



## Position paper Arbeidsmarkt in de Zorg

*dr. AEAM Weel, reumatoloog, voorzitter vereniging medische staf, medical lead VBHC*

Het Maasstadziekenhuis (lid van SANTEON) stelt het op prijs dat de vaste Kamercommissie voor VWS het initiatief heeft genomen tot een rondetafelgesprek (dd 28-01-2019) over de arbeidsmarkt in de zorg. In deze position paper wordt ingegaan op de uitdagingen in de zorg mbt de arbeidsmarkt en wordt de aanpak vanuit het Maasstad ziekenhuis vanuit verschillende invalshoeken geschetst, alsmede wordt een advies geformuleerd.

## Uitdagingen in de Medisch Specialistische Zorg; invloed op de Arbeidsmarkt

De Nederlandse zorg is anno 2019 van hoge kwaliteit en kan zich qua onderwijs, wetenschap en innovatie scharen bij de internationale top. Het resultaat is dat mensen langer leven en over het algemeen tevreden zijn over hun kwaliteit van leven. Dit alles is bereikt in Nederland als 'verzorgingsstaat' waar de dubbele vergrijzing nog niet aan de orde was. Dubbele vergrijzing levert niet alleen **meer zorg voor ouderen** met meer chronische ziekten, maar ook een **tekort aan arbeidskrachten**. In 2022 is er al een tekort van 100 - 125.000 medewerkers, waar dit de ziekenhuizen vooral bij verpleegkundige, medisch -assisterende en ondersteunende (incl. ICT) beroepen raakt. Daar waar de Randstad vooral een tekort heeft aan gespecialiseerde verpleegkundigen, is dit in andere delen van Nederland het geval voor medisch specialisten.

Parallel aan de gewenning van hoge kwaliteit van zorg, zijn Nederlandse burgers inmiddels ook steeds meer en meer gewend aan een 24-uurs economie, waar o.a. door marktwerking, extra persoonlijke snelle service en kwaliteit tegen scherpe prijzen, tot 'de standaard' zijn gaan behoren. Marktwerking in de zorg heeft tot nu toe snellere service opgeleverd (lees minder wachttijden), maar het bereiken van **meer transparantie in de 'value' van de geleverde zorg** (oftewel patiënt relevante kwaliteit tegen passende kosten) is (nog) niet gelukt.

Om deze uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden wordt door de overheid in afstemming met de koepelorganisaties ingezet op uitkomstgerichte zorg, welke zinnig, transparant en (**digitaal**) over de lijnen van zorg, **uitwisselbaar** moet kunnen zijn. Door het benchmarken van deze zorguitkomsten kunnen patiënten inzicht krijgen in de verschillen tussen de zorginstellingen. Bovendien is de transformatie ingezet van verzorgingsstaat naar **participatiemaatschappij** waar van iedereen die het kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor haar/zijn eigen leven (incl. preventie) en omgeving (o.a. mantelzorg). Zowel zorgverleners en burgers hebben fundamentele zorgen en onzekerheden over hoe zo een samenleving gestalte kan krijgen, wanneer zij gelijktijdig nodig zijn op de arbeidsmarkt in de zorg (1 op de 4 burgers), maar ook in de mantelzorg, indien we steeds meer gaan naar een participatiemaatschappij.

Kortom allerlei veranderprocessen, welke alle **invloed hebben op het personeelsbeleid** qua inhoud van de werkzaamheden, de variëteit aan werkzaamheden maar ook op de vraag naar en behoud van arbeidskrachten in maar ook buiten de zorg.

## Bijdrage Maasstad ziekenhuis aan de gezondheidszorg; invloed op arbeidsmarkt

Het Maasstad Ziekenhuis wil de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren. Wij doen dat vakkundig en zorgzaam. Door vooral acute en topklinische zorg te bieden, waarbij opleiden en kwaliteit en veiligheid voorop staan, optimaliseren we onze zorg en vertrouwen patiënten zich aan ons toe.

