

Zorgen voor de arbeidsmarkt

Integraal onderzoek naar de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg

Inaugurele rede

Prof. dr. Ronald Batenburg

Donderdag 19 september 2019

Radboud Universiteit 

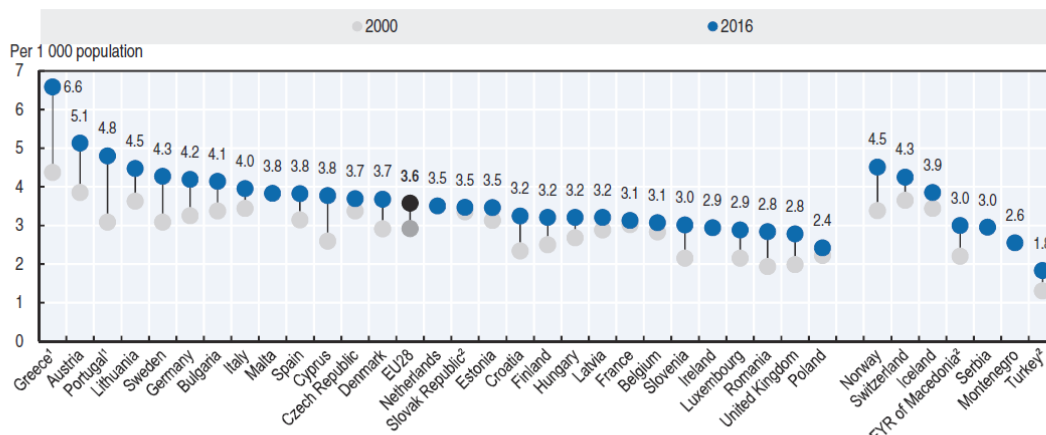
Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Een gedachtenexperiment

Aan het begin van het vak 'Health Policy and Systems', dat ik nu twee keer aan deze universiteit heb mogen geven, heb ik geprobeerd studenten over de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg te laten nadenken aan de hand van één simpele vraag: "hoeveel dokters heeft een land nodig?". Ik wil mijn oratie hiermee beginnen, omdat het een gedachtenexperiment is dat mijn centrale stelling ondersteunt: integraal beleid en integraal onderzoek kunnen niet zonder elkaar om integrale oplossingen te vinden voor de grote en complexe uitdagingen die momenteel op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg spelen.

Het eerste antwoord dat ik van studenten krijg op de vraag "hoeveel dokters heeft een land nodig" (of: "hoeveel dokters heeft Nederland nodig") is: "hoe meer hoe beter", of "zoveel mogelijk". Het is hen ook niet ontgaan dat er forse tekorten zijn op de arbeidsmarkt van de zorg, en dat die tekorten steeds groter zullen worden door de snelle stijging van het aantal ouderen, de zorgvraag en het huidige gebrek aan zorgpersoneel.

7.11. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933836390>

Als ik vervolgens cijfers laat zien over het aantal dokters per 1.000 inwoners in alle lidstaten van de Europese Unie (deze stamt uit het laatste OECD-rapport Health at a Glance uit 2018), dan blijkt daaruit dat Nederland iets lager scoort dan het Europese gemiddelde (3,5 om 3,6). Het land dat in dit opzicht het hoogste scoort is Griekenland met maar liefst 6,6 *physicians* per 1.000 inwoners. Gevolgd door Oostenrijk met 5,1 en daarna Portugal, Litouwen, Zweden, Duitsland, Bulgarije, Italië, Spanje, Tsjechië, Malta, Denemarken, Slowakije en Cyprus, een wonderlijke mix van landen die allemaal een hoger dokters-dichtheid kennen dan Nederland. De vraag of Nederland dus eigenlijk zoveel dokters zou moeten hebben als Griekenland of één van die andere landen heeft, leidt dan een interessante discussie in.

Sommige studenten beginnen gelijk te twijfelen aan de cijfers. Er was toch iets met die Griekse cijfers, deze zijn toch niet altijd even betrouwbaar? Of ze twijfelen aan de definitie van dokters/*physicians*; betekent dat in elk land wel hetzelfde?

Andere studenten stellen de landenvergelijking ter discussie. Het is niet zo zinvol Nederland te vergelijken met Zuid- of Oost-Europese landen, want deze hebben andere gezondheidszorgsystemen, economieën en culturen. Daarom zou Nederland beter vergeleken kunnen met een beperkt aantal 'vergelijkbare' landen.

Weer andere studenten kiezen een alternatieve redenering. Het land met de beste gezondheidszorg, dat zou kunnen bepalen hoeveel dokters per inwoner optimaal is. Stel dat we daarvoor de *Euro Health Consumer Index* (EHCI) van het *Health Consumer Powerhouse* (HCP) zouden nemen, dan blijkt dat Nederland in 2017 de 'beste' gezondheidszorg heeft en in 2018 was Nederland tweede, na Zwitserland. Betekent dit dus dat *juist Nederland* de beste doktersdichtheid heeft?

Ondertussen neemt de discussie met de studenten en de verwarring toe. Nederland heeft grote arbeidsmarktproblemen, maar hoe kunnen we dan tegelijkertijd de beste gezondheidszorg hebben?

Alle studenten hebben met hun opmerkingen een punt. De vraag die dan ook steeds meer naar de oppervlakte komt in deze discussie is; waarom zouden we alleen naar dokters kijken? De gezondheidszorg wordt immers draaiende gehouden door een veelheid aan zorgverleners. In Nederland vormen artsen slechts 11% van het totaal aan 1,3 miljoen mensen dat in de zorg werkt. Het overgrote deel van het personeel in de zorg is dus geen arts, en bezet een geweldig brede en diverse groep van functies en beroepen. Als een dokter bijvoorbeeld in het ene land nauw samenwerkt met een hoogopgeleide verpleegkundig specialist die veel van zijn medische taken overneemt, dan is zijn vak-invulling anders, en moeten we dus anders kijken naar de OECD-cijfers in dit plaatje.

Kortom: de vraag hoeveel dokters een land nodig heeft is nuttig als gedachtenexperiment maar relevanter is de vraag hoeveel zorgprofessionals een land *in zijn totaliteit* nodig heeft. En even zo relevant is de vraag hoe we de *gehele* beroepenstructuur in de zorg zo optimaal mogelijk kunnen samenstellen. Dit zijn mijn inziens de vragen die gesteld moeten worden voor integraal onderzoek naar de arbeidsmarkt van de zorg, zodat vervolgens integraal arbeidsmarkt*beleid* in de zorg ondersteund kan worden. En waarom dit onderzoek nu meer dan ooit noodzakelijk is, vertel ik in het volgende deel van mijn oratie.

