

EVALUATIE EXTRA HANDEN VOOR DE ZORG

Fabian Dekker

Yvonne Prince

Elisa de Vleeschouwer

Mark den Hartog



COLOFON

DIT IS EEN UITGAVE VAN

SEOR BV

© SEOR BV / ROTTERDAM, 14 OKTOBER 2021

Niets van deze uitgave mag op welke wijze dan ook worden verveelvoudigd zonder de voorafgaande toestemming van de uitgever en andere auteursrechthebbenden. SEOR is niet aansprakelijk voor gegevens die door derden werden verstrekt.

INHOUDSOPGAVE

CONCLUSIE EN SAMENVATTING	I
1 INLEIDING	2
1.1 Het project 'Extra handen voor de Zorg'	2
1.2 Doel, onderzoeksvragen en aanpak	2
1.3 Leeswijzer	4
2 EERDERE PARTIËLE EVALUATIES EN INHOUD DEZE EVALUATIE	6
2.1 Evaluatie Commissie Werken in de Zorg	6
2.2 Interne valuaties door regionale werkgeversorganisaties	7
2.3 Deze evaluatie	8
3 RESULTATEN ENQUÊTE ONDER ZORGINSTELLINGEN	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Verwachtingen vooraf	13
3.3 Ervaren ondersteuning	15
3.4 Ervaren (mis)matches	15
3.5 Ervaren opbrengsten	17
3.6 Verwachtingen richting toekomst	18
4 INZICHTEN UIT VERDIEPENDE INTERVIEWS	20
4.1 Inleiding	20
4.2 Verwachtingen vooraf	20
4.3 Algemeen oordeel	21
4.4 Combineren van initiatieven	22
4.5 Ervaren opbrengsten	22
4.6 Kritische feedback	23
4.7 De belofte van EhvdZ voor de toekomst	23
LITERATUUR	25
BIJLAGE I: LIJST VAN GEÏNTERVIEWDEN	27

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Achtergrond evaluatieonderzoek

De gezondheidszorg heeft te maken met structurele personeelskrapte. Dit tekort werd extra voelbaar in de afgelopen coronacrisis. Als een van de manieren om als samenleving bij te springen in de zorg en hiermee de werkdruk in de sector te verlagen, is het initiatief Extra handen voor de Zorg (EhvdZ) ontwikkeld. Doel van het voorliggende evaluatieonderzoek is het achterhalen van de doeltreffendheid van het initiatief, en het arresteren van verbeterpunten in de uitvoering. De evaluatie heeft zowel een kwantitatief als kwalitatief karakter en geeft inzicht in de volgende vijf onderzoeksvragen:

1. Welke verwachtingen hebben zorgorganisaties bij aanvang van het project?
2. Hoe ervaren zorgorganisaties de ondersteuning vanuit de organisatie?
3. Waarom hebben zorgorganisaties wel/geen gebruik gemaakt van het ondersteuningsaanbod?
4. Welke effecten treden er volgens de gematchte zorgorganisaties op en zijn de verwachtingen uitgekomen?
5. Welke verwachtingen hebben zorgorganisaties naar de toekomst en welke randvoorwaarden zijn er om de aanpak (waar mogelijk) nog verder te versterken?

Om de benodigde informatie te verzamelen voor beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van een combinatie van documentenanalyse, een online enquête onder deelnemende zorgorganisaties en interviews met sleutelpersonen uit zorgorganisaties die kandidaten hebben geplaatst. Voor het uitvoeren van de evaluatie is uiteindelijk gebruik gemaakt van een dataverzameling onder 184 respondenten (die samen 164 unieke zorginstellingen vertegenwoordigen) die zijn ondervraagd via een online survey en 21 verdiepende interviews met zorg- en HR-managers. De respons op de enquête (circa 30%) biedt een goede afspiegeling van de totale onderzoeksgroep en de verschillende typen zorgorganisaties, zoals geregistreerd door de opdrachtgever van het evaluatieonderzoek.

Vanaf de start van EhvdZ zijn ruim 6.300 kandidaten geplaatst (meestal in de VVT) en bij de meerderheid van deze zorginstaties heeft dit geleid tot een verlaging van de werkdruk

De primaire doelstelling van het evaluatieonderzoek is het vaststellen van de doeltreffendheid van EhvdZ en het blootleggen van mogelijke randvoorwaarden voor verbetering. De resultaten van het evaluatieonderzoek samennemend, constateren we dat de overgrote meerderheid (80%) van de responderende zorgorganisaties uiteindelijk kandidaten heeft ingezet op de werkvloer. Vanaf de start van EhvdZ gaat het om ruim 6.300 (unieke) kandidaten, die meestal zijn ingezet in de VVT. Het gaat hier om een ondergrens. In de praktijk zijn er zeer waarschijnlijk meer kandidaten ingezet dan uit de registraties blijkt, aangezien een deel van de zorgorganisaties dat niet in het systeem heeft aangegeven dat er kandidaten zijn ingezet, in de enquête aangeeft dat dit wél het geval is.

Hiermee is een bijdrage geleverd aan het verlagen van de werkdruk (negen op de tien zorgorganisaties die kandidaten hebben ingezet) en traden diverse andere effecten op, zoals een hogere kwaliteit van de zorg en het open kunnen houden van de afdelingen. Er was overwegend een positieve ervaren match tussen het gevraagde en aangeboden, waarbij met name de motivatie, reisafstand en het opleidingsniveau van kandidaten als voldoende passend zijn beoordeeld (door de zorgorganisaties die kandidaten hebben ingezet). De (kleinere) groep zorgorganisaties die geen kandidaten heeft ingezet is minder positief over de aansluiting, waarbij met name de beschikbaarheid, ervaring en reisafstand van kandidaten barrières zijn. Gegeven het feit dat de meeste zorgorganisaties geen specifiek uitgesproken verwachtingen hadden bij aanvang van EhvdZ, de ondersteuning overwegend gunstig wordt beoordeeld en uiteindelijk ruim 6.300 kandidaten bij een zorginstantie aan de slag zijn gegaan,

ontstaat een overwegend positief beeld van de doeltreffendheid van EhvdZ (zeker gezien de laagdrempeligheid van het initiatief). De specifiekere uitkomsten én suggesties voor verbetering komen hieronder uitgebreider aan bod.

Algemene verwachtingen van zorgorganisaties: het tegengaan van personeelskrapte en verlaging van de werkdruk

Op basis van de online enquête (hoofdstuk 3) en interviews met zorg- en HR-managers (hoofdstuk 4) blijkt dat de zorgorganisaties met name een lagere personeelskrapte en werkdruk verwachten als gevolg van deelname aan EhvdZ. Meer specifieke verwachtingen kwamen weinig terug in de enquête en de verdiepende interviews. De zorgorganisaties gaven in de meeste gevallen aan dat de verwachtingen vooraf ook niet hoog kunnen zijn, simpelweg omdat EhvdZ werd gezien als een aanvullend, laagdrempelig instrument om vanuit de samenleving in crisistijd wat werk uit handen te kunnen nemen. Te hoge verwachtingen kunnen alleen maar resulteren in teleurstelling, aldus de ondervraagde zorg- en HR-managers. Bij hoge en specifieke verwachtingen ten aanzien van EhvdZ is een gerichte uitvraag een randvoorwaarde voor succes.

De uitvoering van EhvdZ wordt overall positief beoordeeld met enkele specifieke aandachtspunten

Wat betreft de uitvoering van EhvdZ laat deze evaluatie zien dat de ondersteuning vanuit de (regionale) werkgeversorganisaties door de zorginstanties als ruim voldoende wordt beoordeeld, waarbij vermeld dient te worden dat er bij de zorgorganisaties veelal geen of geringe verwachtingen waren. Zorgorganisaties die geen kandidaten geplaatst hebben waren in alle gevallen minder tevreden. Voor beide typen zorgorganisaties geldt dat de bereikbaarheid en de snelheid van vragen beantwoorden in positieve zin zijn beoordeeld. Als voornaamste (mogelijke) verbeterpunten meldt een kwart van de zorgorganisaties die kandidaten hebben ingezet en een derde van de zorgorganisaties waarbij dit niet het geval is, dat er behoefte is aan meer ondersteuning. Het gaat dan vooral om verbetering in de matching, communicatie met de kandidaat en het technisch systeem, waarbij we wel aantekenen dat gedurende de projectperiode aanpassingen zijn gemaakt in het technisch systeem.

Het gebruiksgemak van het technisch systeem wordt in ieder geval aangehaald als misschien wel het belangrijkste verbeterpunt. Er werd bijvoorbeeld meerdere keren gewezen op het niet direct kunnen downloaden en doorsturen van CV's, wat de *matching* van kandidaten onnodig compliceerde. Hiermee samenhangend meldde een aantal geïnterviewden in meer algemene zin het belang van (meer) ondersteuning bij de voorselectie van potentiële medewerkers. Dit alles neemt niet weg dat er verder in het algemeen veel waardering is voor het initiatief, ook omdat het een *bottom-up* aanpak betreft die appelleert aan het solidariteitsgevoel in een samenleving. Het levert volgens de respondenten een extraatje op voor zowel de cliënt als de zorgorganisatie. Dit was geen overbodige luxe in een tijd waarin zorgtekorten (door uitval van het eigen personeel en de toegenomen zorgvraag door COVID-19) snel opliepen.

Ervaren effecten: kwantitatieve en kwalitatieve opbrengsten

Wat betreft de ervaren effecten komt uit de verzamelde informatie een consistent beeld naar voren, waarbij verlichting van de werkdruk en het bieden van extra cliëntenondersteuning de belangrijkste ervaren opbrengsten zijn. Vooral het creëren van 'extra handen' (en hiermee verlaging van de werkdruk en het open kunnen houden van afdelingen) werd gezien als de belangrijkste (kwantitatieve) opbrengst. Hierbij zijn (vanzelfsprekend) de zorgorganisaties die geen kandidaten hebben ingezet, aanzienlijk minder positief. Naast de belangrijkste kwantitatieve opbrengst, waren de meeste organisaties ook te spreken over de kwalitatieve match tussen vraag en aanbod, waardoor er ook een bijdrage is geleverd aan de ondersteuning van cliënten en hun kwaliteit van leven. De ervaring van kandidaten wordt hierbij als minder positief beoordeeld. Naast de gesignaleerde opbrengsten blijkt dat er (naast de eerder aangehaalde aandachtspunten) tevens ruimte is voor verdere verbetering, om zo het risico van niet-deelname van zorgorganisaties tegen te gaan (zie hieronder).

Redenen voor (niet) deelname: 'extra handen' én ervaren drempels voor deelname

Uit eerdere partiële evaluaties (hoofdstuk 2) kwam onder meer het beeld naar voren dat er binnen EhvdZ (tijdens de eerste golf van de coronacrisis) mismatches waren tussen vraag en aanbod van het zorgpersoneel. Ook uit de enquête en enkele interviews kwamen dergelijke horizontale mismatches naar voren, wat inhoudt dat er een verschil is tussen de gevraagde en aangeboden onderwijsrichtingen en de aangeboden werkervaring. Bovendien gaven de zorgorganisaties aan dat de werving en inpassing van een nieuwe collega soms behoorlijk wat voorbereidings- en begeleidingstijd met zich mee kan brengen (organisatorische mismatch). Hoewel het laatste punt niet per definitie betekende dat een zorgorganisatie geen gebruik maakte van het ondersteuningsaanbod van EhvdZ, leverde het wél een barrière op om (meer) personen daadwerkelijk in te passen in de werkprocessen. De snelheid van matching en het leveren van maatwerk aan zorgorganisaties zijn eveneens ervaren drempels om geen gebruik te maken van de aangeboden kandidaten. Gevraagd naar de belangrijkste reden tot deelname aan EhvdZ werd er (wederom) gewezen op het belang van 'extra handen' in een tijd waarin dit het meest urgent was. Veelal gaat het om ondersteunende zorgtaken, maar er is ook zeker gebruik gemaakt van een meer gekwalificeerde zorginzet.

