

Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners
Datum: 12 april 2022

Geachte mevrouw Helder en heer Kuipers,

Het vorige kabinet heeft als onderdeel van de herijkingsoperatie van de COVID-strategie de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners ingesteld. Deze Taskforce¹ is gevraagd concrete maatregelen te identificeren die op korte, middellange en langere termijn uitvoerbaar zijn en de beschikbaarheid van zorgprofessionals vergroten, alsmede deze behoefte verkleinen door bijvoorbeeld het werk anders te organiseren in crisistijd.

Op vrijdag 21 januari heeft de Taskforce u haar advies voor de korte termijn doen toekomen. U heeft dit advies op 25 januari jl. naar de TK verzonden² en op 8 februari jl. voorzien van een kabinetsreactie³. In de kabinetsreactie heeft u aangegeven hoe u opvolging wil geven aan de acht voorgestelde maatregelen voor de korte termijn.

Opbouw eindadvies

In het advies voor de korte termijn heeft de Taskforce ook aangekondigd welke onderwerpen onderdeel uitmaken van haar eindadvies. Zo heeft de Taskforce een aantal beleidsmatige verkenningen uitgevoerd in het kader van anders leren en werken, met het doel om zoveel mogelijk zorgprofessionals beschikbaar te krijgen c.q. te behouden voor de zorg. Daarnaast heeft de Taskforce in dit eindadvies de hoofdlijnen uitgewerkt van een crisisregeling gericht op de benodigde flexibiliteit ten behoeve van zorgprofessionals. Tot slot heeft de Taskforce aandacht besteed aan specifieke implementatiestrategieën vanuit het oogpunt van gedragsverandering. Hiermee hoopt de Taskforce handvatten te bieden voor onder meer de implementatie van maatregelen die zij heeft geadviseerd voor de korte termijn. Er is tevens een publieksvriendelijke versie van het eindadvies beschikbaar in de vorm van een video-animatie⁴ en er is een video⁵ beschikbaar met interviews met een drietal leden van de klankbordgroep⁶ van de Taskforce (bestaande uit zorgprofessionals en HR-experts) over het advies. Voordat de Taskforce op bovengenoemde onderwerpen in gaat, wil zij nog een aantal zaken benoemen.

Kwalitatief goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt staat voorop. Voldoende en goed gekwalificeerde zorgprofessionals zijn daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. Dit eindadvies van de Taskforce richt zich – conform de opdracht van het kabinet – vooral op het vergroten van de beschikbaarheid van zorgprofessionals in het kader van COVID-19. Gelukkig zien we dat met de komst van de Omnikron-variant de druk op de crisiszorg iets afneemt, alhoewel mede door het hoge ziekteverzuim de ervaren druk onverminderd hoog blijft. De Taskforce merkt op dat er ook al voor COVID-19 sprake was van een tekort aan zorgprofessionals en een hoge werkdruk. Gegeven de groei van de zorgvraag, de behoefte aan inhaalzorg en het mogelijke extra beroep op de zorg vanuit Oekraïense vluchtelingen, zal de druk op de zorgprofessionals onverminderd hoog blijven. Vanuit dat perspectief is eigenlijk – los van COVID-19 – constant sprake van een crisissituatie in de zorg. De afgelopen tijd zijn er vele rapporten en adviezen (onder andere het SER-advies “Aan de slag voor de zorg”) verschenen met betrekking tot het arbeidsmarktvragestuk in de zorg. Ondanks dat er al veel wordt ondernomen in de sector, is het zaak dat het kabinet in samenspraak met alle verschillende betrokken partijen uitvoering gaat geven aan deze adviezen. Daarbij vraagt de Taskforce ook nadrukkelijk aandacht voor de financiële kant van het verhaal. Zonder voldoende middelen kunnen goede plannen niet worden uitgevoerd. Hier ligt ook een belangrijke rol voor zorginkopers.

Voorwaardelijke aspecten

De Taskforce hecht eraan om een aantal voorwaardelijke aspecten te benoemen die essentieel zijn om tot voldoende inzet van zorgprofessionals in de zorg te komen. Dit naast de uitgangspunten die

¹ Zie bijlage 1 voor de personele samenstelling van de Taskforce.

² Kamerstuk 25295, nr. 1746

³ Kamerstuk 25 295, nr. 1780

⁴ <https://vimeo.com/696530783>

⁵ <https://vimeo.com/697358676/67d5ee011a>

⁶ Zie bijlage 1 voor de personele samenstelling van de klankbordgroep

de Taskforce al heeft benoemd in haar advies voor de korte termijn. Het gaat er daarbij onder meer om dat maatwerk, ruimte, vertrouwen en zeggenschap voor zorgprofessionals het uitgangspunt dient te zijn bij het nemen van maatregelen. Daarnaast moet er voldoende tijd zijn voor herstel na crisispieken of pieken van inhaalzorg. Dat wil de Taskforce hier nogmaals benadrukken.

a) *Inzet op behoud van zorgprofessionals*

Dit advies richt zich vooral op het vergroten van de instroom van zorgprofessionals en het vergroten van de inzetbaarheid van het bestaande personeel. Behoud van de bestaande zorgprofessionals is echter net zo belangrijk zo niet belangrijker voor de beschikbaarheid van zorgprofessionals. De zorg moet een aantrekkelijke plek zijn om te werken met voldoende ontwikkel- en carrièremogelijkheden, zonder overbodige administratieve lasten en met goede arbeidsomstandigheden. Vanuit HR-beleid moet meer aandacht worden besteed aan de reis die zorgprofessionals maken door hun werkzame leven en hoe zij daar het beste in ondersteund en gefaciliteerd kunnen worden.

b) *Extra werken moet lonen.*

Wanneer er een extra beroep gedaan wordt op zorgprofessionals is het van essentieel belang dat zij er verhoudingsgewijs financieel voldoende op vooruit gaan. Door de belasting- en toeslagensystematiek staat het extra verdiende inkomen niet altijd in verhouding tot de extra werkinspanning en de heftige werksituatie bij een zorgcrisis. Immers, zorgprofessionals gaan er door extra te werken vaak netto wel op vooruit, maar geven aan dat dit niet altijd beleefd wordt als een vooruitgang omdat aan de andere kant bijvoorbeeld de huur- of zorgtoeslag verlaagd wordt. Dit geeft, zeker in een zorgcrisis, een verkeerd signaal aan zorgprofessionals, en werkt demotiverend om tot extra inzet te komen. Via www.werkurenberekenaar.nl van Stichting het Potentieel, Nibud en WOMEN Inc. kunnen medewerkers uitrekenen wat meer uren werken in hun individuele situatie oplevert. In het kader op de volgende bladzijde is een aantal voorbeelden hiervan opgenomen.

c) *Aanpassing belasting- en toeslagensysteem*

In navolging van bovenstaand punt verzoekt de Taskforce het Kabinet om het belasting- en toeslagensysteem verder aan te passen zodat (meer) werken meer lonend wordt, zonder dat dit ten koste gaat van de noodzakelijke inkomensondersteuning. Daarbij dient vooral gekeken te worden naar de pieken in marginale druk tussen het wettelijk minimumloon en het modaal inkomen. Dit betreft een inkomensrange waar veel zorgprofessionals in de frontlinie zich bevinden.

d) *Inzet om meer uren werken te stimuleren*

Daarnaast is het volgens de Taskforce in crisistijd extra van belang om zorgprofessionals door initiatieven zoals 'Het Potentieel Pakken' te faciliteren zodat zij meer uren kunnen en willen werken en dat dit ook (financieel) aantrekkelijk is. Leidend moet hierbij de vraag zijn wat zorgprofessionals zelf aangeven nodig te hebben om meer te werken. Inzet op meer uren werken kan één van de effectiefste manieren zijn om personeelstekorten op te lossen. Bij substantieel structureel overwerk (zie ook onderdeel 30% herzieningssituatie WW van de crisisregeling), kan in samenspraak met de zorgprofessional overwogen worden om het aantal uren in de arbeidsovereenkomst aan te passen. Tegelijkertijd wijst de Taskforce erop dat de wens van elke zorgprofessional om wel of niet meer of minder te werken verschilt, mede gezien het feit dat de werkdruk voor velen al als erg hoog ervaren wordt. Sommige zorgprofessionals zitten al aan hun top, bijvoorbeeld door hun inzet in de afgelopen crisisjaren. Maatwerk voor zorgprofessionals moet zodoende altijd het uitgangspunt zijn.

e) *Verdere inzet op het terugdringen van de groei van zzp-ers in de zorgsector.*

De Taskforce maakt zich zorgen over de groeiende onbalans in de zorg tussen het aandeel zzp'ers en het aandeel werknemers met vast dienstverband. De drijvende factoren onder de toename van het aandeel zzp'ers zijn divers en vaak een combinatie van factoren: een hoger tarief als zzp'er, onvrede over arbeidsomstandigheden, zeggenschap en de werk/privébalans. Anderzijds ziet de Taskforce een actieve werving via bemiddelingsbureaus, die via hun bemiddelingskosten zorgkosten onnodig doen toenemen. Ondanks dat werkgevers zelfstandigen al aanbieden om in loondienst te komen, en de nieuwe cao's in de zorg meer ruimte bieden aan het verminderen van werkdruk en het vergroten van de zeggenschap, lijkt de overstap naar zzp niet direct gekeerd. Dit zet

enerzijds druk op de kwaliteit van zorg, de personele bezetting (roostering voor onregelmatige diensten), maar ook op de teamgeest en de onderlinge samenwerking in de zorg. Anderzijds zijn zzp'ers op dit moment wel nodig om alle zorg te kunnen leveren. De Taskforce geeft daarom een aantal overwegingen mee:

1. Effectief de balans tussen zzp en loondienst herstellen, betekent dat de oorzaken voor de keuze voor het zzp-schap centraal moeten staan. Het werknemerschap dient aantrekkelijker gemaakt te worden. De Taskforce vraagt het kabinet hier nadrukkelijk extra stappen op te zetten via haar arbeidsmarktbeleid binnen de zorg. Daarnaast kan de communicatie over de voor- en nadelen van zzp en een vast dienstverband versterkt worden. Het tarief van de zelfstandige mag aantrekkelijk lijken, overstappers blijken onvoldoende bekend met wat zij uit dit tarief dienen te financieren, zoals vakantie en vrije dagen, sociale zekerheid en de opbouw van pensioen.
2. Ten tweede acht de Taskforce het van belang dat er verdere stappen worden gezet op de reeds ingezette regionale samenwerking, waar flexibiliteit georganiseerd wordt binnen het loondienstverband. Hiervoor heeft de Taskforce tevens in haar korte termijn advies aandacht gevraagd.
3. Ten derde is van belang dat er (voor de zomer 2022) duidelijkheid komt over de (aanscherping van) handhaving, de Wet DBA, en dat deze handhaving sectorbreed wordt ingezet. De Taskforce wijst hierbij zowel op de handhavingvoorstellen als de bredere agenda die de SER in haar middellange-termijnadvies over zzp heeft geformuleerd.
4. Als laatste denkt de Taskforce dat ten aanzien van bemiddeling in de zorg de regiepositie van HR op instellingsniveau en regionaal niveau versterkt moet worden, en dat tegelijkertijd de Rijksoverheid meer landelijke regie dient te voeren ten aanzien van deze bemiddeling. Detacheringsconstructies moeten beter worden gereguleerd.

Voorbeelden van wat meer uren werken oplevert

Onderstaand zijn een drietal individuele casussen opgenomen met betrekking tot wat meer uren werken aan extra netto-inkomen oplevert. Hierbij moet nadrukkelijk worden vermeld dat deze voorbeelden geenszins representatief zijn voor alle situaties. Hoeveel extra werken oplevert is afhankelijk van heel veel factoren en daarmee echt afhankelijk van de individuele situatie.

Joke (48) is gescheiden en moeder van drie kinderen (16, 20 en 22 jaar) waarvan de jongste nog thuis woont. Joke woont in een koophuis. Joke is Anesthesiemedewerker en werkt 30 uur per week. Ze verdient nu €4.263 bruto per maand. Joke wil graag 2 uur per week meer gaan werken, dus 32 uur per week. Dit zal haar onder aan de streep (rekening gehouden met toeslagen, inkomensbelasting, heffingskorting, etc.) €117 per maand extra opleveren.*

Bron: www.hetpotentieelpakken.nl

Nadia (32) en Moun (35) hebben twee kinderen van 3 en 6 jaar, deze gaan 2 dagen per week naar de kinderopvang en BSO. Nadia en Moun wonen in een koophuis. Nadia is OK-assistent en is na de geboorte van hun jongste kind minder gaan werken – ze werkt nu 24 uur per week. Moun werkt nog steeds 40 uur. Nadia verdient €3.233 bruto per maand, Moun verdient €3.490 bruto per maand. Als Nadia 4 uur per week meer gaat werken, dus 28 uur, zal hen dit onder aan de streep (rekening gehouden met toeslagen, inkomensbelasting, heffingskorting en extra kosten voor de kinderopvang etc.) €129 per maand extra opleveren.*

Bron: www.hetpotentieelpakken.nl

Minou (28) is alleenstaand zonder kinderen en woont in een sociale huurwoning. Minou is verzorgende IG en werkt 24 uur per week. Ze verdient nu € 1977 bruto per maand. Wanneer Minou 4 uur per week extra gaat werken, dus 28 uur, zal dit haar onder de streep (rekening gehouden met toeslagen, inkomensbelasting, heffingskorting, etc.) € 60 euro per maand extra opleveren.*

Bron: berekening op basis van www.werkurenberekenaar.nl

** Inclusief eindejaarsuitkering, vakantie-uitkering en onregelmatigheidstoeslag*

Beleidsverkenningen

Het eerste deel van het advies betreft een beleidsmatige verkenning zoals aangekondigd in het eerste advies van de Taskforce 21 januari jl. Het betreft een beleidsmatige verkenning in het kader van anders leren en werken, met het doel om zoveel mogelijk zorgprofessionals beschikbaar te krijgen c.q. te behouden voor de zorg.

De beleidsmatige verkenningen zijn met elkaar verweven, maar grofweg te onderscheiden in drie hoofdonderwerpen:

1. Vergaande dualisering van het onderwijs
2. Optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as
3. Innovatieve vormen van trainen en begeleiden

De Taskforce heeft met betrekking tot de voornoemde hoofdonderwerpen 8 adviezen geformuleerd ten behoeve van het optimaliseren van de zorgcapaciteit voor winter 2022/2023, samengevat in tabel 1. Onder de tabel treft u de toelichting hierop aan.

Tabel 1: *samenvatting advies beleidsverkenningen*

Ad. 1: Vergaande dualisering van het onderwijs	Verantwoordelijk en betrokken	Deadline
a. Duale trajecten beschikbaar stellen voor derde- en vierdejaars mbo-V en hbo-V studenten die hiertoe gemotiveerd zijn.	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Mbo- en 3 Hbo-instellingen die verpleegkundeonderwijs aanbieden (1 in elke nog nader te bepalen testregio) • V&VN en NU'91 • MBO-Raad en LOOV • OCW en VWS • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
Ad. 2: Optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as	Verantwoordelijk en betrokken	Deadline
a. Ruim aanbieden van de BAZ-modules in de zomerperiode 2022 en borging voor de financiering van de BAZ-modules (EPA's).	<ul style="list-style-type: none"> • CZO Flex Level • Werkgeverspartijen branchebreed o.a. NFU, NVZ, Nederlandse GGZ, VGN, Actiz • V&VN en NU'91 • VWS • Zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
b. Ontwikkelen van een passend, modulair programma voor de OK-assistenten (OA) en Anesthesiemedewerkers (AM) met maatwerk voor ontbrekende verpleegkundige competenties en rekening houdend met ervaring/opgedane competenties in de praktijk.	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Mbo- en 3 Hbo-instellingen die verpleegkundeonderwijs aanbieden • MBO Raad en LOOV • NVAM en LVO • V&VN en NU'91 • VWS • OA en AM 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
c. Inzet van wachttijdstudenten geneeskunde maximaliseren als ook te professionaliseren, naar het voorbeeld van 'Schouder aan Schouder'	<ul style="list-style-type: none"> • Werkgeverspartijen branchebreed o.a. NFU, NVZ, Nederlandse GGZ, VGN, Actiz • V&VN, NU'91, KNMG en Vereniging De Geneeskundestudent 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023

	<ul style="list-style-type: none"> • Universiteiten die geneeskundeonderwijs aanbieden • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	
d. Studenten in tijden van crisis inzetten in de zorg als onderdeel van hun curriculum, mits dit geldt voor een afgebakende taak/opdracht en voor een bepaalde tijd	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Mbo- en Hbo-instellingen die zorgonderwijs aanbieden • MBO Raad en de Vereniging Hogescholen • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
Ad. 3: Innovatieve vormen van trainen en begeleiden	Verantwoordelijk en betrokken	Deadline
a. Het aanbod van (kennis over) tools en toepassingen centreren op een toegankelijk en vindbaar platform	<ul style="list-style-type: none"> • Werkgeverspartijen branchebreed o.a. NFU, NVZ, Nederlandse GGZ, VGN, Actiz • Regioplus • VWS • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
b. Verkenning naar het opzetten van centrale en/of regionale skills labs om (wachttijd)studenten te kunnen trainen en toetsten	<ul style="list-style-type: none"> • Werkgeverspartijen branchebreed o.a. NFU, NVZ, Nederlandse GGZ, VGN, Actiz • Alle Mbo- en Hbo-instellingen en Universiteiten die zorgonderwijs aanbieden • MBO Raad, Vereniging Hogescholen, UNL (Universiteiten van Nederland) • OCW en VWS • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023
c. Verkenning naar het opzetten van centrale en/of regionale skills labs om zittende zorgprofessionals (bijv. OK-assistenten en anesthesiemedewerkers) te kunnen opleiden.	<ul style="list-style-type: none"> • Werkgeverspartijen branchebreed o.a. NFU, NVZ, Nederlandse GGZ, VGN, Actiz • Zorgstudenten en zorgprofessionals 	Augustus 2022 t.b.v. capaciteit winter 2022/2023

Bovenop deze acht adviezen zijn puntsgewijs een aantal aanvullende adviezen opgenomen die door de Taskforce voor nadere verkenning aan het kabinet worden overgelaten. Dit betreffen langere termijn adviezen met een langere doorlooptijd. Deze langere termijnadviezen worden hieronder eveneens uitgewerkt.

De adviezen zijn met verschillende betrokkenen in het zorgveld tot stand gekomen. De Taskforce adviseert voor de verdere uitvoering op elk van de drie thema's om zeggenschap van (toekomstige en/of ondersteunende) zorgprofessionals als essentieel uitgangspunt te blijven hanteren. De zorgprofessional staat centraal.

Ad. 1: Vergaande dualisering van het onderwijs

Duaal leren is één van de beschikbare leerwegen in het hoger- en middelbaar beroepsonderwijs. Dit betreft een al langer bestaande leervorm waarbij de student leerstof direct toepast in de praktijk en in dienst is van de zorginstelling. In het leerjaar 2019-2020 bedroeg het percentage duaal-studenten binnen de mbo-verpleegkunde (mbo-V) zo'n 39% en voor de hbo-verpleegkunde (hbo-V) lag het percentage duaal-studenten op bijna 11%.⁷ Daarbij is het studierendement van duaal trajecten structureel hoger dan de voltijdsopleidingen. Zo was het studierendement van de

⁷ Bron: statline CBS, arbeidsmarkt zorg en welzijn (azwstatline.cbs.nl)

hbo-V in het studiejaar 2018-2019 62% voor de voltijdopleiding en voor het duaal traject 76%. Binnen het mbo-V was dit respectievelijk 61% en 77%.⁸ Naar het oordeel van de Taskforce kan vergaande dualisering van het zorgonderwijs bijdragen aan de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Dit vanuit het idee dat als (veel) meer zorgstudenten werkend leren dit dan ook kan bijdragen aan meer zorgcapaciteit. Gezien het feit dat vergaande dualisering van de opleiding een complexe opdracht is en het onderwijs ook te maken heeft met tekorten aan personeel, adviseert de Taskforce om met een afgebakende doelgroep op kleinere schaal (enkele regio's) de verdere dualisering in te zetten (ten behoeve van capaciteitsoptimalisatie aankomende winter (2022/2023)). Hierbij is de Taskforce van mening dat in navolging van dit advies ook gekeken kan worden naar vergaande dualisering van alle overige zorgopleidingen.

Met betrekking tot de doelgroep geeft de Taskforce in overweging om dit te beperken tot derde- en vierdejaarsstudenten mbo-V en hbo-V. Specifiek de mbo-V en hbo-V omdat er gekeken is naar opleidingen met een significante schaalgrootte die in verschillende zorgbranches breed inzetbaar zijn. Naar schatting gaat het met deze afbakening om maximaal 15 tot 20 duizend studenten die in het schooljaar 2022/2023 doorstromen naar het derde of vierde leerjaar van de mbo-V en hbo-V en nu nog geen duaal traject volgen.⁹ Voor wat betreft de leerjaren is de afweging gemaakt voor derde- en vierdejaarsstudenten omdat uit ervaring blijkt dat deze studenten minder praktijkbegeleiding nodig hebben dan eerste en tweedejaars-studenten en zodoende in de praktijk een relevante bijdrage kunnen leveren. Dit laat onverlet dat praktijkbegeleiding voor ieder leerjaar zeer essentieel blijft. In het kader van schaalgrootte, acht de Taskforce het wenselijk om drie regio's bereid te vinden die in het nieuwe schooljaar 2022-2023 vol kunnen inzetten op vergaande dualisering in een regionale samenwerking tussen werkgevers en onderwijsinstellingen. Dit in samenspraak met zorgstudenten en de zorgprofessionals die hen begeleiden.

De Taskforce adviseert het kabinet om ten behoeve van de dualisering van het onderwijs de volgende aanvullende lange termijn verkenningen uit te voeren:

- In kaart brengen wat de duale student in de verschillende leerjaren wel en niet mag en kan doen in de zorgpraktijk. Dit moet aansluiten bij de competenties van de student in de verschillende fasen van het leertraject. Tevens is het van belang dat duidelijk omschreven wordt wat de verantwoordelijkheid is van de werkgever en waar verantwoordelijkheden liggen voor de opleidingsinstellingen (*voorstel: opvolging werkgevers en onderwijsinstellingen, in samenspraak met betrokken zorgstudenten en medewerkers, en eventueel ondersteund en gefaciliteerd door OCW en VWS*).
- Mogelijkheden ontwikkelen om in de eerste twee jaar na afstuderen het leren-werken voort te zetten, met scholing en begeleiding gefaciliteerd vanuit de werkgever. De doelstelling hierachter is om recent afgestudeerden een betere start te laten maken en het risico te verkleinen dat zij uitstromen. De goede ervaringen met *Sterk in je Werk*¹⁰ in de afgelopen periode kunnen hier ook benut worden. (*voorstel: opvolging door OCW en VWS, in samenwerking met werkgevers en onderwijsinstellingen en in samenspraak met betrokken zorgstudenten en medewerkers*).

Op basis van verschillende gesprekken met het werkveld vraagt de Taskforce aandacht voor een aantal zaken. Allereerst geeft de Taskforce rekenschap van het feit dat er thans al relatief veel animo is voor duale trajecten bij studenten, maar dat er momenteel te weinig leerwerkplekken zijn, onder meer ten gevolge van de beperkte begeleidingscapaciteit. De Taskforce adviseert over innovatieve training en begeleiding om de begeleidingscapaciteit te vergroten onder ad. 3. Ten tweede vraagt de Taskforce aandacht voor het feit dat studenten recht hebben op een kwalitatief goede leeromgeving waarbij hun leerproces centraal staat. De Taskforce is van mening dat het geborgd moet zijn dat te allen tijde de 'werkomgeving' een 'leeromgeving' blijft voor de student. Dit betekent dan ook dat, ondanks dat deze doelgroep een nuttige bijdrage kan leveren aan de krapte op de arbeidsmarkt, zij niet volwaardig kunnen worden ingeroosterd. In het verlengde hiervan is de Taskforce van mening dat de student onder goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden diens taken moet kunnen vervullen. Daarnaast is de Taskforce zich bewust

⁸ Bron: statline CBS, arbeidsmarkt zorg en welzijn (azwstatline.cbs.nl)

⁹ Bron: DUO (duo.nl/open_onderwijsdata)

¹⁰ <https://www.sterkinjewerk.nl>

van het feit dat de meerderheid van de studenten nu bij voorkeur stageloopt in het ziekenhuis. Verdere dualisering mag er niet toe leiden dat er in aantallen studenten buitenproportionele verschillen bestaan tussen de ziekenhuissector en overige branches. Hier dienen de drie testregio's (zie tabel 1) die in gaan zetten op verdere dualisering aandacht voor te hebben. Tot slot zou het voorstel van dualisering ook de nodige onzekerheden over de inhoud en erkenning van de opleiding teweeg kunnen brengen. De Taskforce acht het om deze redenen van belang om de eerder voorgestelde regionale inzet op dualisering te evalueren alvorens over te gaan tot vergaande dualisering van het onderwijs op ruimere schaal.

Ad. 2: Optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as

Beschikbaarheid van zorgprofessionals met ervaring of een vervolgopleiding binnen de acute, intensieve en operatieve as is in de coronacrisis essentieel gebleken. De Taskforce heeft om deze reden de eerste stappen genomen om te verkennen op welke manier(en) de flexibele inzet van zorgprofessionals in de acute, intensieve en operatieve zorg op de middellange (winter 2022-2023) en langere termijn (2023 e.v.) geoptimaliseerd kan worden. Duurzame inzetbaarheid en behoud van zorgpersoneel staat hierbij centraal, door onder meer het creëren van loopbaanperspectief en carrièrekansen. Dit gaat dan enerzijds om het optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid door zorgprofessionals met een brede opleiding (middels flexibele vervolgopleidingen) inzetbaar te maken op meer specifieke afdelingen/zorgpraktijken (onder a). Anderzijds gaat het om het optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid door zorgprofessionals die reeds specialistisch zijn opgeleid ook inzetbaar te maken op meer generieke afdelingen/zorgpraktijken (onder b). Meer algemeen gaat het om het onderzoeken van realistische en relevante loopbaanroutes, passend bij de verschillende generaties. De Taskforce hecht eraan te vermelden dat hierbij aansluitend HR-beleid essentieel is waarbij, voor de uitvoering hiervan, vanzelfsprekend blijvend geluisterd zal moeten worden naar de behoeften van zorgprofessionals en hoe zij invulling willen geven aan hun werk en loopbaan. De basis voor onderstaande adviezen ten aanzien van de beschikbaarheid van zorgprofessionals ligt in de adviezen van het Capaciteitsorgaan (CO) die raamt hoeveel zorgprofessionals met een bepaalde vervolgopleiding er nodig zijn en hoeveel er dus opgeleid dienen te worden. Deze ramingen worden al jaren niet gehaald. Daarom heeft de NVZ in september 2021 de Verklaring Versterken Arbeidsmarkt Zorg aangenomen, waarin zij stelt op te gaan leiden volgens de ramingen van het CO. Daarnaast is er in 2018 gestart met het programma CZO Flex Level waarbinnen verpleegkundige en medisch ondersteunende vervolgopleidingen worden geflexibiliseerd door ze op te bouwen uit modules (Entrusted Professional Activities (EPA's)). Het nieuwe flexibele opleidingssysteem dat wordt gecreëerd met CZO Flex Level zorgt ervoor dat Erkenning van eerder Verworven Competenties (EVCs) makkelijker wordt. Daarnaast volgt het zorgpersoneel alleen de EPA's die zij in hun werksituatie nodig hebben en vaak gebruiken. Dit kan voor zorgpersoneel in een algemeen ziekenhuis anders zijn dan in een UMC.

a. Optimaliseren van opleidingsroutes (van een brede basis naar specifieke inzet)

Voor het optimaliseren van de flexibele inzetbaarheid door zorgprofessionals met een brede zorgopleiding inzetbaar te maken op meer specifieke afdelingen/zorgpraktijken heeft de Taskforce onder meer gekeken naar de potentie van de Basis Acute Zorg (BAZ). De BAZ bestaat uit de basis modules (EPA's) voor verpleegkundigen van het acute cluster. Tijdens de coronacrisis is versneld gestart met het opleiden voor de BAZ. De ervaringen met de BAZ zijn positief. Het draagt bij aan een flexibele inzet van medewerkers. Ook biedt de BAZ een mogelijkheid om kennis te maken met werkzaamheden uit het acute cluster en kan als zodanig ook een carrièreperspectief met zich brengen. In het verlengde hiervan geeft de Taskforce in overweging om in de zomerperiode middels BAZ-modules personen op te leiden die een initiële vooropleiding hebben, maar momenteel (gedeeltelijk) werkzaam zijn in het verpleegkundig onderwijs, wetenschap, management/beleid of bijvoorbeeld op een polikliniek of in een huisartsenpraktijk. Het gaat hierbij nadrukkelijk om personen in alle zorgbranches. Het betreft dus ook de verpleegkundigen die bijvoorbeeld binnen de Verstandelijk Gehandicaptenzorg of in de Geestelijke Gezondheidszorg werken in een combibaan. Op deze manier poogt de Taskforce een zo breed mogelijke doelgroep de kans te bieden om persoonlijk en professioneel te ontwikkelen om daarmee zorgprofessionals te kunnen behouden, maar ook om de beschikbaarheid van deze groep voor inzet binnen de acute, operatieve en intensieve as in crisistijd te vergroten. Een belangrijke voorwaarde om de BAZ te kunnen blijven aanbieden in zorgorganisaties is de financiering ervan. Ten behoeve van de

zorgcapaciteit op de acute, intensieve en operatieve as adviseert de Taskforce daarom financiering van de BAZ-modules (EPA's) te borgen. Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat de mensen die de BAZ-modules volgen structureel in verbinding blijven met de teams en de werkzaamheden binnen het acute cluster. Ze horen onderdeel te worden van de teams. Dit om de kwaliteit van zorg en de interprofessionele samenwerking tussen afdelingen te blijven borgen. In aanvulling op het bovenstaande is de Taskforce van mening dat gekeken moet worden naar hoe de BAZ aansluiting kan vinden op het reguliere zorgonderwijs. Dit met als uiteindelijk doel: een toekomstbestendige opleidingsinfrastructuur waarin gestreefd wordt naar brede basisopleidingen. Het idee is dat vanuit deze brede basis de meer gespecialiseerde opleidingsroutes gevolgd kunnen worden.

De Taskforce adviseert derhalve de aanvullende lange termijn verkenning:

- Verkenning naar de toekomstbestendigheid van de opleidingssystematiek van onder meer initiële opleidingen tot verpleegkundige (mbo + hbo), het programma CZO Flex Level, de hbo-Verpleegkunde Technische Variant (hbo-vt), de beroepen in de operatiekamers en de Bachelor Medische Hulpverlening (BMH). Dit vraagt om reflectie op de houdbaarheid van het gefragmenteerde aanbod van opleidingen binnen de acute, intensieve en operatieve as, maar ook op de daarbij behorende stages. (*voorstel: opvolging door OCW en VWS*).

b. Inzet van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers (van een specifieke basis naar brede inzetbaarheid)

Aanvullend op de verkenning naar hoe zorgprofessionals met een brede basis ingezet kunnen worden op meer specifieke afdelingen/zorgpraktijken, heeft de Taskforce een start gemaakt met een verkenning naar hoe zorgprofessionals die reeds specialistisch zijn opgeleid ook ingezet kunnen worden op meer generieke afdelingen/zorgpraktijken. Immers, wil het mogelijk worden om flexibel op- en af te schalen op verschillende plekken binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as, dan zijn zowel generiek als specifiek opgeleide zorgprofessionals essentieel. Op dit moment zien we in deze uitwisseling in de praktijk nog enige belemmeringen ontstaan doordat niet iedere zorgprofessional met een *specifieke* zorgopleiding dezelfde *brede* basisopleiding heeft. Meer specifiek gaat het dan om bijvoorbeeld de in-service opgeleide operatieassistenten (OA) en anesthesiemedewerkers (AM) die geen verpleegkundig diploma hebben. De Taskforce heeft een start gemaakt met een verkenning naar hoe zorgprofessionals in deze twee specialistische beroepen, het verpleegkundig diploma met bijbehorende BIG-registratie als verpleegkundige alsnog kunnen verwerven. In acht genomen dat er al bijscholingsprogramma's bestaan, heeft de Taskforce kennisgenomen van het feit dat de duur van deze bijscholingsprogramma's naar beleving van de OA en AM niet altijd proportioneel voelt, te meer omdat beiden groepen in crisistijd zich bewezen hebben als breed inzetbare krachten. Deze beroepsgroepen staan immer nog in crisisstand, omdat zij ook onmisbaar zijn voor de zogenaamde inhaalzorg, zoals de vele operaties die ingehaald dienen te worden. De Taskforce adviseert om deze reden, en met oog voor de optimalisatie van een flexibele inzetbaarheid binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as, een passend, modulair programma te ontwerpen voor de OA en AM met maatwerk voor ontbrekende verpleegkundige competenties en rekening houdend met ervaring/opgedane competenties in de praktijk. Waardoor het loopbaan- en carrièreperspectief van deze groepen vergroot wordt en er een positief effect op behoud van deze professionals in hun functie is, die bij kunnen dragen aan het terugdringen van de tekorten aan deze professionals.

c. Inzet zorgondersteuners in de vorm van wachttijdstudenten

De Taskforce voorziet dat de groep medisch studenten met een afgeronde bachelor in de wachttijd voor de coschappen een relevante bijdrage kan leveren als het gaat om het optimaliseren van zorgcapaciteit in de winter 2022/2023. Het betreft in dit geval niet slechts instroombevordering, maar ook capaciteitsoptimalisatie ten gevolge van taakherschikking. De Taskforce adviseert om de inzet van deze groep wachttijdstudenten te maximaliseren en te professionaliseren, en verwijst hiervoor naar bestaande goede voorbeelden als 'Schouder aan Schouder' (Amsterdam UMC). In het Amsterdam UMC is in 2021 het project 'Schouder aan Schouder' gestart. Binnen dit project worden geneeskundestudenten (specifiek: studenten met een afgeronde bachelor in de wachttijd voor de coschappen) geschoold voor en ingezet in een nieuwe functie: de 'klinisch verpleegkundig ondersteuner' (afgekort tot KVO'er). De KVO'er ondersteunt de zorg en kan voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren in opdracht van een daartoe bevoegde zorgprofessional. De resultaten van de evaluatie van de pilot zijn overwegend positief. Zo wordt de inzet van de KVO'ers

als ondersteunend ervaren door verpleegkundige teams bij het verlenen van zorg, wordt met de inzet van KVO'ers een bijdrage geleverd aan interprofessioneel leren, het verbeteren van de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen en zien tot slot de studenten het als waardevolle en leerzame invulling van hun wachttijd. In Amsterdam zijn ongeveer 500 wachttijdstudenten, waarvan er nu 60 tot 100 werkzaam zijn in de functie van KVO'er. De wachttijden verschillen echter aanzienlijk per universiteit. De Taskforce geeft hierbij de winstwaarschuwing dat de inzet van wachttijdsstudenten slechts voor een gedeelte van de zorgsector tot capaciteitsoptimalisatie zal leiden zo lang dergelijke functies alleen binnen de ziekenhuissector gemaximaliseerd en geprofessionaliseerd worden. De Taskforce acht het daarmee van belang om ook hier te kijken naar de mogelijkheden van regionaal werkgeverschap, en daarbij hoe zorg- en onderwijsinstellingen kunnen samenwerken om sectorbreed het potentieel te benutten. Zodat wachttijdstudenten bijvoorbeeld ook in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgsector of gehandicaptenzorg kunnen worden ingezet.

De Taskforce adviseert in relatie tot het potentieel van wachttijdstudenten het kabinet de volgende aanvullende lange termijn verkenning:

- Verkenning of opgedane competenties en ervaringen die wachttijdstudenten opdoen tijdens het werk als KVO'er mee kunnen tellen voor het onderwijsportfolio. Meer specifiek kan verkend worden of het mogelijk is om enkele klinische praktijkbeoordelingen te toetsen in een werksetting (*voorstel: opvolging onderwijsinstellingen, eventueel in samenspraak met het Nederlandse en Vlaamse Accreditatieorgaan*).

d. Inzet van studenten als onderdeel van hun curriculum

De Taskforce is daarnaast van mening dat mocht zich in de winter 2022/2023 een zorgcrisis voordoen, studenten in de gehele breedte van de zorgsector inzetbaar zouden moeten kunnen zijn als onderdeel van hun curriculum, mits dit geldt voor een afgebakende taak/opdracht. De inzet van mbo- en hbo-verpleegkunde studenten bij het vaccineren in de GGD IJsselland regio is hier zo'n voorbeeld van. De Taskforce doet de aanbeveling deze inzet te beperken in duur en afhankelijk te laten zijn van de inzet. Inzet van leerlingen en studenten in deze omstandigheden vraagt extra aandacht voor begeleiding en coaching, juist om te voorkomen dat ervaringen leiden tot verloop en vertrek uit de sector.

Ad. 3: Innovatieve vormen van trainen en begeleiden

Daar waar de huidige trainings- en begeleidingscapaciteit in de praktijk in veel zorginstellingen een probleem is, adviseert de Taskforce nadrukkelijk om, in relatie tot zowel ad. 1 en ad. 2, in te zetten op innovatieve vormen van trainen en begeleiden. Het gaat daarbij om de inzet van innovatieve vormen van trainen en begeleiden in het gehele initiële zorgonderwijs (van het eerste tot laatste studiejaar) als ook over vervolgoopleidingen en scholing van zorgondersteuners.

De Taskforce heeft een eerste verkenning verricht naar de mogelijkheden van innovatieve vormen van trainen en begeleiden en constateert allereerst dat in het werkveld al vele initiatieven zijn en worden ontwikkeld. In het kader van innovatieve training gaat het bijvoorbeeld om Virtual Reality of Extended Reality-toepassingen om gesimuleerd bepaalde handelingen en situaties te oefenen. Deze mogelijkheden bestaan zowel voor het trainen van soft-skills (o.a. wegwijzen in organisatie, facilitair, praktische zaken en (het bekend worden met) processtappen en trainen van in specifieke situaties benodigde gedragsvaardigheden (denk aan Crew Resource Management)) maar ook voor het trainen van hard-skills (o.a. technische handelingen, bekwaamheden of bijv. in de ouderenzorg het trainen van houdings- en bewegingsgerichte zorg¹¹). Naast het feit dat met deze toepassingen meer en sneller (tot wel vier keer sneller dan regulier onderwijs) kan worden getraind, blijkt uit onderzoek van PwC (2020) dat het kan leiden tot meer zelfvertrouwen om na training vaardigheden toe te passen in de praktijk, meer emotionele connectie met de leerstof en een verbeterd vermogen van de student om te focussen en leerstof te onthouden.¹² Als het gaat om innovatieve vormen van begeleiden dan bestaan er mogelijkheden om als zorgondersteuner middels een online kennisportaal 'on the job' in bepaalde taken begeleid te worden. Zo heeft het

¹¹ <https://www.kwadrantgroep.nl/nieuws/houdings-en-bewegingsgerichte-zorg-een-indringende-en-persoonlijke-ervaring-door-je-vr-bril>

¹²<https://www.pwc.com/us/en/services/consulting/technology/emerging-technology/vr-study-2020.html>

Erasmus MC 'Ask Erasmus MC'¹³ geïmplementeerd, een werkplekleeroplossing waarop voor verschillende doelgroepen informatie en ondersteunende kennis beschikbaar wordt gesteld ten aanzien van processtappen en inhoudelijke aspecten van het werken op verschillende afdelingen. Het betreft een zeer overzichtelijke tool die de gebruiker real-time tijdens het werk van de benodigde informatie voorziet om de met het praktijkveld afgestemde zorghandelingen zelfstandig te kunnen uitvoeren en/of een specifiek probleem op te lossen. Wil de gebruiker meer weten, dan is deze content ook digitaal beschikbaar.

Een tweede constatering die volgt uit de verkenning innovatieve vormen van trainen en begeleiden, is dat het aanbod van deze mogelijkheden zich in de gehele zorgsector sterk fragmenteert. De Taskforce heeft kennisgenomen van het knelpunt dat verschillende zorgaanbieders, al dan niet in samenwerking met innovatieve partijen, individueel tools en toepassingen ontwikkelen, in plaats van dat deze op een centraal punt sectorbreed gedeeld worden en daarmee ten goede kunnen komen aan meerdere organisaties.

De Taskforce is van mening¹⁴ dat het delen van (kennis over) tools en toepassingen bij zou kunnen dragen aan het op korte termijn maximaliseren en professionaliseren van de inzet van zorgstudenten, -ondersteuners of -professionals, en beveelt het kabinet daarom aan om ten behoeve van de zorgcapaciteit de volgende verkenningen uit te voeren voor de winter 2022/2023:

- Verkenning naar de mogelijkheden om op een verantwoorde en veilige manier het aanbod van (kennis over) tools en toepassingen te centreren op een toegankelijk en goed vindbaar platform. Het betreft in dit geval ook het samenvoegen van al ontwikkelde (branche specifieke) functieprofielen voor deze en andersoortige zorgondersteuners. Het gaat in deze verkenning bij uitstek om het concentreren van bestaande (kennis over) tools en toepassingen, en niet direct over het ontwikkelen van nieuwe producten. In de verkenning naar de mogelijkheden zou gekeken kunnen worden naar al bestaande platforms.
- Verkenning naar het opzetten van centrale en/of regionale skills labs om (wachttijd)studenten te kunnen trainen en toetsen, rekening houdend met de regio's waar geneeskundeonderwijs gegeven wordt en de wachttijdproblematiek het grootst is.
- Verkenning naar het opzetten van centrale en/of regionale skills labs om zittende zorgprofessionals, (waaronder anesthesiemedewerkers, OK-assistenten), reservisten, verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de zorg (docenten, onderzoekers) en andere zorgondersteuners op te leiden, te trainen en te toetsen zodat daarmee enerzijds de instroom vergroot kan worden en anderzijds het anders werken gestimuleerd kan worden. Hierbij geldt dat er ook mogelijkheden moeten blijven bestaan om op instellingsniveau binnen een specifieke context of bij een specifieke cliënt/patiënt op bekwaamheden te trainen en toetsen. Dit laatste is met name van belang binnen de langdurige zorg.

Crisisregeling zorgprofessionals

De Taskforce constateert dat tijdens de COVID-19 crisis een groot beroep is en wordt gedaan op zorgprofessionals. Zonder hun tomeloze inzet en uithoudingsvermogen – vaak ook ten koste van hun eigen werk-/privébalans - was het niet mogelijk geweest om goede (COVID-)zorg te blijven leveren. Zorgprofessionals zelf zijn het belangrijkste kapitaal binnen de zorg en in grote mate bepalend voor de zorgcapaciteit en de mogelijkheden om deze op te schalen wanneer dat nodig is. Met het oog op eventuele nieuwe oplevingen van het COVID-19-virus of een andere zorgcrisis acht de Taskforce het van belang dat er een passend pallet met maatregelen klaarstaat dat bijdraagt aan de beschikbaarheid en inzetbaarheid van zorgprofessionals in tijden van crises.

Zorgprofessionals moeten buiten hun zorgwerkzaamheden maximaal worden ontlast zowel praktisch, fysiek als psychisch. Zodat zij hun werk onder de zware omstandigheden waarmee ze te maken hebben, kunnen blijven doen. Het draagt bij aan een gezonde werk-/privébalans en het zoveel mogelijk behouden van zorgprofessionals voor de zorg. Hierbij gaat de Taskforce uit van de kaders die de bestaande Arbowetgeving schetst op het gebied van veilig werken en benadrukt hiermee de wettelijke plicht van werkgevers zich aan deze wetgeving te conformeren. Een grotere beschikbaarheid van zorgprofessionals die meer ontlast worden, draagt bovendien bij aan de

¹³ Nieuws - Covid19 opscholing zorgprofessionals via Ask Erasmus MC

¹⁴ Onder meer op basis van gesprekken die zijn gevoerd met de initiatiefnemers van het consortium 'DUTCH'.

kwaliteit van de geleverde zorg. In dat kader stelt de Taskforce een crisisregeling voor zorgprofessionals voor die bijdraagt aan de beschikbaarheid van zorgcapaciteit, zoals ook op hoofdlijnen al uiteengezet in haar eerste advies van 21 januari jl.

Een crisisregeling heeft als voordeel dat in een zorgcrisis uitzonderingen niet telkens opnieuw hoeven te worden bevochten, er sneller opgeschaald kan worden en er duidelijkheid is vooraf over welke regels gelden rond de inzet van personeel. Zo'n crisisregeling draagt derhalve ook bij aan flexibiliteit en de reductie van de administratieve lasten. Een ander voordeel van een dergelijke crisisregeling is dat het toegespitst kan worden op de zorgsector. De Taskforce is van mening dat het (kosten)efficiënter is om specifieke uitzonderingen te maken voor alleen de zorg bij een crisissituatie, dan de generieke uitzonderingen waar de afgelopen twee jaar vaak sprake van was.

Inhoud crisisregeling

De voorgestelde crisisregeling zorgprofessionals bestaat uit twee delen. Enerzijds gaat het om het versoepelen van bestaande wet- en regelgeving en anderzijds gaat het om het oprichten van een soort fonds, of een andere passende financieringsbron, waarmee gericht een bijdrage in de kosten kan worden gegeven aan de zorgsector in het geval van een zorgcrisis.

Inwerkingtreding crisisregeling

De Taskforce stelt voor een dergelijke crisisregeling gefaseerd in werking te laten treden. De versoepelingen in wet- en regelgeving zouden bij opschalingsfase 2C van het LNAZ- Opschalingsplan COVID-19 in werking moeten treden. Immers, het is van belang om fase 2D van voornoemd Opschalingsplan te voorkomen en om die reden is een eerdere versoepeling wenselijk. De Taskforce stelt voor het compensatiefonds in werking te laten treden bij opschalingsfase 2D of hoger, conform het voornoemde Opschalingsplan. De minister van VWS roept een dergelijke opschalingsfase uit.¹⁵ Om de inwerkingtreding van de crisisregeling en meer specifiek het compensatiefonds gelijk te laten lopen met de afkondiging van fase 2D, is het naar het oordeel van de Taskforce van belang dat de crisisregeling al dusdanig is voorbereid in de periode voorafgaand aan het moment waarop fase 2D wordt afgekondigd, zodat de regeling gelijktijdig in werking kan treden. Mocht er in de toekomst andere opschalingsfases aan de orde zijn, adviseert de Taskforce de crisisregeling in werking te laten treden onder soortgelijke omstandigheden. Ook adviseert de Taskforce om flexibiliteit in te bouwen, omdat toekomstige zorgcrises een ander karakter kunnen hebben dan de huidige pandemie. Het gaat daarbij zowel om het moment van inwerkingtreding als de reikwijdte (voor welke zorgbranches geldt de crisisregeling). Tot slot adviseert de Taskforce om de crisisregeling niet abrupt te stoppen wanneer sprake is van een lagere opschalingsfase, maar deze langzaam af te bouwen zodat er ook enige ruimte is voor herstel van zorgprofessionals. Overigens is de taskforce van mening dat de zorgsector in kader van arbeidsmarkttekorten al langer in een crisissituatie is, en dat bekeken zou moeten worden welke van de door de Taskforce voorgestelde maatregelen ook voor de langere termijn kunnen worden ingezet.

Versoepelen wet- en regelgeving

De Taskforce beveelt aan om een drietal versoepelingen van wet- en regelgeving onderdeel te laten zijn van een crisisregeling:

- Sinds maart 2020 heeft het ministerie van VWS de herregistratieplicht voor alle artikel 3-beroepsbeoefenaren (ruim 380.000 zorgprofessionals) opgeschort.¹⁶ Deze opschorting is nog altijd van kracht. Zorgprofessionals onderschrijven het belang van deze opschorting in crisistijd. De Taskforce stelt om die reden voor de opschorting van de herregistratie voor de artikel 3-Wet BIG beroepsbeoefenaren onderdeel te laten zijn van de inwerkingtreding van de crisisregeling. Het zorgt ervoor dat zorgprofessionals in crisistijd niet worden geconfronteerd met uitstelbare administratieve lasten. Het gaat daarmee enkel om het uitstel van het doen van de herregistratieaanvraag voor voornoemde doelgroep, de kaders van de Wet BIG en daarmee het tuchtrecht blijven wel onverkort van toepassing. In het kader van het tuchtrecht

¹⁵ Fase 2D is gebaseerd op de huidige besluitvormingssystematiek. Mocht deze systematiek op een later moment wijzigen, adviseert de Taskforce daarbij aan te sluiten.

¹⁶ Dit ziet op alle artikel 3-Wet BIG beroepen, te weten: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, physician assistant, orthopedagoog-generalist en klinisch technoloog (peildatum: 12 april 2022).

en de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd heeft de IGJ zich tijdens deze pandemie wel op het standpunt gesteld dat zorgprofessionals in deze unieke situatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, als dit nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen. De zorgbestuurder is en blijft eindverantwoordelijk voor het leveren van goede en veilige zorg. Hierbij is het in het kader van aansprakelijkheid van belang dit goed vast te leggen. Het betekent ook dat de bestuurder op de hoogte is van de wijze waarop de ondersteunende inzet is georganiseerd. De Taskforce hecht eraan dat het belangrijk is dat de IGJ deze ruimte ook biedt in een toekomstige zorgcrisis.

- Ook is in maart 2020 met V&VN, de KNMG en de IGJ een kader opgesteld waarbinnen voormalig verpleegkundigen en artsen (respectievelijk met een verlopen BIG-registratie van 1 januari 2016 en 1 januari 2018) onder voorwaarden zelfstandig konden worden ingezet in de zorg. Zo is in de voorwaarden geregeld dat voormalig artsen en verpleegkundigen alleen worden ingezet indien noodzakelijk, dat wil zeggen als het door de noodsituatie niet mogelijk is de zorg op te dragen aan ter zake bekwame BIG-geregistreerde zorgprofessionals. Een andere voorwaarde is dat het nadrukkelijk de voorkeur heeft dat personen met de meest recente praktijkervaring worden ingezet en daarnaast worden zij zoveel mogelijk ingezet in niet-complexe zorg en zorg die aansluit bij hun meest recente werkervaring. Ook beschrijft het kader hoe moet worden omgegaan met het verrichten van voorbehouden handelingen. Al deze voorwaarden dienen ter bescherming van de patiënt en de zorgprofessional in kwestie. Het biedt de zorgprofessional namelijk een duidelijk kader waar zij bekwaam toe zijn en onder welke voorwaarden zij die handelingen zelfstandig mogen uitvoeren. Op basis van het voorgaande geeft de Taskforce het kabinet in overweging ook deze maatregel te adresseren in de crisisregeling en de inhoudelijke eisen te vernieuwen waar nodig.
- Bij uitleen van zorgprofessionals geldt als hoofdregel dat dergelijke uitleen belast is met btw. Dat geldt zowel voor uitzendbureaus als voor zorginstellingen die zorgpersoneel uitleenen. Voor zorginstellingen betekent dat een kostprijsverhogende factor (21%) als zij extra personeel proberen in te lenen om meer zorgcapaciteit te genereren. Ook werpt de btw een drempel op om zorgpersoneel onderling uit te wisselen in tijden van crisis. Dit laatste biedt juist mogelijkheden om personeel flexibel in te zetten waar ze het hardste nodig zijn. In verband met de bestrijding van de coronacrisis gold tot 1 oktober 2021 een tijdelijk uitzondering op het ter beschikking stellen van zorgpersoneel voor de btw. Voorstel van de Taskforce is om deze uitzondering in tijden van zorgcrises te laten herleven, uitsluitend voor zorginstellingen en niet voor generieke uitzendbureaus.

Compensatiefonds

Bij de bestrijding van corona zijn tot op heden in veel gevallen generieke economiebrede uitzonderingen of regelingen gemaakt. Daarnaast wordt/werd binnen de zorg gewerkt met meerkostenregelingen in de diverse domeinen (Zvw, Wlz en gemeentelijk domein) waarbij onder voorwaarden afspraken konden worden gemaakt over dekking van (extra) kosten in het kader van coronabestrijding.

Economiebrede uitzonderingen of regelingen zijn – zoals eerder aangegeven – niet kostenefficiënt vanuit het oogpunt van gerichte ondersteuning van de zorgsector in het kader van een zorgcrisis. Wat betreft de meerkostenregelingen is de Taskforce van mening dat deze vanuit het oogpunt van zorgaanbieders ingewikkeld zijn, doordat voor alle domeinen verschillende regelingen gelden en zorgaanbieders met meerdere partijen te maken kunnen hebben. Ook bieden deze regelingen geen ruimte om alle extra kosten te dekken die zorgaanbieders volgens de Taskforce zouden moeten maken in tijden van crises om de beschikbaarheid van zorgprofessionals te vergroten. Vanuit dat perspectief acht de Taskforce een fonds of een andere passende centrale financieringsbron wenselijk waaruit in tijden van een zorgcrisis gericht financiële compensatie kan worden gegeven aan relevante zorgbranches voor de extra kosten die zij maken in het kader van het optimaliseren van de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Het gaat hierbij om een aanvulling op, en daarnaast eventueel vervanging van, de huidige meerkostenregelingen. Daarbij geldt dat voor compensatie via een dergelijk fonds generieke voorwaarden kunnen worden gesteld ten behoeve van het flexibel inzetten van zorgprofessionals, zodat er tussen de branches onderling geen ongelijkheid is in financiële compensatie.

De Taskforce stelt voor deze financiële compensatie te geven voor twee zaken:

1. Een gedeeltelijke, substantiële tegemoetkoming in de kosten van de calamiteitenregelingen die door zorgaanbieders worden gemaakt in het kader van een zorgcrisis.

De Taskforce stelt voor dat sociale partners op korte termijn op sectoraal niveau tot calamiteitenregelingen komen. Via die calamiteitenregelingen wordt wanneer de druk op de zorg hoog is, extra mogelijkheden gecreëerd – ondermeer via het ontzorgen van zorgprofessionals - om de roosters rond te krijgen (zie voor verdere toelichting hieronder). De Taskforce beveelt aan om op basis van de calamiteitenregelingen die worden afgesproken door sociale partners een inschatting te maken van de extra kosten voor werkgevers wanneer deze in werking treden, zodat de Rijksoverheid op basis daarvan een ruime forfaitaire vergoeding voor kosten kan vaststellen.

2. Compensatie van de extra kosten als gevolg van de 30%-herzieningssituatie WW.

De 30-procent herzieningssituatie maakt onderdeel uit van de premiedifferentiatie WW, die in de Wet Arbeidsmarkt in Balans (Wab) werd geïntroduceerd als onderdeel om het vaste contract aantrekkelijker en vormen van flexibele arbeid minder aantrekkelijk te maken. Sinds 1 januari 2020 betalen werkgevers, als gevolg van de Wab, een lage WW-premie voor vaste contracten en een hoge WW-premie voor flexibele contracten. De 30-procent herzieningssituatie houdt in dat werkgevers de lage WW-premie met terugwerkende kracht moeten herzien in de hoge WW-premie als een werknemer in een kalenderjaar meer dan 30 procent overwerkt ten opzichte van het aantal contacturen. Dit zorgt er dus voor dat werkgevers met de hoge WW-premie te maken krijgen voor werknemers met een vast contract die in het kader van extra inzet voor crisisbestrijding (substantieel) meer uren werken. Dit acht de Taskforce in deze specifieke situatie onwenselijk en kan potentieel tot negatieve gedragseffecten leiden bij werkgevers (zorgprofessionals worden niet meer extra ingezet omdat ze anders over de 30%-norm heengaan). Of de 30%-norm wordt overgeschreden wordt per kalenderjaar vastgesteld en dus moet dan ook over het hele kalenderjaar de hoge WW-premie worden afgedragen voor de betreffende werknemer. De Taskforce stelt voor dat als er sprake is van een zorgcrisis (zoals hierboven gedefinieerd) zorgaanbieders compensatie krijgen voor de hogere WW-lasten als gevolg van de 30%- herzieningssituatie. De Taskforce pleit dus nadrukkelijk niet voor een generieke buitenwerkingstelling van de 30%-norm zoals die in 2020 en 2021 voor alle sectoren heeft plaatsgevonden, maar voor een specifieke compensatie voor overwerk in de zorg. Dit sluit aan bij het uitgangspunt dat de crisisregeling zoveel mogelijk specifiek op de zorg gericht wordt, in plaats van dat er generieke economiebrede uitzonderingen getroffen worden.

Daarnaast dient, om deze herzieningssituatie zoveel mogelijk te voorkomen, in samenspraak met de zorgprofessional gekeken te worden naar de mogelijkheden om het aantal uren in de arbeidsovereenkomst aan te passen (zie ook 'Inzet om meer uren werken te stimuleren').

De Taskforce beveelt aan dat de Rijksoverheid de uitvoering ter hand neemt, waarbij het fonds uiterlijk 1 september 2022 operationeel is.

Calamiteitenregeling

De Taskforce constateert dat er binnen de zorg sprake is van een breed scala aan calamiteitenregelingen of regelingen van soortgelijke strekking die bij een zorgcrisis in werking treden en dat ook het moment van inwerkingtreding verschilt per instelling. Onderdeel van die calamiteitenregelingen zijn onder meer afspraken over de inhuur van externen, hogere beloningen voor het draaien van extra diensten, meer flexibiliteit met betrekking tot verschoven diensten, maatwerkafspraken voor vergoeding van bijvoorbeeld oppas/kinderopvang of taxi bij het draaien van extra (nacht)diensten en het beschikbaar stellen van maaltijden tijdens late dienst/nachtdienst. Via die calamiteitenregelingen wordt wanneer de druk op de zorg hoog is, extra mogelijkheden gecreëerd – onder meer via het ontzorgen van zorgprofessionals - om de roosters rond te krijgen. Deze afspraken zijn vaak tot stand gekomen door en vanuit de behoeften van zorgprofessionals zelf. Zorgprofessionals weten zelf immers het beste hoe zij goed ondersteund kunnen worden.

De Taskforce vindt het belangrijk dat de invulling van deze behoeften van zorgprofessionals tijdens zorgcrises een bredere invulling krijgt. De Taskforce adviseert dan ook dat standaard een calamiteitenregeling bij elke instelling achter de hand is, in geval bij een nieuwe zorgcrisis opnieuw een groot beroep op de zorg(professionals) gedaan wordt. Zodoende weten zorgprofessionals zich beter ondersteund, wat tevens kan leiden tot extra mogelijkheden om de roosters rond te krijgen. Zodat er voldoende zorgcapaciteit is, en patiënten zo goed mogelijk verzorgd kunnen worden.

Wat hierbij een passend en ondersteunend pakket van maatregelen kan zijn, is het beste in te schatten door de teams van zorgprofessionals zelf. Hun ideeën kunnen vervolgens vertaald worden

naar een calamiteitenregeling die breder dekkend is. De Taskforce stelt voor dat sociale partners een zorgbrede raamafpraak maken, die branche-specifiek kan worden uitgewerkt, over de precieze inhoud van de calamiteitenregeling, en hier nadrukkelijk de ideeën van zorgprofessionals zelf centraal te stellen. Om hierbij toch alvast een indicatie te geven, is in het kader van ontzorgen te denken aan een aantal praktische randvoorwaardelijke aspecten als parkeergelegenheid, vervoer, kinderopvang, ondersteuning bij mantelzorg bij het draaien van extra diensten. Ook kan gekeken worden naar de mogelijkheden die in motie Hijink c.s. (25295, nr. 1573) worden genoemd, zoals "ondersteuning bij huisvesting en ondersteuning bij de fysieke en mentale (over)belasting waar veel sprake van is, bijvoorbeeld door (laagdrempelige en kosteloze) toegang tot fysiotherapie en psychische ondersteuning".

Daarnaast geeft de Taskforce in overweging om afspraken te maken die het draaien van extra diensten ook financieel nog meer aantrekkelijk maken zoals de uitbetaling van uren (i.p.v. vergoeding in tijd), (extra) overwerktoeslag, de toeslag verschoven diensten en de aanmerking aanwezigheidsuren als werkuren. Van belang hierbij is dat in deze afspraak over de calamiteitenregeling rekening gehouden wordt met verschillende toeslagen die vanuit de Rijksoverheid als financiële ondersteuning verstrekt worden (e.g. zorgtoeslag, huurtoeslag). Door ondermeer waar mogelijk gebruik te maken van de mogelijkheden om via de werkkostenregeling onbelaste vergoedingen te geven. Essentieel is dat zorgprofessionals die extra ingezet willen worden, er financieel op vooruit gaan. Extra inzet moet (meer) lonen.

Door een centrale, landelijk dekkende, afspraak tussen de sociale partners (die per branche uitgewerkt kan worden), worden verschillen tussen verschillende werkgevers gereduceerd, en genieten zorgprofessionals binnen de sector dezelfde ondersteuning. De Taskforce geeft sociale partners daarbij in overweging mogelijkheden te creëren om (regionale) samenwerking tussen werkgevers te versterken, met name op het gebied van praktische ondersteuning (bijv. kinderopvang). Een mogelijkheid tot decentrale afspraken op werkgeversniveau met vakbonden en ondernemingsraad zou op onderdelen ook binnen de afspraak tussen sociale partners ingericht kunnen worden, mocht het gewenst zijn om tot nader maatwerk op instellingsniveau te komen. Van belang is dat in het geval van een nieuwe zorgcrisis instellingen hoe dan ook een calamiteitenregeling in werking kunnen laten treden, zodat zorgprofessionals zich ondersteund en inzetbaar weten, en er op dat moment invulling gegeven kan worden aan de behoeften die vanuit de zorgprofessional geformuleerd worden.

De Taskforce beveelt sociale partners daarbij aan goede afspraken te maken over afbakening (voor welke zorgprofessionals geldt de regeling), tijdspanne en de borging dat werknemers hun aanspraak op de regeling kunnen doen gelden. Ook aan de nazorg voor medewerkers (na hun inzet tijdens de crisis) kan hierbij aandacht worden geschonken. Voor de inwerkingtreding lijkt het voor de hand te liggen om aan te sluiten bij de inwerkingtreding van de crisisregeling. Een alternatief kan zijn dat de calamiteitenregeling desgewenst al in eerdere fasen in werking kan treden, maar dat de tegemoetkoming uit het fonds vanaf fase 2D gaat gelden. De Taskforce beveelt aan dat sociale partners hierover zo spoedig mogelijk een afspraak maken, waardoor uiterlijk 1 september 2022 een calamiteitenregeling operationeel is.

Veranderkundige implementatiestrategieën en de rol van direct leidinggevenden in de zorg

Tot slot is in het korte termijn advies van 21 januari jl. in opdracht van de Taskforce door externe onderzoekers van Berenschot gekeken naar een veranderkundige aanpak. Die is toegespitst op 4 van de 8 maatregelen uit het eerste advies, met het doel een aanzet te geven ter ondersteuning van zorgorganisaties en hen voeding te geven voor implementatiestrategieën op deze maatregelen. De onderzoekers hebben 8 concrete praktijksituaties als basis genomen en daaruit een drietal algemene lessen en een aantal specifieke lessen per maatregel gedestilleerd.¹⁷ De algemene lessen zijn:

¹⁷ [Advies optimale inzet zorgverleners | Berenschot nieuws](#)

- **Les 1.** COVID-19 als katalysator is niet voldoende voor structurele verandering
- **Les 2.** Een gedegen veranderaanpak is niet vanzelfsprekend
- **Les 3.** Een stevige positie voor zorgprofessionals is cruciaal en komt niet vanzelf

Natuurlijk geldt dat algemene veranderlessen altijd een vertaling nodig hebben naar een specifieke praktijk. Dat vergt kennis van de context en van menselijk gedrag, maar ook leiderschap en gezond verstand. De eerste les wordt breed onderschreven door de Taskforce. Het is niet vanzelfsprekend dat wat in een crisissituatie mogelijk was, in stand blijft na de pandemie. Ook de overige twee lessen komen duidelijk naar voren uit de casuïstiek. Bij de derde les merkte de klankbordgroep van de Taskforce op: "Als je gelooft in de kracht van een innovatie, geef dan moedig de ruimte aan een groep mensen die het waar kan maken". De Taskforce sluit hierbij aan. Een groep gedreven zorgprofessionals, met gezag bij collega's en steun van de leiding, kan veel bereiken, zo blijkt uit de bestudeerde casussen.

Een bijzonder aandachtspunt is de rol van de teamleider/direct leidinggevende in de zorg. Zij of hij speelt een essentiële rol in het behoud van zorgpersoneel en de implementatie van maatregelen rond duurzame inzetbaarheid. Onderzoek toont dit al jarenlang aan (zie bijvoorbeeld Van der Heijden e.a., 2009¹⁸). De bevindingen van de Taskforce en de klankbordgroep bevestigen dit, waarbij de klankbordgroep ook de rol en dynamiek binnen het team zelf benadrukt.

Wat moeten teamleiders zoal doen en hoe zorgen ze ervoor dat ze faciliterend zijn? Onder meer: investeren in positieve relaties met medewerkers, instroom en behoud medewerkers, operationeel management (o.a. productie, productiviteit, financiën), waardering tonen voor goed werk, steun bieden in tijden van stress en duidelijke verwachtingen creëren. Maar ook: mensen uitdagen om stappen te zetten in hun loopbaan en de vertaling maken van algemene maatregelen naar de individuele behoeften van medewerkers. Dit laatste punt is bij veel voorstellen van de Taskforce relevant.

Teamleiders/direct leidinggevendenden hebben door de diversiteit en veelheid van taken een complexe opgave die sterk afhankelijk is van de kwaliteit en stabiliteit van de team-, organisatie- en omgevingscontext waarbinnen zij hun taken vervullen. In het algemeen zijn drie elementen te onderscheiden die het optimaal faciliteren van zorgprofessionals door teamleiders/directe leidinggevendenden bemoeilijken:

- 1) De 'span of control' van teamleiders/direct leidinggevendenden in de zorg is steeds groter geworden. Het is geen uitzondering dat er leiding wordt gegeven aan teams van tientallen mensen. De mogelijkheden voor persoonlijke aandacht (span of attention) en individueel maatwerk zijn daardoor vaak minimaal.
- 2) Er wordt in sommige organisaties zeer weinig tijd en geld besteed aan de ontwikkeling van de leiderschapsvaardigheden van deze groep. Een schril contrast met de investeringen op dit gebied ten bate van het midden- en hogere management in de zorg.
- 3) In de praktijk worden teamleiders/direct leidinggevendenden door de omstandigheden (bijv. tijdsdruk) en hun managers primair gestuurd op korte termijn-indicatoren als productie. Niet op essentiële lange termijn-indicatoren als betrokkenheid, werkgeluk en vitaliteit van hun teamleden. Het oplossen van deze problemen is niet eenvoudig, maar mag bij een structurele aanpak van de personele problemen in de zorg niet worden overgeslagen.

¹⁸ Van der Heijden, B.I.J.M., van Dam, K. and Hasselhorn, H.M. (2009), "Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment", *Career Development International*, Vol. 14 No. 7, pp. 616-635.
<https://doi.org/10.1108/13620430911005681>

Slot

De Taskforce hoopt dat zij met haar adviezen een bijdrage heeft kunnen leveren aan het vergroten van de beschikbaarheid van zorgprofessionals (in het kader van een zorgcrisis) en daarmee aan de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg en dat de verschillende actiehouders deze adviezen voortvarend ter hand zullen nemen. Weliswaar lijkt het nu de goede kant op te gaan met de druk op de zorg als gevolg van COVID-19, maar in het najaar kan de situatie er zomaar weer anders uitzien bijvoorbeeld als gevolg van een nieuwe variant van het virus of door nog onvoorziene omstandigheden ten gevolge van de situatie in Oekraïne. Het is daarom zaak om de tussenliggende tijd te gebruiken om zo goed mogelijk hierop voorbereid te zijn. De deelnemers van de Taskforce zien om deze reden dan ook graag een spoedige kabinetsreactie tegemoet, zodat tijdig alle voorbereidingen kunnen worden getroffen om voorbereid te zijn op de komende winter. De Taskforce realiseert zich dat met de voorstellen (relatief beperkte) kosten gemoeid zijn, maar gaat ervanuit dat deze kosten, net als de eerdere Corona-gerelateerde kosten zoals van vaccins of testcapaciteit, uit algemene middelen worden betaald. Immers, de voorstellen beogen een bijdrage te leveren aan het voorkomen van nieuwe lockdowns met enorme maatschappelijke en economische kosten (en nieuwe steunpakketten).

Tevens wil de Taskforce de klankbordgroep bestaande uit zorgprofessionals en HR-experts, die de Taskforce de afgelopen drie maanden structureel heeft voorzien van reflectie op specifieke vragen ten aanzien van haar adviezen, maar ook de achterbannen van de verschillende werknemers- en werkgeversorganisaties en alle andere organisaties en personen op wie zij de afgelopen 3 maanden een beroep heeft kunnen doen ten behoeve van haar adviezen, hiervoor hartelijk danken. En tot slot wil de Taskforce haar waardering uitspreken voor al die zorgprofessionals die zich de afgelopen twee jaar vol overgave hebben ingezet voor de (COVID-19)-zorg.

Hoogachtend,



Gerlach Cerfontaine, voorzitter van de Taskforce.

BIJLAGE 1

Taskforce

Drs. Gerlach Cerfontaine, voorzitter
Drs. Ron Bormans
Prof. dr. Evelyn J. Finnema
Drs. Kitty Jong
Simone Kok BAsC
Dr. Bertine Lahuis
Gert Leeftink
Drs. Anthony Stigter
Drs. Stella Salden
Dr. Marjolein Tasche
Dr. Ben Tiggelaar
Mr. Janine Vos
Cees de Wildt
Mr. drs. Daniëlle Woestenberg

Klankbordgroep

Prof. dr. Nynke Boonstra
Indra Brummelenbos
Drs. Michiel Kahmann
Yvanka Klein Holte MSc
Simone Kok BAsC
Niek Kuijper MBA
Gert Leeftink
Mariëtte Stokkermans MA
Drs. Monique Walboomers