



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Quick scan deeltijd werken medisch specialisten, P.J.M. Heiligers, L. Hingstman) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Quick scan deeltijd werken medisch specialisten

Knelpunten en Prioriteiten

P.J.M. Heiligers
L. Hingstman



ISBN 90-6905-607-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1	Inleiding en vraagstelling	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Doel	6
1.3	Centrale vraagstelling	6
1.4	Opbouw van dit rapport	6
2	Werkwijze en methodische aanpak	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Steekproef ziekenhuizen	9
2.3	Procedure telefonische enquête	11
2.4	Onderwerpen semi-gestructureerde vragenlijst	11
2.5	Analyse	12
3	Feitelijke informatie	13
3.1	Inleiding	13
3.2	De verhouding Voltijd-Deeltijd werkenden en het totale aantal medisch specialisten bij de participerende ziekenhuizen	13
3.3	Deeltijd werken: acceptatie, bespreekbaarheid, beleid en voorzieningen	14
3.4	Conclusies	14
4	Veranderingen in de werkbelasting	17
4.1	Inleiding	17
4.2	Tijdsinvesteringen, werkbelasting en werkverdeling	17
4.3	Efficiency en tijdwinst	18
4.4	Conclusies	19
5	Knelpunten in de communicatie en organisatie	21
5.1	Inleiding	21
5.2	Communicatie en planning bij de overdracht	21
5.3	Verbeteringen in de communicatie	22
5.4	Roosteren van klinische taken en diensten	22
5.5	Conclusies	22
6	Deeltijdvarianten en taakdifferentiatie	25
6.1	Inleiding	25
6.2	De verhouding voltijders-deeltijders	25
6.3	Deeltijdvarianten	25
6.4	Taakdifferentiatie	26
6.5	Conclusies	27

7	Bijkomende aandachtspunten en voordelen	29
7.1	Inleiding	29
7.2	Financiële consequenties	29
7.3	Patiënten en de deeltijd werkende artsen	29
7.4	Overige knelpunten	30
7.5	Voordelen van het deeltijd werken	30
7.6	Conclusies	30
8	Prioriteiten en ‘good practice’ -voorstellen	33
8.1	Inleiding	33
8.2	Prioriteiten	33
8.2.1	Academische ziekenhuizen	33
8.2.2	Grote ziekenhuizen	34
8.2.3	Kleine ziekenhuizen	36
8.3	‘Good practice’-voorstellen	37
8.3.1	‘Good Practice’-voorstellen of wensen in academische ziekenhuizen	37
8.3.2	‘Good Practice’-voorstellen of wensen in grote ziekenhuizen	38
8.3.3	‘Good Practice’-voorstellen of wensen (in kleine ziekenhuizen)	39
8.4	Conclusies	39
9	Conclusies	41
9.1	Inleiding	41
9.2	Knelpuntenanalyse	41
9.3	Relatie knelpuntenanalyse en geopperde prioriteiten	42
9.4	Aandachtspunten of prioriteiten voor de Werkgroep DMS	43
	Literatuur	45
	Bijlage 1	47

1 Inleiding en vraagstelling

1.1 Inleiding

De werkgroep Deeltijd werken Medisch Specialisten (DMS) van ZonMw heeft het NIVEL verzocht een quick scan uit te voeren die inzicht moet geven in de knelpunten van het werken in deeltijd door medisch specialisten. De werkgroep wil met haar programma aansluiten bij de actuele vragen in de praktijk. De opdracht van het programma DMS is gericht op het aanpakken van knelpunten die het deeltijd werken van medisch specialisten in ziekenhuizen belemmeren. Op het moment dat de werkgroep startte met haar taak (medio 2000) lag het accent van het programma DMS op knelpunten bij het realiseren van deeltijdbanen voor artsen in ziekenhuizen. Bij de ontwikkeling van een programma constateerde de werkgroep DSM na enige tijd dat in de praktijk van ziekenhuizen het niet meer gaat om de vraag onder welke voorwaarden deeltijdbanen door artsen gerealiseerd kunnen worden. In korte tijd bleek het aantal deeltijd werkende artsen sterk te zijn toegenomen. De vraag is nu veeleer welke problemen reeds in deeltijd werkende artsen (en hun voltijd werkende collega's) ervaren ten gevolge van het deeltijd werken in de dagelijkse praktijk.

