

Tijd voor zorg

Een onderzoek naar arbeidsduur en werktijden in de Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

Jan de Leede, Jan Kees Looise en Bo van Westerop

De zorg staat onder grote druk: de zorgvraag groeit en het personeel ontgroent en vergrijst. Bovendien is de financiering aan het veranderen door introductie van meer marktwerking en de zorgzwaartefinanciering. In dit artikel komen de gevolgen ervan voor instellingen in de VVT aan de orde, met name vanuit het perspectief van arbeidsduur en werktijden. Hoe gaat de sector om met capaciteitplanning, flexibiliteit en de invloed van medewerkers op hun werktijden? Het is een zoektocht naar de balans tussen werkgever en werknemer.

Er zijn kort samengevat vier belangrijke ontwikkelingen, waarvan de impact op de zorginstellingen nog niet volledig zijn in te schatten. Ten eerste is de wetgeving veranderd, waardoor ondermeer marktwerking in de zorg is geïntroduceerd. In de thuiszorg is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) sinds 2007 van kracht, waarmee de huishoudelijke verzorging een gemeentelijke voorziening is geworden, in plaats van een AWBZ-functie. Organisaties moeten via aanbestedingen bieden op zorg. Er zijn nieuwe concurrenten op de markt. De patiënt/cliënt heeft keuzemogelijkheden. Dat heeft grote gevolgen gehad voor de sector: meer flexibel personeel, minder vaste contracten en toename van de werkdruk. Ook al heeft de WMO nog niet tot massale ontslaggolven geleid, de werkomstandigheden zijn wel versoerd en de tarieven zijn verlaagd. Gemeenten gaan nogal eens in op de aanbidding met de laagste prijs, waarbij de grote thuiszorgorganisaties nogal eens onder de kostprijs moeten gaan zitten. Uit onderzoek blijkt dat 42 procent van de werkgevers overweegt om geen huishoudelijke verzorging meer aan te bieden. Marktwerking speelt inmiddels ook in de V&V-sector. De inkomsten zullen hiermee meer een onvoorspelbaar karakter krijgen.

Daarbij hangt het tweede punt nauw samen: het systeem van de zorgzwaartefinanciering dat is geïntroduceerd. In de financiering voor langdurige zorg is de introductie van zorgzwaartepakketten (ZZP's) vergelijkbaar aan die van de ziekenhuizen en thuiszorg. Een ZZP is een

Dr. ir. J. de Leede werkt aan de Universiteit Twente en is oprichter van ModernWorkx.

Prof. dr. J.C. Looise is verbonden aan de Universiteit Twente.

Drs. B. van Westerop is werkzaam bij ModernWorkx.

beschrijving van een profiel van een cliënt in termen van de functies (woonzorg, dagbesteding, behandeling en begeleiding) die een cliënt nodig heeft. Daarbij wordt ook de benodigde tijd in uren per week aangegeven, zowel voor de functies afzonderlijk als voor het totaal. Alle cliënten krijgen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een ZZP-indicatie. Het totaal aan ZZP-indicaties heeft aldus een grote invloed op de formatie. Immers, hieruit wordt de formatie gefinancierd. De ZZP-systematiek wordt geleidelijk ingevoerd. De jaren 2008 en 2009 waren proefjaren, waarbij in 2009 al wel een herallocatie kon plaatsvinden van maximaal 2 procent voor de instellingen die op grond van de ZZP-indicaties moeten afbouwen.

Een derde ontwikkeling is de introductie van nieuwe – arbeidsbesparende – zorgtechnologieën, zoals zorg op afstand, alarmeringssystemen, domotica, monitoring op afstand, administratieve systemen, technologieën die het werk lichter maken en technologieën die de zelfredzaamheid bevorderen. Het lijkt duidelijk dat arbeidsbesparing in de zorg mogelijk is (Prismant, 2008), maar de omvang ervan is ongewis.

Een vierde belangrijke ontwikkeling is de krappere wordende en vergrijzende arbeidsmarkt. Ondanks de huidige economische recessie is de krapte op de korte termijn voelbaar en de verwachtingen zijn dat er op langere termijn echt grote tekorten ontstaan (Regiomarge, 2008; ZIP, 2009). Elders in dit nummer is daar al uitgebreid op ingegaan.

In ons onderzoek hebben we vooral aandacht besteed aan de invloed van de nieuwe financiering van zorg in de sector: zorgzwaartebekostiging in een context van marktwerking, nieuwe technologie en een spanningsvolle arbeidsmarkt. Centrale vraag is: *‘Wat zijn de mogelijkheden in de VVT om op een sociaal innovatieve manier om te gaan met een balans tussen werkgevers en werknemers op het gebied van arbeidsduur en werktijden?’*

Het doel van het onderzoek is inzicht te genereren in het onderwerp arbeidsduur en werktijden in de VVT en in de spanningsvelden die rondom deze thema's leven in de praktijk. Het is een inventariserend onderzoek. Het gaat in de kern om inzicht te krijgen in een sociaal innovatieve inrichting en vormgeving van de arbeidsrelatie (specifiek op het punt van arbeidsduur en werktijden). Voorbeelden van sociale innovatie op het gebied van arbeidsduur en werktijden zijn: allerlei varianten van individueel roosteren of zelfroosteren, een meer flexibele inzet van de werktijden, jaarurensystemen en nieuwe vormen van capaciteitplanning. Maar het kan ook om nieuwe manieren gaan van het organiseren van zorg, zoals kleinschalig wonen, wijkgerichte thuiszorg, of bijzondere combinaties van zorgaanbieders.

In dit artikel gaan we achtereenvolgens na welke zorgconcepten gehanteerd worden in de VVT, op welke wijze de capaciteitplanning vorm krijgt, inclusief de vormen van roosteren en flexibiliteit en wat de effecten hiervan zijn op organisatie en medewerker. In al deze onderwerpen gaat het om werktijden: op welke manier gaan de instellingen hiermee om en vinden ze een nieuwe balans in de belangen van werkgever en werknemer?

Methode

Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek dat we in opdracht van het Sociaal Overleg VVT (de sociale partners van de VVT) onder begeleiding van ActiZ hebben uitgevoerd (zie voor de eindrapportage van dit onderzoek De Leede en Looise, 2009). De aanpak van het onderzoek bestaat uit een meervoudige gevalstudie. De cases hebben we geselecteerd op basis van een telefonische rondgang langs ongeveer 50 instellingen uit de deelsectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Uit de telefonische interviews is gebleken dat het onderwerp arbeidsduur en werktijden in het algemeen en planning en roostering in het bijzonder nadrukkelijk leeft bij de instellingen en dat er een besef is dat er op dit punt ook veel te behalen valt, voor zowel de werkgever als de werknemer. Het vermoeden is bevestigd dat de invoering van de zorgzwaartebekostiging een belangrijke aanleiding is om de planning en roostering te heroverwegen.

Op basis van het overzicht dat is verkregen in de belronde is een zevental instellingen geselecteerd. Ze zijn gekozen omdat bij deze instellingen een bijzondere aanpak is geconstateerd op het gebied van arbeidsduur/werktijden, capaciteitsmanagement, zorgconcept en/of bedrijfsvoering. Bij de selectie van de instellingen is daarnaast uitgegaan van minimaal twee instellingen per deelsector en is rekening gehouden met een spreiding in regio's, omvang van de instelling en enkelvoudige/samengestelde instellingen. Per instelling zijn in de maanden april – september 2009 interviews gehouden met zorgmanagers, planners/roosteraars, teamleiders, medewerkers, OR-leden en HR-managers. De zeven instellingen hebben een instellingsrapportage gekregen. Deze rapportage is met de instelling besproken en goedgekeurd door de instelling.

We kunnen op basis van deze cases uitspraken doen voor een tweetal deelsectoren in de VVT: (1) V&V intramurale zorg en (2) extramurale zorg (AWBZ-gefinancierde thuiszorg). In de oorspronkelijke opdracht zat ook nog de Kraamzorg, uit het oogpunt van reductie van complexiteit laten we deze deelsector in dit artikel buiten beschouwing. Ook doen we geen uitspraken over een vierde deelsector: de extramurale zorg huishoudelijke hulp (WMO). Overigens zijn er al veel instellingen waar combinaties van de bovengenoemde vormen voorkomen (geïntegreerde zorgorganisaties).

Instelling	Regio	Stedelijk/regionaal	Sector	Aantal FTE (einde 2008)
Case 1	Oost	Stad	V&V	310
Case 2	Midden	Regionaal	V&V	515
Case 3	Noord	Regionaal	V&V	840
Case 4	Zuid	Regionaal	VVT	800
Case 5	Midden	Stad + regionaal	VVT	1070
Case 6	Midden	Stad + regionaal	VVT	2050
Case 7	West	Stad	VVT	2410

Tabel 1. Deelnemende VVT-instellingen.

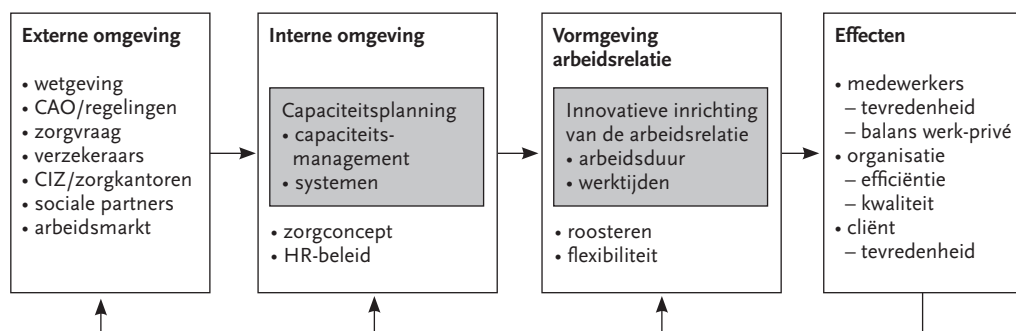
De arbeidsrelatie als focus voor innovatie

Hoe gaan de VVT-instellingen om met nieuwe vormen van arbeidsduur en werktijden? We vertrekken de analyse vanuit het perspectief van de arbeidsrelatie. Dat is de verbindende schakel tussen werkgever en werknemer: immers daar krijgt de relatie tussen werkgever en werknemer op het gebied van arbeidsduur en werktijden vorm.