Van gedachtenexperiment naar de rauwe werkelijkheid

Ik had mijn oratie niet beter kunnen timen. “Plannen tegen personeelstekorten druppel op gloeiende plaat” kopte het blad Zorgvisie gisteren, nadat op Prinsjesdag bij de begroting van VWS de plannen werden gepresenteerd om de tekorten in de zorg te bestrijden. Maar de signalen over personeelstekorten in de zorg zijn al veel langer, vaker en prominent in het nieuws. Over de precieze cijfers bestaat discussie maar één daarvan is dat bij ongewijzigd beleid we afstevenen op een tekort van meer dan 100.000 werknemers. Eén van de oorzaken is dat de benodigde instroom in de zorgopleidingen te langzaam gaat om de vacatures op te vullen en daarmee de tekorten te bestrijden. Maar ook is er in de zorg sprake van een grote uitstroom vanwege de vergrijzing van het personeel en de hoge werkdruk. Het verleden werkt daarbij niet bepaald mee. De zorg heeft te kampen gehad met grote groepen verpleegkundigen en verzorgenden die de zorg hebben verlaten, toen er door bezuinigingen gesneden moest worden in het personeel.

De hoge werkdruk in de zorg is een cruciale factor. IZZ, het ledencollectief van werknemers en werkgevers in de zorg, publiceerde deze week het bericht dat het percentage zorgmedewerkers dat psychische zorg ontvangt in de afgelopen vier jaar met 30 procent is gestegen. Vooral als gevolg van de personeelstekorten kreeg één op de vijftien zorgverleners in 2018 minimaal één keer psychische hulp. Een snelle opeenstapeling van knelpunten wordt hiermee duidelijk zichtbaar: door de tekorten in de zorg neemt de werkdruk toe, is er steeds meer (vroegtijdige) uitstroom uit het vak, wordt de zorg steeds minder populair bij jongeren en zij-instromers, waardoor de tekorten weer verder oplopen ... et cetera. Deze negatieve spiraal wordt versterkt omdat de vraag naar zorg verder zal toenemen. Niet alleen door de vergrijzing en de toename van patiënten met meerdere aandoeningen en ziekten, maar ook door de toenemende mogelijkheden om die aandoeningen en ziekten te ontdekken en te behandelen.

Er valt nog heel veel meer te vertellen over alle achtergronden en oorzaken van de personeelstekorten in de zorg. Maar ik wil eerst het kader schetsen waarin ik deze zal plaatsen en de onderzoeksvragen die daarbij centraal staan.

Van de rauwe werkelijkheid naar twee onderzoeksvragen

De opsomming van de personeelsproblemen in de zorg lijkt zó groot en breed, dat oplossingen verder weg lijken te liggen dan ooit. Echter, het 'zwarte scenario' van de arbeidsmarkt heeft ook een beweging in gang heeft gezet waarin meer geld en actie dan ooit wordt geïnvesteerd om de negatieve spiraal om te buigen. Dit brengt me bij mijn stelling dat juist nu *integraal* onderzoek naar de arbeidsmarkt van de zorg nodig is, om te zorgen dat de vele speerpunten en acties van 'het' arbeidsmarktbeleid in de zorg ook *integraal* worden uitgevoerd en ondersteund. De vraag is dan natuurlijk: wat versta ik onder integraal onderzoek, en hoe kan dat aan integraal beleid bijdragen? Ik beantwoord deze vraag vanuit sociologisch perspectief, op twee manieren en in twee stappen.

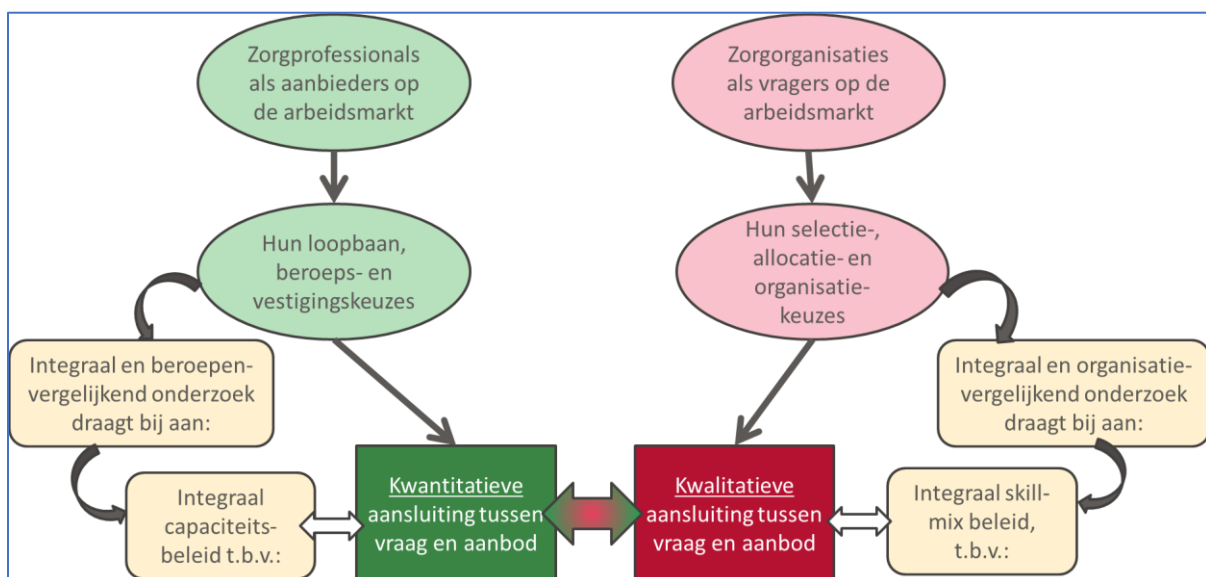
Ik ga ten eerste in op het woord waarmee veel van de huidige arbeidsmarktproblemen heel kort kunnen worden samengevat: de 'tekorten'. Het gaat dan om de aansluiting tussen vraag en aanbod en de maatregelen om dit te reguleren. De arbeidsmarkt van de gezondheidszorg wordt op deze manier *kwantitatief* en vanuit arbeidsaanbod-perspectief bekeken.

