



# **Knelpunten in de beroepen- en opleidingsstructuur van de Nederlandse gezondheidszorg**

## **Een overzichtsnotitie en oplossingsrichting**

Versie 2.2

NIVEL, februari 2011

*R. Batenburg  
A. Francke  
P. Groenewegen*

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg,  
Otterstraat 118-124, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Tel.030-2729700, Fax 030 - 2729729,  
[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding en opzet	3
1.1. Inleiding	3
1.2. Doel en vraagstellingen	3
1.3. Methode en opzet	4
2. Een overzicht van knelpunten in de beroepen- en opleidingsstructuur van de zorg	6
2.1. Een analyse van de Capaciteitsplannen 2001-2010	6
2.2. Een analyse van de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en Regiomarge 2000-2009	8
2.3. Een analyse van de Sociaal en Cultureel Rapporten 2002-2010	10
2.4. Een vergelijkende analyse van de drie reeksen trendrapporten	12
2.5. Conclusie	5
3. Oplossingen voor knelpunten in de beroepen- en opleidingsstructuur van de zorg	6
3.1. Analyse van twee reeksen trendrapporten	6
3.2. Naar een integrale en vraaggerichte visie	7
4. Samenvatting en Conclusie	11
Literatuur	14

# Inleiding en opzet

## 1.1. Inleiding

Een goede aansluiting tussen beroepen, opleidingen en werkvelden in de gezondheidszorg is op veel niveaus nodig en kent vele aspecten. Zo gaat het in kwantitatieve zin over voldoende aanbod van zorgverleners in relatie tot de zorgvraag. Deze aansluiting speelt op nationaal niveau, regionaal en vaak ook wijkniveau, maar ook binnen instellingen en praktijken. In kwalitatieve zin gaat het om het definiëren van de juiste competentieprofielen van de huidige en aankomende zorgverleners. Ook deze aansluiting speelt op verschillende niveaus en vormt de verantwoordelijkheid van verschillende actoren, zoals het ministerie van VWS, OC&W, beroepsverenigingen en opleidingsinstellingen. Door de gelaagdheid, rijkheid van actoren, onderlinge verknoping en veranderlijkheid, is de aansluiting tussen beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg zowel een complex beleidsprobleem als complex onderzoekprobleem.

Desondanks is en blijft behoefte groot om het systeem van aansluiting te doorgronden, transparant te maken, en zo een samenhangend beleid te kunnen voeren. Deze wens wordt versterkt aangezien een adequaat werkende opleidings- en arbeidsmarkt essentieel is om aan de groeiende en variërende zorgvraag in Nederland te voldoen. Er kunnen daarbij verschillende opvattingen bestaan over de vraag wie de verantwoordelijkheid moet nemen voor zo'n samenhangend opleidings- en arbeidsmarktbeleid in de gezondheidszorg. Dit lijkt een politieke keuze, maar deze kan niet gemaakt zonder een overzicht over de knelpunten die op de verschillende deelarbeitsmarkten in de zorg bestaan. De zorgsector is breed en gelaagd en wordt daardoor vaak (onbedoeld) gesegmenteerd onderzocht en bestuurd. Een overzichtsstudie kan overlap naar voren brengen en samenhang tussen deelproblemen. De winst hiervan is dat knelpunten gerelativeerd worden, maar ook dat mogelijke oplossingen uitgewisseld kunnen worden. Een overzichtsstudie geeft tevens aanknopingspunten voor het ontwerpen van een samenhangend beleid. Hieruit kan een visie worden ontwikkeld ten aanzien van de huidige en gewenste aansluiting tussen beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. En vanuit zo'n visie kan dan ook gefundeerd een keuze voor de systeemverantwoordelijkheden in deze gemaakt worden.

## 1.2. Doel en vraagstellingen

Het hoofddoel van deze notitie is om eerst de problematiek rond de beroepen- en opleidingsstructuur in de zorg op hoofdlijnen in kaart te brengen. Daarmee wil ze een bijdrage leveren aan de hiervoor genoemde uitdagingen en ambities, zonder de pretentie te hebben alomvattend of beslissend te zijn. Daarvoor is de problematiek immers te groot, te complex en te veranderlijk. Anders gezegd, de doestelling van deze notitie is inzicht door overzicht te geven. Daarbij gaan we uit van een empirisch-analytische benadering. Zoals in de volgende paragraaf wordt beschreven, brengen we in kaart wat er al onderzocht is en bekend is, en wat de meningen en posities van de belangrijkste stakeholders en beleidsactoren zijn. Het uitgangspunt is om een visie te ontwikkelen vanuit een descriptieve systeemanalyse, en niet vanuit een normatieve ontwerpanalyse. Hetgeen uiteraard niet wegneemt dat deze laatste analyse van groot belang is wanneer visie en verantwoordelijkheid daadwerkelijk in praktijk gebracht gaat worden. Dit gezegd hebbende, komen de volgende twee vraagstellingen in deze notitie aan de orde:

- Wat blijkt uit de belangrijkste trendrapporten die in de afgelopen 10 jaar zijn verschenen over de ontwikkelingen en aan de vraag- en aanbodkant van de beroepen- en

opleidingsstructuur in de zorg, en welke belangrijkste knelpunten zijn hierbij te onderscheiden?

- Welke oplossingsrichtingen zijn er voor deze knelpunten te onderscheiden en hoe kan tot een integraal, vraaggericht en toekomstbestendig arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector worden gekomen?

Deze vragen vormen de leidraad van de volgende hoofdstukken. Zij zullen beantwoord worden door literatuuronderzoek en een empirische systeemanalyse. De aanpak hiervan wordt in de volgende paragraaf nader toegelicht.

### **1.3. Methode en opzet**

Nederland kent een aantal onderzoeksinstituten en instanties die met regelmaat eigen, nieuwe empirische gegevens publiceren over de beroepen- en opleidingsstructuur in de zorg. Deze instanties en publicaties – hier in het algemeen trendrapporten genoemd – beschouwen we voor dit hoofdstuk als de belangrijkste bron van literatuuronderzoek, waarbij we terugkijken tot 2000. Dit jaartal als grens is enigszins arbitrair, maar het lijkt wel zo te zijn dat vanaf dat jaar er steeds meer aandacht is gekomen voor de arbeidsmarktproblematiek in de zorg. De tijdelijke economische hausse heeft daar waarschijnlijk aan bijgedragen, maar des te interessanter is dat vanaf 2000 die economische situatie weer een aantal keren is veranderd. Ook zijn de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen en instroom op de hogere opleidingsniveaus relevante trends die zich vanaf 2000 sterker dan daarvoor hebben ingezet. Beschouwen we de herziening van het zorgverzekeringsstelsel uit 2006 als een breekpunt in het beleid, dan is een ander argument om de periode 2000-2010 te overzien de relevantie om zowel de periode voor als na dit jaar in beschouwing te nemen.

Er zijn in de afgelopen 10 jaar natuurlijk ook talloze ‘incidentele’ publicaties over de beroepen- en de opleidingstructuur in de zorg verschenen. Deze laten we hier buiten beschouwing, om vanuit een systeemanalyse de voorkeur te geven aan bronnen die zich op hun eigen, unieke en longitudinale gegevens baseren die bovendien landelijk dekkend of representatief zijn. Veel publicaties maken uiteraard (her)gebruik van deze bronnen maar het doel van de trend- en systeemvergelijkingen die we hier willen maken zijn deze publicaties van secundair belang. Bij het verzamelen van de trendrapporten over opleidingen en beroepen in de zorgsector is het allereerst interessant om te zien dat er drie verschillende reeksen zijn waarmee de gehele zorgsector in de inhoudelijke breedte gedekt kan worden.

De *eerste* reeks trendrapporten die voor de arbeidsmarkt in de zorg hun eigen unieke bronnen presenteren zijn de Capaciteitsplannen (2001-2010). Deze worden twee- a driejaarlijks gepubliceerd door het Capaciteitsorgaan, in samenwerking en op basis van ramingonderzoek van m.n. het NIVEL en Prismant. Deze reeks onderscheidt zich van andere door haar eigen en unieke cijfers omtrent artsen in Nederland. Deze cijfers zijn deels gebaseerd op registratiegegevens van de KNMG en andere beroepsverenigingen, deels gebaseerd op ramingsenquêtes onder verschillende artsberoepen.

De *tweede* reeks trendrapporten vormen de Rapportages Arbeid Zorg en Welzijn (2000-2009) en RegioMarge (2006-2009), eerst tweejaarlijks en daarna jaarlijks gepubliceerd door achtereenvolgens NIVEL en Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek (OSA), en door Prismant. Deze reeksen onderscheiden zich van andere door haar eigen enquêtecijfers die verzameld zijn onder eigen panels van werkgevers en werknemers in de zorg, het PGGM-deelnemersbestand en eigen werknemersenquêtes onder verplegend en verzorgend personeel.

Daarnaast zijn voor deze trendrapporten ook jaarenquêtes onder zorginstellingen uitgezet, waaronder ziekenhuizen en revalidatiecentra.

De *derde* reeks trendrapporten zijn de hoofdstukken over de zorg en de arbeidsmarkt uit de Sociaal en Cultureel Rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2000-2010). Hierin worden unieke gegevens gepresenteerd over de mantelzorgers en burgers/cliënten/patiënten zelf, in relatie tot het arbeidsaanbod in de zorg. De enquêtereeksen onder de bevolking van het Sociaal en Cultureel Planbureau zijn in vergelijking met andere tijdreeksen het meest specifiek in hun monitoring van mantelzorg, informele zorg en het zorgpreventie-gedrag in Nederland.

Grofweg dekken we met deze drie reeksen trendrapporten drie groepen zorgverleners af:

- de wetenschappelijk opgeleide zorgverleners (de artsen die in de Capaciteitsplannen worden gemonitord),
- de niet-wetenschappelijk opgeleide zorgverleners (de verpleegkundigen en verzorgenden die in de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en RegioMarge worden gemonitord), en
- de niet-opgeleide zorgverleners (de mantelzorgers en ‘zelfzorgers’ in de Sociaal en Cultureel Rapporten).