Dit bereiken we door niet de concurrentie aan te gaan, maar door samen (binnen en buiten de muren) de zorg zo goed mogelijk te organiseren. Het Maasstad Ziekenhuis onderschrijft daarmee de afspraken in het hoofdlijnenakkoord en neemt een actieve rol in de zorgtransitie. Met onze samenwerkingspartners voeren we de strategie op dit gebied uit. Wij geloven niet in het continue rantsoeneren op prijs (en dus indirect arbeidskrachten) van de individuele zorginstellingen, maar juist in het besteden van het nationale gezondheidsbudget aan goede, zinnige, regionaal afgestemde zorg, maar ook voor scholing en innovaties. Onder dit alles valt naar onze mening ook gezamenlijke afstemming van mankracht.

De bijdrage van het Maasstad Ziekenhuis aan de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg is significant. Het Maasstad Ziekenhuis is binnen zijn netwerk onlosmakelijk verbonden met het gezondheidssysteem van preventie tot aan palliatieve zorg, van geboorte tot aan overlijden en alles daartussen.



Dit blijkt uit het hoog aantal patiënten, het aantal nationale en regionale samenwerkingsverbanden, het aantal opleidingen en de hoogte van de wetenschappelijke en innovatieve activiteiten. Innovatie en wetenschap worden vaak uitgevoerd in samenwerking met universiteiten, hoge scholen, onderzoeksinstituten en private bedrijven. Het Maastricht heeft daarbij toeleveranciers op allerlei gebied, wat ook zorgt voor veel (indirecte) werkgelegenheid.

## Maasstad ziekenhuis en de transitie van de zorg; invloed op de arbeidsmarkt

Het Maastricht ziekenhuis heeft in zijn strategisch medisch beleidsplan (2017-2021) de **Value Based health Care (VBHC)** methode van Michael Porter omarmd, om de transitie naar uitkomstgerichte zorg welke zinnig, transparant en (digitaal) over de lijnen van zorg uitwisselbaar moet zijn, voor elkaar te krijgen.

Het implementatie plan volgens Porter bestaat uit meerdere stappen, waarbij de kern ligt in het organiseren van 'patiënt journeys' van patiëntgroepen over de lijnen (silo's) van zorg. In het Maastricht zijn deze gedefinieerd als volgt; acuut, chronisch, electief, oncologie en ouder-kind. Vervolgens registreer je voor deze groepen de patiënt relevante uitkomstmaten (indien beschikbaar de internationale ICHOM standaard sets) en gemaakte kosten welke vervolgens volgens de SANTEON methode worden gebenchmarkt. Hierop volgen verbeteracties welke in teamverband (vakgroep overstijgend) worden geïmplementeerd. In stap 4 (netwerkgang) brengen we onze expertise vervolgens in binnen onze regionale samenwerkingsverbanden. De volgende stap en uitdaging ligt in het verbinden van deze uitkomsten met de andere lijnen van zorg waaronder de eerste lijn (huisartsen, fysiotherapeut, maatschappelijk werk, etc.), maar ook 0<sup>de</sup> lijn waar de huiskamer, thuiszorg en wijkzorg onder vallen. De laatste stap (zou idealiter de eerste moeten zijn) is de digitale infrastructuur waarbij vooral *automatisering* de basis zou moeten zijn voor dit netwerk van zorgverlening. De VBHC strategie heeft direct invloed op ons personeelsbeleid voor zowel medisch als ondersteunend (inclusief ICT) personeel.

## Maasstad Ziekenhuis en haar activiteiten rondom personeelsbeleid

Het Maastricht is voor zijn activiteiten voor een groot deel aangewezen op de regionale arbeidsmarkt. Onbelemmerde toegang tot deze markt is daarom van groot belang. In dit licht zien wij onze **transitiestrategie als zeer belangrijk voor het aantrekken en behouden van arbeidskrachten**. Arbeidskrachten die bijdragen aan de zorg, opleiden, innovatie en het (digitaal)verbinden van het zorgsysteem tussen de 0<sup>de</sup>, 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijns zorginstellingen. Deze aantrekkingskracht realiseren we door te investeren in opleidingen, door werkzaamheden aantrekkelijk te houden door middel van functie differentiatie en taakherschikking, door het initiëren van innovatie zowel medisch als procesmatig en door het enthousiasmeren van samenwerking dan wel participatie in netwerken.

**Deze verschillende items zien we ook terug in het actieprogramma werken in de zorg.** In het programma wordt ingezet op 3 lijnen: meer kiezen voor de zorg, beter leren in de zorg en anders werken in de zorg. Het Maastricht Ziekenhuis onderschrijft deze lijnen maar wil benadrukken dat niet het accent op een van de drie ligt maar vooral op de afstemming met onze netwerken. Wij geloven alleen in lokale implementatie als er een eenduidige regionale en nationale afstemming is. Om het Maastrichtaandeel in de transitie in de zorg te schetsen, volgt hier een niet-uitputtend overzicht van activiteiten/processen welke invloed hebben op het personeelsbeleid;

### Activiteiten van het Maastricht Ziekenhuis op het personeelsbeleid;

#### Continue verbeteren door opleiden van werknemers

- Strategisch opleidingsplan verpleegkundige, management en teamleiders. Voor ons personeel is permanent leren en ontwikkelen de norm (Kwaliteitsimpuls) maar ook persoonlijke begeleiding dmv coaching.
- Doorontwikkeling kwaliteitskader medisch specialisten (oa incl VBHC en duurzame inzetbaarheid)
- Organiseren van regionale onderwijs/opleidings programma's (Maastrichtacademie regionaal)
- Aansluiten bij nationale en regionale programma's (RAAT, Rotterdamse zorg, Sterk in je werk)

#### Bieden van afstemming en variëteit in de werkzaamheden

Laat de medisch specialisten en verpleegkundigen vooral doen waar ze goed in zijn en voor zijn opgeleid. Ontregel de zorg en ondersteun deze zorgverleners. Dit vergt activiteiten zoals;



- Functiedifferentiatie en taakherschikking (verpleegkundig specialist en physician assistent maar ook helpende inschakelen voor de basis zorghandelingen)
- (Digital) ondersteuning van werkzaamheden
  - Werken door sturen op (JCI) kwaliteitsindicatoren (Dashboard)
  - Eenduidig gebruik van het elektronisch patiëntendossier (regionale afstemming EPD)
- Betrekken van patiënten bij
  - Transparantie patiëntendossier (VIPP-subsidie)
  - Gebruik maken van uitkomstinformatie (oa PROMs implementatie, programma ‘samen beslissen’)
  - Behandelstrategieën (bv nefrologie patiënt en zijn naasten vroegtijdige familievoorlichting thuis)
  - Zorgprocessen (bv reuma patiëntenraad ingezet als klankbord bij veranderprocessen)

### Samenwerking / participatie digitale en - zorgnetwerken

- Triage op SEH samen met de huisartsenpost (SEH / HAP integratie).
- Multidisciplinaire VBHC verbeterteams rondom aandoeningen (bijna 50% van onze zorg). Het Maasstad als lid van SANTEON pleit voor het bundelen van kennis van verschillende zorgverleners rondom een aandoening. Een belangrijke bouwsteen zijn de professionals maar net zo goed doktersassistenten en bv MBO'ers welke laagdrempelig ondersteuning kunnen bieden bij de dagelijkse gang van zaken.
- Nationale (SANTEON, ANSER) en Regionale (Beter Keten en 1,5 lijns GC Beverwaard) zorgnetwerken. Medewerkers waaronder professionals van verschillende instellingen bundelen hun krachten qua inzet, kennis en organisatie voor zorg (vernieuwing) projecten. Voorbeelden zijn oa Reumatologie (digitale)triage in de eerste lijn, Borst en longkankercentra, Prostaatkliniek ANSER.
- Samenwerking private partijen vooral op het gebied van innovatieve digitalisering (automatisering) in de zorg; ‘slimme’ pleister, voorspel algoritmes, behandeling begrepen
- Samenwerking met de Rotterdamse ziekenhuizen in gezamenlijkheid met de Rotterdamse Zorg, hier worden afspraken gemaakt, helpen we elkaar om de problematiek in de zorg te verminderen, zijn werkgroepen over arbeidsmarktthema's ingericht om oplossingen te brengen. Leerlingen en studenten en zij-instromers en herintreders kiezen voor zorg en welzijn doordat er in de regio Rotterdam wordt geïnvesteerd en daarbij worden afspraken gemaakt mbt baangarantie.

### Digitalisering ondersteunt personeelsbeleid

- Medewerkers doen het werk waarvoor ze zijn opgeleid en zonder overbodige administratieve lasten. Binnen het Maasstad wordt aandacht gegeven aan ‘Breaking the Rules’. Zo worden digitale processen en registraties onder de loep genomen. Zo wordt er ook kritisch gekeken naar de ‘keurmerken.’
- Digitale ondersteuning loopt in Nederland achter, laat staan de analyse en juiste interpretatie van de grote hoeveelheid aan data. Innovatie leidt ertoe dat alle betrokkenen inclusief patiënten verbonden kunnen worden door een complexe hoeveelheid data. Dit vergt mankracht op het gebied van ICT architectuur en applicaties maar mogelijk nog meer juiste analyse van data, waardoor ook binnen business intelligence data-analisten en sciëntisten nodig zijn. Op dit moment lopen er diverse trajecten met private partijen om dit te bewerkstelligen.
- Strategische personeelsplanning, waarbij ook analyses gemaakt worden op de talenten in de organisatie en gerichte ontwikkelingsmogelijkheden worden geboden.
- Het begeleiden van het onboarding proces en het eerste jaar binnen Maasstad. Door een app is dit heel toegankelijk, houd je de medewerkers betrokken en geboeid, weten ze sneller hun weg te vinden in het ziekenhuis.

## 4. Samenvatting

Toename in zorgbehoefte, werkdruk en biomedisch en technische innovatie hebben een aanzienlijke uitdaging in de zorgarbeidsmarkt gebracht. Daarbij heeft het ‘drukken op prijs’ door de zorgverzekeraars grote strategische acties op dit gebied bemoeilijkt. Dit werd versterkt doordat een groot deel van het budget naar digitalisering van de zorg werd verschoven. En dit, omdat er geen nationaal EPD mocht komen, helaas voor iedere ziekenhuis/zorginstelling voor zich.



Het Maastricht Ziekenhuis onderschrijft de VBHC gedachte dat we de 'Value' voor de patiënten kunnen verbeteren door continue te sturen op patiënt relevante uitkomstmaten tegen passende kosten, welke transparant over de lijnen van zorg kunnen worden gedeeld. Het Maastricht Ziekenhuis neemt een actieve rol in de zorgtransitie met onze samenwerkingspartners. Wij geloven niet in het continue rantsoeneren op prijs (en dus arbeidskracht) van de individuele zorginstellingen, maar juist in het besteden van het nationale gezondheidsbudget aan goede, zinnig en regionaal afgestemde zorg, scholing en innovaties waarbinnen ook gezamenlijke inzet van mankracht, hoort.

De drie actielijnen welke worden weergegeven in het 'actieprogramma werken in de zorg' worden door het Maastricht Ziekenhuis en zijn samenwerkingspartners omarmd en worden inmiddels volop ingezet. Echter voor een adequate implementatie van het programma zijn er nog wat uitdagingen welke indien omgezet **in kansen**, kunnen bijdragen aan een optimale arbeidsmarkt in de zorg.

