



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

INTERVIEWS MET
ZORGVERLENERS

“Ik kom
zo bij u...”

VERPLEEGKUNDIGEN,
VERZORGENDEN
EN BEGELEIDERS
ONDER DRUK DOOR
PERSONEELSTEKORT

Publicatienummer: 2025/01

ISBN/EAN: 978-90-5732-350-8

Titel: “Ik kom zo bij u...”

Ondertitel: Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders onder druk door personeelstekort

Grafisch ontwerp: Studio Duel

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. “Ik kom zo bij u...” Verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders onder druk door personeelstekort. Den Haag: 2025.

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid.

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Centrum VOOR
Ethiek en
Gezondheid Postbus 19404
2500 CK Den Haag
070 - 340 50 60
info@ceg.nl | www.ceg.nl

Inhoudsopgave

	Samenvatting	6		6	Morele last gezamenlijk dragen	60
1	Inleiding	8	6.1		Essentie van zorgen onder druk	60
1.1	Doel en doelgroepen	9	6.1.1		Zorgethiek: de fasen van een goed zorgproces	61
1.2	Vraagstelling	10	6.1.2		Duiding morele uitdagingen: welke waarden zijn in het geding?	63
1.3	Afbakening	11	6.1.3		Het knelpunt: morele last oneerlijk verdeeld	65
1.4	Werkwijze	12	6.2		Drie oproepen	66
1.5	Leeswijzer	12				
2	Onmogelijke keuzes	14			Bijlage 1 - Werkwijze interviews	68
2.1	Ruben, wijkverpleegkundige	16			Bijlage 2 - Verantwoording en samenstelling CEG	70
2.2	Bo, begeleider in de gehandicaptenzorg	18			Literatuur	72
2.3	Naomi, begeleider in de gehandicaptenzorg	20				
2.4	Celine, verzorgende in een verpleeghuis	22				
2.5	Samira, verzorgende in een verpleeghuis	24				
3	Tekortschieten	26				
3.1	Enith, begeleider in de gehandicaptenzorg	28				
3.2	Tamara, wijkverpleegkundige	31				
3.3	Angelique, wijkverpleegkundige	32				
3.4	Ana, verpleegkundige in een verpleeghuis	34				
3.5	Priya, begeleider in de gehandicaptenzorg	36				
3.6	Melanie, verpleegkundige in een verpleeghuis	38				
4	Eigen grenzen overgaan	40				
4.1	Nettie, begeleider in de gehandicaptenzorg	42				
4.2	Iris, verzorgende in de thuiszorg	44				
4.3	Rosa, verpleegkundige in een verpleeghuis	46				
4.4	Sita, begeleider in de gehandicaptenzorg	48				
5	Mee willen denken over oplossingen	50				
5.1	Administratielast verlagen	50				
5.2	Inzet van technologie	51				
5.3	Stagiaires en nieuwe medewerkers goed begeleiden	52				
5.4	Samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers	53				
5.5	Meer ondersteunend personeel	54				
5.6	Zelfredzaamheid stimuleren	54				
5.7	Beroep aantrekkelijker maken	55				
5.8	Gezien en gehoord voelen	56				
5.9	Reële verwachtingen scheppen	58				

Samenvatting

Nederland kampt met een tekort aan zorgpersoneel. Dat uit zich onder meer in gaten in roosters, wachttijden en patiëntenstops. Wat in cijfers over de arbeidsmarktkrapte onzichtbaar blijft, zijn de morele en menselijke aspecten van het verlenen van zorg bij een tekort aan zorgpersoneel. In dit rapport verkent het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) wat het personeelstekort met zorgverleners doet, in het bijzonder met verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en gehandicaptenzorg. Tegen welke morele uitdagingen lopen zij aan?

Het CEG voerde een interviewstudie uit met deze zorgverleners. Daaruit blijkt dat zorgverleners door het personeelstekort overvraagd worden. Ze komen in situaties terecht waarin ze weten wat het goede is om te doen, maar daar niet naar kunnen handelen, of waarin ze keuzes moeten maken die indruisen tegen hun professionele of persoonlijke waarden. Bijvoorbeeld wanneer er te veel zorgvragen tegelijk zijn, hoe kies je dan als zorgverlener wie jouw tijd, aandacht en (kwaliteit van) zorg en begeleiding ontvangt? In de verhalen van zorgverleners klinkt de vertwijfeling, frustratie en machteloosheid door.

Als gevolg van de onmogelijke keuzes die zorgverleners door het personeelstekort moeten maken, hebben ze vaak het gevoel dat ze tekortschieten. Of ze zien dat invalkrachten de nodige zorg niet kunnen bieden omdat ze de cliënten niet goed kennen. Dat frustreert, juist vanwege de verbondenheid die zorgverleners voelen met de cliënten.

Om toch aan de zorgbehoefte te voldoen, of om een collega te ontlasten, cijferen zorgverleners zichzelf soms weg. Te veel werken door een groot verantwoordelijkheidsgevoel kan leiden tot klachten en uitval, wat het probleem van personeelsschaarste uiteindelijk alleen maar groter maakt.

Goed zorgen is volgens het invloedrijke model van politicoloog en zorgethicus Joan Tronto een cyclisch proces van vijf fasen: signaleren dat iemand zorg nodig heeft (1); verantwoordelijkheid nemen voor diens zorgbehoefte en voorbereidingen treffen (2); zorg verlenen (3); reageren op het perspectief van de ontvanger: was de zorg voldoende? (4); en als samenleving ervoor zorgen dat zorgbehoeften worden vervuld op een manier die in overeenstemming is met de democratische waarden rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid (5). De morele uitdagingen die uit de interviews naar voren komen, laten zien dat zorgverleners door het personeelstekort niet volledig invulling kunnen geven aan de verschillende fasen van zorg. De essentie van (goed) zorgen staat onder druk. De waarden die volgens Tronto belangrijk zijn voor een goed zorgproces – aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit, vertrouwen en solidariteit – komen in het geding. De inzet van invalkrachten die de cliënten onvoldoende kennen, een tekort aan voldoende ervaren en deskundige collega's, onvoldoende ruimte voor scholing en ontwikkeling, organisatorische problemen bij de inzet van zzp'ers en tijdgebrek zijn factoren die hieraan bijdragen. De spanning tussen de wil om goede zorg te verlenen – in alle fasen van het zorgproces – en dit niet te kunnen door de omstandigheden, vergroot de kans op morele

stress. Dat risico wordt nog groter als zorgverleners daarbij geen steun ervaren of geen tijd hebben om (samen) te reflecteren op deze spanning.

Sommige mensen signaleren wel de toenemende druk op het zorgpersoneel, maar hoeven op basis van hun rol de zorglast en de concrete uitvoering van de zorg niet zelf te dragen. De feitelijke verantwoordelijkheid voor het omgaan met de gevolgen van het personeelstekort – zoals de verdeling van aandacht en het opvangen van uitval – komt terecht bij zorgverleners op de werkvloer. Door het verschil in nabijheid en verantwoordelijkheid wordt de morele last van het personeelstekort ongelijk verdeeld en gedragen: deze ligt grotendeels op het bord van de individuele zorgverleners. De keuzes die zorgverleners elke dag moeten maken, raken echter aan grotere maatschappelijke vragen: wie krijgt zorg, wie niet, en wat vinden we als samenleving acceptabel?

Het CEG roept regering en parlement op om nu verantwoordelijkheid te nemen voor structurele keuzes in de zorg. Het is onhoudbaar en onrechtvaardig om te blijven vasthouden aan het ideaal van volledige en gelijke toegang tot zorg, zonder duidelijke keuzes te maken over prioriteiten, de verdeling van zorg, en over optimale versus aanvaardbare kwaliteit van zorg. Het CEG roept ook op om een grondig publiek debat te voeren over de toekomst van de zorg. Er is onderzoek en ruimte nodig voor nieuwe manieren van denken over hoe we als vergrijzende samenleving goed kunnen blijven zorgen. Het CEG roept ten slotte op om zorgverleners als volwaardige gesprekspartners te zien en hen als essentiële bron van wijsheid structureel te betrekken bij beleidsontwikkeling, organisatiekeuzes en ethische kaders rond schaarste. Er klinkt namelijk een duidelijke oproep vanuit de zorgverleners om de kloof tussen de mensen op de werkvloer en de leidinggevende, zorgbestuurders, politiek en beleid te dichten.

1 Inleiding

De vraag naar zorg neemt de komende decennia toe. Dit komt onder andere door de groei van het aantal kwetsbare ouderen in de samenleving en door de ontwikkeling van nieuwe medische technologieën en behandelmethoden.¹ Door de groeiende zorgvraag is er meer zorgpersoneel nodig. Waar nu één op de zes à zeven werknemers in Nederland in de zorg werkt, zou dat één op de vier in 2040 moeten zijn bij gelijkblijvend beleid.² Dat is echter niet realistisch.³ Nederland kampt namelijk met een tekort aan zorgpersoneel en dat tekort zal zeer waarschijnlijk blijven oplopen.

Personeelstekorten doen zich voor in alle branches van de zorg. In 2034 zal de grootste arbeidsmarktkrapte zich naar schatting voordoen in verpleeg- en verzorgingshuizen gevolgd door ziekenhuis- en overige medisch specialistische zorg, en daarna de gehandicaptenzorg.⁴⁻⁶ Verschillende beroepsverenigingen vragen aandacht voor dit groeiende probleem. Zo uitte de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) haar zorgen om de lage instroom van mbo-studenten bij de opleidingen Verzorgende individuele gezondheidszorg en Verpleegkunde.⁷ Ook de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) luidde de noodklok. Door een toenemend tekort aan gekwalificeerd personeel in de gehandicaptenzorg ontstaat er volgens de vereniging een onhoudbare situatie voor begeleiders in deze zorgbranche.⁸

De gevolgen van de personeelstekorten in de zorg zijn nu al bij een deel van zorgvragers en zorgprofessionals merkbaar. Het zet de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg onder druk.⁹⁻¹² Zorgprofessionals ervaren verschillende knelpunten in hun werk. Ze noemen onder andere de hoge werkdruk, stress, en het ontbreken van ruimte voor overleg tussen disciplines of het stellen van vragen. Ook is er een gebrek aan tijd voor individuele cliëntenzorg, zoals het bieden van persoonlijke aandacht.^{8,10,11,13,14} Dat is fysiek, mentaal en moreel belastend voor zorgverleners. Uit onderzoek blijkt dat stressvolle situaties of dilemma's kunnen ontstaan wanneer zorgverleners patiënten zien lijden doordat de continuïteit van zorg niet geboden kan worden.^{15,16} Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleerde in 2009 ook al dat personeelstekort en de toegenomen werkdruk enkele oorzaken zijn van het toenemende aantal gevoelde dilemma's van verzorgenden en verpleegkundigen.¹⁷ Er zijn aanwijzingen dat er een verband is tussen het ervaren van meer belastende morele dilemma's en meer burn-outklachten en minder werktevredenheid.¹⁶ Een hoge werkdruk kan een van de redenen zijn waarom iemand het vak verlaat of dit overweegt.^{18,19}

In de publicatie *Code Rood* uit 2023 concludeerde het CEG dat bij langdurige schaarste aan personeel en middelen in de zorg lastige beslissingen moeten worden genomen over wie welke zorg, tijd en aandacht ontvangt van het beschikbare zorgpersoneel, en wie dus niet. Wanneer daar geen weloverwogen beleid voor bestaat, zal een scheve en onrechtvaardige verdeling van zorg ontstaan. De menselijke neiging is namelijk om prioriteit te geven aan

mensen die voor ons staan en acute zorg nodig hebben.²⁰ Dat betekent dat anderen die ook zorg nodig hebben (maar niet acuut of die minder zichtbaar zijn of minder hun stem kunnen laten horen), structureel aan het kortste eind trekken. Om tot een rechtvaardige verdeling te komen, moet echter een balans worden gezocht tussen de morele uitgangspunten gezondheidswinst (de meeste gezondheidswinst voor de meeste mensen), gelijkwaardigheid (het bieden van gelijke kansen en gelijke toegang tot zorg) en behoefte (oog hebben voor patiënten met de grootste nood of kwetsbaarheid). Het CEG concludeerde dat dat om politieke keuzes vraagt met draagvlak vanuit de samenleving en de zorg. Zolang dat niet gebeurt, belanden die moeilijke keuzes op de werkvloer, op het bord van de individuele zorgverleners.²¹ Naast de rechtvaardigheid van de verdeling van schaarse zorg, ging het in *Code Rood* ook over procedurele rechtvaardigheid. Een onderdeel daarvan is dat degenen op wie beslissingen van toepassing zijn, inspraak moeten hebben in de besluitvorming en op een waardige en respectvolle manier behandeld worden. In dit rapport zijn dus de zorgverleners aan het woord over het personeelstekort, de morele uitdagingen die zij hierdoor op de werkvloer ervaren, en welke oplossingen zij voor zich zien.

1.1 Doel en doelgroepen

Dit CEG-rapport heeft twee doelen. Het eerste doel is om morele uitdagingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders door het tekort aan (gekwalificeerd) zorgpersoneel te verkennen, te benoemen en te duiden, zodat de stem van deze zorgverleners wordt gehoord bij politiek en beleid. Hiermee wil het CEG de individuele zorgverleners erkenning geven: enerzijds voor de morele last die zij dragen als gevolg van het structurele tekort aan personeel in de zorg, en anderzijds voor het feit dat deze professionals door hun expertise ook cruciale inzichten hebben in oplossingen die aansluiten bij de praktijk. Het is daarmee een oproep om niet alleen de statistieken over het tekort aan zorgpersoneel serieus te nemen, maar ook de morele en menselijke aspecten van het verlenen van zorg in tijden van schaarste, en te luisteren naar hun suggesties en behoeften. Het tweede doel is om uit deze morele uitdagingen lessen te trekken voor regering, parlement, beleidsmakers en zorgbestuurders. Inzicht in concrete voorbeelden van de morele uitdagingen waarmee verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders te maken hebben, kan de urgentie van het probleem van het personeelstekort in de zorg nog tastbaarder maken. Dit kan politieke en maatschappelijke draagvlak creëren voor scherpe keuzes voor houdbare zorg.

Dit rapport is primair bedoeld voor regering, parlement en beleidsmakers. Daarnaast is het ook gericht op zorgbestuurders, die de verantwoordelijkheid hebben om de praktijk goed te kennen en zorgverleners een belangrijke stem te geven bij het kiezen van mogelijke oplossingsrichtingen binnen hun invloedssfeer.

1.2 Vraagstelling

De volgende vragen stonden centraal bij de totstandkoming van dit rapport:

- Wat zijn de morele uitdagingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en gehandicaptenzorg als gevolg van een tekort aan (gekwalficeerd) zorgpersoneel?
- Welke lessen zijn er uit deze morele uitdagingen te trekken voor regering, parlement, beleidsmakers en zorgbestuurders?