De arbeidsrelatie kent drie dimensies: de ruildimensie, de gezagsdimensie en de samenwerkingsdimensie (Bolweg, 1997; Huiskamp, 2003). De arbeidsrelatie krijgt vorm in het organisatie- en taakontwerp en in de afspraken over beloning en prestaties, maar heel nadrukkelijk ook door afspraken over het aspect tijd. De vormgeving van de arbeidsrelatie wordt, met name op het aspect tijd, bepaald door de wijze waarop de capaciteitsplanning (roostering) wordt ingevuld. Maar ook door de zorgconcepten die van toepassing zijn (denk aan grootschalige versus kleinschalige zorg) en het HR-beleid, zoals de mate waarin van flexibele arbeid gebruik wordt gemaakt. De keuzen die de instellingen hierin maken worden op hun beurt beïnvloed door de externe omgeving, zoals de gewijzigde financieringsystematiek (zorgzwaartefinanciering) en de arbeidsmarkt. Verder zijn we geïnteresseerd in de uitkomsten van dit alles, zowel voor de medewerker, de organisatie als de cliënt.

In het onderzoekmodel staat de samenhang aangegeven.

In de introductie is al iets gezegd over de externe omgeving en elders in dit nummer gaat De Gier uitgebreid in op de veranderingen in de context. Dat gaan we hier niet herhalen. We gaan wel eerst iets dieper in op de zorgconcepten, waarna we een raamwerk voor de analyse van de capaciteitsplanning, de arbeidsrelatie en de effecten weergeven. Bij de inrichting van de arbeidsrelatie zullen we het steeds hebben over de roostering (en met name over de invloed van de medewerkers daarop) en over de flexibiliteit. Beide onderwerpen zijn de meest directe gevolgen van capaciteitsplanning op de arbeidsrelatie qua arbeidsduur en werktijden.



Figuur 1. Onderzoeksmodel.

Zorgconcepten

In het algemeen kunnen we stellen dat de zorg bezig is met een transformatieproces van aanbodsturing naar vraaggerichte zorg. Dit transformatieproces is in volle gang: niet elke zorgaanbieder is even ver en niet alle initiatieven zijn even succesvol. Toch is er de laatste tien jaar wel een verschuiving in de richting van deze vraagsturing gekomen. Er zijn diverse vormen van cliëntgecentreerde zorg, aangeduid met vraaggestuurde zorg, vraaggerichte zorg en belevingsgerichte zorg (Schoot, 2006).

In de literatuur van service en operations management wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende serviceconcepten. Slack et al. (2007) maken bijvoorbeeld een indeling in professional services, service shops en mass services. ‘Professionele service’ is gespecialiseerde dienstverlening, met een hoge mate van interactie met de klant, waardoor er van standaardisatie van diensten nauwelijks sprake is. In productietermen zouden we kunnen spreken van kleine series of zelfs enkelstuks. ‘Massa services’ is gericht op dienstverlening aan de massa en wordt juist wel gekenmerkt door standaardisering van de diensten. Hier spreken we van massaproductie en grote series. De ‘Service shops’ staan hiertussen in: enige mate van standaardisatie, maar tegelijk ook nog klantgerichtheid en enige autonomie voor de dienstverlener. Binnen de VVT is de introductie van ZZP-pakketten te begrijpen als een ontwikkeling richting service shops: er is een flinke mate van standaardisering, terwijl tegelijk nog afstemming met de cliënt mogelijk moet blijven.

Op deze plek beogen we niet alle zorgconcepten die in ontwikkeling zijn voor de VVT te behandelen. Wel geeft bijgaand raamwerk (figuur 2) de verschillende aspecten weer van een zorgconcept die van belang zijn voor het onderwerp personele inzet, arbeidsduur en werktijden. Het gaat om een drietal aspecten: de mate van grootschaligheid, de fysieke

	fysieke layout	processen & functies
grootschalig ('grote series') ↑↓	<ul style="list-style-type: none"> - grote afdelingen (meer dan 20 cliënten) - grote kamers met meer cliënten op een kamer 	<ul style="list-style-type: none"> - meer gespecialiseerde zorg mogelijk - meer functiedifferentiatie en taaksplitsing: medewerker is gespecialiseerd in smalle taak
kleinschalig ('kleine series')	<ul style="list-style-type: none"> - kleine afdelingen of woonvormen (7 tot 10 cliënten) 	<ul style="list-style-type: none"> - generieke zorg verlenen - minder functiedifferentiatie en taaksplitsing, medewerker is generalist - specialisten op afroep

Figuur 2. Aspecten van zorgconcepten in de VVT.

lay-out en de mate van standaardisatie van processen en functiedifferentiatie. De mate van grootschaligheid is overigens in belangrijke mate bepalend voor de fysieke lay-out en de wijze waarop de processen en functies zijn ingericht.

Vanuit de theorie over nieuwe productie- en serviceconcepten kunnen we ook afleiden dat een verhoging van de regelcapaciteit op de werkvloer een hogere kwaliteit van de arbeid en een hogere kwaliteit van de organisatie met zich meebrengt in het algemeen en voor toepassingen in de zorg: Bax et al. (2006), De Vries & Van Tuijl, 2006)). Het werken in teams die verantwoordelijk zijn voor een afgerond procesdeel is een krachtig organisatieprincipe. Dat vereist dat aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan: (1) heldere doelstellingen en prestatieafspraken, (2) betrokkenheid bij medewerkers en management, (3) capabele teammedewerkers die zoveel mogelijk multi-inzetbaar zijn op de taken van het team, (4) heldere verdeling van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en (5) de ondersteunende systemen die hierop zijn ingericht. De trend naar kleinschaligheid biedt de sector grote mogelijkheden om meer van deze organisatieprincipes toe te passen. Dat kan in de V&V, maar evengoed in de thuiszorg. De wijkgerichte aanpak van thuiszorg, met een eigen team van de medewerkers dat verantwoordelijk is voor een bepaalde wijk is een goed voorbeeld hiervan. De wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden kunnen de taken onderling verdelen, zorg dragen voor de contacten met de huisartsen, het opstellen van het zorgplan met cliënt en familie en het zorgplan uitvoeren. Met heldere doelstellingen, goed opgeleide medewerkers en goede ondersteunende systemen kan de coördinatielast tot een minimum beperkt blijven. Juist omdat veel van de regelproblemen door de medewerkers zelf opgelost kunnen worden.

Capaciteitsplanning

De capaciteitsplanning zorgt voor de afstemming van de beschikbare tijd en capaciteit op het werkaanbod. Het gaat steeds weer, zowel op de langere als kortere termijn, om het afstemmen van de benodigde uren op de beschikbare uren rekening houdend met de specifieke deskundigheden. De functie van capaciteitsplanning is om de benodigde en de beschikbare tijd en capaciteit inzichtelijk te maken, zodanig dat er gefundeerde beslissingen over de inzet van het personeel genomen kunnen worden. Daarom is capaciteitsplanning sterk verbonden aan personeelsplanning.

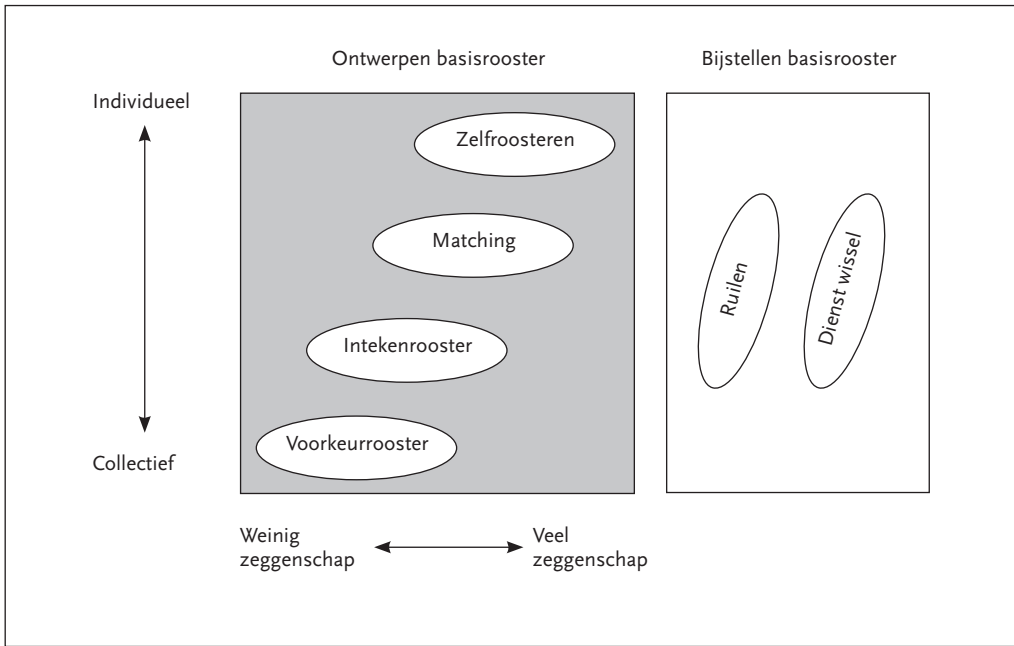
Volgens Evers & Verhoeven (1999) is strategische personeelsplanning het voorbereiden, vormgeven en implementeren van strategisch beleid rond de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel. Wanneer dit proces op een goede manier plaatsvindt, heeft de organisatie – ook op de langere termijn – de beschikking over het juiste personeel op het juiste moment, teneinde de doelen van de organisatie te bereiken. We noemen dit de langetermijnplanning. Bij de *langetermijnplanning* gaat het om het ontwikkelen en zekerstellen van de juiste personeelsformatie. Met andere woorden, het gaat om het zorgen voor voldoende en vakbekwaam personeel. *Planning op de middellange termijn* wordt in de literatuur ook wel roosteren genoemd (Rönnberg & Larsson, 2009). Daarbij gaat het om het vertalen van het werkaanbod op middellange termijn in roosters waarmee de inzet van het personeel gereguleerd wordt. Ten slotte is er nog de *kortetermijnplanning*. Dat is het aanpassen van de roosters aan onvoorziene omstandigheden, bijvoorbeeld plotselinge drukte, calamiteiten, ziekte etc. De termijn is kort, tot op de dag zelf kan er geschoven worden met medewerkers ‘om het rooster rond te krijgen’.

