeholders dat buiten de Randstad en in regio's waar geen UMC gevestigd is de knelpunten meer prominent aanwezig zijn. Daarbij blijft het lastig om goed te meten hoe groot problemen precies zijn en in hoeverre de signalen van veldpartijen gestaafd kunnen worden met objectieve cijfers. Vervolgonderzoek kan zich richten op het nog beter meetbaar maken en verklaren van lokale en regionale verschillen; dit komt in de volgende paragraaf aan de orde.

De inventarisatie van de oplossingsrichtingen impliceert in de eerste beleidsaanbeveling dat er geen 'one size fits all' oplossing nagestreefd zou moeten worden. Daarvoor is de diversiteit naar regio's, specialismen en combinaties van beiden te groot. Eerder lijkt het zinvol om in te zetten op een meersporenbeleid en sets van oplossingsrichtingen die op maat ingezet kunnen worden.

Zo kunnen ziekenhuizen zowel extra inzetten op strategisch personeelsbeleid (onder andere door middel van instroom- en "onboarding" programma's) als regionale samenwerking met omringende ziekenhuizen. Daarnaast vragen de geschetste knelpunten ook om nieuwe oplossingen die tot op heden nog niet bedacht zijn of als haalbaar en wenselijk werden geacht. Hierbij kan inspiratie opgedaan worden van andere beroepsgroepen en deelsectoren in de zorg, zoals verpleegkundige, huisartsgeneeskundige, langdurige en geestelijke gezondheidszorg. Ditzelfde geldt ook voor andere sectoren (zoals het onderwijs of de techniek) en andere landen (zoals Scandinavië, Frankrijk of Canada). Dergelijke andere landen hebben weliswaar veel grotere tekorten in dunbevolkte en perifere regio's, maar hebben daardoor ook langere ervaring in het zoeken naar passende oplossingen hiervoor.

Welke typen of sets van oplossingsrichtingen ook worden ingezet, de kans van slagen ervan vereist vooral een 'coalitie van bereidwilligen' die lokaal en regionaal, maar ook op landelijk en bestuurlijk niveau zich committeren aan de actie die nodig is voor het implementeren van oplossingen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een *task force* die gelaagd kan opereren, zowel lokaal, regionaal als landelijk. Belangrijk hierbij is dat zo'n initiatief een verbinding kan leggen met reeds bestaande initiatieven zoals de huidige *task force* 'Juiste Zorg op de Juiste Plek', de 'Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten' (RAATs), het 'Regionaal Overleg Acute Zorgketen' (ROAZ), de strategische koers van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ), de regionale 'zorgtafels' zoals in Drenthe en het initiatief 'Zorg voor het Noorden'. Dit voorkomt een versnippering van initiatieven en kan kruisbestuiving tussen verschillende lokale en regionale initiatieven bevorderen. Zo'n *task force* heeft idealiter ook een brede samenstelling, waarbij bijvoorbeeld ook verenigingen en instanties uit bovengenoemde aanverwante beroepsgroepen en deelsectoren vertegenwoordigd zijn¹³. Dit geldt in het bijzonder voor vertegenwoordiging van verpleegkundigen en ondersteunend personeel werkzaam in de ziekenhuissector. De in dit rapport gesignaleerde knelpunten kunnen immers niet los gezien worden van het feit dat rond deze beroepen sprake is van zeer grote knelpunten, op zowel regionaal als landelijk niveau (zie Capaciteitsorgaan, 2018b).

¹³ In plaats van een nieuw op te richten *task force* is het ook denkbaar dat bestaande initiatieven worden verbreed zodat ook de arbeidsmarkt van medisch specialisten hier expliciet bij betrokken wordt. Vergelijkbare initiatieven die inspiratie kunnen bieden worden bijvoorbeeld in het Actieplan Werken in de Zorg genoemd, zoals een 'actie-leer-netwerk', themabijeenkomsten voor scholen en instellingen, en goede voorbeelden om te halen om te werken aan oplossingen voor knelpunten (VWS, 2018, p 17).

Oplossingsrichtingen rond taakherschikking kunnen een win-win situatie opleveren, maar dan moeten er wel voldoende (gespecialiseerde) verpleegkundigen en ondersteunend personeel zijn die hun werkzaamheden en loopbaanmogelijkheden verder ontplooien, zodat medisch specialisten meer ruimte krijgen om zich verder op hun gespecialiseerde taken toe te leggen.

Voor brede en integrale oplossingsrichtingen geldt de randvoorwaarde dat alle betrokkenen bereid zijn om compromissen te sluiten die de relaties en verhoudingen die ze ten opzichte van elkaar innemen kunnen veranderen. Dit is ook zichtbaar in diverse reeds bestaande samenwerkingsverbanden die naar voren kwamen uit het bureauonderzoek. Samenwerking en draagvlak zijn ook van belang in extreme omstandigheden zoals (op termijn) dreigende sluitingen van ziekenhuisafdelingen of zelfs locaties. De 'out-of-the-box' oplossingen die dan nodig zijn in het belang van burgers en patiënten vergen commitment, samenwerking en gemeenschappelijke visie van verschillende partijen. Geïnspireerd op de desk research lichten we hieronder een aantal voorbeelden van nieuwe typen oplossingen voor bestaande knelpunten toe, inclusief de compromissen die deze vergen van deelnemende partijen:

- Een knelpunt dat ook in dit onderzoek naar voren komt is dat recent afgestudeerde specialisten (de 'jonge klaren') veelal alleen een tijdelijk contract kunnen verkrijgen en dat dit hun verhuisbereidheid naar een andere regio verkleint. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat constructies worden ontwikkeld zodat ziekenhuizen eenvoudiger meerjarige contracten kunnen aangaan. Dit vereist mogelijk van zorgverzekeraars dat ze op een andere wijze en vooral langduriger inkoopafspraken met ziekenhuizen maken, zoals in incidentele gevallen reeds gebeurt. Ziekenhuizen committeren zich op hun beurt dan aan het terugdringen van zorgkosten, onder meer door innovaties in de organisatie van zorg.
- Een alternatieve constructie voor hetzelfde knelpunt zou kunnen zijn dat jonge specialisten voor een aantal jaren door een derde 'koepelpartij' worden aangenomen, die vervolgens als 'personeels-pool' fungeert voor meerdere ziekenhuizen in een regio. Idealiter gaat het hierbij om een partij zonder winstoogmerk om te vermijden dat zo'n detachingsconstructie de zorg onnodig duur maakt. Dit vereist van ziekenhuizen of maatschappen de bereidheid om voor deze specifieke artsengroepen een dergelijke constructie mogelijk te maken. Daarnaast vereist het naar verwachting ook financiële ondersteuning van meerdere partijen met een belang om de medisch-specialistische zorg in elke regio op orde te houden. Dit kan gaan om de landelijke, provinciale of zelfs lokale overheid, maar uiteraard ook de zorgverzekeraars en ziekenhuizen.
- Een ander knelpunt dat naar voren komt uit dit onderzoek is dat jonge specialisten niet naar bepaalde regio's of locaties willen verhuizen, bijvoorbeeld omdat ze te ver weg van hun opleidingsplek en/of de Randstad gelegen zijn. Men heeft hier vaak al een sociaal netwerk opgebouwd en het werk van een eventuele partner kan ook een rol spelen. Hiervoor zijn de bestaande oplossingsrichtingen bijvoorbeeld baanbemiddeling voor partners en ondersteuning in huisvesting en scholen voor kinderen. Een aanvullende oplossing om dit effect te versterken zou kunnen zijn om gericht campagne te voeren onder medisch specialisten waarvan de kans wat groter is dat ze verhuisbereid zijn; bijvoorbeeld op basis van hun herkomst en woonhistorie, maar wellicht ook andere factoren. Een stap verder zou zijn om campagnes niet alleen te richten op individuele specialisten, maar om constructies mogelijk te maken zodat meerdere specialisten gelijktijdig naar eenzelfde regio verhuizen. Dit kan individuele specialisten mogelijk over de streep trekken, mede ook als specialisten onderling dan een buddy-rol vervullen, zodat de overstap naar een andere regio vergemakkelijkt wordt. Wel vereist dit dat de werklocaties in die regio's zo aantrekkelijk mogelijk zijn. Niet alleen in termen van arbeidsvoorwaarden, maar bovenal ook in termen van arbeidsomstandigheden (dienstenbelasting en werkdruk) en inhoudelijke factoren (bijvoorbeeld onderzoeks- en ontplooiingsmogelijkheden).

- Op het voorgaande aansluitend is een gedeeld knelpunt de ervaren werkbelasting door het draaien van avond, nacht- en weekenddiensten. Dit verhoogt de werkdruk en vertrekkansen van zittende specialisten, en verlaagt daarmee de aantrekkelijkheid voor nieuwe specialisten. Diensten kunnen uiteraard niet zomaar afgeschaft of verminderd worden, maar andere arrangementen, zoals voorgesteld in de acute zorg, geven aan dat er ruimte is voor innovatie en verandering. Binnen dit model kunnen meerdere ziekenhuizen voor de invulling van diensten met elkaar samenwerken, mits dit qua reisafstanden haalbaar is. Het potentiële voordeel zou zijn dat de dienstendruk per specialist afneemt, zeker als dit voor doordeweekse avond- en nachtdiensten ruimte biedt om de volgende ochtendpoli (of gehele dag) vrij te zijn. Het vereist wel van specialisten dat ze bereid zijn om tijdens hun dienst beschikbaar te zijn voor meerdere ziekenhuizen, mogelijk ook vanuit bijvoorbeeld een centraal gelegen hotel, ziekenhuis of ambulancepost.
- Intensievere samenwerking tussen ziekenhuizen in de regio kan zich uiteraard ook richten op de reguliere (dag)zorg. Zo'n intensievere samenwerking kan ingezet worden tussen aangrenzende regio's of verder weggelegen delen van het land. Zo heeft het Amsterdam UMC al sinds langere tijd een samenwerking met de BES-eilanden (Bonaire, Sint Eustatius en Saba), waar bijgedragen wordt aan het realiseren van basis tweedelijns zorg op deze eilanden. In theorie is het mogelijk om zo'n zelfde model ook binnen Nederland toe te passen, waarbij een specialist uit bijvoorbeeld een UMC of een topklinisch ziekenhuis voor enige tijd in een heel andere regio werkt.¹⁴ De omgekeerde constructie is ook denkbaar, waarbij een arts uit een geheel andere regio juist ook met enige regelmaat in een UMC werkt, hetzij voor reguliere patiëntenzorg, hetzij om zich daar meer te richten op andere vormen van verdieping, zoals het verrichten van onderzoek in de context van een sabbatical. Beide vormen kunnen ook gecombineerd worden in de vorm van een uitwisselingsprogramma zodat de ene arts de zorgtaken van de andere (deels) kan opvangen, met name op de onderbezette locatie.

De hier geschetste opties zullen uiteraard kritisch tegen het licht gehouden moeten worden op hun praktische uitvoerbaarheid en vooral het punt of zij passen bij de lokale situatie. Door een task force kan geïnventariseerd worden welke initiatieven waar als pilot uitgevoerd worden, en waar mogelijk opgeschaald kunnen worden naar andere locaties, specialismen en/of regio's. Dit vereist zoals gezegd commitment op alle niveaus, inclusief van overheid en zorgverzekeraars om een dergelijk transitietrajecten bijvoorbeeld met stimuleringsgelden te faciliteren. In het 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022', getekend in juni 2018, hebben veldpartijen¹⁵ zich al gecommitteerd zich in te zetten om knelpunten in de arbeidsmarkt en werkomstandigheden in de zorg terug te dringen. Daarbij werd opgemerkt *"dat we er met alleen traditionele maatregelen gericht op het aantrekken en behouden van werknemers op de krappe Nederlandse arbeidsmarkt niet komen"* (Bestuurlijk akkoord, 2018: p. 6). Ook al gaat het om specifieke, lokale knelpunten, ook dan dienen alle betrokken partijen bereid te zijn de bakens te verzetten, uitgaande van een gedeelde ambitie om de kwaliteit van zorg in Nederland overal te verbeteren. Deze ambitie bestaat en dat is de basis voor het toegankelijk blijven van medisch-specialistische zorg zowel nu als op lange termijn. Verandering door innovatie en samenwerking vergt naast commitment ook tijd.

¹⁴ In het geval van de samenwerking tussen VUmc/AMC en de BES-eilanden gold namelijk dat de aantrekkelijkheid van het tijdelijk overstappen van een groot UMC naar een klein ziekenhuis met beperkte middelen mede juist lag in het feit dat men naar een compleet andere omgeving overstapte, waardoor dit een extra beroep deed op hun vaardigheden en creativiteit (I.O., april 2015).

¹⁵ Deelnemers aan het akkoord zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialististen (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de minister voor Medische Zorg en Sport (VWS).

Niet alle geschetste veranderingen kunnen van de ene op de andere dag plaatsvinden en vergen daarom zowel een korte, middellange en lange termijn perspectief om zowel op landelijk, regionaal en lokaal niveau de juiste set van oplossingen op maat te ontwerpen en vervolgens te implementeren.

7.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

In het kader van dit onderzoek is veel kwantitatieve en kwalitatieve informatie verzameld en verwerkt. Elk van de bronnen en methoden die we hebben gebruikt kennen voor- en nadelen en zijn met elkaar gecombineerd om conclusies beter te kunnen onderbouwen. Dit laat onverlet dat de beperkingen van dit onderzoek steeds meegenomen moeten worden bij de interpretaties en dat het nodige vervolgonderzoek mogelijk is, gezien de lacunes van de hier gebruikte bronnen en methoden.

In lijn met vorige paragraaf kan vervolgonderzoek zich ten eerste richten op het in kaart brengen en evalueren van pilots en kansrijke initiatieven. Waarbij het niet alleen gaat om de vraag of ze op de betreffende locaties werken, maar ook of ze getransformeerd en opgeschaald kunnen worden naar andere locaties. In welke mate zijn oplossingsrichtingen (na enige transformatie) breed toepasbaar dan wel locatie- en specialisme-specifiek? De vraag hoezeer oplossingen alleen passen bij de lokale omstandigheden of breder in te zetten zijn, vergt niet alleen evaluatieonderzoek maar ook begeleidend actieonderzoek dat de mogelijkheid biedt om tijdens het proces het implementatietraject waar nodig bij te stellen. Dergelijk vervolgonderzoek kan ook bijdragen aan de vraag waarom nu, geografisch gezien, bepaalde knelpunten zich in bepaalde regio's concentreren. Het onderscheiden van de 'regio-factor' van andere factoren is belangrijk voor het ondersteunen van regionaal beleid. Regionale samenwerking en innovatie is één van de oplossingsrichtingen om onbedoelde concurrentie tussen werkgevers en regio's om medisch specialisten te voorkomen. Juist daarom is het aan te bevelen de huidige regionale projecten en initiatieven te monitoren en hun effectiviteit te onderzoeken, zodat van elkaar geleerd kan worden.

Om de lokale en regionale verschillen in zorgaanbod beter in kaart te brengen en te verklaren zou verder kwantitatief, organisatie vergelijkend onderzoek gedaan kunnen worden. Hierbij zouden precieze adherentiegebieden per ziekenhuis (en specialismen daarbinnen) in kaart gebracht moeten worden, evenals de patiëntenstromen en zorggebruik (zoals aan de hand van Vektis cijfers), en de tijd die medisch specialisten exact aan patiëntgebonden zorg besteden. De meerwaarde van dergelijk onderzoek zou vooral liggen in de verdiepende vraag hoe de organisatie van zorg op een bepaalde locatie samenhangt met de mate waarin arbeidsmarktknelpunten worden ervaren. Er ontbreekt nu nog voldoende inzicht in hoe de personeelssamenstelling ('*skill-mix*') varieert en hoe dat samenhangt met de wijze waarop taken worden verdeeld tussen medisch specialisten en aanverwante beroepsgroepen, in het bijzonder (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Ook de inzet van andere potentieel werkdrukverlagende middelen zoals organisatorische en ICT-innovaties kan hierbij betrokken worden.

Een derde thema voor vervolgonderzoek is het loopbaan- en locatiekeuzegedrag van jonge en gevestigde medisch specialisten, aangezien dit ondersteuning kan bieden bij de vraag welke strategieën het meest kansrijk zijn om jonge specialisten in kwetsbare regio's aan te trekken. Nog grotendeels is onduidelijk hoe dit loopbaan- en locatiekeuzegedrag verschilt naar specialisme, achtergrond, regio en organisatie, hoe dit in de loop van de tijd veranderd is, en hoe dit voor de volgende generaties zal zijn.

Hiertoe dienen loopbaangegevens van medisch specialisten beschikbaar gemaakt te worden, waarbij longitudinaal nagegaan kan worden op welke locaties specialisten zijn opgeleid en op welke (werk)locaties zij actief zijn (geweest). De basisgegevens hierover zijn in principe beschikbaar via het BIG-register en de RGS, de motieven achter de keuzes zouden dan via representatieve enquêtes achterhaald kunnen worden, evenals toekomstambities en plannen. Dit levert belangrijke informatie op over de mobiliteit, verhuisbereidheid en 'arbeidsmarkt-elasticiteit' van de huidige en toekomstige generatie medisch specialisten. Dit kan vervolgens het strategische personeelsbeleid op landelijk, regionaal en organisatieniveau ondersteunen, dat met het oog op de geconstateerde knelpunten belangrijker is dan ooit.

Literatuur

- Algemeen Dagblad (2019). Zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk. Geraadpleegd op 1-3-2019 via: <https://www.ad.nl/gouda/zorg-van-het-ziekenhuis-naar-huisartsenpraktijk~a4c21696/>.
- Autoriteit Consument & Markt (2013) Beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg. Geraadpleegd op https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/12037_beoordeling-fusies-en-samenwerkingen-ziekenhuiszorg.pdf, april 2019.
- Berenschot (2017). Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg! Rapport over het terugbrengen van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: Berenschot.
- Brooks, R. G., Walsh, M., Mardon, R. E., Lewis, M., & Clawson, A. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Academic Medicine*, 77(8), 790-798.
- Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 1 Medisch Specialisten. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsorgaan (2018a). Capaciteitsplan 2018-2021 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen november 2018. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsorgaan (2018b). Arbeidsmarktmonitor 2018, 3e kwartaal. Geraadpleegd op 15-1-2019 via: <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/arbeidsmarktmonitor-archief/>.
- Capaciteitsorgaan (2019a). Capaciteitsplan 2020-2023. Deelrapport 1 (Medische specialismen, Klinische technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde). Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsorgaan (2019b). Position paper. Visie op de arbeidsmarkt in de zorg 28/1/19. Geraadpleegd op 1-3-2019 via: www.tweedekamer.nl.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep. Geraadpleegd op 1-3-2019 via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81551ned&D1=0-2&D2=0&D3=0&D4=6,36,42&D5=7-17&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T>.
- De Blok, M. (2019). Kamer zet licht definitief op groen voor ziekenhuisnetwerken. Geraadpleegd op 1-3-2019 via: <https://www.maggiedeblock.be/kamer-zet-licht-definitief-op-groen-voor-ziekenhuisnetwerken/>.
- De Jonge Specialist (2016). Resultaten jonge klaren enquête: toename tijdelijke contracten. Geraadpleegd via: <https://www.dejongespecialist.nl/themabestanden/Presentatie%20Jonge%20Klaren%20Enquete%202014.pdf> (op 27-12-2018).
- De Jonge Specialist (2014). Resultaten jonge klaren enquête 2014. Geraadpleegd via: <https://docplayer.nl/5227782-Resultaten-jonge-klaren-enquete-2014-marjolein-kremers-penningmeester-de-jonge-specialist.html> (op 27-12-2018).

- De Jonge Specialist (2018). Nationale aios-enquête 2018: Gezond en veilig werken. Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
https://www.dejongespecialist.nl/NieuwsBestanden/Nationale%20aios%20enquete%202018_Gezond%20en%20veilig%20werken_14.pdf.
- De Medisch Specialist Magazine (september 2018). Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://www.demedischspecialist.nl/federatie/de-medisch-specialist-magazine>.
- De Medisch Specialist Magazine (maart 2017). Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://www.demedischspecialist.nl/file/1443/download?token=MYkZDtIM>.
- Federatie Medisch Specialisten (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken. Geraadpleegd op 1-3-2019 via: <https://www.demedischspecialist.nl/ms2025>.
- Greenhalgh, T., & Shaw, S. (2017). Understanding heart failure; explaining telehealth—a hermeneutic systematic review. *BMC cardiovascular disorders*, 17(1), 156.
- Joldersma, C. (2019). Psychiaters in ggz-instellingen: Arbeidsmarktonderzoek NVvP-LAD. Utrecht: NVvP-LAD.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Actieprogramma Werken in de Zorg. Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Actieprogramma (Ont)Regel de Zorg. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Den Haag: VWS.
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (2018). Uitkomsten NOG capaciteitsenquête 2018. Nijmegen: september 2018.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2018). Ziekenhuiszorg in cijfers 2018: Brancherapport algemene ziekenhuizen 2018. Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2018.pdf>.
- NRC (2018). Medisch specialist mijdt de regio. Geraadpleegd via
<https://www.nrc.nl/nieuws/2018/08/23/medisch-specialist-mijdt-de-regio-a1614007> (op 27-12-2018).
- Ono, T., Schoenstein, M. en Buchan, J. (2014). Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers*. No. 69, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.
- Planningsbesluit neurochirurgie. (2001). Geraadpleegd op 15-1-2019 via:
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0012776/2018-08-01>.
- Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart. (22 april 2008). Geraadpleegd op 15-1-2019 via:
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0023804/2018-08-01>.

- Planningsbesluit radiotherapie. (23 oktober 2009). Geraadpleegd op 15-1-2019 via:
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0026610/2013-08-03>.
- Regeling medisch specialistische zorg. (1-1-2018 t/m 31-12-2018). Geraadpleegd op 1-3-2019
 via:https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2033_22/1/.
- Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (2018). KNMG RGS Overzicht aantal geregistreerde
 specialisten / profielartsen 2008-2018. Geraadpleegd op 1-3-2019 via <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers.htm>.
- Venhorst, V., Daams, M., en van Dijk, J. (2017). De regionale mobiliteit en binding van medisch specialisten:
 Het belang van opleiden en onderwijs voor de regionale gezondheidszorg. (URSI Research Report; Nr.
 360). Urban and Regional Studies Institute / University of Groningen.
- Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (2019). Van ziekenhuiszorg naar
 gezondheidsorganisatie. Strategisch Koers, 2019-2022. Utrecht: SAZ.
- Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., & Steel, N. (2016). A systematic review of
 strategies to recruit and retain primary care doctors. BMC health services research, 16(1), 126.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2018). Handboek Excellente Zorg: Werken aan de beste zorg
 in een gezonde werkomgeving. Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Excellente%20Zorg/Leiderschap/Handboek%20Excellente%20Zorg%202018.pdf?ver=2018-06-19-140323-827>.
- Volkskrant (4 maart 2015). Slechts 560 specialisten gaan in loondienst. Geraadpleegd op 1-3-2019 via:
<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/slechts-560-specialisten-gaan-in-loondienst~b2fc3425/>.
- Vis, E., Velden, L. van der, Batenburg, R. (2018). Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid
 in 2018: actualisering van de aanbodparameters voor de beroepen GZ-psycholoog, klinisch
 neuropsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ. Utrecht:
 Nivel.
- Zorginstituut, Coöperatie VGZ (2018) Praktijkproef blockchain kraamzorg met Mijn Zorg Log. Rapportage,
 juni 2018.

Bijlage A Consultatiedocumenten ziekenhuizen

Introductie bij dit document

Bij voorbaat dank voor uw bereidheid om uw mening te geven in dit consultatiedocument als belangrijk onderdeel van het onderzoek "Regionale balans in vraag en aanbod medisch specialisten" dat het Nivel in opdracht van het Ministerie van VWS uitvoert. Het doel van het onderzoek is het inventariseren van signalen over de balans tussen vraag en aanbod aan medisch specialisten en het identificeren van oplossingsrichtingen die landelijk, regionaal, lokaal of per specialisme toegepast kunnen worden om knelpunten op te lossen of te voorkomen.

Hierna volgen een aantal open vragen, die u kunt beantwoorden voor alle specialismen samen of voor één of enkele specialismen. Als er aanvullende aspecten zijn die volgens u relevant zijn, dan kunt u dit bij de laatste vraag aangeven.

NB1: Wanneer u dit document gedeeltelijk of geheel door iemand anders in uw organisatie wilt laten invullen is dit geen probleem en kunt u het document zelf aan de juiste persoon doorsturen.

NB2: Als u in uw antwoord (en dus binnen een cel) een volgende regel wilt, gebruik dan Alt-Enter.

Wij vragen u dit document te retourneren naar balansms@nivel.nl **vóór maandag 10 december 2018**. Als u vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek kunt u tevens mailen naar balansms@nivel.nl. Voordat de definitieve resultaten gepubliceerd worden, zullen we u op de hoogte brengen van de concept-bevindingen uit deze consultatie, zodat u dan gelegenheid heeft op de voorlopige resultaten te reflecteren.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. Ronald Batenburg, Programmaleider Arbeid en Organisatievraagstukken in de Zorg, NIVEL

Algemeen

1. Voor welke instelling vult u dit formulier in en, indien u dit niet voor de gehele instelling invult, voor welke locatie(s)?

--

Knelpunt inventarisatie

2. Zijn er op dit moment in uw instelling arbeidsmarkt-knelpunten voor medisch specialisten? Zo ja, zijn er specialismen waar deze vooral spelen? En kunt u het arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?

Denk daarbij bijvoorbeeld aan problemen met het werven en/of behouden van bepaalde typen specialisten en functies.

☐ Nee, er zijn in onze instelling geen arbeidsmarkt-knelpunten voor medisch specialisten (Ga door naar vraag 9)

☐ Ja, er zijn in onze instelling arbeidsmarkt-knelpunten voor medisch specialisten, namelijk vooral voor de volgende specialismen:

Specialisme(n):	Speelt het knelpunt:

3. Wat zijn de gevolgen van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

--

4. En wat zijn de achterliggende oorzaken van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

--

5. Als u kijkt naar het loopbaangedrag van specialisten, ziet u dan bepaalde patronen die mede bepalend zijn voor het ontstaan van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Oplossingsrichtingen

6. Welke oplossingen worden er momenteel voor de arbeidsmarkt-knelpunten gezocht die u hiervoor heeft genoemd, binnen of buiten uw instelling? Welke hiervan zijn volgens u tot nu toe wel of niet succesvol en waar ligt dit aan?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

7. Zijn er volgens u ook andere oplossingsrichtingen denkbaar die nog niet worden geïmplementeerd, binnen of buiten uw instelling? Welke zijn dit en kunt u toelichten wat nodig is om deze (voor uw instelling) te laten slagen?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

8. Zijn er volgens u specialisten in uw instelling waar geen arbeidsmarkt-knelpunten (meer) spelen, en die een voorbeeld zouden vormen voor andere specialisten? Of zijn er andere instellingen (in binnen- of buitenland) die een voorbeeld vormen voor uw eigen instelling?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

9. Verwacht u in de toekomst voor uw instelling arbeidsmarkt-knelpunten voor medisch specialisten? Zo ja, zijn er specialisten waar deze vooral spelen? En kunt u het verwachte arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?

Denk daarbij bijvoorbeeld aan problemen met het werven en/of behouden van bepaalde typen specialisten en functies.

☐ Nee, er worden in onze instelling geen arbeidsmarkt-knelpunten verwacht voor medisch specialisten

☐ Ja, er worden in onze instelling arbeidsmarkt-knelpunten verwacht voor medisch specialisten, namelijk vooral voor de volgende specialisten:

Specialisme(n):	Kan het knelpunt gaan spelen:

10. Wilt u nog iets anders kwijt over dit onderwerp of heeft u andere opmerkingen over de consultatie of het onderzoek? U kunt dit hieronder kwijt:

N.B. Mocht u beschikken over rapportages of dergelijke die kunnen helpen bij het inventariseren van knelpunten en oplossingsrichtingen voor uw instelling, zou u deze dan willen toevoegen per mail (balansms@nivel.nl)? Alvast hartelijk dank!

Bijlage B Consultatiedocumenten wetenschappelijke verenigingen

Introductie bij dit document

Bij voorbaat dank voor uw bereidheid om uw mening te geven in dit consultatiedocument als belangrijk onderdeel van het onderzoek "Regionale balans in vraag en aanbod medisch specialisten" dat het Nivel in opdracht van het Ministerie van VWS uitvoert. Het doel van het onderzoek is het inventariseren van signalen over de balans tussen vraag en aanbod aan medisch specialisten (inclusief TZ-specialisten en KNMG-profielen) en het identificeren van oplossingsrichtingen die landelijk, regionaal, lokaal of per specialisme toegepast kunnen worden om knelpunten op te lossen of te voorkomen.

Hierna volgen een aantal open vragen, die u kunt beantwoorden voor het specialisme (inclusief eventuele subspecialismen) die door uw vereniging wordt vertegenwoordigd. Als er aanvullende aspecten zijn die volgens u relevant zijn, dan kunt u dit bij de laatste vraag aangeven.

NB1: Wanneer u dit document gedeeltelijk of geheel door iemand anders binnen uw vereniging wilt laten invullen is dit geen probleem en kunt u het document zelf aan de juiste persoon doorsturen.

NB2: Als u in uw antwoord (en dus binnen een cel) een volgende regel wilt, gebruik dan Alt-Enter.

Wij vragen u dit document te retourneren naar balansms@nivel.nl vóór maandag 10 december 2018. Als u vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek kunt u tevens mailen naar balansms@nivel.nl. Voordat de definitieve resultaten gepubliceerd worden, zullen we u op de hoogte brengen van de concept-bevindingen uit deze consultatie, zodat u dan gelegenheid heeft op de voorlopige resultaten te reflecteren.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. Ronald Batenburg, Programmaleider Arbeid en Organisatievraagstukken in de Zorg, NIVEL

Algemeen

1. Voor welke wetenschappelijke vereniging vult u dit formulier in?

De afkorting is voldoende.

--

Knelpunt inventarisatie

2. Zijn er op dit moment voor uw specialisme bepaalde regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten spelen? Zo ja, in welke regio's spelen die dan en kunt u voor die regio's het arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?

Denk daarbij bijvoorbeeld aan het type ziekenhuizen waar dit speelt en het type knelpunten in termen van (bijvoorbeeld) het verkrijgen van een bepaalde positie of contract.

☐ Nee, er zijn geen specifieke regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten spelen (Ga door naar vraag 9)

☐ Ja, er zijn specifieke regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten spelen, namelijk vooral voor de volgende regio's:

Voor regio:	Speelt het knelpunt:

3. Wat zijn de gevolgen van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor de regio en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

--

4. En wat zijn de achterliggende oorzaken van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor de regio en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

--

5. Als u kijkt naar het loopbaangedrag van specialisten in uw vakgebied, ziet u dan bepaalde patronen die mede bepalend zijn voor het ontstaan van de arbeidsmarkt-knelpunten die u hiervoor heeft genoemd?

Oplossingsrichtingen

6. Welke oplossingen worden er momenteel voor de arbeidsmarkt-knelpunten gezocht die u hiervoor heeft genoemd, binnen of buiten uw eigen specialisme? Welke hiervan zijn volgens u tot nu toe wel of niet succesvol en waar ligt dit aan?

Specificeer zo nodig uw antwoord en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

7. Zijn er volgens u ook andere oplossingsrichtingen denkbaar die nog niet worden geïmplementeerd, binnen of buiten uw eigen specialisme? Welke zijn dit en kunt u toelichten wat nodig is om deze (voor uw specialisme) te laten slagen?

Specificeer zo nodig uw antwoord en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

8. Zijn er volgens u regio's of ziekenhuizen waar geen arbeidsmarkt-knelpunten (meer) spelen, en die een voorbeeld zouden vormen voor anderen? Of zijn er andere regio's of instellingen (in binnen- of buitenland) die een voorbeeld vormen voor uw eigen vakgebied?

Specificeer zo nodig uw antwoord voor het specialisme en het knelpunt zoals hiervoor door u benoemd

9. Verwacht u in de toekomst voor uw specialisme bepaalde regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten kunnen gaan spelen? Zo ja, in welke regio('s) en kunt u voor die regio('s) het verwachte arbeidsmarkt-knelpunt nader omschrijven?

Denk daarbij bijvoorbeeld aan het type ziekenhuis waar dit zou kunnen gaan spelen en aan problemen met het werven en/of behouden van bepaalde typen specialisten en functies.

☐ Nee, er zijn geen regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten worden verwacht

☐ Ja, er zijn specifieke regio's waar arbeidsmarkt-knelpunten kunnen gaan spelen, namelijk vooral voor de volgende regio's:

Voor regio:	Kan het knelpunt gaan spelen:

10. Wilt u nog iets anders kwijt over dit onderwerp of heeft u andere opmerkingen over de consultatie of het onderzoek? U kunt dit hieronder kwijt:

N.B. Mocht u beschikken over rapportages of dergelijke die kunnen helpen bij het inventariseren van knelpunten en oplossingsrichtingen voor uw instelling, zou u deze dan willen toevoegen per mail (balansms@nivel.nl)? Alvast hartelijk dank!