



HANDREIKING

Voldoende zorg- professionals voor crisisgerelateerde zorg: lessen uit de praktijk

Geleerde lessen

Maart 2022

HANDREIKING

Voldoende zorg- professionals voor crisisgerelateerde zorg: lessen uit de praktijk

Geleerde lessen

Maart 2022

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1:

Inleiding 4

- 1.1 Acht maatregelen voor het vergroten van de beschikbaarheid van zorgprofessionals..... 4
- 1.2 Wisselende ervaringen in de praktijk..... 5
- 1.3 Lessen van en voor de praktijk..... 5
- 1.4 Opbouw advies..... 5

HOOFDSTUK 2:

Geleerde lessen 6

- 2.1 Lessen over het geheel..... 7
 - Les 1.** COVID-19 als katalysator is niet voldoende voor structurele verandering..... 7
 - Les 2.** Een gedegen veranderaanpak is niet vanzelfsprekend..... 7
 - Les 3.** Een stevige positie voor zorgprofessionals is cruciaal en komt niet vanzelf 8
- 2.2 Specifieke lessen per maatregel 8
 - Maatregel 3.** Bekwaam is bevoegd: OLVG (bijlage 1) 8
 - Maatregel 4.** Combibanen: Treant-UMCG Ambulancezorg (bijlage 2) en Isala (bijlage 3) 9
 - Maatregel 5.** Regionaal werkgeverschap: Zorghotel Achterhoek (bijlage 4), de Werkgeverij (bijlage 5) en COVID Capaciteit Centrum (bijlage 6) 9
- 2.3 Hoe breng ik de geleerde lessen in de praktijk? 9

BIJLAGE 1:

Systematische implementatie van Beleid Aantoonbaar Bekwaam - OLVG 12

BIJLAGE 2:

Waarom kiezen als het beide kan? Combinatiebanen Treant Zorggroep en UMCG ambulancezorg 14

BIJLAGE 3:

De meerwaarde bepaal je samen: de inzet van verpleegkundig onderzoekers in Isala 15

BIJLAGE 4:

Doen wat nodig is voor het Zorghotel Achterhoek 16

BIJLAGE 5:

De Werkgeverij – innovatief samenwerkingsverband werkgevers-werknemers..... 18

BIJLAGE 6:

Regionale planoplossing in de pandemie – COVID Capaciteit Center 20

BIJLAGE 7:

Wanneer krijgen we weer een nieuwe? De zorgreservisten van Zorgspectrum..... 21

BIJLAGE 8:

Het betere werk: interprofessionele samenwerking op de ic van het MUMC..... 22

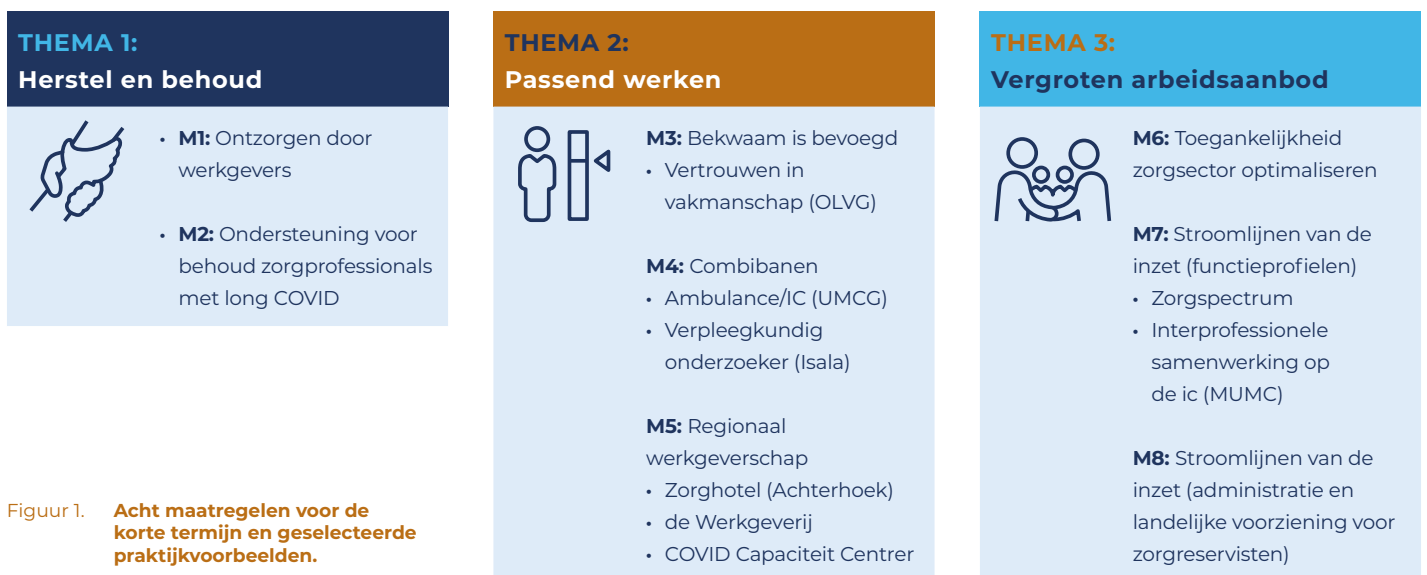
HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Acht maatregelen voor het vergroten van de beschikbaarheid van zorgprofessionals

Zorgprofessionals gaan al twee jaar voorop in de strijd tegen COVID-19. Zij verplegen en behandelen COVID-19 patiënten en zorgen ervoor dat de reguliere zorg zoveel mogelijk door kan gaan. Zorgprofessionals leveren dagelijks fysiek en mentaal zware inspanningen. We doen als samenleving een stevig beroep op hun veerkracht. En dat doen we in een context waarin het steeds moeilijker is om te zorgen voor voldoende personele capaciteit. Het is belangrijker dan ooit dat zorgprofessionals hun werk willen en kunnen blijven doen. Hun inzicht en ervaring is een noodzakelijke randvoorwaarde om de zorg zo te kunnen organiseren dat we ook in de toekomst kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg. Zeggenschap voor en vertrouwen in de zorgprofessional is hiervoor cruciaal.

Zeggenschap is een van de uitgangspunten van de acht maatregelen zoals voorgesteld door de “Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners”. Deze taskforce is ingesteld door het vorige kabinet, als onderdeel van het herijken van de COVID-strategie. De Taskforce is gevraagd om concrete maatregelen te identificeren voor de korte, middellange en langere termijn, die bijdragen aan een grotere beschikbaarheid van zorgprofessionals, of aan minder vraag naar zorgprofessionals. De Taskforce heeft eind januari 2022 advies uitgebracht met als onderdeel acht maatregelen voor de korte termijn. Deze zijn samengevat in figuur 1.



Figuur 1. **Acht maatregelen voor de korte termijn en geselecteerde praktijkvoorbeelden.**

1.2 Wisselende ervaringen in de praktijk

De hiervoor genoemde maatregelen zijn bekend in de zorgsector en kennen succesvolle voorbeelden in de praktijk. Het is mooi als goede voorbeelden worden opgeschaald en breed toegepast. De praktijk is echter weerbarstig. Het succes van dergelijke voorbeelden is vaak het resultaat van een unieke combinatie van omstandigheden, personen en genomen stappen, die zich niet zomaar laat kopiëren.

In de afgelopen twee jaar was de bereidheid onder zorgorganisaties, om met dergelijke maatregelen aan de slag te gaan of te versnellen, veel groter dan voorheen. COVID-19 lijkt hierin een verklarende factor. Dat wordt eveneens gebruikt als mogelijke verklaring waarom sommige van deze initiatieven slechts tijdelijk zijn. Maar hoe kan het dat dit verschillend is tussen organisaties? En vooral, wat zouden we hiervan kunnen leren voor de toekomst? Hoe kan je als organisatie de gevoelde urgentie vasthouden?

1.3 Lessen van en voor de praktijk

Met dit advies beogen we bij te dragen aan de beantwoording van deze vragen. Dit advies is opgesteld op basis van acht praktijkvoorbeelden. In opdracht van de Taskforce ligt de focus op 'bekwaam is bevoegd, combibanen, regionaal werkgeverschap en de inzet van zorgondersteuners in bestaande teams'. Op basis van één interview per voorbeeld hebben we de aanpak en de geleerde lessen in kaart gebracht met bijzondere aandacht voor de impact op de zorgprofessional. We merken daarbij op dat de voorbeelden illustratief zijn, omdat we met de interviews geen volledig beeld hebben kregen van de perspectieven van alle betrokkenen.

We realiseren ons dat de hoe-vraag van verandering ook sterk afhankelijk is van bepaalde onderstromen, zoals psychologische veiligheid in teams, de relatie tussen de top van een organisatie en de medewerkers, of van bepaalde gebeurtenissen of bijeenkomsten. Een psychologisch veilige cultuur zou je kunnen classificeren op basis van vijf algemene kenmerken: inclusie, delen, leveren, uitdagen en positiviteit. Zorgprofessionals hebben het gevoel erbij te horen, worden aangemoedigd om hun mening te geven, maken gemaakte fouten openlijk bespreekbaar en worden uitgenodigd om hun ideeën aan te dragen. Deze cultuur leidt tot verbeteringen in het gevoel van eigenaarschap, de onderlinge samenwerking, het van en met elkaar leren, creativiteit en presteren ¹. Om deze onderstroom goed zichtbaar te maken, kan het waardevol zijn om veel betrokkenen rond een initiatief te spreken, of zelfs een tijd actief te zijn in een organisatie. Voor deze opdracht hebben we ons gericht op de echt zichtbare aspecten op basis van een interview en zien dat ook dit perspectief biedt op de verschillen tussen de voorbeelden.