Volgens het CEG is er sprake van een morele uitdaging wanneer een zorgverlener wordt geconfronteerd met een spanningsveld tussen wat hij of zij moreel gezien juist acht en wat in de praktijk (door omstandigheden, zoals het personeelstekort) mogelijk is. Hierbij kan het gevoel ontstaan dat belangrijke waarden niet gerealiseerd kunnen worden. Dit kunnen bijvoorbeeld normen en waarden van de beroepsgroep betreffen, die je behoort of hebt beloofd na te streven.²²⁻²⁴ Wanneer een zorgverlener weet wat het goede is om te doen, maar daar niet naar kan handelen omdat interne of externe factoren dit verhinderen, of wanneer hij of zij een keuze moet maken die indruist tegen diens professionele of persoonlijke normen en waarden, dan kan dit leiden tot morele stress. Morele stress kan gepaard gaan met gevoelens van bijvoorbeeld machteloosheid, frustratie en schuld, maar ook zijn reacties mogelijk op lichamelijk, gedragsmatig of existentieel vlak.²⁵ Als de morele stress niet worden geadresseerd of opgelost, kunnen de reacties ten gevolge van de morele stress in intensiteit toenemen.²⁶ Dit kan ertoe leiden dat het dagelijks leven van iemand dusdanig wordt beperkt dat hij of zij minder goed functioneert.²⁵ Een morele uitdaging hoeft niet altijd negatieve en/of traumatische gevolgen te hebben. Het kan ook iemands handelen positief beïnvloeden doordat diegene zich bewuster wordt van de belangrijke morele waarden die in een bepaalde situatie op het spel staan.²⁶ Zorg is per definitie complex en raakt aan fundamentele menselijke kwesties, zoals afhankelijkheid, verlies, onzekerheid en relationele spanningen. Het ervaren van morele uitdagingen is inherent aan het karakter van de zorg. Met de vraag welke morele uitdagingen zorgverleners ervaren als gevolg van personeelstekort, bedoelt het CEG niet te suggereren dat dergelijke uitdagingen enkel voortkomen uit een tekort aan personeel. Ook andere factoren kunnen hiertoe leiden.

1.3 Afbakening

Het CEG richt zich in dit rapport op de langdurige zorg, en specifiek op de VVT en de gehandicaptenzorg, omdat zorgontvangers in deze branches langdurig (en nagenoeg volledig) afhankelijk zijn van beschikbare zorg en zorgverleners. Daarnaast zijn het branches waar grote tekorten zich (zullen) voordoen en de vraag naar zorg hoog is en zal zijn. Zo is naar verwachting de vraag naar zorg in 2050 (het) hoog(st) bij mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking.¹ Het CEG is zich ervan bewust dat ook zorgverleners in andere branches, zoals de GGZ en de ziekenhuiszorg, knelpunten als gevolg van personeelsschaarste ervaren.

Binnen de VVT en gehandicaptenzorg staan de morele uitdagingen van drie essentiële beroepsgroepen centraal, namelijk die van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders. Deze beroepsgroepen hebben een langdurige zorgrelatie met cliënten/patiënten; ze leren de cliënt/patiënt goed kennen en staan vaak het dichtst bij hen. Zij hebben in tijden van personeelsschaarste geen garantie dat er een volgende in de hiërarchische lijn van zorgverleners, zoals helpenden, beschikbaar is om (een deel van) het werk over te nemen. De positie van deze zorgverleners in tijden van langdurige schaarste aan zorgpersoneel is daarom precair, door het morele appél dat op hen gedaan wordt om toch zorg te verlenen. Tot slot zijn het ook beroepsgroepen die een duidelijk signaal afgeven dat ze meer zeggenschap zouden moeten hebben, onder andere op landelijk niveau.²⁷ Zo schetst de voormalig *Chief Nursing Officer* van het ministerie van VWS over verpleegkundigen en verzorgenden: "Te vaak worden zij echter niet als professionals gezien die grote verantwoordelijkheid hebben [...] maar enkel als werknemers, fte's (lees als kostenpost) of handen aan het bed. Met daarbij een vanzelfsprekend primaat voor werkgevers, beleidsmakers en belangenorganisatie om namens de beroepsgroep keuzes te maken."²⁸ Inspraak is niet alleen procedureel rechtvaardig, het is ook van belang omdat de kans groter is dat zorgmedewerkers overwegen het vak te verlaten wanneer zij zich niet gezien en gehoord voelen.²⁸ Als zij niet behouden kunnen worden voor de zorg, is dat ook schadelijk voor het leven van kwetsbare groepen die niet altijd voor zichzelf op kunnen komen en, soms hun hele leven lang, afhankelijk zijn van beschikbare zorg. Het CEG richt zich in dit rapport alleen op morele uitdagingen als gevolg van het tekort aan zorgpersoneel, en niet op morele uitdagingen die voortkomen uit andere vormen van schaarste in de zorg, zoals tekorten aan medische hulpmiddelen en medicijnen. Waar dit rapport zich ook niet op richt is de bredere vraag welke factoren bijdragen aan het personeelstekort in de zorg en wat de samenhang tussen deze factoren is. Dit is niet de taak van het CEG. Analyses die hier wel op ingaan zijn bijvoorbeeld *Kiezen voor houdbare zorg* (WRR) en *Met de stroom mee* (RVS).^{3,29}

1.4 Werkwijze

Om te signaleren wat de morele uitdagingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de VVT en gehandicaptenzorg zijn, heeft het CEG groepsinterviews en individuele interviews gehouden. Deze interviews vonden plaats tussen oktober en december 2024, aan de hand van semigestructureerde interviewvragen. In totaal namen 47 zorgverleners deel aan de interviews, waarvan 19 verpleegkundigen (zowel mbo- als hbo-opgeleiden), 6 verzorgenden en 22 begeleiders; 23 van hen werken in de VVT en 24 in de gehandicaptenzorg. De meeste geïnterviewden werken al geruime tijd in de zorg. Het CEG heeft niet onderzocht of er verschillen bestaan in het ervaren van morele uitdagingen tussen zorgmedewerkers met veel of weinig werkervaring. De input van de zorgverleners is anoniem verwerkt en geanalyseerd met het programma ATLAS.ti. Zorgverleners die in het rapport aan het woord zijn, hebben een gefingeerde naam gekregen. In bijlage 1 is de werkwijze uitgebreider beschreven en de (algemene) karakteristieken van de deelnemers opgenomen.

Bij het opstellen van het rapport heeft het CEG verder gebruikgemaakt van wetenschappelijke, filosofische en grijze literatuur, evenals berichtgeving in de media. Het CEG werkt met een vaste multidisciplinaire commissie van ethici en andere experts, en een besluitvormend presidium. Bijlage 2 vermeldt de samenstelling van de CEG-commissie en het presidium, en de namen van de betrokken stafleden (auteurs).

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 tot en met 4 staan de morele uitdagingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders door het personeelstekort in de zorg centraal. De uitdagingen zijn opgesplitst in drie thema's die gerelateerd zijn aan elkaar. De onmogelijke keuzes waar zorgverleners door een structureel personeelstekort voor staan (hoofdstuk 2) hebben tot gevolg dat zorgverleners voelen dat ze tekortschieten (hoofdstuk 3) of over hun eigen grenzen gaan en zichzelf voorbijlopen om cliënten en collega's niet in de steek te laten (hoofdstuk 4). Hoofdstuk 5 weerspiegelt de gedrevenheid van zorgverleners om mee te denken aan oplossingen en beschrijft hun behoeften en suggesties. Hoofdstuk 6 bevat een ethische beschouwing waarin verdere duiding wordt gegeven aan de morele uitdagingen. Het CEG doet in dit slothoofdstuk drie oproepen aan regering, parlement, beleidsmakers en zorgbestuurders.

2 Onmogelijke keuzes

Uit de interviews blijkt dat zorgverleners door het personeelstekort in situaties terechtkomen waarin ze - vaak in samenspel met collega's en soms ook met cliënten en hun naasten - onmogelijke keuzes moeten maken. Wat ze ook kiezen, iemand is de dupe. Dit kan leiden tot morele uitdagingen en morele stress. Bijvoorbeeld wanneer meerdere cliënten op hetzelfde moment zorg nodig hebben, maar je als zorgverlener moet kiezen wie je helpt. Hoe kies je dan? En wat als je door het personeelstekort noodgedwongen zorgtaken of activiteiten niet meer kunt doen, terwijl het juist je drijfveer is om iets te kunnen betekenen voor een ander en het ook van je verlangd wordt dat je de zorgvrager helpt de best mogelijke kwaliteit van leven te realiseren? Of hoe ga je om met situaties waarin je opeens met minder personeel staat en je geen van de zorgtaken kunt overslaan omdat alle zorg noodzakelijk is? Wat is in zo'n situatie dan het juiste om te doen? Uit de verhalen van zorgverleners klinkt de vertwijfeling, frustratie en machteloosheid door.



“MENSEN OVERSLAAN, DAT KAN EIGENLIJK NIET”

2.1 Ruben, wijkverpleegkundige

Ruben werkt 10 jaar als wijkverpleegkundige. Hij biedt veel palliatieve en chronische zorg, voornamelijk aan ouderen. Hij werkt in de zorg omdat hij daarmee een bijdrage levert aan de maatschappij. Hij voelt dat zijn werk er echt toe doet.

De uitstroom van personeel is voor Ruben heel merkbaar. Als een collega ziek uitvalt, is die niet altijd meer te vervangen. Hij en zijn team proberen in zo'n situatie een creatieve oplossing te verzinnen en vragen soms of iemand uit het netwerk van een cliënt kan bijspringen. Door het personeelstekort weet Ruben soms niet hoe hij moet omgaan met de vele zorgvragen die tegelijk op hem afkomen. Dat levert stress op:

“Wat wij er vooral van merken, is dat je heel veel ad-hoc-situaties krijgt, waarin nú een collega ziek is die nú de wijk in moet. En hoe lossen we dat op? Dat zorgt voor veel stress. Want er moet nu een oplossing komen en dan moeten we keuzes gaan maken. Hoe dan? Het werk dat normaal door vier mensen gedaan wordt, moet die dag door drie mensen gedaan worden. Dan moet je dus keuzes maken. Dan ga je mensen overslaan, dat kan eigenlijk niet. Wat doen we dan wel? Ga je dan op dubbel tempo? Dat is dus uiteindelijk vaak de oplossing.”

Wat volgens Ruben ook meespeelt, is dat er met het oog op doelmatigheid steeds selectiever gekeken wordt welke zorg wel en welke zorg niet geleverd wordt. Omdat alleen noodzakelijke zorg geleverd wordt, kunnen zorgmomenten niet meer zo makkelijk worden overgeslagen. Ruben zou graag willen dat hij als zorgverlener niet steeds moet uitleggen waarom bepaalde zorg niet geboden kan worden. De zorgverleners hebben de problemen niet zelf veroorzaakt, maar ze moeten er wel oplossingen voor vinden. En dat niet alleen, ze moeten ook uitleggen waarom die problemen er zijn. Ruben zou hierbij graag steun willen ervaren vanuit de politiek en de beroepsvereniging. Ook zou hij in de samenleving meer bewustzijn willen creëren over het feit dat zorg schaars is:

“Wij mogen uitleggen waarom het niet kan. Dat vind ik zelf wel heel vervelend. Er wordt eigenlijk niet veel gedaan om die zorg toegankelijk te houden. Wij moeten én dat probleem oplossen én ook aan alle burgers uitleggen waarom wij eigenlijk niet meer ons werk kunnen doen zoals we het zouden willen. Ik zou het heel fijn vinden, in ieder geval vanuit politiek, maar misschien is V&VN daar ook een partner in, dat dat verhaal komt. Dat als wij bij mensen komen omdat er zorg nodig is, dat iedereen ook snapt: zorg is schaars, we moeten het met zijn allen verdelen.”

**“JE WILT
NATUURLIJK
NIET DAT
ZO’N GEZIN
IN CRISIS
KOMT”**

2.2 Bo, begeleider in de gehandicaptenzorg

Bo werkt al 15 jaar als persoonlijk begeleider in de gehandicaptenzorg. Het verschil maken in iemands leven en het contact met kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek, vindt zij het mooiste aan het vak. Op dit moment werkt ze op een logeeropvang, bedoeld om de doelgroep in een veilige omgeving en met gespecialiseerde begeleiders op hun eigen manier te laten ontwikkelen, en om ouders te ontlasten.

Bo merkte in het afgelopen jaar geleidelijk steeds meer van het personeelstekort. Vacatures staan continu open en collega's gingen weg of vielen uit. De organisatie probeert zo min mogelijk met invalkrachten te werken. Lange tijd ving Bo het personeelstekort samen met haar team op door met elkaar een stap harder te lopen. Inmiddels komt het echter regelmatig voor dat ze groepen moeten afbellen, wat volgens Bo "natuurlijk echt niet oké" is. De gevolgen van het personeelstekort gaan haar niet in de koude kleren zitten:

“Je merkt het ook aan jezelf dat je het steeds moeilijker gaat trekken, dat je moe bent en dat je wat narrig bent. Dat verdienen die kinderen natuurlijk ook niet. Maar als je allemaal extra uren draait en elke keer maar aan het bellen bent voor personeel. Dat breekt je. [...] We hebben ook kinderen die het lastig hebben thuis. Of ouders die het lastig hebben met hun kind. Dan kan je niet bieden wat ze eigenlijk heel hard nodig hebben.”

Bo vindt het lastig wanneer wordt besloten om groepen af te bellen, omdat ze daarmee niet aan de zorgbehoefte kan voldoen. Degenen die afgebeld moeten worden, zijn vaak de kinderen die meer aandacht nodig hebben en die zich niet zo makkelijk veilig voelen bij een onbekende invalkracht. Dit is voor haar een lastig dilemma, omdat deze kinderen en hun ouders de zorg juist het hardste nodig hebben en de gevolgen groot kunnen zijn:

“Je wilt ook natuurlijk echt niet dat zo'n gezin in crisis komt of dat de ouders overspannen raken. Dat is altijd heel erg afwegen wat doe je daar nou mee. De ene keer zeggen we ‘Je kan niet komen’, en de andere keer zeggen we toch: ‘Laat maar wel komen, dan kunnen jullie even op adem komen. Dan lopen wij gewoon een stapje harder’. [...] Dan moet je zorgen dat de basis in orde is. [...] dan heb je geen tijd meer voor een uitje of wat extra aandacht.”

Wat het nog lastiger maakt volgens Bo, is “dat je jezelf ook niet moet vergeten; medewerkers in de zorg vergeten dat vaak wel.” Ze vertelt hoe ze als team omgaan met de lastige keuzes die ze soms moeten maken door personeelstekort:

“Wij proberen echt wel vaak te overleggen. Alles naast elkaar leggen. In sommige gevallen kun je het ook wel met ouders en cliënten overleggen, maar in sommige gevallen ook niet. Wat ik wel vaak probeer, is dat ik toch de verantwoordelijkheid bij de manager neerleg, omdat ik niet vind dat wij die verantwoordelijkheid moeten dragen.”



“HET IS HEEL MOEILIK, VOOR WELKE CLIËNT KIES JIJ OP DAT MOMENT”

2.3 Naomi, begeleider in de gehandicaptenzorg

Naomi werkt al 25 jaar in de gehandicaptenzorg als senior cliëntbegeleider. Op dit moment werkt ze in de dagbesteding met mensen met een ernstig verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblematiek. Haar cliënten hebben medisch gezien veel zorg nodig. Ze heeft een coachende rol richting haar team en vindt haar werk heel leuk en uitdagend.

Naomi merkt veel van het personeelstekort. Er is sprake van een hoog verloop in personeel en nieuw gekwalificeerd personeel is moeilijk aan te trekken. Op de werkvloer staan veel ongeschoolde krachten. Doordat zij basiskennis missen en geen ervaring hebben met de doelgroep, signaleren ze vaak te laat dat iemand zorg nodig heeft. Naomi merkt ook dat het personeelstekort haar ontwikkeling als professional in de weg staat. Ze mist ervaren collega's om mee te sparren en er is geen ruimte voor scholing.