Ten tweede ga ik in op de *kwalitatieve* aansluiting tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg. De *kwalitatieve* aansluiting gaat over de vraag welke zorgprofessionals er nodig zijn om aan de zorgvraag te voldoen. Ik verschuif de vraag daarmee naar welke skill-mix van zorgprofessionals het best zou passen bij de

zorgvraag en welke maatregelen dáárvoor ingezet zouden kunnen worden. Nu is een *organisatie*perspectief van toepassing, omdat op dat niveau de keuzes worden gemaakt die tot een bepaalde personeelssamenstelling of skill-mix leiden.

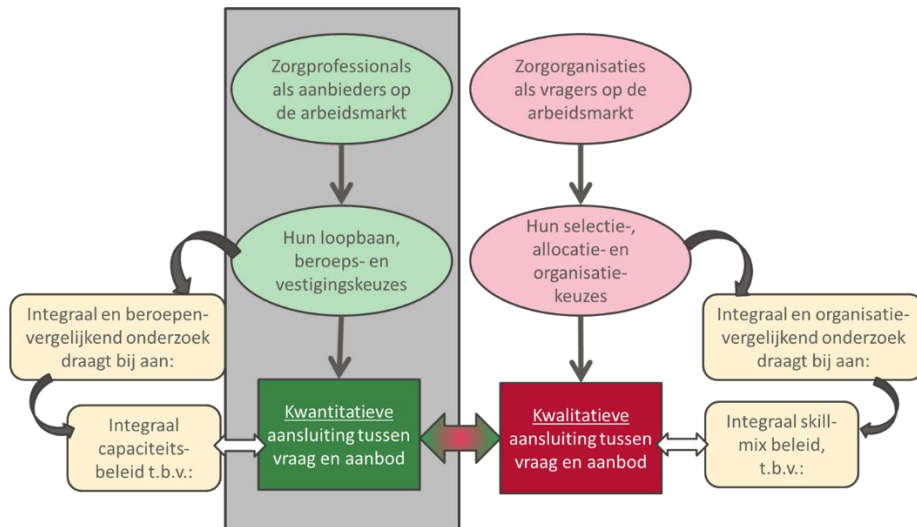
Mijn verhaal structureer ik op basis van dit schema, dat beide typen aansluiting op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg uiteen legt (al houden ze natuurlijk verband met elkaar).

- In het linker-gedeelte gaat het om de kwantitatieve aansluiting op de arbeidsmarkt, waarbij het keuze- en loopbaangedrag van zorgprofessionals centraal staat. Het punt dat ik hierbij steeds zal maken, is dat integraal onderzoek nodig is om integraal capaciteitsbeleid mogelijk te maken om die kwantitatieve aansluiting op de arbeidsmarkt te verbeteren.
- In het rechter-gedeelte gaat het om de kwalitatieve aansluiting op de arbeidsmarkt, waarbij het selectie- en allocatiegedrag van zorgorganisaties centraal staat. Ook hier zal ik aangeven hoe integraal onderzoek kan bijdragen aan een integraal skill-mix-beleid om die kwalitatieve aansluiting op de arbeidsmarkt te verbeteren.



Ik licht nu beide lijnen toe, om deze daarna beide bijeen te brengen in een agenda voor integraal onderzoek en beleid voor de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg. U zult gemerkt hebben dat ik vaak het begrip ‘integraal’ laat vallen. Ik heb dit begrip nog niet toegelicht, maar ik beloof u aan het eind van mijn betoog hierop terug te komen.

Vraag 1: Hoe kan integraal onderzoek bijdragen aan de *kwantitatieve aansluiting* tussen vraag en aanbod?



6

Eerst dus de vraag hoe integraal onderzoek kan bijdragen aan de kwantitatieve aansluiting tussen vraag en aanbod. De aansluiting betreft het vraagstuk dat ik eerder kort schetste als het zwarte scenario dat zich nu in Nederland lijkt af te tekenen: grote en wellicht structurele tekorten in de zorg.

Om het vraagstuk te begrijpen is ten eerste van belang om te definiëren *wanneer* er sprake is van tekorten of, andersom, van overschotten. Gebruikelijk is dit een kwestie van rekenen en modelleren, aan de verhouding tussen de beschikbare en de benodigde capaciteit voor de arbeidsmarkt. En vaak is dan het uitgangspunt gebruik te maken van een aantal 'directe' indicatoren, zoals vacature-, werkloosheid- of wachtlijstcijfers – cijfers die in feite het *gevolg* van een kwantitatieve mismatch op de arbeidsmarkt uitdrukken.

Hier ontstaat het eerste probleem. Er zijn eigenlijk weinig criteria om te bepalen of en wanneer er nu sprake is van een problematisch verschil tussen vraag en aanbod, en wanneer dit verschil 'acceptabel' is. Er bestaan in de zorg wel zogenaamde Treeknormen voor wachtlijsten, maar deze verschillen naar zorgdiscipline en/of aandoening en, *belangrijker*, wachtlijsten worden op verschillende manieren vastgesteld, wat discussies over de betrouwbaarheid oproept. En stel dat een wachttijd voor een bepaalde operatie langer is dan de Treeknorm, is er dan ook direct sprake van een tekort van het aantal artsen dat die operatie uit kan voeren?

Ook voor vacaturecijfers geldt dit probleem. Bij vacatures wordt wel de norm gehanteerd dat als deze langer dan 3 maanden open staat, ze moeilijk vervulbaar is. In veel zorgsectoren kan echter niet exact worden weergegeven hoeveel openstaande functies er op een bepaald moment bestaan. Dan wel omdat deze op een informele

manier worden vervuld, dan wel omdat deze bij gebrek aan belangstelling vervallen of anders worden georganiseerd.

Laat ik kort vertellen hoe we met ramingsmodellen bij het Nivel proberen deze problemen op te lossen door niet uit te gaan van normen, maar van *relatieve verhoudingen en ontwikkelingen*. Binnen het Nivel werkt mijn collega van der Velden al sinds de vorige eeuw aan het capaciteitsramingsmodel voor het plannen van de artsberoepen, dat tot op heden het rekenmodel is waarmee de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan aan het Ministerie van VWS worden doorgerekend. Zonder op alle details van dit model in te gaan werkt het model als volgt.

Ten eerste wordt op landelijk niveau het aantal artsen in een bepaalde discipline (bijvoorbeeld huissten) in een basisjaar bepaald en hun capaciteit in fte of uren. Vervolgens wordt dit ‘aanbod’ geprognosticeerd voor de komende 12 a 15 jaar omdat rekening gehouden moet worden met het feit dat het opleiden van een (basis)arts 6 jaar duurt, en een medische vervolgopleiding tot bijvoorbeeld huisarts drie jaar, en chirurg zes jaar. Voor dit prognosemodel is de opleiding tot een bepaald artsberoep de voornaamste ‘pijplijn’ die voor het aanbod vult. Daarbij wordt:

- rekening gehouden met het beroepsrendement van de opleidingen en afgestudeerden,
- wordt apart gemodelleerd met welke snelheid de werkzame beroepsgroep (al dan niet vroegtijdig) het beroep zal verlaten,
- wordt rekening gehouden met in- en uitstroom naar het buitenland,
- en wordt zo exact mogelijk bepaald hoeveel uur men nu en in de toekomst binnen het beroep zal werken.