1.4 Opbouw advies

In [hoofdstuk 2](#) starten we met de belangrijkste geleerde lessen uit de voorbeelden, en een toolbox met concrete adviezen hoe veranderingen in organisaties teweeg te brengen. In de bijlagen beschrijven en analyseren we de acht praktijkvoorbeelden.

¹ Veldgids Psychologische Veiligheid, 2021. Werkvormen, voorbeelden en tools om samen onbevreesd te presteren. Hans van der Loo & Joriene Beks.



HOOFDSTUK 2

Geleerde lessen

De Taskforce heeft gevraagd wat goed werkt om zichtbaar voor en samen met de zorgprofessional verandering te brengen. De Taskforce merkt daarbij op dat de veranderbereidheid tijdens COVID-19 veel groter was, en vraagt wat we hiervan kunnen vasthouden. De gebruikte voorbeelden laten zien dat COVID-19 weliswaar een drijfveer of katalysator was, maar niet voldoende voor duurzame verandering. Voorbeelden waarin betrokkenen hebben gekozen voor een brede veranderaanpak, inclusief een stevige positie voor zorgprofessionals, boeken vaak meer en duurzamer resultaat. Deze observaties lichten we, met geleerde lessen, achtereenvolgens toe in [paragraaf 2.1](#). [Paragraaf 2.2](#) bevat een verbijzondering van deze lessen per maatregel. In [paragraaf 2.3](#) geven we een samenvatting van de geleerde lessen met concrete tips voor zorgorganisaties en hoe deze lessen ook daadwerkelijk zelf toegepast kunnen worden.

2.1 Lessen over het geheel

Les 1. COVID-19 als katalysator is niet voldoende voor structurele verandering

Tijdens de eerste golven van COVID-19 was er sprake van een breed gedeelde urgentie om goede zorg te leveren voor COVID-patiënten, inclusief voldoende personeel. Bestuurders gaven absolute prioriteit aan het regelen van extra capaciteit. De aanvullende financiële middelen vanuit het Rijk hielpen om deze extra capaciteit ook snel te realiseren, denk aan de meerkostenregeling. Bepalend voor het succes was dat in een aantal gevallen bestuurders zelf trekker waren en zo top-down snel de verandering in gang konden zetten. Een voorbeeld hiervan is het COVID Capaciteit Center (CCC) ([bijlage 6](#)). In andere gevallen gaf het bestuur een breed mandaat aan een kleine werkgroep van zorgprofessionals (al dan niet organisatie-overstijgend), zoals bijvoorbeeld bij het opzetten van het zorghotel in de Achterhoek ([bijlage 4](#)).

In de voorbeelden die zijn opgezet vanuit een breed gedeeld gevoel van noodzaak, blijkt dat vanwege die urgentie minder aandacht was voor andere elementen die belangrijk zijn voor verandering, zoals aandacht voor de betrokkenheid van zorgprofessionals of structurele afspraken. Zodra de crisis wegvalt en de omgeving verandert, vallen mensen terug in hun oude patronen en eigen belangen. Het ontbreekt aan een gezamenlijke aanpak die nodig is om ervoor te zorgen dat de verandering niet tijdelijk is.

Hoe pak je dit aan? Ga na een crisis eerst opnieuw met elkaar aan tafel om de noodzaak en de aanpak te bepalen, en maak vervolgens concrete samenwerkingsafspraken. Daarmee start een nieuwe veranderaanpak (zie ook les 2 en de toolbox in [paragraaf 2.3](#)). Als voorbeeld noemen we het MUMC ([bijlage 8](#)). Het team van de ic nam, na een hectische COVID-periode, met allerlei snel opgelegde maatregelen, de tijd om samen de koers voor de langere termijn te bepalen.

Les 2. Een gedegen veranderaanpak is niet vanzelfsprekend

Dat er geen universeel recept is voor verandering, is niet verassend. Dat geldt ook voor de ruime beschikbaarheid van literatuur over modellen en kaders met randvoorwaarden voor succesvolle verandering op organisatieniveau. Uit de voorbeelden blijkt echter dat een gedegen veranderaanpak niet vanzelfsprekend is. Daarom benoemen we ook hier de belangrijkste elementen die voorwaardelijk zijn voor verandering:

1. Hoe breng je een verandering op gang, wat is de noodzaak of urgentie, wat is je visie of richting, en wat zijn de goede voorbeelden en successen? Het gaat hier om een mix van harde factoren, zoals een onderbouwing van het probleem en om zachte factoren zoals een breed gedragen visie of het geloof in succes.
2. Hoe realiseer en borg je verandering, zijn je structuren en processen op orde, hoe zet je mensen en middelen in positie, en zorg je voor monitoring en beoordeling? Hier gaat het juist om de harde randvoorwaarden, zoals financiën, personele capaciteit, (overleg)structuren en monitoring.
3. Hoe verhoud je je als leider/bestuurder tot de verandering, hoe draag je de verandering uit, hoe betrokken ben je zelf, wijs je een groep aanjagers aan? Het gaat hier om de zachte kant van verandering met hoe een leider zich presenteert en zich betrokken toont, of juist het initiatief en ruimte geeft aan anderen.

Voor veel modellen geldt dat vorenstaande elementen met elkaar samenhangen. Te weinig aandacht voor een van de elementen, kan het effect van andere elementen verminderen en ervoor zorgen dat een initiatief veel minder ontwikkelt of van tijdelijke aard is. Deze dynamiek is ook sterk zichtbaar in de uitgewerkte voorbeelden. Het hanteren van een model als checklist kan een zorgorganisatie helpen om niet in de valkuil te trappen dat je teveel focust op een element zoals bijvoorbeeld structuren en processen, en daarmee andere bepalende elementen als aandacht voor de werkvloer verwaarloost. Op basis van de geleerde lessen uit de voorbeelden geven we met de toolbox in [paragraaf 2.3](#) een aantal tips mee voor een veranderaanpak.

Les 3. Een stevige positie voor zorgprofessionals is cruciaal en komt niet vanzelf

Alle voorbeelden bevestigen hoe cruciaal de betrokkenheid van zorgprofessionals is voor succesvolle verandering. Dit begint bij de signalering van een probleem of vraag. Het zijn zorgprofessionals die deze signalen doorgeven, of juist zelf het initiatief nemen voor een oplossing. Het laatste geldt bijvoorbeeld voor de verpleegkundigen van Treant die graag een combinatiebaan wilden (*bijlage 2*). Zij stapten zelf naar hun leidinggevende. Ook de visievorming of het bedenken van oplossingen gaat beter met de betrokkenheid van zorgprofessionals. Soms is dit vanuit een toetsende rol. Deze rol is goed terug te zien bij het Zorgspectrum (*bijlage 7*), waar professionals in informele gesprekken werden gevraagd wat ze nodig hadden voor de inzet van zorgreservisten. In het geval van de Werkgeverij gebeurt dit met de betrokkenheid van vakbonden, ondernemingsraden en voortdurende toetsing bij de medewerker zelf. Het gaat immers om hun loopbaan. In andere voorbeelden staan zorgprofessionals zelf aan het roer. Het projectteam voor het zorghotel in de Achterhoek (*bijlage 4*) bestond onder andere uit verpleegkundigen. Ze kregen alle ruimte en mandaat en daarmee kreeg het verpleegkundig perspectief op goede zorg een centrale plek.

De voorbeelden laten dat een stevige positie van zorgprofessionals cruciaal is. Het is echter geen gegeven dat professionals deze positie ook kunnen, willen en durven nemen. Een klimaat dat deze stap makkelijker maakt. Denk hierbij aan een sterke en actieve medezeggenschap met bijvoorbeeld een OR en/of een VAR voor de organisatie als geheel. Het is belangrijk dat de leden hun rol goed kunnen vervullen, dat ze hiervoor tijd krijgen, en waar nodig, training.

Zorgprofessionals hebben het meest te maken met directe collega's en leidinggevendenden. Zorg daarom binnen teams voor gestructureerde dialoog over wat nodig is voor plezierig werk of juist over veranderingen. Dat kan, onder andere, met behulp van behoeftepeilingen, een gespreksleider van buiten het team, en training. Het stimuleren van een veilig klimaat kan tenslotte ook via de jaargesprekken met individuele medewerkers met daarin de nadruk op ontwikkeling en persoonlijke behoefte (in plaats van beoordeling). Stel hiervoor in samenspraak met medewerkers duidelijke kaders op en zorg voor ondersteuning voor de implementatie.

2.2 Specifieke lessen per maatregel

De vier maatregelen verschillen onderling van inhoud en van aanpak. 'Bekwaam is bevoegd' en 'combibanen' gaan vaak over langdurige en geleidelijke verandering, en zijn veel minder als crisismaatregel ingezet. Dit geldt meer voor het 'regionale werkgeverschap' en 'de inzet van zorgondersteuners'. Vanwege deze verschillen benoemen we, naast de algemene lessen, ook een aantal lessen per maatregel.