Naomi en haar collega's moeten vaak extra werken. De flexpool van het interne uitzendbureau van haar organisatie is bijna altijd leeg en externe invalkrachten en zzp'ers worden weinig ingehuurd, want daar is geen geld voor. Gaten in het rooster moeten dan ook worden ingevuld vanuit de eigen bezetting. Het lukt dan niet altijd om twee begeleiders per groep in te roosteren, wat wel de bedoeling is. Naomi vertelt over een situatie waarin ze alleen stond op de dagbesteding en meerdere cliënten hulp nodig hadden. Ze ontfermde zich over één van de cliënten die terminaal was. Op hetzelfde moment liep een andere cliënt heel onrustig en verward rond. Ze wilde voorkomen dat die cliënt naar buiten zou gaan. Ze had het liefst de deur naar buiten dicht willen doen, maar dat is niet toegestaan volgens de Wet zorg en dwang. Ze had het gevoel dat ze geen kant op kon. Uiteindelijk kon ze er een collega bij roepen, maar een andere cliënt werd daar wel de dupe van:

“[...] daardoor ging een activiteit van een andere cliënt niet door. [...] wat ook weer [...] een situatie van stress gaf bij die cliënt en dat je 's avonds leest dat hij daar veel last van heeft gehad. Wat ik zeg, het is gewoon heel moeilijk.”

Naomi beschrijft dat ze zich machteloos voelt op het moment dat ze alleen op een groep staat en moet kiezen wie ze zorg en aandacht geeft en wie niet:

“Het is heel moeilijk om te kiezen, voor welke cliënt kies jij op dat moment? Je wordt er zelf heel naar van, omdat je eigenlijk niet kan kiezen. [...] Je bent gewoon machteloos [...]. En dat is wel hetgeen wat het heel moeilijk maakt.”

Reflecteren op de situatie doet ze samen met anderen om dergelijke situaties in de toekomst anders aan te pakken:

“Ik ga wel in gesprek met de mensen die betrokken zijn. Ik heb wel iedereen rondom gesproken en ook met collega's ga je daarover in gesprek. Hoe gaan we dit de volgende keer aanvliegen? Wat voor afspraken kunnen we maken, maar het blijft gewoon heel lastig omdat de opties tegenwoordig steeds kleiner worden.”



“JUIST DIE STILLE MEVROUW HEEFT OOK AANDACHT NODIG”

2.4 Celine, verzorgende in een verpleeghuis

Celine werkt al 21 jaar in de zorg. Ze is als Eerst Verantwoordelijke Verzorgende werkzaam in een verpleeghuis waar veel mensen met dementie wonen. Ze vindt het fijn om goed te kunnen zorgen voor deze kwetsbare mensen, die vaak angsten hebben en daardoor veel begeleiding nodig hebben.

Door het personeelstekort merkt Celine dat ze met steeds minder mensen hetzelfde werk moet doen. Ze komt hierdoor in situaties terecht waarin ze niet kan ingaan op alle zorgbehoeften die ze signaleert. Ze geeft een voorbeeld van een situatie waarin een bewoner heel onrustig was en zes andere bewoners daar bang van werden. In haar eentje kon ze niet de zorg bieden die ze wilde bieden:

“Natuurlijk wil je [...] naast haar zitten en een arm om haar heen doen en even met haar een fotoboek kijken zodat ze weer rustiger wordt [...]. Maar er zitten ook mensen op hun kamer te bibberen, die wil je ook aandacht geven [...]. Een andere mevrouw die dan heel erg veel jeuk heeft, die dan zegt: ‘Zuster help mij nou, smeer mij nou in’. En een ander: ‘Zuster ik moet naar de wc, kan je mij helpen?’. Het is gewoon te veel. Je krijgt dan enorme stress. [...] Ik ben alleen, ik kan niet iedereen tegelijk helpen. Dat wil ik wel maar dat lukt niet. [...] Het is eigenlijk constant zoeken van hoe kan ik het het makkelijkst doen, of hoe kan ik de meeste mensen helpen. Hoe kan ik mij in drieën verdelen, het liefst.”

Het levert haar morele stress op. Ze vertelt dat het niet helemaal eerlijk voelt hoe zij haar tijd moet verdelen over de mensen, omdat degenen die onrustig zijn als eerste de aandacht krijgen, en teruggetrokken cliënten niet:

“Die geven dan geen onrust, dus dan laat je die gaan. Terwijl dat natuurlijk ook niet eerlijk is. Juist die stille mevrouw in dat hoekje heeft ook aandacht nodig.”

Celine zegt zich zorgen te maken over de toekomst:

“Het gaat alleen maar erger worden. Daar maak ik mij best wel zorgen over, ook voor de toekomst, maar ook voor deze mensen. Ik kan ze toch niet de zorg geven die ze eigenlijk verdienen. [...] Ik weet ook niet zo goed hoe het verder moet. Ik vind het op een gegeven moment een beetje aanmodderen. Maar soms vraag ik mij wel af: kan ik er nog achter staan hoe het gaat?”



“HET WELZIJNS- STUKJE MOET JE MAAR VERGETEN”

2.5 Samira, verzorgende in een verpleeghuis

Samira werkt 6 jaar in de zorg. Ze is als Eerst Verantwoordelijke Verzorgende werkzaam in een verpleeghuis voor ouderen met dementie. Ze is de zorg ingegaan om mensen te helpen en hun kwaliteit van leven te waarborgen en te verbeteren. Haar werkmotto is: “verzorg anderen zoals je zelf verzorgd zou willen worden”. Het werken in de zorg geeft betekenis aan haar leven. De dankbaarheid van haar bewoners doet haar veel goed. Ze houdt van het werk en is trots op wat ze doet.

Samira herkent het probleem van het personeelstekort. Ze merkt dat ze zowel overdag als in de avond met minder personeel staat dan zou moeten. Niet alle handelingen kunnen gedaan worden en niet alle activiteiten kunnen plaatsvinden. Ze ziet wat goed zou zijn voor de bewoners, maar kan dat niet bieden door het personeelstekort. Hierdoor moeten ze als team keuzes maken die ze liever niet willen maken:

“[...] je gaat alleen maar prioriteiten stellen [...]. Je gaat niet meer zo denken: alles moet gedaan worden. Je bent gericht om mensen om te kleden, eten te geven en naar bed. That's it. Het welzijnsstukje, wat eigenlijk heel erg belangrijk is in de zorg, dat moet je maar vergeten. Dat kan je niet meer bieden.”

Samira legt uit dat dat “welzijnsstukje” belangrijk is voor de kwaliteit van leven van cliënten. Als er door personeelstekort geen tijd is voor bijvoorbeeld persoonlijk aandacht en verzorging, staat de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven op het spel:

“Dat is gewoon een stukje kwaliteit van het leven. Dat je ook mensen even gezelschap kan houden, even persoonlijke aandacht geven, en gericht op hun interesse. Dat kun je gewoon niet meer geven. Je bent zelf aan het haasten om alles te doen. Dat stukje wordt gewoon steeds vergeten.”

De gevolgen hiervan zijn volgens Samira dat cliënten zich daardoor eenzamer, apathisch en in de steek gelaten voelen, waardoor gedragsproblemen toenemen. Voor haar is het frustrerend, omdat ze niet kan bieden wat zij belangrijk vindt, terwijl ze haar werk heel serieus neemt en haar verantwoordelijkheid wil nemen voor de zorgbehoefte die er is. Dit gevoel van frustratie wordt versterkt doordat ze een band heeft opgebouwd met haar cliënten. Ze ziet ze tenslotte haast elke dag. Ze vindt het fijn dat de naasten van haar cliënten steeds beter begrijpen dat zij ook kunnen en moeten bijdragen aan het welzijn van hun familielid.

3 Tekortschieten

Als gevolg van de onmogelijke keuzes die zorgverleners door het personeelstekort moeten maken, hebben ze vaak het gevoel dat ze tekortschieten naar hun cliënten, maar ook naar de naasten van cliënten. Ze weten welke zorg nodig is, maar kunnen dit niet bieden. Het gevoel van tekortschieten heeft vaak betrekking op de bezorgdheid dat de mentale en fysieke veiligheid in het geding is, niet alleen van de cliënt, maar ook van zichzelf of collega's. Ook bestaat de vrees dat de menselijkheid in de zorg onder druk staat. Door de tekorten hebben de zorgverleners het gevoel niet meer klaar te kunnen staan voor de cliënten op cruciale momenten. Dat frustriert, juist vanwege de verbondenheid die zij voelen met de cliënten. Niet alleen het eigen tekortschieten levert frustratie en stress op, ook het tekort zien schieten van collega's. Het gaat dan bijvoorbeeld om invalkrachten die de cliënten niet goed kennen en daardoor - ondanks hun inzet, kennis en kunde - niet weten welke zorg of benadering de cliënten nodig hebben. Sommige zorgverleners geven aan dat niet alle invalkrachten zich volledig inzetten voor de cliënten. Dat leidt weleens tot een gewetensvraag: kan ik mijn cliënten wel bij deze invalkracht achterlaten?

“OP EEN ZWARTE DAG, BEN JE GEWOON EEN SLECHTE HULP-VERLENER”

3.1 Enith, begeleider in de gehandicaptenzorg

Enith is ruim 16 jaar werkzaam als persoonlijk begeleider in de gehandicaptenzorg. Ze werkt met mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Ze vindt het mooi als deze doelgroep zoveel mogelijk participeert in de samenleving en in het eigen gezin, en draagt daar graag een steentje aan bij.

Enith merkt veel van het personeelstekort in haar dagelijks werk. Collega's werken dubbele diensten en er wordt veel samengewerkt met zzp'ers. Met roosterwensen kan geen rekening gehouden worden. Door krappe roosters komt ze weleens in situaties terecht waarin ze voelt dat ze tekortschiet:

“Een paar weken terug hadden we een ziekenhuisopname van iemand die niet uit zijn epileptische insult kwam en met de ambulance mee moest. Meneer heeft zijn familie ver weg wonen, dus hij is alleen de ambulance ingegaan. Ik kon als medewerker niet mee, want dan moest ik mijn groep alleen laten. Ik heb telefonisch contact gehad met de eerste hulp: ‘Denk hieraan, meneer zegt dit, maar hij heeft afasie dus hij kan niet uit zijn woorden komen. Met ja bedoelt hij dit’. Het is heel lastig om dan die ambulance weg te zien rijden, en te weten: er zit niemand naast jou. Maar ik kan ook niet weg, ik kan die groep niet alleen laten.”

Door het gebrek aan personeel moet er gekozen worden wie zorg en aandacht krijgt. Als een zorgverlener alleen voor een groep staat en een individuele cliënt heeft aandacht nodig, gaat dat ten koste van de aandacht voor de rest van de groep. Zo vertelt Enith over een cliënt die naar de fysiopraktijk gebracht moest worden:

“Je moet heel de groep alleen laten op het moment dat je die persoon daar naartoe gaat brengen. En hoe gaat het dan? Het is heel snel die weg afraffelen en hopen dat je binnen 10 minuten terug thuis kunt zijn. Dat soort nijpende dingen.”

Zo'n nijpende situatie pakt niet altijd goed uit. Enith vertelt een situatie waarin het net goed ging, maar ook anders had kunnen aflopen (haar “horrorbeeld”):

“Ik hoorde van het weekend dat er een collega twee mensen tegelijkertijd aan het douchen was. [...] Dan ben je continu tussen twee appartementen aan het rennen. Ze hoorde iets in de woonkamer, daar lag een vrouw op de grond te schuimbekken met een epileptische aanval. Mevrouw had nog nooit epilepsie gehad. Het had niet heel veel langer moeten duren. Dat soort situaties gaan we wel steeds vaker naartoe. [...] Maar als ik de familie moet gaan bellen: ‘Ja sorry, er kon niemand in de huiskamer zijn want ik moest mensen gaan douchen, [...] Sorry, uw moeder is hierdoor overleden’. Er is niets gebeurd gelukkig, maar dat is wel altijd het horrorbeeld wat ik heb. Dat is heel moeilijk. Dat hebben collega's van mij ook.”

Voor Enith vermindert de menselijkheid in de zorg door het personeelstekort, en wordt het steeds meer een uitdaging om bij te dragen aan iemands leven. Ook de veiligheid die je een instelling zou moeten geven, is er volgens haar niet meer. Het frustriert haar dat ze niet kan bieden wat ze belangrijk vindt:

“Op een zwarte dag ben je gewoon een slechte hulpverlener. [...] Dan kun je je programma afdraaien, maar niet op de manier zoals je het zou willen. Je ziet je collega's er ook mee struggelen. Dat is ook heel moeilijk. Iedere vergadering is er wel een collega aan het huilen, omdat het niet meer te doen is.”

Ze heeft het gevoel soms ook tekort te schieten naar de naasten van cliënten. Ze heeft niet altijd tijd om hen te woord te staan. Dat is eigenlijk niet hoe ze het zou willen:

“Als jouw partner daar ligt, dan wil je toch ook dat je fatsoenlijk te woord gestaan kan worden. Dat er ook een bepaald niveau is. Gouden randjes, die hoeven we niet. Maar wel menselijk. Op het moment dat dat niet meer kan, gaat het ook knagen aan jezelf.”



**“JE ZOU HET
IEMAND ZO
GUNNEN OM
THUIS TE
STERVEN”**

3.2 Tamara, wijkverpleegkundige

Tamara is wijkverpleegkundige. Ze werkt al meer dan 30 jaar in de zorg en heeft in de afgelopen jaren bij diverse thuiszorgorganisaties gewerkt als zzp'er. Zorgen voor een ander is haar drijfveer.

Tamara merkt dat zorgaanvragen soms worden afgewezen door het personeelstekort. Dat geldt bijvoorbeeld voor aanvragen voor terminale zorg. Hoewel sommige thuiszorgorganisaties die altijd honoreren, vertelt Tamara dat haar organisatie aanvragen voor terminale zorg soms noodgedwongen moet afwijzen:

“Wat ik wel lastig vind, wij krijgen veel aanvragen voor terminale zorg. Dat mensen dan heel graag naar huis willen gaan om thuis te sterven en dat dat gewoon dus niet gaat. Dat vind ik wel echt triest, dat we daar te weinig zorgverleners beschikbaar voor hebben. Dan ken ik ze niet, maar dan is de situatie zo dat je dan denkt: je zou het iemand zo graag gunnen.”



**“ZORG IS
ECHT NODIG
MAAR WE
KUNNEN
HET NIET
LEVEREN”**

3.3 Angelique, wijkverpleegkundige

Wijkverpleegkundige Angelique werkt al ruim 30 jaar in de zorg. Het contact met mensen en de levenslessen van de ouderen die zij verzorgt, maken het werken in de zorg voor haar erg leuk.

Angelique heeft weleens het gevoel tekort te schieten, naar de cliënt maar ook naar de naasten. Bijvoorbeeld als het gaat om iemand die thuiszorg nodig heeft omdat zijn mantelzorger overbelast is. Ze vertelt over een situatie waarin het team geen zorg kon leveren omdat er geen personeel en ruimte was in de wijkroutes:

“Die ene man, aan wie we geen avondzorg meer konden leveren omdat het tot 23.00 uur ’s avonds vol was. Dan moet zijn vrouw het doen. Zijn vrouw zei letterlijk: ‘Ik ga bij je weg, ik pak mijn koffers, want ik kan dit niet’.”