Al deze ‘parameters’ worden apart voor mannen en vrouwen bepaald. Uit de aanbodkant van het ramingsmodel komen prognoses naar voren die het verschil laten zien tussen de huidige en toekomstige beschikbare capaciteit van één artsberoep, op landelijk niveau en meestal uitgaande van één opleidingsinstroom.

Ten tweede wordt (ook weer op nationaal niveau) de *benodigde* capaciteit van het betreffende artsberoep geprognosticeerd, voor dezelfde periode als de aanbodprognose. Hiervoor worden verschillende trends in kaart gebracht die determinanten zijn van de specifieke vraag naar het betreffende artsberoep, zoals demografische trends, epidemiologische trends, sociaal-culturele trends en veranderingen die kunnen gaan spelen in de organisatie en de institutionele/beleidsmatige aansturing van de beroepsgroep.

Bijvoorbeeld:

Omdat dementie vaker voorkomt op oudere leeftijd, en de groep ouderen toeneemt, neemt de vraag naar vooral specialisten ouderengeneeskunde toe.

Als dan:

- de zorgvraag van de groeiende groep dementiepatiënten gemiddeld complexer wordt door andere aandoeningen,
- én als er meer behandelmethoden voor deze groep komen,
- én als er meer aandacht komt voor dementie-zorg en dit breder wordt georganiseerd,

dan zal dit leiden tot nóg meer vraag naar specialisten ouderengeneeskunde.

Daar tegenover staat dat door preventie, meer inzet van mantelzorg en/of technologie, en het overnemen van medische taken door gespecialiseerd verpleegkundigen, de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde juist zal áfnemen.

Al deze trends worden in het ramingsmodel opgenomen als de procentuele (dus *relatieve*) toe- of afname van de benodigde capaciteit aan het betreffende artsberoep in de komende 12 a 15 jaar. Er zijn heel veel verschillende bronnen nodig om de genoemde 'vraag-trends' te beoordelen, ten eerste op de waarschijnlijkheid dat deze meer dan 10 jaar effect zullen op de benodigde capaciteit. En ten tweede is het een uitdaging te bepalen wat de netto impact van deze trends zal zijn, uitgedrukt in maat en getal. Maar de crux van het model is dat (1) gewerkt wordt met verschillende scenario's en (2) voorspeld wordt wat het *relatieve* verschil tussen vraag en aanbod in de toekomst zal zijn. En vervolgens wat dan, voor de verschillende scenario's, de bijstelling van de opleidingsinstroom zou moeten zijn, om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken of te behouden.

Ik verwijs verder naar het proefschrift van Malou van Greuningen die het ramingsmodel voor artsen heeft beschreven, waarmee ook internationale bekendheid is gegeven aan 'het Nederlandse model'.

U kunt mij op enthousiasme betrappen wat betreft het ramingsmodel dat het Capaciteitsorgaan en Nivel hebben ontwikkeld. Maar de volgende slag is dat we deze strategische ramingen *breder en daarmee integraal* moeten gaan doen. Zoals aangegeven, beperkt de beschreven ramingsystematiek zich namelijk vooralsnog tot één type beroep, bijvoorbeeld huisartsen. En ook één instroomadvies voor één opleiding, bijvoorbeeld de huisartsenopleiding. Teruggrijpend op de vraag van mijn gedachtenexperiment (hoeveel dokters heeft een land nodig?) is de opgave dat personeelsproblemen op de arbeidsmarkt *integraal* en dus over *alle* beroepen heen beschouwd zouden moeten worden. Dat betekent dus ook het integraal ramen en plannen van meerdere aanverwante zorgberoepen tegelijkertijd.

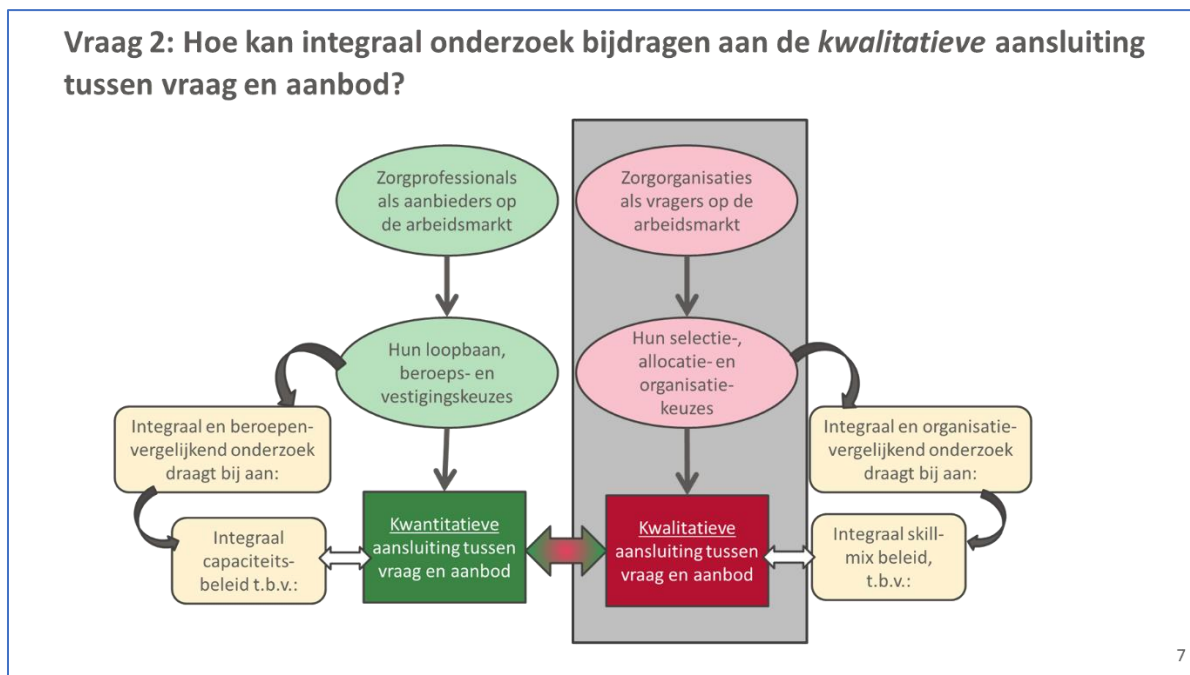
Instroomregulering via capaciteitsplanning heeft ervoor gezorgd dat de arbeidsmarkten voor de meeste artsberoepen nu redelijk stabiel zijn. Dit kan ook deels door andere factoren komen, maar ook dit is een trigger om deze systematiek

voor alle zorgberoepen en -opleidingen te ontwikkelen. Deze stap gaat dit jaar als het goed is gezet worden, door het prognosemodel van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn dat zich richt op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden, af te stemmen op het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan voor de arts- en gespecialiseerde zorgberoepen. Daarmee kunnen we de stap zetten naar een integrale en dus arbeidsmarktbrede planning én instroomregulering.