Maatregel 3. Bekwaam is bevoegd: OLVG (*bijlage 1*)

1. 'Bekwaam is bevoegd' vraagt om een gedegen aanpak, in beide voorbeelden hielp het om met medewerkers (via een onderzoek en met een panel) goed scherp te maken waar de behoefte voor aanpassing/ aanscherping lag. Daarnaast zorgden de betrokken managers dat hun beoogde verandering met 'bekwaam is bevoegd' op de agenda van de raad van bestuur stond. Als het project eenmaal de aandacht heeft, is het zaak dit ook te behouden. In het OLVG (*bijlage 1*) gebeurde dit met een sterke projectstructuur in combinatie met een multidisciplinair panel. Door middel van dit multidisciplinaire panel werden alle betrokkenen en hun verschillende perspectieven meegenomen. Iedere stap in het veranderproces werd aan het panel voorgelegd en de leerprincipes werden opnieuw bediscussieerd. De leden zorgden naast inhoudelijke input en een nieuwe taal (van verplichte scholing en toetsen naar relevante handelingen en het aantonen van bekwaamheid) bij het beleid Aantoonbaar bekwaam, ook voor draagvlak bij hun achterbannen. Om de aandacht vast te houden, kunnen ook succesverhalen helpen.
2. Definieer wat je wilt bereiken met het inzetten van 'Bekwaam is bevoegd', denk aan het verbeteren van kwaliteit, verminderen van administratieve lasten (minder toetsen) of het te gebruiken voor een andere taakindeling. Zorg dat je werkt op basis van een aantal uitgangspunten en een streefbeeld. In het OLVG (*bijlage 1*) werd dit streefbeeld gevormd door ontwerpgesprekken met het multidisciplinaire panel, voor de concrete invulling van het principe 'vertrouwen in vakmanschap'. Houd bij het definiëren van het beeld rekening met de gehele zorgketen en betrek ook het perspectief van de cliënt of patiënt en hun naasten. Om inzichtelijk te maken voor iedereen waar prioriteiten en aandachtspunten liggen, is het raadzaam om in te zetten op het meten van de voortgang en uitkomsten. In het OLVG werd de impact van de pilotfase gemeten en geëvalueerd, waaruit bleek dat 70% van de zorgprofessionals (zeer) enthousiast is over dit vertrouwen in vakmanschap.

Maatregel 4. Combibanen: Treant-UMCG Ambulancezorg ([bijlage 2](#)) en Isala ([bijlage 3](#))

1. De behoefte voor een ‘combinatiebaan’ ligt vaak bij een relatief kleine groep medewerkers op de werkvloer. Die behoefte moet je goed inzichtelijk krijgen. Hoe willen zij zich ontwikkelen? Wat vinden ze belangrijk in hun werk? En bovenal, wat is de reden voor een combinatiebaan?
2. Medewerkers met een combinatiebaan zijn vaak pioniers, die extra ondersteuning kunnen gebruiken. Om hun baan met plezier en goed te kunnen uitvoeren, en dit ook breder uit te dragen, kunnen zij steun gebruiken van hun organisatie. De manager van de academie zorgt in Isala ([bijlage 3](#)) ervoor dat ook het raad van bestuur de steun en noodzaak deelde. Draag de visie vanuit de organisatie uit met eenduidige communicatie en laat zien dat het werkt. Maak inzichtelijk wat de toegevoegde waarde is van een combinatiebaan, zowel voor de betreffende medewerkers (ontwikkeling, werktevredenheid, vermindering werkdruk) als voor de organisatie (extra capaciteit in een crisis, betere kwaliteit van zorg).

Maatregel 5. Regionaal werkgeverschap: Zorghotel Achterhoek ([bijlage 4](#)), de Werkgeverij ([bijlage 5](#)) en COVID Capaciteit Centrum ([bijlage 6](#))

1. Investeer in vertrouwen en een gezamenlijke visie, en toets deze periodiek met de betrokken zorgorganisaties. Deelnemers aan de Werkgeverij ([bijlage 5](#)) delen de visie van regionaal werkgeverschap. De partijen controleren periodiek de stappen in de richting die ze op gaan en formuleren vervolgens ook gezamenlijk een langetermijnvisie. Als er door een of meer betrokken partijen successen worden behaald, sta daar bij stil en vier het als een gezamenlijk succes. De Werkgeverij wordt breed ondersteund vanuit de sociale partners, dat helpt ook vraagstukken die daarom vragen, landelijk onder de aandacht te brengen. Toets tussentijds of je op de juiste koers bent, en stel deze, waar nodig, bij. De deelnemende partijen en professionals van het zorghotel ([bijlage 4](#)), hebben veel van elkaar geleerd en zijn nog steeds bezig met een grote evaluatie waarin zij geleerde lessen beschrijven, vragenlijsten meenemen en de opbrengst van focusgroepen die zij naderhand hebben gehouden met collega’s, artsen en andere betrokkenen. Ook de Werkgeverij ([bijlage 5](#)) toetst voortdurend of de te nemen stappen de goede zijn, bij de organisaties en de medewerkers.

2. Verwacht niet een oplossing voor alles, maar werk stap voor stap. Dit is het kenmerk van de aanpak van de Werkgeverij. Er is geen vast pad. De deelnemers werken stap voor stap richting regionaal werkgeverschap. Denk aan het delen van vacatures, voorrang geven aan elkaars kandidaten, de mogelijkheid voor detacheringen, gezamenlijke opleidingen, etcetera.

Maatregel 7. Stroomlijnen inzet zorgondersteuners: Zorgspectrum ([bijlage 7](#)), MUMC ([bijlage 8](#))

1. Wat werkt tijdens COVID hoeft niet per se altijd te werken. De inzet van ander opgeleid personeel op de ic op de drukste momenten tijdens COVID is een logische keuze. Dat betekent niet dat dat in de ‘normale situatie’ ook goed werkt. Dat moet echt opnieuw gecontracteerd worden. Benut daarom de geleerde lessen in het vervolg van je proces. Bij het MUMC ([bijlage 8](#)) wil de verpleegkundige en medische staf de geleerde lessen tijdens de pandemie vertalen naar een andere inrichting van de ic-afdeling, die past bij de structurele situatie en dat vraagt om een andere aanpak.
2. Denk bij de inzet van zorgondersteuners aan alle ondersteunende processen, zoals loonschalen, hr-systemen en vacatureteksten. Voor de succesvolle inzet van zorgreservisten ([bijlage 7](#)) was dit cruciaal. Het proces van de sollicitatie tot aan de eerste dienst is hiermee teruggebracht naar 48 uur.

2.3 Hoe breng ik de geleerde lessen in de praktijk?

Ter illustratie kiezen we voor het Berenschot zeven krachten model. Dit model beschrijft zeven typen/krachten die een veranderproces op gang kunnen brengen en beheersen. Het is een checklist van noodzakelijke elementen voor verandering. In Tabel 1 geven we per kracht van het model een samenvatting van de lessen over het geheel, en de specifieke lessen per maatregelen met een bruikbare vertaling naar de praktijk en de medewerker. Dit kan dienen als een toolbox voor de implementatie van de geleerde lessen. We leggen de nadruk op de positie van medewerkers. Het is daarin belangrijk om een duidelijke invulling te geven aan rollen en verwachtingen.

Maak dit binnen de betreffende verandering ook expliciet en spreek af wie welke support nodig heeft. Naast de rolverdeling (procesbegeleider, projectsecretaris, projectlid, et cetera) dient ook afgesproken te worden hoe het proces teruggekoppeld wordt naar de eigenaar. Deze rol- en taakverdeling is dusdanig afhankelijk van welke partij of afdeling het betreft, dat het

onmogelijk is om een standaard rolverdeling te maken. Deze toolbox is dan ook geen blauwdruk, maar op het moment dat een van de onderdelen spaak loopt, biedt het wel de mogelijkheid om te kijken welke oplossingen er zijn en wat het beste past bij de organisatie.