Zelfroosteren of liever ‘individueel roosteren’

Het hebben van invloed op de eigen werktijden en het eigen rooster is van positieve invloed op de tevredenheid met de werktijden (Knauth & Hornberger, 2003). Medewerkers vinden zeggenschap op de eigen tijd van groot belang om een goede werk-privé balans te kunnen verkrijgen. Vormen van individueel roosteren en zelfroosteren zijn methoden om de invloed van medewerkers te organiseren. Individueel roosteren kan in verschillende varianten (NCSI, 2009).

Individueel roosteren kan gedefinieerd worden als een arbeidstijden-systeem waarbij:

1. de werkgever de bezettingseisen vaststelt, en
2. de werknemers hun individuele voorkeuren voor werktijden aangeven,
3. waarbij, met of zonder hulp van ICT, de medewerkers/ roosteraars/ managers



Figuur 3. Varianten van individueel roosteren.

4. de individuele voorkeuren en bezettingseisen op elkaar afstemmen
5. met als resultaat een rooster waarin beide belangen convergeren.

Kernpunt is dus de invloed van de individuele medewerker op de eigen werktijden, maar binnen de randvoorwaarden van de bezettingseisen. In plaats van zelfroosteren is daarom de term ‘individueel roosteren’ meer geschikt. Het onderling ruilen van diensten kan ook al gezien worden als een lichte variant van individueel roosteren. Volledig zelfroosteren omvat meer: de voorkeuren van medewerkers worden (al dan niet individueel) serieus genomen en medewerkers mogen hun eigen werktijden – binnen de grenzen van de bezettingseisen – zelf vaststellen.

1. *Voorkeurooster*. Hierbij wordt door de roosteraar zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van medewerkers. Dat kan door medewerkers in een groep te plaatsen die alleen vroege diensten of juist voornamelijk late diensten draait. Het gebeurt ook door op individuele wensen in te spelen, zolang dat een rooster oplevert dat aan de bezettingseisen voldoet.
2. *Intekenrooster*. Dit heet ook wel ‘shift picking’. Hierbij wordt door de werkgever een rooster opgeleverd met diensten erin die nog niet op naam staan. Medewerkers die aan de eisen voldoen, kunnen inschrijven op bepaalde diensten. Het systeem of de roosteraar kent de diensten toe.

3. *Matching*. Deze variant van zelfroosteren lijkt op shift picking. Het verschil is dat de werkgever hierbij niet tevoren de diensten in het rooster zet. Wel zijn de bezettingseisen bekend. De medewerkers voeren hun wensen in qua werktijden (dus geen diensten) en het systeem of de roosteraar gaat deze wensen proberen te ‘matcher’ met de bezettingseisen.
4. *Volledig zelfroosteren*. Hierbij bepaalt het team of de afdeling alles, zowel qua inhoud (wat doen we) als qua tijd (wanneer doen we het), zolang het binnen de doelstellingen van de organisatie gebeurt. Tussen de teamleden moet ofwel voldoende vertrouwen bestaan dat ieder in gelijke mate voorkeuren krijgt toebedeeld ofwel moeten spelregels worden opgesteld om te voorkomen dat de grootste schreeuwers de meeste voorkeuren krijgen toegekend.

Als het rooster eenmaal opgesteld is langs een van deze vormen kan het grote ruilen beginnen:

5. *Ruilen en/of dienstwissel*. Ruilen gebeurt in de zorg al sinds jaar en dag. Op het moment dat het basisrooster bekend en gepubliceerd is, kan het ruilen van diensten beginnen. Medewerkers zoeken elkaar op om een ruil tot stand te brengen waardoor privé zaken beter kunnen worden afgestemd op het werk. Ruilingen kunnen handmatig gebeuren, maar ook ondersteund worden door tools, al of niet web-based. Daar waar ruilen informeel gebeurt, is er vaak weinig inzicht in de daadwerkelijke arbeidstijden van medewerkers.

Flexibiliteit

Als we het over planning en roostering hebben, dan moeten we het ook over flexibiliteit hebben. Flexibiliteit is noodzakelijk gezien de toenevende vraagsturing, de ZZP-indicaties die wisselen en de verstoringen die ziekte, vakantie en opleiding geven in de roosters. Flexibiliteit kan op verschillende manieren bereikt worden. We kunnen het managen van flexibiliteit opvatten als het balanceren tussen de flexibiliteitbehoefte en het flexibiliteitsvermogen van een organisatie (De Leede & Goudswaard, 2008). Op deze manier bezien, beschikt een organisatie over een uitgebreid arsenaal aan middelen om de benodigde flexibiliteit te bereiken. Het gaat dan over het zorgconcept (hoe flexibel is een zorgproces ontworpen, hoe flexibel kunnen de gebouwen en faciliteiten meegaan met veranderingen in de vraag, hoe flexibel is de technologie?). En het gaat over de planning (op welke manier is de capaciteitsplanning vormgegeven en kan er ‘gespeeld’ worden met wachtlijsten?) en de organisatorische inrichting (hoe flexibel is de organisatie?). De focus in dit artikel is de factor arbeid: hoe flexibel is het eigen personeel en in hoeverre wordt er gebruik gemaakt van inhuur van extern personeel?

We kunnen de flexibiliteit van het personeel indelen naar verschillende typen, zoals elders beschreven (De Leede, et al., 2002): in de basis is er personele flexibiliteit naar contract, tijd, functie en locatie. Bij de flexibiliteit naar contract kijken we naar de mate waarin de instellingen flexibele krachten inhuren (uitzendkrachten, externe flexpools). De flexibiliteit naar tijd betreft de manier waarop instellingen omgaan met bufferuren en met de flexibele bandbreedte van de vaste krachten. Met de flexibiliteit naar functie bedoelen we de mate van multi-inzetbaarheid van medewerkers, terwijl de flexibiliteit naar locatie de multi-inzetbaarheid over verschillende locaties/vestigingen is.

Hoofdvorm	instrumenten van personele flexibiliteit
1. contract flexibiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • contractvariëteit: <ul style="list-style-type: none"> – vast – tijdelijk – (langdurige) uitzendkracht – min-max contract – oproepkrachten – freelance – zelfstandige zonder personeel (ZZP) • deeltijd • collegiaal inlenen • (externe) arbeidspools
2. werktijd flexibiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • overwerk • gecompriëerde werkweek • werkroosters, ploegendienst • individuele roosters • glijdende werktijden • urenbank • flexibele verlofregelingen
3. functie flexibiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • multi-inzetbaarheid horizontaal (taken collega's) • multi-inzetbaarheid verticaal (taken leidinggevende) • multi-inzetbaarheid tussen afdelingen
4. locatie flexibiliteit	<ul style="list-style-type: none"> • bedrijfslocatie flexibilisering • thuiswerk

Figuur 4. Vormen van personele flexibiliteit (naar De Leede et al., 2002).

Uitkomsten

Ten slotte zijn er de uitkomsten: de effecten van de keuzen in de vormgeving van de arbeidsrelatie voor organisatie, medewerker en cliënt. Bij de medewerkers kijken we in het onderzoek met name naar de tevredenheid over de arbeidsduur en werktijden. Het punt van de balans werk en privé komt daarin als belangrijkste naar voren. De 'work-life balance' staat in de literatuur onder grote belangstelling (zie ondermeer Hochschild, 1997; Moen, 2004; Van der Lippe, 2007). Daarin wordt stevast de relatie gelegd met de organisatie van het werk. Bijvoorbeeld dat meer autonomie in het werk vaak meer druk op de resultaten en ook meer problemen met de balans werk-privé met zich meebrengt (Hochschild,

1997). Of dat flexibiliteit op het werk, in de zin van meer beschikbaarheid voor de werkgever, vaak een inbreuk betekent op de interactie met thuis en zelfs op het karakter van de mens (Sennet, 1998). Met andere woorden, de tijdaspecten van het werk hebben een grote invloed op de ervaren balans werk-privé.

Bij de organisatie kijken we vooral naar een tweetal aspecten. Ten eerste de efficiëntie. Hoe efficiënt wordt de capaciteitsplanning uitgevoerd? Hoeveel productieve tijd gaat in de planningsfunctie zitten, niet alleen van de roosteraars en planners zelf, maar ook van de zorgmanagers, de teamleiders en de medewerkers zelf. Een ander aspect van efficiëntie is de fit tussen benodigde en beschikbare capaciteit. In welke mate komt de beschikbare capaciteit overeen met de benodigde capaciteit? Is er sprake van leegloop? Of juist van een tekort aan capaciteit waardoor er werkdruk ontstaat? Verder is de kwaliteit van de geleverde zorg van belang.

Voor de cliënten is een goede planning ook van groot belang. Hoewel uit veel onderzoeken blijkt dat Nederland hoog scoort op het gebied van de cliënttevredenheid, zijn er ook diverse krantenberichten die anders doen vermoeden, met name in de chronische zorgverlening. Wij betrekken in het onderzoek daarom steeds de beschikbare cliënttevredenheidsonderzoeken die de instellingen zelf hebben laten uitvoeren. Daarin kijken we vooral naar het aspect rondom de inzet van medewerkers (aantal verschillende gezichten, tijdigheid, aandacht en kwaliteit).