Er is niet alleen *nu* reden om alle zorgberoepen of zorgopleidingen op een zelfde manier te monitoren en te reguleren. Het is juist ook voor de lange termijn van belang. Een probleem is wel dat niet voor *alle* segmenten van de zorgarbeidsmarkt data even goed betrouwbaar zijn om ramingsmodellen (letterlijk) te laten werken. Maar dit zijn problemen die te overkomen zijn, omdat er wel steeds meer bronnen en methoden beschikbaar *komen*; en er inmiddels jarenlange ervaring is met capaciteitsramingen binnen en buiten de zorg. Wat dat betreft mag deze kennis en ervaring meer gedeeld worden, binnen en buiten Nederland.

Ik sluit dit onderdeel af met de stelling: laten we voortbouwen op bestaande ramingsmodellen en strategisch arbeidsmarktonderzoek, en dit dóór laten evolueren naar integraal onderzoek en beleid waarin *alle* zorgberoepen worden meegenomen.

Maar dit is niet de enige lijn om ‘te zorgen voor de arbeidsmarkt van de zorg’, zo gaf ik al aan in het schema. Naast kwantitatieve aansluitingsproblemen bestaan ook kwalitatieve knelpunten, waarover nu meer.



Voor de *kwalitatieve* aansluiting tussen vraag en aanbod beschouw ik de knelpunten op de arbeidsmarkt vanuit een organisatieperspectief. Hierbij staat niet de *capaciteit*

van de verschillende zorgverleners centraal, maar de *samenstelling* van hen in een 'team' of andere organisatie-entiteit zoals een afdeling, praktijk, maatschap of zorginstelling. In tegenstelling tot het vorige perspectief – waar het om capaciteit aan zorgverleners *an sich* ging – ligt in dit perspectief de nadruk op de samenstelling van de capaciteit die bijdraagt aan de zorg.

Zo is het een interessante constatering vanuit het eerdere gedachtenexperiment dat een land als Zweden, met relatief veel dokters per 1.000 inwoners (4,1) twee keer zoveel verpleegkundigen per 1.000 inwoners heeft als Portugal dat evenveel dokters per 1.000 inwoners kent. Zien we zorgberoepen dus *in verhouding* tot elkaar, dan is de vraag wat het optimale patroon is, wat zijn de optimale verhoudingen tussen de beroepen en functies, en leidt dit tot een betere kwalitatieve aansluiting tussen vraag en aanbod?

De vraag is, met andere woorden, wat de *specifieke* organisatie- of teamsamenstelling zou moeten zijn om aan de *specifieke* zorgvraag van de patiënten of cliënten goed of nog beter te voldoen; oftewel: wat is de optimale skill-mix in de zorg?

De zoektocht naar die optimale skill-mix is niet nieuw en in feite een vraag die voor alle arbeidsorganisaties van toepassing is. Zo bestaan binnen de arbeidseconomie en bedrijfskunde veel verschillende modellen en theorieën over de ideale teamsamenstelling en ideale wijze van arbeidsdeling daarbinnen. Het is een fundamentele ontwerp vraag zoals Taylor die als grondlegger van het scientific management stelde en die ook centraal staat in '*theories of the firm*' zoals de transactiekosten-theorie, de *principal agent* theorie, maar ook de socio-techniek en varianten daarop. De brede stroom van onderzoek naar zelfsturende teams bijvoorbeeld binnen de thuiszorg, verpleeghuizen en ziekenhuizen richt zich ook op de ontwerp vraag rond de ideale skill-mix voor organisaties. Ik zie dan ook veel potentie in onderzoek naar de *regelruimte* van zorgorganisaties om hun skill-mix aan te laten sluiten bij de zorgvraag die zijn bedienen.

Het is deze ontwerp vraag waar ik momenteel *binnen de huisartsenzorg* mijn tanden op aan het stuk bijten ben. Ik wil graag de inzet van twee studenten sociologie van deze universiteit noemen, Manon Reinders en Martine Faaij, die op basis van data die we verzameld hebben onder ruim 1.100 huisartspraktijken hun masterscriptie hier over geschreven hebben. Manon heeft gekeken naar de arbeidsmarktpositie en Martine naar de skill-mix van huisartspraktijken. Beiden vinden dat de skill-mix variatie tussen huisartspraktijken maar heel beperkt te verklaren is op basis van de regio waarin de praktijk gevestigd is, de omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie en achtergrondkenmerken van de praktijk zoals het aantal praktijkhouders. Dus wat is dan de verklaring dat bij twee even grote praktijken, in hetzelfde gebied:

- de ene praktijk wordt bemenst door twee huisartsen, twee doktersassistenten en één praktijkondersteuner;
- terwijl in de andere praktijk één huisarts, twee doktersassistenten, één praktijkondersteuner somatiek, één praktijkondersteuner GGZ en ook nog een parttime verpleegkundig specialist en praktijkmanager werkzaam is?

We zullen de vinger achter deze praktijkvariatie moeten krijgen omdat het de kans biedt heel concreet praktijkhouders en praktijkmanagers te helpen in de eerste lijn met hun skillmix-beleid. Van de eerste lijn en de huisartsenzorg wordt in ons zorgstelsel heel veel verwacht, en vernieuwend beleid is nodig om de regionale en personele knelpunten aan te pakken.

Deze puzzels voor onderzoek, en uitdagingen van de praktijk, zijn typische arbeids- én organisatievraagstukken. Een lacune die ik zie is dat er nog weinig multi-disciplinaire theorieën zijn die getoetst kunnen worden, over welke 'productie' een zorginstelling zou moeten leveren en welke functiesamenstelling daarvoor dan het meest geschikt zal zijn. Het probleem is dat de prestatiedoelen van zorginstellingen aan veranderingen onderhevig zijn, maar ook de taken, vaardigheden en competenties van zorgverleners veranderen.