Kracht	Hoe?
1. Noodzaak doet bewegen 	<ol style="list-style-type: none"> Maak een probleemanalyse op basis van kwantitatieve en kwalitatieve cijfers en bespreek deze met je medewerkers. Onderzoek ook de verschillende percepties van het team en poets deze niet weg. Gebruik hiervoor een enquête en/of informatie uit het LMS over gevolgde opleidingen. Sprekende cijfers (32% voelt zich bekwaam) of voorbeelden waar medewerkers tegenaanlopen (welk naald voor insuline) helpen. Zorg voor breed draagvlak van leidinggevend en raad van bestuur, OR, VAR door uitkomsten van de probleemanalyse op de agenda te zetten, en bespreek deze ook in (zorg) teams. Dit draagt bij aan meer eigenaarschap.
2. Visie geeft richting 	<ol style="list-style-type: none"> Maak een set van uitgangspunten die aansluiten bij je veranderdoel en laat de zorgprofessionals samen een toekomstbeeld schetsen. Bijvoorbeeld in een panel of werkgroep. Zeker in (vaak hiërarchische) zorgorganisaties is het belangrijk dat de kloof tussen werkvloer en beleid zo klein mogelijk wordt gehouden. Blijf de visie periodiek toetsen. Zorg voor eenduidige communicatie over het veranderproces en licht bijvoorbeeld met een filmpje, online artikel, nieuwsbrieven of teamoverleggen toe, hoe medewerkers concreet kunnen helpen. Daarmee draag je als leidinggevende zorg dat de zorgprofessional zich ook uitgenodigd voelt om zichzelf en de organisatie te verbeteren. Wijs competente figuren aan middels een projectteam, met onder andere zorgprofessionals, die richting geeft aan de verandering en laat de stappen vervolgens door de organisatie zelf zetten.
3. Succes doet geloven 	<ol style="list-style-type: none"> Maak gebruik van succesverhalen zoals voorbeelden van andere organisaties, maar beter nog om het eigen succes te gebruiken. Dit kan door de resultaten van pilots te delen met de medewerkers en het verhaal als organisatie actief uit te dragen, bijvoorbeeld op regionale media. Geef gedurende de verandering het podium aan de betreffende zorgprofessionals om ze te laten vertellen over hun nieuwe functie en rol. Hiermee zorg je ervoor dat de zorgprofessional zich een belangrijke schakel van de zorgorganisatie voelt en wordt daarmee ook de mate van eigenaarschap versterkt.
4. Spirit geeft kracht 	<ol style="list-style-type: none"> Draag als bestuurder of als manager de verandering uit en spreek je duidelijk uit hierover, bijvoorbeeld door een filmpje op te nemen voor de medewerkers en via de agenda van je bestuur. Richt een multidisciplinair panel op met daarin medewerkers die naast inhoudelijke input ook zorgen voor draagvlak in hun achterban. Vorm een veranderoalitie met ambassadeurs van de verandering. De betreffende medewerkers zijn met recht trots op wat ze doen, laat ze dat met meer met collega's delen om ervoor te zorgen dat je mensen op een ander been krijgt. Begeleid deze teams en zorg voor voldoende support door middel van coaching om te zorgen dat ondanks bijvoorbeeld een crisis of verschillende generaties binnen het team de zorgprofessionals goed blijven samenwerken en communiceren. Dit draagt bij aan de mate waarin de zorgprofessional vertrouwen heeft in de samenwerking binnen het team.
5. Structuren lokken uit 	<ol style="list-style-type: none"> Zorg voor een (organisatie)structuur voor de verandering. Dit kan projectstructuur inclusief een team met medewerkers. Werk stap voor stap: zeker met een brede visie help het om deze stap voor stap concreet te maken. Na ieder stap bepaal je wat de volgende wordt en hoe dit te organiseren (structuur). Neem besluiten binnen de organisatie voor welke medewerkers de betreffende verandering wel of niet geldt, om willekeur en stagnatie te voorkomen. De leidinggevende van de betreffende afdeling moet hiervan op de hoogte zijn en dit openlijk bespreken met de medewerkers. Wijs een vast aanspreekpunt aan voor vragen over het proces om zo de schakel te vormen tussen de medewerkers en het proces van verandering. Maak duidelijke afspraken met medewerkers over salaris, beoordeling en tijdsverdeling en doe dit vooraf.
6. Capaciteiten maken haalbaar 	<ol style="list-style-type: none"> Stel capaciteit beschikbaar om aan de slag te gaan en maak tijd vrij voor de medewerkers om aan de nieuwe eisen te voldoen, met bijvoorbeeld een opleidingsprogramma. Geef medewerkers de ruimte en het vertrouwen om te experimenteren. Verwacht niet dat de zorgprofessional de 'oude' manier van werken gelijk loslaat. Zorg voor middelen voor de verandering, zoals voldoende opleidingsbudget, mogelijkheden en tijd, of pilots en aanpassingen van het LMS. Denk na over wat de nieuwe rol vraagt van de medewerkers en zorg bijvoorbeeld voor een (online) inwerkprogramma.
7. Systemen bekrachtigen 	<ol style="list-style-type: none"> Meet voortgang en uitkomsten en maak daarmee inzichtelijk voor iedereen, inclusief medewerkers, waar de prioriteiten en aandachtspunten liggen, maar ook wat de toegevoegde waarde is van de verandering. Om de verandering vol te houden is het belangrijk om samen met de zorgprofessionals (tussen)resultaten te vieren. Verhalen over positieve ervaringen of juist geleerde lessen kunnen ook gebruikt worden, als door het vroege stadium er (nog) geen feedback uit informatie- en beoordelingssystemen beschikbaar zijn. Blijf in gesprek met alle deelnemende partijen en medewerkers en haal ook feedback op voor het vervolg. Ook zonder crisis is het belangrijk om met elkaar de noodzaak tot verandering te blijven bespreken en desalniettemin die urgentie om te veranderen te blijven voelen.

Tabel 1. Toolbox voor implementatie van de geleerde lessen

Bijlagen

BIJLAGE 1:

Systematische implementatie van Beleid Aantoonbaar Bekwaam - OLVG

Het OLVG is per 1 april 2021 gestopt met het afnemen van toetsen van de voorbehouden en risicovolle handelingen (hierna VRH). Vanuit het leidend principe 'vertrouwen in vakmanschap' krijgen verpleegkundigen, paramedici en niet-BIG-geregistreerde zorgprofessionals de keuze op welke manier zij hun bekwaamheid willen aantonen en registreren zij dat zelf in het leerportaal (LMS).

Aanleiding voor het initiatief, lage gemiddelde bekwaamheid en n--show bij de praktijktoetsen
Het aantonen van bekwaamheid in VRH werd in het OLVG gedaan met een combinatie van theorie- en praktijktoetsen. De praktijktoets werd afgenomen door een getrainde assessor in een skillslokaal. De gemiddelde bekwaamheid was laag en de no-show bij praktijktoetsen was hoog. Op jaarbasis moesten er 3.000 praktijktoetsen afgenomen worden. Dat kost ongeveer 4.000 uur per jaar, die niet aan de patiëntenzorg kon worden besteed. Dit leidde tot een wens voor een cultuurverandering, van controle naar vertrouwen en vakmanschap.

Aanpak: nieuw beleid vraagt om een systematische aanpak en meenemen van betrokkenen

De raad van bestuur (RvB) en de manager van het Leerhuis hebben samen besloten om het project Toekomst van bekwaamheid te starten. De eerste stap werd gevormd door ontwerpgesprekken voor de concrete invulling van het principe 'vertrouwen en vakmanschap'. Hiervoor werd gewerkt met een multidisciplinair panel. Zo namen er teamleiders, managers, adviseurs verpleegkundige en medisch ondersteunende opleidingen (VMO), verpleegkundigen en ook adviseurs van de afdeling Kwaliteit en verbetering deel aan dit panel. Iedere stap in het schrijfproces werd aan het panel voorgelegd en de leerprincipes werden bediscussieerd. Deze gesprekken waren ook het begin van het vormen van een nieuwe taal die hoort bij het beleid Aantoonbaar bekwaam met een nieuwe kijk op vakmanschap, op bekwaamheid en het aantonen hiervan. Zo werden de woorden verplichte scholing en toetsen vervangen door relevante handelingen en aantonen van bekwaamheid. Het panel had ook een rol in het informeren van de eigen achterban en het creëren van draagvlak. De RvB en de OR

hebben gezamenlijk besloten over het uiteindelijke voorstel om te stoppen met toetsen. Voor de implementatie werd een nieuw project ingericht. Het projectteam werkte ook tijdens de implementatie en later voor de evaluatie met het panel.

- De pilotfase op tien afdelingen met in totaal 210 verpleegkundigen duurde vier maanden. Zij werden wekelijks gevolgd door de adviseurs van VMO in gesprekken met de teamleiders en gemonitord op de aangetoonde bekwaamheid door rapportages uit het LMS. De pilotfase gaf de mogelijkheid om met het nieuwe beleid te experimenteren, snel te kunnen reageren op wat er nodig was (bijvoorbeeld aanpassing in LMS of in de communicatie) en om de veranderingen en de impact te kunnen volgen.
- Direct na de evaluatie van de pilot startte de implementatie in de organisatie op 74 afdelingen met in totaal circa 2.000 zorgprofessionals in dienst. De afdelingen werden over vier rondes verdeeld, met een strakke planning van acht weken per ronde. De aftrap van een implementatieronde begon met een startgesprek met de operationeel managers (OM) door de projectleider en het hoofd van VMO. Deze gesprekken hadden de focus op implementatie-ondersteuning door de OM aan de teamleiders op de afdeling, en het aanreiken van een toolbox met hulpmiddelen. De adviseurs van VMO hebben de teamleiders gecoacht bij de verandering en het informeren van het team.

Voor de introductie van de nieuwe taal is veel aandacht besteed aan communicatie; een eigen logo, een snel vindbare plek voor de informatie, specifieke informatie voor specifieke groepen, een postbus voor vragen en QR-codes gekoppeld aan filmpjes.

Zestig tot tachtig minuten per praktijktoets werd verlaagd naar vijf minuten voor het invullen van een zelfverklaring. Dit betekent dat de studielast om bekwaamheid aan te tonen met 95% is teruggebracht. In 2021 werden er 1.940 zelfverklaringen ingevuld, waarbij de bekwaamheid in het werk was aangetoond. Onder het oude systeem zou dit 2.260 uur verlettijd hebben gekost, nu kost dit 160 uur.