Bevindingen

Deze paragraaf geeft de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek weer. We besteden aandacht aan de zorgconcepten, de capaciteitsplanning en roostering, de flexibiliteit en de uitkomsten.

Zorgconcepten in de VVT

In de V&V-instellingen hebben we diverse zorgconcepten aangetroffen: van traditionele grote afdelingen en lange gangen met meerpersoonskamers tot kleinschalige woonzorgvormen. Er is wel een duidelijke trend naar kleinschaligheid gaande. Bijna elke VVT-instelling heeft traditionele grootschalige zorgverlening, maar is tegelijkertijd met kleinschalig wonen bezig, hetzij in conceptfase, hetzij in proef of al volop in gebruik. Bij kleinschalig wonen zijn verschillende effecten zichtbaar: cliënten verblijven in een meer huiselijke omgeving met het ritme van een klein huishouden, hetgeen vaak als aantrekkelijk wordt ervaren (op voorwaarde uiteraard dat het enigszins 'klik' tussen de bewoners). De cliënten zien op deze manier ook meer vaste gezichten. Medewerkers ervaren het als plezierig omdat er gerichte zorg aan een beperkte groep mensen kan worden gegeven. Bovendien is er sprake van minder functiedifferentiatie: als medewerker moet je alle voorkomende taken doen. Het wordt

Instelling	Zorgconcept
Case 1	Planvorming: van een traditionele zorgorganisatie naar kleinschalig wonen
Case 2	Hotelmatige benadering Trend naar kleinschalig wonen
Case 3	Zorghotel voor revalidatie na ziekenhuis Kleinschalig wonen (8 à 9 bedden per unit)
Case 4	Kleinschalig wonen (7 woningen met 5 à 6 cliënten per woning) Verzorgingshuis: overgang van intra- naar extramuraal wonen: zorgwoningen
Case 5	Project wonen met intensieve zorg Kleinschalig woonproject voor dementerenden
Case 6	Wijkteams thuiszorg Zorgroutes om versplintering van zorg en functiedifferentiatie tegen te gaan
Case 7	Zorghotel voor revalidatie na ziekenhuis Kleinschalig wonen Zorgroutes extramuraal zorg

Tabel 2. Overzicht instellingen en zorgconcepten.

als lastig ervaren om pauzes te nemen, omdat je als enige medewerker niet van de werkplek vandaan kunt. Soms wordt het ook als minder efficiënt ervaren: 'we zouden best van 8 naar 9 bedden per unit kunnen, met hetzelfde personeel'. Een enkele instelling (bijvoorbeeld case 4 en case 7) is ver met kleinschalig wonen; zij hebben ook prijzen gewonnen met een van hun locaties, bijvoorbeeld als beste verpleeghuis van Nederland (2008). Vooral psychogeriatrische zorg lijkt geschikt voor het concept van kleinschalig wonen.

Verder zien we een trend naar extramuraal wonen. Bij case 4 is die trend zichtbaar doordat op de nieuw te bouwen locaties maar op beperkte schaal verzorgingshuizen komen, maar wel aanleunwoningen en seniorenwoningen in woonzorgcentra. Wonen en zorg lijkt dan gemakkelijker te scheiden, toch is dat niet hun strategie. Deze VVT-instelling wil juist ook het wonen en de WMO-gebaseerde hulp blijven aanbieden aan de cliënten, vanwege de kwaliteit van hun zorgaanbod en het behouden van marktaandeel.

In de thuiszorg is een wijkgerichte aanpak steeds gebruikelijker, enigszins vergelijkbaar met wat Buurtzorg Nederland doet. Bij Buurtzorg zijn de teams die bestaan uit hoogopgeleide medewerkers (niveau 3-5) met elkaar verantwoordelijk voor de zorg. Zo heeft case 6 de regio's waarin thuiszorg geboden wordt, opgedeeld in wijken met elk een eigen team. Elke regio heeft een teamleider, een roosteraar en 1 à 2 cliëntbegeleiders (doen de intake, de indicatie en stellen het zorgplan op in overleg met cliënt). Op basis van het zorgplan worden de activiteiten in een zorgroute geplaatst, waarna de medewerkers de zorgroutes uitvoeren. Daarnaast heeft deze instelling nog een ambulante team dat 24 uur per dag beschikbaar is en ook een aantal gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ook de hotelmatige benadering is aangetroffen. Zo hebben de V&V-instellingen 2 en 3 initiatieven op dit vlak, met grand café en restaurantachtige gemeenschappelijke ruimten. Zorg is in de visie van case 2 niet alleen medische zorg, het gaat om het totaalpakket: ook het wonen, het eten en drinken, de dagactiviteiten, het welbevinden, de bejegening, de sfeer van het gebouw, de tuinen en de omgeving horen bij het totaal dat wordt aangeboden. Een meer hotelmatige benadering wordt daar vormgegeven door een manager die horeca-ervaring heeft.

De inzet van personele capaciteit: planning en roostering in de VVT

Uit het onderzoek blijkt dat de onderzochte case-instellingen sinds de introductie van de ZZP-financiering meer aandacht (willen) besteden aan de capaciteitsplanning. Een goede planning is onmisbaar om tot een efficiënte afstemming van de benodigde en beschikbare capaciteit te komen. Het gangbare patroon voor de intramurale zorg (en in feite ook voor extramurale zorg) ziet er in de kern als volgt uit:

1. ZZP-indicatie
2. Opstellen cliëntagenda / individueel zorgplan / zorgdossier
3. Vertaling naar zorgactiviteiten / zorgroute
4. Planning van activiteiten / zorgroute
5. Roostering: medewerkers inroosteren
6. Zorgverlening
7. Salarisuitbetaling
8. Facturering

Het traject begint met de bekendmaking van de ZZP-indicaties. Pas daarna kunnen de activiteiten benoemd worden. Dat gebeurt via het opstellen van een cliëntagenda of een individueel zorgplan. Soms krijgt dat vervolg in een elektronisch zorgdossier. Daarna worden de zorgactiviteiten bepaald en in de tijd uitgezet (planning), waarna er medewerkers op ingeroosterd kunnen worden.

Er wordt meer geroosterd dan gepland

Uit interviews met diverse betrokkenen binnen de case-instellingen kwam duidelijk naar voren dat de meeste aandacht wordt besteed aan de planning op de *middellange termijn*, ofwel het roosteren van personeel, ten opzichte van de planning op de *lange termijn*. Kortweg, er wordt meer geroosterd dan gepland. De personeelsplanning voor de lange termijn wordt gemaakt voor de duur van één jaar, doorgaans gelijktijdig geïntroduceerd met de jaarbudgetten, en is gebaseerd op de aanwezige cliënten en de door het CIZ verkregen cliëntindicaties. Tevens spelen de normen voor verantwoorde zorg een belangrijke rol wat betreft de samenstelling van het personeelsbestand (en de latere doorvertaling in het dienstrooster): in veel gevallen wordt een bepaalde minimumbezetting vereist, ongeacht het aantal cliënten.

De V&V-instellingen gaven tevens aan rekening te houden met wisselende cliëntaantallen en -indicaties door het personeelsbestand voor een bepaald percentage uit flexibele contracten te laten bestaan. Hieruit blijkt duidelijk het verband tussen capaciteitsplanning en arbeidsflexibiliteit. Flexibiliteitsbehoefte blijkt naast wisselende ZZP-indicaties tevens te ontstaan door verstoringen in het rooster door ziekte, vakantie en opleiding.

Bij het roosteren, de planning op de *middellange termijn*, zijn meerdere verschillen gevonden tussen de instellingen, zoals de termijn waarvoor de planning opgesteld wordt, de positie binnen de organisatie waarop dit gebeurt, de karakteristieken van het dienstrooster, de mate waarop invloed uitgeoefend kan worden op het dienstrooster in de inzet van ICT.

Termijn: planninghorizon en bekendmakingstermijn

Het merendeel van de case-instellingen stelt het dienstrooster op voor een periode van 13 weken (kwartaal). Streven is om deze roosters een maand van tevoren bekend te maken bij het personeel, maar doorgaans benadert dit de minimale bekendmakingstermijn van 14 dagen zoals omschreven in de CAO VVT. De meeste instellingen maakten in één keer het gehele dienstrooster bekend, een tweetal instellingen gaf daarentegen aan het rooster elke maand met een maand te verlengen: 'uit te rollen'.

Planning: centraal of decentraal?

Bij twee relatief kleine VVT-instellingen, met drie tot vijf vestigingen in één regio, wordt de roosterplanning centraal uitgevoerd door een planbureau. Het centrale planbureau, bemand door meerdere roosterplanners waaronder voormalig zorgmedewerkers, verzorgt de planning van de medewerkers per afdeling. In geval van een decentrale planning wordt het rooster vaak door een teamleider opgesteld, of door een Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV'er) als nevenactiviteit. Binnen de thuiszorg zijn wel vaak specialistische planners aan een regio verbonden. De korte afstand tussen medewerker en roosteraar in geval van roosterplanning op decentraal niveau is een veelgehoord voordeel. Bij een aantal instellingen was dit ook de voornaamste reden om terug te keren naar een decentrale aanpak. Echter, ontevredenheid over een volledig decentrale planning werd voornamelijk geuit door managers: door het overzicht dat zij over de gehele instelling hebben, zien zij de beperkingen van een decentrale roosterplanning in. Er is te weinig inzicht in de capaciteitsproblemen (overcapaciteit en ondercapaciteit) op decentraal niveau. Hierdoor kan het zomaar gebeuren dat bij drukte bij de ene afdeling er sprake is van overwerk of inhuur van externe krachten, terwijl er bij een andere afdeling nog wel medewerkers beschikbaar zijn.