Voorgesteld werd door de werkgroep DMS een quick scan uit te voeren in de vorm van een telefonische enquête onder secretariaten medische staven en/of hoofden P&O van ziekenhuizen. Het NIVEL heeft deze taak op zich genomen.

Een inventariserend onderzoek dat het NIVEL verrichtte naar de behoefte aan deeltijd werken onder artsen (Heiligers e.a., 1997) en de behoefteramingen die het NIVEL verricht voor medisch specialismen (Van der Velden, 2001) geven een globaal beeld omtrent behoeften en barrières bij het realiseren van deeltijd werken. Bekend zijn problemen met de organisatie van het werk (lange dagen en avond-, nacht- en weekenddiensten), naast de toegenomen complexiteit bij de overdracht van informatie ten behoeve van de continuïteit in de zorg. Daarnaast bleken ook de financiële gevolgen voor de maatschappen en/of ziekenhuizen door het deeltijd werken een belangrijke drempel te zijn.

Inmiddels werken binnen ziekenhuizen steeds meer artsen in deeltijd. Artsen ondervinden minder weerstand als ze in deeltijd willen participeren. Dit betekent niet dat de voorheen geconstateerde belemmeringen in de organisatie van de dagelijkse werkzaamheden verdwenen zijn. Wat gebleven is, zijn de problemen met het verdelen van diensten tussen voltijders en deeltijders, de communicatie en overdrachtproblemen die groter (kunnen) worden naarmate er meer deeltijd werkenden zijn.

Reeds in 1999 werd in een verkennend onderzoek onder 250 specialisten (respons 49%) in 6 verschillende ziekenhuizen bekeken in hoeverre medisch specialisten tevreden zijn met de organisatie van het werken in deeltijd. Daarbij werden zowel voltijders als deeltijders naar hun mening gevraagd (Heiligers, 2000a). Voltijders zijn minder tevreden over de organisatie van het deeltijdwerk dan deeltijders. Voltijders zijn met name ontevreden over de beschikbaarheid van deeltijd-collega's voor onregelmatige werktijden: de diensten 's avonds, 's nachts en in de weekends. Bovendien zijn zij ontevreden over de toename van de consultatietijd en de afwezigheid van deeltijders tijdens werkoverleg.

Voor de deeltijd werkende artsen bleek een goede regeling voor de informatie-overdracht en afspraken over werktijden bepalend te zijn voor hun tevredenheid. Deze verkennende studie werpt al enig licht op de belemmeringen die medisch specialisten ervaren als er in hun maatschap/team in deeltijd gewerkt wordt.

In een andere studie naar het carrièreperspectief van medisch specialisten kwam naar voren dat vooral vrouwen en ook de jongere mannen behoefte hebben aan een deeltijd-perspectief in hun carrière (Heiligers & Hingstman., 2000b, Heiligers & Hingstman, 2002). Het feit dat het aantal vrouwen onder de medische studenten de laatste jaren groter is dan het aantal mannen, is een indicatie dat het deeltijd werken in de toekomst alleen maar zal toenemen.

Concreet is er nu een moment aangebroken waarop in de praktijk van het primaire proces in de ziekenhuizen merkbaar wordt, waar precies de praktische knelpunten zitten als gevolg van het deeltijd werken. Een representatieve inventarisatie van die knelpunten is een eerste stap om een plan op te stellen waarmee knelpunten in volgorde van prioriteit aangepakt worden.

1.2 Doel

Het doel van de quick scan is prioriteiten te kunnen stellen voor het Zon-programma Deeltijd werken Medisch Specialist (DMS). Naast een inventarisatie van knelpunten als gevolg van het werken in deeltijd door medisch specialisten, is het van belang na te gaan welke knelpunten door deeltijders en voltijders als meest belemmerend ervaren worden.

1.3 Centrale vraagstelling

Welke knelpunten worden in ziekenhuizen geconstateerd als gevolg van het deeltijd werken van medisch specialisten en welke prioriteit moet aangebracht worden in de aanpak van deze knelpunten?