De cultuurverandering vraagt om blijvende aandacht

- Ondanks veelvuldige en diverse communicatie duurt het lang voordat iedereen die dit betreft, goed op de hoogte is van de (keuze)mogelijkheden en manieren waarop bekwaamheid aangetoond kan worden.
- Aangezien het aantonen van bekwaamheid veelal in het werk plaatsvindt, zal het leren (versterken) in het werk expliciet gemaakt moeten worden, dit vraagt om een mindshift. Het vertellen van de succesverhalen en het laten zien van de mogelijkheden vragen blijvende aandacht.
- De verantwoordelijkheid van de implementatie ligt bij het management. Niet iedere manager is zich daar bewust van of gedraagt zich hiernaar. Dit vraagt om afstemming over taak en verantwoordelijkheid tussen projectteam en management.
- Het LMS biedt de medewerker het inzicht in welke VBH/RVH relevant zijn voor hem en geeft de mogelijkheid om leeractiviteiten te ondernemen (die ook meteen de bekwaamheid aantonen) of een zelfverklaring in te vullen voor een moment waarop bekwaamheid in het werk is aangetoond. Het LMS geeft de teamleider inzicht in de aangetoonde bekwaamheid van zijn individuele medewerkers en dat van zijn team als geheel.
- De impact van de pilot werd gemeten en geëvalueerd; de gemiddelde aangetoonde bekwaamheid steeg van 45% naar 80%. Van de zorgprofessionals is 70% (zeer) enthousiast over dit vertrouwen in vakmanschap en de autonomie die zij daarmee krijgen. Zij gaven aan dat dit recht doet aan hun professionaliteit.
- Tijdens de pilotfase bleef ongeveer 20% van de teamleiders in de reflex van het 'regelen en controleren'. Met hen zijn door de projectleider intensieve gesprekken gevoerd over vertrouwen.

Belangrijkste lessen

Een cultuurverandering in een grote organisatie als deze vraagt om een systematische aanpak op basis van een probleemanalyse en een brede visie voor vertrouwen en vakmanschap. Het OLVG heeft gekozen voor een centraal gepositioneerd project, met een mandaat van het RvB en de OR. Voor het vaststellen van de visie en de concrete invulling, behield het projectteam sterke verbinding met de dagelijkse praktijk van de werkvloer. Het multidisciplinair panel vormde hiervoor een sterke schakel gedurende het hele proces (voorkant, implementatie, evaluatie en nazorg).

BIJLAGE 2:

Waarom kiezen als het beide kan? Combinatiebanen Treant Zorggroep en UMCG ambulancezorg

Verpleegkundigen van de Treant Zorggroep in de regio Emmen hebben de mogelijkheid om te werken in een combinatiebaan als ic-verpleegkundige in het Scheperziekenhuis en op de ambulance bij UMCG Ambulancezorg. In overleg met hun leidinggevende, kunnen ic-verpleegkundigen een verkorte opleiding tot ambulanceverpleegkundige volgen. Na hun opleiding werken ze de ene maand in het ziekenhuis en de volgende op de ambulance. Voor de drie verpleegkundigen die dit traject hebben doorlopen, resulteert dit in flexibel, afwisselend werk, waarbij zij hun ervaring met de ene baan kunnen toepassen in hun andere baan.

Aanleiding initiatief: het begint met de wens van een verpleegkundige

Een van de verpleegkundigen wilde een volgende stap maken in zijn loopbaan. Hij wilde graag werken op de ambulance, maar voelde zich juist ook thuis op de ic. Een krantenartikel over een collega met een combinatiebaan inspireerde om dit verder uit te zoeken.

Aanpak, veel geduld

De initiatiefnemer (verpleegkundige) is met zijn wens naar zijn leidinggevende gestapt. Deze zag twee opties: of de verpleegkundige gaat volledig naar de ambulance of blijft deels behouden op de afdeling. Vrij snel daarna kwamen de P&O-afdelingen van beide organisaties bijeen om afspraken te maken over onder welke voorwaarden de combinatiebaan kon worden gerealiseerd. Voor de betrokken organisatie was dit nieuw. Het kostte dan ook enige tijd om alles rond te krijgen. Het duurde uiteindelijk een jaar vanaf het moment dat de verpleegkundige zijn wens aangaf, tot de start van de opleiding. Het geduld van deze verpleegkundige is beloond. Voor verpleegkundigen die nu deze stap willen maken, gaat het veel makkelijker.

Vooralsnog zijn er drie verpleegkundigen die deze keuze hebben gemaakt. Dat het er niet meer zijn, ligt voor een deel aan de voorkeuren van verpleegkundigen zelf. Niet iedereen vindt het aantrekkelijk om op meerdere plekken te werken. Wat ook meespeelt is dat de constructie vrij complex is. Verpleegkundigen werken de ene maand op de ic en de andere maand op de ambulance. De verpleegkundigen hebben twee arbeidscontracten, en vallen daarmee onder twee cao's. Ook is het nog niet precies uitgekristalliseerd wat het beleid is bij arbeidsongeschiktheid of uitval door ziekte (onder andere door COVID). Dergelijke onzekerheden vormen een extra barrière om de stap te zetten naar een combinatiebaan.

De organisatie kan nog meer stappen zetten om de mogelijkheid van combinatiebanen te bevorderen. Denk aan centraal beleid in de organisatie om combinatiebanen te stimuleren. Deze verpleegkundigen hebben het geluk gehad met een leidinggevende die het belang en de mogelijkheden inzag, dit geldt niet voor iedere afdeling. De combinatiebaan van ic-verpleegkundige en ambulanceverpleegkundige wordt door het regionale samenwerkingsverband van ziekenhuizen en ambulancezorg 'Zorg voor het noorden' aangeduid als goed voorbeeld. Mogelijk is dat een eerste stap om op grotere schaal gebruik te maken van de kansen die een combinatiebaan zoals deze biedt.

Belangrijkste lessen

Het initiatief van de combinatiebaan was een wens van deze verpleegkundigen zelf. De steun van de leidinggevende en de P&O-afdelingen was cruciaal om het te laten slagen. Bestuurlijke betrokkenheid is nodig om, indien gewenst, het initiatief verder te brengen in de organisatie. Dit kan met het uitspreken van steun voor de combinatie in vergaderingen of via communicatie in de organisatie (nieuwsbrieven, vlogs, etc.), of meer richtinggevend door duidelijke richtlijnen voor de hele organisatie.

BIJLAGE 3:

De meerwaarde bepaal je samen: de inzet van verpleegkundig onderzoekers in Isala

Isala heeft zes verpleegkundig onderzoekers (VO'er) in dienst. Ze zijn aangesteld binnen een resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) en werken voor de verschillende afdelingen binnen de betreffende RVE. Voor de helft als onderzoeker en voor de helft als verpleegkundige. Het doel van de functie is om een brug te slaan tussen werken in de praktijk en in het onderzoek. Onderzoeksvragen komen van de werkvloer en resultaten kunnen direct geïmplementeerd worden. De thema's van de onderzoeken worden in overleg met de afdeling bepaald, het moet zowel de afdeling als de patiënten iets opleveren. Door zorg en onderzoek in één functie te combineren, doet een VO'er niet een paar dagen wetenschappelijk onderzoek, maar kijkt waar de zorg verbeterd kan worden in de dagelijkse zorgverlening vanuit een academische blik. De kern van de aanpak is stap voor stap bouwen met de zorgprofessional centraal.

Aanleiding: evidence-based werken als drijfveer

Al langere tijd was in de zorgpraktijk de behoefte om evidence-based te werken. Aanvankelijk was deze uitdaging belegd bij een medewerker van de Isala Academie. De afstand met de afdelingen was te groot om goed op de behoefte in te spelen. Landelijk en in het Isala was een trend zichtbaar dat academisch opgeleide verpleegkundigen de zorg verlieten. Om deze reden is de functie van verpleegkundig onderzoeker gecreëerd.

Aanpak: steun van de top van de organisatie en op de werkvloer

De functie van verpleegkundig onderzoeker was nieuw voor het Isala en de ziekenhuissector. De start van het initiatief heeft veel durf gevraagd van het Isala. De Isala Academie heeft samen met de Verpleegkundig Adviesraad (VAR) een duidelijke visie op de combifunctie geformuleerd als basis voor de steun van de raad van bestuur.

Voor de start hielp het dat een aantal RVE-managers deze overtuiging deelden en binnen hun RVE wilden starten met een combinatiefunctie. De subsidie 'Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg' zorgde voor financiële dekking voor het onderzoeksdeel van de functie.

De zes VO'ers werken ieder voor een afdeling en krijgen voor de verdere invulling van hun combifunctie ondersteuning van twee verpleegkundig onderzoekers, die niet geplaatst zijn bij een RVE. Ook hebben de verpleegkundig onderzoekers onderling frequent overleg om van en met elkaar te leren in deze nieuwe rol. Bij het functieprofiel van de VO'er hoort ook een hogere salarisschaal dan van hun collega's in de zorgteams. Dit stuitte in eerste instantie op enige weerstand vanuit HR en soms ook binnen de teams, maar dit heeft niet tot evidente problemen geleid.