Karakteristieken van het dienstrooster

De dienstroosters van zowel de V&V-instellingen als de Thuiszorginstellingen vertonen gelijkenissen wat betreft het werkaanbod: aan het begin van de dag en tegen het eind van de middag zijn duidelijk 'pieken' zichtbaar ten opzichte van de andere momenten op de dag. Binnen verpleeg- en verzorgingshuizen probeert men het (diverse) werkaanbod enigszins over de dag te spreiden, wat in de Thuiszorg niet mogelijk is aangezien cliënten vanuit routes worden bediend en vanwege efficiencyredenen door één medewerker. Binnen de instellingen wordt idealiter gesproken over gebroken diensten en arbeidscontracten met een geringe omvang om zodoende het werkaanbod en de personele capaciteit zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Echter, gezien de behoefte aan personeel bieden instellingen doorgaans grotere arbeidscontracten en gaan zij niet over tot de inzet van gebroken diensten, ondanks de mogelijkheid geboden in de CAO VVT.

Roosteren en de invloed van de medewerker

Er is vrijwel overal invloed op het dienstrooster doordat er onderling geruild wordt nadat het basisrooster bekend is gemaakt. De invloed op de totstandkoming van het basisrooster zelf is verschillend, maar meestal wordt door de roosteraar (planner, EVV'er of teamleider) zo goed mogelijk geluisterd naar de wensen en voorkeuren van medewerkers. Vaak is dat ook hard gemaakt in het roosterbeleid: de mogelijkheid om bijvoorbeeld één vaste eis te kunnen stellen (altijd vrij willen zijn op een dag(deel) en één flexibele wens (wel een voorkeur, maar hier mag de instelling van afwijken). Bij één instelling is een pilot geweest met zelfroosteren: de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het dienstrooster werd volledig bij de medewerkers zelf neergelegd. Medewerkers die hieraan hebben meegedaan zijn over het algemeen positief (betere afstemming werk-privé is mogelijk). Ook de managers zijn positief (medewerkers kunnen zich beter aanpassen aan de verstoringen in het roosteren en passen zich gemakkelijker aan de zorgvraag aan). Moeilijkheden die werden ervaren waren dat 'First come, first served' niet kon worden voorkomen, dat het weekend altijd het langst open bleef en dat medewerkers in eigen tijd aan het roosteren waren. Een interessante koppeling is echter te maken met kleinschalig wonen: door het relatief kleine team van medewerkers is team-based zelfroosteren hier goed mogelijk. Medewerkers kennen elkaar goed en zijn verantwoordelijk voor een afgebakende groep cliënten. De verhoogde betrokkenheid is een goede voedingsbodem om ook het roosteren in de groep neer te leggen.

	Roosterkarakteristiek	Ruilen/Zelfroosteren
Case 1	Roosterperiode is 13 weken Rooster is 4-6 weken van te voren bekend	1 harde eis: 1 dagdeel Onderling ruilen kan altijd
Case 2	12 weken van tevoren conceptrooster, 10 weken van tevoren definitief rooster bekend; rooster wordt per 4 weken aangeboden	1 harde eis en 1 flexibele wens Onderling ruilen kan
Case 3	Acyclisch rooster, streven naar cyclisch Roosterperiode is 13 weken, wordt maandelijks uitgerold. Doorgaans 25 dagen van tevoren bekend (minimaal 2 weken).	Medewerkers geven hun voorkeuren door aan planner/teamleider Men kan 'makkelijk' vrij krijgen Onderling ruilen kan
Case 4	Teamleiders roosteren op basis van de cliënt-agenda's Acyclisch rooster, zoveel mogelijk cyclisch rooster en rekening houden met individuele wensen Roosterperiode 3 maanden; 4 weken van tevoren bekend	Pilot zelfroosteren Kleinschalig wonen: teams doen aan zelfroosteren; bij grotere afdelingen doen teamleiders het Onderling ruilen kan altijd
Case 5	Roosterperiode van 13 weken, dan ook bekend. Wel verschillen tussen afdelingen; uiterlijk 2 weken van te voren is laatste roosteraanpassing bekend Cyclisch rooster op individuele basis mogelijk, binnen ondersteunende diensten gebruikelijk EV'ers ondersteunen roosteren	1 harde eis (1 vaste vrije dag mogelijk) Roosterboek: kunnen medewerkers wensen in doorgeven Onderling ruilen kan
Case 6	Streven naar vast rooster Rooster per 4 of 8 weken; 2 weken van tevoren bekend (willen naar 10 dagen, net als kraamzorg)	Veel invloed op rooster bij de eigen planner Onderling ruilen van dagen/zorgroute kan
Case 7	Intramuraal: 3 maandelijks rooster Acyclisch rooster Minimaal 2 weken van tevoren bekend	Veel invloed op roosters, vooral bij kleinschalig wonen Onderling ruilen kan

Tabel 3. Roosterkarakteristiek en de invloed van medewerkers op hun rooster.

Inzet van ICT of toch handmatig?

Alle case-instellingen hebben een geautomatiseerd plannings- en roostersysteem ter beschikking, afkomstig van verschillende leveranciers. De mate waarin die gebruikt worden voor het maken van de roosters verschilt. Het algemene beeld is dat de systemen door de centrale planafdelingen (de centrale planners en roosteraars) wel ten volle gebruikt worden, maar meestal is het gebruik op de afdeling zelf door teamleiders, EVV'ers of decentrale planners deels nog handmatig. Dat geldt met name voor het inventariseren van de voorkeuren van de medewerkers: deze worden doorgegeven middels een roosterboek dat op de afdeling ligt. De roosterverantwoordelijke maakt hier vervolgens op papier of met behulp van een spreadsheetprogramma een rooster van, waarna het wordt ingevoerd in het systeem. Nadat het rooster is vastgesteld begint het ruilproces. Dat wordt ook vrijwel overal nog handmatig bijgehouden. Het uiteindelijke gedraaide rooster wordt binnen alle instellingen wel in het systeem ingevoerd, ook al omdat dat noodzakelijk is voor de administratieve verwerking (salarisadministratie binnen de VVT en facturering binnen de Thuiszorg).

Flexibiliteit vooral via flexibele bandbreedte van de contracten

In dit onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de basiszorg vooropstaat: er dient altijd voldoende personeel aanwezig te zijn om deze basiszorg te waarborgen. Om de fluctuaties op te vangen maken de instellingen in verschillende mate gebruik van personele flexibiliteit, zoals naar contract, tijd, functie en locatie. Contractflexibiliteit komt binnen alle case-instellingen voor: basiszorg wordt in eerste instantie geleverd door personeel met 'grotere' arbeidscontracten, aangevuld met medewerkers met 'kleinere' contracten. Binnen deze groep 'kleinere' contracten bestaat een bepaalde variëteit, zoals deeltijd contracten, min/max contracten, oproep en/of nul-urencontracten. Wel kan worden geconstateerd dat er doorgaans geen beroep gedaan wordt op externe uitzendkrachten of ZZP'ers, met als voornaamste reden de extra kosten die dit met zich mee zou brengen. Verder wordt ook gebruik gemaakt van meeruren (overwerk). Ook bestaat er enige locatieflexibiliteit wanneer medewerkers bijspringen op een andere afdeling dan de voor hen gebruikelijke. Instellingen maken over het algemeen nog weinig gebruik van de flexibiliteitmogelijkheden die de CAO VVT biedt: van de jaarurensystematiek wordt nagenoeg geen gebruik gemaakt. In ieder geval niet binnen de tijdsspanne die de CAO biedt: inzet van de contracturen binnen een half jaar voor medewerkers met een voltijd arbeidsduur en binnen een jaar voor medewerkers met een deeltijd arbeidsduur.

Alle case/instellingen organiseren hun flexibele arbeid vanuit interne flexpools, hetzij centraal of decentraal in de organisatie (zie Tabel 4). Centrale flexpools komen voor de bij instellingen met een centraal georganiseerde roosterplanning. De overige instellingen organiseren hun personele flexibiliteit op afdelingsniveau. De zelfde nadelen als bij decentrale roosterplanning zijn geconstateerd: medewerkers worden af en toe op meerdere plaatsen tegelijkertijd ingezet binnen een instelling omdat centraal overzicht (uitgevoerd door een eindverantwoordelijke of ICT-systeem) ontbreekt. Eén instelling inventariseert of de flexpool uitbesteed kan worden aan een externe partij, dit met het oog op een besparing van indirecte kosten.

Het lijkt er dus op dat de instellingen de flexpool het liefst in eigen beheer houden. Een flexpool gevuld met eigen oproepkrachten is het meest ideaal. Argumenten hiervoor zijn:

1. De kwaliteit van de oproepkracht kan op deze manier beter gewaarborgd worden.
2. De kosten van externe krachten (uitzendkrachten) zijn hoger in verband met de btw die hierover afgedragen moet worden.

Instelling	Flexpool	Contractvariëteit
Case 1	Flexpool van eigen oproepkrachten, kleine capaciteit, 40 oproepkrachten Centraal aangestuurd, maar teamleiders bellen nu mdw, dus het werkt meer decentraal. Locatiegebonden oproepkrachten, willen vaak extra werken	Vaste contracten over het algemeen rond 24 uur; voor niveau 3 is dit vaak 28 uur; geen min-max contracten
Case 2	Centrale flexpool aanwezig, 80 medewerkers groot, verlenen maandelijks ongeveer 28 fte aan zorg	Contracten van 0 tot 36 uur
Case 3	Geen flexpool, wel locatiegebonden oproepkrachten Decentrale flexpools (5) zijn in ontwikkeling. N.a.v. ZZP is er wel een mobiliteitsbeleid in ontwikkeling	Meestal contracten onbepaalde tijd, bijna geen oproepkrachten, wel nul-uren contracten; In de toekomst meer sturen op bufferuren, tevens meer min-max contracten; rooster in de toekomst opbouwen uit basis en flex
Case 4	Geen flexpool, wel locatiegebonden oproepkrachten Willen wel naar centrale flexpool	15% bepaalde tijd, 75% onbepaalde tijd, 10% ZZP/uitzendkrachten e.a. In de toekomst meer min-max contracten 20-24 uur
Case 5	Locatiegebonden oproepkrachten, decentraal, willen naar een centraal aangestuurde flexpool. Omvang: ongeveer 15 procent van de ingezette uren zijn flexuren, door flexkrachten of vaste medewerkers	Alle vormen aanwezig, men wil flexkrachten in de toekomst een uren Garantie geven
Case 6	Flexbureau, 10 procent van de formatie voor extramuraal komt hier vandaan; centraal aangestuurd, wordt uitbesteed aan externe flexleverancier in de toekomst	Gemiddelde contractomvang tussen 16 en 24 uur; in de toekomst meer sturen op bufferuren, meer min-max contracten; in de toekomst naar 20% flexformatie
Case 7	Intramuraal/regiogegebonden flexpools; extramuraal heeft mobiel team (20-30 medewerkers groot)	Intramuraal meestal rond de 20 uur omvang van contract

Tabel 4. Flexpools en flexibele contracten in de VVT-instellingen.

Uitkomsten

Werkgevers

Voor de managers in de VVT is het van belang dat met de nieuwe ZZP-financiering er voldoende stuurmiddelen zijn om de organisatie kosten-effectief de juiste zorg voor de cliënt te kunnen blijven bieden. Voor wat betreft het vraagstuk van de arbeidsduur en werktijden is het van belang dat de planningscompetentie wordt versterkt. In de zorg wordt traditioneel beter geroosterd (met aandacht voor de individuele medewerker) dan gepland (met aandacht voor de organisatie). De wijze waarop nu gepland en geroosterd wordt, geeft nog wel enkele knelpunten:

1. Soms worden alleen na kunst- en vliegwerk de roosters op een kwalitatief verantwoorde manier gedraaid; dat kan dan vaak alleen door een beroep te doen op de medewerkers die al veel uren gemaakt hebben.

Instelling	Opmerkingen medewerkers over balans werk-privé
Case 1	Hoge werkdruk, generatiekloof jonge en oudere medewerkers. Lichamelijke en psychische klachten.
Case 2	Privé om het werk heen plannen, men is niet standaard om het weekend vrij. Onderling ruilen van diensten is vaak geen probleem.
Case 3	Lastig om werk en privé op elkaar af te stemmen, ontevreden over de termijn waarop het rooster wordt ontvangen, een basisrooster voor 4 weken zou de voorkeur hebben (op die manier zou het privé leven beter te plannen zijn). Het is in veel gevallen 'makkelijk' om de uren die men vrij wil, vrij te krijgen.
Case 4	Werk en privé lopen vaak in elkaar over door wisselende diensten (het gezinsleven lijdt hier onder). Kleinschalig wonen heeft diensten van 7,5 / 8 uur zonder pauzes wat mentaal zwaar is. Zelfroosteren (kleinschalig wonen) geeft medewerkers meer invloed en tevredenheid wat betreft de balans werk-privé.
Case 5	Wisselend beeld. Hoge werkdruk, weinig balans in werk en privé, ontspannen op vrije dagen moeilijk, 'ongezonde' roosters. Veel verschillen per afdeling: sfeer per afdelingen, collegialiteit, verzuim, omgang verschillende generaties onderling.
Case 6	Weinig problemen in het plannen van werk en privé (weinig onbalans), er wordt ver vooruit gepland. Goede sfeer onderling en prettige samenwerking. Geen psychische of lichamelijke klachten (ergocoach helpt bij zwaar tilwerk en zorgt voor goede hulpmiddelen bij cliënt thuis). Werkdruk redelijk hoog door verschuivingen in cliëntenplanning; cliënten klagen bij de medewerkers over veel wisselende gezichten.
Case 7	De dienstlijsten worden als prettig ervaren door veel creativiteit in zoeken van oplossingen en door het meedenken met de collega's, privé wordt om werk heen gepland en gaat goed samen; geen problemen met het thuisfront door onregelmatigheid. Geen psychische of lichamelijke klachten van het werk. Werkdruk wordt over het algemeen niet als te hoog ervaren. Goede sfeer binnen team.

Tabel 5. Opmerkingen medewerkers over balans werk-privé.

2. Grote contracten zijn moeilijk te plannen, maar wel nodig om aantrekkelijk te blijven op de arbeidsmarkt, met name voor jongere medewerkers.
3. De huidige werkwijze van planning en roostering is over het algemeen nog te inefficiënt; het kost te veel mensen te veel tijd.
4. De vakantieperiode is elk jaar een knelpunt qua roostering.

Werknemers

Het is gezien het gevolgde onderzoekdesign onmogelijk om op basis van dit onderzoek een uitspraak te doen namens alle werknemers in de VVT. Wij hebben wel per instelling met diverse medewerkers gesproken. Daaruit komt een wisselend beeld van positieve en negatieve punten naar voren (zie Tabel 5). Toch kunnen we voorzichtig een beeld schetsen van medewerkers en de verschillen per deelsector.

In de thuiszorg zijn de medewerkers over het algemeen tamelijk tevreden. De medewerkers hebben plezier in het werk, kennen een goede sfeer in het team, zijn betrokken en kunnen hun wensen met betrekking tot werktijden goed kwijt. In de intramurale zorg zijn de problemen rondom arbeidsduur en werktijden volgens de medewerkers het grootst. Ook hier hebben we weer betrokken medewerkers gesproken, die goed te spreken zijn over het team en de onderlinge sfeer. Het beeld is afhankelijk van de leidinggevendenden, maar er worden problemen gesignaleerd. De aantrekkelijkheid van de sector wordt verkleind door de beperkte omvang van de contracten, de werkdruk die wordt ervaren, de te lage salarisschalen voor nieuwe medewerkers, de (te) korte termijn waarop het rooster wordt bekendgemaakt en doordat – ondanks de mogelijkheden van het onderling ruilen – toch niet altijd de wensen worden gehonoreerd, waardoor er problemen ontstaan in de balans werk-privé in het algemeen en de kinderopvang in het bijzonder.

Discussie: de rol voor HR

Het is gezien de ontwikkelingen in de financiering, krappe arbeidsmarkt en de zorgconcepten van grote waarde dat het vraagstuk van de capaciteitsplanning hoger op de agenda komt te staan binnen de VVT. Het maakt nogal wat uit of de planning en roostering effectief zijn of niet. Voldoende rust in de roosters geeft de medewerker meer voldoening, een betere balans werk-privé en is voor de cliënt van belang omdat er betere zorg wordt verleend door betrokken medewerkers. In de discussie bespreken we kort de belangrijkste issues op het gebied van arbeidsduur en werktijden: de invloed van de zorgconcepten (met name de trend richting kleinschaligheid), de planning, de invloed op de eigen werktijden, de flexibiliteitsbehoefte en de vraag waarom grote contracten niet zouden kunnen. We geven hierbij steeds aan wat de rol van HR zou kunnen zijn. Immers, HR heeft kennis van de arbeidsmarkt, kent de mensen en ook de zorgprocessen. HR zou dus ook op het gebied van de werktijden, de roosters en de flexibiliteit van grote toegevoegde waarde moeten zijn.

Naar meer kleinschalig organiseren in de VVT?

De sector is zich aan het transformeren richting kleinschaligheid en meer vraaggerichte zorg. De invloed van deze nieuwe zorgconcepten op de planning en roostering is groot. Wij zien kansen voor individueel roosteren en voor meer betrokkenheid van de medewerkers bij het zorgproces en ook invloed op de planning en roosters. Dat is bij uitstek een richting waarbij de balans naar twee kanten positief uitwerkt. Enerzijds hebben werkgevers baat bij een zo groot mogelijk regelvermogen op de ‘werkvloer’ zelf. Dat werkt efficiënt omdat er onderling kortere lijnen zijn en het voorkomt fouten doordat er minder schakels tussen cliënt en zorgverlener in komen te staan. Het concept van kleinschalig wonen in de V&V en in de thuiszorg het concept van Buurtzorg laten zien dat

er mogelijkheden zijn om anders te organiseren. Anderzijds hebben ook werknemers baat bij deze manier van kleinschaligheid en de wijk-teamgerichte aanpak. Er ontstaat meer betrokkenheid onderling, beter contact met de cliënten, meer aantrekkelijk werk en ook meer invloed op de werktijden. Er zijn wel randvoorwaarden verbonden aan kleinschaligheid en de inzet van medewerkers. Het kan niet zo zijn dat het team binnen één of twee huizen geheel zelfstandig alle verstoringen in het rooster zelf moet oplossen. Daarvoor is centraal een overlooppunt nodig om gaten te kunnen dichten.

HR kan vanuit een visie op mensen bijdragen aan de vormgeving van de zorgconcepten. Een vergaande vorm van zelfstandigheid en professionaliteit (mogelijk gemaakt door voldoende opleiding) past bij de trend naar kleinschaligheid. Het raakt bovendien de vraag welke competenties binnengehaald en/of ontwikkeld moeten worden: een belangrijk aspect van strategische personeelsplanning.

Hoe centraal moet de planningsfunctie georganiseerd zijn?

Met deze vraag worstelen alle instellingen, waarbij de antwoorden verschillen. Er wordt nogal eens gewisseld van antwoord: van decentraal naar centraal en weer terug naar decentraal. Het gaat hier vooral over de vraag wat er decentraal kan en wat centraal moet.

Voordelen van een decentrale aanpak van de planning zijn:

1. goed zicht op wat de benodigde capaciteit is per unit;
2. grotere betrokkenheid van de medewerkers bij de planning en roostering;
3. kortere communicatielijnen tussen roosteraar en medewerker.