## 5. Kansen en adviezen

- De zorg wordt gezien als kostenpost en uitgedrukt in % van het BNP. Dit, terwijl zonder de hoge kwaliteit van de Nederlandse zorg het BNP waarschijnlijk veel lager ligt, door meer ziekten en dus verminderde arbeidsparticipatie onder werknemers. Doordat veel ziekten nu chronisch worden, vallen patiënten minder uit qua werk, waardoor de arbeidsparticipatie de laatste jaren voor veel aandoeningen is toegenomen. Een mooi voorbeeld bij patiënten met reumatoïde artritis is, dat verschillen in behandelstrategieën verschillen in arbeidsparticipatie laten zien. Deze voordelen worden uiteindelijk teruggezien in de totale arbeidsmarkt.
  - Advies; opbrengsten/uitkomsten van de zorg uitdrukken bv in bijdrage aan kwaliteit van leven en effecten van behandelingen, maar ook op effecten zoals arbeidsparticipatie. Daardoor kan investeren door bedrijven in de zorg of participeren in de zorg aantrekkelijker worden;
  - Doordat bedrijven investeren in preventie voor eigen personeel kunnen ziekteverzuimkosten bespaard worden
- Een grote belemmering voor ziekenhuizen in de Randstad is ook de opschorting van handhaving DBA wet. Dit geldt oa bij de inhuur van steeds duurder wordende ZZP-ers op oa schaarse functies. De belasting van de eigen medewerkers wordt hoger doordat de 'lastigere' diensten over blijven en doordat steeds met wisselende collega's binnen een team wordt gewerkt. Bovendien verliezen we ook eigen medewerkers naar de ZZP. De duurder wordende ZZP-ers ervaren door de opschorting geen enkele 'fiscale' druk om in dienst van het ziekenhuis te komen. Wachten op nieuwe regelgeving over inzet ZZP is zeer ongewenst.
- Oplossing qua arbeidsmarkt wordt tot nu toe gezocht in de regionale samenwerking tussen zorg verlenende instanties onderling en in de samenwerking met scholen en gemeente. De uitgezette acties/ ideeën worden echter niet snel genoeg geïmplementeerd omdat naar mijn idee, het budget niet zit bij de organisaties welke de plannen creëren.
  - Advies; Zorg voor goede financiële onderbouwing van de ideeën (incl opbrengsten van meer leveren van zorg) en voor kosten-effectiviteit/baten analyses.
  - Laat overheid, zorgverzekeraars, gemeente, scholen en bedrijven een gezamenlijk budget alloceren voor de implementatie van de regionale/nationale ideeën. Zorg voor commitment en dus participatie van alle zorginstellingen bij de uitvoering van de projecten.
- Zorgverzekeraars kopen nog te veel in op prijs, daardoor is er geen ruimte meer voor de individuele ziekenhuizen om te investeren in mankracht, technische/digitale ondersteuning. De geringe budgettaire ruimte wordt daarna door individuele zorginstanties neergezet, zonder coördinatie in de regio.
  - Advies; Een regionaal zorgbudget waar zowel ruimte is voor groei in arbeidskrachten als voor innovatie qua technische/digitale ondersteuning, zou naar mijn idee wel een oplossing kunnen zijn.
- Indien digitale ondersteuning wordt omgezet in automatisering, idealiter over de lijnen van zorg tot in de huiskamer van de patiënten, kan dit arbeidskrachten besparen mits de data op betrouwbaarheid zijn getoetst;
  - Overheid zou toezichhoudend orgaan kunnen neerzetten om data te verbinden. Nu wordt er veel mankracht/software los van elkaar neergezet en 'bewaakt'. Ziekenhuizen betalen zowel voor eigen invoerkrachten als voor opslag bij de inmiddels honderden kwaliteitsregistraties, terwijl data niet 'real time' terugvloeien en directe stuurinformatie ontbreekt.



- Honderden bloemen bloeien qua wearables, zorg-apps en PGO's welke de zorg kunnen monitoren op afstand. Dit resulteert in 'big data' welke nu niet worden gevalideerd en geanalyseerd. Zonder juiste validatie/analyse en interpretatie wordt veel geld geïnvesteerd in iets wat uiteindelijk in de la zal verdwijnen (zie data wearables).
  - Advies; Centrale coördinatie en interpretatie zodat het gebruik van big data 'evidence' based wordt en daarna in de dagelijkse praktijk kan worden geïmplementeerd.
- ICT bedrijven kunnen meer salaris bieden aan IT medewerkers dan zorginstellingen.
  - Advies; zie zorginstellingen als proeftuinen voor (digitale) innovatie. Maar wel gecoördineerd; zie hierboven. Nu bloeien alle bloemen maar ziekenhuizen weten niet welke ze moeten kiezen om mee te werken.
- Zorginstellingen hebben vertraging in de digitale doorontwikkeling doordat de AVG wet niet eenduidig wordt geïnterpreteerd. IGJ heeft functionaris gegevens bescherming (FGB) met alle goede bedoelingen geïntroduceerd echter coördinatie en sturing hierop ontbreekt.
  - Nationale eenduidige afstemming/aansturing/coördinatie mbt delen van data kan digitalisering /automatisering in de zorg versnellen. Daardoor kunnen ziekenhuizen oude werkwijze gaan loslaten en investeren om software optimaal te gebruiken.
- Inzetten op behoud van kwaliteit van zorg, expliciet preventie, betekent per definitie participatie van de bevolking. Op dit moment is de Nederlandse bevolking onvoldoende 'aware' wat dit voor hen en hun naasten betekent.
  - Medewerkers van de zorg in voorlichting laten participeren bv op scholen /sportverenigingen.
  - 'aware' maken van de transitie in de zorg. Daarbij hoort ook het geven van een lange termijnvisie, informatie verstrekken over de uitvoering en het geven van een tijdspad.