Het aantonen van de meerwaarde van de VO'er is nog niet zo eenvoudig, dit vraagt om meer tijd voor onder ander wetenschappelijk onderzoek. Een van de eerste stappen is om zichtbaar te zijn op de afdeling, voor de Isala Academy, in de organisatie en daarbuiten. Maar ook door de inzet dichtbij de patiëntenzorg te houden en onderzoekslijnen op te starten in samenwerking met hogescholen. Zo krijgen eerstejaarsstudenten hbo-V de kans om praktijkgericht onderwijs te faciliteren. De VO'er kan waar nodig ook bijspringen in de zorg, waardoor hun meerwaarde zichtbaar wordt voor de RVE-managers.

Belangrijkste lessen

De kern van het succes is dat het initiatief en de invulling hiervan laag in de organisatie ligt, gecombineerd met steun (financiën, begeleiding en zichtbaarheid) vanuit de top. De VO'ers zelf krijgen de ruimte om hun rol als onderzoeker vorm te geven. Vanwege hun positie in zorgteams kunnen de VO'ers met het onderzoek bijdrage aan hun dagelijkse werkpraktijk als verpleegkundige.

BIJLAGE 4:

Doen wat nodig is voor het Zorghotel Achterhoek

Waar voorheen zorgorganisaties de covid-zorg individueel oppakten met bijvoorbeeld cohorten, centraliseerde de komst van het zorghotel de gehele eerstelijns covid-zorg binnen de Achterhoek op één plek. Het zorghotel had een beschikking over een capaciteit van 32 bedden met mogelijke uitbreiding tot 64 bedden in het uiterste geval. In oktober 2021 is het zorghotel definitief gesloten, toen bleek dat de extra capaciteit niet meer nodig was. De kern van de aanpak is de centrale rol voor de verpleegkundige.

Aanleiding initiatief: een grote behoefte aan extra capaciteit voor coronapatiënten

Vanuit het gezamenlijke belang om in tijden van corona de continuïteit van zorg in de Achterhoek te kunnen waarborgen, hebben de VVT organisaties in de Achterhoek en Huisartsenzorg Oude IJsselstreek en Oost Achterhoek, in samenwerking met de VNOG (Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland) het Zorghotel Achterhoek opgericht.

Aanpak: Organiseren vanuit professionals

Het unieke van het zorghotel is dat het kernteam bestond uit professionals. Professionals die uitgekozen zijn om hun vakkundigheid en in staat waren dit aan te passen aan de veranderende omstandigheden van Covid. Het kernteam bestond uit een wijkverpleegkundige, een huisarts en een projectleider, later werd hier ook een Specialist Ouderengeneeskunde aan toegevoegd. Zij stemden af met collega's en hadden urgente toegang tot alle benodigde middelen, maatregelen, diensten en expertise in afstemming met de stuurgroep bestaande uit een afvaardiging van directie en management van alle betrokken organisaties. Sensire was de organisatie waar de meeste ondersteuning vandaan werd gehaald omdat Sensire daar de meeste mogelijkheden voor had. Op deze manier werden eerste- en tweedelijns zorg met elkaar verbonden op één locatie om de toegankelijkheid van zorg in de Achterhoek te borgen tijdens Covid. Alle doelgroepen zijn geholpen met de zorg die werd geboden: zorg verplaatst uit het ziekenhuis, herstellzorg, eerstelijnszorg indien dat thuis niet mogelijk was, (psychogeriatrische) verpleeghuiszorg en later ook verslavingszorg. De medewerkers die werkzaam waren in het hotel kwamen uit al deze velden en vormden samen één team. Samen hebben zij in anderhalf jaar bijna 450 cliënten verzorgd.

Grote verschillen tussen professionals en cliënten onder één dak

De ervaringen van de meeste cliënten, zorgprofessionals en betrokken organisaties zijn heel positief en dat is knap in een crisiscentrum wat binnen een week na akkoord de deuren heeft geopend voor cliënten. Het verpleegkundig proces met de vier verschillende uitkomsten als zorgpaden stonden centraal: “ziek van Covid”, “herstel van Covid”, “overlijden door Covid” en “naar huis na Covid”. De kennis over de zorgpaden is in samenwerking met vele professionals multidisciplinair tot stand gekomen en bevat tot in detail een handelingskader voor alle professionals die in het zorghotel werkzaam waren. De communicatie speelde ook een grote rol. Via een digitaal platform werd alle kennis met alle professionals gedeeld. Via documenten maar ook via scholing filmpjes waar alle professionals aan hebben meegewerkt: de longarts, microbioloog, huisarts, geriatrisch verpleegkundige, palliatief verpleegkundige, diëtiste, fysiotherapeut en wijkverpleegkundige. Via een digitaal platform met digitale logboeken en agenda's werd er gewerkt waardoor iedereen op ieder moment vervangbaar was zonder overdracht en je aan een dienst kon beginnen zonder overdracht. De verpleging met de huisarts en de Specialist Ouderengeneeskunde vormden een stabiele basis. Door een maandenlange maximale continue bezetting van 32-40 cliënten is er een beslis- en communicatie verbinding opgezet met korte lijnen tussen dit kernteam. Er waren vier units waar een Verantwoordelijke Verpleegkundige de verantwoordelijkheid had over de unit van verzorgenden, gastvrouwen, verpleegkundigen, experts en artsen. Met een Coördinerend Verpleegkundigen die in- en uitstroom organiseerde en kwaliteit borgde in nauwe samenwerking en afstemming met de Verantwoordelijk Verpleegkundigen, de artsen en de zorgorganisaties. En er waren een aantal verpleegkundige die beschikbare uren hadden om de handelingskaders continue aan te passen in afstemming met het regieteam en kennis te werven en te delen. Er was veel fysiek contact en structureel overleg in alle samenstellingen om op alle incidenten en veranderingen te anticiperen en dat bleek goed te werken. Deze werkwijze is uiteraard niet vanaf dag één vormgegeven. Door continue monitoring, aanwezig zijn, reflecteren en werkprocessen aanpassingen is deze werkwijze verfijnd en gecommuniceerd in samenwerking met alle professionals onder regie van het kernteam.

Continuïteit van zorg is een uitdaging

Naast het organiseren van kwaliteit van zorg bleek het organiseren van de continuïteit van zorg ook een grote uitdaging in de context van een krappe arbeidsmarkt. Het personeel was voor een groot deel afkomstig van de deelnemende organisaties. Tijdens de grootste drukte waren er honderd mensen tegelijk aan het zorghotel gekoppeld. Er was aanvankelijk een grote wisseling van personeel. Sommige organisaties wilden/konden hun personeel alleen voor korte periodes uitlenen om de werkbelasting niet te laten oplopen. Daarnaast kon het werk voor een startende organisatie, waarin nog veel ter plaatse uitgevonden moest worden, ook te intensief worden om de zorg voor langere tijd te leveren. Uiteindelijk zijn er vijf werkvormen uitgevonden om de continuïteit te waarborgen:

- Er waren collega's die het werken in het hotel heel leuk vonden en talent hadden voor het werken aan een nieuw initiatief. Deze collega's werden voor langere tijd ingezet in het hotel.
- ZZP -ers en personeel van andere organisaties dan de initiatiefnemers, werden ook ingezet in het hotel omdat de regionale toegevoegde waarde werd gezien.
- Horeca personeel werd langdurig als gastvrouwen ingezet waardoor de zorgprofessionals zich volledig op de zorgverlening konden richten en de cliënten en hun bezoekers warm ontvangen werden.
- Er zijn veel leerlingen ingezet in het hotel doordat vier leraren van de MBO- verpleegkunde opleiding ingewerkt zijn in het hotel. Zij hebben op locatie 14 leerlingen begeleid waardoor de overige zorgprofessionals niet met de begeleiding werden belast en de leerlingen voor 50% inzetbaar waren als personeel met een meewerkende leraar. Een win- win voor iedereen.
- Door de korte lijnen en verbindingen tussen alle professionals ontstond er zowel duidelijkheid over het handelen als de mogelijkheid om aanpassingen te kunnen beïnvloeden. Het bleek dat veel collega's deze manier van werken erg aanspreekt en er daardoor een plezierige werksfeer, waar iedereen zich verantwoordelijk voelt, is gecreëerd.

Belangrijkste lessen

COVID-19 en de daaruit voortkomende behoefte aan extra capaciteit vormde de drijfveer voor het zorghotel. Het succes ervan was voor een groot deel te danken aan de centrale positie van verpleegkundigen en (huis)artsen in het projectteam. Daarmee kwam een grote focus te liggen op de zorg die nodig was voor deze groep cliënten. Andere elementen, zoals financiering en rollen werden hierdoor niet langer bepalend, maar dienend. Deze rol- en verantwoordelijkheidsverdeling is anders in vergelijking met hoe de rollen en verantwoordelijkheden normaal in alle organisaties waren georganiseerd. Daaruit is gebleken dat het noodzakelijk is continue bij iedere verandering of nieuwe vraag de rollen en verantwoordelijkheden opnieuw te duiden om rolverwarring te voorkomen. Zo is kwaliteit van zorg een verantwoordelijkheid van het regieteam en dus van de professionals onder regie van de stuurgroep. Andere organisaties hebben zich niet direct te bemoeien met de kwaliteit via de professionals zelf. En het aantal uren en de functies van de professionals die aan het hotel geleverd werden, is een afspraak tussen de organisaties waar de professionals van de organisaties zich niet meer mee hebben te bemoeien nadat de samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. Het is gebleken dat deze manier van organiseren heel efficiënt en effectief blijkt mits rollen en verantwoordelijkheden helder zijn, de benodigde middelen (snel) gefaciliteerd kunnen worden en de professionals hun vak verstaan en dus niet willekeurig zijn gekozen.