Voordelen van een centrale aanpak van de planning zijn:

1. goed zicht op de onder- en overcapaciteit per unit voor de gehele organisatie;
2. een meer professionele deskundigheid voor de centrale planners (door bundeling van de expertise) ;
3. mogelijkheden om te schuiven met capaciteit tussen de 'rustige' en 'drukke' delen van de organisatie

Zowel de decentrale als de centrale aanpak van planning hebben voordelen. Het is daarom goed om beide aanpakken te combineren. Dat is ook mogelijk. Het motto kan hiervoor zijn 'decentraal wat kan, centraal wat moet'.

In deze aanpak is het goed mogelijk om de planning voor de middellange termijn (roostering) decentraal uit te voeren, eventueel gecombineerd met vormen van individueel roosteren. De roostering kan hierbij uitgevoerd worden door een medewerker binnen het team, of door een roosteraar die

dit voor enkele teams doet. De teamleider is daarbij verantwoordelijk voor het vaststellen van het rooster. Verder is de teamleider verantwoordelijk voor het sturen op de match tussen benodigde en beschikbare capaciteit. Wanneer de match niet lukt, dan komt het centrale niveau in actie. Dan wordt er capaciteit bij andere teams gezocht of bij de centrale flexpool. Daarvoor is het nodig dat op centraal niveau er zicht is op de benodigde en beschikbare capaciteit. Als er decentraal gebruik wordt gemaakt van een goed roostersysteem, dan is dit niet moeilijk.

Hoe geven we vorm aan de invloed van medewerkers op hun rooster?

In de VVT is het traditie om de medewerkers invloed te geven op hun werktijden. Dat wordt op allerlei manieren geregeld, formeel en informeel, met als belangrijkste middel wellicht het onderling ruilen. De vraag voor veel organisaties is hoe deze invloed zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren. Dat het ruilen efficiënter kan is een algemeen gevoel, evenals het gevoel dat er zich op dit moment wel heel veel mensen bezighouden met planning en roostering. Dat moet toch slimmer

kunnen, zonder de invloed van de medewerkers tekort te doen. Sterker nog, via vormen van zelfroosteren (voorkeuroosters, shift picking, matching, zelfroosteren) is het mogelijk om de invloed van medewerkers te structureren, zie NCSI (2009). Met behulp van de juiste ICT-ondersteuning is het proces efficiënt te maken. Er zijn voorbeelden op de markt – ook in Nederland – waar systemen het onderling ruilen ondersteunen en het proces vlekkeloos verloopt binnen de kaders die de organisatie eraan stelt.

In de VVT is het traditie om de medewerkers invloed te geven op hun werktijden

We houden daarom een pleidooi voor meer experimenten op het gebied van individueel roosteren, ondersteund met de juiste technologie. Dat kan de sector veel brengen, zoals:

1. gestructureerde invloed van medewerkers op hun eigen werktijden, en daarmee een betere afstemming tussen werk en privé;
2. betere afstemming tussen benodigde en beschikbare capaciteit (omdat er minder verstoringen optreden in het rooster en minder ad hoc oplossingen nodig zijn) ;
3. efficiëntie in het roosterproces, doordat er minder geruild hoeft te worden (omdat de medewerkers al het rooster hebben dat beter overeenkomt met hun wensen).

Zelfroosteren past ook bij de sector, zeker gezien de traditie van het ruilen die er al is. Verder is het belangrijk om op de arbeidsmarkt te communiceren 'bij ons kun je binnen kaders zelf je werktijden bepalen'. Dat kan het imago ten goede komen. Zelfroosteren als arbeidsvoorwaarde kan de concurrentiekracht van de sector vergroten, hetgeen belangrijk

is in een krappe arbeidsmarkt. Bij uitstek vraagstukken die mede op het bordje van HR liggen. Een sturende rol van HR is dan ook gewenst, niet alleen in de strategische visievorming op zelfroosteren, maar ook in de concrete vormgeving ervan en de implementatie.

Hoeveel flexibiliteit is nodig?

Uit ons onderzoek is gebleken dat er relatief veel flexibiliteit nodig is om de roostering elke keer rond te krijgen. Die flexibiliteit moet nogal eens van een beperkte groep vaste medewerkers komen. Een grondige analyse van de flexibiliteitsbehoefte is van belang. Daaruit blijkt dat met name in de VVT-instellingen sprake is van een flexibiliteitsbehoefte op twee niveaus:

1. Flexibiliteit op langere termijn; dit is nodig omdat er – met de invoering van marktwerking – onzekerheid is op langere termijn of de instelling alle zorg kan blijven verlenen. Er moet immers aanbesteed worden. Dat geldt met name voor de thuiszorg. Deze onzekerheid geldt voor het winnen of verliezen van aanbestedingen. Feitelijk valt de onzekerheid wel mee, omdat bij verlies van de aanbesteding de medewerkers vaak meegaan naar de winnende aanbesteding. In de V&V-deelsector is er flexibiliteit benodigd vanwege de ZZP-indicaties die per kwartaal tot op zekere hoogte kunnen variëren. Maar erg groot zijn deze fluctuaties niet, zeker in de verpleging (psychogeriatric) niet; de ZZP-indicaties in de verzorging en ook bij de somatische afdelingen van de verpleging wisselen iets meer. Toch zijn deze schommelingen over het algemeen niet heel groot. Gezien de langere termijn kan hiermee in de planning ook redelijkerwijs rekening gehouden worden. Verder zijn voor de lange termijn het al dan niet doorgaan van nieuwbouw trajecten van belang.
2. Flexibiliteit op korte termijn; dit baart de gemiddelde planner veel meer kopzorgen. Het gaat hier om enerzijds de flexibiliteit die nodig is om de wisselende zorgvraag op te kunnen vangen. ZZP-indicaties kunnen verschillen, de zorgvraag verandert en daarmee dus ook de behoefte aan specifieke medewerkers. Het operationele planningsprobleem dat hierdoor ontstaat kan worden verkleind door de multi-inzetbaarheid van de medewerkers te vergroten. Anderzijds bestaat de korte termijn flexibiliteit vooral uit het kunnen opvangen van gaten in het rooster door ziekte en verlof. Ook deze gaten in het rooster zijn heel specifiek: bepaalde kennis op een bepaalde afdeling is nodig. En de gaten in het rooster zijn onvoorspelbaar, met name ziekte is onvoorspelbaar: het gemiddelde is weliswaar bekend, maar de betekenis van een gemiddelde is voor een specifieke afdeling in een specifieke periode beperkt. Daarom kunnen we enigszins gechargeerd stellen dat de grootste behoefte aan flexibiliteit door de

instelling zelf gecreëerd wordt, namelijk door het ziekteverzuim van de eigen medewerkers. Opleiding en verlof zijn tot op zekere hoogte redelijk goed in te plannen.

Het is moeilijk om aan beide soorten flexibiliteit een cijfer te hangen. Toch lijkt het ons reëel om te veronderstellen dat de flexibiliteit op langere termijn in de V&V al voor een belangrijk deel is op te vangen met het verlof (geldt alleen voor afbouw niet voor opbouw). Dat verlof

is namelijk al hoog, gemiddeld 10-20 procent. Dat lijkt voldoende om de onzekerheid op langere termijn op te vangen, temeer als er ook nog eens een zeker percentage van het personeel een tijdelijk contract of een oproepcontract heeft. Voor de thuiszorg zal dit percentage wellicht hoger moeten zijn dan in de V&V, vanwege de sterkere concurrentie daar, met name in het WMO-deel. Overigens is het wel van belang om niet alleen op de kwantiteit te sturen, maar ook op de kwaliteit: als het verlof

alleen een bepaalde functiegroep betreft, is er alsnog een probleem. De flexibiliteitsbehoefte op kortere termijn is lastiger te plannen, vanwege de urgentie, maar kwantitatief gezien kleiner. We schatten de behoefte in op 5-10 procent. Overigens fluctueert dit cijfer per team/afdeling per periode. Dat is reden temeer om weliswaar de planning decentraal te laten uitvoeren, maar centraal inzicht te behouden en centraal voldoende stuurmaatregelen te hebben (zoals een centrale flexpool).

We zien het omgaan met flexibiliteit en met name de vertaling van de flexbehoefte naar de personele vormen van flexibiliteit als een belangrijke taak voor HR. Het gaat immers om de contracten, de arbeidsduur en de werktijden. Allemaal onderwerpen die de arbeidsvoorwaarden raken. Ook het organiseren van een flexpool is mede een HR-issue. Actieve P&O'ers in de zorginstellingen hebben hier een voortrekkersrol.

Waarom kunnen grote contracten niet in de VVT? Of kan het toch wel?

De instellingen laten zien dat grote contracten moeilijk zijn in te plannen. Ook al hebben we begrip voor de complexiteit, toch zijn er mogelijkheden. Het moet toch mogelijk zijn om roosters te maken waarin een zeker percentage grote contracten efficiënt kunnen worden weggezet. De grotere contracten kunnen dan ingezet worden op de ochtendpiek, uitlopend in de middag. Of juist in de middag beginnen en de avondpiek afmaken. Desgewenst aangevuld met nachtdiensten. Ook kunnen de grotere contracten in de flexpool ingezet worden, waarbij de inzetbaarheid van de medewerkers wel breed moet zijn. De kleinere contracten worden alleen ingezet in de ochtendpiek of gedurende de uren van de middagpiek. Op deze manier roosteren betekent dat toch zeker een derde van de medewerkers met een groot contract (32 uur of meer) ingezet zou kunnen worden.

Grote contracten zijn moeilijk in te plannen

HR kan het belang van het aanbieden van grotere contracten in de zorg aantoonbaar maken, zeker voor de nieuwe instroom die een zelfstandig inkomen wil verdienen met hun werk in de zorg. De arbeidsmarkt vraagt erom en het is de taak van de zorginstelling (en dus ook van de HR-professional) om hier op creatieve wijze vorm aan te geven.

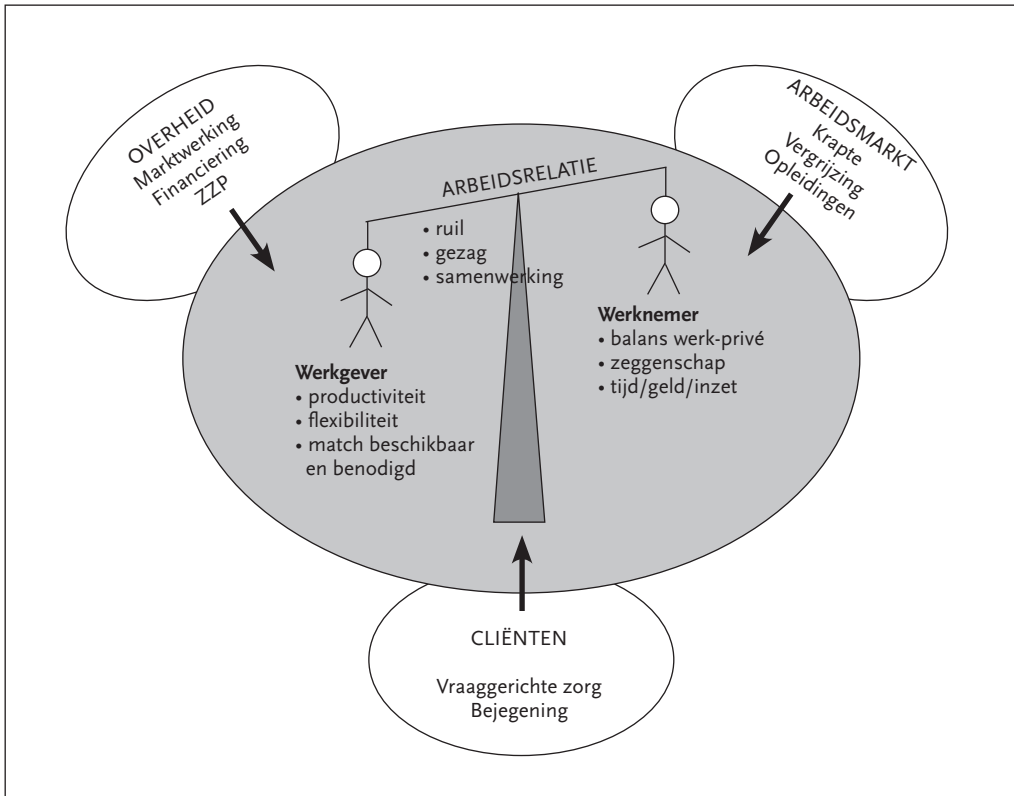
Conclusie

Terug naar de hoofdvraag: welke mogelijkheden zijn er om de balans tussen werkgever en werknemer in de VVT te verbeteren. In zekere zin is er een balans in de belangen. Er worden eisen gesteld vanuit de organisatie en de omgeving. Maar er wordt ook redelijk tot goed geluisterd naar de wensen van medewerkers. De medewerkers kunnen door onderling ruilen een behoorlijke afstemming werk-privé bereiken. Over het algemeen kunnen we zelfs stellen dat de VVT sterker is in het roosteren dan in het plannen. Met andere woorden, de arbeidsrelatie in de VVT is, wat betreft het aspect tijd, redelijk in balans.

Door externe en interne ontwikkelingen wordt flinke druk uitgeoefend op de balans.

1. Er is de druk richting hogere productiviteit: door de ZZP-financiering moet de capaciteitsplanning effectiever (betere match tussen benodigde en beschikbare capaciteit) en efficiënter (het roosterproces moet sneller en beter).
2. Er is de druk richting betere werk-privé balans: door de spanningen op de arbeidsmarkt is het voor de organisaties noodzakelijk om tegemoet te komen aan de wensen van de medewerkers. Ook op het punt van arbeidsduur (jongeren willen over het algemeen een groter contract dan ouderen) en werktijden (wanneer werken we en hoe lang van tevoren moeten we het weten) geven de managers toe. Begrijpelijk, want ze moeten de formatie rond krijgen, maar sturen op de gewenste personeelsformatie vereist soms andere keuzen.
3. Er is de druk richting hogere cliënttevredenheid: door de vraagsturing kunnen de cliënten druk uitoefenen op de zorgverlening. In de zorgconcepten wordt hieraan vormgegeven. Casemanagement uit zich ook in de roosters, met name in thuiszorg, maar door de kleinschaligheid ook in de verpleging en verzorging: niet teveel verschillende gezichten aan het bed.

In figuur 5 staat de balans nog eens getekend, inclusief de druk die van alle kanten op de balans wordt uitgeoefend.



Figuur 5. Arbeidsrelaties in de VVT: balanceren onder druk.

Eenzijdige druk kan tot onbalans leiden. Daarom is het verstandig om de drie soorten druk op de balans integraal te benaderen. Deelbenaderingen zullen onbalans creëren. De balans moet productiever, op een sociaal innovatieve manier. Gegeven de ZZP-financiering en de druk vanuit de maatschappij om én goede zorg te verlenen én efficiënt te werken, zal ook de planning en roostering beter moeten. De balans moet productiever, maar op een sociaal innovatieve wijze om de aantrekkelijkheid van de sector op de arbeidsmarkt te verstevigen. Veel instellingen zijn daarmee bezig en worstelen daarmee nog.

Kort samengevat hebben we drie oplossingsrichtingen gezien. Ten eerste is een meer professionele aanpak nodig van planning en roostering, ingebed in de juiste organisatie (kleinschalig, decentraal wat kan en centraal wat moet) en ondersteund door goede ICT-systemen. Ten tweede kan inventiever worden omgegaan met personeelsformaties en roosters, wat toch ook voor grotere contracten nog steeds mogelijkheden biedt in de sector. Ten derde is individueel roosteren (zelfroosteren) een goede optie voor een betere balans tussen bedrijfsvoering en de afstemming werk-privé. Deze drie oplossingsrichtingen zijn – zij het

fragmentarisch en niet overal in samenhang – reeds aangetroffen in de cases. Het zijn stuk voor stuk vraagstukken die ook vanuit een strategische HRM-visie benaderd moeten worden. Belangrijk voor HR om zich op te onderscheiden en van toegevoegde waarde voor de instelling te zijn. Planning en roostering zijn geen technische zaken, maar raken de medewerkers direct. Juist in zorginstellingen – waar het de mensen zijn die het onderscheid maken – moet HR zich ook op het gebied van planning en roostering bewijzen!

Literatuur

- Bax, H., N. den Hollander & W. van Limpt (2006). *Een kwestie van verantwoordelijkheid; mensen centraal bij een veranderingsproces in de zorg*. Estinea.
- Bolweg, J.F. (1997). *De onmogelijkheid van consistent sociaal beleid*. Deventer: Kluwer.
- Evers, G.H.M. & C.J. Verhoeven (1999). *Human Resources Planning. Een integrale benadering van personeelsplanning*. Deventer: Kluwer.
- Huiskamp, R. (2003). *Arbeidsrelaties en onderneming. Vernieuwing in theorie, empirie en praktijk*. Utrecht: Lemma.
- Hochschild, A.R. (1997) *The Time Bind: When Work Becomes Home and Home Becomes Work*. New York: Metropolitan.
- Knauth, P. & S. Hornberger (2003). 'Preventive and compensatory measures for shift workers'. *Occupational Medicine*, 53, 109-116.
- Leede, J. de & A. Goudswaard (2008). 'Flexibele organisatie: Nieuwe inzichten over de afstemming tussen strategie, personeel en proces'. In: S. Dhondt & F. Vaas (red.). *Waardevol werk: Van arbeidskwaliteit naar sociale innovatie*. Den Haag: Lemma, 216-230.
- Leede, J. de & J.C. Looise (2009). *Plannen en roosteren in de VVT en kraamzorg; Naar een productieve balans tussen werkgevers en werknemers in arbeidsduur en werktijden*. Rapport SO-VVT / AztiZ.
- Leede, J. de, E. Cox-Woudstra, A. Goudswaard, G. van Rhijn, J. van Schie, B. Tuinzaad & A. van Veldhuisen (2002), *Flexibele inzet van personeel in productiebedrijven. Praktijkvoorbeelden, trends, effecten, instrumenten*. Hoofddorp: TNO Arbeid/TNO Industrie.
- Lippe, T. van der (2007). 'Dutch workers and time pressure: household and workplace characteristics'. *Work, Employment & Society*, Vol 21 (4) 693 – 711.
- Moen, P. (red.) (2003). *It's about Time: Couples and Careers*. Cornell: Cornell University Press.
- NCSI (2009). *Individueel roosteren. Kansen voor werkgevers en werknemers*.
- Prismant (2008). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2008*. (Door A. van der Kwartel, F. van der Velde & W. van der Windt), Prismant, Utrecht.
- RegioMarge (2008). *RegioMarge 2008; De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012*. (Door W. van der Windt, R.C.K.H. Smeets & E.J.E. Arnold), Prismant, Utrecht.

- Rönnerberg, E. & T. Larsson (2009). Automating the self-scheduling process of nurses in Swedish healthcare: a pilot study, *Health Care Management Science*, May 2009.
- Schoot, T. (2006). *Client-centred care: Balancing between perspectives of clients and nurses in home care*. Proefschrift, Universitaire Pers, Maastricht.
- Sennett, R. (1998) *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York: Norton.
- Slack, N., S. Chambers & R. Johnston (2007). *Operations Management*, fifth edition, FT Prentice Hall.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2008). *De ontwikkeling van de AWBZ uitgaven*. SCP: Den Haag.
- Vries, G. de & H. van Tuijl (red.) (2006). *Gezondheidszorg onder druk. Vitaliserende spanning in het middengebied van organisaties, en bedrijfskundige benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- ZIP (Zorginnovatieplatform) (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*. Den Haag.