Lessen voor een mogelijk vervolg: de technische omgeving, voorzorgfase en de (lagere) impact buiten coronatijd

Wanneer er een vervolg wordt gegeven aan een initiatief als EhvdZ, dan lijkt het verstandig om (nog meer) aandacht te schenken aan de technische inrichting van het platform. In de uitvoering is het daarnaast wellicht ook raadzaam om vooraf nog duidelijker aan te geven wat een zorgorganisatie kan en mag verwachten van een initiatief zoals EhvdZ. Een verbeterde voorzorgfase (bijvoorbeeld in termen van het doen van een voorselectie) en/of het nog strikter benoemen van wat iemand van EhvdZ mag verwachten, kan leiden tot een nog grotere doeltreffendheid. Een andere les betreft de impact van het initiatief. Er zijn meerdere respondenten die het succes expliciet verbinden aan de coronacrisis. Juist in een tijd waarin er solidariteit ontstaat in de samenleving, er extra waardering is voor zorgprofessionals en er inactiviteit te zien is in andere sectoren door de *lockdown*, is een initiatief als EhvdZ naar verwachting het meest succesvol. Dit is niet per definitie een problematisch aspect, maar het betekent wél dat de opbrengsten van EhvdZ het meest zichtbaar zullen zijn in een crisisperiode.



INLEIDING

1 INLEIDING

Extra handen voor de Zorg is een project dat opgezet is in de eerste golf van de coronapandemie om de vraag van zorgorganisaties te verbinden met het aanbod van mensen ('extra handen') die de zorg willen ontlasten. In deze evaluatie onderzoeken we de doeltreffendheid van het project volgens de zorgorganisaties en gaan we in op mogelijke verbeterpunten. Daarvoor beantwoorden we vijf proces- en effectvragen, aan de hand van een documentenanalyse, een enquête en interviews onder zorgorganisaties.

1.1 HET PROJECT 'EXTRA HANDEN VOOR DE ZORG'

Als gevolg van de uitbraak van corona is in maart 2020 het project 'Extra handen voor de Zorg' van start gegaan. Dit is een van de initiatieven om de nijpende personeelstekorten in de zorgsector in coronatijd zoveel mogelijk tegen te gaan. Zorgorganisaties konden hierbij een aanvraag doen voor extra personeel (vraag) en kandidaten met en zonder zorgachtergrond konden zich aanmelden (aanbod), waardoor er na matching al dan niet een koppeling tussen zorginstelling en kandidaat ontstond en de publieke dienstverlening in de zorgsector beter werd geborgd. RegioPlus voerde samen met de daaraan gelieerde veertien regionale werkgeversorganisaties het project 'Extra handen voor de Zorg' uit, dat heel snel op poten is gezet en gefinancierd is door het ministerie van VWS. Daarmee waren er voor de zorginstellingen geen kosten verbonden aan de dienstverlening geleverd door RegioPlus en de regionale werkgeversorganisaties.

Naast dit project zijn er verschillende initiatieven gestart om de zorgsector te ondersteunen, waaronder:

- De Nationale Zorgklas: versnelde leertrajecten om extra hulpkrachten op te leiden voor werken in de zorg (zie www.nationalezorgklas.nl).
- De subsidieregeling Coronabanen in de zorg: compensatie voor zorginstellingen van de salaris- en begeleidingskosten van medewerkers in ondersteunende functies.¹
- Het initiatief Covid vrijwilliger dat gericht was op zorgstudenten. Later is dit opgegaan in 'Extra handen voor de Zorg'.

Daarnaast is er een initiatief om te komen tot een duurzame Nationale Zorgreserve (zie www.nationalezorgreserve.nl).

Het onderhavige onderzoeksrapport betreft de evaluatie van het project 'Extra handen voor de Zorg', in dit rapport afgekort met EhvdZ.

1.2 DOEL, ONDERZOEKSVRAGEN EN AANPAK

Doel

Het doel van de evaluatie is om zicht te krijgen op de doeltreffendheid van het project 'Extra handen voor de Zorg' en op mogelijke verbeterpunten in de uitvoering.

Onderzoeksvragen

We beantwoorden daartoe in deze evaluatie de volgende vijf proces- en effectvragen:

¹ Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0044830/2021-09-04>

1. Welke verwachtingen hebben zorgorganisaties bij aanvang van het project?
2. Hoe ervaren zorgorganisaties de ondersteuning vanuit de organisatie?
3. Waarom hebben zorgorganisaties wel/geen gebruik gemaakt van het ondersteuningsaanbod?
4. Welke effecten treden er volgens de gematchte zorgorganisaties op en zijn de verwachtingen uitgekomen?
5. Welke verwachtingen hebben zorgorganisaties naar de toekomst en welke randvoorwaarden zijn er om de aanpak (waar mogelijk) nog verder te versterken?

Ervaren mismatches

Bij 'ervaren mismatches' onderscheiden we vier veel voorkomende typen aansluitingsproblemen in de literatuur (zie bijvoorbeeld ILO, 2014; Dekker & Koster, 2017):

- Verticale mismatch: het onderwijsniveau van het aanbod sluit onvoldoende aan bij de eisen van de zorgorganisatie (hieronder valt ook het aspect 'ervaren kennisveroudering').
- Horizontale mismatch: de onderwijsrichting sluit onvoldoende aan bij de eisen van de zorgorganisatie (hoewel het kan gaan om oud-zorgmedewerkers, kan een zorgorganisatie nog altijd een specifieke onderwijsrichting verlangen).
- Geografische mismatch: reisafstanden maken een match in de praktijk slecht uitvoerbaar.
- Organisatorische mismatch: er zijn praktische belemmeringen binnen zorgorganisaties, zoals een grote werkdruk, onvoldoende draagvlak onder zorg- en/of HR-managers, onvoldoende tijd voor begeleiding/inwerken, er zijn beschikbare alternatieven voorhanden (intern of extern, zoals de andere genoemde initiatieven in coronatijd), of het aantal beschikbare uren en de werktijden van de potentiële kandidaten sluiten onvoldoende aan bij de vraag van de zorgorganisaties.

Onderscheiden effecten

Bij de ervaren effecten ofwel opbrengsten voor de zorgorganisaties die daadwerkelijk kandidaten hebben geplaatst, wordt onderscheid gemaakt naar onder meer:

- Verlaging van werkdruk in de zorgorganisatie.
- Verlaging van ziekteverzuim in de zorgorganisatie.
- De kwaliteit van de dienstverlening door de zorgorganisatie.
- Vermindering van toekomstige personeelstekorten in de zorgorganisatie (alhoewel niet beoogd met het project EHvdZ).

Verwachtingen nu en in de toekomst, en ervaren ondersteuning

Naast aandacht voor deze aspecten hebben we in het onderzoek aandacht voor de verwachtingen van zorgorganisaties aan de start van het project, gebruikte alternatieven door de zorgorganisaties, de geboden ondersteuning vanuit het project en de verwachtingen (en randvoorwaarden) naar de toekomst toe. Verwachtingspatronen zijn relevant om in het onderzoek te betrekken, omdat de ervaren uitkomsten van interventies altijd (in ieder geval voor een deel) worden bepaald door verwachtingen die betrokkenen vooraf hebben (zie bijvoorbeeld Fridrich et al., 2016).

Bij de ervaren ondersteuning vanuit het project gaat het om praktische zaken, zoals het gebruiksgemak van de IT-systemen en de omgang met mogelijke vragen van zorgorganisaties.

Onderzoeksaanpak

De onderzoeksaanpak bestond uit de volgende activiteiten:

- Korte deskresearch op basis van een analyse van eerdere partiële evaluaties van EhvdZ.
- Een online enquête onder de geregistreerde zorgorganisaties, waarin bovengenoemde aspecten aan de orde zijn gekomen.
- Twintig verdiepende telefonische interviews met zorgorganisaties die kandidaten geplaatst hebben.
- Analyse en rapportage.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode half juli-eind september 2021.

1.3 LEESWIJZER

In het volgende hoofdstuk zetten we kort op een rij welke eerste inzichten eerdere partiële evaluaties hebben opgeleverd en wordt aangegeven waarop deze evaluatie betrekking heeft.

Vervolgens komen de bevindingen van deze evaluatie aan bod. Hoofdstuk 3 presenteert de resultaten van de online enquête onder de zorginstellingen. Waarna in hoofdstuk 4 de bevindingen uit de verdiepende telefonische interviews worden beschreven.

De conclusies en samenvatting staan aan het begin van dit rapport.



EERDERE PARTIËLE EVALUATIES EN INHOUD DEZE EVALUATIE

2 EERDERE PARTIËLE EVALUATIES EN INHOUD DEZE EVALUATIE

Eerdere partiële evaluaties geven enkele eerste inzichten in de resultaten, knelpunten en opbrengsten van het project Extra handen voor de Zorg. Daaruit blijkt dat in de eerste coronagolf uiteindelijk 35% van de aanmelders is geplaatst; 65% is sowieso niet aan de zorginstellingen aangeboden. De Commissie Werken in de Zorg vindt dat daarmee een kans is gemist om meer personen te interesseren voor werken in de zorg. De mismatch kwam met name omdat zorginstellingen op zoek waren naar gekwalificeerde zorgprofessionals, terwijl het aanbod veelal mensen zonder zorgervaring betrof waarvoor begeleidingstijd ontbrak. Zorginstellingen dachten teveel aan het bezetten van functies in plaats van het opdelen van het werk in taken. Uiteindelijk lijken verpleegkundigen met name ontlast te zijn door de inzet van tijdelijke medewerkers zonder zorgervaring. In de uitvoering tijdens de beginperiode van EhvdZ kwam verder naar voren dat er bij de zorginstellingen behoefte was aan snelheid, een goed werkend systeem met de juiste informatie en gekwalificeerde matchers.

De registratiebestanden van EhvdZ laten zien dat er in totaal ruim 6.300 kandidaten bij zorginstanties zijn geplaatst, wat neerkomt op 41% van de ruim 15.000 kandidaten die vanaf de start zijn aangeboden. Vanaf juni 2020 hebben minder nieuwe kandidaten zich aangemeld dan tijdens de eerste coronagolf, maar zijn er wel meer kandidaten aangeboden en geplaatst in de latere coronagolven. Ontvangende zorginstanties zijn met name actief in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en gehandicaptenzorg.

2.1 EVALUATIE COMMISSIE WERKEN IN DE ZORG

Start van Extra handen voor de Zorg

In maart 2020 is direct na de uitbraak van het coronavirus in Nederland het project Extra handen voor de Zorg van start gegaan. Het werd al snel duidelijk dat de zorgsector tijdens coronatijd handen te kort kwam, enerzijds door het toenemende beroep op de zorg, anderzijds doordat zorgpersoneel zelf besmet raakte en tijdelijk wegviel. De vraag vanuit de zorginstellingen en het aanbod van aangemelde kandidaten werden door het project Extra handen voor de Zorg zo goed en zo snel als mogelijk gematched. Het project is in zeer korte tijd ontwikkeld en van start gegaan, en is uitgevoerd door RegioPlus en de regionale werkgeversorganisaties.

Werkwijze Extra handen voor de Zorg

De behoefte aan zorgpersoneel is groot en EhvdZ probeert aan deze behoefte in positieve zin bij te dragen. Maar hoe ziet de werkwijze er (in hoofdlijnen) precies uit? In het kort komt het hierop neer.