Met het wegvallen van de noodzaak van het zorghotel verviel ook de directe noodzaak van deze manier van samenwerken. Andere zaken, zoals structuren, duidelijke rollen en financiering krijgen weer meer belang. Om buiten een crisis opnieuw te starten met een dergelijke brede samenwerking, moet je opnieuw het gesprek voeren met alle betrokkenen over het nut en noodzaak van deze samenwerking van dit formaat. Het anders organiseren van zorg met een rol- en verantwoordelijkheid zoals we dat binnen het zorghotel hebben gedaan, is iets wat iedere organisatie zelf kan verkennen. Vanuit de ervaringen uit het Zorghotel Achterhoek denken wij dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren om continuïteit en kwaliteit van zorg in de toekomst te borgen, en nieuwe samenwerkingsverbanden vanuit deze manier van werken te bevorderen.

BIJLAGE 5:

De Werkgeverij – innovatief samenwerkingsverband werkgevers-werknemers

De Werkgeverij is een samenwerkingsverband met elf deelnemende zorg- en welzijnsorganisaties en hun medewerkers. Zij doen dit vanuit de overtuiging dat voldoende beschikbaar personeel voor nu en de toekomst vraagt om samenwerking. Het gezamenlijke ideaal: (zorg)professionals zijn niet langer gebonden aan een organisatie, maar kunnen zich ontwikkelen over de grenzen van die organisaties. Al vijf jaar geven de deelnemende zorg- en welzijnsorganisaties stap voor stap steeds meer vorm en inhoud aan deze visie. Nu delen de organisaties hun vacatures onderling en krijgen hun medewerkers een preferente status bij een sollicitatie bij een van de deelnemende organisaties. De medewerkers hebben de mogelijkheid van detachering en een terugkeergarantie van een jaar, en toegang tot scholing en loopbaanbegeleiding. Het initiatief draagt hiermee bij aan werkzekerheid voor medewerkers en aan meer behoud van medewerkers voor de sector als geheel.

Aanleiding initiatief: het behoud van medewerkers voor de sector als startpunt

In 2014 werd het startschot gegeven. De directe aanleiding was het dreigende ontslag van een groep medewerkers in de Gelderse jeugdzorg als gevolg van de transitie. Met het oog op de langere-termijnpoging van voldoende personeel, wilden de partijen ervoor zorgen dat deze mensen voor de zorg behouden bleven. In januari 2017 werd de eerste samenwerkingsovereenkomst door de werkgevers getekend, en het sociaal convenant met de vakbonden CNV zorg en welzijn, FNV zorg en welzijn, FBZ en NU'91.

Aanpak: gezamenlijke visie en onderling vertrouwen als basis voor steeds diepere samenwerking

De deelnemende organisaties en partijen werken vanuit een gezamenlijke visie voor de arbeidsmarkt. Deze rust op vier waarden, namelijk goed werkgever- en werknemerschap, zelfregie van de medewerker, werkzekerheid in plaats van baanzekerheid, en werkgeverschap gedeeld door of boven de organisaties. De samenwerking is erop gericht om aan deze waarden praktische invulling en uitvoering te geven.

De samenwerking is georganiseerd met programma- en overlegstructuur, bestaande uit een bestuurlijk overleg, stuurgroep en Werkgeverijteam, met aansturing van een programmamanager. Iedere twee jaar wordt een nieuwe samenwerkingsovereenkomst gesloten om opnieuw de koers en het commitment te bevestigen. Op basis hiervan geven de deelnemers concrete invulling hieraan in jaarplannen. Deze aanpak draagt eraan bij dat de deelnemende organisaties elkaar goed kennen, maar ook dat er voortdurend ruimte is om de doelstellingen te bevestigen of te herijken. De aanpak is stap voor stap bouwen en niet wachten op een ronde (verander) aanpak. Door te kijken wat wel kan, laagdrempelig en zo eenvoudig mogelijk, onder de noemer 'we gaan het gewoon doen'.

Vanuit deze gedachten zijn vijf organisaties van de Werkgeverij, samen met Vakbond CNV gestart met het ontwerpen van collectief werkgeverschap als verkenning van een volgende stap. Naast vertrouwen is het van belang dat dit initiatief door zowel werkgevers als werknemers wordt ondersteund en zo gedragen kan worden door de hele organisatie. Dit vergt een lange adem: soms een stap vooruit en af en toe twee stappen terug.

Zo diep samenwerken vraagt tijd en dat kan niet met te veel organisaties. Het aantal deelnemers wordt bewust wat kleiner gehouden, alleen met organisaties die er echt voor willen gaan en de visie en waarden onderschrijven, die met elkaar doelstellingen afspreken, elkaar aanspreken op inzet en het houden aan de afspraken.

De Werkgeverij wordt breed ondersteund vanuit landelijke en regionale stakeholders (onder andere Wzw, gemeenten en vakbonden). Dat helpt ook om vraagstukken die daarom vragen, landelijk onder de aandacht te brengen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de btw-plicht personeel en de verschillen tussen de cao's van branches die het uitwisselen van personeel moeilijker maken.

Belangrijkste lessen

De kracht van de Werkgeverij ligt in de combinatie van een sterke visie over de arbeidsmarkt, gecombineerd met een stapsgewijze en structurele aanpak. Er vindt voortdurende toetsing tussen de organisatie en de medewerkers plaats of die stappen de juiste zijn. Daarmee wordt ook iedere keer opnieuw het commitment bevestigd om samen aan de slag te gaan. Echt in de praktijk samenwerken aan het doel is essentieel, wat past bij de cultuur om 'het gewoon te gaan doen' en te accepteren dat een stapje soms niet lukt.

BIJLAGE 6:

Regionale planoplossing in de pandemie – COVID Capaciteit Center

Het COVID Capaciteit Center is een regionale flexpool van aanvankelijk zes ouderenzorgorganisaties in de regio Gooi en Vechtstreek, om te zorgen voor voldoende personeel tijdens de pieken van de COVID-19-pandemie. De belangrijkste drijfveren voor deze samenwerking waren de acute personeelstekorten en de extra financiële middelen vanuit de COVID-meerkostenregeling. De goede ervaringen zijn aanleiding voor een vervolg van de samenwerking in de regio, in de vorm van onder andere de regionale zorgacademie.

Aanleiding initiatief: een directe behoefte aan flexibel inzetbaar personeel

Al voor de COVID-19-pandemie was het vinden van voldoende kwalitatief en ervaren zorgpersoneel een uitdaging en deze werd alleen maar groter gedurende de pandemie. Ieder van de organisaties maakte hiervoor gebruik van externe inhuur. Met de flexpool wilden de deelnemende organisaties beter gebruikmaken van de in de regio beschikbare externe inhuur door onderlinge afstemming over de beschikbare diensten.

De aanpak: snel schakelen, duidelijke afspraken over ieders inzet en een financiële impuls

De initiatiefnemer was het management van Amaris. Op basis van een beknopt voorstel wist Amaris de bestuurders van een aantal ouderenzorgorganisaties in de regio te overtuigen om gezamenlijk een flexpool op te zetten. Een randvoorwaarde voor deze samenwerking was een gezamenlijk plansysteem, waarmee de organisaties diensten konden aanbieden en verder vooruit konden kijken. Hiermee kregen flexwerkers beter inzicht in het beschikbare werk, en gaf het hen de mogelijkheid om meer diensten te werken. Het opzetten van het plansysteem werd uitbesteed aan een gespecialiseerde organisatie en voor de kandidaten werd samengewerkt met een detachingsbureau. Cruciaal voor de deelname van andere organisaties was de mogelijkheid om voor de kosten gebruik te maken van de COVID-meerkostenregeling, die dankzij een afspraak met het zorgkantoor, centraal via Amaris geregeld kon worden.

Wekelijks was er overleg met de planners van de deelnemende zorgorganisaties, en iedere twee weken was er een strategisch overleg met de directeurs van de organisaties. Nu de COVID-zorg op de achtergrond raakt, is de regionale flexpool afgeschaald. Het wegvallen van de financiering via de COVID-meerkostenregeling maakt dat deze manier van samenwerking minder aantrekkelijk is geworden.

De personeelstekorten zijn er nog steeds. Partijen zoeken hiervoor de samenwerking via andere initiatieven in de regio Gooi en Vechtstreek.

Wat kunnen we leren?

De urgentie van COVID-19 gecombineerd met een financiële impuls zijn niet voldoende randvoorwaarden voor een duurzaam initiatief. Met het wegvallen van de crisis zijn de deelnemende partijen minder betrokken, en nemen ze bijvoorbeeld minder deel aan de reguliere overleggen. Partijen werken overigens wel samen, maar doen dit in andere initiatieven met een stevigere basis (onder andere een gezamenlijke opgave, een visie voor de arbeidsmarkt en een structurele opzet).