De volgende hoofdstukken bevatten de analyses die op basis van de drie reeksen trendrapporten zijn gemaakt. Eerst worden de knelpunten die uit de trendrapporten naar voren komen op een rij gezet. Daarna laten we zien welke oplossingen de rapporten in de loop der jaren hebben geopperd. Het derde en laatste hoofdstuk zijn meer verkennend en normatief van aard. Het vat de hoofdlijnen samen en presenteert een visie op de aansluiting tussen de beroepen- en opleidingsstructuur waarmee deze vraaggericht én duurzaam gemonitord en mogelijk ook gestuurd kan worden.

## **2. Een overzicht van knelpunten in de beroepen- en opleidingsstructuur van de zorg**

In de volgende paragrafen laten we zien welke knelpunten deze drie reeksen trendrapporten in de afgelopen 10 jaar centraal hebben gesteld en hoe zij deze knelpunten hebben geduïd en omschreven. Voor deze overzichtsanalyse zijn *alleen* samenvattingen van de trendrapporten tekstueel geanalyseerd. De veronderstelling daarbij is dat bij het opstellen van de samenvattingen een bewuste keuze is gemaakt voor het noemen van wat (toen) de meest prominente knelpunten waren. In onze meta-analyse is expliciet gelet op wat in de samenvatting aangeduid is als ‘probleem’, ‘knelpunt’ of een vergelijkbare term. Alle andere trends en verschijnselen die meer ‘neutraal’ werden beschreven zijn buiten beschouwing gelaten. Deze aanpak brengt het risico met zich mee dat allerlei details en deelproblemen buiten de analyse vallen. Aan de andere kant wordt hiermee juist ook de noodzakelijke aandachtsbepaling bevorderd tot alleen de meest prominente knelpunten op systeemniveau waarmee het overzicht wordt behouden en vergelijking binnen en tussen de trendrapporten mogelijk blijft. Na de drie reeksen trendrapporten te hebben behandeld, worden met behulp van een samenvattend overzichtsschema deze vergelijkingen uitgevoerd.

### **2.1. Een analyse van de Capaciteitsplannen 2001-2010**

In het eerste Capaciteitsplan uit 2001, werd als voornaamste knelpunt op de arbeidsmarkt voor artsen genoemd dat de krachtige benodigde groei aan artsen een verhoging van de opleidingscapaciteit met meer dan 50% vereist, maar noch de opleidingen, beroepsverenigingen en studenten hier klaar voor zijn. Regelgeving en capaciteit van de opleidingen worden als expliciete knelpunten genoemd, alsook onvoldoende doorstroom vanuit de ‘pool’ aan basisartsen. Ook het rendement van de vervolgoopleidingen, 85%, wordt als zorgelijk beschouwd. Expliciet worden deze knelpunten genoemd bij huisartsen, snijdende medische specialisme en kaakchirurgen.

Het Capaciteitsplan 2002 herhaalt de hoofdconclusies uit 2001. Het belangrijkste knelpunt is de uitbreiding van de instroom in de basisopleiding tot 2.850 studenten per jaar. Daarnaast zijn “aanvullende beleidsmaatregelen” nodig om de instroom bij de huisartsen, snijdend medisch specialisten en kaakchirurgen te realiseren. Het dreigend tekort aan huisartsen wordt als “urgent” benoemd, in samenhang met een toegenomen uitstroom en arbeidsongeschiktheid. Ook voorspelt men een mogelijk tekort aan medisch specialisten in 2010 en 2012, doordat specialisten in opleidingen steeds meer in dienstverband, en minder uren willen gaan werken. En in 2002 wordt ook het potentiële knelpunt benoemd dat sommige specialisten uit het ziekenhuis trekken om gunstiger werkomstandigheden te creëren die ontstaan door minder ondersteuning door assistenten.

In 2003 lijkt in een aantal knelpunten minder pregnant te zijn geworden. Dat geldt ten eerste voor het dreigend tekort aan medisch specialisten door een hogere instroom in de basisartsopleiding. Daarbij dienst zich echter een nieuw knelpunt aan, namelijk dat van de specialismen die minder populair blijken te zijn, waaronder oogheelkunde, neurologie, anesthesie en radiologie. Specialismen als psychiatrie, interne geneeskunde, algemene chirurgie en kindergeneeskunde trekken daarentegen ‘teveel’ basisartsen. Daarnaast worden in 2003 nieuwe knelpunten genoemd voor wat betreft de instroom in het beroep van jeugdgezondheidsarts en verpleeghuisarts. Andere knelpunten die in de samenvatting van dit rapport worden genoemd zijn de wens van de aankomende generatie om meer in teamverband en dienstverband te gaan werken en mogelijk regionale tekorten als tweeverdieners zich daar niet beide kunnen vestigen.

Het volgende Capaciteitsplan dat in 2005 verscheen, meldt in zijn conclusiehoofdstuk als eerste dat wat als benodigde instroom in de vervolgoopleidingen geraamd is, waarschijnlijk ook gerealiseerd wordt. Daarmee wordt de boodschap afgegeven dat er een zeker evenwicht is ontstaan is en de zorgen rondom realisering van de benodigde initiële instroom minder zijn geworden. Er wordt zelfs aangegeven dat er redelijk goed evenwicht is tussen vraag en aanbod voor over de brede linie van medisch specialismen en er “geen bijzondere tekorten” dreigen. De knelpunten rondom de huisartsopleiding worden wel herhaald, maar wat minder scherp geformuleerd dan daarvoor. Wel wordt als nieuw knelpunt genoemd dat praktijkondersteuners huisarts (POH's) vooralsnog beperkt inzetbaar zijn en de inzet van *nurse practitioners* (NP's) op minder draagvlak onder huisartsen kan rekenen. Daarnaast wordt als knelpunt gezien dat de professionals die binnen de aanverwante disciplines worden opgeleid, mogelijk gaan concurreren met een grotere groep van basisartsen die sinds 2002 wordt opgeleid.

In het Capaciteitsplan 2008 wordt, nog sterker dan in 2005, geconstateerd dat ondanks eerdere signalen er geen dreigend artsentekort is en er voldoende instroom is in bijna alle medische vervolgoopleidingen. De kop “de pijn is goed gevuld” vat deze hoofdboodschap goed samen. Het woord mogelijk overschot valt zelfs, gezien de ‘grote stappen’ waarmee het aantal basisartsen per jaar wordt uitgebreid. De verwachting is dat de vervolgoopleidingen die minder succes hebben bij het werven basisartsen, en waar zorgvraag sterk groeit (verpleeghuisartsen, jeugdgezondheidszorgartsen en artsen verstandelijk gehandicapten) hier ook van zullen profiteren. Net als in 2005 wordt geconstateerd dat de POH in de huisartspraktijk veel van de toegenomen vraag naar huisartsenzorg heeft opgevangen, maar dat de introductie van de NP en PA nog langzaam gaat. Het trendrapport is echter nu kritischer over de mate waarin POH een succes is in termen van daadwerkelijke taakherschikking (en dat met de opkomst van de POH er niet minder huisartsen zijn of kunnen worden opgeleid). Nieuw in dit Capaciteitsplan is de aandacht voor mogelijke regionale mismatches op de arbeidsmarkt voor huisartsen. Ook nieuw is de specifieke aandacht in de samenvatting voor de bedrijfsartsen. Deze beroepsgroep kenmerkt zich door sterke fluctuaties op de arbeidsmarkt sinds het vrijgeven van de markt. Het Capaciteitsorgaan voorziet een toenemende complexiteit in planning en raming als ook de markt voor andere medische beroepen wordt geliberaliseerd, zoals die van de orthodontisten, of de chirurgen wanneer het om de bepaling van uurtarieven gaat.

De samenvatting van het Capaciteitsplan 2010 begint nog positiever dan dat van 2008 met de zin: “Op dit moment is het aanbod aan zorg beter in evenwicht met de vraag naar zorg dan ooit tevoren.”. Vervolgens wordt wel gesteld dat: “een aantal opleidingen nog moeten groeien om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen”. Deze opleidingen zijn die voor huisarts, specialist ouderenzorg en sociaal geneeskundige. Bij huisartsen betreft het een noodzakelijke ophoging van de instroom door een eerdere overschatting van het aantal ‘praktijkzoekers’. Bij de ouderenzorg speelt dat de geringe belangstelling van zowel basisartsen als verpleegkundig specialisten die taken van de specialist ouderenzorg zouden kunnen overnemen, te laag blijft om aan de behoefte te voldoen. En voor de sociaal geneeskundigen geeft het Capaciteitsorgaan een ongebruikelijk politiek signaal af “om (de instroom tot) de opleidingen uit de sfeer van marktwerking te halen om versturende effecten op de rest van de opleidingsmarkt te voorkomen.”. Het gaat hierbij om de opleiding tot verzekeringsarts en bedrijfsarts die drastisch zouden moeten toenemen om aan de (toekomstige) vraag te kunnen voldoen.

## **2.2. Een analyse van de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en Regiomarge 2000-2009**

In 2000 verscheen de eerste rapportage Arbeid in Zorg en Welzijn van de OSA. In dat jaar was er op macroniveau sprake van sterke economische groei, een toename van de beroepsbevolking en daling van de werkloosheid. Deze trends gelden ook voor de bijna 1 miljoen personen die in de totale sector zorg en welzijn werkzaam zijn en waarvan verpleegkundigen en verzorgenden de grootste groep vormen. In de Rapportage wordt gesproken van een kentering, omdat na een sterke groei in de jaren tachtig het aandeel parttime en flexibele banen zich stabiliseert. Als voornaamste knelpunt wordt aangegeven dat het aantal vrouwen afneemt, dat potentieel de groeiende sector zorg en welzijn zou kunnen versterken. In 2000 wordt dan ook krapte op deze arbeidsmarkt geconstateerd die zich uit in het aantal moeilijk vervulbare vacatures.