Het perspectief van kandidaten

- Kandidaten melden zich via de website en maken vervolgens een account aan.
- Na de ontvangst van bevestiging is het mogelijk het eigen profiel aan te vullen met kenmerken als opleiding, werkervaring en de beschikbaarheid.
- Wat volgt is een intakegesprek met een recruiter om verwachtingen en wensen te bespreken.
- Kandidaten kunnen nu gematched worden.
- Nadat een match is gemaakt kan de werkgever het profiel van de kandidaat bekijken en met deze persoon contact opnemen.

Het perspectief van aanvragers

- Een aanvrager van een zorginstelling kan zelfstandig een account aanmaken op het platform om zo een aanvraag te doen voor crisisondersteuning.
- Zo nodig kan ook het regionale contactpunt dit voor de aanvrager regelen.

- Na het aanmaken van een account kan de aanvrager een aanvraag indienen voor extra personeel (met toevoeging van het type taken, aantal werkuren en/of gewenste opleiding).
- Vanuit de regionale contactpunten wordt vervolgens contact opgenomen met de aanvrager ter verificatie en/of verduidelijking van de aanvraag.
- Vervolgens worden passende medewerkers aan de zorginstelling gekoppeld.
- Na de koppeling kunnen aanvragers de profielen van de voorgestelde kandidaten bekijken en met hen contact opnemen om een startdatum te bespreken.
- Als een match succesvol is kan de werkgever de kandidaat op 'geaccepteerd' en 'ingezet' zetten in het systeem en de aanvraag de status 'afgehandeld' meegeven.

Evaluatie Commissie Werken in de Zorg

De Commissie Werken in de Zorg heeft ten tijde van de eerste coronagolf in 2020 een evaluatie van Extra handen voor de Zorg uitgebracht (Commissie Werken in de Zorg, 2020). De commissie evalueerde het matchingproces vanuit twee doelstellingen: het oplossen van de coronatekortingen en het binden van zorgmedewerkers voor de langere termijn. Alhoewel het project EhvdZ niet opgezet is voor deze tweede doelstelling.

35% van de aanmelders is aangeboden, en daarvan is 35% daadwerkelijk geplaatst

Tijdens de eerste coronagolf hadden 22.800 mensen zich aangemeld bij Extra handen voor de Zorg, waarvan er uiteindelijk 8.000 (35%) zijn aangeboden aan zorginstellingen, wat vervolgens tot 2.800 plaatsingen (35%) heeft geleid. De mismatch wordt voornamelijk verklaard doordat werkgevers op zoek waren naar kant en klaar inzetbare zorgprofessionals, maar dat de vereiste diploma's vaak niet aanwezig waren bij de mensen die zich hadden aangemeld. Daarnaast waren zorginstellingen voornamelijk op zoek naar medewerkers met een ruime beschikbaarheid, terwijl mensen die zich hadden aangemeld vaak beperkt beschikbaar waren. Ook bleek dat mensen die zich aanmeldden maar beperkt bereid waren om de benodigde reisafstand te overbruggen.

Mismatch wordt gezien als gemiste kans om mensen te interesseren voor de zorg

In het kader van de zorgmedewerker duurzaam binden aan de zorgsector ziet de commissie de grote mismatch als een gemiste kans omdat met tijdelijk bijspringen veel mensen geïnteresseerd hadden kunnen worden voor een carrièreswitch naar de zorg. Potentiële zorgmedewerkers gaven aan dat zij dagelijks de problemen in de zorg op het nieuws zagen, zij stonden te springen om hulp te bieden, maar dat zij vervolgens niks hoorden. Dit heeft mogelijk tot gevolg gehad dat zorgmedewerkers die een carrièreswitch wilden maken dit niet hebben gedaan. De belangrijkste aanbeveling op dit gebied was het introduceren van menselijk contact op cruciale momenten in het proces (intake, introductie, vragen, afwijzing), de inzet van professionele bemiddelaars en zorgen dat mensen ook daadwerkelijk aan de slag kunnen.

2.2 INTERNE EVALUATIES DOOR REGIONALE WERKGEVERSORGANISATIES

Vanuit drie regionale werkgeversorganisaties is het gebruik van Extra handen voor de Zorg intern geëvalueerd en toegestuurd aan het evaluatieteam.

Matching met name lastig door de vraag naar functies in plaats van het denken in taken

Uit de drie interne evaluaties kwamen twee type aanvragen vanuit de zorginstellingen terug: enerzijds was men op zoek naar opgeleide professionals met de benodigde ervaring en diploma's (functies als verpleegkundigen, verzorgenden IG, helpenden en IC-verpleegkundigen) en anderzijds naar 'extra handen' om bijvoorbeeld ondersteuning te bieden bij het aan- en uittrekken van beschermende kleding. Vanuit de zorgorganisaties kwam vaak terug dat er veelal een mismatch was tussen de benodigde kwalificaties en de kandidaten zonder zorgachtergrond. Zij gaven hierover aan dat het denken in functies en niet in taken hier grotendeels aan ten grondslag lag. De vraag naar opgeleide zorgprofessionals wordt verklaard doordat al bestaande personeelstekorten voor onvoldoende opleidings- en begeleidingscapaciteit hadden gezorgd. Dit beperkt de mogelijkheden om personeel

zonder zorgachtergrond te begeleiden, en extra begeleidingscapaciteit wordt dan ook als één van de belangrijkste verbeterpunten gezien door zorgorganisaties. Andere verbeterpunten op dit gebied waren het aanbieden van deelcertificaten en het anders organiseren van werk zodat extra zorg kan worden gerealiseerd met de 'extra handen'.

Gewenst zijn snelheid, een goed werkend systeem met juiste informatie en gekwalificeerde matchers

Wat betreft de procesmatige kant gaven zorgorganisaties aan dat zij een snelle dienstverlening verwachten waarbij een goede bereikbaarheid (ook in het weekend) belangrijk is. Daarnaast wordt de simpele afwikkeling van (vrijwilligers)contractzaken en het samenkomen van alle extra handen op één centrale plek als prettig ervaren. Ook kwamen een aantal knelpunten regelmatig terug. Zo waren de kandidaten niet altijd goed bereikbaar voor zorgorganisaties, interpreteerde het systeem de zorgaanvragen soms verkeerd, en klopte de profielen van de kandidaten soms niet zodat tijdens de ontmoeting bleek dat zorgmedewerkers toch niet beschikten over de benodigde vaardigheden. Zorgorganisaties gaven als voornaamste verbeterpunten: werken met geschikte en gekwalificeerde accountmanagers die maatwerk kunnen leveren bij de aanvragen en het hebben van een goed werkende applicatie waarmee snel inzichtelijk is wie beschikbaar is en over welke diploma's de kandidaat beschikt.

EhvdZ ontlast verpleegkundigen met name door inzet van tijdelijke medewerkers zonder zorgervaring

De opbrengsten van Extra handen voor de Zorg werden vooral gevonden in het ontlasten van verpleegkundigen door mensen zonder zorgervaring. Soms konden extra handen voorkomen dat zorg niet geleverd kon worden.

Uit de evaluaties komt voornamelijk terug dat er een sterke wens is om deze tijdelijke medewerkers (weer terug) te verleiden naar de zorgsector, echter blijkt maar een kwart van de zorgprofessionals aan een terugkeer te denken. Belangrijkste verbeterpunten op dit gebied zijn het managen van verwachtingspatronen over de werkzaamheden en het zorgen voor een goede 'onboarding' op de afdeling met voldoende begeleiding.

2.3 DEZE EVALUATIE

In dit hoofdstuk zijn de eerste, bestaande inzichten uit partiële evaluaties op een rij gezet. De evaluatie uitgevoerd door de Commissie Werken in de Zorg had echter betrekking op alleen de eerste coronagolf in 2020 en de evaluaties uitgevoerd door de drie regionale werkgeversorganisaties dienden een intern doel, kenden verschillende invalshoeken en aanpakken, en bestreken eerdere tijdvakken en uiteraard alleen de eigen regio.

In de volgende hoofdstukken presenteren we de inzichten over de verwachtingen, de matching, de effecten en mogelijke verbeterpunten van het project EhvdZ op landelijk niveau van zorgorganisaties die zich na 8 juni 2020 hebben geregistreerd. De registraties tijdens de eerste coronagolf zijn hierin niet opgenomen, omdat er voor het project EhvdZ sinds 8 juni 2020 een nieuw systeem in uitvoering is genomen. Overigens geldt voor een deel van de respondenten wel dat zij ook tijdens de eerste golf al een aanvraag hebben gedaan en hun ervaringen over die periode dus ook worden betrokken in het onderzoek.

Vanaf de start van Extra handen voor de Zorg zijn er in totaal 6.300 kandidaten bij een zorginstantie geplaatst, wat neerkomt op 41% van de ruim 15.000 kandidaten die zijn aangeboden

Tabel 2.1 presenteert gegevens vanuit het registratiebestand van EhvdZ en laat zien dat er in totaal ongeveer 35.000 aanmeldingen zijn geweest. Van deze bruto aanmeldingen bleven na het verwijderen van dubbelingen en onvoltooide registraties nog 29.000 (netto) aanmeldingen over. Over de gehele periode is er bijna 12.000 fte aangevraagd door zorgorganisaties en zijn daar ruim 15.000 (unieke) kandidaten op aangeboden. Uiteindelijk zijn er door middel van EhvdZ 6.300 kandidaten bij een zorginstantie geplaatst, wat neerkomt op 41% van het aantal unieke kandidaten dat is aangeboden.

Na de eerste coronagolf hebben in absolute zin minder nieuwe kandidaten zich aangemeld, wel zijn er procentueel meer mensen opgenomen in het bruikbare bestand

Tabel 2.1 laat verder zien dat er ongeveer 10.000 nieuwe kandidaten zich hebben aangemeld vanaf de invoering van het nieuwe systeem in juni 2020, beduidend minder dan de 19.000 aanmeldingen tijdens de eerste golf. Daar waar er maar 55% van de aanmeldingen uiteindelijk bruikbaar werden geacht tijdens de eerste golf, lag dit percentage met 70% hoger dan in de eerste golf. In de eerste golf vielen er veel mensen af door een gebrek aan diploma's bij de intake, dit was minder het geval na de eerste golf. In de latere golven vormde het aantal uren dat iemand beschikbaar is het grootste struikelblok bij de intake.

Na de eerste coronagolf zijn er, absoluut en procentueel gezien, meer kandidaten geplaatst dan tijdens de eerste golf

Uiteindelijk zijn in totaal 6.300 kandidaten bij een zorginstantie geplaatst, wat neerkomt op een plaatsingspercentage van 41% ten opzichte van het totaal aantal (uniek) aangeboden mensen. Tijdens de eerste golf zijn er ongeveer 2.900 kandidaten geplaatst en na de eerste golf nog eens 3.500 kandidaten. Omdat tijdens de eerste golf niet werd geregistreerd hoe vaak iemand is aangeboden laat het plaatsingspercentage zich moeilijk vergelijken. Wanneer we het percentage uniek aangeboden kandidaten dat is geplaatst vergelijken tussen de twee periodes zien we dat er procentueel gezien meer kandidaten zijn geplaatst na de eerste golf dan tijdens de eerste golf (49% versus 35%).

Tabel 2.1 **Overzicht van het aantal aanmeldingen, aangevraagde FTE's en het aantal aangeboden en geplaatsten mensen**

	De eerste golf (tot juni 2020)	Na de eerste golf (vanaf juni 2020)	Totaal
Aanmeldingen			
<i>Bruto aanmeldingen</i>	22.817	12.366	35.183
<i>Netto aanmeldingen</i>	18.912	10.171	29.083
<i>Bruikbaar bestand</i>	10.490	7.105	17.595
<i>Bruikbaar bestand / netto aanmeldingen</i>	55%	70%	60%
Vraag naar extra handen			
<i>FTE gevraagd</i>	4.828	7.121	11.949
Aanbod op aanvragen			
<i>Mensen aangeboden</i>	7.974	10.801	18.775
<i>Unieke mensen aangeboden</i>	7.974	7.259	15.233
Matching			
<i>Geplaatste mensen</i>	2.754	3.549	6.303
<i>Geplaatsten mensen / FTE gevraagd</i>	57%	50%	53%
<i>Geplaatste mensen / unieke mensen dat is aangeboden</i>	35%	49%	41%

Bron: Eigen berekeningen SEOR op basis van Dashboard Extra handen voor de zorg, 2021.

Grootste absolute gebruikers van EhvdZ zijn de VVT, ziekenhuizen en gehandicaptenzorg

Tabel 2.2 laat zien dat het met name de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en gehandicaptenzorg waren die kandidaten aangeboden hebben gekregen. Het zijn ook deze zorgsectoren waarin de meeste kandidaten aan de slag zijn gegaan. De percentages van het totaal aantal aangeboden kandidaten versus geplaatsten variëren van 26% (thuiszorg) tot 41% (geestelijke

gezondheidszorg, en de combinatie van verpleeg-, verzorgingshuizen met geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg.²

Tabel 2.2 **Overzicht aantal kandidaten (aangeboden en geplaatst) en aanvragen, uitgesplitst naar zorgsector, vanaf oktober 2020**

Zorgsector	Totaal aantal aangeboden kandidaten	Totaal aantal geplaatste kandidaten
Totaal	10.201	3.218
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	252	104
<i>Verpleeg-, verzorgingshuizen met geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg</i>	285	117
<i>Gehandicaptenzorg</i>	988	350
<i>Overige zorg</i>	483	178
<i>Thuiszorg</i>	410	105
<i>Thuiszorg, Verpleeg-, verzorgingshuizen</i>	3.947	1.182
<i>Verpleeg-, verzorgingshuizen</i>	2.451	793
<i>Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg</i>	1.044	333
<i>Onbekend</i>	341	56

Toelichting: Het gaat hier om aantallen vanaf het derde kwartaal van 2020, ongeveer gelijklopend met de uitbraak van de tweede coronagolf. De totale aantallen aangeboden en geplaatste kandidaten komen daarom niet exact overeen met tabel 2.1. De categorie ‘overige zorg’ heeft betrekking op de branches jeugdzorg, sociaal werk, maatschappelijke zorg, huisartsen en gezondheidscentra en overige zorg en welzijn.

Bron: Eigen berekeningen SEOR op basis van Dashboard Extra handen voor de zorg, 2021.

Registratiebestand EhvdZ geeft een onderschatting van het aantal ingezette kandidaten aan

Overigens zal op basis van de uitgevoerde online enquête (zie het volgende hoofdstuk) blijken dat het hier beschreven percentage geplaatste kandidaten zeer waarschijnlijk een onderschatting is van de werkelijkheid. In de registratiebestanden van EhvdZ staat aangegeven dat een deel van de organisaties wel kandidaten heeft geaccepteerd maar niet heeft ingezet. In werkelijkheid heeft een groot deel van deze organisaties wel kandidaten ingezet maar dit kennelijk niet in het registratiebestand opgenomen.

² Daarin hebben we de categorie ‘onbekend’ niet meegenomen waarin het plaatsingspercentage 16% bedroeg.



RESULTATEN ENQUÊTE ONDER ZORGINSTELLINGEN

3 RESULTATEN ENQUÊTE ONDER ZORGINSTELLINGEN

Een online enquête onder 184 respondenten, die samen 164 zorginstellingen (met name binnen de VVT) vertegenwoordigen, laat de volgende resultaten zien. De meeste ondervraagde zorgorganisaties hebben daadwerkelijk kandidaten ingezet op de werkvloer (80%), waarbij de meerderheid is bewogen om deel te nemen door de verwachting van een snelle inzet van nieuw zorgpersoneel, zonder al te veel administratieve lasten. Niet verrassend is dat de verwachtingen en ervaren opbrengsten onder zorgorganisaties die geen kandidaten hebben ingezet, lager liggen dan de instellingen waarbij dit wel het geval is. Uit de enquête blijkt verder dat deelnemers door de inzet van de extra handen een lagere werkdruk en minder personeelstekorten verwachten en dat de meeste organisaties op zoek waren naar gediplomeerd zorgpersoneel. De meerderheid van de zorgorganisaties die kandidaten hebben ingezet ervaren positieve effecten op de werkdruk (negen op de tien) en zijn tevreden over de motivatie, reisafstand en het opleidingsniveau van de kandidaten, terwijl het aspect werkervaring wat achterblijft. De ondersteuning vanuit Extra handen voor de Zorg wordt in het algemeen als positief beoordeeld, hoewel de perceptie ten aanzien van de werking van het IT-systeem negatiever is.

3.1 INLEIDING

Om een representatief beeld te krijgen van de ervaringen van zorgorganisaties met Extra handen voor de Zorg hebben we een online enquête verstuurd naar alle 577 aanvragers die zich vanaf 8 juni 2020 bij het initiatief hebben geregistreerd.³ Het betreft vooral HR-medewerkers en zorgmanagers. Daarnaast zijn via hen 40 collega's van deze respondenten uitgenodigd. In de periode van eind juli tot en met begin september is de enquête (volledig) ingevuld door in totaal 184 respondenten, die samen 164 unieke zorginstellingen vertegenwoordigen. Daarnaast hebben 27 respondenten de vragenlijst gedeeltelijk ingevuld.⁴

We onderscheiden vier categorieën zorgorganisaties:

- A. Enkel geregistreerd.
- B. Aanvraag ingediend, maar geen kandidaten geaccepteerd.
- C. Kandidaten geaccepteerd, maar niet ingezet.
- D. Kandidaten ingezet.

Onderstaande tabel laat de verdeling van de respons zien over deze vier categorieën organisaties. Uit de enquête komt naar voren dat categorie C (wel geaccepteerd, niet ingezet) wel in de registraties van EhvdZ voorkomt, maar in de praktijk vrijwel niet. Deze zorginstellingen hebben de kandidaten dus wel ingezet, maar dit niet als zodanig geregistreerd bij EhvdZ.

³ Tussen de eerste en tweede golf is de registratiemethode aangepast, waardoor we enkel de gegevens vanaf 8 juni 2020 hebben kunnen meenemen in het onderzoek. Een deel van deze groep heeft overigens ook een aanvraag gedaan tijdens de eerste golf.

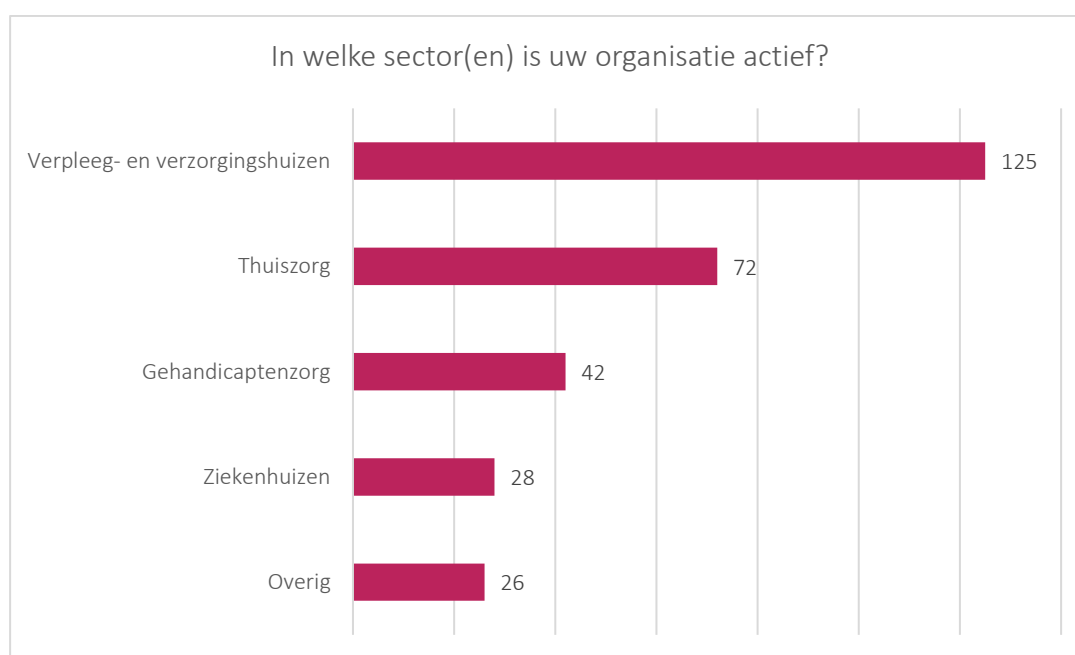
⁴ Hierdoor kan het aantal waarnemingen (N) in de tabellen en figuren in dit hoofdstuk verschillen. Ook kan het voorkomen dat respondenten een vraag hebben overgeslagen.

Tabel 3.1 (Volledige) respons en registratie naar categorie zorgorganisatie

	Op basis van enquête		Op basis van registraties	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
A	14	8%	18	10%
B	21	11%	12	6%
C	1	1%	26	14%
D	148	80%	128	70%

De respondenten zijn met name in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg actief, sectoren waar ook de meeste aanvragen vandaan kwamen (zie tabel 2.1).

Figuur 3.1 Sectoren zorgorganisaties (meerdere antwoorden mogelijk)



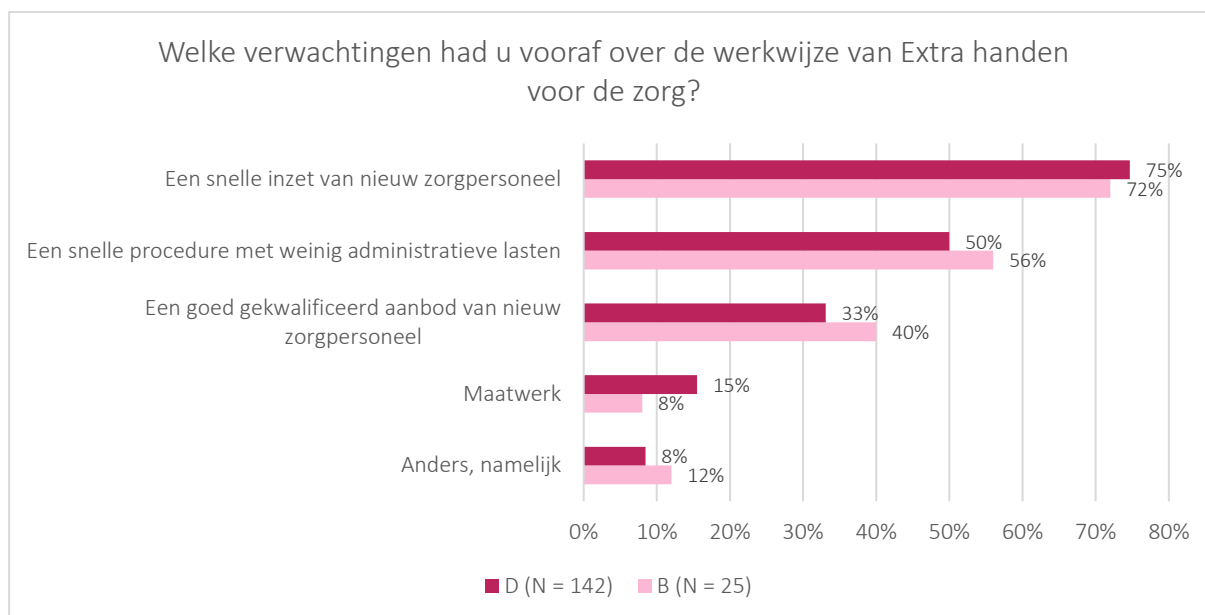
Een deel van de geregistreerde zorgorganisaties heeft uiteindelijk geen aanvraag ingediend (categorie A). Zij geven met name aan de dreigende tekorten zelf te kunnen oplossen met eigen personeel (4x), geen capaciteit te hebben om kandidaten te begeleiden (4x) of te verwachten dat het aanbod niet aan zou sluiten bij hun vraag (4x). Ook te veel administratieve rompslomp wordt door drie respondenten genoemd als een reden om geen aanvraag te doen. De meerderheid van deze organisaties heeft wel gebruik gemaakt van alternatieven voor extra personeelsondersteuning, hoofdzakelijk vanuit het eigen netwerk.

3.2 VERWACHTINGEN VOORAF

Zorgorganisaties verwachten een snelle inzet van nieuw zorgpersoneel, wat vooral moet leiden tot een lagere werkdruk

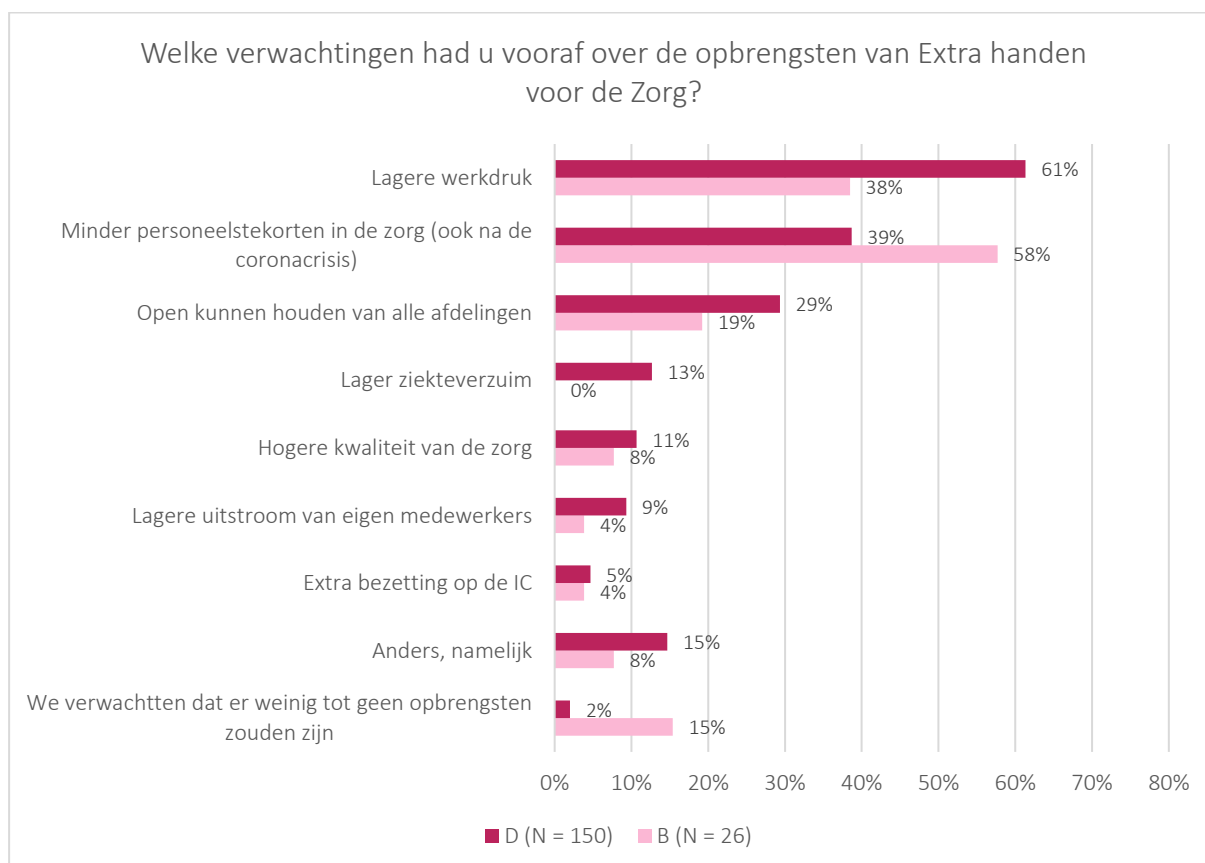
De ervaren opbrengsten van interventies worden (in ieder geval deels) bepaald door de verwachtingen die betrokkenen vooraf hebben. Daarom brengen we de verwachtingen van de aanvragers ten aanzien van de werkwijze en de opbrengsten van Extra handen voor de Zorg eerst in beeld. De belangrijkste verwachting van respondenten is dat het project zorgt voor een snelle inzet van nieuw zorgpersoneel (zie figuur 3.2). Ruim de helft verwacht dat er sprake zal zijn van een snelle procedure met weinig administratieve lasten. Maar een beperkt deel van de respondenten denkt vooraf dat er veel ruimte is voor maatwerk. Deze verwachting ligt wat hoger bij zorgorganisaties die uiteindelijk ook kandidaten hebben ingezet.

Figuur 3.2 Verwachtingen over de werkwijze, voor de categorieën B en D



Wat betreft de opbrengsten, verwachten de respondenten vooral dat de extra handen leiden tot een lagere werkdruk (zie figuur 3.3). Ook minder personeelstekorten in de zorg (ook na de coronacrisis) en het openhouden van afdelingen worden relatief vaak genoemd. Opvallend is dat organisaties die geen kandidaten hebben geaccepteerd (B) van tevoren lagere verwachtingen hebben over de opbrengsten van Extra handen voor de Zorg. Mogelijk waren deze zorgorganisaties daarom uiteindelijk minder gemotiveerd om kandidaten te accepteren en/of waren de specifieke eisen aan het potentiële zorgpersoneel simpelweg te specifiek van aard.

Figuur 3.3 Verwachtingen over de opbrengsten, voor de categorieën B en D



3.3 ERVAREN ONDERSTEUNING

De ervaren ondersteuning scoort ruim voldoende; grote tevredenheid over het contact met EhvdZ

De aanvragers zijn over het algemeen positief over de ondersteuning vanuit EhvdZ. Vooral het contact met de (regionale werkgevers)organisaties verloopt goed. Zo geven zorgorganisaties die daadwerkelijk kandidaten hebben geplaatst (categorie D) gemiddeld bijna vier sterren aan de snelheid van vragen beantwoorden, bereikbaarheid en mate van persoonlijk contact. Iets kritischer zijn de respondenten over het gebruiksgemak van het IT-systeem en de mate van maatwerk. Wat betreft het eerste punt moet meegewogen worden dat het IT-systeem in de beginfase snel is opgetuigd en tijdens de loop van het initiatief sterk is aangepast. Vermoedelijk drukken de ervaringen van zorgorganisaties tijdens deze eerste periode op de genoemde scores. De snelheid en professionaliteit van de matching worden ook behoorlijk goed gewaardeerd.

Zorgorganisaties die geen kandidaten hebben geaccepteerd (categorie B) zijn op alle aspecten minder positief, met name als het gaat om de matching (zowel qua snelheid als professionaliteit van de bemiddelaars/matchers) en de mate van persoonlijk contact.

Er zijn geen grote verschillen zichtbaar naar type respondent (HR of overig).

Tabel 3.2 Oordeel over de ondersteuning vanuit EhvdZ, voor de categorieën B en D

	D (N = 144)		B (N = 22)	
Gebruiksgemak van het IT-systeem	★★★★☆	(3,2)	★★★★☆	(3,0)
Snelheid van vragen beantwoorden	★★★★☆	(3,9)	★★★★☆	(3,6)
Snelheid van de matching	★★★★☆	(3,7)	★★★★☆	(2,7)
Bereikbaarheid	★★★★☆	(3,9)	★★★★☆	(3,4)
De mate van persoonlijk contact	★★★★☆	(3,9)	★★★★☆	(3,2)
De mate van maatwerk	★★★★☆	(3,3)	★★★★☆	(2,7)
Professionaliteit van de bemiddelaars/matchers	★★★★☆	(3,7)	★★★★☆	(3,0)

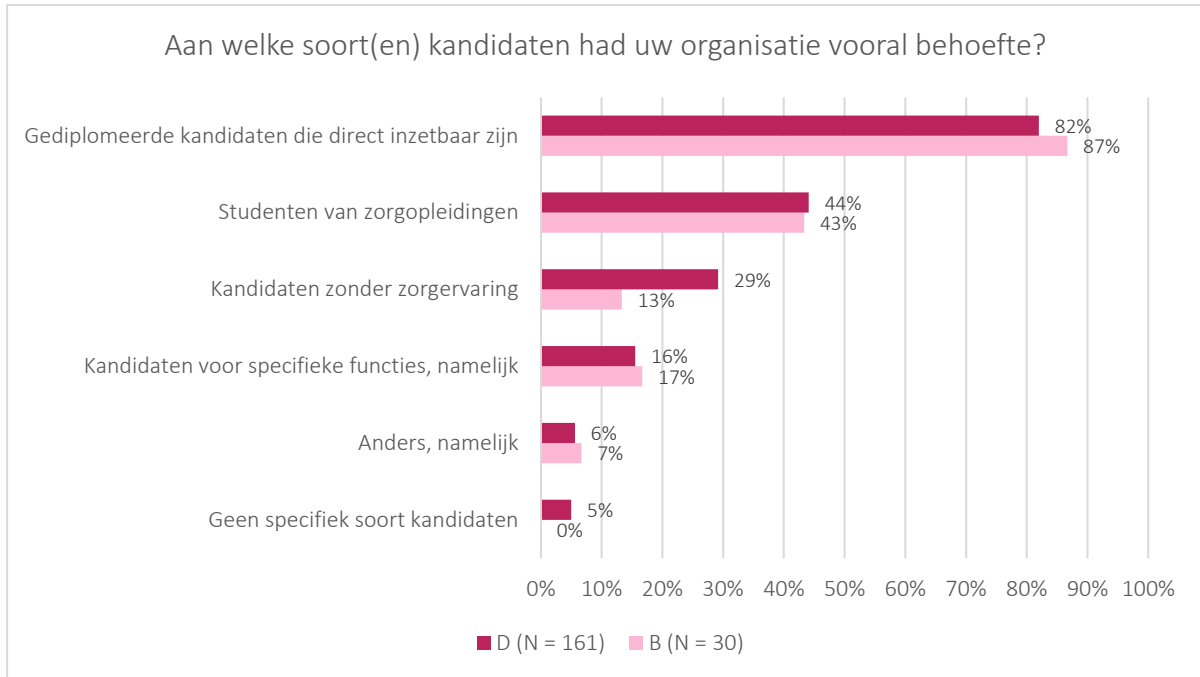
Een kwart van de respondenten binnen categorie D geeft aan behoefte te hebben gehad aan meer ondersteuning. Voor categorie B gaat het om ruim een derde van de respondenten. Het gaat dan met name om ondersteuning bij de matching of (voor categorie D) de communicatie met de kandidaten.

3.4 ERVAREN (MIS)MATCHES

Kandidaten sluiten redelijk goed aan bij de behoefte van organisaties; wel duidelijke verschillen tussen organisaties die wel en geen kandidaten hebben geaccepteerd

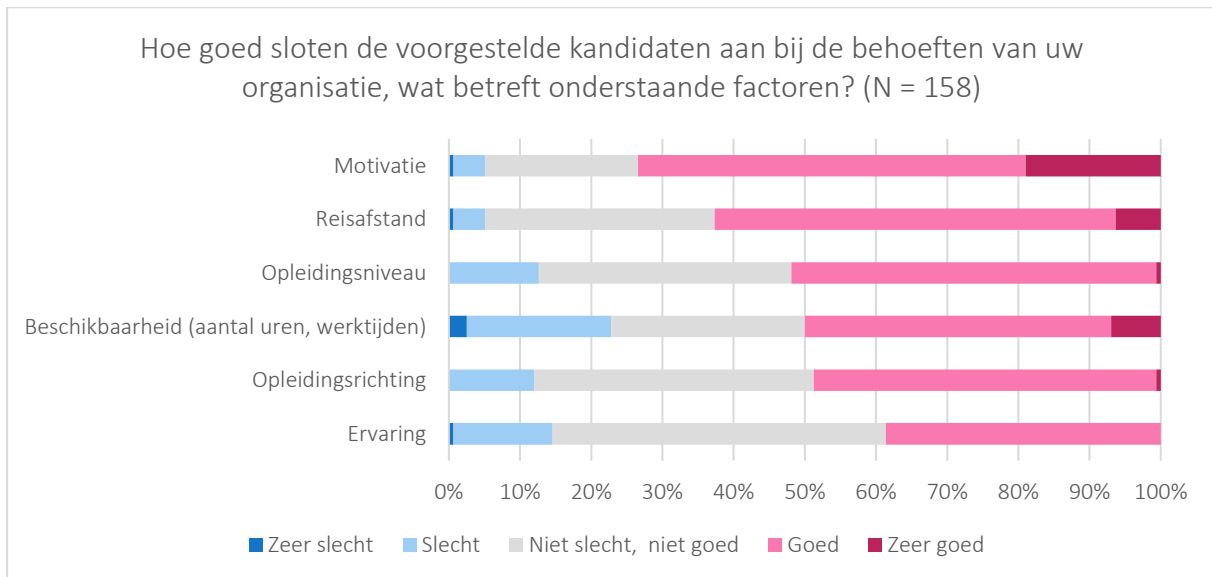
Uit de enquête komt naar voren dat de aanvragers vooral op zoek zijn naar gediplomeerde kandidaten die direct inzetbaar zijn (zie figuur 3.4). Ook studenten van zorgopleidingen zijn in trek. Een duidelijk verschil tussen organisaties die wel of geen kandidaten hebben ingezet, is de behoefte aan kandidaten zonder zorgervaring. Deze ligt een stuk hoger voor zorginstellingen die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van extra handen (categorie D). Dit blijkt ook als we vragen welke factoren belangrijk zijn bij het al dan niet accepteren van kandidaten. 70% van de respondenten uit categorie B vindt ervaring (zeer) belangrijk, ten opzichte van 52% voor categorie D. Ook opleidingsniveau (88% versus 65%) en opleidingsrichting (83% versus 65%) worden belangrijker gevonden door categorie B.

Figuur 3.4 Soorten kandidaten waar organisaties behoefte aan hebben, voor de categorieën B en D



Vervolgens is natuurlijk de vraag hoe goed de voorgestelde kandidaten aansloten bij deze behoeften. Dit zien we terug in figuur 3.5 en 3.6. Daaruit blijkt dat de meerderheid van de zorgorganisaties binnen categorie D positief is over deze match. Zo sluit de motivatie van kandidaten goed aan bij de behoefte en wordt ook de geografische match positief beoordeeld. Respondenten met een zorgmanagement- of bestuursfunctie oordelen hier nog iets positiever over dan medewerkers vanuit de afdeling HR. Qua opleidingsniveau en -richting geeft circa de helft van de respondenten aan dat deze goed aansloten bij de eigen behoeften. Minder dan 10% vindt deze aansluiting slecht. Voor deze groep zorgorganisaties lijkt er dus niet op grote schaal sprake te zijn van een horizontale of verticale mismatch.

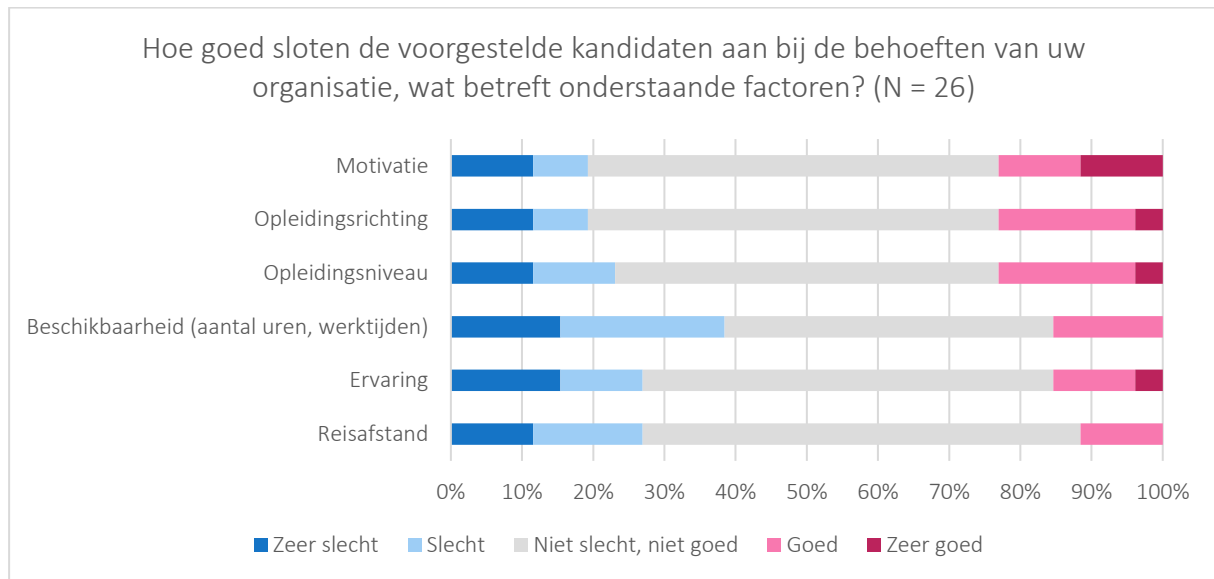
Figuur 3.5 Aansluiting tussen kandidaten en behoeften zorgorganisaties, voor categorie D



De zorgorganisaties in categorie B zijn beduidend minder positief over de aansluiting van kandidaten bij hun behoeften. Met name de beschikbaarheid van kandidaten – qua aantal uren en/of werktijden – wordt vaak als (zeer) slecht aangeduid. Ook ervaring en reisafstand worden vaker negatief dan positief

beoordeeld. Bij de overige factoren is de groep die vindt dat er sprake is van een goede aansluiting ongeveer even groot als de groep die dat niet vindt.

Figuur 3.6 Aansluiting tussen kandidaten en behoeften zorgorganisaties, voor categorie B



De meeste respondenten geven aan dat zij in behoorlijk tot grote mate in staat waren de meerwaarde van kandidaten over te brengen aan hun collega's of zorgmanagers. Dit lijkt dus geen knelpunt te zijn geweest bij het accepteren van kandidaten.

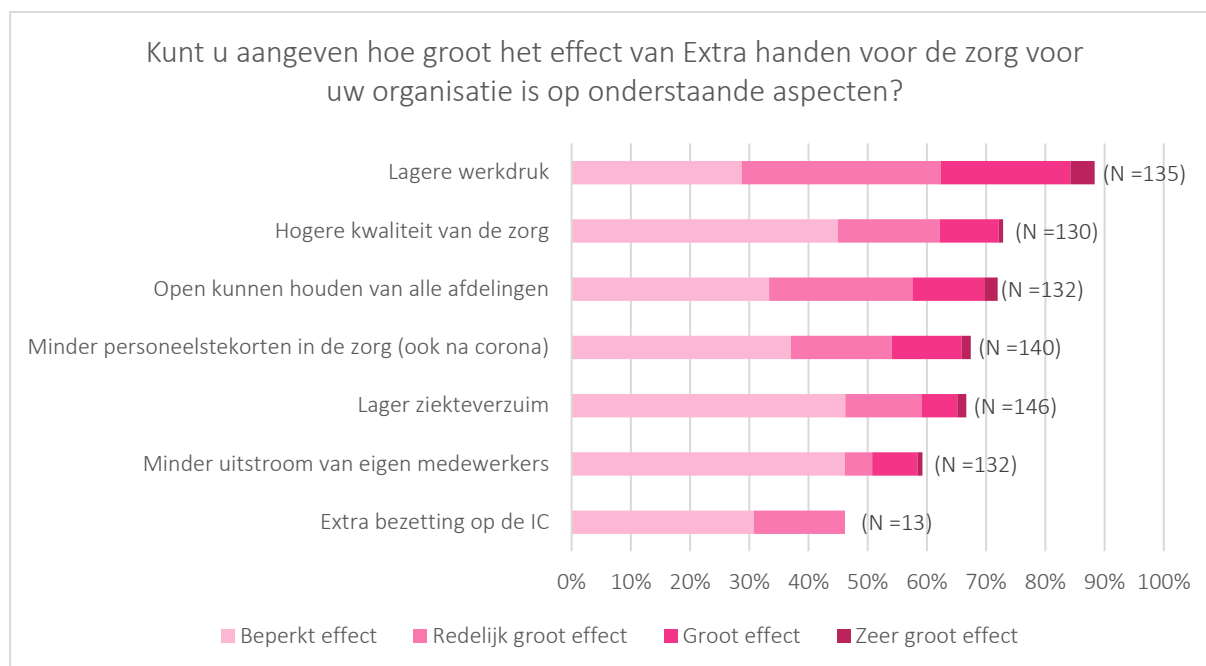
3.5 ERVAREN OPBRENGSTEN

De extra handen hebben gezorgd voor een lagere werkdruk, ook op andere aspecten zoals een hogere kwaliteit van de zorg en minder personeelstekorten worden effecten gezien

Organisaties die daadwerkelijk kandidaten hebben ingezet, geven veelal aan dat deze inzet ook effect heeft gehad. Het effect is het grootst op de werkdruk, waar bijna 9 op de 10 respondenten een effect ziet en 60% zelfs over een redelijk tot zeer groot effect spreekt. Een hogere kwaliteit van de zorg en het openhouden van afdelingen worden door bijna driekwart van de respondenten genoemd. En twee derde denkt dat EhvdZ effect heeft gehad op het verminderen van personeelstekorten in de zorg (ook na corona) en een lager ziekteverzuim. In de open antwoorden geven meerdere respondenten aan dat er kandidaten zijn blijven werken bij de organisatie (bijvoorbeeld met een BBL-opleiding).

Zorgmanagers, bestuurders, etc. schatten de effecten van EhvdZ over het algemeen iets groter in dan hun collega's van HR.

Figuur 3.7 Ervaren opbrengsten, voor categorie D



3.6 VERWACHTINGEN RICHTING TOEKOMST

De meeste organisaties die nu geen gebruik hebben gemaakt van extra handen, overwegen om dat wel te doen in eventuele toekomstige crisissituaties; verbetermogelijkheden liggen vooral op het gebied van de matching en het IT-systeem

We hebben de organisaties die geen kandidaten hebben aangevraagd of ingezet gevraagd of ze, als hun organisatie in de toekomst (opnieuw) te maken zou krijgen met personeelstekorten als gevolg van een crisissituatie, dan wel een aanvraag zouden doen of kandidaten zouden inzetten. De meerderheid zou dit wel overwegen. Bij de zorgorganisaties die geen aanvraag hebben gedaan (categorie A) geven 8 van de 14 respondenten aan misschien wel of zeker wel een aanvraag te doen. Bij de aanvragers die geen kandidaten hebben ingezet (categorie B) antwoorden 11 van de 23 respondenten in dat geval misschien of waarschijnlijk wel kandidaten te accepteren. Drie van deze respondenten geven aan dat zij geen kandidaten aangeboden hebben gekregen vanuit EhvdZ.

Daarnaast is aan alle aanvragers (categorie B t/m D) gevraagd wat de projectorganisatie een eventuele volgende keer beter zou kunnen doen. De meeste verbeterpunten hebben te maken met de selectie van de kandidaten, met name op het gebied van beschikbaarheid. Een aantal respondenten geeft aan dat dit in de loop van de tijd wel steeds beter ging. Ook de functionaliteit van het IT-systeem wordt door verschillende aanvragers als verbeterpunt genoemd. Concrete suggesties hierbij zijn onder meer het kunnen bijhouden van wie je als organisatie al hebt gesproken en het eenvoudiger maken om het profiel van een kandidaat te kunnen delen met collega's.



INZICHTEN UIT VERDIEPENDE INTERVIEWS

4 INZICHTEN UIT VERDIEPENDE INTERVIEWS

Extra handen voor de Zorg is één van de maatregelen om personeelskrapte in de zorg tegen te gaan in coronatijd. Op basis van 21 telefonische interviews laat dit hoofdstuk zien dat de meeste deelnemende zorgorganisaties vooraf weinig specifiekere verwachtingen hebben ten aanzien van het initiatief. Er is weliswaar de algemene verwachting van een lagere werkdruk en minder personeelskrapte (zie hoofdstuk drie), maar specifiekere verwachtingen blijven vaak achterwege. Er is in het algemeen waardering voor het project om knelpunten in de zorg te verkleinen, waarbij het belangrijk is om een zo'n gericht mogelijke uitvraag te doen. De kandidaten zijn ingezet voor zowel ondersteunende als meer gekwalificeerde zorgtaken, waarbij in een aantal gevallen maatregelen zijn gecombineerd (bijvoorbeeld de subsidieregeling coronabanen). Om een dergelijk initiatief als Extra handen voor de Zorg in de toekomst te verduurzamen is met name aanvullende aandacht nodig voor het technische systeem (met als doel een betere matching tussen vraag en aanbod) en een stuk 'ontsnippering' van initiatieven in de zorgsector. Bij dit alles past wel de kanttekening dat de impact van een project als Extra handen voor de Zorg zeer waarschijnlijk het grootst is in crisistijd, omdat de solidariteit in een samenleving dan het sterkst aanwezig is.

4.1 INLEIDING

Eerder in dit rapport is beschreven dat de zorgsector in Nederland te maken heeft met grote personeelskrapte. Hierdoor kan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg in het gedrang komen. Zeker tegen de achtergrond van een vergrijzende samenleving, waardoor het aantal chronisch zieken en kwetsbare ouderen met een zorgvraag toeneemt. De arbeidsmarktproblematiek in de zorg wordt bovendien extra gevoeld in crisissituaties, zoals in de coronatijd (waardoor de zorgvraag en de werkdruk van het zorgpersoneel sterk toenemen). EhvdZ probeert daarom laagdrempelig bij te dragen aan een betere aansluiting op de oplopende zorgvraag in ons land. In aanvulling op het hiervoor gepresenteerde cijfermateriaal, laat dit hoofdstuk de uitkomsten zien van het kwalitatieve deel van het evaluatieonderzoek.

Onderstaand overzicht bevat de kwalitatieve bevindingen op basis van 21 telefonische interviews met recruiters, medewerkers HRM/P&O, projectmanagers, teamleiders personeel en managers kwaliteit en opleiding binnen verschillende zorggroepen en -instellingen verspreid over het land (Zuid-Holland, Noord-Holland, Zuidoost-Brabant, West-Friesland, Drenthe, Gelderland, Utrecht, Zeeland, Noord- en Midden-Limburg en Flevoland). Alle geïnterviewde partijen hebben uiteindelijk via EhvdZ kandidaten ingezet op de werkvloer. Bijlage 1 geeft een overzicht van alle geïnterviewde partijen.

Wat laten de gesprekken zien? Wat zijn de meest bepalende resultaten en aandachtspunten?

4.2 VERWACHTINGEN VOORAF

De meeste geïnterviewde zorgorganisaties hebben vooraf geen uitgesproken verwachtingen. Als er wel een specifieke zorgvraag is, is het van belang om deze vooraf zo gericht mogelijk weer te geven.

Om te kunnen beoordelen of de verwachtingen van EhvdZ zijn uitgekomen, inventariseren we allereerst de verwachtingen voorafgaand aan het initiatief. De gesprekken laten echter zien dat de meeste deelnemende zorgorganisaties vooraf geen uitgesproken verwachtingen hebben. EhvdZ werd in de praktijk gezien als een potentiële mogelijkheid om de personele zorginzet te vergroten, zonder dit vooraf direct te verbinden aan te verwachten aantallen.

In een enkel geval was er wel een uitgesproken verwachting, die te maken had met een snelle inzet van gekwalificeerd zorgpersoneel. Iemand zegt hierover:

“De screening van kandidaten en de IT, dat is me dus het meest tegengevallen. Die screening, dat is niet door iemand in de zorg gedaan volgens mij. Kandidaten pasten totaal niet.”

Omdat de arbeidsmarkt voor verzorgend en verplegend personeel al behoorlijk is ‘afgeroomd’ leidde het bovenstaande type verwachtingen tot een minder positieve eindbeoordeling van EhvdZ. Iemand anders (en veel anderen) verwoordt het daarentegen als volgt:

“Wij hadden geen verwachtingen en daarom zijn we ook zo tevreden, denk ik. Wat kun je ook verwachten als je iedereen in Nederland oproept om mee te doen? Veel andere organisaties hadden wel hele ideeën, dan gaat het fout.”

En illustratief zijn citaten zoals:

“(…) hoge verwachtingen kunnen leiden tot teleurstelling.”

Uit het bovenstaande komt naar voren dat EhvdZ niet zozeer wordt gezien als dé manier om structurele knelpunten in de zorgsector tegen te gaan. Zoals we verderop zullen vaststellen is EhvdZ veel eerder een manier om de meest urgente tekorten en hoge werkdruk als gevolg van COVID-19 te verlagen.

Wanneer er daarentegen wél sprake is van een specifieke zorgvraag of doelgroep, dan is het belangrijk om vooraf zo gericht mogelijk de vraag naar kandidaten weer te geven. Een algemene uitvraag naar ondersteuning is dan te vrijblijvend en schept mogelijk de verkeerde verwachtingen, zeker wanneer de praktijk dit onvoldoende toelaat:

“Die gerichte selectie was ook noodzakelijk omdat we werken met ouderen met complexe problemen, zowel geestelijk als lichamelijk.”

Iemand anders zegt hierover:

“Er waren over het algemeen goede matches, maar dit kwam voor een groot gedeelte omdat wij in de ‘vacatures’ een duidelijk onderscheid hebben aangebracht naar ondersteunende banen en reguliere banen.”

4.3 ALGEMEEN OORDEEL

Er is waardering een bottom-up initiatief als EhvdZ, dat bovenal een extraatje oplevert voor cliënten en zorgorganisaties

Als we accepteren dat er vooraf (meestal) geen uitgesproken verwachtingen van EhvdZ zijn, dan zijn de verwachtingen meer dan waargemaakt. Er is sowieso een waardering voor het initiatief, ook omdat het een *bottom-up* initiatief is. Het levert volgens de respondenten bovenal een extraatje op voor zowel cliënten als de zorgorganisaties. Dit is geen overbodige luxe in een tijd waarin zorgtekorten (door uitval van het eigen personeel en de toegenomen zorgvraag door COVID-19) snel oplopen. Zorgorganisaties hebben in de coronaperiode alle mogelijkheden aangegrepen, onder meer door hun toevlucht te zoeken tot dit type initiatieven en andere (nood)maatregelen zoals de inzet van militaire zorgmedewerkers:

“EhvdZ zie ik als een belangrijk ‘extraatje’ voor mensen in de zorg, zonder dat je er als organisatie misschien direct wat mee opschiet. Hoewel, het is ook een eerste of tweede kennismaking van mensen met de zorgsector. Daarbij moet je niet denken aan artsen of verpleegkundigen. Die groepen zijn al afgeroomd door de markt, omdat er zoveel vraag naar ze is. Maar wel aan mensen die met wat extra training en opleiding misschien zijn te bewegen naar de zorg (op lagere niveaus). En denk aan studenten, die misschien de zorg wel in willen.”

Een andere meerwaarde is dat er (gratis) over de sectorgrenzen (en belangen van individuele zorginstellingen) heen kan worden gezocht, waardoor de potentiële inzet van nieuw zorgpersoneel groot is.

Wat betreft het type werk gaat het in de meeste gevallen om een ondersteunende zorginzet (denk bijvoorbeeld aan sociale (welzijns)activiteiten, ondersteuning in de keuken en huiskamer en opvang van familieleden), hoewel er ook zeker gebruik is gemaakt van een meer gekwalificeerde zorginzet:

“De extra handen zorgden vooral voor rust. Kandidaten met een verpleegkundige achtergrond konden gelijk worden ingezet en vingen zo de uitval door corona op.”

Iemand anders vertelt:

“Taken varieerden, maar je moet denken aan het ‘sociale’, bijvoorbeeld eten rondbrengen. Niet direct het werk dat raakt aan de verzorgende-IG opleiding. Kan ook niet, daar zijn regels voor.”

Terugkijkend op het type deelnemers is er gebruik gemaakt van een tijdelijke inzet van oud-zorgpersoneel en (in meerderheid) de inzet van burgers die de zorg een warm hart toedragen. Deze zijn onder meer afkomstig uit sectoren in *lockdown*, zoals inactief horecapersoneel, maar het gaat ook om gepensioneerden en werkzoekenden.

4.4 COMBINEREN VAN INITIATIEVEN

Er is sprake van complementariteit tussen EhvdZ en de subsidieregeling coronabanen; de verschillende initiatieven kunnen volgens de meeste respondenten goed naast elkaar bestaan

In de gesprekken is ook ingegaan op het mogelijk gecombineerd inzetten van diverse initiatieven in coronatijd. Verschillende respondenten geven aan dat dit in de praktijk is gebeurd en dit kan eveneens op de nodige waardering rekenen. Zo is er een verbinding gelegd tussen de subsidieregeling Coronabanen in de zorg en EhvdZ. Bij de subsidieregeling coronabanen gaat het om boven-formatieve functies met als doel tijdelijk de gevolgen van de coronacrisis tegen te gaan. Eén van de respondenten vertelt hoe via EhvdZ (mede) geworven is in het kader van de subsidieregeling coronabanen:

“Wij hebben 80 tot 100 coronabanen ingezet, waarvoor kandidaten deels via EhvdZ zijn geworven.”

Wanneer respondenten aangeven de verschillende mogelijkheden niet te combineren, is de algehele respons dat initiatieven in ieder geval goed naast elkaar kunnen bestaan. Onvoldoende duidelijk is geworden waarom bepaalde zorginstellingen deze regelingen niet hebben gecombineerd of er geen gebruik van konden maken (althans een deel gaf dat aan). Mogelijk speelt het type zorgvraag en/of de omvang van de zorginstelling hier een rol van betekenis.

4.5 ERVAREN OPBRENGSTEN

De geïnterviewde zorgorganisaties zien zowel kwantitatieve als kwalitatieve opbrengsten, zoals een verlichting van de werkdruk en extra cliëntenondersteuning

Wat zijn de meest aangehaalde effecten van EhvdZ voor de deelnemende zorgorganisaties?