BIJLAGE 7:

Wanneer krijgen we weer een nieuwe? De zorgreservisten van Zorgspectrum

Zorgspectrum biedt met het initiatief 'zorgreservisten' de mogelijkheid om mee te helpen als zorgondersteuner. Mensen kunnen op basis van een sollicitatie aan de slag als vrijwilliger of met een nulurencontract. Binnen 48 uur krijgen de kandidaten een contract en een (online) inwerkprogramma. Via een app kunnen de zorgondersteuners zich inschrijven voor een dienst van drie uren. Deze diensten zijn bewust zo kort, zodat mensen deze kunnen combineren met bijvoorbeeld een andere baan of studie. Zorgspectrum biedt een loon conform het cao VVT. In korte tijd wist het Zorgspectrum een gat van 80% van 520 uren aan onvervulde diensten in te vullen.

Aanleiding: grote behoefte aan tijdelijk extra personeel

Net als veel andere zorgorganisaties heeft Zorgspectrum te maken met hoog verzuim, onder andere als gevolg van COVID-19. Het lukte niet om voldoende mensen te vinden om de diensten tijdelijk op te vullen. De raad van bestuur besloot daarom om op zoek te gaan naar zorgreservisten.

Aanpak: met iedereen aan de slag

In plaats van hiermee meteen aan de slag te gaan, werd eerst in de organisatie getoetst of de inzet van zorgreservisten wel echt een goed idee was en, zo ja, onder welke voorwaarden. De projectleider sprak hiervoor met mensen uit de hele organisatie. Allereerst met zorgmedewerkers zelf om te horen waar ze precies tegenaan liepen en welke hulp ze hierbij konden gebruiken. Vervolgens sprak de projectleider collega's van de HR-afdeling en financiële afdeling om te bepalen hoe zij konden bijdragen en wat daarvoor nodig was. Op basis hiervan gaf de raad van bestuur opdracht aan een klein projectteam met een HR-manager, een afdelingsmanager en een projectleider om de inzet van zorgreservisten ook daadwerkelijk vorm te gaan geven.

Twee weken waren beschikbaar om het wervingsproces te herijken. Niet langer op basis van functies maar op basis van taken. Denk hierbij aan het vormgeven van de inwerkpakketten met contracten en een opleidingsprogramma, een aanpassing van de betalingssystemen voor deze nieuwe groep en ervoor zorgen dat afdelingsmanagers ook daadwerkelijk diensten aanbieden. Het projectteam bedacht de richting, en veel van de stappen zijn door de organisatie zelf gezet. Samen met de teams werd een lijst met concrete taken opgesteld voor zorgondersteuners. Met een filmpje werd toegelicht hoe zorgondersteuners concreet konden helpen. En de zorgreservisten? Die reageerden in ruime getale op de oproep.

De zorgreservisten zijn gestart als crisisinstrument. COVID-19 en de gevolgen ervan nemen af. De vraag naar personeel blijft echter groot en door deze urgentie en het ervaren succes wil de organisatie het instrument bestendigen. De organisatie werkt er nu aan om de zorgreservisten in te zetten voor 'piek en ziek'. Het wordt daarmee een structureel instrument om wisselingen in de personeelsvraag op te vangen.

Belangrijkste lessen

De pandemie droeg bij aan een gedeeld gevoel van urgentie om te zorgen voor meer (tijdelijk) personeel op korte termijn en grotere veranderbereidheid onder het zorg- en ondersteunend personeel. In de aanpak werd hiervan goed gebruikgemaakt om met mandaat van bovenaf snel tot een resultaat te komen. Tegelijkertijd was er met gesprekken en het afstemmen van de takenlijst juist veel aandacht voor de behoefte van het zorgpersoneel. De gehele organisatie kan trots zijn op wat in korte tijd is bereikt en hoe ze de inzet van zorgreservisten naar de toekomst toe gaan bestendigen.

BIJLAGE 8:

Het betere werk: interprofessionele samenwerking op de ic van het MUMC

Om te zorgen voor voldoende beschikbaar personeel, heeft het Maastricht UMC tijdens de pandemie een breed pakket aan maatregelen ingezet om hun personeel zoveel mogelijk te ondersteunen. Variërend van waardering in de vorm van maaltijden tijdens de extra diensten tot aan (extra) beloning. Ook droeg de pandemie bij aan een impuls om het werk en het opleiden op de ic anders te organiseren met nieuwe functies; zoals verpleegkundigen met de opleiding basis acute zorg, secretaresses en roostermakers (interprofessionele teams). De verpleegkundige- en medische staf wil de geleerde lessen tijdens de pandemie vertalen naar een andere inrichting van de ic-afdeling, en dat vraagt om een andere aanpak.

Aanleiding: andere teamsamenstelling als noodzaak voor voldoende ic-capaciteit

Met de eerste golf van COVID-19 stonden de verpleegkundige en medische staf van de ic van het MUMC voor de opgave om op korte termijn de personele capaciteit te herorganiseren en te kunnen opschalen van 24 naar 34 bedden. De werkdruk op de IC was voor COVID al hoog, net zoals het verloop onder verpleegkundigen. Deze urgentie in combinatie met krapte op de arbeidsmarkt voor ic-verpleegkundigen maakten de urgentie voor verandering zeer hoog.

Aanpak: pandemie als katalysator voor interprofessionele samenwerking

Tijdens de pandemie heeft de medische en verpleegkundige staf van de ic op allerlei manieren de personele capaciteit vergroot. Allereerst werd ingezet op meer en verkort opleiden. Met de basis acute zorg opleiding kunnen verpleegkundigen na een vervolgopleiding van zes maanden aan de slag op onder andere de ic. Deze mogelijkheid om te specialiseren met flexibele leerroute is ontwikkeld in het kader van het landelijke traject CZO-flexlevel. Daarmee kunnen verpleegkundigen eerder en op meer plekken aan de slag. Net als in andere ziekenhuizen was de pandemie aanleiding om dit traject een stevige impuls te geven. Het aantal verpleegkundige opleidingsplekken op de ic is gedurende deze periode gestegen van vijftien naar veertig. De pandemie gaf ook een impuls aan de inzet van medewerkers met een andere professionele achtergrond en door nieuwe functies toe te voegen aan het team. Hierdoor konden de meeste medewerkers zich zoveel mogelijk richten op de patiëntenzorg. Concreet ging het om zorgondersteuners, studenten, afdelingssecretaresses, een roostermaker, een medisch technoloog en een opleidingscoördinator.

De pandemie droeg bij aan een stevig mandaat en financiering vanuit het college van bestuur om te zorgen voor de extra benodigde capaciteit. Deze brede steun gold ook voor de werkvloer. Echter, deze veranderingen zijn niet altijd makkelijk. Ook al kun je met meer collega's meer zorg aan, meer opleiden vraagt ook veel van collega's in de rol van begeleider. Werken met wisselende collega's vraagt om snel te kunnen schakelen en af te stemmen, wat voor het huidige team onzekerheid met zich mee kan brengen. Flexibiliteit van de medewerkers is daarvoor een vereiste.

Tijdens de pandemie zijn de verkorte opleiding, de uitbreiding van de verpleegkundige opleidingsplekken en de inzet van medewerkers met een andere achtergrond onder grote druk en vrij snel ingevoerd, vaak van bovenaf. Voor een vervolg heeft de medische en verpleegkundige staf juist een andere benadering gekozen. Het probleem en de urgentie zijn niet veranderd; voldoende beschikbaar personeel op de ic is en blijft een grote opgave. Een werkgroep met onder andere verpleegkundigen en artsen neemt nu de pandemie meer op de achtergrond is geraakt, de tijd om samen te bepalen hoe interprofessionele samenwerking duurzaam vorm te geven en daarbij de geleerde lessen uit de pandemie mee te nemen. Daarbij denkt de werkgroep ook aan de inzet van mensen met een andere professionele achtergrond. Ze bepalen nu veel meer samen, anders dan tijdens de pandemie, onder welke voorwaarden dit het beste kan.

Belangrijkste lessen

De pandemie en de acute behoefte voor opschaling zorgde voor grote veranderbereidheid, bij zowel het college van bestuur als onder het personeel. Veranderingen konden snel worden doorgevoerd, zoals de inzet van extra personeel met een andere professionele achtergrond. Door de snelheid was niet altijd ruimte voor goede voorbereiding en goede afstemming. Als het draagvlak vooral gebaseerd is op de urgentie van de pandemie, dan bestaat het risico dat draagvlak na de pandemie afneemt. De gekozen route om als team samen af te spreken wat 'het betere werk' voor hen inhoudt en wat hiervoor nodig is, lijkt daarom een duurzaam te bewandelen weg.



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGERS VAN VOORUITGANG’

Wij zien een Nederland dat altijd in ontwikkeling is. Zowel sociaal als organisatorisch verandert er veel. Al meer dan 80 jaar volgen wij deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. Daarbij staan we voor duurzaam advies en de implementatie hiervan. Altijd gericht op vooruitgang én echt iets kunnen betekenen voor mensen, organisaties en de maatschappij.

Alles wat we doen, is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. In ons advies zijn we hard op de inhoud, maar houden rekening met de menselijke maat. Onze adviseurs doen er alles aan om complexe vraagstukken om te zetten naar praktische oplossingen waar u iets mee kan. Wij geven advies en bieden digitale oplossingen waarbij we ons focussen op:

- Toekomst van werk en organisatie
- Energietransitie
- Toekomst van zorg
- Transformatie van openbaar bestuur

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl