

# Ontwikkeling van adaptieve zorgorganisaties op het gebied van personeel

## Advies commissie Werken in de Zorg – Definitieve versie 28 juni 2021

### 1. Aanleiding

*Vraag vanuit VWS*

Door de pandemie traden acute tekorten aan zorgmedewerkers op. Onder stoom en kokend water zijn toen initiatieven ontwikkeld om snel de ergste tekorten op te kunnen lossen. Mensen – al dan niet met ervaring in de zorg - werden opgeroepen om op tijdelijke basis bij te springen. Het ministerie van VWS heeft een aantal van deze initiatieven financieel ondersteund. Aanvankelijk waren deze initiatieven vooral als crisisinterventie bedoeld en werden ze niet zozeer als een extra instroom kanaal ingezet. Het is echter goed denkbaar dat de opgedane ervaringen zicht geven op hoe we de personele vraagstukken in de zorg meer structureel kunnen oplossen.

Minister van Ark vraagt daarom aan de commissie Werken in de Zorg welke elementen van de crisisaanpak bestendig zouden moeten worden en vraagt de commissie zich daarbij concreet uit te spreken over de initiatieven Extra Handen voor de Zorg, de Nationale Zorgklas en Extra Zorg Samen / Nationale Zorgreservisten<sup>1</sup>.

*Visie van de commissie Werken in de Zorg op dit vraagstuk*

Naar het oordeel van de commissie moet deze adviesvraag van VWS geplaatst worden binnen het bredere vraagstuk hoe de personeelsvoorziening in de zorg te organiseren zodat 'op- en afschalen' c.q. 'mee-ademen' goed werkt.

Het belang van het kunnen mee-ademen is immers evident. De volgende piekbelasting door een nieuwe pandemie is een realistisch scenario, daarnaast zijn er regelmatig ook kleinere pieken in de behoefte aan zorgpersoneel (vakantieperiodes, griepseizoen) waar de zorg tot op heden moeilijk mee om kan gaan. Maar bovenal is adaptiviteit op het gebied van personeel van belang omdat de omgeving waarin zorgorganisaties opereren steeds volatieler wordt en er in de nabije toekomst een grote crisis op ons wacht: door vergrijzing en ontgroening hebben we straks te weinig zorgmedewerkers om ons zorgsysteem in de huidige vorm overeind te houden. De coronacrisis is een helaas zeer reële 'oefening' geweest voor die toekomst. Adaptiviteit op het gebied van personeel is daarmee van levensbelang voor zorgorganisaties.

In lijn hiermee bekijkt de commissie Werken in de Zorg wat de drie genoemde initiatieven (kunnen) bijdragen aan het aanpassingsvermogen van zorgorganisaties op het gebied van personeel.

Het vraagstuk van de bestaande en toekomstige personeelstekorten in de zorg is evident. Over dat vraagstuk zijn en worden veel analyses gemaakt, rapporten geschreven en adviezen geformuleerd. De vele analyses en adviezen geven inmiddels een consequent en coherent beeld. Om het actuele en toekomstige personeelstekort beheersbaar te maken is een stevig en samenhangend pakket nodig en zijn concrete maatregelen nodig. Daarover is iedereen het eens. En VWS erkent en stimuleert dat. Preventie, uniforme digitalisering, samenwerking in plaats van concurrentie, innovatie in zorgverlening, betrokkenheid zorgprofessionals, flexibiliteit. En zoveel meer.

Eén van de oplossingsrichtingen in het totaalpakket betreft de adaptiviteit. Zijn we in staat om mensen met een bewuste motivatie en capaciteit die zich melden te laten deelnemen in het primaire zorgproces? In de pandemie ging het voornamelijk over gespecialiseerde functies zoals IC-verpleegkundigen, maar nadrukkelijke aandacht is ook nodig voor de 'breedte'. Er werken immers 1,2 miljoen professionals dagelijks in de zorg.

---

<sup>1</sup> In bijlage 3 is de adviesvraag van VWS opgenomen.

## 2. Wat bedoelt de commissie met een adaptieve organisatie?

Een adaptieve organisatie is in staat om snel en daadkrachtig in te spelen op veranderende omstandigheden. De organisatie kan zich aanpassen. Een belangrijk onderdeel hiervan is de inzet van arbeid, de inzet van personeel zowel kwantitatief als kwalitatief. De inzet van personeel maakt onderdeel uit van het aanpassen aan veranderende omstandigheden. Medewerkers 'maken' samen de organisatie en realiseren dus die adaptiviteit c.q. wendbaarheid.

Daarnaast dragen ook andere aspecten bij aan de adaptiviteit van een organisatie, denk aan het aanpassingsvermogen van gebruikte technologie, of van financiering. In dit advies gaat het specifiek over adaptiviteit op het gebied van personeel van zorgorganisaties.

De noodzaak van adaptiviteit is natuurlijk niet specifiek voor de sector zorg en welzijn. Deze sector is er - in vergelijking met verschillende andere sectoren - echter weinig vertrouwd mee. Dat heeft de afgelopen periode nog eens extra laten zien.

Adaptiviteit is niet alleen een organisatorisch vraagstuk maar ook een HR- en veranderkundig vraagstuk. Het is een vereiste voor iedere organisatie en je zou denken dat adaptiviteit daarom voor organisaties vanzelfsprekend is. Dat is echter niet de ervaring van de commissie. De commissie ziet dat de zorgsector de neiging heeft traditionele werkwijzen te handhaven, bij tekorten worden tijdelijke krachten ingehuurd voor het vereiste functieprofiel en voor het gewenste aantal uren. In essentie is adaptiviteit op het gebied van personeel echter maar gedeeltelijk een volumevraagstuk (te weinig zorgprofessionals in totaal). Het is vooral een kwalitatief vraagstuk (de juiste zorgmedewerker, op de juiste plek, op het juiste moment). De kern zit 'm daarmee veel meer in anders werken en anders organiseren, in improviseren en tijdig anticiperen.

Dan blijkt al gauw dat het vergroten van de adaptiviteit niet enkel vanuit het organisatieperspectief, maar nadrukkelijk ook vanuit het medewerkersperspectief bekeken moet worden. Een medewerker wil regie voeren op de invulling van zijn of haar dagelijkse werk, loopbaan en combinatie van werk met privéleven. Dit vereist dat zorgorganisaties niet vanuit "gulzigheid" opereren, maar vanuit erkenning van het wederzijds belang van organisatie en zorgmedewerkers. Medewerkers vormen immers de organisatie, het aanpassingsvermogen van de medewerkers telt op tot een wendbare organisatie.

In hoofdstuk 4 schetst de commissie Werken in de Zorg hoe adaptiviteit op het gebied van personeel in de zorg er uit zou kunnen zien, zowel binnen organisaties als over organisaties heen georganiseerd. De structurele tekorten aan zorgprofessionals maken het vraagstuk van adaptiviteit ontegenzeggelijk complexer. Het biedt ook kansen, de noodzaak is NU echt aanwezig. Adaptiviteit is in alle gevallen nodig; het 'meeademen' dient te gebeuren, zowel binnen een ruime als een krappe arbeidsmarkt. Aanpassingsvermogen dient georganiseerd te zijn zodat medewerkers te allen tijde kunnen worden ingezet daar en op de manier waarop ze het meest nodig zijn.

De duurzame aanpak waar de commissie naar op zoek is, bestaat uit oplossingen die de adaptiviteit versterken en – door de onderliggende mechanismen waar ze op gebaseerd zijn - ook de structurele tekorten aan zorgprofessionals verkleinen.

Zijn dit soort oplossingen al zichtbaar? In verschillende instellingen en regio's worden nu concepten ontwikkeld, of zijn al operationeel, waarin aspecten hiervan te herkennen zijn. Het gaat bijvoorbeeld om alternatieve arbeidsproposities voor extern ingehuurd zorgpersoneel, om eenvoudiger manieren om gelijktijdig of opeenvolgend voor meerdere werkgevers te werken, of om het 'matchen' op skills in plaats van kwalificaties van mensen die in de zorg willen werken.

In bijlage 1 zijn bestaande voorbeelden opgenomen van dergelijke initiatieven die raken aan een adaptieve personeelsfunctie op verschillende niveaus.

### 3. Wat weten we van de behoeften vanuit het werkveld? Wat hebben we gehoord en gezien?

#### 3.1. Perspectief zorgorganisaties

Uit de gesprekken die de commissie met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders voerde kwam het volgende naar voren.

De personeelsfunctie van zorgorganisatie meer adaptief maken is een groot vraagstuk dat raakt aan vele andere actuele uitdagingen en dilemma's. Sommigen zijn van mening dat je pas adaptief kunt worden als je de tekorten hebt opgelost. Gegeven de demografie (ontgroening & vergrijzing) is het zeer de vraag of we die ideale situatie voor de zorg ooit gaan bereiken.

Daarnaast is er nogal wat variatie tussen zorgorganisaties wat de kwaliteit van hun werkgeverschap betreft en daarmee hun aanpassingsvermogen. Ook de omvang van de organisatie (een groot ziekenhuis heeft meer schuifruimte dan een kleine VVT-instelling) is van invloed op de uitgangspositie van individuele instellingen. En er zijn beperkende voorwaarden, bijvoorbeeld door wet- en regelgeving.

Net als de commissie leggen de gesprekspartners ook de link tussen adaptiviteit en andere grote thema's zoals anders werken (bijvoorbeeld inzet van technologie, preventie, mantelzorg), behoud van medewerkers en ketenzorg.

Kortom: het vergroten van het aanpassingsvermogen van de zorgorganisaties is onderdeel van het integrale vraagstuk van de transitie van de zorg!

Gegeven dit "veelkoppige monster": waar liggen op dit moment aangrijpingspunten om het aanpassingsvermogen te vergroten? Wat hebben we daarover geleerd en ervaren in de afgelopen periode, mede op basis van de drie genoemde landelijke initiatieven:

- Werkgevers hebben vooral behoefte aan geschoolde krachten (met name verpleegkundigen en verzorgenden niveau 3) en zijn vaak weinig geneigd te investeren in langdurige begeleidingstrajecten.
- Werkgevers willen hogere kosten van flexwerk terugdringen.
- Er bestaat een mogelijkheid te werken met een zogenaamd harmonicamodel. Dit houdt bijvoorbeeld in dat een IC-verpleegkundige kan opschalen naar drie tot vier patiënten tegelijk, in plaats van de gebruikelijke één of twee patiënten. Om dat mogelijk te maken, krijgt de IC-verpleegkundige hulp van bijvoorbeeld OK-medewerkers of verpleegkundigen. In algemene zin kunnen door goed te kijken naar te onderscheiden specialistische taken en meer routinematige taken andere teamsamenstellingen ontstaan. Binnen dergelijke teams zijn mensen breder inzetbaar.
- Het snel vergroten van de instroom door (tijdelijke) zij-instroom / van Werk naar Werk trajecten - waarbij gematcht wordt op skills in plaats van op diploma's - biedt enig soelaas. Tegelijkertijd worden ook beperkingen duidelijk, of dienen dergelijke trajecten anders aangevlogen te worden om effectief te zijn.
- Wat de crisis ook heeft opgeleverd is dat werkgevers hebben ervaren welk een verborgen potentieel medewerkers blijken te hebben. Ineens werd meer gevraagd en dat bleken mensen ook te kunnen en daar groeien ze enorm van. Slimme werkgevers gebruiken deze ervaringen om deze medewerkers zich verder te laten ontwikkelen zodat ze breder inzetbaar worden.
- Het opheffen van beperkende randvoorwaarden (bijvoorbeeld Btw-heffing) voor vormen van gezamenlijk werkgeverschap heeft een positief effect.

- De structuur van ROAZ en RONAZ heeft op veel plekken goed gewerkt. Regionaal heeft men de handen ineengeslagen om capaciteitsproblemen op te lossen.
- Vanuit zorgorganisaties wordt de relatie tussen financiering en modern werkgeverschap naar voren gebracht. Nieuwe collega's worden vaak nauwelijks boven-formatief ingezet om in te werken, omdat dit niet wordt vergoed, c.q. declarabel is. En regelmatig worden ook stagiaires 'productief' ingezet en niet boven-formatief. Tegelijk zijn hierin aanzienlijke verschillen tussen zorgorganisaties te zien. Wat zegt dit over de mate waarin en de specifieke plekken binnen de zorg waar het budget mogelijk een knelpunt is om modern werkgeverschap en meer aanpassingsvermogen te organiseren?

### 3.2. Perspectief zorgmedewerkers

Voor een duurzaam adaptieve zorgorganisatie is het zoals gezegd cruciaal dat zorgmedewerkers in staat en gemotiveerd zijn daar invulling aan te geven. Wat is hierin belangrijk vanuit het perspectief van zorgmedewerkers? Hoe en wanneer gaat dit werken?

- De basis ligt in een ontwikkelingsgerichte cultuur binnen zorgorganisaties. Is er ruimte om te leren, om fouten te maken, om je verder te ontwikkelen? De werkgever en leidinggevenden dienen deze ruimte te bieden, zowel in tijd als in klimaat.
- Dat betekent dat er tijd en ruimte is voor eigen opleiding en ontwikkeling. En even zo goed dat het begeleiden en helpen ontwikkelen van (nieuwe) collega's en leerlingen integraal onderdeel uitmaakt van het werk; begeleiding en coaching is onderdeel van de dagelijkse werkprocessen. En niet alleen voor verpleegkundigen, maar zeker ook voor verzorgenden.
- Het is belangrijk dat er voldoende oog is en blijft voor de kwaliteit van de zorgverlening. Adaptiviteit mag niet betekenen dat de kwaliteit van de zorg die patiënten krijgen onder druk komt te staan, doordat zorg wordt geleverd door medewerkers die onvoldoende gekwalificeerd zijn.
- Meer flexibiliteit in opleidingen wordt veelal als positief ervaren. Zoals wat gebeurt met CZO Flex Level. Samen met zorg- en opleidingsinstellingen vernieuwt CZO Flex Level de CZO-erkende (vervolg-) opleidingen voor gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunende zorgprofessionals. Die opleidingen worden ondergebracht in een samenhangend en flexibel stelsel. Opleidingen en leerroutes zijn daardoor straks meer flexibel en vernieuwend, waarbij sterker gekeken wordt naar eerder verworven competenties. Zo krijgen zorgverleners meer carrièremogelijkheden: ze worden efficiënter opgeleid, en kunnen makkelijker in- en doorstromen.
- Tegelijkertijd leeft er onder zorgprofessionals ook zorg over een 'doorslaan' van flexibilisering en versnippering, met name in het initieel onderwijs. Het blijft belangrijk dat allround sterke zorgprofessionals (verpleegkundigen en verzorgenden) worden opgeleid en ingezet. 'Even een cursus en dan aan het bed', baart zorgen.
- Veel zorgmedewerkers zullen best bereid zijn om tijdelijk op een andere plek of meer te werken als de omstandigheden daarom vragen, zeker als de toegevoegde waarde ook voor hen persoonlijk helder is. Als dat goed ondersteund en begeleid wordt kan dat prima. Veel zorgmedewerkers keren daarna graag weer terug naar het 'eigen team', waar men zich het sterkst mee verbonden voelt. Door vaker op een andere plek ingezet te worden blijkt het eigen team echter als het ware onderdeel uit te maken van een groter team, mogelijk zelfs boven instellingen.

- Onderzoek vanuit Stichting Het Potentieel Pakken in samenwerking met PGGM&CO onder 17.500 zorgmedewerkers, laat zien dat 1 op de 4 medewerkers best wel een groter contract zou willen, maar dat bepaalde zaken dan wel anders of beter geregeld moeten worden; kortom, dat er ook aandacht is voor wat voor de medewerker belangrijk is. Belangrijkste voorwaarden om meer te werken zijn roostering, flexibiliteit, beloning en een prettige organisatiecultuur. Om de drempel naar meer uren werken te verlagen heeft de Stichting de WerkUrenBerekenaar gelanceerd, een gebruiksvriendelijke tool waarmee werknemers binnen 10 minuten inzicht krijgen in wat meer (of minder) werken onder de streep betekent, dus inclusief belastingen en toeslagen.
- De vraag is hoelang zorgmedewerkers de emotionele en fysieke werkbelasting als gevolg van corona nog kunnen volhouden. De meerderheid van de Nederlandse verpleegkundigen, verzorgenden en artsen heeft na meer dan een jaar coronapandemie last van fysieke of mentale klachten, en vaak van een combinatie daarvan, zo komt naar voren in een peiling onder zeventuizend werknemers uit de sector<sup>2</sup>. Kortom, zorgmedewerkers hebben de komende periode tijd nodig om op adem te komen. Dit is tegelijkertijd een hindernis en een extra “case for change” voor meer adaptiviteit.
- Tegelijkertijd hebben zorgmedewerkers tijdens de coronacrisis, zeker in het begin, ook met ‘plezier’ gewerkt: het was zwaar en intens, maar er heerste ook teamgeest, er werd geïmproviseerd, zorgprofessionals werden op waarde geschat. Het geeft aan dat ‘je werk goed kunnen doen’ en daar erkenning voor krijgen de intrinsieke motivatie versterkt.
- We weten dat tijdens de coronacrisis in diverse instellingen zorgprofessionals zelf creatieve oplossingen voor tekortsituaties bedachten. We weten ook dat dit vaak heel positief ervaren is. Het is de kunst deze creativiteit van de zorgprofessionals zelf te benutten. Kortom, het belang en de meerwaarde van professionele ruimte zoals ook door de SER<sup>3</sup> wordt bepleit, wordt hiermee weer eens onderstreept.  
Bij de verdere uitwerking en inrichting van adaptieve structuren is het belangrijk zorgprofessionals hier vanaf het begin onderdeel van uit te laten maken, c.q. een stem in te geven.

### 3.3. Kwantitatief beeld

Zijn er cijfers beschikbaar die inzicht geven in het vraagstuk van adaptiviteit op het gebied van personeel? Tot dusver zijn er binnen het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (AZW) geen cijfers voorhanden die zicht geven op binnen welke regio’s er hoeveel tekorten waren aan specifieke zorgfuncties tijdens de verschillende golven van de coronapandemie.

Ook cijfers die zicht geven op hoe en waar het knelt tijdens bijvoorbeeld het griepseizoen of vakantieperiodes ontbreken. Dat betekent niet dat zulke schommelingen er niet zijn. De vraag is echter of uitgebreid kwantitatief onderzoek ons veel zal helpen.

Hierboven heeft de commissie al betoogd dat adaptiviteit op het gebied van personeel maar gedeeltelijk een volumevraagstuk is (te weinig zorgprofessionals in totaal). Het is vooral een kwalitatief vraagstuk (de juiste zorgmedewerker, op de juiste plek, op het juiste moment).

Neem bijvoorbeeld het tekort aan IC-verpleegkundigen dat in de afgelopen periode in veel ziekenhuizen problematisch is geweest. De aantallen laten zien dat er een structureel tekort is aan gediplomeerd IC-verpleegkundigen, nu en in de toekomst<sup>4</sup>. Toch lijkt het een vraagstuk dat door breder opleiden, anders werken, en anders organiseren, in de toekomst hanteerbaar gemaakt zou moeten kunnen worden. Hetzelfde

<sup>2</sup> <https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-meerderheid-zorgprofessionals-kampt-met-fysieke-en-mentale-klachten/>

<sup>3</sup> <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/arbeidsmarkt-in-zorg.pdf> (Aan de slag voor de zorg – een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt)

<sup>4</sup> <https://www.skipt.nl/nieuws/jaarliks-honderden-leerling-verpleegkundigen-voor-ic-te-weinig/?daily=1>

geldt voor andere plekken binnen de zorg.

Deze overtuiging maakt dat de commissie niet naarstig op zoek is naar meer cijfermatig inzicht, omdat zij verwacht dat de oplossing slechts in beperkte mate te vinden is in het ophogen van de aantallen binnen de huidige kaders.

#### **4. De drie landelijke initiatieven**

##### **4.1 Wat constateerde en adviseerde de commissie Werken in de Zorg eind 2020?**

*In een eerder advies schreef de commissie over de landelijke initiatieven: “Extra Handen voor de Zorg is een mooi initiatief om de vraag naar en het aanbod van extra zorgmedewerkers tijdens de coronacrisis bij elkaar te brengen. De aantallen mensen waar het om gaat - in combinatie met de specifieke behoeften van zorgwerkgevers en van (potentiële) zorgmedewerkers - vragen echter op organisatorisch en vakinhoudelijk vlak (bemiddeling) meer dan Extra Handen voor de Zorg tot dusver aankan.*

*De Nationale Zorgklas is een waardevol initiatief omdat het de potentiële ‘vijver’ van inzetbare mensen vergroot. Essentieel is dat mensen die een week van hun tijd investeren in de opleiding van de Nationale Zorgklas ook daadwerkelijk aan de slag kunnen. Het averechtse en daarmee frustrerende effect is groot als dit niet het geval is. De Nationale Zorgklas dient in haar opleidingen aan te sluiten op de vraag van zorgorganisaties (de gedefinieerde werkpakketten) en in samenwerking met Extra Handen voor de Zorg een strikte capaciteitsplanning te hanteren. Dus niet meer mensen opleiden dan de voorziene vraag.*

*In algemene zin kan gesteld worden dat zorgorganisaties zaten te springen om extra zorgprofessionals, terwijl het aanbod van mensen die zich meldden om te komen helpen vooral bestond uit extra ‘handen’ die in ondersteunende zin een bijdrage zouden kunnen leveren.”*

Wat kon er beter in de aanpak die ervoor moet zorgen dat mensen die als zorgmedewerker tijdelijk bij willen springen op een passende plek aan de slag gaan en daar van toegevoegde waarde zijn? De commissie Werken in de Zorg deed hierover een aantal aanbevelingen, die in het advies over Extra Handen voor de Zorg<sup>5</sup> (december 2020) nader zijn toegelicht.

##### **Aanbeveling aan Extra Handen voor de Zorg en de zorgwerkgevers**

- Leer van defensie en van het Rode Kruis. Structureer de hulpvraag in goed afgebakende ‘werkpakketten’.

##### **Aanbevelingen aan Extra Handen voor de Zorg**

- Lever pasklare mensen aan de zorgorganisaties.
- Zoek in de bemiddeling tussen vraag en aanbod naar de juiste verhouding tussen de menselijke maat en ondersteuning door een digitaal proces.
- Zorg dat de bemiddelaars zowel de vraag als het aanbod kennen en die bij elkaar brengen.

##### **Aanbeveling aan Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas**

- Als je mensen opleidt in de Nationale Zorgklas, dan moeten ze ook aan het werk kunnen.

##### **Aanbevelingen aan VWS**

- Investeer in de bemiddelaars, het zijn de ‘basisspelers’ in het matchingsproces.

---

<sup>5</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/12/17/advies-commissie-werken-in-de-zorg-tav-extra-handen-voor-de-zorg-mooi-initiatief-lessen-geleerd-nu-verbeteren>

- Sluit aan bij bestaande en goed werkende regionale organen voor de coördinatie van personeelscapaciteit tijdens de crisis.

## 4.2 Hoe hebben de drie initiatieven zich sindsdien ontwikkeld? En wat zijn de ambities?

### Extra Handen voor de Zorg

Mede naar aanleiding van het advies van de commissie Werken in de Zorg is een flinke impuls aan Extra Handen voor de Zorg gegeven:

- Samen met het aanstellen van een nieuwe projectleider is een flink aantal andere mensen ingezet, *recruiters* met expertise in matching. Deze mensen kennen zowel de 'vraag' als de 'aanbod' kant en brengen deze bij elkaar.
- De processen zijn strakker georganiseerd. Er is daardoor een betere grip en een betere informatievoorziening.
- Iedereen in het bestand van aanmeldingen is weer benaderd.
- De relaties met de 14 regionale contactpunten zijn geïntensiveerd en de processen geprofessionaliseerd. Dit bleek soms weerbarstig. Er zijn aanzienlijke verschillen in hoe de verschillende regionale werkgeversorganisaties in dit proces opereren.

Dit jaar is er van 1 januari t/m 11 juni 4235 keer iemand aangeboden op een aanvraag van een zorgorganisatie. Dit betrof ongeveer 2900 verschillende mensen. Van die 2900 mensen zijn er ongeveer 1600 door een zorgorganisatie geaccepteerd<sup>6</sup>. Daarmee is een hogere conversie gerealiseerd dan tijdens de eerste golf.

Toch zijn de resultaten in de afgelopen periode niet helemaal geworden als gehoopt.

Wat ging nog niet zoals gewenst?

- Zorgorganisaties gaan nog steeds maar zeer beperkt aan de slag met anders werken en anders organiseren; zoals het 'afsplitsen' van niet zorginhoudelijke taken, zodat verpleegkundigen en verzorgenden zich op de zorginhoudelijke taken kunnen focussen. Daardoor blijven enkel zorgprofessionals goed bemiddelbaar en andere 'handen' veel minder.
- Zorgorganisaties hanteren hun reguliere werving- en selectieprocedures in plaats van een crisisaanpak. Dit in tegenstelling tot Extra Handen voor de Zorg. Er zijn voorbeelden dat Extra Handen voor de Zorg binnen 24 uur mensen voorstelt en dat de HR-afdeling vervolgens meerdere dagen de tijd neemt om naar Cv's te kijken en vervolgstappen te bepalen. Dit terwijl er in het primaire proces wel degelijk sprake is van een crisissituatie. HR maakt regelmatig geen onderdeel uit van bijvoorbeeld een crisisteam en is dan onvoldoende aangesloten op de crisis(aanpak) in eigen huis.
- Als 'extra handen' worden ingezet dan ontvangen zij regelmatig geen goed en warm welkom op de werkvloer. Nieuwelingen zijn 'lastig', want kosten extra begeleidingstijd. Ze kunnen niet naadloos aansluiten bij 'hoe we de dingen hier doen'. Uit vele gesprekken die de commissie Werken in de Zorg voerde blijkt dit een hardnekkig cultuuraspect te zijn.

Op dit moment is het idee dat de taken en het bestand van belangstellenden van Extra Handen voor de Zorg in de loop van dit jaar overgedragen gaan worden naar de regionale werkgeversorganisaties. Deze organisaties hebben veelal als frontoffice voor Extra Handen voor de Zorg gefungeerd.

Deze vorm van adaptiviteit kan daarmee ingepast worden in staande organisaties.

### Nationale Zorgklas

Aanvankelijk was de veronderstelling dat er tijdens de coronacrisis veel extra handen nodig waren en dat mensen met een beetje bagage een bijdrage zouden kunnen leveren. Al gauw bleek dat de online-cursus van

<sup>6</sup> Deze cijfers zijn aangereikt door Extra Handen voor de Zorg. De laatste twee cijfers zijn benaderingen.

een week die de Nationale Zorgklas aanbod slechts in beperkte mate aansloot op de vraag vanuit de zorginstellingen. Men was slechts beperkt in staat om deze extra krachten in te zetten op plekken om zorgprofessionals te ontlasten.

Sinds vorig jaar december is het accent daarom verlegd van de kortdurende cursussen (crisis scholing) naar opleiden voor niveau 2 en 3 mbo-certificaten. Per mei 2021 volgden 1.055 mensen deze opleidingen. Dit concept is bedoeld om structureel zijinstroom te genereren en faciliteren, dus is geen crisisaanpak. Op deze manier is het een extra wervingskanaal geworden.

Eind 2020 was duidelijk hoe lastig de inzet was van mensen die de 1 week durende training volgden. Desondanks hebben in de maanden januari tot en met mei 2021 nog zo'n 2400 mensen deze training gevolgd. Van deze groep is slechts ongeveer een kwart ingezet in een zorginstelling, waarvan ongeveer de helft via Extra Handen voor de Zorg en de helft via eigen contacten<sup>7</sup>. De commissie Werken in de Zorg is bezorgd wat dit proces gedaan heeft met de interesse en motivatie voor de zorgsector van alle overige opgeleide mensen. Inmiddels heeft de Nationale Zorgklas besloten de training te *reframen* van opleiding naar een eerste oriëntatie op werken in de zorg. En sinds april 2020 leidt de Nationale Zorgklas de door hen opgeleide personen niet meer door naar Extra Handen voor de Zorg.

Het stichtingsbestuur van de Nationale Zorgklas buigt zich momenteel over de vraag hoe verder in 2022. Tot nu toe was VWS de belangrijkste financier, maar dit zal naar verwachting na de coronacrisis niet meer zo zijn. De Nationale Zorgklas zal dan gedragen moeten worden door het werkveld; de zorgaanbieders en de opleidingswereld (er zijn immers veel docenten nodig). In juni zal de besluitvorming in het bestuur van de Nationale Zorgklas afgerond zijn.

Veranderkundig werpt de Nationale Zorgklas licht op een paar relevante fenomenen:

- Initiatiefnemer Actiz ziet bij de eigen achterban (VVT) onvoldoende crisisbewustzijn en gedrevenheid om de eigen organisaties te veranderen. De crisis heeft een aantal zaken blootgelegd, maar er lijkt nog onvoldoende urgentie. Zo wordt de kans om zijinstroom via deelcertificaten te gaan organiseren kennelijk niet breed opgepakt. Verder gaat het om hetzelfde soort aandachtspunten voor zorgorganisaties als hierboven beschreven in het gedeelte over Extra Handen voor de Zorg.
- Er is de nodige spanning ontstaan tussen de Nationale Zorgklas en de ROC's. In de perceptie van het mbo-veld ging de Nationale Zorgklas zich in plaats van als crisisinterventie als reguliere opleider gedragen, door arrangementen rondom opleiden voor mbo-certificaten op te zetten. Dit concurreert met het derde leerweg aanbod van ROC's. Zij zien hun contractonderwijs afnemen en maken zich zorgen over de eigen werkvoorraad. Actiz ziet de Nationale Zorgklas juist als een extra prikkel voor het mbo om te vernieuwen.

### Extra Zorg Samen - zorgreservisten

De stichting Extra Zorg Samen is begin dit jaar gestart met een nieuwe formule gericht op oud-zorgprofessionals. Dit is een groep die zich verbonden voelt met de zorg en graag wil bijspringen maar wel regie wil houden op de voorwaarden. Goed overleg over werktijden en beschikbaarheid etc. is daarom essentieel. Community vorming is het vehikel om deze mensen te binden aan het doel van de Nationale Zorgreserve en aan de instellingen waar zij in tijden van piekbelasting kunnen bijspringen.

Zorgreservisten zijn een diverse groep die onder meer bestaat uit oud-zorgprofessionals die in een andere sector zijn gaan werken, die binnen de zorgsector een andere (niet zorg-inhoudelijke) functie vervullen, of die (binnenkort) met pensioen gaan maar nog wel met enige regelmaat een bijdrage willen leveren.

---

<sup>7</sup> Deze cijfers zijn gebaseerd op een enquête die gehouden is onder deelnemers aan de Nationale Zorgklas. Niet iedereen heeft op (alle vragen van) deze enquête gereageerd. De hier vermelde inschattingen zijn gebaseerd op een extrapolatie van de beschikbare gegevens.



Het idee is dat er regionale communities van zorgreservisten ontstaan, waarbij zorgreservisten elkaar en organisaties in de regio die gebruik willen maken van zorgreservisten leren kennen. Door met enige regelmaat ingezet te worden - niet enkel bij een grote piek als een pandemie, maar bijvoorbeeld ook in vakantieperiodes - ervaren zorgreservisten verbondenheid en blijven zij voor zorgorganisaties goed inzetbaar. Er wordt een minimumeis gesteld aan het aantal dagen per jaar dat iemand werkt, om zo voldoende routine te verzekeren.

Extra Zorg Samen heeft hierbij een aantal adviezen van de commissie Werken in de Zorg toegepast. 'Matching' vindt plaats aan de hand van 4 activiteitenpakketten<sup>8</sup>. Deze zijn opgesteld met FWG<sup>9</sup>. De zorgreservist kiest het pakket en bij welke zorginstelling(en) hij/zij aan de slag zou willen gaan. Zorgorganisaties geven aan welke behoefte er is in termen van de activiteitenpakketten en houden daarbij rekening met de benodigde begeleiding.

Het concept van de Nationale Zorgreserve verschilt op een aantal punten met dat van Extra Handen voor de Zorg:

- Extra Handen voor de Zorg is speciaal ingericht voor de coronacrisis, Extra Zorg Samen beoogt een structurele bijdrage te leveren aan de adaptiviteit op het gebied van personeel tijdens verschillende soorten pieken (vakantie, griepseizoen, een volgende pandemie).
- Extra Handen voor de Zorg werkt primair vraaggericht (invulling van de vraag vanuit de zorginstellingen). Extra Zorg Samen gelooft dat je de regie bij de (ex)zorgprofessional moet leggen. De zorgreservist moet zich "gehoord, gezien en erkend voelen om in beweging te komen".
- Extra Handen voor de Zorg verzorgt actief de matching tussen vraag en aanbod. De Nationale Zorgreserve zorgt dat de basis gelegd is en laat de concrete matching aan de partijen zelf over. De zorgorganisatie plaatst een vraag op een digitaal platform en de zorgreservist kan daarop reageren. Verwachting is dat dit zo kan werken omdat men elkaar al kent.
- Zorgreservisten zijn oud-zorgprofessionals. Extra Handen voor de Zorg heeft ook getracht niet-zorgprofessionals tijdelijk in te zetten voor ondersteunende taken.

Er draaien nu 3 pilots (februari tot heden) om te testen, te leren en bij te stellen, vanuit de vraag wat nodig is om mensen met activiteitenpakketten in teams in te zetten bij zorginstellingen ten tijde van pieken.

Het werven van zorgreservisten die zich duurzaam willen verbinden aan de Nationale Zorgreserve is in april 2021 gestart. Er worden telefonische welkomsgesprekken gevoerd met iedere aangemelde zorgreservist binnen 24 uur na aanmelding. Vanaf 4 mei loopt er een landelijke wervingscampagne via krant, social media en radio.

Het beeld bij de initiatiefnemers van Extra Zorg Samen is dat zij het stokje overnemen van Extra Handen voor de Zorg. Extra Handen voor de Zorg heeft de tijdelijke inzet tijdens de coronacrisis gefaciliteerd. Extra Zorg Samen draagt bij aan het voorbereid zijn op volgende pieken.

Hoe zit het met de rol en positie van de stichting Extra Zorg Samen na de huidige opstartfase? Er wordt gewerkt aan een regionaal implementeerbaar concept voor de zorgreservisten. Landelijk worden alleen de minimale randvoorwaarden uitgezet:

- Standaardisatie van activiteitenpakketten
- Registratie
- Zorgreservisten in beeld en in contact brengen (communicatie)
- Regio's van elkaar laten leren
- Kanaal naar VWS, landelijke regelingen

---

<sup>8</sup> De vier activiteitenpakketten zijn gedetailleerd uitgewerkt en betreffen:

- Basiszorg en contact met zorgvragers
- Meer verantwoordelijkheid bij de zorg (waar nodig onder supervisie)
- Verpleegkundige zorg (BIG geregistreerd)
- Verpleegkundige bewakingszorg (BIG geregistreerd)

<sup>9</sup> FWG Progressional People is een advies- en onderzoeksbureau voor HR in de zorg.

## 5. Conclusies en aanbevelingen van de commissie Werken in de Zorg

### 5.1 Hoe ziet adaptiviteit op het gebied van personeel in de zorg eruit?

#### **Op organisatieniveau**

Er bestaan natuurlijk al veel vormen van flexibele personeelsinzet door organisaties in de zorg. Denk aan het overwerken door medewerkers, de inzet van oproepkrachten, uitzendkrachten en zzp-ers. Dit zijn interne en externe manieren om het aanpassingsvermogen, de wendbaarheid van zorgorganisaties te organiseren. De constatering is dat deze huidige vormen onvoldoende bijdragen aan de benodigde adaptiviteit. Bovendien kennen ze verschillende nadelen, zowel voor de werkgevers (bijvoorbeeld de hogere kosten van uitzendkrachten en zzp-ers) als voor de zorgprofessionals (o.a. financiële onzekerheid op korte en/ of lange termijn). Indien het ophanden zijnde kabinet het recente SER-advies<sup>10</sup> gaat overnemen dienen organisaties bovendien hun beleid rond de inzet van externe flexibiliteit te heroverwegen.

Naar mening van de commissie Werken in de Zorg laten veel werkgevers kansen liggen om de adaptiviteit op het gebied van personeel wezenlijk te vergroten. De commissie ziet de volgende kansen:

- Tijdelijke extra inzet of contractuitbreiding voor zorgprofessionals die parttime werken.
- Meer gebruik maken van een flexibele jaarsystematiek, waardoor sommige periodes meer en andere periodes minder gewerkt kan worden.
- Tijdelijke inzet van zorgprofessionals op een andere afdeling of locatie dan die waar men gebruikelijk werkt (met aandacht voor de juiste scholing en begeleiding).
- Het breder toepassen van het harmonicamodel zoals dat tijdens de coronatijd gebruikt werd op de IC's. Wanneer een piek ontstaat in complexe zorgverlening (van welke aard en in welke branche binnen zorg en welzijn dan ook), ondersteun dan de zorgprofessionals die dergelijke zorg bieden met collega's die veel ervaring hebben met aanverwante zorg, maar niet de betreffende specialisatie hebben. Dit betreft dan zeer capabele ondersteuning die veel werk uit handen kan nemen. Zo heeft de gespecialiseerde zorgprofessional de handen vrij om de meest complexe zorg te leveren, zonder al te veel tijd kwijt te zijn aan begeleiding van de tijdelijke collega's. Zo kan een tijdelijk verplaatsen van de inzet van zorgprofessionals binnen een organisatie plaatsvinden. Het is vaak gemakkelijker om wat minder gekwalificeerde tijdelijke inzet aan te trekken. Door het kunnen verplaatsen van de inzet van de meer gekwalificeerde krachten kan de totale opgave die voorligt dan toch ingevuld worden.
- Kijk naar de 'zorgreservisten' die je in eigen huis hebt. Beleidsmedewerkers of leidinggevenden die niet meer in de directe patiëntenzorg werken, maar wel een zorgachtergrond hebben en graag af en toe zouden willen bijspringen. In algemene zin is het interessant om te kijken naar functies waarin patiëntenzorg, onderwijs/begeleiding en beleid gecombineerd worden. Voor artsen is dit heel gebruikelijk, waarom niet voor verpleegkundigen? Organiseer en faciliteer dit.

Voor bovenstaande oplossingen geldt dat deze vanuit vrijwilligheid ingezet dienen te worden en geborgd moeten worden in goed HR-beleid. Welke zorgprofessionals vinden het vanuit loopbaanontwikkeling, afwisseling, tijdelijk meer kunnen verdienen, of welke reden dan ook interessant om tijdelijk elders en / of extra ingezet te worden? Ga het gesprek daarover aan! En doe dit *voordat* nieuwe pieken zich aandienen, zodat ook een goede voorbereiding ingezet kan worden.

#### **Op regionaal niveau**

Zorgorganisaties kunnen hun eigen adaptiviteit dus deels zelf organiseren. Maar afhankelijk van de aard en omvang van de pieken in de personeelsbehoefte is samenwerking met andere zorgorganisaties onontbeerlijk.

---

<sup>10</sup> [Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving](#)

Dergelijke organisatie overstijgende adaptiviteit laat zich het beste organiseren tussen regionaal samenwerkende zorgorganisaties. Zorgmedewerkers zijn (begrijpelijkerwijs) in beperkte mate bereid om ver te reizen voor hun werk. Dit geeft een natuurlijke beperking in de geografische schaal waarop samengewerkt kan worden om adaptiviteit op het gebied van personeel te organiseren. Bovendien is het belangrijk dat partijen elkaar goed kennen en vertrouwen om de inzet van zorgprofessionals over organisaties heen tot werkelijkheid te maken.

Hoe kunnen organisaties in regio's gezamenlijk meer adaptiviteit organiseren? Daarvoor zijn verschillende vormen mogelijk. Afhankelijk van de regionale context kan gekeken worden welke vormen het beste passen.

- Een belangrijk vertrekpunt is een regionale strategische personeelsplanning: deze geeft inzicht in wat er nu en in de toekomst nodig is qua aantallen en aard van zorgprofessionals. En in hoe die behoefte kan variëren, op relatief makkelijk tot zeer lastig te voorspellen wijze (continuüm van vakantieperiode, griepseizoen tot pandemie).
- Door het ontwikkelen van structurele samenwerkingsverbanden tussen een aantal zorgorganisaties, die onderlinge 'uitwisseling' van zorgprofessionals faciliteren. Dergelijke samenwerkingsverbanden doen dit in aansluiting op verschillende motieven van zorgprofessionals, waaronder: behoefte aan (tijdelijke) afwisseling, in het kader van opleiding en ontwikkeling (nieuwe kennis, vaardigheden en ervaring opdoen), het laagdrempelig kennismaken met een andere branche binnen zorg en welzijn om te kijken of die bij je past en uitbreiding van uren bij een andere werkgever onder hetzelfde contract. Deze uitwisseling wordt structureel georganiseerd en kan worden geïntensiveerd op het moment dat er sprake is van pieken in de personeelsbehoefte. De zorgprofessionals zijn hier dan al goed op voorgesorteerd. Het is ook van belang het onderwijs hierbij aan te haken.
- Gecombineerde functies over verschillende organisaties heen kunnen bijdragen aan het aanpassingsvermogen. Denk aan gecombineerde functies van ambulance- en seh-verpleegkundige, of van verpleegkundige in de wijk en in het ziekenhuis of verpleeghuis. Dergelijke functies hebben hun basis in het anders inrichten van zorgpaden binnen de keten.
- Zorgorganisaties kunnen individueel, maar ook in regionale samenwerking, een community van zorgreservisten ontwikkelen. Zorgprofessionals die met pensioen zijn of die niet meer in de directe zorgverlening werkzaam zijn, worden dan aan zorgorganisaties met een piekbehoefte verbonden. Hiermee wordt een groep / potentieel bereikt die anders onbenut blijft.
- Ook gezamenlijke zij-instroomarrangementen kunnen zo ingericht worden dat nieuwe zorgmedewerkers van meet af aan opgeleid en voorbereid worden om organisatie overstijgend ingezet te worden. Verder kunnen zij-instromers in tijden van pieken in eerste instantie aangetrokken worden om 'bij te springen', waarbij ze tegelijkertijd kennismaken met de zorg en kunnen beoordelen of de sector hen daadwerkelijk bevalt.

#### *Wat als het echt crisis is?*

Initiatieven zoals hierboven genoemd kunnen gecoördineerd en ondersteund worden door de regionale werkgeversorganisaties. Verder is het belangrijk dat er afspraken gemaakt worden over een regionaal coördinatiemechanisme voor momenten dat er landelijk of regionaal sprake is van een *grote* piek in de personeelsbehoefte. Het is verstandig daarvoor aan te sluiten bij coördinatiemechanismen die regionaal al bestaan en die goed werken voor de coördinatie van de patiëntenlogistiek, bijvoorbeeld bij het overleg van de ROAZ<sup>11</sup> of RONAZ<sup>12</sup>. Daar bestaat gezamenlijk overzicht van pieken in de zorgvraag en daarmee in de personeelsbehoefte. Vanuit de gezamenlijke opgave die op een bepaald moment voorligt kunnen zorgmedewerkers in overleg dan tijdelijk elders ingezet worden.

Het is belangrijk de ROAZ/RONAZ structuren hiervoor mandaat te geven met doorzettingsmacht. En om hen te

---

<sup>11</sup> De aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen nemen deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), om in regionaal verband betere samenwerking binnen de acute zorg te bewerkstelligen en te waarborgen.

<sup>12</sup> Regionaal Overleg Niet Acute Zorgketen (RONAZ). Het doel van dit overleg is om beleidslijnen en adviezen in organisaties die verantwoordelijk zijn voor de langdurige – niet acute – zorg snel met elkaar te kunnen uitwisselen. Het gaat dan met name om verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorgorganisaties.

vragen een governance overeen te komen, waarbij een draaiboek wordt uitgewerkt waarin vooraf duidelijk is wie waarover gaat en waarin de ketenaanpak (ziekenhuis – zorghotel – vvt – thuiszorg – informele zorg) wordt bestendigd voor de betreffende regio. De wijze van bemensing is hiervan een belangrijk onderdeel. Dit dient ondersteund te worden door een partij die dit proces faciliteert / uitvoert. Ook hiervoor lijken de regionale werkgeversorganisaties de meest logische partij te zijn. Hier gaat het echt om een crisisaanpak. Het is belangrijk die helder te onderscheiden van de reguliere aanpak van adaptiviteit.

De insteek van de commissie is dus om voor regionale coördinatie niet een nieuwe organisatie op te tuigen, maar de bestaande structuren te leren 'nieuw' te handelen. De regionale coördinatie kan in een crisissituatie besluiten een initiatief als Extra Handen voor de Zorg in de eigen regio te reactiveren. Daarbij is het belangrijk dat rekening wordt gehouden met de lessen uit de coronaperiode. Schrijf een draaiboek dat bij een grote piek in werking wordt gesteld. En oefen met enige regelmaat gezamenlijk hoe in dit soort situaties te handelen.

### **Op landelijk niveau**

Naar het idee van de commissie Werken in de Zorg moeten op landelijk niveau vooral in randvoorwaardelijke zin een aantal zaken georganiseerd worden om adaptiviteit binnen en tussen organisaties mogelijk te maken. Die beschrijven we in de volgende paragraaf.

## **5.2 Wat is er nodig voor meer adaptiviteit en wie heeft daarin wat te doen?**

### **Op organisatieniveau**

De hierboven geschetste invullingen van adaptiviteit op organisatieniveau veronderstellen, c.q. hebben als succesvoorwaarde, dat zorgorganisaties **modern werkgeverschap** laten zien. In het advies dat de commissie Werken in de Zorg eind 2020<sup>13</sup> uitbracht over behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals wordt dit begrip geïntroduceerd.

Modern werkgeverschap bestaat uit verschillende elementen die de commissie beschrijft met als kapstok de drie pijlers van goed werk die de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid benoemt: grip op geld, grip op het werk en grip op het leven. Als deze elementen in samenhang, integraal, worden ingevuld, dan is sprake van modern, aantrekkelijk werkgeverschap. Bijlage 2 geeft een volledige beschrijving van de elementen van modern werkgeverschap.

Hier worden een aantal elementen van modern werkgeverschap uitgelicht die extra van belang zijn voor een adaptieve personeelsvoorziening:

- *Geef zorgprofessionals de gelegenheid zich blijvend te ontwikkelen, zodat zij zich competent voelen in het geen van hen gevraagd wordt en zij een interessant loopbaanperspectief hebben.*  
Als zorgprofessionals zich breder kunnen ontwikkelen dan zijn zij ook breder inzetbaar, wat de adaptiviteit ten goede komt. Tegelijkertijd kunnen zorgprofessionals tijdelijke inzet op een andere plek benutten voor hun verdere loopbaanontwikkeling.
  
- *Maak dat zorgprofessionals zich verbonden voelen met het eigen team, de leidinggevende en de organisatie, doordat:*
  - I. Zij waardering ervaren*
  - II. De leidinggevende een omgeving creëert waarin zeggenschap en verantwoordelijkheid gedeeld worden met medewerkers in het team*
  - III. Er sprake is van een open klimaat, gericht op samenwerking en leren*Deze aspecten vragen extra aandacht als zorgprofessionals op andere plekken binnen of buiten de eigen organisatie worden ingezet. Een goed 'welkom' en begeleiding op de nieuwe plek zijn essentieel. Men moet het gevoel krijgen dat de inzet op de nieuwe plek gewaardeerd wordt en dat er ruimte is om dingen anders te doen. Deze 'zachte' factoren zijn essentieel bij het doen slagen van tijdelijke inzet op een andere

<sup>13</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/11/10/behoud-en-betrokkenheid-van-zorgprofessionals>

plek. De leidinggevende vervult hierin een cruciale rol door te verzekeren, samen met het team, dat er sprake is van een open klimaat waarin de tijdelijke collega's zich werkelijk welkom en verbonden kunnen voelen. Het team als thuisbasis van de medewerker dient een moderner jasje te krijgen dan telkens met dezelfde collega's en in dezelfde opstelling samen te werken. Een gemengd team, waar ieders skills en competenties gewogen en gewaardeerd worden en samen optellen tot een eigentijds succesvol team.

Verder is het geven van zeggenschap en verantwoordelijkheid aan zorgprofessionals essentieel voor een adaptieve organisatie. Professionals die zich erkent voelen, die hun goede ideeën delen en (samen) verantwoordelijkheid nemen voor wat er anders en beter kan, geven een enorme boost aan de adaptiviteit van een team en een organisatie. Laat het bedenken van oplossingen voor de vraagstukken van de organisatie niet het primaat zijn van enkel de staf en de leidinggevendenden. Benut het leiderschap van de zorgprofessionals. De commissie wil benadrukken dat dit ook geldt voor alle "hulptroepen" die extern ingezet worden. Iedere medewerker moet zich gewaardeerd voelen door dat hij of zij bijdraagt aan het grotere geheel, ongeacht contractvorm of rol.

- *Geef zorgprofessionals invloed op hun werktijden en roostering.*

Ook dit is een aspect van modern werkgeverschap dat altijd van belang is, maar zeker wanneer zorgprofessionals extra en / of op andere plekken dan men gewend is worden ingezet. Erken als werkgever dat de zorgprofessional bereid is zich extra / anders voor de organisatie in te zetten en doe er alles aan om dit naar de behoeften van de zorgprofessional zo optimaal mogelijk te accommoderen.

Voer generationeel HR-beleid, o.a. door verschillende behoeften in verschillende contracten te vertalen.

Modern werkgeverschap is primair de verantwoordelijkheid van de bestuurder. Modern werkgeverschap en HR moeten goed bestuurlijk verankerd zijn en daar veel meer aandacht krijgen. Bestuur en leidinggevendenden hebben een stevige HR-functie hard nodig om dit tot werkelijkheid te maken.

Dit vraagt om een herdefiniëring van de HR-functie. De huidige vaak vooral administratief en instrumenteel georiënteerde HR-afdelingen behoeven versterking ten behoeve van een meer strategische positionering. Dat vraagt investering in de verdere professionalisering van deze staffunctie. Bestuurders dienen hun eigen kennis over modern werkgeverschap en wat dit vraagt te vergroten, door zich intensief te laten voeden door bekwame HR-professionals. Hetzelfde geldt voor de leidinggevendenden op alle niveaus.

Naast modern werkgeverschap dienen zorgorganisaties nu echt te gaan inzetten op '**anders werken**'. In het advies dat de commissie Werken in de Zorg eind 2020<sup>14</sup> uitbracht over sociale en technologische innovatie wordt hier uitgebreid bij stilgestaan. 'Anders werken' is nodig om de structurele personeelstekorten in de toekomst het hoofd te kunnen bieden, maar even zo goed om adaptiever te worden.

Het minder rigide hanteren van beroeps- en functie-eisen is belangrijk; zorgorganisaties moeten verder kijken dan dat op een afdeling standaard een vast aantal gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden IG hoort te 'staan'. Er zijn voorbeelden te over dat het kan. Een mooi voorbeeld is het inrichten van afdelingen waar leerlingen in principe de zorgverlening uitvoeren en daarbij intensief gecoacht en begeleid worden door gediplomeerden. Dergelijk oplossingen vragen om een 'open mind' en bereidheid om te onderzoeken hoe de zorg anders ingevuld kan worden dan men gewend is en toch goed kan zijn. Het vraagt dat op teamniveau gekeken wordt naar welke competenties en kwalificaties nodig zijn om het totaal aan werk te kunnen doen. Het vraagt van de professional niet "gewoon" je werk te doen maar gevoel te krijgen en te houden bij alle werkzaamheden die verricht dienen te worden, wat je kan leren en op welke manier je het team beter kunt laten worden door de individuele competenties op te laten tellen.

---

<sup>14</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/12/17/advies-commissie-werken-in-de-zorg-over-sociale-en-technologische-innovatie>

### **Op regionaal niveau**

Adaptiviteit op regionaal niveau werkt als zorgorganisaties hun **gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid** als uitgangspunt nemen, boven het belang van de eigen individuele instelling. Dit uitgangspunt zou leidraad moeten zijn voor alle regionale zorgpartijen en voor zorgprofessional tot Raad van Toezicht.

Deze gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid krijgt een push als de zorgorganisaties en hun ecosysteem een regionale toekomstvisie voor de zorg ontwikkelen. Hoe ziet de zorgvraag in onze regio in de toekomst er uit (regiobeeld) en hoe gaan we daar samen invulling aan geven? Dat geeft een solide basis voor samenwerking aan de structurele personeelstekorten, maar ook voor het samen organiseren van adaptiviteit. De regionale werkgeversorganisatie kan het voortouw nemen in de ontwikkeling van een dergelijke toekomstvisie.

Voor de regionale coördinatie van personeelsinzet over organisaties heen, met name in tijden van grote pieken in de zorgbehoefte, is een rol weggelegd voor bestaande coördinerende structuren als ROAZ en RONAZ en een ondersteunende / faciliterende rol van de regionale werkgeversorganisaties. Deze werkgeversorganisaties dienen dan wel de expertise te hebben of in huis halen om de inzet professioneel organisatieoverstijgend te organiseren.

Adaptieve zorgorganisaties hebben adaptief onderwijs nodig. Ook het onderwijs kan bijdragen aan het aanpassingsvermogen, bijvoorbeeld door 'cross-overs' in opleidingen en door het leren zoveel mogelijk op de werkplek te laten plaatsvinden. En door studenten vanaf het begin van de studie er bewust van te maken dat ze niet 'eenmalig' voor een baan worden opgeleid, maar voor een loopbaan waar continu blijven leren en ontwikkelen onderdeel van uitmaakt.

Kijk naar artsen: zorgprofessional zijn is ook voortdurend blijven ontwikkelen én begeleiden. Dat dient aan alle zorgprofessionals (dus ook verpleegkundigen en verzorgenden) meegegeven te worden en in de samenwerking van onderwijs en zorgorganisaties gestalte te krijgen.

### **Op landelijk niveau**

De rijksoverheid dient een aantal randvoorwaarden voor adaptiviteit op het gebied van personeel te realiseren. Dit betreffen punten die in de afgelopen jaren al vaker opgetekend en geadviseerd zijn, maar nu om doorslaggevend actie vragen.

- Zorg dat meer werken ook daadwerkelijk loont. Indien het wegvallen van toeslagen of andere voordelen maakt dat extra werken per saldo niet of nauwelijks extra inkomen geeft, dan zullen mensen er niet snel voor kiezen. Regel dit.
- Maak het mogelijk dat zorgorganisaties onderling personeel uitwisselen zonder dat dit aanzienlijke extra kosten oplevert. De coronatijd heeft laten zien hoe veel adaptiviteit het tijdelijk bevrozen van de Btw-regel oplevert. Regel dit nu structureel.
- Bekrachtig regionale samenwerking op het gebied van personeel door dit te belonen in financiering. Geef bijvoorbeeld financiering aan initiatieven op het gebied van gezamenlijk werkgeverschap over verschillende branches in de zorg heen. De voorwaarden die gesteld worden aan dergelijke financiering kunnen richtinggevend zijn. Ga alleen in zee met duurzame samenwerkingsverbanden, verminder zoveel mogelijk de versnippering in de financiering, zodat het voor de regio loont om de handen in een te slaan. Verleen meerjarige financiering, zodat ook echt duurzaam iets opgebouwd kan worden.
- Vraag het Actie Leer Netwerk "adaptieve zorgorganisatie" te thematiseren, goede voorbeelden en kennis te verzamelen en handreikingen te ontwikkelen.
- Bied ruimte aan innovatieve vormen van opleiden en stagebegeleiding vanuit het stagefonds. Denk aan het inhuren van externe begeleiders die vroeger in de zorg hebben gewerkt en de hiervoor al genoemde leerafdelingen.
- Voor de CZO-erkende (vervolg-) opleidingen voor gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunende zorgprofessionals maakt het capaciteitsorgaan ramingen over de benodigde

capaciteit op landelijk niveau (en uitgesplitst naar de regio's). Iets vergelijkbaars gebeurt niet voor de initiële opleidingen van o.a. verpleegkundigen en verzorgenden. Die cijfers ontbreken. Het zou nuttig kunnen zijn om dergelijke landelijke ramingen ook te maken voor de initiële zorgopleidingen. Het capaciteitsorgaan zou deze ramingen kunnen maken vanuit een adviserende rol, dus niet zo zeer als een dwingend kader. Welke (extra) capaciteit is naar verwachting in zijn totaliteit nodig en welke (extra) capaciteit is voorzien? Sluit de opleidingscapaciteit aan op de arbeidsmarktbehoefte? Zo kan ook gekeken worden of de bekostiging van het onderwijs aansluit bij de arbeidsmarktbehoeften. Dat dit een complexe exercitie is behoeft geen betoog. Blijft staan dat voor wat betreft de concrete aanpak van de arbeidsmarktproblemen in de regio's de regionale prognoses en strategische personeelsplanning leidend zijn.

### 5.3 De drie initiatieven nader bekeken: wat kunnen zij bijdragen aan het aanpassingsvermogen?

Minister van Ark vraagt aan de commissie Werken in de Zorg welke elementen van de crisisaanpak bestendig zouden moeten worden en vraagt de commissie zich daarbij concreet uit te spreken over de initiatieven Extra Handen voor de Zorg, de Nationale Zorgklas en Extra Zorg Samen / Nationale Zorgreservisten.

De drie initiatieven, hoewel alle drie voortgekomen uit dezelfde aanleiding - extra inzet van mensen in de zorg tijdens de coronacrisis - kennen elk hun eigen scope en bieden elk voor een ander vraagstuk een oplossing.

In deze paragraaf analyseren we de drie initiatieven vanuit de vraag wat deze in de toekomst bij zouden kunnen dragen aan het adaptiever maken van de zorg. Het betreft nadrukkelijk *niet* een evaluatie van de initiatieven.

**Extra Handen voor de Zorg** heeft ontegenzeggelijk een bijdrage geleverd aan de extra inzet van mensen in de zorg tijdens de coronacrisis. De commissie denkt dat het in de huidige, landelijke vorm op termijn niet hoeft te worden doorgezet. De invulling van adaptiviteit op organisatie- en regionaal niveau, zoals hiervoor geschetst, zal maken dat zorgorganisaties beter voorbereid zijn om op te schakelen op het moment dat een volgende grote piek (vergelijkbaar met corona) zich aandient.

Het bestand van Extra Handen voor de Zorg met mensen die geïnteresseerd zijn om een bijdrage te leveren, dient daarbij zorgvuldig overgedragen te worden aan de regionale initiatieven van de Nationale Zorgreserve en aan de regionale werkgeversorganisaties, zodat mensen gericht benaderd kunnen worden.

Daarnaast verdienen de geleerde lessen vanuit Extra Handen voor de Zorg een plek in het vervolg dat hier door organisaties en in regionaal verband aan gegeven wordt. De commissie heeft de geleerde lessen in dit advies verwerkt.

**De Nationale Zorgklas** heeft, zoals eerder beschreven, in de loop der tijd een andere doelstelling gekregen: van het opleiden voor crisisinzet naar het opleiden voor mbo-(deel)certificaten op niveau 2 en 3.

De commissie Werken in de Zorg (samen met vele andere partijen) pleit al langer voor het anders aankijken tegen het werk in de zorg; voor meer flexibiliteit in opleiden en kwalificeren; voor een verschuiving van focus op kwalificaties naar bekwaamheden. Zie hiervoor o.a. het advies dat de commissie schreef over onderwijsvernieuwing en leven lang ontwikkelen.<sup>15</sup> Het modulair opleiden, resulterend in (deel)certificaten, kan hierin een belangrijke rol gaan spelen. Dit alles draagt bij aan het verminderen van de structurele personeelstekorten in de zorg, maar ook aan de adaptiviteit. Mensen die weliswaar geen volledige zorgopleiding afgerond hebben, maar door modulaire opleiding de belangrijkste aspecten van een bepaalde (al dan niet tijdelijke) rol beheersen, kunnen ingezet worden. We kunnen het ons gegeven de tekorten niet permitteren om niet in deelcertificaten op te gaan leiden. Leren en werken dienen elkaar af te wisselen, zodat het leren op de werkvloer verzilverd kan worden.

---

<sup>15</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/11/10/onderwijsvernieuwing-en-leven-lang-ontwikkelen>

In deze zin kan een initiatief als De Nationale Zorgklas dus (indirect) bijdragen aan het aanpassingsvermogen. Resteert de vraag wat de toegevoegde waarde is van dit landelijk organiseren, versus regionaal. De commissie Werken in de Zorg roept bestuurders in de regio al een paar jaar op om meerjarige verbintenissen tussen zorg en onderwijs aan te gaan, waarin partijen elkaar binden aan hechte samenwerking als ware het onderwijs deel van de zorgpraktijk. Geen losse kokers naast elkaar maar afstemming van tijdplanning, werkritme, inzet van medewerkers en stagiaires, van waarden en normen. De commissie is van mening dat ook het meer modulair en flexibel opleiden idealiter in een dergelijke hechte, regionale samenwerking haar bedding heeft. Leren op school en leren op de werkvloer dienen elkaar aan te vullen.

Een landelijke aanbieder van dit type opleidingen, zoals de Nationale Zorgklas, zou ook een rol kunnen spelen. Het zou echter jammer zijn als dit ten koste gaat van de verdere ontwikkeling van de regionale samenwerkingen tussen zorgaanbieders, ROC's en ook hogescholen op dit vlak.

In dit verband werd de commissie (opnieuw) gewezen op het gebrek aan voldoende stageplekken met bijbehorende begeleiding. In veel regio's blijkt het al jaren lastig voldoende stageplekken te organiseren voor de vele leerlingen binnen de zorg. Door de coronacrisis is dit probleem gegroeid. Er is als het ware een 'stageprop' ontstaan, omdat het gedurende langere tijd voor veel zorgorganisaties lastig was om stageplaatsen te bieden doordat zorgprofessionals dusdanig belast waren dat er weinig ruimte over was voor stagebegeleiding.

In de regionale samenwerkingsverbanden - waar zowel de zorg- als de onderwijsinstellingen onderdeel van uitmaken - probeert men met elkaar zo goed mogelijk invulling te geven aan de stages, maakt men afspraken, werkt men aan creatieve oplossingen voor de vormgeving van stages et cetera.

De Nationale Zorgklas kent een dergelijke regionale inbedding niet. Vraag is daarom of het gaat lukken om stageplekken te regelen voor de leerlingen van de Nationale Zorgklas. Of, aan de andere kant, dat stagebegeleiding voor zij-instromers van dit landelijke initiatief ten koste gaat van stageplekken voor het initieel mbo – onderwijs. Dit gezegd hebbende kan worden vastgesteld dat de activiteiten van de Nationale Zorgklas deze problematiek nog eens hebben geaccentueerd.

*Een zijstap in dit kader:*

*De commissie Werken in de Zorg krijgt het signaal vanuit het mbo-veld dat er in de afgelopen jaren hard gewerkt is om flexibel opleiden via mbo-certificaten mogelijk te maken. Men geeft aan dat de regionale ROC's er 'klaar voor zitten' maar nauwelijks vraag hiernaar vanuit zorginstellingen krijgen. Paradoxaal genoeg hoorde de commissie in de gesprekken met zorgaanbieders in de afgelopen jaren vaak dat het onderwijs weinig flexibel is, te weinig modulair opleidt etc.*

*Deze kloof kan enkel op regionaal niveau begrepen en overbrugd worden, in de nauwe samenwerking tussen zorg en onderwijs, zoals hierboven geschetst. De commissie is overigens niet heel optimistisch over de snelheid en adequaatheid waarmee dit gaat. De commissie vraagt zich af of er ook regels of andere structuren in de weg zitten om dit echt van de grond te laten komen. Waar komt het wel van de grond en op welke manier kan het landelijk navolging krijgen? Dit zou een casus kunnen zijn voor een 'doorbraaksessie' waarin het ministerie van VWS met andere betrokkenen ministeries belemmeringen onderzoekt en opruimt.*

De commissie Werken in de Zorg verwacht dat het concept van de **zorgreservisten** een relevante bijdrage kan leveren aan het regionaal realiseren van meer adaptiviteit.

Dat begint met de constatering dat hier een doelgroep aangesproken wordt die via de reguliere mechanismen voor flexibele inzet normaliter niet aangesproken wordt. Hier zit een aanzienlijke potentie van mensen die (meestal) niet overwegen weer volledig als zorgprofessional te gaan werken, maar wel af en toe een bijdrage willen leveren. De zorg kan het zich niet veroorloven deze potentie niet te benutten. Zo zouden de zorgreservisten ook ingezet kunnen worden in de komende periode waar er sprake is van inhaalzorg en tegelijkertijd oververmoeide zorgmedewerkers.

De gekozen invulling lijkt bovendien goed aan te sluiten bij de principes van modern werkgeverschap. De (oud)-zorgprofessional voert de regie over hoe en wanneer hij/zij wordt ingezet. Bovendien is er oog voor verbondenheid, zowel met gelijkgestemde oud-zorgprofessionals als met de organisaties waar men tijdelijk bijspringt.



Het initiatief staat nog in de kinderschoenen. Vanzelfsprekend dient goed gevolgd te worden of de invulling ook aan de verwachtingen voldoet. De lerende insteek die Extra Zorg Samen kiest geeft vertrouwen dat hierin gaandeweg ontwikkeld en bijgesteld wordt. Een aandachtspunt hierbij is het voldoende bekwaam blijven van de zorgreservisten. Een vergelijking met de vrijwillige brandweer kan behulpzaam zijn bij het nadenken over hoe dit te waarborgen.

Doordat het initiatief van de zorgreservisten zich richt op de inzet van (oud-)zorgprofessionals sluit het nauw aan bij de behoefte vanuit zorgorganisaties aan makkelijk 'in te voegen' hulp. Daarmee geeft het echter weinig prikkel voor 'anders werken', c.q. het anders inrichten van het zorgproces zodat ook minder gekwalificeerde mensen een bijdrage kunnen leveren. De zorgreservisten kunnen een mooie aanvulling zijn op het totale palet aan mogelijkheden om regionaal meer adaptiviteit te organiseren. Maar op zichzelf staand is dit initiatief hier – vanzelfsprekend – niet voldoende voor.

In algemene zin is het de commissie opgevallen dat overkoepelende organisaties in de zorg soms eerder lijken te grijpen naar nieuwe initiatieven (boven op de bestaande) dan zich te richten op het oplossen van het fundamentele onderliggende vraagstuk. De commissie pleit ervoor om hier kritisch naar te kijken en slechts tijdelijke (steun)structuren in het leven te roepen als dit structurele verbeteringen oplevert.

#### **5.4 Hoe zou het transformatieproces er uit moeten zien?**

Minister Van Ark heeft de commissie Werken in de Zorg ook gevraagd om te adviseren over een passende invulling en timing voor het transformatieproces van crisismaatregelen naar post-pandemiebeleid.

Volgens de commissie kan de sector en het ministerie per direct aan de slag met het verder ontwikkelen van adaptiviteit en het creëren van de randvoorwaarden ervoor.

Daarbij is het belangrijk vast te stellen dat het hier niet om een nieuwe opdracht gaat. Aanpassingsvermogen was al heel belangrijk, door de coronacrisis is hier enkel meer het vergrootglas op komen te liggen. Adaptiviteit dient een wezenskenmerk te worden van de organisaties en de samenwerkingsverbanden in de zorg.

Met volle kracht vooruit dus - langs de lijnen zoals in dit advies beschreven - als zorgorganisatie, als regionaal samenwerkingsverband en als ministerie, voor wat betreft de randvoorwaarden.

## Bijlage 1: Voorbeelden van adaptiviteit bij zorgorganisaties

We zien dat zorgorganisaties op verschillende niveaus adaptiviteit proberen in te bouwen:

- Op organisatieniveau door medewerkers die al in dienst zijn tijdelijk anders of meer in te zetten of door constructies op te zetten voor een bredere benutting van schaarse deskundigheid;
- Op regionaal niveau door medewerkers organisatieoverstijgend te kunnen inzetten en om meer regie te hebben over voorwaarden en kosten van externe inhuur;
- Op landelijk niveau met programma's om op piekmomenten meer mensen op te leiden en te laten instromen.

### 1) Landelijke initiatieven

Deze zijn in deze rapportage al beschreven.

### 2) Regionale initiatieven

#### *Optimaliseren flexibele inhuur*

Workflow: deRotterdamseZorg ontwikkelt een alternatieve arbeidsmarktpropositie voor de externe inhuur van zorgpersoneel. Doel is dat zorgorganisaties de regie op de kwaliteit en kosten van extern ingehuurd zorgpersoneel terugnemen. In 2021 start een pilot bij een geselecteerde doelgroep, worden betrokken medewerkers getraind en wordt het volledige programma gemonitord. Wat de impact is op de inzet van het aantal externen wordt gedetailleerd in beeld gebracht.

RegioNet: dit initiatief van ZorgZijnwerkt is net als Workflow opgezet om regie op de flexibele inzet via inhuur terug naar de regio te brengen. Het is een netwerk waarbinnen organisaties onbeperkt opdrachten en vacatures kunnen uitzetten en professionals deze kunnen aannemen. Zorgorganisaties brengen hun flexibele zorgprofessionals in dit netwerk in. Om het netwerk heen is expertise en dienstverlening georganiseerd op het gebied van juridisch en contractueel advies, wet- en regelgeving en de gehele administratieve en contractuele afhandeling inclusief de facturering.

COVID Capaciteit Center: opgericht om de vraag naar extra zorgmedewerkers op te vangen door een viertal zorgorganisatie in de regio Gooi & Vechtstreek, Utrecht en Eemland. Dit centrum heeft overzicht over een flexpool met circa 120 zorgmedewerkers van alle niveaus en zeven deelnemende organisaties waar een tekort aan medewerkers heerst. In plaats van te concurreren zijn de organisaties juist gaan samenwerken. Via een app plannen de organisaties de openstaande diensten in. Vervolgens kunnen zorgmedewerkers zich inschrijven voor een openstaande dienst, of hun beschikbaarheid opgeven waarmee het CCC de diensten inplant.

#### *Gezamenlijk werkgeverschap*

De Werkgeverij: WZW Gelderland ondersteunt al een aantal jaren een regionaal samenwerkingsverband van 15 zorgorganisaties voor Jeugdzorg, GGZ en RIBW. De Werkgeverij beoogt regionale werkzekerheid te bieden door mobiliteit van medewerkers tussen organisaties eenvoudig te maken. Dit biedt medewerkers de mogelijkheid om gelijktijdig of opeenvolgend aan elkaar voor meerdere werkgevers te werken zonder ingewikkelde constructies of nadelige financiële effecten.

#### *Zij-instroom / Van werk naar werk*

Regionaal Talent en Transferpunt Zorg en Welzijn: heeft tot doel het beter matchen van vraag, aanbod en opleiding voor de verschillende deelsectoren in de arbeidsmarktregio Utrecht. Gestart wordt met een pilot met vier zorgaanbieders en het ROC. Het is een regionaal netwerk waarin werkgevers werkzoekenden uit andere branches competentiegericht opleiden. Voor de korte termijn is het een werkwijze om werkzoekenden

te laten instromen in zorg en welzijn op basis van competenties en voorts wordt het een pool van waaruit professionals (maximaal twee jaar) bij verschillende organisaties (in verschillende sectoren) werken om daarna uit te stromen naar een werkgever.

Transferpunt Zorg en Welzijn House of Skills: in de regio Amsterdam heeft House of Skills een transferpunt ingericht voor zij-instromers vanuit een andere sector, voor iedereen die al werkt in de zorg en door wil groeien en voor studenten die een andere studie overwegen. Het is gericht op werkenden én werkzoekenden, voor iedereen vanaf mbo niveau 3 en 4. Het Transferpunt heeft een aantal online instrumenten waarmee mensen snel en efficiënt hun talenten voor een baan in zorg en welzijn kunnen ontdekken.

De Taakbrigades: WGV Oost werkt samen met een aantal zorgorganisaties en Randstad aan het opzetten van zgn. taakgerichte brigades door hulp te bieden op niveau 3 en mogelijk niveau 4. Doel hiervan is om het zorgpersoneel te ontlasten met personeel dat geschoold is voor bepaalde specifieke taken. Zij-instromers worden binnen dit initiatief in eerste instantie aangetrokken om 'bij te springen' in piektijden, waarbij ze tegelijkertijd kennismaken met de zorg en kunnen beoordelen of de sector hen daadwerkelijk bevalt. Momenteel doen 4 zorgorganisaties mee rondom 5 klassen. Iedere organisatie kan zelf de opleider kiezen. Er zijn 2 groepen binnen de GHZ gestart en 3 bij de VVT. Het werkbegeleiderschap door de zorginstelling is ingevuld, Randstad verzorgt de werving & selectie en de onderwijsbegeleiding. Dit arrangement maakte het voor zorgorganisaties aantrekkelijk om aan te haken. Dit initiatief maakt gebruik van de subsidieregeling Coronabanen.

### **3) Oplossingen op het niveau van de individuele zorgorganisatie**

Harmonicamodel van het ETZ: Dit houdt in dat een IC-verpleegkundige kan opschalen naar drie tot vier patiënten tegelijk, in plaats van de gebruikelijke één of twee patiënten. Om dat mogelijk te maken, krijgt de IC-verpleegkundige hulp van bijvoorbeeld OK-medewerkers of verpleegkundigen.

Zorgvraag en eigen regie bepalen het rooster bij Vitalis: Bij VVT-organisatie Vitalis wordt het basisrooster gemaakt op basis van de benodigde zorg. Dit basisrooster wijzigt als de zorgvraag wijzigt in het team. Het roostersysteem biedt de mogelijkheid voor medewerkers om digitaal het rooster in te zien, diensten te kiezen en diensten te ruilen met collega's.

## Bijlage 2 - Modern werkgeverschap

Modern werkgeverschap bestaat uit verschillende elementen die de commissie Werken in de Zorg beschrijft met als kapstok de drie pijlers van goed werk die de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid benoemt. Als deze elementen in samenhang, integraal, worden ingevuld, dan is sprake van modern, aantrekkelijk werkgeverschap.

1. *Grip op geld*. Modern werkgeverschap houdt in dat:

- a.) De werkgever een uitgebalanceerd geheel van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden biedt, zodat zorgprofessionals voldoende financiële zekerheid hebben en economische onafhankelijkheid van (vaak vrouwelijke) zorgprofessionals mogelijk is.
- b.) Zorgprofessionals werkzekerheid geboden krijgen door een (netwerk van) zorgaanbieder(s).

2. *Grip op het werk*. Modern werkgeverschap houdt in dat:

- a.) Zorgprofessionals voldoende autonomie en regie over de uitvoering van hun werk krijgen, binnen bepaalde kaders. Zo wordt ruimte gegeven aan het vakmanschap van zorgprofessionals.
- b.) Zorgprofessionals de gelegenheid krijgen zich blijvend te ontwikkelen, zodat zij zich competent voelen in het geen van hen gevraagd wordt en zij een interessant loopbaanperspectief hebben.
- c.) Zorgprofessionals zich verbonden voelen met het eigen team, de leidinggevende en de organisatie, doordat:
  - I. Zij waardering ervaren
  - II. De leidinggevende een omgeving creëert waarin zeggenschap en verantwoordelijkheid gedeeld worden met medewerkers in het team
  - III. Er sprake is van een open klimaat, gericht op samenwerking en leren
- d.) De arbeidsomstandigheden dusdanig zijn dat zorgprofessionals veilig, gezond en zonder bovenmatige werkdruk hun werk kunnen doen.

3. *Grip op het leven*. Modern werkgeverschap houdt in dat:

- a.) Zorgprofessionals invloed hebben op hun werktijden en roostering.
- b.) Zorgprofessionals de kans krijgen om meer te werken als ze dat graag willen (volwaardige banen).
- c.) Secundaire arbeidsvoorwaarden als kinderopvang en zorgverlof goed geregeld zijn.

## Bijlage 3: De adviesvraag van VWS



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Commissie Werken in de Zorg

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

Datum **16 APR. 2021**  
Betreft Vervolg opdracht CWidZ

**Kenmerk**  
1851733-220364-MEVA

**Bijlage(n)**  
-

Geachte leden van de commissie Werken in de Zorg,

Met deze brief bevestig ik de uitkomst van de gesprekken die uw commissie onlangs voerde met onder meer de directeur MEVA over de focus voor 2021 en invulling van de (lopende) opdracht van uw commissie voor de komende periode. We vragen uw commissie ons te adviseren over een drietal vraagstukken:

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

1. Borging elementen van de tijdelijke infrastructuur die tijdens de coronacrisis op poten is gezet

Naar aanleiding van de pandemie is een aantal initiatieven ontwikkeld ter praktische ondersteuning van het veld bij de gevolgen van COVID-19 op het gebied van personeelstekorten. Dit betreft onder andere Extra handen voor de zorg, Extra Zorg Samen (zorgreservisten) en de Nationale Zorgklas. Deze beleidsintensivering hebben een tijdelijk karakter. Hoewel de crisismaatregelen niet tot doel hebben mensen duurzaam aan de zorg te verbinden, is het goed denkbaar dat elementen uit deze aanpak meerwaarde hebben voor het duurzaam terugdringen van het tekort aan zorgprofessionals.

We vragen uw commissie na te gaan welke elementen uit de crisisaanpak zich kwalificeren voor opname in toekomstig beleid en ons daarbij te adviseren over een passende timing voor het transformatieproces van crisismaatregelen naar post-pandemiebeleid. Daarbij vragen we u hierover uiterlijk 15 juni 2021 te adviseren.

2. Verkenning rol landelijke stakeholders in voorbereiding op het vervolg van het actieprogramma

Uitgangspunt voor het vervolg op het actieprogramma is dat het zwaartepunt van de aanpak in de regio blijft. Daar wonen, leren en werken mensen. Daarbij is ondersteuning vanuit de landelijke partijen is onontbeerlijk. De landelijke partijen in zorg, welzijn en onderwijs spelen immers een belangrijke rol in de samenwerking tussen de landelijke en regionale ambities. Bijvoorbeeld daar waar het gaat om knelpunten waar iedere regio tegenaan loopt, het verder helpen en verspreiden van goede voorbeelden en het regelen van een aantal

Pagina 1 van 2



randvoorwaarden. Ook is commitment vanuit de landelijke partijen belangrijk om vraagstukken als behoud en anders werken hoog op de agenda te krijgen en te houden bij werkgevers. Dat commitment is de afgelopen periode toegenomen: een aantal landelijke stakeholders wil graag hier verder mee aan de slag. Met de Commissie zijn we van mening dat het belangrijk is die energie vast te houden. Mogelijk kan uw commissie de energie die is ontstaan kanaliseren en daarmee een extra impuls geven aan het commitment van de landelijke partijen.

**Kenmerk**  
1851733-220364-MEVA

Concreet vragen we uw commissie:

- Zou de commissie, ter voorbereiding op het vervolg van het actieprogramma, in kaart willen brengen welke stakeholders verantwoordelijkheid en eigenaarschap voelen op welke thema's en welke rol zij voor zichzelf zien.
- Zou de commissie uiterlijk 15 juli 2021 hierover een implementatieadvies kunnen opstellen dat kan dienen als input voor de voorbereiding op het vervolg van het actieprogramma Werken in de Zorg.

### 3. Agenderen modern werkgeverschap bij intern toezicht en bestuur

In het advies 'Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals' legt uw commissie een belangrijke focus op modern werkgeverschap. U geeft daarbij aan dat dit primair de verantwoordelijkheid is van de bestuurder en dat modern werkgeverschap goed bestuurlijk verankerd moet zijn binnen de organisatie en daar ook veel meer aandacht zou moeten krijgen.

We zien dat dat dit bij een deel van de organisaties in zorg en welzijn gebeurt, maar we horen ook signalen dat het bij een groot deel ook nog niet voldoende het geval is.

Concreet vragen we de commissie om te verkennen hoe dit thema verder gebracht kan worden. Vragen hierbij zijn:

- Welke rol zien de (verenigingen van) bestuurders en toezichthouders voor zichzelf en zijn zij bereid in te nemen?
- Hoe kunnen partijen hun activiteiten rond modern werkgeverschap verbreden en versnellen en hun achterban stimuleren steviger in te zetten op modern werkgeverschap?
- Zou uw commissie mij hierover uiterlijk 15 september 2021 willen adviseren.

Ik zie uw reactie en advies met belangstelling tegemoet.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg  
en Sport

Tamara van Ark