Doordat de zorg niet geleverd kon worden, nam de overbelasting op de mantelzorger toe, vertelt Angelique. Als er iets zou gebeuren met de cliënt of de mantelzorger omdat het team geen zorg kon bieden, zou Angelique zich daar schuldig over voelen. Ook anderen verwachten dat zij als wijkverpleegkundige de verantwoordelijkheid neemt om het probleem op te lossen:

“Hier is de zorg echt nodig, maar we kunnen die niet leveren. Ik heb ook heel vaak het gevoel dat, als wij iets niet in kunnen zetten en er gebeurt iets, dat je meldingsplichtig bent omdat je eigenlijk verantwoordelijk bent voor een veilige situatie thuis als wijkverpleegkundige. Dat voel ik ook wel vaak en dat het ziekenhuis en de huisarts en de familie het dan naar ons toeschuiven. Van: ‘Zeg het maar en los het op!’”

Het verhaal van Angelique is een voorbeeld van morele stress, omdat ze niet kan handelen volgens wat zij moreel gezien juist vindt: namelijk zorg verlenen en de mantelzorger ontlasten. Ze geeft aan van het capaciteitstekort onrustig en zenuwachtig te worden en het moeilijk te kunnen loslaten. Mensen blijven steeds langer thuis wonen, maar niet iedereen heeft een sociaal netwerk of familieleden die in de buurt wonen om voor hen te zorgen. Ze ervaart stress van het feit dat ze soms mensen alleen achter moet laten, terwijl dat niet altijd kan:

“Dat vind ik ook een hele verantwoording, dat heb ik altijd wel gevonden, dat je die mensen achterlaat. Je komt maar korte momenten op een dag, terwijl je weet dat ze zich niet zelfstandig kunnen redden. En vooral niet als ze dan of een blaasontsteking hebben of een griepje of delirant zijn. Wie neemt dan de verantwoording dat het allemaal goed gaat daar thuis?”



“IK KON NIEMAND OM HULP ROEPEN”

3.4 Ana, verpleegkundige in een verpleeghuis

Verpleegkundige Ana werkt al meer dan 30 jaar in de zorg, voornamelijk in de verpleeghuiszorg. Ze is ooit in de zorg begonnen omdat ze leuke verhalen hoorde van familieleden die in de zorg werkten.

Ana merkt dat het personeelstekort ervoor zorgt dat ze alleen voor te veel cliënten moet zorgen. Ze vertelt over een dergelijke situatie waarin ze het gevoel had dat ze tekortschoot:

“Opeens stond ik er alleen voor, voor drie afdelingen waar ik medicijnen moest uitdelen, en ik had nog een cliënt die terminaal lag. Ik kon daardoor niet de goede zorg geven. Ik kon de cliënt die slecht lag, die echt aandacht nodig had, niet de aandacht geven. Ik moest helemaal aan de andere kant van het gebouw medicijnen uitdelen. En daar riepen de mensen ook: ik moet mijn medicijnen hebben. [...] Ondertussen ligt die meneer daar dood te gaan en om 22.00 uur is hij overleden. Ik heb die man al die tijd verzorgd. Ik was helemaal aan de andere kant, en ik was niet bereikbaar omdat je daar een slechte verbinding hebt in het gebouw. Ik kon niemand om hulp roepen. Dat was echt lastig. Ik voelde mij gewoon klote. Ik was die avond ongeveer om 01.00 uur thuis. Ik ben gaan zitten, ik moest nog een rapport schrijven. En de volgende dag... Ik denk dat ik moest huilen, geloof ik. Ik was echt moe en ik was het echt zat. Je kon bij niemand terecht, en de leidinggevende kwam niet naar je toe om te vragen hoe is het gegaan.”



**“HET IS
IEMAND
DIE IK
EIGENLIJK
LIEVER
NIET BIJ DE
CLIËNTEN
HEB”**

3.5 Priya, begeleider in de gehandicaptenzorg

Begeleider Priya werkt 14 jaar in de gehandicaptenzorg. Ze werkt op oproepbasis op vaste plekken in een organisatie. De interactie met mensen met een ernstig verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag is voor haar eindeloos uitdagend.

Priya merkt sinds een aantal jaren dat er veel uitzendkrachten werken binnen haar organisatie, omdat de gaten in het rooster niet gedicht kunnen worden. Ze vertelt over haar wisselende ervaringen en de gevolgen:

“Er zijn ook wel gewoon soms hele fijne uitzendkrachten waarvan je echt denkt: je hebt er zin in, je bent aandachtig, liefdevol en je bent deskundig. Dat is echt superfijn. Maar we hebben tegenwoordig ook mensen die bijvoorbeeld binnenkomen voor een late dienst. Dan beginnen ze dus ’s middags tot 22.00 uur ’s avonds. Dan komen ze uit een vroege dienst bij een andere organisatie, en gaan ze na mijn late dienst door voor een slaapdienst, weer ergens anders. Dan zijn ze dus niet energiek, niet liefdevol, niet aandachtig. [...] Ik vind het wel onvoorstelbaar. Of ze werken 12 dagen achter elkaar en ze vallen gewoon in slaap.”

Wanneer de invalkracht niet aandachtig is, betekent dit dat zij de zorgbehoefte van een cliënt niet goed kan signaleren. Omdat de vertrouwensband mist tussen een invalkracht en de cliënt, ziet ze dat cliënten niet ontvankelijk zijn voor de zorg:

“Cliënten die niet met je mee naar buiten willen omdat ze je niet vertrouwen, of niet naar bed willen gaan, die niet willen gaan slapen, die niet de medicatie van je aan willen nemen.”

Priya ziet ook dat de cliënten zichzelf vaker verwonden uit pure stress omdat ze zich niet veilig voelen:

“Het zijn wel cliënten waarvan je weet dat je het nooit helemaal kunt voorkomen en dat het af en toe een keer gebeurt, maar als het wekelijks, of misschien meerdere keren per week, gebeurt in plaats van één keer in de twee maanden bij wijze van... Dat is heftig om mee te maken.”

Het doet haar veel als ze ziet dat er zorgverleners zijn die niet aandachtig en liefdevol met de cliënten omgaan:

“Je merkt het dan in de bejegening: de manier waarop er om wordt gegaan met cliënten, of dat er gewoon weinig met ze wordt ondernomen, of dat je ze ziet lopen op het terrein met een 1-op-1-cliënt die dus eigenlijk veel aandacht nodig heeft. Dan lopen ze naast de cliënten en zijn ze zo met hun telefoon verdiept. Laatst zag ik er een die had en zo de telefoon – die keek ook alleen maar naar beneden – en een sigaret tussen de vingers. Dat vind ik heel erg. Niet alleen dat je er niet zoveel aan hebt, maar dat je ook denkt: het is iemand die ik eigenlijk liever niet bij de cliënten heb. Men denkt [...] nog wel in poppetjes. Van als er maar een gekwalificeerd poppetje staat, dan is het goed.”



“HET HELE ZORGPROCES VALT OF STAAT MET EEN STABIEL ZORGTEAM”

3.6 Melanie, verpleegkundige in een verpleeghuis

Kwaliteitsverpleegkundige Melanie werkt al 20 jaar in de zorg en werkt in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Haar drijfveer is om een bijdrage te leveren aan een gezond en gelukkig leven van mensen, in welke fase zij zich ook mogen verkeren. Haar streven is om echt het verschil te maken.

De meerderheid van het personeel op de locatie van Melanie bestaat uit zzp'ers. Ze vindt sommige zzp'ers heel goed en waardevol voor de organisatie. Over anderen is ze minder te spreken. Volgens haar draaien veel zzp'ers dubbele diensten. Ze krijgt meldingen binnen dat cliënten niet zijn gewassen of 's nachts aan de wandel zijn gegaan, omdat de zzp'er lag te slapen. Omdat er te veel verschillende gezichten op de groep zijn, ontstaan er incidenten die voorkomen hadden kunnen worden:

“Beetje grofweg geschetst, komt het voornamelijk omdat onze artsen niet altijd aanwezig zijn, want ook die werken overal en nergens tegelijkertijd, waardoor je mensen moet bellen die geen enkele connectie hebben met de bewoner in kwestie. Dan gaat een zzp'er de dokter bellen en die heeft dan net overdracht gehad van de dagdienst, dus die kent de situatie ook niet helemaal goed. Het is natuurlijk cruciaal [...] dat je het verhaal juist hebt. Maar door de hoeveelheid verschillende mensen, mensen die op het laatst ingevlogen worden [...], krijg je gewoon een hele slechte communicatielijn. [...] Als je niet goed overdraagt, dan kan het hele cruciale gevolgen hebben. Voor mensen met een vorm van dementie is het ook echt ontzettend vervelend als je weer het zoveelste andere gezicht krijgt.”

Het hele zorgproces valt voor Melanie soms in elkaar, van het plannen, uitvoeren, evalueren tot aan het weer bijstellen van de zorg. Als het gaat om rapporteren, dan krijgen zzp'ers bijvoorbeeld niet altijd de inloggegevens van de zorgorganisatie om dit te kunnen doen. Daarom kan Melanie ze daar ook niet op aanspreken. Voor de familie is dat vervelend:

“De familie raakt dan ook weer geïrriteerd over de gang van zaken of omdat er al zoveel dagen niets in de rapportage staat: ‘Maar hoe gaat het eigenlijk met mijn moeder of vader?’”

Melanie noemt het een cirkel waar je moeilijk uitkomt. Ze kan moeilijk bouwen met een team – inclusief managementlaag – dat niet de juiste formatie heeft of niet stabiel is:

“Het hele zorgproces valt of staat met een stabiel zorgteam.”

4 Eigen grenzen overgaan

Het gevolg van het moeten maken van onmogelijke keuzes en van het niet willen tekortschieten, is dat zorgverleners zichzelf soms wegcijferen om aan de zorgbehoefte te voldoen of een collega te ontlasten. Dit uit zich bijvoorbeeld in pauzes overslaan en extra uren werken. Hoewel het besef er wel is dat het beter is om niet te vaak extra te werken, blijkt het afwijzen van die verzoeken toch niet altijd voor iedereen even makkelijk. Je wilt en kunt cliënten met wie je een band hebt opgebouwd simpelweg niet aan hun lot overlaten, omdat dat gevolgen kan hebben voor hun gezondheid en kwaliteit van leven. Ook al gaat dat ten koste van jezelf - wat het probleem uiteindelijk alleen maar groter maakt. Te veel werken kan immers leiden tot klachten. Te lang door blijven lopen met klachten - vanwege een verantwoordelijkheidsgevoel naar cliënten en collega's - vergroot de kans op uitval. Overigens zijn er ook geïnterviewde zorgverleners die zeggen hun grenzen goed te bewaken. Sommigen hebben dat geleerd nadat ze overspannen zijn geraakt, en anderen zijn er principieel op tegen om de gaten dicht te lopen. Om tot structurele oplossingen te komen is het volgens hen van belang dat het probleem van het personeelstekort zichtbaar is.



“HET KAN DE HELE WEEK DOORWERKEN ALS JE EEN GAT LAAT VALLEN”

4.1 Nettie, begeleider in de gehandicaptenzorg

Persoonlijk begeleider Nettie is al langer dan 20 jaar werkzaam in de gehandicaptenzorg. Haar drijfveer is voor een ander iets te kunnen betekenen. Het opbouwen van een band met haar cliënten vindt ze ook erg belangrijk.

Nettie herkent het probleem van het personeelstekort. Ze hoort van collega-begeleiders dat sommige zorgorganisaties volledig draaien op zzp'ers of uitzendkrachten. Ook binnen haar eigen zorgorganisatie is dit het geval bij een van de locaties voor mensen die zeer intensieve begeleiding en verzorging nodig hebben. Voor haar is het personeelstekort ook merkbaar nu er twee vaste collega's ziek zijn uitgevallen. Door de bezuinigingen staat ze met steeds minder begeleiders. Ze moet daardoor meer doen in dezelfde tijd en kan daardoor niet de cliënt in diens kracht zetten. Soms blijven taken liggen omdat ze ergens anders moet bijspringen. Uit haar verhaal blijkt dat ze langer doorwerkt om haar collega's en cliënten niet in de steek te laten:

“[...] morgen heb ik een training staan [...]. En nu weet ik dat mijn collega morgen het best wel heel druk heeft en dat er geen dingen voor elkaar zijn. Dus dan blijf ik vanmiddag maar langer, om dat toch een beetje voor elkaar te krijgen. Dat ik toch niet met een conflict zit bij mezelf.”

Ze weet dat het langer doorwerken uiteindelijk niet goed voor haar is:

“Je moet ook op een gegeven moment ook kunnen zeggen van: tot hier en niet verder. Maar dat is wel moeilijk. We werken uiteindelijk niet met computers, maar met mensen waar je om geeft, en die je ook wat gunt, en die ook echt dingen nodig hebben. En als je dat niet kan geven, dat voelt dan heel frustrerend.”

Op het moment dat er een beroep op haar wordt gedaan om een open dienst op te vullen, komt Nettie voor een gewetensvraag te staan: kiezen voor zichzelf door niet te werken, met nadelige gevolgen voor de cliënt (en uiteindelijk ook voor haarzelf, omdat de gevolgen lang voelbaar zijn), of toch extra werken? Een goede keuze lijkt er voor haar niet te zijn:

“Eigenlijk zou het slimmer zijn – en het is heel erg want je kiest dan eigenlijk niet voor de cliënt op dat moment – maar in het gehele plaatje, kun je beter zeggen: ik werk niet extra, en ik kom niet meer als een collega ziek uitvalt. Maar ja, dan gaat je gevoel weer spelen. En ook: de volgende dag ben ik wel aan het werk, en dan krijg ik alle shit weer over me heen. Want dat is het ook nog: het kan de hele week nog doorwerken als je een gat laat vallen.”



“IK BEN ZONDAG- OCHTEND NOG GEKOMEN NA MIJN LATE DIENST”

4.2 Iris, verzorgende in de thuiszorg

Verzorgende Iris werkt al ruim 30 jaar in VVT. De laatste 12 jaar is ze werkzaam in de thuiszorg. Het relationele contact is voor haar een belangrijke reden geweest om de zorg in te gaan.

Vanwege het personeelstekort ontvangt Iris regelmatig meldingen van openstaande diensten via Whatsapp op haar privé-telefoon. Hierdoor staat ze altijd op stand-by wanneer ze niet werkt. Ze vertelt over een situatie waarin het rooster niet rondkwam, en ze besloot toch te gaan werken, terwijl ze eigenlijk wat anders had gepland voor haar vrije dag:

“Zaterdagmiddag had iemand zich al ziekgemeld, rond 13.00 uur. 's Avonds, rond 18.30 uur, hadden we nog niemand, dus toen kwam er weer een appje. [...] We waren 's avonds om 22.00 uur nog bezig om voor de zondagmorgen eentje te krijgen. Toen hebben we alles omgegooid en ben ik zondagochtend nog gekomen na mijn late dienst. [...] Maar ik wil eigenlijk morgen dit doen of ik wil morgen dat doen. [...] Dan heb ik wel weer het hart voor de zorg. [...] Ik kan ze toch niet op bed laten liggen of in hun pyjama laten zitten?”

Uit haar verhaal blijkt dat Iris zich verantwoordelijk voelt voor een passend rooster, omdat de cliënten anders niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ze heeft ook weleens meegemaakt dat haar leidinggevende tot loting wilde overgaan als een open dienst niet gevuld zou worden. Het privéleven van de zorgverleners was voor de leidinggevende, volgens Iris, van ondergeschikt belang.

“OP EEN GEGEVEN MOMENT HOUD JE DAT NIET MEER VOL”

4.3 Rosa, verpleegkundige in een verpleeghuis

Praktijkverpleegkundige Rosa werkt 25 jaar in de zorg en is werkzaam in een verpleeghuis. Haar drijfveer is om mensen goede kwaliteit van leven te geven.

Rosa heeft het idee dat het personeelstekort steeds permanentier wordt. Het personeelsverloop is hoog. Ze doet extra taken die eigenlijk niet bij haar takenpakket horen, om toch aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen. Ze zet een stap harder om ervoor te zorgen dat de zorg ten minste op een acceptabel niveau verleend wordt:

“Ik heb ook vaak dat, als ik op een gang loop, ik voor heel wat anders kom, maar dan is het: ‘Zuster, ik moet even naar de wc’, en dan zie ik mezelf toch diegene naar de wc brengen. Terwijl dat helemaal niet in mijn takenpakket hoort [...]. Dan hoor ik sommige collega’s wel zeggen: ‘Plas maar in je broek’ [...]. Ik vind dat heel beschamend. Zo’n basic need, kan ik daar al niet meer aan voldoen. Dat vind ik een teloorgang van het beroep, zeg maar, als het zover komt. [...] Als ik op een afdeling rondloop en ik hoor: ‘Ik sta hier maar alleen op 21 bewoners’, dan ga ik toch in mijn agenda kijken of ik iets kan betekenen. [...] Eigenlijk kan het niet, maar ik kan ook geen nee zeggen. Dus dan stel ik mijn prioriteit en doe ik dat eerst, en moet er maar wat anders niet gebeuren.”

Rosa zegt geleerd te hebben haar grenzen goed te bewaken, maar ziet dat dat haar collega’s niet altijd lukt:

“[...] ik zie ook veel collega’s ver over hun grens gaan, doordat ze toch maar een extra dienst draaien. Avonddiensten die er om 03.00 uur ’s nachts nog zijn omdat er iets aan de hand is. En dan zie je ook uitval, mensen gaan hun werk afraffelen, omdat mensen gewoon te moe en te belast zijn om hun werk nog goed te kunnen doen. En dan is er onvoldoende gekwalificeerd personeel, dus dan blijven ze maar hangen. Wat ik snap, want ik zou in hun schoenen waarschijnlijk precies hetzelfde gedaan hebben, maar het belast ze wel. Want er is niemand die dan de volgende ochtend zegt: ‘Je hoeft niet te komen de volgende avond, we redden het wel zonder je’. Nee, de volgende avond staan ze er weer. [...] maar op een gegeven moment houd je dat niet meer vol.”

Rosa licht toe waarom het voor zorgverleners een uitdaging is om de eigen grenzen te bewaken, bijvoorbeeld als er een beroep wordt gedaan om extra te komen werken:

“Je hebt eigenlijk geen keuze, het is geen optie om te zeggen: ‘We doen de tent maar dicht’. [...] Ik denk dat mensen zeker wel druk voelen, ja. De eerste twee keer zeggen ze misschien nee, maar als de planner voor de derde keer belt van: ‘Er is echt niemand voor vanavond, kun je toch niet komen?’, dan denk ik dat ze toch komen. Omdat we ook allemaal een zorghart hebben.”



"JE MOET HEEL STEVIG IN JE SCHOENEN STAAN

4.4 Sita, begeleider in de gehandicaptenzorg

Persoonlijk begeleider Sita werkt al 18 jaar in de gehandicaptenzorg. Op dit moment werkt ze met mensen met een ernstig meervoudige beperking. Successen ervaren met de doelgroep en iets voor hen betekenen, is wat ze het allerliefste doet.

Sita merkt al jaren veel van het personeelstekort. Roosters komen moeilijk rond. Er staan veel zzp'ers op de groep. De toename aan gedragsproblemen bij haar cliënten hangt daar volgens haar mee samen. Bijna dagelijks ontvangt Sita een bericht met de vraag of ze toch kan komen werken. Soms wordt zo'n verzoek wel twee tot drie keer per dag gedaan. Een ongezonde situatie volgens haar. Ze vertelt dat het moeilijk is om nee te zeggen:

"Ja, en dan moet je heel, heel, heel stevig in je schoenen staan om te zeggen: 'Ik kom niet'. Want je weet dat jouw cliënten daar staan en je collega alleen staat. Dat gaat niet. Dan ga je echt geen nee zeggen."

Ze geeft aan dat hierdoor haar werk-privébalans niet goed is. Ook worden werk-overleggen vaak in haar vrije tijd gepland, omdat ze zich altijd moet schikken naar de agenda van bijvoorbeeld een gedragswetenschapper, een manager of ouders.

"Dan heb ik slaapdienst en moet ik bijvoorbeeld om 15.30 uur beginnen. Maar dan maak ik een afspraak om 11.30 uur. Dat gebeurt niet een keer, maar dat gebeurt mij ongeveer twee keer in de week."

Sita zegt de zorg te zien verschraken en het idee te hebben dat de kwaliteit van zorg onder een minimum is gezakt. Ze voelt zich machteloos over de huidige situatie:

"[...] we zijn gewoon aan het overleven. Dat is wat er gebeurt. En dat gaat ten koste van [...] cliënten, maar ook van de mensen die er werken. Dat is wel wat er gaande is in de zorg. Ik word daar heel verdrietig van. Machteloos ben ik denk ik heel erg."

Sita kan haar knelpunten moeilijk bespreekbaar maken, omdat haar manager weinig op de woning komt en niet weet wat er allemaal gebeurt. Ze overweegt ander werk te gaan zoeken:

"Hier ligt mijn hart en ik doe het met hart en ziel en ik vind het prachtig en mooi. Maar ik wil wel een beetje gezond oud worden."

Ze is blij haar verhaal te hebben gedaan, omdat het voor haar belangrijk is dat zorgverleners gehoord worden:

"Ergens is er iemand die bedenkt dat het misschien toch wel slim is om te luisteren naar mensen van de werkvloer. Daar word ik heel gelukkig van."

5 | Mee willen denken over oplossingen

Naast de stress die zorgverleners ervaren door de morele uitdagingen waar ze door het personeelstekort mee te maken krijgen, komt ook de trots voor het vak duidelijk naar voren. Dat vertaalt zich bij veel van de geïnterviewden in de hoop dat het personeelstekort en de gevolgen daarvan aangepakt kunnen worden, en vooral in een gedrevenheid om mee te denken over oplossingen. Deze input meenemen is niet alleen van waarde voor het vinden van passende oplossingen. Het is ook van belang omdat daarmee kan worden voorzien in de behoefte van zorgverleners om gezien en gehoord te worden, wat belangrijk is voor het behoud van het zorgpersoneel.

5.1 Administratielast verlagen

Menig zorgverlener vindt dat de administratielast te hoog is geworden. De werkdruk neemt daardoor toe en het vermindert het werkplezier. Als de administratietijd wordt teruggedrongen, ontstaat er meer tijd voor de cliënt – “waar het werk uiteindelijk om draait” – én voor reflectie of sparren met collega’s. Daarvoor is het volgens zorgverleners nodig dat er meer gewerkt wordt vanuit vertrouwen en dat er minder tijd op gaat aan controle en verantwoording. Zorginstellingen nemen al initiatieven om de regeldruk te verminderen.³⁰ Zorgverleners hebben verschillende ideeën over welke administratieve taken minder zinvol zijn of anders ingevuld zouden mogen worden.³¹

Begeleider Bo vertelt:

“Ik moet elk jaar, of elke twee jaar, elke beschikking van elke cliënt verlenen en uitleggen waarom ze nog steeds een beperking hebben en waarom ze nog steeds bij ons blijven. Dat snap ik, maar het is wel veel werk. Al die verslagen, en elke keer weer hetzelfde, en weer een gesprek met de gemeente. Dus die administratieve lasten mogen echt wel omlaag, of anders ingevuld worden. [...] Ik zou het zelf heel mooi vinden als we meer vanuit vertrouwen gingen werken in plaats van wantrouwen. Nu is het echt vanuit wantrouwen, want elke stap die we zetten, moeten we verantwoorden of registreren of uitleggen waarom. Ik snap ook wel dat je fraude tegen wil gaan, maar [...] kunnen we dat niet accepteren en dan ons focussen op degenen die het wel goed doen en die wat meer tijd geven en meer ruimte geven voor eigen invulling?”

Verzorgende Celine vertelt:

“Je bent heel veel met administratie bezig, met het rapporteren, met het overleggen. [...] Ik moest gisteren een mevrouw morfine geven. Nou, welke formulieren er allemaal ingevuld moeten worden. Daar ben je bijna langer

mee bezig dan met die vlindernaald plaatsen en die morfine geven. [...] morfine halen we uit de werkvoorraad. Dan moet je een formulier pakken waarop je moet noteren hoeveel morfine er is. [...] en dat moet je ondertekenen met 2 zorgmedewerkers. Vervolgens neem je een onttrekkingsformulier en daar ga je dan opschrijven hoeveel morfine je meegenomen hebt en hoeveel je gebruikt. [...] Dat moet ook weer ondertekend worden met 2 zorgmedewerkers. Vervolgens geef je die morfine aan die mevrouw en dat moet dan ook nog [...] afgetekend worden. [...] Dan moet je ook nog opschrijven dat je een vlindernaald nodig hebt en een paar optrekenaalden. Dat is zoveel administratie. Plus dat je dat ook met een collega moet doen die het ook hartstikke druk heeft.”

5.2 Inzet van technologie

Zorgtechnologie wordt gezien als een van de oplossingen voor het personeelstekort. Op het Platform Afwenden Arbeidsmarkttekort, een website van het ministerie van VWS, staan praktijkvoorbeelden van veelbelovende technologische innovaties (echter niet alle gericht op de VVT of gehandicaptenzorg).³⁰ Zorgverleners vertellen in de interviews gebruik te maken van (technologische) hulpmiddelen, zoals de druppelbril (mensen met trillende handen of met minder kracht of grip kunnen dit hulpmiddel gebruiken om hun eigen ogen te druppelen), een medicijndispenser (een apparaat dat helpt bij het zelfstandig beheren van medicatie; het geeft een signaal wanneer het tijd is om medicijnen in te nemen, en het verstuurt een melding naar een zorgverlener of mantelzorger wanneer de medicijnen niet zijn ingenomen) of beeldzorg (zorg op afstand via videobellen). Daardoor hoeven zij minder vaak langs te gaan bij cliënten thuis. De tijd die daarmee bespaard wordt, kan besteed worden aan mensen die afhankelijk zijn van fysieke zorg.

Wijkverpleegkundige Mila vertelt:

“Ik zie het ook bij [naam zorginstelling] [...]. Als je ziet hoeveel digitale middelen zij inzetten en hoeveel zorg daarmee voorkomen wordt. Dat is echt fantastisch. [...] kun jij dus die tijd gebruiken om andere mensen zorg te geven.”

De inzet van technologie heeft volgens de zorgverleners ook een keerzijde. Mensen raken uit het zicht en signalen die mogelijk zorgelijk kunnen zijn, worden minder snel opgemerkt.

Verzorgende Ursula vertelt:

“Ik denk dat de wijk voorheen veel meer een preventieve werking had, doordat je dus bij die een steunkous aantrok en signaleerde: er ligt eten in de koelkast dat er al drie weken ligt, dus is er misschien cognitief

wat aan de hand. En bij de volgende [...] zag je toch dat hij een vlekje op zijn broek had, en hij bleek een wondje te hebben. [...] dat je [...] met een hulpmiddel de steunkousen aan kan doen en met de Medido [slimme medicijndispenser] op tijd een signaaltje kan krijgen voor je pillen. Prachtig dat het allemaal werkt, maar die mensen zie je allemaal niet. Dus het stuk preventie is er niet meer. Dat is echt wegbezuinigd.”

Ook noemt een verpleegkundige dat technologische hulpmiddelen bij sommige bevolkingsgroepen nog wel taboe is en dat dit moeilijk te doorbreken is. Daarnaast twijfelen meerderen of zorgtechnologie wel het verschil kan maken in de gehandicaptenzorg. Deze cliënten zijn volgens hen vaak niet geholpen met technologische alternatieven. De zorg voor deze cliënten bestaat immers vooral uit de aanwezigheid en het handelen van de zorgprofessional.

Begeleider Priya vertelt:

“[...] de doelgroep waar ik mee werk, is toch zo complex en er hangt zoveel af van de menselijk interactie, dat ik niet denk dat het zo makkelijk te vervangen is met technologie. Men praat natuurlijk wel ook over AI en dat je dan de administratie kan verlichten. [...] maar als ik kijk naar administratie en rapportages, dat zijn wel dingen die je soms al helemaal niet meer doet, omdat je er gewoon niet meer aan toe komt op bepaalde dagen. Als dat sneller gaat, denk ik dat dat helemaal niet zoveel verschil maakt.”

5.3 Stagiaires en nieuwe medewerkers goed begeleiden

Geïnterviewden stippen het belang aan van goede begeleiding van nieuwe medewerkers. Door het personeelstekort is die tijd er niet altijd. Of de nieuwe medewerkers staan naast onervaren collega's, wat de kennisoverdracht belemmert. Meerdere zorgverleners hebben de ervaring dat stagiaires binnen organisaties met een personeelstekort daardoor worden overvraagd en soms direct als volwaardige beroepskracht worden ingezet. Enkele zorgverleners merken daarnaast dat de opleidingen niet goed aansluiten op de praktijk. Deze factoren dragen eraan bij dat mensen stoppen met de opleiding of het werkveld verlaten voordat ze goed en wel begonnen zijn. Om uitstroom te voorkomen is het belangrijk dat de nieuwkomers niet “in het diepe worden gegooid”, maar aandacht en steun krijgen totdat ze vertrouwen hebben in zichzelf en in het team, en er ruimte en tijd is om vragen te stellen.

Net afgestudeerde wijkverpleegkundige Chayenne vertelt:

“Daarom zijn er ook wel heel wat uit mijn klas na de eerste stage gestopt, met de hele opleiding, omdat ze zoiets hadden van: ik kan dit niet. Je moet

echt wel sterk in je schoenen staan, om dan de aandacht te eisen die je eigenlijk nodig hebt om het überhaupt af te kunnen ronden.”

Begeleider Sita vertelt:

“Ik merk dat er zo weinig aansluiting is bij de praktijk, dat mensen zich vaak helemaal rot schikken wanneer ze die praktijk binnen komen lopen en denken: [...] dit ga ik niet meer doen, want ik had er een heel ander beeld van. [...] Ik heb jonge stagiaires die van het mbo komen, die 16-17 jaar zijn, en geconfronteerd worden met blote mensen. Dat is [...] waar mensen echt van terugschrikken. [...] ik denk: jongens, bereid deze mensen daar op voor. Het schrikt af, en daarom stappen mensen ook al uit.”

5.4 Samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers

Zorgverleners zoeken steeds vaker de samenwerking op met mantelzorgers en vrijwilligers. Dit kan soms echt uitkomst bieden, bijvoorbeeld doordat geplande activiteiten dan toch kunnen doorgaan – wat belangrijk is voor de levenskwaliteit van cliënten. De inzet van het netwerk van cliënten is echter niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld als er geen goede familieband is, familie ver weg woont of mantelzorgers overvraagd zijn en “al jaren geen minuut voor zichzelf hebben”.

Daarnaast kan de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers ook averechts werken: het kan leiden tot onrust bij cliënten en hun ontwikkeling belemmeren. Menig zorgverlener ziet de inzet van de informele zorg als onvermijdelijk. In het algemeen vinden zij dat de samenleving zorgzamer zou mogen worden. Daarvoor is het belangrijk dat de ruimte om ook voor een ander te kunnen zorgen wordt gefaciliteerd, bijvoorbeeld door de werkgever.

Begeleider Omar vertelt:

“We hebben hele mooie projecten als NLdoet en Burendag [...]. Elk jaar probeer ik weer van alles uit, maar elk jaar komen er geen mensen. We willen te veel van mensen vragen, maar er is ook geen ruimte. [...] Het moet een landelijk iets worden, waarin werkgevers ruimte creëren voor mensen om er voor een ander te kunnen zijn. Dan verlicht je ook de zorg. [...] kijk of je burens of andere mensen hier op straat misschien iets kunnen betekenen. Of bijvoorbeeld met vluchtelingen. Misschien zijn er mensen die best een zorgachtergrond hebben uit hun land van herkomst en daar heel graag iets mee willen.”

5.5 Meer ondersteunend personeel

Ondersteunend personeel is ontzettend behulpzaam, geven meerdere geïnterviewden aan. Ondersteuners kunnen bijdragen aan het welzijn van de bewoners door hen aandacht en (niet- verpleegtechnische) ondersteuning te bieden. Bij sommige zorginstellingen zijn de ondersteuners echter wegbezuinigd. Dat heeft er volgens geïnterviewden toe geleid dat zorgverleners er veel extra taken bij hebben gekregen. De terugkeer van ondersteunend personeel zou de lasten van de zorgverleners weer kunnen verminderen.

Begeleider Enith vertelt:

“Idealiter zou je een gastvrouw hebben die [...] echt een gastvrouwfunctie vervult en die kan dan roepen als er iets aan de hand is. Iemand hoeft niet per se te kunnen handelen, maar als iemand maar ogen en oren heeft, dan kom je al een heel eind.”

Verpleegkundige Fatima vertelt:

“Die [afdelingsassistenten] zorgden ervoor, bijvoorbeeld om buiten die een keer per week douchen om, dan nog een keertje de haren te wassen. [...] Maar ook vulden zij de verpleegartikelen op de kamers van de bewoners bij, en ze hielpen ook met tandenpoetsen en scheren en bedden opmaken. Ze liepen ook met de huiskamer mee. [...] Maar die gooien ze er ook uit. [...] Terwijl het ons hielp. Het zorgde ervoor dat wij alleen de belangrijke dingen hoefden te doen.”

5.6 Zelfredzaamheid stimuleren

Zorgverleners gaven aan dat preventie en het stimuleren van zelfredzaamheid belangrijk is om zorg te ontlasten. Zelfredzaamheid kan volgens zorgverleners bijvoorbeeld bevorderd worden door de inzet van digitale hulpmiddelen en het eigen netwerk, of door woongemeenschappen te creëren waarin mensen elkaar ondersteunen. Dit is in lijn met het creëren van zogenaamde voorzorgcirkels.³⁰

Wijkverpleegkundige Mila vertelt:

“Ik merk nu in de zorg, je kijkt naar de zorgvraag, dan kijk je kan ik het bieden of niet. Eigenlijk zou je moeten kijken naar de zorgvraag en dan [...] naar wat heeft iemand nodig om het zelf te kunnen of samen met iemand anders te kunnen [...]. Er moet anders gekeken worden naar zorgvragen voordat je daadwerkelijk de fysieke zorg inzet. [...] Eerst zelf, dan samen, dan digitaal en dan uiteindelijk pas de zorg. [...] Vroeger namen

we de zorg over, terwijl dat vaak helemaal niet is wat mensen willen. Ze willen het vaak graag zelf blijven doen.”

Begeleider Bo vertelt:

“Ik denk dat we [...] er inderdaad met elkaar voor moeten blijven zorgen dat iemand zo lang mogelijk thuis kan wonen. Dat we veel meer als hulpverlening in het begin al moeten inspringen, in plaats van te wachten tot dat iemand aan de bel trekt [...]. Ik denk dat we daarmee misschien veel kunnen voorkomen en ouders handvatten kunnen geven, waardoor het kind misschien ook minder lastig gedrag laat zien als het bij ons komt, en ouders niet helemaal over de kop gaan.”

5.7 Beroep aantrekkelijker maken

Volgens veel geïnterviewden is het zowel voor de werving als voor het behoud van zorgpersoneel van belang dat het beroep aantrekkelijker wordt. Het gaat onder andere om betere primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden (ook ten opzichte van zzp'ers en de CAO van ziekenhuizen), voldoende ruimte en tijd voor (bij)scholing (mede gezien de zorgzwaarte zwaarder wordt en de hulpvraag complexer), vaste intervisiemomenten, meer flexibiliteit in de roosters, fijne werkomstandigheden, een lagere werkdruk en waarborgen voor een goede werk-privé balans. Het integraal werken in de gehandicaptenzorg, waarbij begeleiders zowel dagbesteding of werk begeleiden als op een woonlocatie werken, zien enkele geïnterviewden graag anders. Volgens hen vereist dit andere expertise en is het zwaar om te combineren.

Begeleider Enith vertelt:

“Wat fijne werkomstandigheden zijn, is heel subjectief [...]. Maar ga in gesprek met je medewerkers. Weet welke medewerkers er staan op de vloer [...] hoe kunnen we het voor medewerkers fijn maken? Ook met innovaties die je in kan voeren. Ga medewerkers daarin meenemen. [...] Zorg goed voor je medewerkers, en niet alleen financieel, maar ook in de spullen die ze moeten hebben of in de tijd waarvoor ze terug moeten komen. Er wordt zo vaak gezegd: ‘De vergadering wordt verzet, want de manager moet erbij zijn’. Maar heeft die manager ook in de gaten dat dan weer mensen 2, 3 uurtjes van thuis weg moeten en dat daar ook een organisatie aan zit?”

Begeleider Naomi vertelt:

“[...] ruimte voor scholing en ontwikkeling voor de ervaren mensen. Ik denk dat dat een hele fijne is; om je werk vol te houden, is het fijn als

je jezelf kan ontwikkelen. [...] ook de ruimte om lekker vrij te kunnen nemen en niet in je vakantie gebeld kunnen worden omdat ze willen dat je komt werken, of continu je vakantie moet verzetten omdat er geen personeel is. Ik denk dat daar ook wel een behoefte aan is. [...] Maar ik denk ook wel [...] puur het gehoord en gezien worden.”

Bij het aantrekkelijker maken van het beroep, is ook een beter imago van belang. Het begint volgens de geïnterviewden al bij het kennis laten maken van schoolgaande kinderen of tieners met de zorg, en als zorgverlener nog meer uit te dragen hoe betekenisvol werken in de zorg is. Het is tenslotte veel meer dan “luiers verschonen bij kwijlende mensen”.

Verzorgende Daniela vertelt:

“Wij weten wat we doen, we weten waarom we het hebben gekozen, dit beroep. Het moet vanuit ons komen om te laten zien waarom je voor dit beroep zou kiezen, toch? We kunnen ook laten zien hoe leuk en hoe waardevol het is, en dat het van meerwaarde is. Dat is aan ons.”

5.8 Gezien en gehoord voelen

Een terugkerend thema is je als zorgverlener gesteund, gewaardeerd, gezien en gehoord voelen. Zowel door eigen leidinggevendenden als door beleid, politiek en maatschappij. Sommige zorgverleners vertellen dat zij hun uitdagingen of zorgen bespreekbaar kunnen maken bij het management en steun ervaren.

Begeleider Bo vertelt:

“Wij hebben zelfs een paar keer gehad dat de manager de groep draait omdat er echt niemand was, dan valt hij in. Dat vind ik wel heel mooi, en ik vind het ook goed dat de manager feeling houdt met de groep. Veel managers hebben al ontzettend veel werk, en er is ook een tekort aan goede leidinggevendenden.”

Anderen vinden dat de afstand tot zorgbestuurders, het management en het beleid te groot is. Betrokkenheid tonen, luisteren naar de zorgen van het personeel en hen laten meedenken over nieuw beleid is belangrijk om het werk vol te houden en passende oplossingen te vinden. Geïnterviewden denken dat er meer gedaan kan worden om het personeel te waarderen en te ondersteunen. Die waardering en ondersteuning zijn volgens hen van belang voor het behoud van medewerkers.

Begeleider Lorenzo vertelt:

“Het ziekteverzuim is heel hoog in de gehandicaptenzorg. Dat is niet voor niets. En daar snappen ze dan niets van, hoe kan dat nou? Dan moet je eens gaan praten. [...] Als je niet weet wat er op de werkvloer gebeurt, en daar ook niet achter kunt komen omdat je niet meewerkt, omdat je niet wekelijks, ten minste een keer per week, komt praten met de groep over hoe het gaat, hoe het eraan toegaat, dan kun je daar ook niets van verwachten. [...] dat heeft ook zo zijn weerslag op de kwaliteit van zorg.”

Begeleider Priya vertelt:

“Er is een heel grote afstand tussen werkvloer en beleidslagen en management. [...] Als het gaat om beleid, dat ze goed weten hoe het nou uitwerkt op de werkvloer, of waar behoefte aan is. Ik denk dat je dan sneller tot oplossingen komt die echt kunnen werken. [...] Je ziet ook dat mensen daarop afbranden als dat niet meer lukt, en hun geluiden daarover worden ook onvoldoende gehoord. [...] Voor mij zit de waardering het meest in je gehoord voelen, in de aandachtigheid, een manager die weet wat er speelt op de werkvloer, die regelmatig het gezicht laat zien, die even vraagt hoe het gaat, die even meedenkt als er wat nodig is. Gewoon het interpersoonlijke contact en de aandachtigheid. Ik geloof ook dat als dat is wat je wil dat je medewerkers doen richting je cliënten, dat je het zelf dan ook als leidinggevende moet doen richting je medewerkers.”

Begeleider Zeynep vertelt:

“Er wordt heel vaak gezegd: ‘We waarderen je wel’. Maar het blijkt echt niet uit heel veel dingen dat je gewaardeerd wordt omdat je niet meegenomen wordt in een stukje overleg, of: ‘Dit gaan we doen, hoe denk jij erover?’”

Verpleegkundige Melanie vertelt:

“Ik vind het echt heel belangrijk [...] dat collega’s van mij zich gewaardeerd voelen [...] Dat is ook wel een beetje wat gemist wordt. [...] als mensen zich blij en gewaardeerd voelen, zijn ze zoveel meer gemotiveerd om elkaar te steunen in moeilijke tijden, zoals die we nu hebben. [...] Beslissingen kun je van hogerhand prima nemen, maar level het dan wel met de mensen die er dagelijks mee te maken hebben. Anders creëer je nog een groter gat, en je bent gewoon niet een geheel. Je doet gewoon bijna van boven naar beneden regeren, in plaats van dat het in gezamenlijkheid gebeurt.”

5.9 Reële verwachtingen scheppen

Er zijn hoge verwachtingen van de zorg: van cliënten en hun naasten, maar ook van alle toezichthoudende instanties en de wet- en regelgeving die zij geacht worden te controleren. In de praktijk kunnen de zorgverleners deze verwachtingen niet altijd meer waarmaken. Zorgverleners doen daarom vaak aan verwachtingsmanagement bij cliënten en hun naasten. Meerdere geïnterviewden geven aan dat de overheid en zorginstellingen, in samenwerking met de beroepsverenigingen, daarin een actievere rol mogen nemen. Zij zouden een realistischer beeld moeten schetsen van wat men kan verwachten van de zorg bij toenemende schaarste aan zorgpersoneel (zie ook paragraaf 2.1). Zo wordt er meer bewustzijn in de maatschappij gecreëerd over het feit dat zorg schaars is en dat hulp en ondersteuning tegenwoordig beperkt is. De zorgverleners hopen dat er op die manier ook meer begrip komt voor hun positie, en dat ze niet meer het moeilijke gesprek hoeven te voeren over onrealistische verwachtingen.

Wijkverpleegkundige Angelique vertelt:

“Dat er een soort overheids campagne mag komen om meer aan verwachtingsmanagement te doen. [...] Dat je de bevolking zich bewust van laat maken wat er wel aan zorg is, wat er niet aan zorg is, wat daarvoor nodig is en dat dus niet iedereen voor 9.00 uur in de kleren kan zitten, want dan moeten we 20 routes doen van een uurtje. [...] Het wordt ook vanuit de overheid gestimuleerd, zo van: ‘Je kan de zorg krijgen die je gewend bent’. Ook zorginstellingen werken daar zelf aan mee, door te zeggen: ‘U kunt uw leven voortzetten zoals u het gewend bent’. Ammehoela. Dat kunnen wij niet verzorgen. [...] Mensen worden ouder en die leveren in. Dan mag je blij zijn met alle hulp die je kan krijgen tegenwoordig. Maar dat is wel beperkt.”

Verzorgende Ursula vertelt:

“[...] ik doe een project [...] in een seniorengebouwtje. Daar heb ik vorige week een lezing gegeven over goed voor jezelf zorgen. [...] Goed voor jezelf zorgen is niet alleen jezelf goed wassen, aankleden en tandenpoetsen, maar ook dat je zorgt dat je een sociaal netwerk hebt. Maar ook de waar-schuwing [...]: ‘De zorg die uw buurvrouw nu met gemak krijgt [...], die gaat u waarschijnlijk het komende jaar niet zomaar een-twee-drie krij-gen.’ [...] Ik heb ze eigenlijk gestimuleerd om goed voor elkaar te zorgen binnen het flatgebouwtje. [...] Ik heb juist ook opgeroepen om dat gesprek aan te gaan voordat iemand echt hulpbehoevend is. Want wat als ik nou volgende week opeens een herseninfarct krijg en die hulp nodig heb? Wat kan mijn netwerk voor mij, en wat wil ik zelf?”

Sommige geïnterviewden vinden dat het niet alleen bij het scheppen van reële verwachtingen moet blijven, maar dat er ook keuzes gemaakt dienen te worden over welke zorg je wel levert en welke zorg niet, om de zorg toegankelijk te houden.

Wijkverpleegkundige Ruben vertelt:

“Als het gaat over geld in de zorg, maak dan eerst eens even die principiële keuzes. Misschien kan 20, 30% van het geld wat nu besteed wordt en ook wel ingezet wordt, elders veel effectiever zijn.”

6 | Morele last gezamenlijk dragen

Door het personeelstekort lopen zorgverleners in de dagelijkse praktijk tegen morele uitdagingen aan. Die uitdagingen zetten de essentie van zorgen onder druk. De morele last van het personeelstekort wordt ongelijk verdeeld en gedragen: deze ligt grotendeels op het bord van de individuele zorgverleners. Dat is onhoudbaar én onrechtvaardig voor zorgverleners, en leidt uiteindelijk tot een afname van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de samenleving. De keuzes die zorgverleners elke dag moeten maken, raken aan grotere maatschappelijke vragen: wie krijgt zorg, wie niet, en wat vinden we als samenleving acceptabel? Het CEG doet drie oproepen aan regering, parlement, beleidsmakers en/of zorgbestuurders: om nu verantwoordelijkheid te nemen voor structurele keuzes in de zorg, een grondig publiek debat over de toekomst van zorg te voeren en om zorgverleners als essentiële bron van wijsheid te betrekken.