Allereerst gaat het volgens de geïnterviewden om een verlichting van de werkdruk en het bieden van extra cliëntenondersteuning. Dit zijn twee van de meest aangedragen opbrengsten tijdens de gesprekken. Vooral het creëren van ‘extra handen’ werd gezien als de belangrijkste (kwantitatieve) opbrengst. Naast deze opbrengst, waren de meeste organisaties ook te spreken over de kwalitatieve opbrengst (afhankelijk van hun verwachtingen), zolang er maar duidelijk door zorgorganisaties werd aangegeven waar ze naar op zoek waren:

“De kwaliteit van kandidaten via EhvdZ was beter dan regulier werven, omdat de eerste voorselectie dan al is gemaakt. Dan gaat het vooral om randvoorwaarden, zoals het aantal uren dat iemand wil werken.” Ook in dit geval geldt: “EhvdZ vind ik een geslaagd experiment, maar zoals ik je zei: het is wat je er zelf van wilt maken.”

In het algemeen vertrekt het grootste deel van de kandidaten na afloop van de contractperiode (veelal na zes maanden). Niet zelden vertrekken de mensen naar hun ‘eigen’ sector’ of was de inzet (bijvoorbeeld bij gepensioneerden) al bij voorbaat van tijdelijke aard. Een klein deel blijft echter actief en/of volgt een opleiding, bijvoorbeeld een verzorgende-IG opleiding. Hiermee is de impact van EhvdZ voor een (klein) deel ook structureel van aard.

Kijkend naar alternatieven voor EhvdZ geven de deelnemers aan dat er buiten coronatijd meestal gebruik wordt gemaakt van eigen wervingskanalen, uitzendbureaus en in crisissituatie partijen als het Rode Kruis. EhvdZ wordt vooral beschouwd als een aanvullend wervingskanaal, in een periode waarin dit het meeste nodig is:

“Alle wervingskanalen zijn welkom om personeelstekorten tegen te gaan. Dit is weer een extra kanaal waar je uit kunt putten.”

4.6 KRITISCHE FEEDBACK

Als belangrijkste verbeterpunt wordt de technische omgeving genoemd; verder geven verschillende respondenten aan dat de impact van een initiatief als EhvdZ waarschijnlijk het grootste is in crisistijd

Suggesties voor verbetering zijn er ook. Hoewel geen onoverkomelijk probleem, werd als belangrijkste kritiekpunt de technische inrichting van het platform meegegeven. Er werd bijvoorbeeld meerdere keren gewezen op het niet direct kunnen downloaden en doorsturen van CV’s, wat de *matching* van kandidaten onnodig compliceerde. En in de beginfase van EhvdZ meldde een van de respondenten dat er gewerkt werd met relatief omvangrijke Excelbestanden (in plaats van een gebruiksvriendelijker systeem), waar bovendien niet alle informatie van kandidaten in was terug te vinden. Hiermee samenhangend meldden een aantal geïnterviewden in meer algemene zin het belang van (meer) ondersteuning bij de voorselectie van potentiële medewerkers. Hier tekenen we wel bij aan dat gedurende de projectperiode enkele aanpassingen zijn gedaan, waaronder de livegang van een nieuw technisch platform in juni 2020, het continu zoeken naar verbeteringen en het opleveren van ‘realtime’ rapportages en dashboards.

Een ander punt betreft de impact van het initiatief. Er zijn meerdere respondenten die het succes expliciet verbinden aan de coronacrisis. Juist in een tijd waarin er solidariteit ontstaat in de samenleving, er extra waardering is voor zorgprofessionals en er inactiviteit te zien is in sectoren door de *lockdown*, is een initiatief als EhvdZ naar verwachting het meest succesvol. Dit is niet per definitie een problematisch aspect, maar het betekent wél dat de opbrengsten vooral in crisistijd gestalte krijgen. In de woorden van een geïnterviewde:

“Ik zou EhvdZ willen behouden. Als extra middel om mensen naar de zorg te trekken (...) maar ik denk wel dat dit project het meest van waarde is in crisistijd. Dan is er meer elan en zijn zorgorganisaties bijvoorbeeld bereid om het werken op twee werkplekken toe te staan. Na coronatijd krijg je denk ik weer meer de eigen belangen, de strijd om iedere medewerker in spé. In crisistijd ga je over schotten en grenzen heen.”

4.7 DE BELOFTE VAN EHVdZ VOOR DE TOEKOMST

De zorgorganisaties die wij hebben gesproken, zien mogelijkheden voor een duurzame borging van het initiatief; aandachtspunt daarbij is wel dat versnippering moet worden voorkomen

Met het voorbehoud van het relatief kleine aantal gesprekken (waardoor het gaat om indicatieve uitkomsten) komt uit de interviews het beeld naar voren dat EhvdZ voor de toekomst mogelijk behouden kan blijven:

“EhvdZ zie ik als de ideale eerste of nieuwe kennismaking met ons mooie vak.”

EhvdZ kan een bijdrage leveren aan een eerste of hernieuwde kennismaking van mensen met de zorgsector. Hiervan zijn in de gesprekken meerdere voorbeelden te vinden. Misschien niet als dé oplossing om meer mensen voor de zorg te werven, maar mogelijk wél als aanvullend instrumentarium.

Bij een duurzame inbedding past ook draagvlak op bestuurlijk niveau:

“EhvdZ zou zelf mogelijk iets meer aan draagvlakontwikkeling binnen organisaties kunnen doen. Raden van Bestuur krijgen nu een mailtje en sturen dat gelijk door naar de HR-manager. Misschien zou EhvdZ eerst met het bestuur in gesprek moeten gaan. Op het moment dat een bestuurslid iets zegt, durven de zorgmanagers ook. Een bestuurder heeft nu eenmaal meer gewicht.”

Ook wordt er een aantal keren aangegeven dat het aantal initiatieven in de zorgsector groot is. Hoewel niet door iedereen onderschreven (in de regio's vindt bijvoorbeeld centrale afstemming plaats) is er wel een reëel gevaar van 'versnippering':

“Ontsnipper al die initiatieven. Maak er bundels van. We worden 'omvergegooid' met initiatieven en projecten. Zorg ervoor dat ons bestuur niet meer alles doorstuurt. Wie kan dit stroomlijnen, want anders gaat een boel verloren.”

Iemand anders zegt hierover:

“Je grijpt ook alles aan, maar het zou beter werken als er één initiatief is. Al die initiatieven helpen wel voor mensen om meer na te denken over de zorg.” Iemand anders zegt: “Regionale partijen kunnen misschien meer coördineren, zoals Sigra. Of een Actiz? VWS misschien?”

Hoewel we eerder hebben gezien dat initiatieven soms gecombineerd, dan wel naast elkaar kunnen bestaan, lijkt het aantal initiatieven wel een reëel aandachtspunt.

Ten slotte wordt er soms richting het Ministerie van VWS een aantal algemene suggesties gedaan om meer mensen naar de zorg te bewegen. In de formuleringen gaat het vaak om de primaire arbeidsvoorwaarden, zoals een beter salaris en de kwaliteit van werk (verlaging van de werk- en regeldruk). Dit zijn herkenbare bevindingen die aansluiten bij eerdere studies binnen de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld de publicatie 'Zorg voor de toekomst' van de SER (2020), hoewel in de gesprekken een verdere concretisering van verbeteringen grotendeels achterwege blijft.

Of de aanpak van Extra handen voor de Zorg navolging verdient buiten coronatijd is op basis van dit evaluatieonderzoek niet eenduidig te beantwoorden. Om de toegevoegde waarde nauwkeurig te kunnen bepalen zullen dan alle gemaakte (begeleidings-, salaris- en project-) kosten afgezet dienen te worden tegenover de opbrengsten (zoals verlaging van de werkdruk, een betere dienstverlening naar cliënten, betere kansen van deelnemers op de arbeidsmarkt et cetera) én een zogenaamd projectalternatief (de situatie waarin EhvdZ niet zou bestaan). Wél is de aanpak van meerwaarde gebleken om de zorginzet te vergroten in een periode waarin dit het meeste nodig was en is een klein aantal van de aangeboden deelnemers inmiddels nog steeds werkzaam en/of in opleiding in de sector. Daarnaast is er een aantal aandachtspunten gesignaleerd (bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van een betere (technische en inhoudelijke) bemiddeling tussen vraag en aanbod) om hier in de toekomst gebruik van te maken.

LITERATUUR

Commissie Werken in de Zorg (2020). *Advies commissie Werken in de Zorg t.a.v. Extra Handen voor de Zorg: mooi initiatief, lessen geleerd, nu verbeteren!*

Commissie Werken in de Zorg (2021). *Advies commissie Werken in de Zorg over Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals.*

Dekker, F. & Koster, F. (2017). Onevenwichtigheden op de arbeidsmarkt, in: Dekker, F. & Van der Veen, R. (red.) (2017). *Het midden weg?* Delft: Eburon.

Fridrich, A. Gregor, J. & Bauer, G. (2016). Outcome expectancy as a process indicator in comprehensive worksite stress management interventions, *International Journal of Stress Management*, 23(1): 1-22.

ILO (2014). *Skills Mismatch in Europe*. Geneva: ILO.

SER (2020). *Zorg voor de toekomst*. Den Haag: SER.



BIJLAGE I: LIJST VAN GEÏNTERVIEWDEN

BIJLAGE I: LIJST VAN GEÏNTERVIEWDEN

Tabel B1.1 Overzicht van de geïnterviewden naar functie, zorginstelling, zorgsector en primaire werkregio

Functie	Zorginstelling	Zorgsector	Primaire werkregio
HRM	Koraal	Gehandicaptenzorg	Noord-Brabant, Limburg
HRM	Iipse de Bruggen	Gehandicaptenzorg	Zuid-Holland
HRM	Baalderborg Groep	Gehandicaptenzorg	Overijssel
Zorgmanager	Active4you	Gehandicaptenzorg, jeugdzorg	Noord-Brabant
HRM	Arkin	GGZ	Noord-Holland
HRM	Stichting Sint Jacob	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Noord-Holland
HRM	VariantZorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Zuid-Holland
HRM	Huize Het Oosten (tevens werkzaam voor Amstelring ouderenzorg)	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Utrecht
HRM	De Gelderhorst	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Gelderland
HRM	Interzorg Noord Nederland	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Drenthe
Zorgmanager	WilgaerdenLeekerweideGroep	Verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg	Noord-Holland
HRM	Zorgmed	Thuiszorg	Noord-Brabant
Zorgmanager	Stichting Waardeburgh	VVT	Zuid-Holland
HRM	Aafje	VVT	Zuid-Holland
HRM	Zorggroep Oude en Nieuwe Land	VVT	Flevoland
Zorgmanager	De Zorggroep Noord en Midden Limburg	VVT	Limburg
HRM	KwadrantGroep Friesland	VVT	Friesland
HRM	Zorggroep Noorderboog	VVT	Drenthe
Zorgmanager	Stichting Ouderenzorg Noord-Beveland (Cleijenborch)	VVT	Zeeland
HRM	Langeland ziekenhuis	Ziekenhuizen	Zuid-Holland
HRM	Ziekenhuis Bernhoven	Ziekenhuizen	Noord-Brabant

Toelichting: Onder HRM worden recruiters, HR-medewerkers of HR-managers verstaan. Onder zorgmanager worden afdelingshoofden, bestuurders en teamleiders verstaan.

Dit rapport doet verslag van onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van RegioPlus.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij SEOR BV. Het gebruik van het materiaal in dit rapport is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm dan ook is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van SEOR BV.

Het onderzoek is uitgevoerd door SEOR BV.

Dit rapport is een uitgave van SEOR BV - Marconistraat 16, 3029 AK Rotterdam

In opdracht van RegioPlus

www.seor.nl