

WERKLOOSHEID ONDER JONGE MDL-ARTSEN GROEIT

# ‘Iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start’

Al in juli 2020 schreven een aantal aios en een jonge klare een brandbrief naar de NVMDL over de zorgelijke toename van werkloosheid en tijdelijke contracten onder jonge klaren. Sindsdien is het arbeidsmarktprobleem onder jonge MDL-artsen alleen maar gegroeid. *MAGMA* organiseerde begin juli een rondetafelgesprek met als focus: wat is precies het probleem, wat zijn mogelijke oplossingen en wie is aan zet? Deelnemers aan deze (digitale) ronde tafel: Peter Paul van Benthem, voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en KNO-arts; Michael Klemt-Kropp, MDL-arts en secretaris van het Concilium NVMDL; technisch bedrijfskundige en adviseur Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's)<sup>1</sup> Steven Dreviers, en de jonge MDL-artsen Govert Veldhuijzen en Peter Oosterwijk.

“In het najaar van 2020 bleek ik een van de weinigen die direct vanuit de schoolbanken nog een vaste werkplek had weten te vinden”, vertelt MDL-arts Govert Veldhuijzen, werkzaam bij Gelre Ziekenhuizen. “Dat geeft de omvang van het probleem wel aan.” In datzelfde jaar was hij – als zesdejaars aios – een van de onder-tekenaars van de brandbrief die bij de NVMDL erop aandrong het probleem van de groeiende werkloosheid onder jonge klaren (net afgestudeerde medisch specialisten) hoog op de agenda te zetten. Sindsdien heeft hij samen met andere jonge artsen het *initiatief Jonge Klaren Nederland* opgericht, en maakt hij deel uit van een brainstormcommissie binnen de NVMDL die oplossingen zoekt voor het banenmarktprobleem. “MDL-artsen hebben jarenlang met een kraptemodel gewerkt. Er was juist te weinig mankracht; vacatures werden niet of nauwelijks gevuld. Maar sinds 2019 is dat zeer snel gekanteld, dat zagen wij concreet aan de sterke afname van ziekenhuizen die deelnemen aan het speeddaten met jonge klaren op het najaarscongres in Veldhoven.”

## Recente cijfers

Veldhuijzen laat enkele grafieken zien van de NVMDL i.o. en het Capaciteitsorgaan

en licht toe: “Van de jaargroep 2017–2018 heeft rond de 80 à 90 procent vanaf de start meteen een vaste baan bemachtigd. In 2019 en 2020 zie je dat dit omslaat naar tijdelijke banen. Slechts de helft van de jonge klaren heeft nu een vaste plek.” Een recente peiling onder 7.000 jonge klaren (van alle specialismen) uitgevoerd door de FMS en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) laat een soortgelijke ontwikkeling zien. Van de 2.400 startende medisch specialisten zijn er 152 niet werkzaam binnen het eigen specialisme; de helft van de startende medisch specialisten die wel een baan vond, heeft slechts een tijdelijk contract.

## Arbeidsvoorwaarden

“Ik ben een van die mensen over wie het gesprek gaat”, zegt Oosterwijk. “Ik heb nu een tijdelijk contract als *chef de clinique* bij het Deventer Ziekenhuis. Ik heb inmiddels verlenging gekregen, maar dat resulteert nog niet in een vast contract. Uitbreiding van de vakgroep is financieel lastig bij het huidige Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Dit geldt niet alleen voor mij, maar ook voor collega’s in veel andere specialismen.” Hij maakt zich zorgen. “Langdurig in een tijdelijk contract

zitten of meerdere tijdelijke contracten aan elkaar schakelen is niet prettig. Bovendien: hoe meer ervaring je opdoet, hoe hoger de loonschaal waarin je terechtkomt. Prijs ik mijzelf zo uit de markt? Waar gaat dit heen? Ik heb een gezin met jonge kinderen, wil mij graag ergens settelen en hun zekerheid bieden. Bij een langdurige zoektocht naar een vaste plek is dit lastig. Laat staan voor degenen die na afronding van hun opleiding niet eens uitzicht hebben op een tijdelijke plek.”

## Braindrain jonge klaren

Oosterwijk kent al verhalen van jonge werkloze MDL-artsen in de regio die brieven naar ziekenhuizen sturen met de vraag of ze drie dagen per week gratis kunnen komen werken. Dit om hun vaardigheden op peil te houden. “Als we hier niets aan doen, komt er een gigantische braindrain op gang. Er zijn allemaal goede vakmensen opgeleid die een lang traject hebben afgelegd en waarin de opleidingsklinieken veel tijd en geld hebben gestopt. Zij dreigen nu verloren te gaan.” Volgens de cijfers van het Capaciteitsorgaan zal het percentage werkloze MDL-artsen in 2026 oplopen tot vijftien procent, met een overschot van 64 MDL-artsen. Veldhuijzen vult aan: “Opleidingsziekenhuizen bouwen een persoonlijke band op met de aios. Ze zien ze floreren, promoveren en ik weet niet hoeveel initiatieven ontplooiën. Toch belanden ze in de WW. Er gebeurt naar mijn gevoel, ook in de opleidingsziekenhuizen waarin ik heb gewerkt, nog te weinig om dit probleem op te lossen.”

## Ingewikkelde discussies

Van Benthem (FMS en KNO-arts, tevens afdelingshoofd LUMC) is wat minder somber gestemd. “Ik heb tijdens mijn werk-



Govert Veldhuijzen:  
"Als iedere MDL-arts tien procent  
minder zou werken..."

bezoeken mooie voorbeelden gezien van betrokkenheid onder oudere collega's binnen MSB's, die zeiden: 'Het kan niet waar zijn dat deze man of vrouw die wij hebben opgeleid, geen baan krijgt. We schikken in en we regelen dat met het MSB.' Ook ontmoet ik collega's in MSB's die met elkaar besloten: 'we doen maar één tijdelijk contract en daarna moet het vast worden'. Dat vind ik mooie voorbeelden. Maar het zijn altijd ingewikkelde discussies natuurlijk, of je nou vrijgevestigde collega's bent of in dienstverband."

Steven Drovers (ad interim financieel directeur bij MSB's) kent de goede voorbeelden, maar maakt binnen ziekenhuizen en MSB's ook volstrekt andere mee. Zo ziet hij bijvoorbeeld MSB's profiteren van een flexibele loondienstschild waarmee hun winstmarge wordt verhoogd. "Dat vind ik geen faire systematiek. Ook word ik heel nijdig als ik hoor dat mensen worden gedwongen anders ingeschaald te worden dan de cao voorschrijft. Een jaar ervaring is een jaar ervaring, daarop mag niet worden beknibbeld."

Veldhuijzen bevestigt dat er ook zeker op onethische wijze met personeelsbeleid wordt omgegaan: "Maar de vraag is: hoe gaan we dat effectief tegen als beroepsgroep?"

### Probleemstelling

Wat is precies de oorzaak van deze zorgelijke ontwikkeling? Van Benthem: "Het is echt een complex probleem. Olivia Butterman, voorzitter van het Capaciteitsorgaan, wijst onder meer naar het bewind van voormalig VWS-minister Edith Schippers (2010-2017). De VVD-minister wilde meer marktwerking in de zorg. Om de concurrentie te bevorderen werden er daarom meer specialisten opgeleid dan er arbeidsplekken waren. Ik zat in die periode in het bestuur van de KNO-vereniging en deel die ervaring met Butterman. Het Capaciteitsorgaan adviseerde ons om 38 KNO-assistenten op te leiden, terwijl wij er normaal gesproken per jaar 24 opleidden. We hebben toen een NIVEL-rapport laten maken om onderbouwd naar beneden toe te kunnen afwijken, maar met minder dan 27 namen ze geen genoegen. Wij hebben

daar als KNO-vereniging nu nog last van. Binnen de KNO-beroepsgroep hebben we de schade nog enigszins weten te beperken door destijds in te grijpen, maar ik weet dat er medische beroepsverenigingen zijn die andere keuzes hebben gemaakt."

### Disbalans in- en uitstroom

Bij het specialisme MDL speelde een ander probleem. Klemt-Kropp, MDL-arts in Alkmaar: "Bij de start van het bevolkingsonderzoek darmkanker (BVO) in 2014 hebben we ons enorm rijk gerekend, zou je kunnen zeggen. De scopieën voor het BVO mogen alleen door MDL-artsen met een bepaalde hoeveelheid scopie-ervaring worden gedaan, zo werd vastgelegd. Op basis daarvan hebben we toentertijd 41 opleidingsplekken gehad. Dat is echt enorm veel. We zaten daarmee zelfs boven de bandbreedte van het advies van het Capaciteitsorgaan. Die inschatting was gebaseerd op de gefaseerde introductie van het BVO, waarbij we begonnen met de oudste cohorten die in verhouding met de jongere cohorten veel meer poliepen lieten

<sup>1</sup> Veel medisch specialisten in vrij beroep zijn lid van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) in hun ziekenhuis. Het MSB werkt nauw samen met de raad van bestuur, onder andere om het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis te verbeteren.



Peter Oosterwijk:  
"Kunnen we het openbreken van het Hoofdlijnenakkoord niet op de agenda zetten?"

zien. Rond de introductie van het BVO zijn enorm veel nieuwe MDL-artsen op vaste plekken aangenomen, vooral in de Randstad en de grote ziekenhuizen, maar ook toenemend in de periferie. Later bleek dat bij de jongere cohorten veel minder interventies nodig waren. Het aantal opleidingsplekken is inmiddels teruggebracht naar 27 per jaar, maar wij zitten nog steeds met een overschot aan MDL-artsen die wij ten gevolge van het BVO hebben aangenomen. Bovendien zitten we met de 'verplichting'<sup>1</sup> door te gaan met taakherschikking in 2022: we moeten meer werk uitbesteden aan niet-artsen (gespecialiseerde verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en *physician assistants*). Dat zal de huidige situatie van banentekorten ook niet vergemakkelijken. Bovendien is de uitstroom van pensionado's geringer dan verwacht, slechts vijf à zes per jaar. Een toename van de uitstroom met vijftien per jaar zal pas optreden vanaf 2024."

### Hoofdlijnenakkoord en COVID-19

Behalve het beleid van voormalig VWS-minister Schippers zijn er meer oorzaken

aan te wijzen, die volgens de gesprekspartners wellicht ook naar oplossingen kunnen leiden. Van Benthem: "De aantallen die door het Capaciteitsorgaan destijds zijn geraamd, zijn gestoeld op demografische grondslagen, maar nooit op het Hoofdlijnenakkoord. Daarin werd vier jaar geleden een nulgroei afgesproken. En daar komt de COVID-pandemie nog eens bij. Wat je merkt, is dat ziekenhuizen, academische centra en medisch specialistische bedrijven (MSB) op dit moment geen idee hebben welke zorg van hen over een jaar wordt gevraagd. Wat heeft voorrang? Wordt ook de inhaalzorg straks betaald? Wat is de financiële situatie van het ziekenhuis op het moment dat we uit deze coronacrisis komen? Iedereen houdt z'n arbeidsmarktkaarten op de borst. En dat begrijp ik ook, want dit is de verantwoordelijkheid van een raad van bestuur van een ziekenhuis, die daarop wordt afgerekend door z'n raad van toezicht. Het zijn natuurlijk geen ideale omstandigheden om extra mensen aan te nemen. Bij veel specialismen speelt dit planningsprobleem. De exacte oorsprong is per specialisme verschillend,

maar er zijn zeker gemeenschappelijke delers."

Drevers vult aan: "Wat ook meespeelt, is het oprekken van de pensioengerechtigde leeftijd sinds 2014. Samen met het Hoofdlijnenakkoord en het beleid van 'de juiste zorg op de juiste plek' zorgt dit voor een gigantische cocktail aan onzekerheden waarvan je totaal niet weet hoe je daarmee moet omgaan."

Van Benthem en Klemm-Kropp bevestigen dat. Van Benthem: "Een bedrijf dat in onzekere tijden leeft, investeert niet. Het wil alleen maar losse en geen vaste contracten. Dat is een algemeen economisch principe."

### Tien procent indikken

Het probleem ligt nu op tafel, maar wat zien de gespreksdeelnemers als mogelijke oplossingen en vooral: wie is aan zet? Veldhuizen: "We hebben in het najaar van 2020 een gesprek gehad met het Capaciteitsorgaan. Zij berekenen op basis van een aantal parameters nauwkeurig hoeveel in- en uitstroom er per jaar aan specialisten nodig is. Zij hebben uitgerekend dat als er niets verandert aan de huidige situatie, er rond 2027 zo'n

<sup>1</sup> <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/taakherschikking>



Michael Klemt-Kropp:  
"Alle specialisten in  
loondienst is niet de  
oplossing."

64 MDL-artsen te veel zijn. Oorzaak is de disbalans in de huidige demografie van mensen die met pensioen gaan en instrumers. Ook heeft het Capaciteitsorgaan berekend dat als iedere MDL-arts tien procent minder zou werken, tezamen met vertraagde uitstroom uit de opleiding waarbij elke huidige aios zijn/haar opleiding een jaar verlengt, vraag en aanbod op de markt de komende jaren bijna perfect in evenwicht is."

Van Benthem is ervan overtuigd dat de bereidheid om 'in te dikken' en daarmee jonge klaren aan een baan te helpen in de ziekenhuizen en MSB's groot is. "In mijn eigen ziekenhuis, het Leids Universitair Medisch Centrum, is een vacaturestop. Ik had een jonge klare toegezegd dat die vast in mijn staf mocht komen. Dit werd door het

ziekenhuis aanvankelijk geblokkeerd. Mijn hele staf heeft daarop gezegd: wij dikken allemaal in, want we willen dat die blijft. Tijdens mijn werkbezoeken heb ik artsen van MSB's ontmoet die met elkaar afspraken dat pensionado's niet meer mochten komen waarnemen, hoe verleidelijk dat ook is voor een vakgroep. Ervaren artsen weten immers de weg en kunnen meteen de volgende dag een volledig spreekuur draaien. Al deze oplossingen hebben we nodig, maar er zal meer moeten gebeuren. Je zult vele spelers nodig hebben."

### Openbreken Hoofdlijnenakkoord

Oosterwijk: "Wat jullie nu noemen aan mogelijke oplossingen, gaat in de richting van herverdeling van het werk onder zorgverleners, over de vraag 'hoe gaan we het allemaal anders inrichten'. Maar ik zie

het Hoofdlijnenakkoord als de 'olifant in de kamer'. Dat zet netto zelfs in op krimp, aangezien de reële zorgvraag toeneemt, terwijl er geen geld bij komt. Kunnen we het openbreken van het Hoofdlijnenakkoord niet op de agenda zetten?" Klemt-Kropp en Veldhuijzen zijn het volledig met hem eens. Klemt-Kropp: "Ik heb vandaag als voorbereiding op deze rondetafelbijeenkomst de MDL-zorg in twaalf ziekenhuizen gescand en hun toegangstijden beoordeeld. In het beste geval is dat 63 dagen, in het slechtste geval 16 weken. Dus er is echt een tekort aan mankracht om de zorgvraag bij de MDL-vakgroepen af te werken. Dat is bij de MDL structureel altijd al zo geweest en toen kwam daar het BVO nog extra bij. Maar door het Hoofdlijnenakkoord is het nu beleid van ziekenhuizen om niemand aan te nemen. Inderdaad, als het akkoord niet wordt opengebroken, lossen we niks op."

### Tekort 300.000 verpleegkundigen

Peter Paul: "Ik ga dit ook agenderen bij het Ministerie van VWS. We hebben immers die hele coronapandemie erbij gekregen aan zorg. En dan wacht er nog een berg aan inhaalzorg, dat kan niet voor dezelfde prijs. En daarin ligt mogelijk ook een oplossingsrichting. Overigens verwacht ik, dat ik daarbij de steun heb van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Ik wil ervoor pleiten, hopelijk samen met de NVZ en NFU, om voor de inhaalzorg aanvullende gelden ter beschikking te krijgen. Daarmee kunnen we de specialisten die nu aan de kant staan, wellicht aan het werk helpen."

Drevers ziet extra overheidsgeld niet als oplossing. "Ik ben wat minder enthousiast over de visie dat er structureel veel meer geld bij moet om meer zorg te leveren, en daarmee meer artsen aan te stellen. Ik denk namelijk dat het geld er niet is. Bovendien ben ik bang dat we dan mogelijk het artsenprobleem wel oplossen, maar dat we een verpleegkundigenprobleem overhouden. Daarvan komen we er op termijn namelijk maar liefst 300.000 tekort."



**Peter Paul van Benthem:**  
"Met extra geld voor de inhaalzorg kunnen we jonge specialisten wellicht aan het werk helpen."



**Steven Dreviers:**  
"Ook levensfasebeleid kan bijdragen, zoals ruimte voor een sabbatical of vervroegd pensioen."

### Levensfasebeleid

Dreviers ziet dan ook meer in oplossingen als levensfasebeleid. "Een arts heeft een zwaar beroep, ook mentaal. Is het niet mogelijk om samen met artsen richting het einde van hun carrière een deel van de formatie binnen de MSB's in te leveren of te zorgen voor de mogelijkheid een sabbatical te nemen, zodat je met het geld dat vrijkomt anderen weer laat inschuiven? Ik denk dat het wel eens lekker kan zijn als je in je werkzame carrière een breekpunt kunt inbouwen. Ik merk zelf in mijn werk voor MSB's dat daaraan ook behoefte is. Volgens mij biedt de pensioenregeling voor de vrijgevestigde specialisten (Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten, SPMS) daarvoor zelfs mogelijkheden."

Van Benthem wil een oproep doen aan de pensionado's die blijven doorwerken: "Ik

zie soms collega's tot hun zeventigste doorwerken met waarnemen en invallen. Zij moeten wat mij betreft, zeker in deze tijd, echt ruimte maken." Oosterwijk vindt dat laatste echter wat ver gaan. "Je kunt hen niet dwingen. Er zijn pensionado's die nog zoveel plezier hebben in hun vak. Je kan dan niet als jonge klare zeggen: 'nou *moven*'. Ik begrijp hen ook wel. We hebben een superleuk vak. En waarom zou je inleveren als je drie studerende kinderen hebt? Uiteindelijk komt het er toch op neer dat inkomen inleveren lastig is."

### Discussie loondienst

Ook de loondienst discussie komt als oplossingsrichting ter sprake. Dreviers: "Het is misschien extreem om te zeggen: we gaan met z'n allen in loondienst. Maar laat ik het heel duidelijk stellen: voor één vrijge-

vestigde specialist kun je anderhalve jonge medisch specialist in loondienst aanstellen." Voor Van Benthem (eerst vrijgevestigd, nu in loondienst) en Klemt-Kropp (eerst in loondienst, nu vrijgevestigd) ligt daar beslist niet de oplossing. Klemt-Kropp: "Het wordt vaak geroepen: 'neem toch al die specialisten in loondienst, dan zijn we alle problemen in één keer kwijt'. Aanvankelijk werkte ik in loondienst. Toen bepaalde de raad van bestuur of mensen werden aangenomen. De ziekenhuizen zitten nu met dezelfde onzekerheden als de MSB's en zullen dus ook geen vaste nieuwe specialisten aannemen. Sterker nog, ik herinner mij de eindeloze, oeverloze discussies met leidinggevend in het ziekenhuis over uitbreiding: dat was echt erg. Als vrijgevestigden in een MSB hebben we tenminste de vrijheid om te zeggen: 'weet je wat: we schikken in en nemen

er wat jonge artsen bij om het stuwmeer aan patiënten die op zorg wachten, weg te werken'. En dat hebben we ook gedaan: bij ons werkt, op één na, iedereen parttime, om zo fte's te creëren voor jonge klaren. De consequentie was dat onze winst achteruitging, maar dat is zeuren op hoog niveau. Het is allemaal ruim voldoende voor een boterham. Die vrijheid heb je niet meer als de raad van bestuur alles aanstuurt." Van Benthem: "Als Federatie vinden we dat die vrije keuze tussen vrijgevestigd of in loondienst werken moet blijven bestaan. Wij zien loondienst niet als panacee voor het probleem dat we nu bespreken."

### Veelkoppig monster

"Ultimo werkt van alle medisch specialisten op dit moment 70 procent in dienstverband en 30 procent in vrije vestiging. In mijn

beleving ligt er daarom echt een hele grote verantwoordelijkheid bij de NVZ en de NFU om mee aan te schuiven en na te denken over oplossingen. Ook al vanwege het feit dat de ziekenhuizen hebben geprofiteerd van de opleidingen", benadrukt Van Benthem. "Maar ook VWS heeft een rol, net als de wetenschappelijke verenigingen: die kunnen trends inzichtelijk maken en voorstellen doen richting de ziekenhuizen en vakgroepen. Als Federatie nemen we het probleem heel serieus, daarom hebben we onlangs ook die peiling gedaan onder startende medisch specialisten, en we blijven het monitoren. Maar we moeten ook zorgen dat we van elkaar leren, *best practices* delen van zowel de ziekenhuizen als de MSB's. Ook die rol pakt de FMS op: we gaan inventariseren waar het goed gaat. Maar het blijft een complex probleem, een veelkoppig mon-

### MDL-werkgelegenheid in MAGMA 4-2021

In de volgende *MAGMA* besteden we ruim aandacht aan de huidige situatie op de banenmarkt voor MDL-artsen.

Als u ook een waardevolle bijdrage wilt leveren aan de discussie over oorzaken, keuzes, oplossingen en kansen, bent u van harte uitgenodigd contact op te nemen met de redactie via [r.deknegt@erasmusmc.nl](mailto:r.deknegt@erasmusmc.nl).

ster. En er zijn veel mensen die verantwoordelijkheid zouden moeten voelen, vinden wij. Iedereen is aan zet. Want iedere jonge specialist heeft recht op een eerlijke start."



## Vijftig procent

Onzekerheden. Allemaal onzekerheden. Is het eigenlijk mogelijk, vroeg ik me af, dat een samenstel van onzekere factoren uiteindelijk een zekerheid oplevert, wanneer het er maar genoeg zijn?

*Uit: Een romance van Dirk Ayelt Kooiman*

*Nwanko Kanu, Christian Eriksen, Abdelhak Nouri, Daley Blind of vooreen Nico Reinders. Voetballers bij Ajax en elk met hartproblemen.*

*Met deze gegevens is het simpel: Ajax opheffen en de hartproblemen zijn de voetbalwereld uit. "Je gaat het pas zien als je het doorhebt."*

*Met epidemiologische associaties risico's inschatten is lastiger. De klagerige premier en VWS-minister waren ontredder. Werken met 50% kennis om 100% beslissingen te nemen, zo klonk het. Als excuus om besluiten te accepteren met een foutmarge waarmee wij in de medische wereld niet weggelaten. De Staat heeft zo zijn eigen maat.*

*Ons vastklampend aan het mythische evidence-based medicine (EBM) rommelen wij artsen met de dagelijkse onzekerheden voort.*

*Wat weten we met 50% zekerheid? Een halve waarheid als een koe? Of toch een hele leugen? EBM berust in essentie op waarschijnlijke kennis in retrospectief. Achterafkennis die als mosterd na de maaltijd komt bij een nieuw - viraal - ziektebeeld. Dan moeten wij medici het doen met ouderwetse authority-based medicine.*

*Uitgaande van deze beperkte zekerheid is het aplomb waarmee door RIVM, Gezondheidsraad of minister wordt verkondigd wie, wanneer, hoe vaak met welk vaccin wel of niet geprikt moet worden, opmerkelijk. En dat in een regiefunctie zonder klinische verantwoordelijkheden.*

*De allereerste toegepaste vaccinatie (van vacca, Latijn voor koe) betrof de koepokinenting. Tegen pokken, dat in de 18<sup>de</sup> eeuw in Europa goed was voor zo'n 400.000 doden per jaar. Pokken, nu gewoon verdwenen door iedereen te vaccineren. Dat biedt hoop. Iedereen vaccineren dus, en de weigeraars in hun recht laten door hen sociaal te beperken. En niet omgekeerd.*