6.1 Essentie van zorgen onder druk

Structureel personeelstekort betekent onder meer gaten in roosters, ongunstige formatiecijfers, en verontrustende statistieken en prognoses. Wat in die cijfers onzichtbaar blijft zijn de gevoelens van frustratie, machteloosheid en schuld die verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders ervaren als gevolg van het personeelstekort. Uit de interviews die het CEG met zorgverleners heeft gehouden, blijkt dat zij in situaties terechtkomen waarin ze weten wat het goede is om te doen, maar daar niet naar kunnen handelen, of waarin ze keuzes moeten maken die indruisen tegen hun professionele of persoonlijke waarden:

- Hoe moet ik omgaan met de vele zorgvragen die tegelijk op mij afkomen? Verkoop ik nee aan een van de cliënten, en zo ja aan wie dan? Welke handelingen doe ik niet?
- Ik kan niet de zorg, ondersteuning of begeleiding geven zoals ik zou willen of waaraan ik behoor te voldoen.
- De kwaliteit van zorg is onder een minimum gezakt. Ik voel mij machteloos.
- Ik sta met te weinig collega's. Bellen wij groepen af? Het zijn juist mensen die zorg hard nodig hebben, en de gevolgen kunnen groot zijn.
- Ik heb hulp nodig. Vraag ik hulp aan een collega, hoewel daar andere cliënten de dupe van zullen zijn?
- Ik moet cliënten achterlaten bij een uitzendkracht die geen vertrouwensband met hen heeft, of bij iemand met weinig kennis en deskundigheid. Ik maak mij zorgen.
- Moet ik naar mijn werk gaan op mijn vrije dag om in de onderbezetting te voorzien, of juist niet gaan vanwege mijn eigen welzijn?

Aan de hand van het invloedrijke model van vijf fasen van zorg van politicoloog en zorgethicus Joan Tronto laat het CEG zien dat de morele uitdagingen waar zorgverleners mee te maken hebben, de essentie van zorgen onder druk zetten.

6.1.1 Zorgethiek: de fasen van een goed zorgproces

Zorgethiek is een theorie binnen de ethiek die goed toepasbaar is binnen de gezondheidszorg. Het definieert zorg als alles wat mensen voor zichzelf en de omgeving doen om daarin zo goed mogelijk te kunnen leven. Zorgethiek veronderstelt dat zorgen niet alleen gebeurt in de professionele zorgverlening waar mensen het zorgen voor anderen als beroep hebben gekozen, maar ook daarbuiten. Volgens zorgethiek zijn zorgrelaties ingebed in een groter netwerk van relaties. Waar zorgvragers, zoals de cliënten in de langdurige zorg, primair afhankelijk zijn van zorgverleners, zijn zorgverleners op hun beurt ook weer afhankelijk van de wereld om hen heen – zoals van collega's en roostermakers, maar ook van beleidskeuzes en ondersteunende structuren zoals beroepscodes,^{22,23} protocollen, richtlijnen, kwaliteitskaders en wettelijke regelingen. Zorgethiek gaat dus niet alleen over goede zorgrelaties en een uitwisseling tussen twee mensen. Het gaat ook over hoe zorg wordt georganiseerd en gewaardeerd, wie verantwoordelijkheid neemt voor de omstandigheden en voorwaarden waaronder zorgrelaties kunnen bestaan, en welke machtsverhoudingen daarbij een rol spelen.

Volgens Tronto ziet goed zorgen eruit als een cyclisch proces van vijf fasen, waarbij elke fase steunt op een of meer morele waarden,^{32,33} zie figuur 1.

Volgens het model van Tronto is een goed zorgproces pas compleet als alle fasen worden doorlopen. Dat betekent dat behoeften worden opgemerkt (1), verantwoordelijkheid wordt genomen (2), de behoeften op een deskundige manier tegemoetgekomen worden (3), de zorgontvanger ontvankelijk is voor de zorg en geëvalueerd wordt of vanuit het perspectief van de zorgontvanger aan de zorgbehoefte is voldaan of dat de zorg aangepast moet worden (4), en de samenleving als geheel ervoor zorgdraagt dat zorgbehoeften worden vervuld op een manier die in overeenstemming is met de democratische waarden rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid (5).

Het zorgproces kan door verschillende mensen worden uitgevoerd, afhankelijk van hun rol, bekwaamheid en inzet. Ook relationele competentie en de vaardigheden van vrijwilligers en ondersteunende functies – zoals gastvrouwen of -heren en afdelingsassistenten – dragen wezenlijk bij aan goede zorg. Zorg is dus méér dan het (technisch) handelen van professionele zorgverleners.



Figuur 1 Schematische weergave van het cyclisch proces van goed zorgen volgens Tronto

6.1.2 Duiding morele uitdagingen: welke waarden zijn in het geding?

De morele uitdagingen die uit de interviews naar voren komen (hoofdstuk 2, 3 en 4), laten zien dat zorgverleners door het personeelstekort niet voldoende invulling kunnen geven aan de verschillende fasen van zorg. Het gaat dan vooral om fasen één tot en met vier – die de kern vormen van hun dagelijks werk. Daarmee zijn de waarden aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit in het geding. Ook fase vijf, die gaat om de democratische verplichtingen van rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid, staat onder druk door schaarste aan personeel. Voor zorgverleners uit zich dat in een ervaren gebrek aan begrip, steun en waardering (hoofdstuk 5). Dat gebrek aan begrip voor de onmogelijke positie waarin zorgverleners zich soms bevinden, maakt het extra zwaar. Ook de oproep van zorgverleners om reële verwachtingen te scheppen over de zorg (hoofdstuk 5), hangt samen met de druk op fase vijf.

Aandacht

De eerste fase – zorgen om – gaat over signaleren dat iemand zorg nodig heeft, ook als er geen evidente zorgvraag is. Dat vraagt om oog voor het individu: contact maken, opmerken wat er gaande is en letten op ongebruikelijk gedrag dat mogelijk zorgelijk is. Dit opmerken kost tijd en fysieke en mentale inzet, maar personeelsschaarste zorgt juist vaak voor tijdgebrek en vermoeidheid door overbelasting, zo blijkt uit de interviews. Eerder opgedane kennis en ervaring helpen bij het herkennen van de zorgbehoefte. Een zorgverlener die de cliënt kent, kan gebruikelijk en ongebruikelijk gedrag beter onderscheiden. Uit de interviews blijkt dat invalkrachten niet altijd alle nodige zorg signaleren doordat ze de cliënten niet goed kennen. Ook wordt genoemd dat cliënten zich niet altijd vertrouwd en veilig genoeg voelen om hun (zorg)behoefte kenbaar te maken bij onbekende zorgmedewerkers. Dit leidt tot meer werkdruk voor de vaste krachten. Zorgtechnologie, die als een van de oplossingen voor het personeelstekort wordt gezien, kan het opmerken van zorgelijke signalen bevorderen of belemmeren, afhankelijk van het soort technologie dat wordt ingezet. De morele zorgwaarde die op het spel staat wanneer de eerste fase niet uit de verf komt, is aandacht. Aandacht geven is een vorm van zorgen, en bij structurele personeelsschaarste staat dit onder druk.

Verantwoordelijkheid

De tweede fase – zorgen dat – richt zich op de voorbereiding voordat er zorg geleverd kan worden. Dit kan gaan om praktische zaken, zoals het lezen van een zorgplan, administratieve handelingen, het maken van een sluitend rooster, het geven of ontvangen van financiering en het bestellen van de benodigde boodschappen en zorgmaterialen. Maar het kan ook gaan om het bedenken van een passende oplossing voor problemen of onrust. Uit de interviews blijkt dat zorgmedewerkers door gebrek aan tijd niet altijd toekomen aan wat

er nodig is voor deze fase, waardoor zij besluiten deze taken in te halen in hun eigen tijd. De waarde die in deze fase op het spel staat, is verantwoordelijkheid. Hoewel zorgverleners vaak wel degelijk beseffen dat het – bij overmacht door langdurige schaarste aan personeel – niet hun individuele verantwoordelijkheid is om bijvoorbeeld het rooster gevuld te krijgen, voelen zij toch die verantwoordelijkheid.

Competentie

De derde fase – zorg geven – gaat over het daadwerkelijke verlenen van zorg: de fysieke handelingen die gedaan moeten worden bij het verlenen van persoonsgerichte zorg. Hierbij maakt de zorgverlener contact met de zorgvrager. Het gaat verder dan alleen het technisch handelen (bijvoorbeeld het kunnen aanbrengen van een infuus); ook relationele competentie (de juiste bejegening en benadering) is nodig in deze fase. Door tijdgebrek kunnen zorgverleners niet altijd de zorg leveren die nodig is (zoals opgemerkt in fase 1 en voorbereid in fase 2). Ze voelen dat ze tekortschieten. Uit de interviews blijkt dat het ideaal van goede zorg verlenen diep verankerd is in de professionele identiteit van zorgmedewerkers, waardoor dit gevoel van tekortschieten hen ook diep raakt. Net als in de tweede fase zorgt dit ervoor dat sommige zorgverleners over hun eigen grenzen gaan om toch zorg op een acceptabel niveau te kunnen leveren. In deze fase staat de morele waarde competentie onder druk. Zelfs als zorgverleners (vast of invalkracht) volledig competent zijn, kunnen zij hun competentie niet altijd volledig benutten als er te veel zorgvragen tegelijk zijn. Door een gebrek aan tijd (voor scholing en ontwikkeling) en goede sparringpartners, wordt het ontwikkelen en verbeteren van competenties bovendien bemoeilijkt.

Responsiviteit

In de vierde fase – zorg ontvangen – moet degene die zorg ontvangt ontvankelijk zijn voor die zorg en kijkt de zorgverlener naar de reactie van de zorgvrager op de verleende zorg. Hierdoor leert de zorgverlener wat wel en niet werkt in specifieke situaties voor specifieke cliënten. Soms wordt deze kennis in het dossier van de cliënt opgeslagen, maar veel vaker gebeurt het leren door een mentale imprint in de zorgverlener. De opgedane kennis en ervaring uit fase vier nemen ze weer mee voor de volgende keer dat zij fase één ingaan. Wanneer hier geen tijd voor gemaakt kan worden, staat de waarde responsiviteit op het spel: “hup, steunkousen aan en door”, zoals een geïnterviewde wijkverpleegkundige haar gejaagde tijdschema van handelingen op haar route door de wijk beschreef. Geïnterviewde zorgverleners geven ook aan dat het lastiger voor invalkrachten is om responsief te zijn en al hun observaties adequaat te interpreteren, omdat ze de cliënt onvoldoende kennen. Ook kan de cliënt minder open staan voor het ontvangen van zorg wanneer er geen vertrouwensband is met de invalkracht. Wanneer het zorgproces afgesloten moet worden zonder de inbreng van de zorgbehoevende, is er geen sprake van responsiviteit, maar van eenrichtingsverkeer.

Vertrouwen en solidariteit

De vijfde fase – zorgen met – is een appèl op de samenleving, omdat zorg een publieke verantwoordelijkheid is, die veel breder moet worden opgevat dan enkel institutioneel. Het gaat over de manier waarop de zorg georganiseerd is, hoe de samenleving als geheel verantwoordelijkheid moet nemen voor deze zorg en de democratische waarden die daarmee gepaard gaan. Hierin is zorgzaamheid een lens waardoor we naar de samenleving kijken en ons verhouden tot onze medemensen. Uit de interviews met zorgverleners komt naar voren dat er grote behoefte is aan steun en begrip voor zorgverleners die worstelen met het personeelstekort. Zorgverleners geven ook aan dat maatschappelijke en politieke verwachtingen over van wat er nog aan zorg geboden kan worden, bijgesteld moeten worden. Dit betekent dat er op korte termijn moeilijke keuzes moeten worden gemaakt over hoe en welke zorg nog gegeven kan worden. Als vraag en aanbod te ver uit elkaar komen te liggen, kan er niet meer tot een rechtvaardige verdeling van zorg gekomen worden. Dit is in strijd met democratische waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid.

6.1.3 Het knelpunt: morele last oneerlijk verdeeld

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat goed zorgen onder druk staat. Dit komt onder andere door de inzet van invalkrachten die de cliënten onvoldoende kennen, een tekort aan voldoende ervaren en deskundige collega's, onvoldoende ruimte voor scholing en ontwikkeling, organisatorische problemen bij de inzet van zzp'ers, en tijdgebrek. Het structurele tekort aan menskracht dwingt zorgverleners om te kiezen wie tijd, aandacht en (kwaliteit van) zorg en begeleiding ontvangt. Dat zijn keuzes die zij eigenlijk niet willen maken, omdat het in kan druisen tegen professionele waarden en persoonlijke drijfveren. Zoals in de beroepscode staat beschreven, is de kern van het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden het bijdragen aan de kwaliteit van leven en het welzijn van zorgvragers.²² De kerntaak van begeleiders is het bevorderen van het welzijn en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen, en het bieden van ondersteuning en begeleiding bij het realiseren van hun doelen en levensinvulling.²³ Wat zorgverlenerschap wezenlijk maakt, is het vermogen om met aandacht, toewijding en betrokkenheid te handelen in relatie tot de ander, en zo te voorzien in diens behoefte om het leven te verrijken. Wanneer zorgverleners structureel het gevoel hebben de morele zorgwaarden en doelen van de zorg niet meer te kunnen realiseren, wordt de essentie van het zorgverlenerschap ondermijnd. Waar doe ik het voor? Waarvoor ben ik nog zorgverlener? Wat vind ik nog mooi aan dit vak? Deze fundamentele drijfveren dreigen dan verloren te raken. De spanning tussen de wil om goede zorg te verlenen – in alle fasen van het zorgproces – maar dit niet te kunnen door de omstandigheden, vergroot tevens de kans op morele stress. Als morele stress niet wordt geadresseerd of opgelost, en zorgverleners daarbij geen steun

ervaren of tijd hebben om (samen) te reflecteren op deze spanning, kan het uiteindelijk leiden tot afstomping ("ik trek het mij niet meer zo hard aan"), boosheid of zinloosheid ("het doet er niet meer toe"). Tot slot neemt de kans op uitstroom toe.²⁵ Zorg vindt altijd plaats binnen ongelijk verdeelde machtsverhoudingen, die zich in iedere fase van zorg anders manifesteren. Sommige mensen hebben op basis van hun rol de positie om zich te kunnen beperken tot 'zorgen om' (fase 1), zonder de zorglast of de concrete uitvoering van de zorg zelf te dragen (zoals regering en parlement). De feitelijke verantwoordelijkheid voor het omgaan met de gevolgen van het personeelstekort – zoals de verdeling van aandacht en het opvangen van uitval – komt terecht bij zorgverleners op de werkvloer. Zij dragen niet alleen de fysieke, maar ook de morele en emotionele consequenties van structurele personeelstekorten. Daar komt bij dat de zorgverleners het eerste aanspreekpunt zijn voor cliënten en hun naasten. Zij ervaren niet alleen de morele last van de moeilijke keuzes zelf, maar ook de morele last van het moeten uitleggen waarom de moeilijke keuzes nodig zijn. Zij voelen zich ter verantwoording geroepen voor een situatie die zij zelf niet hebben veroorzaakt. Door het verschil in nabijheid en verantwoordelijkheid wordt de morele last ongelijk verdeeld en gedragen, terwijl zorgverleners slechts een van de schakels zijn in het hele zorgproces. Zorg is immers ingebed in maatschappelijke en politieke structuren die de omstandigheden bepalen waaronder zorg geboden kan worden. Bredere politieke en beleidsmatige keuzes (of het niet maken daarvan) werken door in de praktijk en vormen de positie en handelingsruimte van zorgverleners, terwijl zorgverleners hier geen (of maar beperkte) invloed op hebben. De morele last van structurele schaarste mag daarom niet afgewenteld worden op individuele zorgverleners.

6.2 Drie oproepen

Dit rapport is een noodkreet. Het CEG constateert dat er door het personeelstekort schrijnende situaties ontstaan voor zorgverleners en zorgvragers. Dit leidt tot ethische knelpunten op de werkvloer. Geïnterviewden geven aan niet te weten hoe ze het werk vol moeten houden en/of maken zich zorgen over de toekomst van de zorg. Ondanks inspanningen om de zorg houdbaar te houden,³⁴ signaleert het CEG dat zorgmedewerkers hier niet voldoende iets van merken op de werkvloer. De essentie van wat zorgen is, staat onder druk. Menig geïnterviewde ervaart bovendien een kloof tussen zichzelf en zorgbestuurders, het management en het beleid. Zij voelen dat het vaak over hen gaat in plaats van dat er in samenspraak met hen bepaald wordt welke keuzes goed passen bij de praktijk. Het CEG sluit dit rapport af met een drietal oproepen:

1. Het CEG roept regering en parlement op om nu verantwoordelijkheid te nemen voor structurele keuzes in de zorg

Zolang we blijven vasthouden aan het ideaal van volledige en gelijke toegang tot zorg, zonder duidelijke keuzes te maken over prioriteiten, de verdeling van zorg, en over wat aanvaardbare in plaats van optimale kwaliteit van zorg is, wordt de morele last als gevolg van personeelsschaarste afgewenteld op de individuele zorgverlener.²¹ Dat is onhoudbaar én onrechtvaardig voor zorgverleners, en leidt uiteindelijk tot een afname van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de samenleving. De keuzes die zorgverleners elke dag moeten maken, gaan niet alleen over hun eigen werk. Ze raken aan grotere maatschappelijke vragen: wie krijgt zorg, wie niet, en wat vinden we als samenleving acceptabel?

2. Het CEG roept regering en parlement op om een grondig publiek debat over de toekomst van zorg te voeren

Schaarste van zorgpersoneel in de zorg is niet tijdelijk, maar structureel. Dat vraagt om beleid dat niet primair inzet op het oprekken van het systeem, maar op het rechtvaardig verdelen van wat er wél is en het weerbaar en toekomstbestendig maken van het zorgstelsel.³⁵ Er is onderzoek en ruimte nodig voor nieuwe manieren van denken over hoe we als vergrijzende samenleving goed kunnen blijven zorgen. Daarbij hoort een eerlijk publiek debat over prioritering, zorgnormen en solidariteit, en een zorginfrastructuur die deze keuzes ondersteunt.

3. Het CEG roept regering, parlement, beleidsmakers en zorgbestuurders op om zorgverleners als essentiële bron van wijsheid te betrekken

Zorgverleners zijn gedreven om mee te denken en hebben kennis over welke keuzes goed aansluiten bij de uitvoeringspraktijk. Zie hen als volwaardige gesprekspartners en als essentiële bron van wijsheid bij het organiseren van zorg. De zeggenschap van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders moet sterk verbeterd worden. Er klinkt namelijk een duidelijke oproep vanuit de zorgverleners om de kloof tussen de mensen op de werkvloer en de leidinggevende, zorgbestuurders, politiek en beleid te dichten. Dit vraagt om het structureel betrekken van deze zorgverleners bij beleidsontwikkeling, organisatiekeuzes en ethische kaders rond schaarste. Diverse rapporten, waaronder de Landelijke Monitor Zeggenschap, geven aanbevelingen voor hoe de professionele zeggenschap van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders op landelijk, regionaal, organisatie-, team- en individueel niveau versterkt kan worden.^{27,36,37}

Bijlage 1 Werkwijze interviews

Om te signaleren wat de morele uitdagingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de VVT en gehandicaptenzorg zijn, heeft het CEG groepsinterviews en individuele interviews gehouden. Twee bijeenkomsten met groepsinterviews vonden plaats op het kantoor van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Twee andere groepsinterviews vonden plaats bij een zorginstelling en op een externe locatie. Individuele interviews vonden plaats via een online videoverbinding. Alle interviews vonden plaats tussen oktober en december 2024, aan de hand van de volgende semigestructureerde interviewvragen:

- Waarom ben je zorgverlener geworden? Wat zijn je drijfveren?
- Waar loop je tegenaan in de zorg voor de patiënt/cliënt door het personeelstekort?
- Wat maakt die situaties lastig? Waar zit de twijfel of het knelpunt in?
- Wat doet het met jou? Wat voel je hierbij?
- Welke weg kies je meestal om de situatie op te lossen en waarom die weg?
- Op welke manier kun je de knelpunten op jouw werk bespreekbaar maken? Welke ondersteuning krijg je nu?
- Waar heb je verder behoefte aan? Wat heb je daarvoor nodig en wie kan je daarbij helpen? (NB De focus lag niet per definitie op potentiële oplossingen voor het personeelstekort)

Het CEG heeft deelnemers geworven via de beroepsverenigingen V&VN en BPSW, zorginstellingen, het netwerk van het CEG en door een open oproep op sociale media. In totaal namen 47 zorgverleners deel aan de interviews. De kenmerken van de deelnemers zijn weergegeven in tabel 1. Voor het analyseren van de onderzoeksdata is gebruikgemaakt van programma ATLAS.ti versie 8.2.33.

Tabel 1 Kenmerken deelnemers	Branche: VVT (n=23)	Branche: GHZ (n=24)
Geslacht		
Vrouw	22	21
Man	1	3
Beroepsgroep		
Verpleegkundige*	18	1
Verzorgende IG	5	1
Begeleider	0	22
VVT		
Alleen thuiszorg	14	n.v.t.
Alleen verpleeghuiszorg	7	n.v.t.
Allebei	2	n.v.t.
Provincie		
Noord-Holland	7	6
Zuid-Holland	4	5
Utrecht	5	2
Drenthe	5	0
Gelderland	0	7
Noord-Brabant	1	3
Limburg	0	1
Groningen	1	0
Arbeidssituatie		
In loondienst	19	23
Zzp'er	3	1
Werkzoekend	1	0
Aantal zorgorganisaties**	12	11
Jaren werkervaring		
0-5	1	3
6-10	4	3
11-15	1	2
16-20	2	6
>20	15	10

* Verpleegkundigen op zowel mbo- als op hbo-niveau namen deel.

** Op basis van de deelnemers in loondienst.

Bijlage 2 Verantwoording en samenstelling CEG

Presidium

Prof. dr. M. Bussemaker, voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving en hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg bij het LUMC en de faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit van Leiden.

Dr. H. Ismaïli M'Hamdi, vicevoorzitter CEG-commissie en ethicus en universitair hoofddocent, afdeling Health, Ethics and Society, Maastricht University

Prof. dr. K. Stronks, voorzitter Gezondheidsraad en hoogleraar Volksgezondheid aan het Amsterdam UMC

Prof dr. M.C. de Vries, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde, en kinderarts bij het LUMC.

CEG-Commissie

Prof. dr. M.C. de Vries, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde en kinderarts, LUMC

Dr. H. Ismaïli M'Hamdi, vicevoorzitter CEG-commissie en ethicus en universitair hoofddocent, afdeling Health, Ethics and Society, Maastricht University

Dr. K.M.E. Bauer, universitair hoofddocent Praktische Filosofie, Erasmus School of Philosophy, Erasmus Universiteit Rotterdam (vanaf 22 april 2025)

Prof. dr. G. A. den Hartogh, emeritus-hoogleraar Medische ethiek, Universiteit Amsterdam (tot 19 feb 2025)

Dr. N. Jacobs, universitair docent Bio-ethiek, Universiteit Twente, Enschede (vanaf 22 april 2025)

Mr. dr. G.E.T. Lautenbach, juridisch adviseur MedicalPHIT, tevens verbonden aan de vakgroep gezondheidsrecht van de UvA

Prof. dr. C. Leget, hoogleraar Zorgethiek, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht (tot 19 feb 2025)

J. Meijers MSc MSM, voorzitter van de Raad van Bestuur van Stichting Bartiméus Sonneheerdt

Dr. A.R. Niemeijer, universitair docent en onderzoeker Zorgethiek & Beleid, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

Dr. P.J. Nickel, universitair hoofddocent filosofie en ethiek, afdeling Industrial Engineering & Innovation Sciences, Technische Universiteit Eindhoven

Dr. D.H.J. Pols, specialist ouderengeneeskunde en universitair docent, Erasmus MC, Rotterdam

Prof. dr. T. Sharon, hoogleraar Filosofie, Digitalisering en Samenleving, Radboud Universiteit, Nijmegen (vanaf 22 april 2025)

Drs. O.C. Tellegen, voorzitter Kompasraad, voorzitter Bestuurlijke Alliantie (IZA) en voormalig Tweede Kamerlid (vanaf 22 april 2025)

Dr. F.E. Witkamp, verpleegkundige niet-praktiserend, Lector Zorg om Naasten, Hogeschool Rotterdam

Auteurs rapport

Dr. D. Levie

S. Bolt, MA MSc

L.F.A. Dijkstra MA

Literatuur

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kiezen voor een gezonde toekomst. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM, 2024.
2. Sociaal-Economische Raad. Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Den Haag: SER, 2020; 2.
3. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: WRR, 2021.
4. ABF Research. Arbeidsmarktprognoses zorg en welzijn 2021-2031. <https://abfresearch.nl/publicaties/arbeidsmarktprognoses-zorg-en-welzijn-2021/>. Geraadpleegd: 4 april 2024.
5. Kamerstukken II. Vergaderjaar 2024-2025, 29282, nr. 586.
6. Dashboard branches - Zorg en welzijn (breed). <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/stories-dashboard/zorg-en-welzijn--breed->. Geraadpleegd: 4 april 2024.
7. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. 'Fors meer studenten nodig bij opleiding tot verzorgende'. V&VN: <https://www.venvn.nl/nieuws/fors-meer-studenten-nodig-bij-opleiding-tot-verzorgende/>. Geraadpleegd: 12 maart 2025.
8. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. Code Rood: De gehandicaptenzorg loopt leeg! BPSW, 2022. <https://www.bpsw.nl/app/data/uploads/Brandbrief-Begeleiders-ghz-16-jan-2022.pdf>.
9. Nivel. Zorggebruikers weten dat er schaarste ontstaat in de gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 2023.
10. Nivel. Kwaliteit en veiligheid van zorg in 2023. Utrecht: Nivel, 2023.
11. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Personeelstekorten in de zorg. Oplossingen in de werkvloer. V&VN, 2017. <https://www.venvn.nl/media/zz1id4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf>.
12. Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Krapte in de zorg zet kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder druk. 2022. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_724833_22/1/.
13. Metro. Jonk E. Verzorgers hebben absoluut geen tijd voor persoonlijke aandacht voor ouderen in verpleeghuis: 2024. <https://www.metronieuws.nl/lifestyle/fit-gezond/2024/12/verzorgers-geen-tijd-persoonlijke-aandacht-ouderen-verpleeghuis/>. Geraadpleegd: 19 april 2025.
14. Algemeen Dagblad. Sjoukes Y, Van Dijk M. 'Elke dienst ga ik kapot en leeg naar huis': personeel verpleeghuizen gruwet van problemen op werkvloer: 2025. https://www.ad.nl/binnenland/elke-dienst-ga-ik-kapot-en-leeg-naar-huis-personeel-verpleeghuizen-gruwet-van-problemen-op-werkvloer~a51d986b/?cb=c0c2c666-7c95-4b60-8a7f-159f3ecd5acd&auth_rd=1. Geraadpleegd: 19 april 2025.
15. Oldenmenger WH, Berger E, Stoppelenburg A. The inner struggle of nurses, exploring moral distress among hospital nurses: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud 2024; 158: 104864.
16. Van Dam K, Den Hollander M. Morele distress in de zorg: relaties met emotieregulatie, burnout en werktevredenheid. Gedrag & Organisatie 2018; 31(2): 96-116.
17. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Den Haag: CEG, 2009.
18. Jansen R. Kwart verzorgenden denkt aan stoppen. <https://www.tvvtotaal.nl/kwart-verzorgenden-denkt-aan-stoppen/>. Geraadpleegd: 28 augustus 2025.
19. Nivel. Analyse van uitstroomredenen op basis van vrije tekst. Deelrapport 2: Kenmerken, redenen en preventiemogelijkheden van uitstroom in de sector zorg en welzijn. Utrecht: Nivel, 2024.
20. Tromp K. Beslissen over toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg in de spreekkamer: een ethisch perspectief (deel 2). Juridische aspecten rondom schaarste in de zorg: 35-59. Den Haag Boom; 2024.
21. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Code Rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg. Den Haag: CEG, 2023.
22. Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. 2015. <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>.
23. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. Beroepscode voor professionals in sociaal werk. Utrecht: BPSW, 2021.
24. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Eed van Verpleegkundigen en Verzorgenden. V&VN. <https://www.venvn.nl/thema-s/beroepscode/eed-van-verpleegkundigen-en-verzorgenden>.
25. Denier Y. Druk op de ketel van de zorg: ethisch overleg als antwoord op morele stress. Tijdschrift voor Geneeskunde 2024; 80: 365-372.
26. Grimell J, Nilsson S. An advanced perspective on moral challenges and their health-related outcomes through an integration of the moral distress and moral injury theories. Military Psychology 2020; 32(6): 380-388.
27. De Brouwer BJM, De Brouwer MJG, Janssen B, Crommentuijn CJ, De Brouwer JHF. Landelijke monitor zeggenschap 2024 voor verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten en begeleiders. Eindhoven: Accuralis Zorgoptimalisatie, 2024.
28. Van Ark T, De Jonge H, Blokhuis, P. Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden. 2020. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5d4362c0-2d33-4572-9acd-c44f49b993b4/pdf>
29. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Met de stroom mee. Den Haag: RVS, 2023.
30. Personeelstekort in zorg en welzijn tegengaan. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/06/02/personeelstekort-in-zorg-en-welzijn-tegengaan>. Geraadpleegd: 3 juni 2025.
31. Berenschot. Veldbevraging administratieve lasten. Utrecht, 2025; 73642.
32. Tronto JC. Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge; 1993.
33. Tronto JC. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013.

34. Programma's. <https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/>. Geraadpleegd: 10 oktober 2025.
35. Kamerstukken II. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=-2024Z16935&did=2024D40770> Vergaderjaar 2024/25. 36600-XVI, nr. 69.
36. De Brouwer BJM, De Brouwer MJG, Janssen B, Crommentuijn CJ, De Brouwer JHF. Landelijke Monitor Zeggenschap voor Verpleegkundigen, Verzorgenden, Verpleegkundig Specialisten en Begeleiders. Voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt. 2023.
37. Van Wieringen M, Kee K, Nies H, Gobbens R, Groenewegen P, Beersma B. Verzorgenden IG in beeld. Samen werken aan een duidelijke stem en betere positie voor de beroepsgroep. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2021.



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid