

**TIAS**

SCHOOL FOR  
BUSINESS AND SOCIETY



# Over zeggenschap gesproken ...

Verkenning in opdracht van de Minister van Medische Zorg en Sport,  
in vervolg op het CNO-rapport “Niets over ons, zonder ons”.

*Prof. dr. Nicolette van Gestel*

*Dr. Wiljan Hendriks*

*Dr. Marlot Kuiper*

*13 December 2020*

# Voorwoord

Geachte Minister Van Ark,

Krap twee maanden na uw verzoek ontvangt u hierbij onze verkenning – als vervolg op het CNO-advies van prof. dr. Bianca Buurman.

Wij danken onze 31 gesprekspartners die in deze zeer korte tijd bereid waren tijd vrij te maken om met ons in gesprek te gaan over het thema zeggenschap en aanverwante zaken. De gesprekken waren zonder uitzondering erg prettig en leerzaam. Er bleek uit dat het thema zeggenschap een (nog) bredere lading heeft dan in het advies van de CNO al is aangegeven, namelijk: zeggenschap staat in directe relatie tot een betere kwaliteit en organisatie van de zorg.

Door te profiteren van al die ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden (en breder: het zorgpersoneel) kan de zorg niet alleen beter aansluiten op de wensen van patiënten of cliënten en hun naasten, maar ook leiden tot grotere werktevredenheid en waarschijnlijk ook doelmatigheid.

Maar het duurt allemaal wel erg lang voor het zover is. Uit eigen ervaring weet ik hoeveel inventieve kracht en kennis er op de werkvloer bestaat – als je weet hoe je dit aan kunt boren. Dit is nog steeds niet vanzelfsprekend, al zijn er zeker ook een aantal goede voorbeelden.

Ik hoop daarom dat onze analyse en advies goed mogen landen en dat u er na deze verkenning flink de vaart in houdt om de zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden echt te verbeteren.

Met dank voor uw vertrouwen,

Nicolette van Gestel, mede namens Wiljan Hendriks en Marlot Kuiper.

TIAS School for Business and Society, Tilburg University

# Over zeggenschap gesproken ...

1	INLEIDING .....	3
2	ZEGGENSCHAP.....	6
3	ORGANISATIE VAN HET WERK.....	11
4	WERKBELEVING .....	14
5	TOT SLOT .....	16

## 1 INLEIDING

### Opdracht

Op 2 september 2020 heeft de Minister van Medische Zorg en Sport een advies ontvangen van haar Chief Nursing Officer (CNO) prof. dr. B.M. (Bianca) Buurman over de zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden. Het advies met de titel “Niets over ons, zonder ons” concentreert zich op drie aanbevelingen, namelijk meer tijd en ruimte voor zeggenschap; erkennen van professionele zeggenschap op organisatie- en op landelijk niveau; en verankeren van scholingsmogelijkheden en loopbaanmogelijkheden in cao’s. De CNO stelt voor dat een onafhankelijke commissie van verpleegkundigen en verzorgenden samen met deskundigen deze punten verder uitwerkt en de voortgang monitort.

Voor een vervolg op het CNO-advies had de Minister van Medische Zorg en Sport behoefte aan een verkenner om “te achterhalen of er op het thema medezeggenschap en gerelateerde onderwerpen zoals geschetst in het CNO-advies voldoende eigenaarschap is bij de partijen om daarmee aan de slag te gaan en hoe zij die uitvoering zouden willen vormgeven. Op basis van gesprekken is de verkenner gevraagd de minister te adviseren op welke wijze de commissie vorm moet krijgen.” Met “partijen” worden door VWS bedoeld: werkgeversorganisaties, beroepsgroepsorganisaties en bonden, en bestuurders van organisaties met vernieuwende praktijken inzake zeggenschap en organisatie van de zorg. In dit document presenteren we de bevindingen van deze verkenning.

We besteden hieronder aandacht aan de methode van de verkenning, zodat navolgbaar is hoe deze is opgebouwd.

### Methode

De verkenning is uitgevoerd in de periode 26 oktober tot 13 december 2020, door prof. dr. Nicolette van Gestel in samenwerking met dr. Wiljan Hendriks en dr. Marlot Kuiper. De eerste stap in de verkenning was de selectie van onderwerpen voor de gesprekken, uit de veelheid aan zaken die in het CNO-advies en de daaropvolgende ‘Prinsjesdagbrief’ van de minister<sup>1</sup> en haar brief over opvolging van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2020-21, 29282, 441 (Kamerbrief), 15 september 2020

het CNO-advies aan de Tweede Kamer<sup>2</sup> werden aangereikt. Na zorgvuldige afweging is de gesprekshandleiding toegespitst op een drietal centrale thema's, namelijk medezeggenschap op alle niveaus (team, organisatie, landelijk); de organisatie van het werk (autonomie, aansturing, manier van werken, administratieve last); en de werkbeleving van professionals (werkplezier, ontwikkeling, mentale/fysieke belasting, werk-privé). Deze drie thema's en de onderwerpen daarbinnen hangen uiteraard nauw samen. Binnen elk thema is gekozen voor dezelfde opbouw van de vragen, waarbij eerst gesproken is over de betekenis van diverse begrippen (waarover moet zeggenschap precies gaan, wat is professionele autonomie of administratieve last, etc.) en daarna over welk beleid en praktijken er al bestaan, hoe die functioneren, wat er verbeterd kan worden en welke bijdrage de verschillende partijen hieraan willen leveren. De gesprekshandleiding is te vinden in bijlage 1.

De volgende stap was de selectie van respondenten. In de relatief korte periode van deze verkenning zijn elf gesprekken gevoerd met de genoemde partijen, in totaal met 31 gesprekspartners (zie bijlage 2). De meeste gesprekken waren groepsgesprekken (2-5 deelnemers). Er is gesproken met zeven werkgeversorganisaties en met vier beroepsorganisaties en bonden. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met bestuurders van vier zorgorganisaties met innovatieve vormen van zeggenschap en met vijf zorgprofessionals met ruime ervaring in zeggenschap in diverse andere organisaties, via VAR, CNO en/of in andere vormen zoals verpleegkundige staf, raad of platform. Gezien het feit dat deze verkenning een vervolg is op het CNO-advies en de focus daarin ligt op verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) zijn andere belangrijke beroepsgroepen in het zorgpersoneel (zijnde niet-V&V) niet afzonderlijk betrokken in deze verkenning. Hun positie is wel aan de orde gesteld door zowel werkgevers- als beroepsorganisaties, bonden en bestuurders en in die zin meegenomen in de analyse. Mogelijk is de inhoud van deze verkenning dus ook voor hen (deels) relevant.

Onze gesprekspartners hadden vaak meer dan één identiteit; zo had een deel van de bestuurders van brancheorganisaties of zorginstellingen een verleden als verpleegkundige en hetzelfde gold voor bestuurders en adviseurs van beroepsorganisaties en bonden. Ongeveer een derde van de gesprekspartners is nog steeds – of tot zeer recent – (tevens) actief als verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Alle gesprekken waren digitaal (Webex, MS Teams) en zijn opgenomen met toestemming van de gespreksdeelnemers. De individuele gesprekken duurden een uur, de groepsgesprekken anderhalf uur, soms met een kleine uitloop. De gesprekken zijn uitgewerkt in gespreksverslagen, aan de hand van de thema's uit de gesprekshandleiding. De data-analyse vond plaats op basis van deze verslagen, waarbij de eerste stap was om per thema de overeenkomsten en verschillen tussen de partijen te analyseren. Hierdoor ontstond een goed overzicht van waar partijen het over eens zijn en waar meer variatie was of verschil van inzicht. Dit overzicht per thema vormde de basis voor een vervolgstap in de analyse, waarbij juist is gezocht naar de samenhang tussen de thema's, zoals tussen zeggenschap en de organisatie van het werk. De gespreksverslagen zijn opgesteld door de postdoc onderzoekers en de analyse door prof. Van Gestel. Beide zijn besproken in het team en de onderlinge feedback heeft geleid tot aanvulling en aanscherping van de analyse.

In de korte periode van deze verkenning zijn diverse rapporten verschenen door adviescommissies, vaak ook op verzoek van VWS. De grote productie van adviezen dit najaar leidde wel tot vragen, zowel

---

<sup>2</sup> Kamerbrief 1762416-212698-MEVA, 27 september 2020

bij ons als bij gesprekspartijen. We hebben uiteraard kennisgenomen van deze documenten, maar we hebben besloten om er gezien de zeer krappe tijd voor deze verkenning niet aan te refereren. Dit rapport is dus puur een analyse van de gevoerde gesprekken met een belangrijk deel van het veld en in het kader van de opdracht van de minister. We denken op die manier de meeste originele meerwaarde te kunnen bieden.

### **Het korte antwoord**

Het korte antwoord op de vraag of er inzake medezeggenschap en verwante onderwerpen voldoende eigenaarschap is bij de partijen om daarmee aan de slag te gaan is 'ja'. Eigenaarschap (vertaald als: men voelt zich verantwoordelijk) is echter niet hetzelfde als het (strategisch) vermogen dit ook vorm te geven. De partijen delen wel een richting waar zij heen zouden willen met zeggenschap in de zorg, namelijk zorg die is georganiseerd 'rond de patiënt' met multidisciplinaire teams waar V&V een belangrijke rol in spelen en die in hoge mate gekarakteriseerd wordt door vormen van zelfsturing. Deze organisatie van de zorg staat in contrast met de meer traditionele hiërarchische organisatie met top-down besturing van specialistische afdelingen, teams en organisaties. Hoewel er zeker interessante 'good practices' bestaan van een dergelijke nieuwe (eigenlijk oude) vorm van zorgorganisatie, zijn dit tot nu toe 'voorlopers' en kent men elders dergelijke praktijken slechts oppervlakkig. De conclusie is dus dat er wel eigenaarschap is bij de partijen om zeggenschap en aanverwante thema's te realiseren en dat er eigenlijk ook een gedeeld ideaal bestaat van zeggenschap in relatie tot een andere organisatie van de zorg, maar dat de weg hoe daar te komen (welke strategie, condities, beleid en praktijk) veel meer aandacht en inspanning verdient.

Op basis van gesprekken is de verkener gevraagd de minister te adviseren op welke wijze een commissie vorm moet krijgen die het CNO-advies gaat uitwerken. Het gedeelde uitgangspunt in het veld is de relatie tussen zeggenschap en betere zorg. In de gesprekken blijkt de behoefte van het veld echter niet te liggen bij een zorgbrede commissie, maar bij specifieke strategieën op branche-, organisatie- en teamniveau vanwege de grote variatie in het type patiënten/cliënten, het type zorg dat wordt geleverd, de verschillende samenstelling van het zorgpersoneel en de verschillen in sturing, organisatie en financiering. In deze verkenning wordt dus onvoldoende draagvlak gevonden voor een zorgbrede commissie van professionals en andere deskundigen zoals voorgesteld in het CNO-advies, maar wel voor verdere uitwerking van dit advies op brancheniveau en binnen organisaties en teams.

Met name een goed doordachte 'strategie' voor de verschillende branches en organisaties met concrete aanpak en planning verdient aandacht in het veld, zoals ook in het CNO-advies wordt aangegeven. Onderzoek leert dat zelfs een beperkte strategie zorgt voor meer en betere uitkomsten dan géén strategie. De stellige indruk uit de verkenning is wel dat de meeste gesprekspartners hierbij (meer tijd voor) reflectie en ook ondersteuning kunnen gebruiken; mede om 'van buiten naar binnen' te kijken. Volgens het zorgveld moet de behoefte aan hulp echter zeker niet worden opgevat als behoefte aan centrale wet- en regelgeving.

De uitdaging wordt dus: hoe komen we dan wél verder? Tenslotte duurt deze discussie over zeggenschap en betere kwaliteit van zorg en organisatie rond de patiënt/client al decennia (en gaat zelfs verder terug dan de 'witte woede' waar vaak aan wordt gerefereerd). Aan deze lange historie valt af te lezen dat 'vanzelf' er decentraal te weinig gebeurt; de voortgang is tot op heden traag, anders zou het onderwerp niet steeds terugkeren op de agenda. Het lijkt daarom verstandig voor VWS om –

zonder centraal de inhoudelijke en organisatorische structuren uniform voor te schrijven – afspraken te maken per zorgbranche over hun aanpak van het thema zeggenschap en aanverwante zaken, met nabije stippen op de horizon en voldoende (strategische) ondersteuning.

Het advies is daarom dat VWS in samenwerking met de CNO en de inhoudelijke zorgdirecties zelf een kernteam formeert dat de taak op zich neemt van de voorgestelde commissie, namelijk het ondersteunen van zeggenschap en betere zorg vanuit het perspectief van V&V (of wellicht breder: het zorgpersoneel) en het aanjagen en monitoren van innovatie en verbeteringen in de organisatie van zeggenschap en zorg in nauwe samenspraak met de branches en beroepsorganisaties. Dit kernteam vervult een schakelfunctie tussen het ministerie en het veld; het is er zeker niet om eenzijdig top-down te sturen maar ook niet om alleen te luisteren. De opdracht is om strategisch beleid te helpen ontwikkelen om zeggenschap in relatie tot betere zorg te realiseren. Het is belangrijk dat er voldoende capaciteit voor deze niet geringe taak wordt gerealiseerd. Met deze investering is de verwachting dat er merkbare verandering voor verpleegkundigen en verzorgenden tot stand gaat komen.

Hierna volgt de analyse van wat we in de gesprekken met de 31 respondenten uit het veld hebben opgehaald. We gaan daarbij net als in de gesprekken zelf achtereenvolgens in op de betekenis en organisatie van zeggenschap; de aansturing en manier van werken in de diverse zorgbranches en op de (perspectieven op) ervaringen van V&V met hun werk. Tot slot komen we terug op de samenhang van deze thema's. Deze analyse is bedoeld als basis voor een krachtig vervolg op het CNO-advies van 2 september j.l.

## 2 ZEGGENSCHAP

Deze paragraaf vat samen wat er in de gesprekken naar voren kwam over de vraag wat eigenlijk precies wordt verstaan onder zeggenschap, waarover die zeggenschap moet gaan en op welk niveau zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) gewenst is: individueel en team, organisatie, branche en landelijk?

### **Zeggenschap waarover?**

Antwoorden van partijen op deze vraag lopen uiteen van meer praktische zaken die grote invloed hebben op het werkplezier, zoals roosteren, tot vakinhoudelijke zaken die direct raken aan de uitoefening van het eigen beroep, zoals wondverzorging of begeleiding van patiënten/cliënten, en meer beleidsmatige zaken zoals over medicatie en veiligheid, organisatie van zorg in interprofessionele teams en regels voor administratie. Door alle partijen wordt benadrukt dat zeggenschap gaat over verantwoordelijkheid geven en nemen. Meer zeggenschap geven betekent dus meer verantwoordelijkheid geven. Net als in het CNO-advies wordt door de beroepsorganisaties, de bonden en bestuurders die wij spraken beklemtoond dat het 'verpleegkundig perspectief' op ieder niveau aanwezig moet zijn. Dat is niet hetzelfde als dat iedere V in alles gekend en gehoord moet worden, maar de beroepsgroep moet wel aan tafel hebben gezeten. Dit vraagt wel om representativiteit.

Zorgorganisaties die veel ervaring hebben met een 'plattere' organisatie, hebben al vormen van directe zeggenschap. Sommige anderen, in wijk- en thuiszorg of in de GGZ proberen – bijvoorbeeld via Excellente Zorg – V&V "de ruimte te bieden om zelf kwaliteitsslagen te maken". Zij brengen naar voren

dat dit vaak gaat over kleine dagelijkse dingen (zoals goed rapporteren, hoe te handelen bij een incident, wat te doen bij agressie), maar zowel V&V als de leidinggevenden ontdekken via deze sessies dat hier goede oplossingen uit voort kunnen komen en dat levert eigenwaarde voor V&V op en waardering vanuit leidinggevenden. Bij de vraag 'zeggenschap waarover?' zien we wel steeds de discussie wat 'in de lijn' geregeld moet worden en wat juist door de professies. Hier zit ook de spanning tussen een top-down en bottom-up aanpak en tussen gevestigde posities van bestuur, management en medici ten opzichte van de invloed van het zorgpersoneel, in deze verkenning de V&V.

Professionele zeggenschap vraagt volgens de partijen in deze verkenning dat verpleegkundigen en verzorgenden bij die zaken betrokken zijn die de kwaliteit van de zorg en de inhoud van het vak raken. Het is wel van belang die professionele zeggenschap verder uit te werken en te concretiseren.

### **Niveau individu en team**

De meeste nadruk wordt door alle gesprekspartners gelegd op het belang van zeggenschap op de werkvloer en zij relateren die vaak aan de inhoud en kwaliteit van de zorg voor patiënt/client. Door de relatie te leggen met de beste zorg voor de patiënt/client verwacht men niet alleen zeggenschap en werktevredenheid van de medewerkers te verbeteren, maar ook de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid. Hierbij gaat het om individueel verleende zorg direct in relatie tot de patiënt/client, bijvoorbeeld bij V&V in de wijk- en thuiszorg, in de gehandicaptenzorg, in de geboortezorg. Maar het gaat ook om multidisciplinaire samenwerking in teams, in 'ketens' of 'patiëntenpaden' waarin de deskundigheid van V&V cruciaal wordt genoemd, juist door werkgeversorganisaties en bestuurders. Ook zou meer zeggenschap kunnen zorgen voor het beperken van uitval en uitstroom van zorgpersoneel waardoor de capaciteit voor de zorg wordt verhoogd. De relatie tussen zeggenschap en betere zorg lijkt dus het uitgangspunt.

Het uitgangspunt van de combinatie zeggenschap en betere zorg rond de patiënt/cliënt is echter in de meeste gevallen in de praktijk nog ver af: zowel werkgevers als beroepsgroep als bonden geven aan dat er diverse goede voorbeelden en experimenten bestaan, maar dat er vooral nog veel te doen is. Een goed overzicht van wat er op de werkvloer nu precies aan zeggenschap bestaat en hoe het werkt ontbreekt. De voorbeelden van zeggenschap in teams gaan ook vaker over roosteren, dan over zeggenschap in relatie tot de inhoud van de zorg.

*Samenvattend:* Bestuurders, branchewerkgevers, bonden en beroepsgroeporganisaties zien dus de grootste winst voor meer zeggenschap V&V door de nadruk te leggen op de positieve gevolgen hiervan voor de verbetering van inhoud en kwaliteit van zorg. Een strategie hoe hiertoe te komen ontbreekt echter doorgaans, hoewel er ook goede voorbeelden zijn gegeven (zie ook paragraaf 3).

### **Organisatieniveau**

De vertegenwoordiging van V&V op organisatieniveau vindt in een meerderheid van de organisaties plaats in een VAR (er zijn geen precieze cijfers bekend bij VWS; V&VN zegt 70%, er zijn echter verschillen per branche). De VAR of een vergelijkbare vertegenwoordiging (verpleegkundige staf) wordt aangemoedigd of voorgeschreven door 'de cao' en lijkt vaker voor te komen in ziekenhuizen dan in de andere zorgsectoren. Er blijken naast de VAR ook andere modellen te bestaan, soms in combinatie met een VAR of verpleegkundige staf, - platform of kennis/expertisecentrum. Zo is er het model van de CNO (of aanverwante functies, zoals Chief Nursing Information Officer) en het model

van een bestuursraad waar ook verpleegkundigen deel van uitmaken (Martini Ziekenhuis). De modellen variëren sterk qua karakter en ontwikkeling.

VAR: de leden van de VAR zijn verpleegkundigen en verzorgenden. Zij melden zichzelf, men wordt niet gekozen. De zeggenschap in de VAR wordt dus ingevuld door vrijwillige V&V, die de taken naast het eigen werk doen, in de vrije tijd. Door alle partijen wordt opgemerkt dat de noodzakelijke condities voor het werk van V&V in de VAR ontbreken. Vanwege de werkdruk en personeelstekorten is de animo voor de VAR beperkt en daarmee haar invloed. Het ontbreken van condities voor de VAR wordt erkend door werkgevers. Vanuit de bonden wordt gesteld: positioneer die groep dan als vertegenwoordigers van verpleegkundigen veel beter, geef ze de rechten die mensen in de medezeggenschap ook hebben. Werkgevers zijn terughoudend, zij vrezen een overlap met de OR. Soms wordt door werkgevers ondersteuning geboden aan de VAR via tijd en ondersteuning; bestuurders zien wel dat de VAR meer in positie moet worden gebracht ten opzichte van management en artsen. Zij menen ook dat de VAR overbelast dreigt te raken omdat de voorhoede van verpleegkundigen uit de VAR overal bij wordt betrokken. Beroepsorganisaties stellen juist dat de VAR vaak niet wordt betrokken bij het beleid van de organisaties (bijvoorbeeld in de Covid-crisis). De VAR lijkt dus niet optimaal vormgegeven en moet het sterk hebben van enthousiaste trekkers.

De CNO komt beperkt voor in Nederlandse zorginstellingen; het is een betaalde functie, de CNO wordt benoemd door het bestuur van de organisatie. Dit model komt 'uit Amerika', verwezen wordt naar de Magnet Hospitals. Een CNO heeft echter in de VS meer invloed en is daar tevens hoofd van de verpleegkundige staf; in Nederland is dit niet het geval. Er zouden vier CNO's zijn in Nederland. Er wordt vanuit de beroepsgroep gezocht naar een andere naam, zodat een CNO voor bestuurders en medische staf meer acceptabel zou worden.

Een bestuursraad waar V&V deel van uitmaakt komt ook weinig voor in Nederland; zover bekend is er één ziekenhuis met een gemengde bestuursraad waar twee ervaren V's sinds kort samen met de medische staf de Raad van Bestuur adviseren. In de GGZ-sector zouden ook enkele voorbeelden zijn van een multidisciplinaire raad waar V&V, medici en agogen en ook de RvB zelf deel van uitmaakt. Vanuit werkgeverszijde wordt gesteld dat V&V zich niet goed staande houden in een gezamenlijke raad; de vrees is dat V&V niet kunnen opboksen tegen de zeggenschap van artsen en management. De bonden en beroepsgroeporganisaties wijzen erop dat afdelingshoofden en management vaak niet de verpleegkundige inbreng representeren, hoewel dit wel zo wordt gepercipieerd door bestuurders. De bonden wijzen op de dominante cultuur in de zorg die zou worden bepaald door medisch specialisten, met name in de ziekenhuizen. Zij vragen zich af of je met een structuuroplossing een cultuuroplossing bereikt. Bonden en beroepsgroeporganisaties proberen professionals in positie te brengen, maar het probleem zit volgens hen aan de andere kant: "Het willen luisteren naar input van professionals, daar ontbreekt het systematisch aan."

Met welke onderwerpen houdt de VAR, de verpleegkundige staf, de CNO etc. zich bezig: daar hebben de gesprekspartners geen overzicht over. Wel stellen zij dat er veel variatie is; er zijn organisaties die al jaren een VAR hebben en andere zijn net begonnen; vaak gaat het over meer praktische zaken zoals roosteren. Over het algemeen lijkt de VAR op het gebied van rechten, condities en de inhoud van zeggenschap op organisatieniveau nog weinig geïnstitutionaliseerd. Toch zijn onze gesprekspartners doorgaans tegen verdere institutionalisering: ze vinden een wettelijke regeling te formeel, te uniform, te ver af van de werkvloer. In de organisaties waar de zeggenschap op de werkvloer heel goed geregeld



lijkt, is er geen VAR (nodig) of wordt die opgeheven. Maar er is zowel bij bestuurders als bonden en beroepsorganisaties wel behoefte aan de inbreng van V&V op organisatieniveau. Naarmate de zeggenschap op individueel en teamniveau naar tevredenheid werkt, kan dat ook per onderwerp geregeld worden, niet per se via een VAR. Vanuit de bonden wordt er op gewezen dat er al afspraken bestaan in de cao over zeggenschap. Zij vragen zich af waarom niet eerst deze afspraken worden nagekomen, alvorens over wetgeving te spreken.

Algemeen wordt gewezen op het belang (en de moeilijkheid) om in formele structuren en functies voor medezeggenschap met de achterban goed contact te houden en hen te vertegenwoordigen. Dit vergt van de V in de VAR of bestuursraad of van de CNO behalve 'het gesprek met de bestuurder' ook regelmatige interactie met V&V in de organisatie en dat kost (nog meer) schaarse tijd. In sommige organisaties bestaat een verpleegkundige staf of vereniging, die de betrokkenheid 'van onderop' organiseert en waar goede contacten zijn met de VAR. In andere gevallen lopen de lijntjes van en naar de VAR via de (HBO) zorg coördinatoren of regie verpleegkundigen op de afdelingen. In de meeste gevallen lijkt zo'n bottom-up organisatie van V&V echter (nog) niet te bestaan.

Bij de VAR en de CNO gaat de aandacht vaak naar het gesprek met het bestuur en met het management en de medische staf. Ook andersom bestaat die neiging. Hierbij speelt de 'taal' die wordt gebezigd in beleid, bestuur en management een belangrijke rol: professionals op de werkvloer voelen zich hierdoor over het algemeen niet aangesproken en de bestuurders en medici praten zelf makkelijker met V's die zich deze taal eigen hebben gemaakt. Er lijkt maar beperkt aandacht en actie bij bestuur, management en medische staf om zich concreter en toegankelijker uit te drukken in woord en geschrift. Liever leidt men een deel van de V's op om de bestuur/beleidsstaal te begrijpen en te spreken. Zo wordt zeggenschap geen toegankelijk recht voor velen.

*Samenvattend:* zowel de ondersteuning (tijd en ruimte) zoals aangegeven in het CNO-advies, de representativiteit ten opzichte van de achterban, als met name ook de ontvankelijkheid voor de inbreng van V&V bij andere stakeholders op organisatieniveau lijkt sterk aan verbetering toe. Men is daarbij zoekende wat 'in de lijn' moet gebeuren aan zeggenschap (werkgevers noemen bijvoorbeeld: roosteren en 'hoe we dingen beter en efficiënter kunnen doen') en wat er in overleg met V&V in de VAR of een kenniskolom, expertisecentrum, verpleegkundige staf etc. moet gebeuren ('het gesprek over de inhoud', het 'wat', hoe zorg wordt vormgegeven en de rollen van groepen zorgpersoneel daarbij; inclusief de functie- en taakdifferentiatie). Uit deze beschrijving wordt al duidelijk dat er geen heldere scheiding bestaat tussen de 'lijn' en daarbuiten.

## **Landelijk**

Landelijk is de zeggenschap van V&V georganiseerd in de bonden en beroepsorganisaties: FNV, CNV, NU'91 en V&VN. De eerste drie zitten aan tafel met werkgevers voor de cao-onderhandelingen. De werkgevers praten over het algemeen liever met V&VN, daar hebben ze het idee dat er inhoudelijk wordt overlegd, terwijl het met de bonden om onderhandelen gaat. Met het ministerie van VWS wordt ook gesproken, doorgaans met afzonderlijke partijen en ad hoc.

Bonden en beroepsorganisaties hebben getalsmatig een verschillende achterban qua V&V, maar die is maar beperkt bekend. NU'91 zou circa 40.000 leden hebben en V&VN 105.000 leden. Hoeveel leden van FNV en CNV verpleegkundigen en verzorgenden zijn is niet goed duidelijk (tussen 100.000 en

200.000). Er zal ook enige overlap zijn van leden die zowel bij bond als beroepsgroep organisatie zijn aangesloten. De vier partijen die de beroepsgroep representeren geven aan geen behoefte te hebben aan één organisatie voor V&V. Sommige werkgeversbranche organisaties ervaren enige strijd tussen de partijen over wie de achterban het beste vertegenwoordigt. Er worden wel creatieve oplossingen gevonden voor verbindingen, bijvoorbeeld door leden van beroepsorganisaties die ook kaderlid zijn bij een bond een dubbelrol te laten spelen in projecten van V&VN.

Werkgevers in de zorg hebben eveneens geen gezamenlijke organisatie. Een (groot) deel van hen is aangesloten bij brancheorganisaties en een aantal hebben hun krachten gebundeld, maar er zijn ook organisaties en branches die zich afsplitsen en een eigen weg kiezen (bijvoorbeeld Buurtzorg, of de geboortezorg). De representatie van werkgevers in de zorg is net als die van de V&V nogal gefragmenteerd. Het is voor bonden en werkgevers ook lastig aan welke tafel er wat besproken moet worden. Werkgeversbranche organisaties zien in landelijke gesprekken over zeggenschap gevaar voor interferentie met cao-onderhandelingen. Zij willen zich niet binden aan adviezen met een zorgbrede focus terwijl zij in hun eigen branche onderhandelen met de bonden. Ook de bonden wijzen op hun eigen rol aan de cao-tafel waarbij zij zich niet in andere overleggremia te zeer willen binden.

Door werkgevers en bestuurders wordt gehamerd op het specifieke van de eigen branche. Daar hebben zij ook goede argumenten voor. De verscheidenheid uit zich in verschillende typen patiënten/cliënten, het type zorg dat wordt geleverd, de verschillende samenstelling van het zorgpersoneel (soms zijn V slechts een minderheid) en de verschillen in sturing, organisatie en bekostiging. De care-werkgevers benadrukken dat “men in Den Haag” geneigd is de zorg als synoniem te zien met de cure sector. Zij geven bovendien aan dat ook binnen de care sector zelf er grote verscheidenheid bestaat (gehandicaptenzorg, geboortezorg, langdurige zorg voor ouderen etc.), zodat gewaakt moet worden voor uniforme wet- en regelgeving, zowel over zeggenschap als over andere zaken.

Alle partijen in onze verkenning pleiten dus voor een vervolg van de thema's in het CNO-advies per branche in plaats van een overkoepelende commissie. Zij dringen daarbij tevens aan op verbreding van de beroepsgroep V&V naar helpenden, agogen, fysiotherapeuten, psychologen, anesthesiemedewerkers, laboranten, etc. Met andere woorden: het gaat hen om de zeggenschap van al het zorgpersoneel, exclusief de medische staf want die heeft in hun ogen al genoeg invloed.

Vanuit de bonden en de beroepsgroep ligt op landelijk niveau de nadruk sterk op een gesprek over 'het zorgsysteem' dat in hun ogen is gericht op 'productie' ten koste van de professies; een argument dat overigens ook van werkgeverszijde wordt genoemd. Werkgeversbranches en bestuurders stellen dat verzekeraars primair zijn gericht op kostenbeheersing, bijvoorbeeld via de introductie van cliëntprofielen, wat klinkt als maatwerk terwijl het niet over de inhoudelijke zorgkwaliteit zou gaan maar alleen over de financiering (“Je mag elke kleur kiezen, zolang het maar zwart is”). Zij bekritisieren dat preventie onvoldoende in het systeem zit; het voorkomen van zwaardere zorg door eerder doorvragen en reageren. Van werknemerszijde en door sommige bestuurders wordt gesteld dat er in 'het systeem' vaak wordt gesuggereerd dat meer aandacht voor zeggenschap leidt tot hogere kosten. Zij verwachten daarentegen dat zeggenschap van V&V juist leidt tot lagere kosten vanwege minder verspilling (meer zinnige zorg), een hogere kwaliteit van de zorg en behoud van personeel. Een voorbeeld dat vanuit de beroepsgroep wordt genoemd is dat in het ziekenhuis minder ligdagen nodig zijn als de uitslag van een standaard urinetest vooraf aan ontslag niet door een arts bevestigd hoeft te

worden, zodat de verpleging niet steeds hoeft te bellen naar een moeilijk bereikbare arts en de patiënt eerder naar huis kan. Deze inschatting – met bijbehorende verantwoordelijkheid – kan juist goed door de verpleegkundige worden gemaakt, zo wordt gesteld.

*Samenvattend* is bij het thema zeggenschap de verbinding met inhoud en kwaliteit van de zorg een veel genoemd ideaal; dit is volgens de partijen echter nog allesbehalve staande praktijk al zijn er goede voorbeelden in die richting. Het CNO-advies voor condities – af te spreken in cao's – om te kunnen participeren in zeggenschap en beroepsontwikkeling in teams en op organisatieniveau, maar ook bij de beroepsvereniging (landelijk niveau) vindt ondersteuning.

Zoals door alle gesprekspartners naar voren wordt gebracht, in het bijzonder door bonden en beroepsorganisaties, is bij zeggenschap voor V&V op alle niveaus echter ook aan 'de andere kant' (bij bestuurders, management, medici, maar ook politiek, VWS, verzekeraars, inspectie en toezichthouders) meer inspanning nodig. Het zit werkgevers met name dwars hoe slecht er door 'systeempartijen' wordt geluisterd naar hen als het gaat om de uitwerking van regels in praktijk; hoe weinig aandacht er is voor de resultaatverwachtingen en tarieven die volgens hen niet in balans zijn. Bonden en beroepsgroep delen deze opinie, maar vinden tevens dat bestuurders en medici de deskundigheid van V&V te weinig betrekken in organisatiebeleid (bijvoorbeeld bij Covid-19, zowel op de IC's als in verpleeghuizen). Zij vragen zich af: Hoe geïnteresseerd is men eigenlijk op landelijk en organisatieniveau in de V&V, hoe goed wordt geluisterd, en wat doen politici, bestuurders, financiers en toezichthouders met wat ze van V&V horen? Omgekeerd denken bestuurders en werkgeversbranche organisaties vaak dat zij wel luisteren maar dat V&V moeten emanciperen, de ruimte die er is beter moeten pakken en dat zij hoger/beter opgeleid moeten worden. Dit brengt ons bij het tweede thema van deze verkenning: de organisatie van het werk.

### 3 ORGANISATIE VAN HET WERK

In deze paragraaf staat de relatie van zeggenschap met de organisatie van het werk centraal. Onderwerpen die in de gesprekken aan de orde kwamen zijn: professionele autonomie, aansturing en manier van werken, en administratieve last. De analyse mondt uit in een overzicht van de belangrijkste drijfveren en barrières die zijn genoemd voor verandering in de organisatie van het werk.

#### **Ruimte voor de professional en sturing/manier van werken**

Door alle partijen wordt gewezen op de hiërarchische structuur en cultuur in vele zorgorganisaties die de ondergeschikte positie van V&V in stand houdt. Het gaat daarbij om de verhoudingen vanuit bestuur, de medische staf en het management met V&V maar ook om de cultuur waarin relatief weinig animo lijkt te bestaan vanuit de beroepsgroep om ruimte voor zeggenschap op te pakken. De professionele identiteit van V&V wordt veelal geschetst als 'dienend' en verzorgend, waarbij het in stand houden van 'de goede relatie' van groot belang is. Hierdoor zouden verpleegkundigen en verzorgenden niet snel geneigd zijn om zich kritisch uit te spreken. Anderzijds noemen werkgevers de belangrijke rol voor het middenkader, de leidinggevenden van de teams die een ander type leiderschap nodig hebben. Dit leiderschap wordt omschreven als faciliteren en ondersteunen in plaats van top-down sturen en controleren.

Hiërarchie is meer kenmerkend voor de 'cure' dan voor de 'care' sector, zo wordt gesteld. Maar terwijl de ruimte voor zeggenschap daarmee groter lijkt in de care sector zou de animo vanuit de beroepsgroep juist lager zijn, mede omdat in de opleiding van verzorgenden en MBO verpleegkundigen aan zeggenschap en bijbehorende vaardigheden in het verleden geen of weinig aandacht is besteed.

Hoewel meer zelfsturing op het niveau van (interprofessionele) teams wordt gezien als een aantrekkelijk alternatief paradigma, wordt het ook beschouwd als gevaar voor bezuiniging. Taken van management zouden bij zelfsturing gaan naar het team waarmee de administratieve last juist wordt verhoogd. Met name door werkgeversbranche organisaties in de care sector is opgemerkt dat het ideaal van zelfsturende teams heeft geleid tot bezuinigen op management, waarmee V&V wel meer zeggenschap krijgen (bijvoorbeeld over roosteren) maar ook vaak een (nog) hogere werkdruk ervaren en een deel van hen de aandacht van de leidinggevende mist. Werkgevers in de care in meer traditionele organisaties willen eigenlijk naar meer zelfsturende teams toe, maar twijfelen of dit bij alle medewerkers past; of met name het lager opgeleide deel van de medewerkers dit wil en of zij dit aankunnen. Tegelijk wordt geconstateerd dat juist de financiële beperkingen, bijvoorbeeld in de thuiszorg, het samenwerken in koppels en reflectie en intervisie die de kwaliteit van zorg verhogen, onmogelijk maken. Vanuit organisaties met vormen van zelfsturing (behalve Buurtzorg bijvoorbeeld Icare, Amstelring en Omring) wordt de verandering naar zelfsturende teams gezien als een ontwikkelingsproces, dat begint met vertrouwen in het personeel en begeleid kan worden met ondersteuning en opleiding. In het model 'Buurtzorg' worden V&V tot 'kleine ondernemers', waarbij er geen spanning zou zijn met de eerste prioriteit van de V&V om vooral zorg te willen verlenen.

Ook in de cure vinden werkgeversbranches net als beroepsorganisatie V&VN dat de kwaliteit van zorg het vertrekpunt moet zijn voor medezeggenschap en versterking van de rol van V&V. Zij zien een andere organisatie van het werk (multidisciplinaire zorg rond de patiënt) als voorwaarde hiervoor. Dit uitgangspunt lijkt echter nog niet consequent verwerkt in de strategie van de ziekenhuisbranche en organisaties. In de agenda van NVZ en NFU staan drie andere zaken bovenaan: de V moet zelf actiever worden en 'de ruimte pakken'; de organisatie moet de V hierin ondersteunen met opleiding en ontwikkeling (HR-beleid); en de overheid moet hiervoor geld beschikbaar stellen. De multidisciplinaire organisatie van de ziekenhuiszorg komt niet terug in deze agenda; ook wordt er geen directe aandacht besteed aan een minder hiërarchische, luisterende en waarderende rol van bestuurders, management en artsen ten aanzien van V&V en overig zorgpersoneel.

### **Administratieve last**

Alle partijen zijn het er over eens dat er een hardnekkig groot deel van de werktijd opgaat aan administratieve taken (zowel in cure als care, en ondanks schrapsessies). De omvang van administratieve taken wordt door verschillende partijen geschat op 30-40% van de werktijd terwijl 15-20% wenselijk zou zijn. Dat de tijd besteed aan administratie tweemaal zo hoog is dan nuttig wordt gevonden komt volgens onze gesprekspartners door vier oorzaken, in willekeurige volgorde:

- De kwaliteitskaders, subsidieregelingen, registratie eisen etc. kortom, de regelingen van 'buitenaf'.
- De lijstjes die de bestuurders, managers en artsen zelf bedenken voor administratie.
- De verschuiving van administratieve managementtaken naar werknemers (onder label zelfsturing).

- Medewerkers die zelf vasthouden aan taken en lijstjes uit gewoonte, onzekerheid of angst voor reprimandes.

Zoals werkgeverspartijen aangeven: alle administratie landt uiteindelijk bij de V&V. De politiek (kabinet en parlement) is in de ogen van alle partijen onvoldoende op de hoogte van de repercussies die goedbedoelde interventies met wet- en regelgeving hebben voor de uitvoering, en dat geldt in het bijzonder de administratieve consequenties. Een voorbeeld dat wordt gegeven is de Wet Zorg en Dwang die cliënten moet beschermen maar ook extra administratie genereerde. Aan de andere kant geven alle partijen toe dat de interne schrapessies niet hebben opgeleverd wat er van werd verwacht. Het blijkt dus extreem lastig om regeldruk en administratieve taken te verminderen, en dat heeft meerdere redenen, zoals hierboven is aangegeven. Die zijn wellicht toch te doorbreken maar dat lukt tot nu toe niet goed.

### **Drijfveren en barrières voor verandering in de organisatie van het werk**

Op basis van de gesprekken zien we weliswaar de contouren van een gedeeld perspectief voor de organisatie van de zorg, namelijk zorg die is georganiseerd 'rond de patiënt' met multidisciplinaire teams waar V&V een belangrijke rol in spelen en die in hoge mate gekarakteriseerd wordt door vormen van zelfsturing. Hieronder geven we een overzicht van de voornaamste drijfveren en barrières voor een dergelijke verandering in de organisatie van het werk.

#### *Drijfveren*

- Tekorten in de zorg, relatief hoge uitstroom en verzuim; een vicieuze cirkel van onderbezetting, met verwachte grotere tekorten in de toekomst (capaciteits-argument).
- Behoeftte aan samenwerken over grenzen van professies en organisatie heen met de behoeften van de patiënt/client centraal (zorg gericht op heel de mens)(maatschappelijk effect-argument)
- Vitale kennis van een groot en belangrijk deel van het zorgpersoneel die te weinig wordt gehoord en wordt benut (kwaliteit van de zorg-argument).
- Je kunt met de beschikbare mensen meer doen als je het beter organiseert (efficiëntie-argument).

#### *Barrières*

- Hiërarchie van de organisatie die verandering in de weg staat (bestuur en management vanuit traditioneel leiderschap).
- Hiërarchie van de professies waarin de medische staf domineert en andere zorgprofessies ondergeschikt zijn.
- Cultuur waarin lange tijd V&V niets werd gevraagd, ondanks decennia van onvrede.
- Professionele identiteit van V&V die zich kenmerkt door 'dienen' in plaats van 'leiden'.
- Opleidingen voor V&V met weinig aandacht voor assertiviteit en skills in zeggenschap.
- Schaal: vaak grotere teams waar de regie ligt bij enkele personen en een grote zwijgende meerderheid geen eigenaarschap krijgt of neemt.
- Mensbeeld: als je niet vertrekt vanuit vertrouwen in V&V's capaciteiten dan komen die ook onvoldoende tot ontwikkeling.

Tot nu toe blijken de barrières in grote delen van de zorg sterker dan de drijfveren voor verandering, ondanks hun urgentie. Dat betekent dat een dergelijke verandering een krachtige impuls nodig heeft,

niet alleen in het ondersteunen en beter in positie brengen van V&V maar vooral ook in het (verder) helpen veranderen van 'de andere kant': politici, ministerie, zorgautoriteit en verzekeraars, bestuurders, medici en leidinggevendenden. Barrières kunnen hardnekkig zijn, maar het is niet onmogelijk om ze te slechten. Dit vergt echter wel een doordachte strategie, zowel voor een andere organisatie, een ander mensbeeld en cultuur, en waar nodig de 'emancipatie' van de beroepsgroep via training en onderwijs.

## 4 WERKBELEVING

In deze paragraaf staat het perspectief van de diverse partijen op de ervaringen van V&V centraal. Onderwerpen die aan de orde zijn gesteld zijn: werkplezier, ontwikkeling, mentale en fysieke belasting en werk-privé balans. De meeste partijen menen dat deze onderwerpen voor V&V (nog) belangrijker zijn dan het salaris. Vanuit de bonden wordt benadrukt dat salaris een klassieke vorm is van waardering die achterblijft ten opzichte van vergelijkbare beroepen en die nog niet voldoende is ingelopen. Alle partijen zijn het er over eens dat naast salaris de andere onderwerpen echter minstens zoveel aandacht verdienen.

### **Werkplezier en belasting**

Het werkplezier van V&V is sterk afhankelijk van wat de V&V kan betekenen voor de patiënt/client en diens familie én van het team en de leidinggevende. Er wordt in diverse gesprekken een direct verband gelegd tussen het werkplezier van V&V en (regie over) roostering. Er zijn ook voorbeelden waarin V zelf verantwoordelijk zijn voor roostering, maar in het merendeel van de gevallen zijn verpleegkundigen afhankelijk van een rooster wat voor hen wordt bepaald, en bovendien pas kort van tevoren kenbaar wordt gemaakt. Specifiek voor de acute zorg is het inherent onvoorspelbare karakter van het beroep van invloed op de werk-privé balans en kan daarmee ook het werkplezier schaden. In de branche van de geboortezorg is het initiatief genomen voor een pool van V, die juist de acute zorg (in vaak nachtelijke uren) vervullen waarmee andere V juist met minder onverwachte inzet te maken hebben. De V in de pool kunnen door deze focus op acute zorg rond de bevalling ook enige specialisatie ontwikkelen in een branche waar functiedifferentiatie momenteel eigenlijk ontbreekt.

De intrinsieke motivatie van de V&V is hoog. Wat maakt dat zij met plezier naar hun werk gaan zijn de collega's waar mee wordt samengewerkt; een leidinggevende die stimuleert en naar hen luistert; de patiëntencategorie waar ze voor hebben gekozen; het contact dat ze hebben met de patiënten/cliënten; de tijd en aandacht voor de patiënt/cliënt hebben; zelfstandig kunnen werken; kunnen ontwikkelen in je werk. Eigenlijk zijn dit de acht kenmerken van het programma Excellente Zorg van de beroepsvereniging V&VN.

De hoge motivatie van de V&V is tevens een gevaar voor overbelasting, zeker bij de huidige krapte aan personeel en nog los van de Covid-19 pandemie. De hoge loyaliteit aan patiënt/client en team kan gemakkelijk zorgen voor ondermijning van de gezondheid van de V&V, zeker als de condities onvoldoende aanwezig zijn (zie hierboven). Het ziekteverzuim in de zorg is bovengemiddeld en vertoont al meerdere jaren stijgende percentages. Deze lopen volgens het Centraal Bureau voor de

Statistiek (CBS) van 4,8% in 2014 naar 5,7% in zowel 2018 als 2019.<sup>3</sup> Vooral onder zorgpersoneel in verpleeg- en verzorgingshuizen is het verzuim hoog. De gevolgen van de Covid-19 pandemie voor de zorg hebben deze percentages verder omhoog gestuwd.

De mentale en fysieke belasting in de zorg is ook los van personeelskrapte en de huidige Covid-19 crisis een probleem. Er bestaat een vicieuze cirkel die door alle partijen wordt gezien. Uitval brengt hoge kosten mee voor de zorgorganisaties, gezien de wettelijke verplichting tot doorbetaling bij ziekte, re-integratie en begeleiding, en de noodzakelijke vervanging. Bestuurders die al vele jaren ervaring hebben met meer zeggenschap voor V&V merken op dat hierdoor de grootste bedrijfseconomische besparing werd gerealiseerd die in de zorg gemaakt kan worden, omdat mensen langer bij hen blijven werken en de instroom en werktevredenheid hoger is. Het structureel aanpakken van het relatief hoge verzuim door anders organiseren met meer vertrouwen in de zelfsturing van professionals zou dus zowel directe als indirecte personeelskosten kunnen verminderen en heeft een positief effect op de totale beschikbare arbeidscapaciteit. Op dit punt hebben we echter in de breedte van de zorg nog geen heldere strategieën gehoord. Ook ontbreekt precieze kennis van de impact van organisatie modellen op behoud, instroom en arbeidsproductiviteit van zorgpersoneel.

### **Ontwikkeling, opleiding en werk-privé**

Gesprekspartners gaan bij het thema ontwikkeling vaak snel toe naar het onderwerp functiedifferentiatie, met name met het oog op het 'vasthouden' van HBO-geschoolden die ontevreden zijn als zij in de zorg op MBO-niveau verantwoordelijkheid krijgen en betaald worden. Ook wijzen alle partijen op het belang van doorgroeimogelijkheden voor MBO- en HBO-geschoolden, zowel verticaal (van MBO naar HBO; van HBO-V naar verpleegkundig specialist etc.) als horizontaal (andere rollen en taken op hetzelfde opleidings- en beroepsniveau). Er bestaat rond het thema functiedifferentiatie het 'trauma' van BIGII, maar tegelijk is het onderwerp geen taboe en zoeken de partijen naar nieuwe beroepsprofielen. Er lijkt hierbij toch de neiging te bestaan tot meer aandacht voor verticale dan voor horizontale ontwikkeling. Dit is een gevaar want opnieuw kunnen V's met 'minder papieren' maar veel ervaringskennis zich hierdoor onvoldoende gehoord en gewaardeerd voelen. De focus bij ontwikkeling – mede in het kader van een andere organisatie van de zorg en meer zeggenschap voor V&V – zou juist ook op erkenning van de helpende en verzorgende en hun capaciteiten en behoeften moeten liggen. Ontwikkeling is zoveel meer dan een diploma.

In de care sector lijkt op kleine schaal meer aandacht te komen voor een aanpak waarbij verzorgenden zelf aangeven hoe zij zelf de kwaliteit van werk beleven. In de GGZ wordt op kleine schaal geëxperimenteerd om in gesprek met professionals, waaronder V&V, te achterhalen hoe zij zelf reflecteren op hun werk en op basis daarvan nader te bepalen hoe scholing – zowel verticaal als horizontaal – en interventies ten aanzien van positionering vorm kunnen krijgen. Volgens werkgeversbranches en bestuurders moet de nadruk op opleiding en ontwikkeling niet leiden tot wat een ervaren bestuurder de 'verbetereuforie' noemde: de zorg moet altijd beter en mooier en doelmatiger. Er gaan dagelijks veel V&V naar hun werk die gewoon goed werk doen en niet de behoefte of noodzaak voelen voor opleiding en ontwikkeling, zoals door de organisatie bedacht. Aan V&V moet volgens werkgevers wel de vraag gesteld worden en de ruimte geboden – maar niet de constante druk worden opgelegd – om zich te verbeteren en ontwikkelen. Gewezen wordt ook op het

---

<sup>3</sup> Vergelijk landelijk gemiddelde: 3,8% in 2014; 4,3% in 2018 en 4,4% in 2019 (CBS).

belang van een goede werk-privé balans in dit verband. Een deel van de beroepsgroep heeft op dit vlak zorgen, zowel qua combinatie van taken als financiële problemen. Het is daarom belangrijk om de persoonlijke omstandigheden goed mee te nemen in de gesprekken over ontwikkeling. In de thuiszorg staat de werk-privé balans ook onder druk door de wijze van financiering; medewerkers zouden geregeld meer uren maken ter compensatie van wat niet wordt betaald c.q. past in de registratie.

De aanbeveling in het rapport van de CNO van VWS voor financiële ondersteuning van opleiding en ontwikkeling van V&V wordt breed onderschreven. Het feit dat artsen wél een budget hebben voor scholing en die in werktijd kunnen volgen en V&V niet (behalve als het in een cao is geregeld) wordt gezien als een absurd contrast. Alle partijen vinden het je verder ontwikkelen en verdiepen in je vak een normaal onderdeel van het werk van V&V en geen individuele kwestie, maar een belang van de zorg. De verkenning biedt dus een sterke ondersteuning van de derde aanbeveling in het CNO-advies: veranker scholings- en loopbaanmogelijkheden in de cao's, zowel met budget als met tijd. Dit maakt het mogelijk voor verpleegkundigen en verzorgenden om zich verder te kunnen ontwikkelen. Veranker ook de mogelijkheden voor verpleegkundigen en verzorgenden om te participeren in lokale en landelijke beroepsontwikkeling. De partijen in deze verkenning – en met name werkgeversorganisaties en bestuurders - benadrukken wel dat 'ontwikkeling' meer is dan scholing en loopbaanmogelijkheden. Ook zonder carrièreperspectief in de zin van een 'hogere' of 'andere' functie is 'ontwikkeling' als reflectie op- en verbetering van beroepspraktijken relevant. In de huidige context geven alle partijen aan dat de werkdruk zodanig hoog is dat men hier onvoldoende toe komt.

## 5 TOT SLOT

Uit de gesprekken in deze verkenning komt een gedeelde opvatting naar voren over het belang van zeggenschap. Het verbinden van zeggenschap met de organisatie van het werk en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt door alle gesprekspartners als ideaal aangemerkt, maar de aandacht voor die verbinding blijft in de praktijk achter en lijkt bij de meeste partijen nog niet erg doordacht. De meeste gesprekspartners hebben met alternatieve vormen van organisatie en zeggenschap zelf nog weinig ervaring. Zij hebben wel een idee waar zij heen zouden willen, maar veelal geen uitgewerkte strategie en agenda, en voor zover er een agenda is, bijvoorbeeld bij de ziekenhuizen, is men niet per se consistent in het vertalen van probleemanalyse naar oplossingen. Hoewel er verschillende initiatieven zijn voor meer zeggenschap en een andere organisatie van het werk is het karakter hiervan veelal projectmatig en experimenteel en ontbreekt een goed inzicht in hun effectiviteit. Voorbeelden van projecten, 'good practices', worden naar voren gebracht maar een extra impuls en ondersteuning lijken nodig voor de zorg om echt tot verandering te komen, want in de meeste staande praktijken is de zeggenschap van V&V nog niet erg verankerd. Dat is niet alleen een probleem van ontbrekende structuren maar ook van een cultuur waarin V&V traditioneel een ondergeschikte rol spelen ten opzichte van bestuur, management en medische staf.

Politieke oplossingen voor meer zeggenschap worden nu vaak gezocht in formele gremia, waarbij een VAR of vergelijkbare vertegenwoordiging echter niet automatisch zeggenschap op de werkvloer impliceert. In het denken over zeggenschap bestaat op centraal niveau snel de neiging om nieuwe organen, netwerken, commissies en andere overlegstructuren in te richten, met als gevaar dat het een onoverzichtelijk geheel wordt waarin het zicht op hoofdzaken en praktische verbeteringen verdwijnt.



Daarnaast heeft centraal beleid het risico dat onvoldoende recht wordt gedaan aan het zeer diverse karakter van de zorgbranches waarin V&V werkzaam zijn. Daarom bestaat er bij de deelnemers aan deze verkenning voornamelijk de roep om op brancheniveau aan specifieke thema's te werken – in plaats van weer een nieuwe algemene commissie op centraal niveau in te richten.

De meeste partijen vinden namelijk dat er al erg veel commissies zijn en dat 'praten in Den Haag' de problemen niet oplost. De gesprekspartners wijzen wel op hun behoefte aan specifieke strategieën voor het verbeteren van zeggenschap en aanverwante thema's op het niveau van teams, organisaties en branches. Werkgevers willen daarover graag verder in gesprek, bij voorkeur met de eigen medewerkers en op brancheniveau met de beroepsorganisaties. Men kiest dus voor een 'bottom up' benadering en zet zich af tegen algemene richtlijnen en regels, die de variatie in het zorgveld geen recht zouden doen.

Zoals in de inleiding is aangegeven heeft decentrale inspanning op dit vlak echter in de afgelopen decennia onvoldoende geleid tot verbetering. Daarom is méér nodig dan een puur decentrale aanpak om tot de beoogde versnelling te komen. Als alternatief voor de in het advies van de CNO voorgestelde zorgbrede commissie van V&V met deskundigen kan VWS wellicht in samenwerking met de CNO een kernteam inrichten dat op dit onderwerp zelf de schakel vormt met het veld en het onderwerp concreet verder brengt. Een dergelijk kernteam heeft een werkagenda, die ingegeven is vanuit zowel VWS als vanuit het veld. Bij VWS zijn diverse branches bij verschillende ministers en directies ondergebracht, zoals de Directies Langdurige Zorg, Publieke Gezondheid en Curatieve Zorg. Een klein en krachtig team in samenwerking met de CNO, met daarin voldoende V&V expertise zou de schotten op het ministerie en de ervaren afstand met de veldpartijen kunnen doorbreken. Het vraagt wel voldoende capaciteit en een stevige verankering van dit kernteam en de CNO-rol in het ministerie. Het advies van de verkenner is dus om de taken van aanjager, ondersteuner en monitoring van zeggenschap in relatie tot betere kwaliteit en een andere organisatie van de zorg in plaats van bij de voorgestelde commissie te beleggen bij een strategisch en operationeel kernteam vanuit de inhoudelijke zorgdirecties, in nauwe samenwerking met de CNO.

Daarnaast kan voor de meer algemene/overkoepelende thematiek die uit deze verkenning naar voren komt wellicht aangesloten worden bij een van de reeds bestaande adviescommissies, in plaats van weer een nieuwe commissie in te richten. Bij algemene/overkoepelende thematiek gaat het onder meer om het ontwikkelen van randvoorwaarden voor de verbinding van zeggenschap met een hogere kwaliteit van zorg en betere organisatie, zoals de balans tussen tarieven en eisen aan de zorg, en de doelmatigheid van bekostiging. Deze zaken worden door alle gesprekspartners beschouwd als essentiële randvoorwaarden voor (tijd voor) reflectie, zeggenschap en hogere kwaliteit van zorg.

## BIJLAGE 1 Gesprekshandleiding Verkenning Zeggenschap

Introductie: voorstellen, opdracht VWS, welke thema's staan centraal (en welke niet, afbakening), logische opbouw vragen, toestemming opname

Vooraf: zou u zich kort even willen voorstellen?

THEMA I VOICE (medezeggenschap op alle niveaus: team/organisatie/branche/landelijk)

1. Wat verstaat u onder medezeggenschap van verpleegkundigen/verzorgenden? Zeggenschap gewenst waarover en op welk niveau?
2. Hoe is de medezeggenschap van deze beroepsgroepen georganiseerd in uw organisatie/branche/landelijk en hoe werkt het in de praktijk?
3. Hoe zou de zeggenschap van verpleegkundigen/verzorgenden verbeterd kunnen worden?
4. Welke bijdrage zou u/uw organisatie/branche zelf kunnen/willen leveren aan die verbetering? (link met commissie)

THEMA II ORGANIZATION OF WORK (autonomie, aansturing, manier van werken, admin. last)

5. Wat verstaat u onder professionele autonomie van verpleegkundigen/verzorgenden?
6. Hoe is de 'ruimte voor de professional' georganiseerd in uw organisatie/branche en hoe werkt dit in praktijk?
7. Hoe zou de aansturing en de manier van werken verbeterd kunnen worden? (denk aan o.a. administratieve last, bestuur en management, samenwerking, overige condities)
8. Welke bijdrage zou u/uw organisatie/branche zelf kunnen/willen leveren aan die verbetering? (link met commissie)

THEMA III WORK EXPERIENCE (werkplezier/ontwikkeling, mentale/fysieke belasting, werk-privé)

9. Welke ervaringen hebben verpleegkundigen/verzorgenden in uw organisatie/branche met werkplezier, mentale/fysieke belasting, werk-privé balans, ontwikkelingsmogelijkheden?
10. Welke verbeteracties bestaan er vanuit de beroepsgroep, organisatie, branche, beleid?
11. Hoe zou de ervaring van de beroepsgroep met werken in de zorg (verder) verbeterd kunnen worden?
12. Welke bijdrage zou u/uw organisatie/branche zelf kunnen/willen leveren aan die verbetering? (link met commissie)

Afsluiting: Zijn er belangrijke onderwerpen inzake de medezeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden die u naar voren wilt brengen, die nog niet besproken zijn?

Samenvatting van de belangrijkste punten en dank aan de respondent(en) voor de deelname!

## BIJLAGE 2 Overzicht gesprekspartners (31 respondenten)

**Caroline Otter**, voorzitter verpleegkundige staf en lid van de bestuursraad die de Raad van Bestuur adviseert van het Martini Ziekenhuis. Adviseur ontwikkeling en advies en verpleegkundig onderzoeker.

**Ariane van Wamel**, Chief Nursing Information Officer (CNIO) en Nursing Liaison Officer bij het Spaarne gasthuis, lid ledenraad V&VN (beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland).

**Tineke Holwerda**, verpleegkundig kwartiermaker bij ziekenhuis De Gelderse vallei.

**Marieke Tetteroo**, verpleegkundig specialist GGZ bij GGZ-Delfland en voorzitter van de Verpleegkundige Advies Raad.

**Jeanette Knol**, voorzitter Verpleegkundige Raad bij Tergooi Ziekenhuis.

**Wouter van Soest**, directeur Actiz, branchevereniging van ca. 400 organisaties voor zorg en ondersteuning aan ouderen, (chronisch) zieken en jeugd.

**Jos de Blok**, bestuurder Buurtzorg, wijk- en thuiszorg, jeugdzorg, GGZ, ca. 15.000 medewerkers.

**Gia Wallinga**, directeur Icare, verpleging en verzorging bij mensen thuis of in verpleeg- of verzorgingshuis in Flevoland, Drenthe, Gelderland en Overijssel, ca. 6000 medewerkers.

**Jolanda Buwalda**, voorzitter raad van bestuur Omring; thuis-, verpleeghuis- en revalidatiezorg W-Friesland, Kop Noord-Holland en Texel, ca. 3000 medewerkers.

**Inge Blokhuis**, voorzitter raad van bestuur Amstelring; Amstelring biedt verpleging en verzorging thuis en in zorgcentra in Amsterdam en omgeving; 22 zorglocaties en 52 wijkteams.

**Hans Buijig**, bestuurder Zorgthuis NL, brancheorganisatie die met name de MKB bedrijven in de thuiszorg vertegenwoordigt, ca. 190 instellingen.

**Connie van Velden**, bestuurder a.i. V&VN, beroepsvereniging van verpleegkundigen & verzorgenden. Kinderverpleegkundige, zpp adviseur zorg, voorheen o.a. voorzitter VAR Meander.

**Manon van der Kaa**, directeur V&VN, beroepsvereniging van verpleegkundigen & verzorgenden.

**Maureen Elshof**, adviseur zeggenschap V&VN, voorheen Gelre Ziekenhuis, vicevoorzitter VAR.

**Jacqueline Bekker**, adviseur zeggenschap en voorzitter van het V&VN VAR Platform, voorheen verpleegkundige en korte tijd voorzitter VAR Noordwest Ziekenhuisgroep.

**Petra Boogaard**, bestuurssecretaris BO Geboortezorg.

**Karen Kruijthof**, lid bestuur Nederlandse Federatie voor UMC's (NFU) en lid raad van bestuur Amsterdam UMC.

**Dini Smilde-van den Doel**, senior beleidsadviseur opleidingen bij de NFU.

**Marjolein Tasche**, lid bestuur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), onder meer portefeuille zeggenschap, en voorzitter raad van bestuur Franciscus Ziekenhuis.

**Karin Mondriaan**, lid van het bestuur van de NVZ en voorzitter raad van bestuur van de radiotherapiegroep.

**Jeanette de Graauw**, beleidsadviseur arbeid & opleidingen bij de NVZ.

**Eddy van Doorn**, vicevoorzitter bestuur van de NL GGZ en voorzitter regiegroep Mens en Werk; bestuursvoorzitter Reinier van Arkel. De NL GGZ omvat ca 100 instellingen, 90 % van de sector, ca. 89.000 professionals.

**Geeta Mohes Singh**, strategisch adviseur mens & werk bij de NL GGZ.

**Ad Bus**, beleidsadviseur opleidingen bij de NL GGZ.

**Elise Merlijn**, vakbondsbestuurder-onderhandelaar voor zorgmedewerkers bij FNV.

**Rian van Nispen**, beleidsadviseur FNV.

**Anneke Westerlaken**, voorzitter CNV Zorg & Welzijn, lid bestuur CNV en voorzitter CNV internationaal.

**Stella Salden**, voorzitter bestuur NU'91. Nu'91 presenteert zichzelf als vakbond en beroepsvereniging.

**Rolf de Wilde**, public affairs, lid management team NU'91, cao-onderhandelaar.

**Gerard Schoep**, manager arbeidszaken Vereniging gehandicaptenzorg Nederland (VGN), branchevereniging die ca 170 zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg vertegenwoordigt.

**Ingrid Groenendijk**, lid VGN en strategisch manager organisatieontwikkeling en innovatie bij Reinaerde, middelgrote organisatie voor diensten aan mensen met een beperking; ca. 3000 medewerkers.