Ik duid hiermee op het fenomeen taakherschikking, een begrip dat in de zorg kan rekenen op hevig debat, dat buiten de zorg niet altijd begrepen wordt. Het is een precair maar daardoor sociologische zeer interessant onderwerp. Want wanneer veranderen taak- en rolopvattingen binnen en tussen beroepsgroepen, zodanig dat er daadwerkelijk een verandering van werkverdeling binnen zorgorganisaties plaats vindt? Wat zijn dus de condities waaronder verandering van de skill-mix van zorgorganisaties mogelijk wordt? Deze vragen gaan terug naar één van de hoofdvragen van de beroepssociologie, namelijk wat is de bestaansrecht van professies, wat is hun exclusieve domein? Hoe wordt dit bepaald: op basis van hoe zij zichzelf organiseren, hoe de samenleving hiernaar kijkt of hoe dit zich verhoudt tot formele instituties zoals overheden en inspecties? Ooit werden deze vragen gesteld door de klassiek socioloog Max Weber en later Andrew Abbott; maar in Nederland en elders worden deze vragen helaas heel weinig opnieuw gesteld. Terwijl deze belangrijk zijn voor het begrijpen van de skill-mix en het skillmix-beleid van zorgorganisaties.

Terug naar schema. Ook voor het skill-mix-vraagstuk is dus integraal onderzoek nodig dat integraal beleid ondersteunt, en vise versa. Onderzoek moet daarbij gericht zijn op het bijeenbrengen en vooral *vergelijken* van gegevens over de personeelssamenstelling van zorgorganisaties – zijnde een instelling, afdeling, praktijk of maatschap. Het best en eerst kunnen we dat doen voor de skill-mix van personeel dat in één eigenstandige organisatie werkt en daarbinnen duidelijk gedefinieerde zorgdiensten levert. Dán vormen organisaties een goede bron voor vergelijking en

wordt het doel bereikt dat ik ook hier voor ogen heb: door *vergelijking* van zorgorganisaties wordt meer inzicht verkregen in de *kwalitatieve* aansluiting tussen vraag en aanbod van zorg op de dagelijkse werkvloer.

Haalde ik hiervoor vooral huisartspraktijken aan als voorbeeld, zo ook is mijn doel om verwante ziekenhuizen, verpleeghuizen, fysiotherapiepraktijken, tandartspraktijken et cetera onderling te vergelijken wat betreft hun skill-mix. En zo kunnen we achterhalen hoe integraal skillmix-beleid de arbeidsmarktknelpunten kan verkleinen of voorkomen.

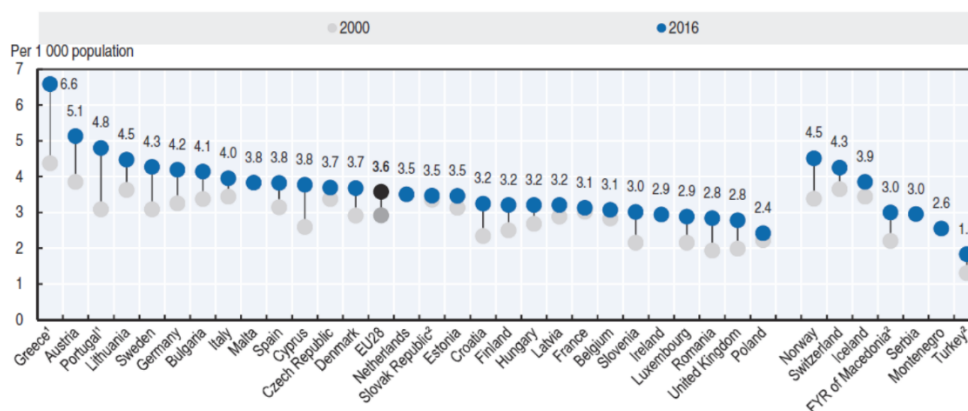
Een agenda voor integraal onderzoek en integraal arbeidsmarktbeleid

Terug naar de knelpunten op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg en hoe integraal beleid nu ondersteund kan worden met het integrale onderzoek dat ik hiervoor heb beschreven.

Mijn visie is dat knelpunten zowel aangepakt moeten worden door skillmix-interventies, als door strategisch arbeidsmarktbeleid om zorgorganisaties duurzaam te maken voor de veranderingen die ongetwijfeld de komende jaren op hen afkomen. Dat is een tweesporen-beleid en de tweesporen-onderzoeksagenda die ik voor ogen heb om te ‘zorgen voor de arbeidsmarkt’; de hoofdtitel van mijn rede. Hoe integraal onderzoek en integraal beleid dat mogelijk kan maken (en ik beloofde in het begin daarop terug te komen) zal ik hierna nog kort uiteen zetten, waarna ik mijn betoog besluit.

Hoeveel dokters heeft een land nodig?

7.11. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Ik begon mijn rede met de vraag: hoeveel dokters heeft een land nodig? Deze simpele vraag heeft, samengevat, geleid tot het inzicht dat:

- (1) het bijzonder lastig is normen hiervoor te vinden en te hanteren,
- (2) dat bij het ramen van zorgberoepen met heel veel factoren rekeningen moet worden gehouden en dat we moeten rekenen met relatieve verhoudingen en ontwikkelingen,
- (3) dat bij ramingen expliciet rekening moet worden gehouden met het feit dat zorgprofessionals samenwerken en met andere professionals het werk verdelen, zodat ramingen arbeidsmarktbreed worden gedaan,
- (4) integraal arbeidsmarktbeleid zich *zowel* moet richten op capaciteitsbeleid als skillmix-beleid, dat op organisatieniveau bepaald wordt,
- (5) en expliciet de vraag moet worden gesteld hoe 'de juiste skillmix op de juiste plek' georganiseerd kan worden.

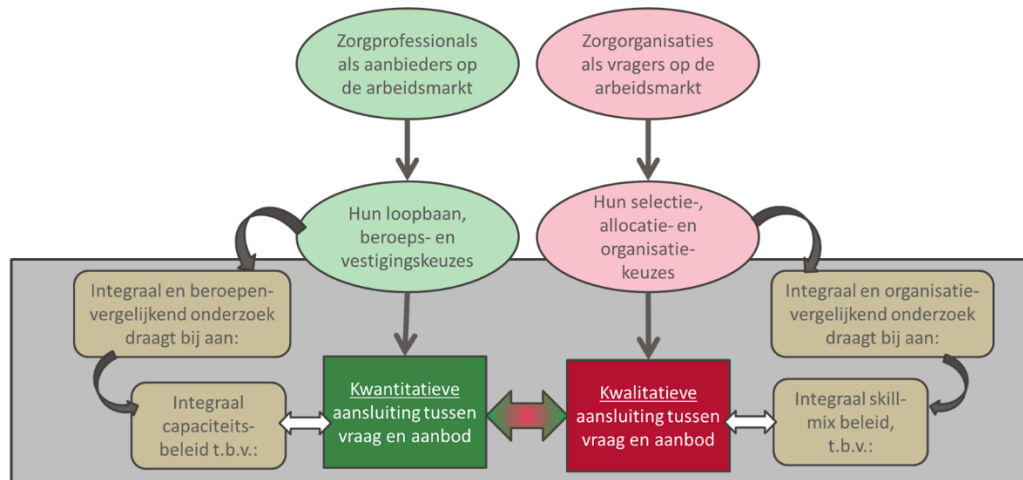
Dit laatste is een variant op het VWS-programma 'Zorg op de Juiste Plek' dat naast het programma 'Werken in de Zorg' één van grootste campagnes ooit is om de tekorten in de zorg te bestrijden. Ik gaf al eerder aan dat dit het moment is om integraal onderzoek daaraan bij te laten dragen. Door niet alleen te kijken naar het capaciteitsbeleid, maar óók naar het skillmix-beleid in vergelijkbare organisaties met clusters van aanverwante beroepen, functies en competenties.

Synergie tussen onderzoek en beleid wordt groter als we kunnen 'leren door te vergelijken'. En we kúnnen meer leren, als we op meerdere niveaus vergelijken; ook dat is een sociologisch perspectief. Daarom sluit ik af met aanbevelingen voor integraal beleid op drie niveaus: het landniveau, regioniveau en organisatieniveau.

Integraal onderzoek voor integraal beleid



- Op nationaal niveau
- Op regionaal niveau
- Op organisatieniveau



11

Allereerst is het macroniveau of nationaal niveau.

Op landelijk niveau is voor het capaciteitsbeleid de opgave een integrale visie te vormen op alle zorgverleners in ons zorgsysteem. En dit vertalen in integrale monitoring en ramingen om (nog meer) tekorten in de toekomst te voorkomen. Dat kan door landelijke regulering van instroom of de opleidingsduur, maar ook door schaarse beroepen/opleidingen extra aantrekkelijker te maken. En het is duidelijk dat voor alle zorgberoepen geldt dat de werkomstandigheden sterk verbeterd moeten worden, om echt de onbedoelde uitstroom te voorkomen.

Het skillmix-beleid heeft op landelijk niveau de functie om zorgorganisaties te ondersteunen in het samenstellen van de best mogelijke multidisciplinaire teams. Op landelijk niveau kunnen wijzigingen in bevoegdheden afgestemd worden op de noden van de praktijk en nieuwe beroepen geïntroduceerd worden. Zo is een aantal jaren geleden het beroep van verpleegkundig specialist geïntroduceerd, die een nieuwe toevoeging aan de skill-mix van zorgorganisaties heeft gevormd. Ook ligt op landelijk niveau de kwestie hoe de inhoud van opleidingen beter afgestemd kan worden op de praktijk, zodat het voeren van een skillmix-beleid op regionaal en organisatorische niveau beter mogelijk wordt.

Het tweede niveau dat ik onderscheid is het regionale niveau.

Capaciteitsbeleid betekent hier vooral het zorgen voor een evenwichtige spreiding van zorgverleners over het land en lokale afstemming van vraag en aanbod – rekening houdend met specifieke kenmerken van regio's en gebieden. De hoge nood

bij praktijkhoudende huisartsen om opvolgers en collega's in de krimpgebieden te vinden is hier een voorbeeld van, dit vergt dus regionaal capaciteitsbeleid. Hier liggen meer kansen dan gegrepen worden, om via regionale samenwerkingsverbanden de opleidingscapaciteit onderling af te stemmen, maar ook *samen* de groeiende pool aan zorgprofessionals die op flexibele basis willen werken te benutten.

Hetzelfde geldt voor het skill-mix beleid op regionaal niveau. Integraal beleid betekent de *samenstelling* van de zorgverleners zo optimaal mogelijk afstemmen op die van de inwoners. Rekening houdend met wat buiten de regio beschikbaar is, maar borgen wat lokaal nodig is. Gemeenten hebben belangrijke nieuwe taken gekregen in het zorg- en welzijnsdomein en het is dan ook de Vereniging Nederlands Gemeenten die pleit voor integraal zorgbeleid – waar het skillmix-beleid vast onderdeel van zou moeten zijn of worden. En ook het ministerie van VWS zet expliciet in op arbeidsmarktbeleid dat primair in de regio moet worden gevoerd, omdat daarmee rekening wordt gehouden met de lokale omstandigheden. Dit is prominent te lezen in de kabinetsplannen die op Prinsjesdag zijn gepresenteerd.

Het derde en laatste niveau is het organisatieniveau.

Capaciteitsbeleid is hier integraal personeelsbeleid, het managen van de in-, door- uitstroom van de zorgorganisatie. Ik waag me hier minder aan beleidsaanbevelingen aangezien ik hiermee het gigantische domein van strategisch HRM betreedt, dat ook in de zorg groeit en bloeit. Wel kan ik de constatering doen dat het behoud van personeel, en dus het voorkomen van uitstroom, meer aandacht zou moeten krijgen dan nu het geval is. De grote inzet die nu wordt gepleegd in het werven van nieuw personeel (soms zijn zorginstellingen daarin zelfs concurrent van elkaar) wordt immers heel snel teniet gedaan wanneer via de spreekwoordelijke achterdeur het personeel de organisatie weer verlaat. Hier kunnen zorgorganisaties veel van elkaar en van andere sectoren leren, waar de personeelskrapte even zoveel speelt.

En wat betreft het skillmix-beleid van organisaties tenslotte, daarover heb ik al het nodige gezegd. Ik noemde eerder de bedrijfskundige en organisatiesociologische concepten die integraal skillmix-beleid kunnen ondersteunen. Maar misschien is 'awareness' bij zorginstellingen nog een eerste stap die gezet moeten, het besef dat de personeelssamenstelling een organisatiekeuze is, en dat die strategisch veranderd kan worden. Ik noemde al het skillmix-instrument dat we ontwikkelen voor huisartspraktijken. Dit zijn relatief kleine organisaties, maar waar in korte tijd veel nieuwe functies zijn ontstaan, en tegelijkertijd zijn er ook meer taken bijgekomen. Hier liggen het skillmix-beleid en capaciteitsbeleid bijna in elkaars verlengde, wat aangeeft hoe belangrijk ook de samenhang tussen beide is. En dat ziet u terug op de wederzijdse pijltjes tussen de blokken onderin in mijn schema.

Tot slot

Ik sluit nu af. Ik heb veel verteld over onderzoek, beleid en de knelpunten op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg. Deze knelpunten zijn groot en complex, en dus zijn ook de uitdagingen voor beleid en onderzoek groot en complex. Maar naar mijn overtuiging hebben we ook (meer dan ooit) de data, informatie en kennis in huis om deze knelpunten aan te pakken door onderzoek en beleid in interactie en integraal uit te gaan voeren. Ik hoop daarvoor een raamwerk en overzicht te hebben gegeven, al weet ik ook dat dit niet dé oplossing zal zijn voor alle problemen op de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg.

Bescheidenheid past dus hier, maar ook de ambitie om van die ‘druppel op de gloeiende plaat’, bij wijze van spreken, een hele grote en effectieve douche te maken.

Dankwoord

Met plezier aanvaard ik vanmiddag het ambt van bijzonder hoogleraar Arbeids- en Organisatievraagstukken in de gezondheidszorg. Ik dank het college van bestuur van de Radboud Universiteit en het bestuur van de Faculteit der Sociale wetenschappen voor het in mij gestelde vertrouwen. Dank aan decaan en professor Michiel Kompier, en aan collega proximi professor Gerbert Kraaykamp en professor Peer Scheepers. Jullie hebben mij welkom geheten hier in Nijmegen en me thuis laten voelen, als een socioloog die in zekere zin weer terugkeert naar zijn roots.

Het is alweer een tijdje geleden Gerbert, dat jij mij belde en me polste voor een bijzonder hoogleraarschap. Door jouw inzet en beleid is deze nieuwe brug geslagen tussen Nivel en Sociologie Nijmegen. Dank ook voor je steun bij het schrijven van mijn oratie. Daarmee kom ik ook bij de Vakgroep Sociologie, waar ik elke maandag probeer te zijn. Sociale cohesie is één van de hoofdvragen van de sociologie en die brengen jullie op de werkvloer in de praktijk. Ik profiteer van de goede sfeer die jullie creëren waardoor ik met veel plezier bijdraag aan onze vakgroep en uitstekende opleidingen. Onderwijs geven is geweldig mooi om te doen, en het is dan ook niet toevallig dat ik dat in mijn oratie heb verwerkt. Dank dus ook aan de studenten uit verschillende landen en faculteiten, die voor mijn vak Health Policy and Systems hebben gekozen. Inmiddels hebben we ook een mooie traditie van sociologie-studenten die elk jaar bij het Nivel hun stage en afstudeeronderzoek doen. Elize Vis en Daniël van Hassel wil ik hier in het bijzonder noemen: jullie zijn degenen die met je promotieonderzoek die brug tussen Nivel en Sociologie Nijmegen verder versterken.

Dan het Nivel, mijn thuisbasis in Utrecht en het instituut waar nu alweer 10 jaar werk. Het was Peter Groenewegen die me op de oratie van Beate Völker polste om programmaleider te worden, en mij een soort van wegplukte bij de Bedrijfskunde- en

Informatiekunde-weg die ik was ingeslagen. Laat daar geen misverstand over bestaan: ik heb tot 2009 met heel veel plezier mogen bijdragen aan de mooie O&I-groep van professor Sjaak Brinkkemper, en aan de opleiding Informatiekunde vanaf 2000. Ik ben dan ook blij dat jullie, professor Johan Versendaal en professor Cilia Witteman, vandaag aanwezig zijn.

Terug naar het Nivel, waar ik de vruchten pluk van het werken voor een gerenommeerd onderzoeksinstituut, en waar ik een eigen tuin mag doen bloeien afgekort 'BKP' (beroepskrachtenplanning voor outsiders). In alfabetische volgorde: Benno, Elize, Jelle, Johan, Lud, Mark, Raymond en Ruud: we werken dag in dag uit samen aan onze registraties, onze ramingen, onze regionale analyses, onze loopbaananalyses, onze nationale en internationale connecties. Dank voor jullie inzet om de kwaliteit hoog te houden, en dat we stand houden in de soms wervelende winden afkomstig van opdrachtgevers, deadlines of publiciteit. Ik weet niet of ik altijd voldoe aan de nieuwe concepten als 'dienend, inspirerend of situationeel leiderschap', maar jullie weten dat mijn deur altijd open staat. Beste Cordula en Roland, hooggeleerde collega Wagner en Friele; dank voor jullie steun en de mogelijkheid om hier in Nijmegen mijn leerstoel te vervullen. Roland, je bent overal: je staat voor, achter en naast me. Het knettert soms, maar het klikt vooral en daar ben ik je dankbaar voor.

Vrienden, familie en collega's, ik heb jullie toegesproken, maar ik kan jullie helaas niet allemaal persoonlijk bedanken. Dank voor jullie komst natuurlijk; ik hoop jullie spanningsboog niet al teveel te hebben getest.

Lieve Karin, Leon, Rijk en Fier. Jullie zitten op de eerste rij, en terecht. Maar hoe missen we Arjan, jullie papa, mijn grote broer. Hij zou dit 'geinig' gevonden hebben, en wat had ik er voorover gehad dat hij hier zou rondlopen met zijn camera.

Pa, het ministerie van VWS wil dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, en dat beleid volg jij wel heel erg serieus. Onnavolgbaar ben je in ben je optimisme en veerkracht, zonder ma, die hier had geglommen van trots, en die we ook zo missen.

En dan, Marieke, mijn lief. Ik moest het kort houden van jou: dankie, voor alles.

Mijn laatste dankwoord is voor alle zorgverleners in Nederland; een *integraal* dankwoord natuurlijk. Jullie hebben mij de laatste jaren letterlijk en figuurlijk op de been hebben gehouden. En jij, Patrick, de benne biesk, bent daar het beste voorbeeld van; dank dat je er was en bent.

In al mijn 'patient journeys' ben ik het halve beroepenveld in de zorg tegen gekomen en heb ik grote bewondering voor wat zij doen. Ik val ze ook lastig met rapporten, interviews en enquêtes. Maar als ik ze maar een heel klein beetje help met mijn onderzoek, dan ben ik al blij.

Ik heb gezegd