Ook in het volgende rapport uit 2001 is de algemene constatering dat zowel de werkgelegenheid als het aantal vacatures in de sector zorg en welzijn verder zullen groeien, hetgeen de arbeidsmarkt in een precair evenwicht houdt. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden staat vooral onder druk doordat sommige branches (thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg) een relatief hoog ziekteverzuim, vertrek en instroom in de WAO kennen. Beloning en werkdruk worden daarbij als belangrijke redenen genoemd voor 'voorkombare' uitstroom. Voor de paramedische beroepen concludeert de Rapportage dat de arbeidsmarkt juist ruimer wordt door een groeiende belangstelling voor de opleiding en de verwachte afschaffing van de opleidingsfixus.

De volgende Rapportage in 2002 noemt in haar algemene conclusie naast de eerder genoemde precare arbeidsmarktsituatie twee nieuwe knelpunten, namelijk de vergrijzing van de functiegroepen waarin veel mannen werkzaam zijn, en in stedelijke regio's voor wat betreft de zorgsector. Positieve signalen zijn het licht dalende ziekteverzuim en vertrek uit het beroep en de verbetering van het opleidingsrendement, een relatieve snelle omslag. De arbeidsmarkt voor paramedici blijft gunstig gezien een relatief lage (intrede)werkloosheid.

In 2003 wordt in het laatste Rapportage Arbeid in Zorg en Welzijn van de OSA expliciet benoemd dat de arbeidsmarkt voor de zorg- en welzijnssector aan het verruimen is. Een belangrijke reden hiervoor is dat in andere sectoren de werkgelegenheid stagneert. Ook de verdere daling van het ziekteverzuim, vertrek uit de sector en WAO-instroom draagt bij aan een relatieve verbetering van de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd worden nieuwe problemen genoemd, namelijk het voornemen om gesubsidieerde banen te schrappen en de relatief hoge uitstroom van allochtonen die in de sector werkzaam zijn. Ook in deze Rapportage wordt de arbeidsmarkt voor paramedici als relatief stabiel beschouwd gezien haar jonge en vrouwelijke personeelssamenstelling.

In 2006 heeft Prismant de rapportage Arbeid in Zorg en Welzijn van de OSA overgenomen. In het slothoofdstuk, waarin voornaamste conclusies en beleidsimplicaties worden opgesomd, wordt als hoofdpunt genoemd dat de 'dynamiek' op de arbeidsmarkt zal gaan toenemen. Met de invoering van gereguleerde marktwerking, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de zorgverzekeringswet, maken zorginstellingen een 'strategische heroriëntatie' door en wordt te weinig onderkend dat er zeer snel krapte op de arbeidsmarkt zal ontstaan. Deze knelpunten concentreren zich voor verzorgenden niveau 3, maatschappelijk werkers niveau 5, sociaal-pedagogisch werkers niveau 3 en in de kinderopvang. In deze sectoren wordt het steeds lastiger personeel te krijgen, zijn banen flexibeler geworden en staan deze meer onder druk van prestatienormen. Het verloop onder het personeel zal toenemen omdat andere sectoren

onder invloed van de aantrekkende economie aantrekkelijker worden. Ook het aantrekken van personeel zal moeilijker worden aangezien de instroom in de BOL- en BBL-opleidingen tot verzorgende daalt. Tegelijkertijd worden voor het werk in deze sectoren steeds meer sociaalagogische en begeleidende competenties vereist.

In hetzelfde jaar verschijnt ook het RegioMarge-rapport van Prismant. Hierin wordt gesteld dat over de hele breedte knelpunten op de arbeidsmarkt bestaan voor de verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen centraal, in het bijzonder binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de jeugdzorg. Daarnaast wordt in dit rapport berekend dat de regio's Utrecht, Kennemerland en Midden Brabant een relatief groot tekort kennen.

In 2007 wordt de arbeidsmarktkrapte nog duidelijker dan in 2006 als urgent verwoord. De krapte aan verzorgenden is sectorbreed, de vraag neemt toe, het aanbod neemt af. Het opleidings- en stagebeleid van de instellingen wordt nu expliciet genoemd als knelpunt. Dit staat onder druk door kostenbeheersing en flexibilisering. Hierdoor is ook overkwalificatie en onderkwalificatie van werknemers ontstaan. Vergrijzing van het personeelsbestand zal leiden tot een 'hausse' aan uittrekking en een snel stijgende vervangingsvraag. Ook hierdoor dient de instroom te worden vergroot, bijvoorbeeld van jonge vrouwen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond.

Ook het RegioMarge-rapport van 2007 geeft aan dat de krapte op de arbeidsmarkt voor verzorgden in de verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg een groot knelpunt vormt. Door de "toegenomen maatschappelijk vraag naar meer en betere zorg" zullen ook in de andere functiegroepen binnen 5 jaar tekorten ontstaan. Het rapport wijst nog op een ander punt, namelijk de verschillen tussen beroepsgroepen wat betreft hun neiging tot mobiliteit en verloop. Verpleegkundigen hebben een relatief sterke binding met een goed herkenbare beroepsgroep en blijven daardoor meer binnen de sector werkzaam; bij verzorgenden is dit echter minder, en bij helpenden het minst. Daarnaast wordt wederom gewezen op het achterblijven van instroom in de opleidingen in bepaalde regio's, waardoor er 'achterblijvende regio's' ontstaan.

Het jaar 2008 luidt een andere fase in. Er wordt wel gesproken over een krappere wordende arbeidsmarkt, maar dit knelpunt wordt nu als minder urgent aangeduid omdat de conjunctuur verslechtert en het vertrek van personeel uit de zorg stagneert. Ondertussen heeft de groei van het aantal werkende vrouwen in de zorg voor een ruimere arbeidsmarkt gezorgd. In het rapport blijft men echter in de toekomst arbeidskrapte voorzien, aangezien in 2015 het verwachte arbeidsaanbod landelijk zal gaan krimpen. Deze krimp zal vooral regio's als 't Gooi en Limburg treffen.

Ook in het RegioMarge-rapport wordt in 2008 niet alleen meer gesproken van een krappe arbeidsmarkt, maar juist van een mogelijk 'ontspannen' arbeidsmarkt. Door marktwerking en 'doelmatigheidsslagen' zal de vraag in instellingen minder hard stijgen en worden 'tot 2011 weinig grote knelpunten in de personeelsvoorziening' verwacht. Een ander scenario dat het rapport presenteert is dat instellingen na beleidswijzigingen toch weer groeien, en de in 2006 en 2007 gelokaliseerde knelpunten zich ook vanaf 2008 gaan voordoen.

Het laatste Rapport Arbeid in Zorg en Welzijn van Prismant uit 2009 typeert de arbeidsmarkt in de zorg als een tegenstrijdige beweging. Op de korte termijn wordt de arbeidsmarkt ruimer door bezuinigingen in de sectoren waar verplegend, verzorgend en sociaalagogisch personeel werkzaam is. De vraag zal slechts matig groeien en kan voldoende opgepakt worden door de capaciteit die in de pijplijn zit. Op langere termijn zal zich echter door demografische ontwikkelingen in vraag en aanbod toch het eerder voorspelde tekort gaan voordoen. Een nieuw knelpunt wordt in het rapport de mismatch tussen de cultuur van de werkgever en

werknemer genoemd. Terwijl instellingen volop bezig zijn bezuinigingen, markwerking en doelmatigheid door te voeren, komt dit steeds verder af te staan van de 'familiecultuur' die opgeleiden in de zorg bij een organisatie zoeken. Daarnaast noemt het rapport een aantal knelpunten die ook al eerder in de rapportages naar voren kwamen, zoals het missen van jonge werknemers, onvoldoende stageplaatsen, geen animo voor langer doorwerken, ontbreken van een integrale HRM-aanpak.

Het RegioMarge-rapport 2009 is eenduidiger in zijn typering van de arbeidsmarkt, die hij in 2009 als evenwichtig en verder verruimend beschrijft. Volgens deze rapportage zijn de 'scherpe kantjes van de varkenscyclus' op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden verdwenen. Vertrek van personeel is niet meer het grote probleem, maar fluctuaties in de vraag naar personeel. Uitbreiding van instroom in opleiding tot verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen niveau 4 blijft wenselijk. Er lijkt een overschot op lager, en een tekort op hoger kwalificatieniveau te ontstaan. De verschillende competentie-eisen die aan personeel worden gesteld openbaren zich nu duidelijker. Scholingsplannen en strategische personeelsplanning ontbreken nog in veel zorginstellingen om functiestructuur evenredig in te vullen.

### **2.3. Een analyse van de Sociaal en Cultureel Rapporten 2002-2010**

Het Sociaal en Cultureel Rapport uit 2002 is het eerste rapport waarvan we de samenvatting analyseren (het Rapport uit 2000 gaat geheel over Nederland en Europa en bevat geen specifieke informatie over de zorg die voor deze analyse van belang is). In dit rapport wordt als belangrijkste trend genoemd dat men steeds minder genoeg neemt met de wachtlijsten in de zorg. De afname van deze tolerantie zorgt ervoor dat er een steviger beroep wordt gedaan op de reguliere zorg, en als die niet beschikbaar is, aan een overbruggende vorm van zorg. Ook de toegenomen welvaart zorgt voor een stijgende consumptie van betaalde zorg. De gemiddelde Nederlander is in 2002 over het algemeen redelijk tevreden over de zorg. Wat betreft de *cure* is men echter uitgesproken ontevreden over de afstemming tussen zorgverleners. In de *care* is men het minst tevreden over de beschikbaarheid en de timing van de zorg. Men is in het algemeen erg gesteld op persoonlijke autonomie, hetgeen het succes van het persoonsgebonden budget verklaart waarmee zorgcliënten hun eigen zorgpakket kunnen samenstellen. Uit het rapport komt het beeld naar voren dat de Nederlander sterk gericht is op het verkrijgen van betaalde zorg en dat het aanbod daar op punten bij achter blijft. Mantelzorg en zelfzorg komen in dit hoofdstuk van het rapport niet aan de orde.

In 2004 wordt in de samenvatting van het hoofdstuk over de zorg gewag gemaakt van de toename van het aantal chronisch zieken, en van dementie en aandoeningen aan het bewegingsapparaat onder ouderen. Men verwacht dat deze trends in de toekomst zullen doorzetten. Het beroep op *care* neemt hierdoor toe, hetgeen voor de helft uit de AWBZ kan worden betaald, voor de andere helft door mantelzorg en zelf ingehuurde zorg wordt geleverd. Het rapport gaat er vanuit dat bij ongewijzigd beleid de stijgende vraag naar zorg het zorgaanbod zal gaan overtreffen, zeker als rond 2020 een grote uittrede onder artsen en verpleegkundig personeel door pensionering zal plaats vinden. Hierdoor zullen andere ontwikkelingen ingezet worden om met deze krapte om te gaan. Eén daarvan is een gezondere leefstijl, bijvoorbeeld door het stoppen met roken. Zelfmanagement wordt ook genoemd als een manier op kwaliteit van leven te verbeteren zonder daarvoor een duur beroep op het zorgaanbod te hoeven doen. Burgers zullen volgens het rapport bereid zijn om meer te betalen voor de zorg. Men verwacht dat rond 2020 kwetsbare ouderen - sterker dan momenteel het geval is - afhankelijk zullen zijn van hun familie. Vanwege de schaarste zullen alleen de hoge inkomens gemiddeld de betere (betaalde) zorg krijgen.

Het Sociaal en Cultureel Rapport 2006 gaat nader in op wat mensen doen om gezond te leven en hun leefgewoonten aan te passen. Dat blijkt men niet massaal te doen en de normen die overheid stelt ten aanzien van roken, bewegen en alcohol halen slechts weinige personen. Het rapport stelt daarop dat deze normen ook niet zinvol zijn, temeer omdat ze meer als beledigend dan als stimulerend worden ervaren. Mensen zijn echter wel degelijk gevoelig voor leefstijl en gezondheid getuige de groeiende belangstelling voor fitness, *wellness* en als gezond aangeprezen producten door de markt. Mensen zijn bereid te investeren in een gezonde leefstijl, met name vrouwen en hoger opgeleiden. Positieve beïnvloeding door de markt werkt daarbij beter dan negatieve, verbiedende voorlichting van de overheid.

In 2008 richt het SCP zich, conform de geest en het beleid van het kabinet op dat moment, op het thema maatschappelijke betrokkenheid en sociale cohesie. Informele zorg, of 'familiezorg' zoals het in het rapport genoemd wordt, speelt in vergelijking met andere landen in Nederland een belangrijke rol. Ongeveer driekwart van de informele zorg die hulpbehoevende 50-plussers ontvangen wordt door familieleden gegeven. Informele hulp voor mensen met serieuze verzorgingsproblemen wordt voor 25% door familieleden verzorgd. In totaal zorgen 300.000 Nederlanders voor hun chronische zieke of gehandicapte kind en 1,3 miljoen voor hun hulpbehoevende ouders. Met name ouders van zieke of gehandicapte kinderen nemen vele dagtaken aan zorg waar, waaronder ook complexe taken die anders door beroepskrachten uitgevoerd zouden worden. Deze inzet wordt onder 'gebruikelijke zorg' gerekend en niet financieel gesteund vanuit de AWBZ of de WMO. De zorg die kinderen aan hun hulpbehoevende ouders besteden wordt sneller door professionele hulpverleners overgenomen dan de informele zorg die ouders aan hun kinderen besteden. Desondanks blijft de tijdsbesteding aan emotionele steun en regelzorg die kinderen bieden substantieel. Het rapport constateert dat informele zorg de familiebanden en het sociale netwerk versterkt, maar ook dat een aanzienlijk deel van de informele hulp- en zorgverleners in Nederland overbelast is. Terwijl er in de professionele zorg steeds meer aandacht is voor goede arbeidsomstandigheden, ontbreekt dit in de informele zorg volledig waardoor deze groep soms te zwaar op de proef wordt gesteld.

Het Sociaal en Cultureel Rapport 2010, ten slotte, besteedt wederom aandacht aan de informele hulp binnen het thema 'generaties'. De intergenerationele solidariteit in Nederland is volgens het rapport niet afgenomen, maar meer gestoeld op genegenheid dan op plichtsgevoel. Geconstateerd wordt dat jongvolwassenen tegenwoordig meer behoefte aan steun van hun ouders hebben dan een aantal decennia geleden. Ruim 70% van de jongvolwassenen ontvangt emotionele steun van...hetgeen bijdraagt aan hun psychisch welzijn. Die steun krijgen zij ook wanneer zij het ouderlijk huis verlaten, en komt sterk naar voren wanneer zij zelf kinderen krijgen. In vergelijking hiermee is de steun die kinderen aan hun ouders geven minder intensief, maar toch geeft meer dan 60% emotionele steun aan hun ouders. De noodzaak om steun en informele zorg aan familieleden te verlenen neemt toe door versoering van de AWBZ die door de Commissie heroverweging langdurige zorg is geadviseerd. Dit houdt echter weinig rekening met het feit dat 66% van de Nederlandse bevolking vindt dat zorg voor hulpbehoevende ouderen een taak is van de overheid, en slechts de helft van hen is bereid om een paar maanden zorgverlof op te nemen als dat nodig is. Men heeft weliswaar vaak en goed contact met de ouders en geeft daarmee emotionele steun, maar men is veelal alleen bereid zorg te verlenen als de staat hierin tekort schiet en er een familiair beroep op hen gedaan wordt.

## **2.4. Een vergelijkende analyse van de drie reeksen trendrapporten**

Wat zien we nu wanneer we chronologisch de knelpunten op een rij zetten die in drie reeksen trendrapporten zijn beschreven? Daartoe is Tabel 1 geconstrueerd. Hierin is wederom een samenvattende slag gemaakt, namelijk door de bovenstaande analyses van de samenvattingen van de rapporten in steekzinnen samen te vatten.

<b>Knelpunten genoemd in de:</b>			
<b>Jaar</b>	<b>Capaciteitsplannen</b>	<b>Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn / RegioMarge</b>	<b>Sociaal en Cultureel Rapporten</b>
2000		Algehele krapte op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden door groeiende economie	
2001	Onvoldoende instroom en doorstroom bij huisartsen, snijdende medische specialismen en kaakchirurgen	Krapte in de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg houdt aan door hoog ziekteverzuim, vertrek en instroom in de WAO	
2002	Dreigend tekort aan huisartsen, mogelijk tekort aan medisch specialisten Een klein deel van de specialisten gaan buiten de ziekenhuizen werken	Krapte neemt af door verbetering ziekteverzuim en uitstroom Locale krapte blijft door vergrijzing en regionale knelpunten	Men is tevreden over de zorg maar minder over de continuïteit van zorg en de wachtlijsten Het persoonsgebonden budget is een succes door de autonomie in eigen zorginkoop
2003	Instroom stijgt goed, maar is ongelijk verdeeld over specialismen Plaatsen in team- en dienstverband worden relatief weinig aangeboden Regionale tekorten aan huisartsen dreigen	Arbeidsmarkt wordt ruimer door stagnatie werkgelegenheidsgroei en vermindering gesubsidieerde banen Relatief hoge uitstroom van allochtonen	
2004			Men is pessimistisch over de continuïteit van zorg en vreest meer afhankelijk te worden van familie Men denkt meer na over gezonde leefstijl en zelfmanagement om minder afhankelijk te worden van betaalde zorg
2005	Instroomverhoging heeft effect, maar taakherschikking blijft achter door gebrek aan draagvlak		
2006		De aantrekkende economie zal grote arbeidsmarktkrapte veroorzaken door verloop van personeel en daling van de instroom Krapte ontstaat vooral onder verzorgenden en sociaalagogen, in verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg maar nu in de kinderopvang, jeugd- en thuiszorg Actief personeelsbeleid blijft achter	De bevolking is bezig met gezondheid en de markt speelt hier goed op in Men laat zich weinig gelegen liggen aan de geboden en hoge normen van de overheid
2007		Krapte zet harder door, bij helpenden en verzorgenden in alle sectoren door een groter verloop	

		Vergrijzing zal krapte verder doen toenemen Integral personeelsbeleid ontbreekt Specifieke krapte in achterblijvende regio's	
2008	Het dreigend artsentekort is voorkomen, maar regionale mismatches blijven bij de huisartsen bestaan Geen netto effect van taakherschikking op capaciteitsreductie artsen Voor markten die geliberaliseerd zijn/worden is planning onzekerder	De arbeidsmarkt ontspant zich door stagnatie van de uitstroom en een verslechterende conjunctuur Knelpunten onder beroepsgroepen en binnen regio's blijven echter bestaan	Familiezorg wordt in Nederland op grote schaal gegeven Men vindt wel dat de staat primair verantwoordelijk is voor chronische zorg en hulp aan ouderen Mantelzorgers zijn soms overbelast en onttrekken zich aan werkregulering
2009		Bezuinigingen maken de arbeidsmarkt tijdelijk ruimer, er is meer evenwicht Investerings in HRM-beleid, doorwerkbeleid en zijinstroom blijven achter Scholing voor nieuwe competentie-eisen	
2010	Instroom in de opleiding tot huisarts, specialist ouderenzorg en sociaal geneeskundige moet omhoog		Ouders zorgen steeds meer en langer voor hun kinderen Kinderen verwachten dat de overheid voor de ouderenzorg zorgt en zijn maar beperkt bereid tot mantelzorg

Wat zijn op hoofdlijnen de verschillen en overeenkomsten tussen de knelpunten die in de drie rapportreeksen worden genoemd?

Door de drie trendrapporten zo naast elkaar te presenteren en in samenhang met elkaar te overzien, valt een aantal zaken op. Ten eerste valt op dat krapte op de arbeidsmarkt bij alle rapportages naar voren komt, waarbij dit wel verschillend wordt benoemd. Binnen de Capaciteitsplannen en Arbeid in Zorg en Welzijn rapporten wordt krapte vooral benoemd als een 'intern' probleem van beroepsgroepen en zorgorganisaties. Knelpunten worden primair beschreven in termen van instroom en uitstroom, waarbij de zorgvraag welhaast als een autonoom groeiende trend wordt beschouwd. Uit de Sociaal en Cultureel Rapporten blijkt echter dat de zorgvraag niet vanzelfsprekend even sterk zal blijven doorgroeien. De huidige en toekomstige zorgvragers in Nederland realiseren zich dat het aanbod aan zorg in Nederland niet oneindig beschikbaar en betaalbaar is. Burgers zijn erop voorbereid dat er tijden komen waarin men wellicht de eisen aan de zorg moet bijstellen. En ook in het afgelopen decennium bleef men informele (familie)zorg in grote mate geven, hetgeen aangeeft dat burgers niet werkelijk alle zorg aan betaalde zorgverleners wensen uit te besteden. Wel is het zo is dat de eisen die men aan de zorg stelt, in het afgelopen decennium steeds hebben *kunnen* groeien. Het is dan begrijpelijk dat burgers en politici fel reageren wanneer het niveau van de zorg waar men op rekt wordt teruggedraaid, zoals thans bij de versoering van de AWBZ gebeurt.

Anno 2010 lijkt het er op dat burgers wel verwachten dat in de toekomst knelpunten zullen ontstaan in het zorgaanbod, maar vooral willen blijven profiteren van de zorg die in kwantitatief en kwalitatief voldoende mate in Nederland geboden wordt. In dat licht blijven de vele specifieke knelpunten die de rapportages van het Capaciteitsorgaan, OSA en Prismant het afgelopen decennium hebben geconstateerd, voor burger als het ware 'onder de motorkap' van de zorgvoorziening verborgen blijven. Zo zal slechts een deel van de bevolking weten welke inspanningen er de afgelopen 10 jaar zijn geleverd om de instroom in de opleiding tot arts en specialist op peil te houden. De discussie over de hoogte van de numerus fixus, taakherschikking en bekostiging van consulten en behandelingen hebben een hoog *insiders*-gehalte. Dit doet realiseren dat er ook een grote afstand bestaat tussen het systeem van de patiënt/zorgvrager en het systeem van de medisch-specialistische beroepen. Zo lijkt het een naïeve veronderstelling dat burgers bewust hun leefstijl zullen aanpassen omdat zij weten dat zij in de toekomst minder een beroep kunnen doen op huisartsen, specialisten ouderenzorg en sociaal geneeskundigen. Men gaat er nochtans vanuit dat artsen voldoende beschikbaar zijn. Ten aanzien van de schaarste aan verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden ligt dat anders. Degenen in Nederland die mantelzorg of familie zorg leveren, acteren letterlijk in hetzelfde zorgdomein van deze beroepen, en ervaren vaak en duidelijk een huidig en nijpend tekort. De nieuwe generaties ouderen stellen bovendien andere eisen aan de zorg zoals uit de generatievergelijkingen van het SCP blijkt. Op korte termijn is de noodzaak groot om via (her)scholing deze nieuwe competenties in de opleidings- en beroepsstructuur te borgen. Het dreigende personeelstekort op de middellange termijn is daarmee natuurlijk niet verdwenen.

Wat zijn op hoofdlijnen de verschillen en overeenkomsten tussen de knelpunten die ten aanzien van artsen aan de ene kant worden genoemd, en ten aanzien van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden aan de andere kant?

Een eerste belangrijk verschil bestaat ten aanzien van het werven en behouden van personeel, en het interne en externe rendement van de opleiding. Voor verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden zijn dit terugkerende knelpunten. Voor de artsen lijkt dit knelpunt niet te spelen. Weliswaar komt in 2010 er een instroom- en imago probleem naar voren voor wat betreft de sociaal geneeskundige beroepen, maar over het algemeen zijn artsen binnen hun eigen beroep

tamelijk ‘honkvast’. Dit verschil uit zich ook in het feit dat in de Arbeid in Zorg en Welzijn rapporten veel aandacht wordt besteed aan het achterblijvende personeelsbeleid van instellingen, gericht op ziekteverzuim en personeelsverloop. In de Capaciteitsplannen komt het personeelsbeleid van organisaties waarin artsen werkzaam zijn (of waaraan artsen zelf vorm geven in maatschapperverband) nauwelijks aan de orde en komt daarmee niet als knelpunt naar voren.

Een ander opvallend verschil betreft taakherschikking als knelpunt. In de Capaciteitsplannen wordt voor verschillende artsenberoepen taakherschikking als knelpunt genoemd, aangezien het onduidelijk is of dit daadwerkelijk tot stand komt en kan bijdragen aan het voorkomen van arbeidsmarktkrapte of overbelasting. In de rapportage Arbeid in Zorg en Welzijn wordt het uitblijven van taakherschikkings-effecten echter nauwelijks als knelpunt genoemd. Weliswaar wordt genoemd dat taakherschikking aan het loopbaanbeleid van verpleegkundigen een impuls kan geven. Dat de mate, wijze en financiering van taakherschikking nog volop ter discussie staat, en moeizaam op de werkvloer tot stand komt, wordt echter niet als knelpunt genoemd.

Naast verschillen komt uit beide rapportreeksen voor beide arbeidsmarkten ook een aantal overeenkomsten naar voren. Dit zijn:

- zowel artsen als verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden kampen als beroepsgroep met vergrijzing en staan dus voor de uitdaging een leeftijdsbewust personeelsbeleid te voeren;
- zowel bepaalde verzorgende als medisch specialistische opleidingen kennen (relatieve) imago-problemen om studenten te trekken;
- door feminisering komen dezelfde deeltijd- en uittredewensen onder de artsenpopulatie aan de orde die al veel langer bij verpleegkundigen en verzorgenden spelen;
- bepaalde regio’s blijken zowel voor verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden als artsen minder aantrekkelijk om zich te vestigen of na de studie te blijven ‘hangen’;
- de discussie rond taakherschikking geeft aan dat dit in de praktijk en opleiding van zowel artsen als verpleegkundigen nog niet volledig plaats vindt en toegepast wordt.

Deze overeenkomsten zouden aanknopingspunten voor een integraal arbeidsmarktbeleid kunnen vormen, maar vanzelfsprekend is dat niet. Er blijven namelijk fundamentele verschillen bestaan tussen beide typen arbeidsmarkten die het principe van ‘leren door vergelijken’ in de weg staan. Het feit blijft immers dat de arbeidsmarkt voor artsen qua instroom centraal wordt aangestuurd ter voorkoming van varkenscyclus-effecten. De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden heeft daarentegen juist te maken met een bijna volledig vrije markt zonder instroomregulering. Terwijl voor bijna alle artsenberoepen de opleidingsinstroom door de verschillende *numeri fixi* nauwkeurig gestuurd wordt, wordt de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden alleen indirect en hoogstens op regionaal niveau gemonitord<sup>1</sup>. Zo gezien blijft het opmerkelijk dat alleen voor de relatief kleine groep artsen in Nederland een centraal instroom- en arbeidsmarktbeleid wordt gevoerd. Gezien de forse schommelingen op de andere, veel grotere arbeidsmarkten in de zorg, zou instroomregulering en capaciteitsplanning juist meer van toepassing zijn. Weliswaar vormen de ‘Regioportretten’ nieuwe monitorinstrumenten, planning en daadwerkelijke beïnvloeding van de (regionale) arbeidsmarkt is daarmee nog niet bereikt.

---

<sup>1</sup> Overigens kan ook geconstateerd worden dat een groot deel van de paramedische beroepen, en zij die in de publieke gezondheidszorg werkzaam zijn, in de trendrapporten buiten beschouwing blijven.

## 2.5. Conclusie

Het overzicht van drie reeksen trendrapporten in dit hoofdstuk laat ten eerste zien dat er een behoorlijke afstand bestaat tussen het ‘systeem’ van de zorgvraag, zelfzorg en informele zorg aan de ene kant, en het ‘systeem’ van betaalde zorg aan de andere. Uit de Sociaal en Culturele Rapporten komen naar voren dat patiënten en mantelzorgers erop anticiperen dat het aanbod aan betaalde zorg in de toekomst steeds schaarser zal worden, en zij daardoor steeds meer zelf voor zorg dicht bij huis moeten zorgen. In de Capaciteitsplannen en de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn wordt er echter vanuit gegaan dat de zorgvraag autonoom verder zal toenemen. De optie dat schaarste ook beheerst kan worden door beperking van de zorgvraag, het stimuleren van zelfzorg en mantelzorg, taakherschikking en ICT-innovatie wordt niet of slechts zijdelings genoemd. Net zo min overigens, als door de Sociaal en Culturele Rapporten gewag wordt gemaakt van wat er binnen instellingen en beroepsverenigingen aan arbeidsmarktbeleid gevoerd wordt om de aansluiting binnen de opleidings- en beroepstructuur te verbeteren.

Ten tweede laat dit hoofdstuk zien dat tussen de Capaciteitsplannen en Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn er een soort waterscheiding bestaat in de knelpunten die worden genoemd binnen het arbeidsmarktsysteem van artsen en dat van niet-artsen. De twee arbeidsmarktsystemen lijken daarmee als het ware van elkaar verwijderd te zijn, zelfs als het gaat om een thema als taakherschikking wat juist gaat over het doorbreken van taakdomein van beide systemen. Er zijn wel enige parallellen te trekken tussen de knelpunten die in de rapporten voor beide arbeidsmarkten worden genoemd. Wat een wederzijds leereffect tussen beide systemen echter steeds in de weg lijkt te staan is het feit dat de arbeidsmarkt voor artsen centraal gestuurd wordt (door de numerus fixus als instroomregulering), terwijl de opleidings- en arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en sociaalagogische beroepen minder gereguleerd is en daarmee meer aan de vrije markt mechanismen bloot staat.

Beide conclusies laten zien dat een integraal en vraaggericht arbeidsmarktbeleid als ‘totaaloplossing’ voor de zorg zeker niet automatisch volgt op basis van de knelpunten die uit geanalyseerde trendrapporten zijn gedestilleerd. Het zou overigens ten onrechte zijn om op deze plaats dit te ‘verwijten’ aan de trendrapporten zelf, aangezien deze met elk hun eigen doelstellingen en werkwijzen zijn opgesteld. Maar we kunnen constateren dat de meta-analytische lens die we hier hebben gebruikt het inzicht heeft opgeleverd dat er een visie ontwikkeld moet worden om (1) de problematiek van de nochtans gescheiden systemen van opleidingen en beroepen in de zorg te integreren en (2) daarbij de wisselwerking tussen het vraag- en aanbodstelsel in de zorg te expliciteren. Om dit doel te bereiken, wordt in het volgende hoofdstuk eerst gekeken naar de oplossingen die de trendrapporten hebben aangedragen. Daarop voortbouwend wordt een visie uitgewerkt op een mogelijk integraal en vraaggericht arbeidsmarktbeleid.

### 3. Oplossingen voor knelpunten in de beroepen- en opleidingsstructuur van de zorg

#### 3.1. Analyse van twee reeksen trendrapporten

Een aantal trendrapporten die we voor het vorige hoofdstuk hebben gebruikt noemen niet alleen knelpunten, maar ook oplossingsrichtingen. Het meest gebeurt dit in de rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en RegioMarge van Prismant, de Capaciteitsplannen geven slechts enkele beleidsaanbevelingen, de Sociaal en Culturele Rapporten van het SCP helemaal niet. Deze verschillen zijn terug te voeren op de taakstelling en de rol van de publicerende instellingen.

Wat levert een vergelijkbare meta-analyse van de rapportreeksen, specifiek ten aanzien op oplossingsrichtingen, nu op? Het onderstaande schema vat de genoemde oplossingen samen die in de rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn, RegioMarge en Capaciteitsplannen tussen 2000 en 2010 expliciet zijn genoemd.

Jaar	Oplossingsrichtingen genoemd in:	
	Rapportage Arbeid in Zorg en Welzijn / RegioMarge	Capaciteitsplan
2001		Inzet substitutie Flexibilisering van de opleidingsduur Afrempen arbeidstijdverkorting
2002		Meer delegatie Wervingscampagne studenten geneeskunde Centrale planning huisartsenvoorziening
2003		Beheersen door- en uitstroom Beleid rond reservecapaciteit Substitutie
2006	Uitstroombekering door beloning, mobiliteitsbeleid, leeftijdsbewust personeelsbeleid Instroombevordering door aantrekken van jongeren en juiste competenties Verbetering opleidingsrendement Bevorderen van mantelzorg en zelfzorg	
2007	Integraal personeelsbeleid: waarin uitstroom wordt beheerd, instroom en scholing worden bevorderd Werven herintreders en allochtonen voor verzorgende beroepen Samenwerking tussen achterblijvende regio's	
2008	Arbeidsbesparende technologie Levenfasebewust personeelsbeleid Imagoverbetering onder schoolverlaters Inspelen op de ZZP- en kleinschaligheidstrend Regioportretten voor een regionaal beleid	Meer samenwerking/substitutie rond ouderenzorg Monitoring regionale aantrekkelijkheid huisartspraktijken
2009	Overbrugging korte termijn bezuinigingen door regionale mobiliteitscentra Blijven investeren in domotica, imago, allochtonen Functiedifferentiatie op helpende-niveau	
2010		Versterken van verticale substitutie door het verhogen van de instroom in de HBO-opleidingen tot verpleegkundig specialist

In het schema zien we dat in de Capaciteitsplannen vooral het verhogen van de opleidingsinstroom als substitutie als oplossingrichting voor de knelpunten op de arbeidsmarkt voor artsenberoepen worden genoemd. Substitutie wordt daarnaast als oplossing voor de samenwerking rond ouderenzorg genoemd. Voor de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgende en sociaalagogen wordt in de RegioMarge-rapporten veelal een regionale aanpak bepleit. Daarnaast wordt op organisatieniveau een mix van oplossingen in de sfeer van personeelsbeleid/HRM geformuleerd, inclusief domotica en arbeidsbesparende technologie en doelgroepbeleid gericht op jongeren en allochtonen.

Dit overzicht toont veel overeenkomsten met de knelpuntanalyse in het vorige hoofdstuk. Ten eerste zien we dat de voorgestelde oplossingen zich primair richten op de aanbodkant van beide arbeidsmarkten en geen relatie leggen met de ontwikkelingen aan de zorgvraag. Net als bij het knelpuntenoverzicht valt op dat de voorgestelde maatregelen 'intern' gericht op de beroepsgroep of de instelling en niet gerelateerd worden op de veranderende houding van patiënten, de inzet van zelfzorg en mantelzorg. Ten tweede zien we ook hier weer geïllustreerd dat beide arbeidsmarkten verschillende compartimenten zijn. Er is weinig overlap tussen de soort oplossingsrichtingen die in beide reeksen trendrapporten worden genoemd. Een uitzondering is de aanbeveling in het laatste Capaciteitplan 2010 om rond ouderenzorg verticale substitutie te versterken. Deze aanbeveling sluit aan bij een integrale en vraaggerichte benadering van de arbeidsproblematiek in de zorg. Het is deze benadering die we hieronder verder en breder willen ontwikkelen.

In de volgende paragraaf schetsen we aan de hand van een drietal uitgangspunten een integrale en vraaggerichte visie op de beroeps- en opleidingsstructuur van de gezondheidszorg. Zoals in het begin van dit rapport genoemd, hebben we daarmee niet de pretentie van een totaaloplossing; daarvoor is de omvang en complexiteit van de problematiek te groot. Het onderstaande kan het best worden gezien als een eerste visie, die vooralsnog bestaat uit ideeën op papier en niet verder is uitgewerkt voor een daadwerkelijke toepassing. Gegeven deze beperkingen, is wel het doel van de onderstaande exercitie om een ander perspectief te geven waarmee beleid en praktijk ondersteund kunnen worden.

### **3.2. Naar een integrale en vraaggerichte visie**

Op basis van de conclusies uit de voorgaande paragrafen en hoofdstukken, hanteren we drie uitgangspunten om tot integrale en vraaggericht visie te komen:

1. Kies een regionale insteek om de zorgvraag centraal te stellen en het zorgaanbod hierop aan te laten sluiten;
2. Maak daarbij onderscheid tussen verschillende zorgvragen;
3. Formuleer het benodigde zorgaanbod vervolgens in termen van constellaties van competenties en leid daar de beroeps- en opleidingstructuren van af.

Zoals hieronder duidelijk zal worden volgen de drie uitgangspunten elkaar in stappen op, om zo tot een integrale en vraaggericht visie te komen. Deze werken we hieronder uit.

Het is uit verschillende bronnen bekend dat patiënten zorg zo dicht mogelijk bij huis willen ontvangen, en ook betaalde en onbetaalde zorgverleners zo dicht mogelijk bij hun woonplaats hun zorg willen vervullen. Dit betekent dus dat zeer nauwkeurig gepland moet worden om zorgvrager en zorgverleners geografisch zo dicht mogelijk bij elkaar te brengen. In een klein land als Nederland lijkt dat relatief gemakkelijk, maar bedacht moet worden dat de eisen die men qua bereikbaarheid stelt ook relatief hoog zijn, en congestieproblemen deze eisen sterk op

de proef kunnen stellen. Gegeven dat dit al geruime tijd wordt onderkend, zien we in praktijk dat zorgvraag en zorgaanbod nog maar beperkt op regionaal of lokaal niveau op elkaar wordt afgestemd. In veel wijken en buurten is er geen sprake van een expliciete vraaggerichte planning van het eerstelijns zorgaanbod. Vestigingsbeslissingen worden doorgaans binnen monodisciplinaire kaders genomen, waarbij er van onderlinge aanbodafstemming weinig sprake is. Weliswaar wordt bij de vestiging van gezondheidscentra en tweedelijns instellingen wel meer gekeken naar de locale of regionale vraag, maar vervolgens is er geen sprake van een planning van wat de ‘optimale mix’ van zorgaanbod zou kunnen zijn die aansluit bij de specifieke zorgvraag van dat gebied. Deze ‘optimale mix’ betreft niet alleen de benodigde zorgcapaciteit (c.q. competenties, zie hierna), maar ook organisatievormen waarin deze zorg aangeboden wordt. Hierbij gaat het om de omvang en samenstelling van praktijken, instellingen, en de netwerken die deze met elkaar kunnen vormen.

Ook in de huidige beleidsnotities wordt ‘zorg dicht bij huis’ als een belangrijke doelstelling genoemd. De eerder gepresenteerde Regiomarge-rapporten en de Regioportretten hadden tevens een regionale insteek. Wat echter ontbreekt is een beleidsvisie op welk geografisch niveau (wijk, buurt, gemeente, regio) vraag en aanbod nu het best op elkaar afgestemd kan worden – en hoe vervolgens deze afstemming er dan het beste uit zou kunnen zien. In beginsel wordt bij de planning van zorgvoorzieningen wel enigszins rekening gehouden met het zorggebruik. Zo bevindt het aanbod aan eerstelijnszorg zich gemiddeld dichter in de buurt van de burger/patiënt dan tweedelijnszorg voorzieningen. Specifieker wordt het aanbod niet op de vraag afgestemd. Het ontstaan van zogenaamde ‘anderhalvelijns’ instellingen geeft echter ook aan dat er behoefte is ontstaan aan een specifiek aanbod van zorg. Ook de verschuiving van eerstelijns zorg naar verpleeg- en verzorgingsinstellingen, en de concentratie van eerstelijns zorg in gezondheidscentra en medische centra, geven aan dat de zorgvragen geografisch meer verspreid zijn. Het is daarmee dus steeds complexer geworden om te bepalen wat het geografisch niveau is waarop het uitgangspunt ‘zorg zo dicht mogelijk bij huis’ toegepast zou moeten worden.

Tot nu toe wordt de geografische spreiding van het zorgaanbod in Nederland gemonitord op dekkingsgraad, bijvoorbeeld in termen van het aantal huisartsen per 1.000 inwoners. Daarbij wordt geen rekening gehouden met de zorgvraag per inwoner. Voor het ontwikkelen van een vraaggericht beleid is het echter wel een essentiële stap om te bepalen hoe verschillende typen zorgbehoeften verspreid zijn over Nederland. De statistische gegevens over aandoeningen en het zorggebruik in Nederland van instanties als het CBS, RIVM, NIVEL en GGD'en zijn in principe geschikt om te bepalen hoe bijvoorbeeld diabetespatiënten of personen met depressieklachten geografisch verspreid zijn over Nederland,. Deze gegevens worden *an sich* wel met enige regelmaat gepubliceerd en gemonitord, maar niet gebruikt voor het plannen van het bijbehorende zorgaanbod. Nu is het uiteraard onhaalbaar om voor elke aparte zorgvraag of aandoening een aparte geografische indeling van Nederland te maken, om vervolgens hierop het zorgaanbod aan te passen. Wel kan uitgegaan worden van een bepaalde aggregatie van de zorgvraag in een beperkt aantal categorieën. De volgende vraag is dan: hoeveel en *welke* zorgvraagcategorieën het meest zinvol te onderscheiden zijn om daar een geografische allocatie van het zorgaanbod op te baseren?

Voor deze vraag kunnen we gebruik maken van de aggregatie- en segmentatieprincipes waar in de private sector al ervaring mee opgedaan is. Daarbij moet bedacht worden dat ook in deze sector de aansluiting tussen vraag en aanbod (‘de ideale vorm van marktwerking’) complex is. Ook bedrijven slagen er ondanks hevige concurrentie niet in om volledig aan de marktvrage te voldoen. Vaak wordt dit geweten aan de grilligheid van de vraag, cq. de ‘onvoorspelbare consument’. Echter, evenzeer speelt een rol dat bedrijven suboptimaal zijn in hun organisatie

van middelen en de vraag naar hun diensten en/of producten lang niet altijd matchen, op de juiste tijd, op de juiste plaats, en tegen de juiste voorwaarden. Een belangrijk principe dat uit het strategisch management en de strategische marketing afkomstig is, is segmentatie van klantgroepen of klantwensen naar de werkstromen die zij met zich meebrengen. Daarbij wordt primair onderscheid gemaakt tussen klanten die werkstromen met zich meebrengen die in grote mate standaard zijn voor de organisatie, en klanten waarvoor van deze standaarden afgeweken moet worden. Dit 'parallelliseren' van de werkstromen (vgl. de Sitter, 1998) wordt wel aangeduid met de '80/20-regel'. Deze regel geeft aan hoe middelen van een organisatie optimaal worden verdeeld kunnen worden: 80% van de klanten heeft een standaardwens en kan op een standaard en rationele wijze afgehandeld worden; voor 20% zijn klantwensen niet standaard en is een flexibele en innovatieve inzet van middelen nodig. Efficiencywinst en kostenbesparing kan uit de '80%-stroom' worden behaald, voor de '20%-stroom' zijn investeringen nodig waarvan de opbrengsten veel onzekerder zijn. Dit principe raakt overigens in de patiënten- en goederenlogistiek binnen grotere zorginstellingen (zoals ziekenhuizen) steeds meer ingeburgerd.

Het uitgangspunt is nu dat voor het realiseren van een vraaggericht beleid de zorgvraag in Nederland gesegmenteerd kan worden op basis van de 80/20-regel. Het 80%-segment betreft dan de zorg die basaal en niet te vermijden is, en te maken heeft met ziekten en aandoeningen die in een mensenleven met grote zekerheid zullen optreden. Dit betreft een groot deel van de somatische zorg, zoals de zorg rond de laatste levensfase, de acute zorg, een de 'bekende' chronische zorg zoals diabetes. Ook al kan binnen dit type zorg nog allerlei variatie voorkomen, het idee is dat voor deze zorg het arbeidsaanbod zo georganiseerd kan worden dat de efficiency van de zorgprocessen (behandeling, diagnose, ondersteuning, nazorg) centraal staan. De (regionale) allocatie van alle betaalde en onbetaalde mensen die deze processen kunnen uitvoeren vindt bij voorkeur plaats door integrale capaciteitsplanning, die rekening houdt met de relatief lange termijn (15 a 20 jaar). De facto wordt met ramingen van het Capaciteitsorgaan het aantal artsen in Nederland op z'n termijn gepland. Het idee is echter dat nu ook alle *andere* beroepsgroepen in een dergelijke capaciteitsraming betrokken worden, afhankelijk van hun rol in het zorgproces. Per (standaard) zorgproces kan gedefinieerd worden welke aanbodconstellatie (*skill mix*, team) van competenties nodig is, en vervolgens welke opleidingen voor de medisch, verpleegkundige, verzorgende, helpende, ondersteunende en voorlichtende rollen in deze nodig zijn. Op deze wijze kan ervoor gezorgd worden dat voor dit 80%-segment er een constante capaciteit is om aan de processen/werkstromen te voldoen. Bij capaciteitsramingen is het overigens gebruikelijk dat wel op lange termijn wordt gepland, maar op korte termijn de informatie wordt geupdate om deze plannings bij te stellen. De 10 jaar ervaring die er nu is met de ramingsystematiek vanuit het Capaciteitsorgaan geeft vertrouwen dat een dergelijke aanpak tot een zekere controle over de mogelijke varkenscyclische schommelingen op de arbeidsmarkt leidt. Het feit dat dit thans alleen voor de artsenberoepen wordt ingezet en daarbij beleidsmatig gekozen is voor *numeri fixi* als sturingsinstrument, doet niet af aan het algemene principe van deze aanpak. En deze dus niet alleen voor gescheiden kolommen van beroepsgroepen toe te passen maar juist ook voor virtuele teams, constellaties van competenties die aan verschillende rollen en opleidingen verbonden zijn. Dit zal dan ook leiden tot sturingsadviezen over de instroom van verschillende opleidingen als '*competentie-bundels*' voor een bepaald zorgproces. Het geografische niveau waarop deze integrale capaciteitsplanning en opleidingsadviezen plaats dienen te vinden, blijft daarbij afhankelijk van de mate waarin het betreffende zorgproces over Nederland verdeeld is. Hoe ongelijker dit is, hoe lager het geografische niveau zal moeten zijn waarop de integrale capaciteitsplanning van het 80%-segment plaats zou moeten vinden.

Het 20%-segment betreft de zorg waarin zich bijzondere ontwikkelingen voordoen in termen van snelle groei in volume (zoals bij depressie en dementie) en ziekten/aandoeningen die relatief nieuw zijn qua incidentie en behandeling (zoals bepaalde vormen van kanker of milieu-gerelateerde ziekten zoals Q-koorts). Ook hierin zullen standaardprocessen te onderkennen zijn, maar gezien de dynamiek in de vraag binnen dit segment is het idee dat het arbeidsaanbod om deze zorgprocessen te bedienen op flexibele basis gepland moet worden. De eerder genoemde capaciteitsplanning op de lange termijn via het opleiden van vaste 'competentie-bundels' is hier dus minder van toepassing. Bij deze zorg en deze zorgprocessen kan gedacht worden aan het creëren van 'competentie-pools' waaruit relatief snel gerekruteerd kan worden. Voor deze *pools* zou specifiek een aanbodconstellatie (*skill mix*, team) van generieke en flexibel te specialiseren competenties beschikbaar moeten zijn. Dit vereist vervolgens een specifieke invulling van de benodigde opleidingen voor de medisch, verpleegkundige, verzorgende, helpende, ondersteunende en voorlichtende rollen die in deze nodig zijn. Meer dan voor het 80%-segment, dienen deze personen opgeleid te worden met generieke competenties die binnen een pool aangewend kan worden voor die zorgprocessen die op een bepaald moment schaars en benodigd zijn. De samenstelling van deze pools naar beroepen of competenties voor het 20%-segment staat dus ook veel minder vast. En ook de geografische allocatie zal doorgaans op een lager niveau plaats vinden dan bij het 80%-segment. De te vormen 'competentie-pools' voor het 20%-segment zullen dus meer het spreekwoordelijke karakter hebben van 'brigades' terwijl de 'competentie-bundels' voor het 80%-segment meer het karakter hebben van 'divisies'.

## 4. Samenvatting en Conclusie

De knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg zijn groot, complex en veranderlijk. Tegelijkertijd is een algemene overtuiging dat met een integraal en zgn. vraaggericht beleid ten aanzien van de beroepen- en opleidingsstructuur in de zorg deze knelpunten beter kunnen worden beheerd. Met de immer dreigende tekorten op de arbeidsmarkt en de snelle groei van de vraag naar kwalitatief hoogstaande zorg, is de behoefte aan een vraaggericht en integraal beleid groter dan ooit. Maar op welke specifieke knelpunten zou zo'n beleid zich moeten richten? En op welke visie of principes zou zo'n beleid gestoeld moeten zijn? Deze notitie doet een poging beide vragen te beantwoorden, in de wetenschap dat deze antwoorden gezien de problematiek nooit volledig en definitief kunnen zijn.

Het eerste doel van deze notitie was de problematiek rond de beroepen- en opleidingsstructuur in de Nederlandse gezondheidszorg op hoofdlijnen in kaart te brengen. Dit is gedaan door conclusies uit drie reeksen trendrapporten te analyseren: de Capaciteitsplannen 2001-2010, de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en RegioMarge 2000-2008 en de Sociaal en Culturele Rapporten 2000-2010. Daarmee zijn drie belangrijke compartimenten van de arbeidsmarkt afgedekt: dat van de artsen, dat van verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en sociaalagogen, en dat van mantelzorgers en zelfzorg. De trendrapporten zijn gekozen vanwege de mogelijkheid om ook ontwikkelingen in knelpunten over het afgelopen decennium te kunnen volgen.

De vergelijkende meta-analyse laat ten eerste zien dat er een 'scheiding' bestaat tussen het systeem van de zorgvraag, zelfzorg en informele zorg aan de ene kant, en het systeem van betaalde zorg aan de andere. Dat zelfzorg en mantelzorg factoren van belang zijn voor de zorgvraag en het onbetaalde zorgaanbod in Nederland, komt niet terug in de knelpunten die uit de Capaciteitsplannen, de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en RegioMarge naar voren komen. Omgekeerd komt uit Sociaal en Culturele Rapporten niet naar voren welke knelpunten zich binnen instellingen en beroepsgroepen voordoen en welk arbeidsmarktbeleid gevoerd wordt om de aansluiting binnen de opleidings- en beroepstructuur te verbeteren.

Ten tweede laat de meta-analyse zien dat de knelpunten die in de Capaciteitsplannen worden genoemd voor de artsen sterk verschillen van de knelpunten die worden genoemd in de Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn en RegioMarge voor de niet-artsen. De twee arbeidsmarktsystemen worden sterk verschillend van elkaar getypeerd. Dit ontkracht de optie dat de ene arbeidsmarkt van de andere kan leren door gemeenschappelijke elementen hierin te ontdekken. Het is opvallend dat de knelpunten rondom taakherschikking (wat de facto gaat over het doorbreken van de scheiding van beide systemen) alleen in de Capaciteitsplannen wordt genoemd en niet in Rapportages Arbeid in Zorg en Welzijn. Een deel van de verschillen tussen beide arbeidsmarktsystemen is terug te voeren op het verschil in centrale opleidingssturing voor de artsenberoepen, versus de vrije markt waarin de opleidingen voor verpleegkundigen, verzorgenden, sociaalagogen en helpenden zich bevinden.

Het tweede deel van deze notitie bouwt op deze conclusies voort. Een poging is gedaan om een visie te ontwikkelen om (1) de problematiek van de nochtans gescheiden systemen van opleidingen en beroepen in de zorg te integreren en (2) daarbij de wisselwerking tussen het vraag- en aanbodstelsel in de zorg te expliciteren. Aan de basis van deze visie staat het algemeen aanvaarde idee dat zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd dient te worden. Aangezien ook zorgverleners in Nederland in een tweeverdienerhuishouden de wens hebben zo min mogelijk te reizen voor hun werk, betekent dit dus dat zorgvragers en zorgverleners geografisch gezien zo dicht mogelijk bij elkaar te brengen. Een vraaggerichte beleid dient verder te gaan dan de kwantitatieve normen die thans globaal worden gehanteerd om de geografische dekkingsraad van bijvoorbeeld huisartsen en ziekenhuizen te realiseren. Aan de

andere kant lijkt het onmogelijk om voor elke soort zorgvraag (op het niveau van patiëntgroepen, aandoeningen, ziekten of klachten) een geografische spreidingkaart te maken waarop vervolgens dan aanbodsturing moet plaats vinden. Gepleit wordt om het arbeidsmarktbeleid in Nederland af te stemmen op twee segmenten van zorgvraag.

Dat is ten eerste het '80%-segment' van goed planbare zorg (bijvoorbeeld diabeteszorg) waarvoor processen voor een groot deel gestandaardiseerd kunnen worden. Voor deze zorgprocessen kunnen 'competentie-bundels' worden gedefinieerd, een *skill mix* waarvoor lange-termijn capaciteitsplanning kan worden ingezet. De ramingsystematiek zoals die thans voor artsen wordt uitgevoerd zou dan procesgewijs, in plaats van beroepsgewijs, uitgevoerd kunnen gaan worden, leidend tot een instroomplanning voor *alle* rollen (van arts tot zelfzorger) die tezamen het zorgproces vormgeven. De geografische spreiding van de zorgvraag dient tevens leidend te zijn op welke niveau de geografische allocatie van het aanbod gemonitord dient te worden.

Het tweede is het 20%-segment, wat zorg betreft waarin zich bijzondere ontwikkelingen voordoen in termen van snelle groei in volume (zoals bij depressie) of relatief nieuwe ziekten/aandoeningen (zoals Q-koorts). Gezien de dynamiek in deze zorgvraag is het creëren van 'competentie-pools' het belangrijkste instrument voor een integraal en vraaggericht beleid. Uit dergelijke *pools* kan relatief snel een specifieke aanbodconstellatie (*skill mix*, team) van generieke opgeleide personen gerekruteerd worden. Gelijk de zorgvraag is de samenstelling van deze pools naar beroepen of competenties, en dus qua instroomregulering minder planbaar. De geografische allocatie zal doorgaans op een lager niveau plaats vinden dan bij het 80%-segment.

Een dergelijke visie en een dergelijk beleid vergt primair een andere inrichting van de huidige opleidings- en beroepsstructuur van de zorg. Hierin ligt een majeure uitdaging die stapsgewijs benaderd zal moeten worden.

Een eerste stap is het in kaart brengen van de zorgvraag op verschillende geografische niveaus en het verzamelen van de belangrijkste gegevens hiervoor. De huidige Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van het NIVEL en de NPCF vormt hiertoe reeds een bruikbare applicatie en database. De VAAM een internetapplicatie die de (verwachte) vraag naar eerstelijnszorg (kwantitatief) in beeld brengt uitgaande van de bevolkingssamenstelling en de stedelijkheid. De database bevat voor alle buurten, wijken en gemeenten van Nederland zowel gegevens over het zorggebruik (bijvoorbeeld uitgedrukt in aantal huisartsconsulten of aantal zittingen fysiotherapie) als ook epidemiologische gegevens (aantal chronisch zieken bijvoorbeeld). De nieuwste versie van de VAAM bevat ook gegevens over het bestaande (eerstelijns) zorgaanbod. Als het gaat om regionale zorgvraaggegevens kan tevens gebruik worden gemaakt van lokale statistieken van gemeenten (GGD'en) en Regionale Ondersteunings Structuren (ROSSen).

Ten tweede stap is het in kaart brengen van de zorgvraag naar type en soort. De zorgstatistieken en -studies van het RIVM, CBS en SCP zijn het meest geschikt om trends in ziekten, gezondheid, aandoeningen, klachten en zorgconsumptie te beschrijven, om van daaruit voorspellingen te doen over de toekomst. Die gebeurt reeds in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM (en de regionale varianten daarvan), maar ook in de SCP-rapportages zoals recentelijk 'Zorg voor Zorg' (Eggink e.a., 2010). Dit laatst genoemde rapport laat expliciet zien hoe de zorgvraag in Nederland gesegmenteerd en geschat kan worden voor nu en de komende 20 jaar. Deze schattingen zijn op landelijk niveau uitgevoerd, en zouden als *benchmark* kunnen dienen voor de regionale/locale data die nodig zijn voor het onderhavige idee. Een andere relevante databron die gebruikt kan worden is het Landelijk Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het NIVEL. Op basis van LINH wordt gemonitord met welke zorgvraag patiënten de huisartspraktijk aandoen en welke behandeling

daarvoor wordt voorgeschreven en gedeclareerd. Ook kan gemonitord worden hoe vaak doorverwijzing van de huisartspraktijk naar andere praktijken en tweedelijns instellingen plaats vinden en hoe dit in de tijd verloopt. Dit biedt een goede basis om de segmentering van de zorgvraag verder te bepalen en voor de toekomst in te schatten.

## Literatuur

- Broek, A, van den, R. Bronneman-Helmers, V. Veldheer (Red.) (2010) Sociaal en Cultureel Rapport 2010: Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Den Haag: SCP.
- Capaciteitsorgaan (2001) Capaciteitsplan 2001 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Advies over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Capaciteitsorgaan (2002) Capaciteitsplan 2002 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Advies 2002 over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Capaciteitsorgaan (2003) Capaciteitsplan 2003 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Een tussenbalans. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Capaciteitsorgaan (2005) Capaciteitsplan 2005 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Capaciteitsorgaan (2008) Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan
- Eggink, E., D. Oudijk, I. Woittiez (2010). Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030. Den Haag: SCP.
- Essen, G. van, P.J. Paardekoper, H.F. Talma, W. van der Windt (2006) Regiomarge 2006. Utrecht: Prismant
- Kwartel, A. van der, F. van der Velde, W. van der Windt (2008) Arbeid in Zorg en Welzijn 2008. Utrecht: Prismant
- Kwartel, A. van der, P. Paardekoper, F. van der Velde, W. van der Windt (2007) Arbeid in Zorg en Welzijn 2007. Utrecht: Prismant
- Schnabel, P., R. Bijl, J. de Hart (Red.) (2008) Sociaal en Cultureel Rapport 2008: Betrekkelijke betrokkenheid. Den Haag: SCP.
- Sitter, L.U.de (1998). Synergetisch produceren, Human resources mobilisation in de productie: een inleiding (Assen: Van Gorcum).
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2002) Sociaal en Cultureel Rapport 2002: De kwaliteit van de quartaire sector. Rijswijk: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2004) Sociaal en Cultureel Rapport 2004: In het zicht van de toekomst. Rijswijk: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2006) Sociaal en Cultureel Rapport 2006: Investeren in vermogen. Den Haag: SCP.
- Windt, W. van der, E.J.E. Arnold, R.F. Keulen (2007) Regiomarge 2007. Utrecht: Prismant
- Windt, W. van der, F. van der Velde, A. van der Kwartel (2009) Arbeid in Zorg en Welzijn 2009. Utrecht: Prismant
- Windt, W. van der, R.C.K.H. Smeets, E.J.E. Arnold (2008) Regiomarge 2008. Utrecht: Prismant
- Windt, W. van der, R.C.K.H. Smeets, E.J.E. Arnold (2009) Regiomarge 2009. Utrecht: Prismant