De centrale vraagstelling is verder uitgewerkt naar enkele thema's, die gebaseerd zijn op eerder onderzoek naar belemmeringen bij het deeltijd werken (Heiligers, 2000a; Heiligers & Hingstman, 2002): knelpunten met de overdrachtsactiviteiten, communicatie en informatie, problemen met de roostering van taken, mogelijke veranderingen in de werklust en ook financiële consequenties. Maar ook is er ruimte gelaten voor specifieke knelpunten die niet onder de geopperde noemers gebracht kunnen worden. Daarnaast worden de voordelen van het deeltijd werken besproken.

1.4 Opbouw van dit rapport

Na dit inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk 2 de werkwijze en methodische aanpak van dit project beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op feitelijke informatie die bekend is over het deeltijd werken bij de onderscheiden participanten in het onderzoek:

respondenten van academische, van grote en van kleine ziekenhuizen. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de meningen over de mogelijke veranderingen in de werklast ten gevolge van de toename van het deeltijd werken. In hoofdstuk 5 worden de knelpunten in de organisatie en communicatie besproken. Hoofdstuk 6 gaat in op de meningen over mogelijke vormen van deeltijd werken en eventuele taakdifferentiatie. Vervolgens worden in hoofdstuk 7 factoren besproken die ook door het deeltijd werken beïnvloed kunnen worden, zoals mogelijke gevolgen op het financiële vlak of in de productie, maar ook effecten op de patiënten. Ook krijgen voordelen van deeltijd werken hier aandacht. Hoofdstuk 8 geeft een overzicht van de prioriteiten die genoemd werden in het kader van het deeltijd werken. Men heeft hierbij aangegeven aan welke praktijkvragen in het kader van de toenemende aantallen deeltijders aandacht besteed moet worden. In het verlengde daarvan worden enkele ‘good practice’ voorstellen besproken, die een aantal respondenten zelf naar voren brachten.

Tenslotte worden in hoofdstuk 9 de conclusies geformuleerd en een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling van dit project.

2 Werkwijze en methodische aanpak

2.1 Inleiding

Het onderzoek is er in de eerste plaats op gericht om knelpunten ten gevolge van deeltijd werken in de dagelijkse praktijk van medisch specialisten te traceren. In de tweede plaats moet duidelijk worden aan welke knelpunten de hoogste prioriteit moet worden toegekend in het programma DMS van Zon/Mw. Het programma DMS zal deze prioriteit vertalen in relevante opdrachten voor onderzoek en /of interventies.

In dit onderzoek werden deze twee doelstellingen gerealiseerd door het verrichten van een steekproefonderzoek onder ziekenhuizen. Bij secretariaten van medische staven en in enkele ziekenhuizen bij Hoofden P&O werd een telefonische enquête uitgevoerd. Ook werden soms medisch specialisten zelf als informatiebron door een ziekenhuis naar voren gebracht.

Achtereenvolgens worden de steekproeftrekking, de onderzoeksmethode (telefonische enquête), de gebruikte vragenlijst en analyse besproken.

2.2 Steekproef ziekenhuizen

In de steekproef onder de Nederlandse ziekenhuizen is rekening gehouden met de verhouding grote en kleine ziekenhuizen, academische en perifere ziekenhuizen en met de spreiding over de regio's, zoals weergegeven in het overzicht van instellingen in de intramurale gezondheidszorg (Bartels, 2000). De steekproef is getrokken uit een totaal van 115 ziekenhuizen. Bij onlangs gefuseerde ziekenhuizen werd de hoofdvestiging in het onderzoek benaderd. In verband met de gewenste representativiteit wordt het totaal aantal te benaderen ziekenhuizen gesteld op 40.

De 8 academische ziekenhuizen en daarnaast per provincie (12) nog 2 perifere ziekenhuizen: een groot en een klein ziekenhuis. Deze steekproefomvang komt in totaal uit op 32 ziekenhuizen, met een afronding naar 40 voor het geval dat enkele respondenten weinig informatie kunnen verschaffen over deeltijd werken. In tabel 2.1 is het overzicht van de steekproef en de respons weergegeven.

Tabel 2.1: Steekproef ziekenhuizen en responsgegevens

Type ziekenhuizen	Aantal in steekproef	Respons	Non-respons
Academische ziekenhuizen	8	6 (75%)	2
Grote perifere ziekenhuizen per provincie: ¹	12	10 (83%)	2
Kleine ziekenhuizen, maar grootste in provincie ²	3	3 (100%)	0
Kleine perifere ziekenhuizen per provincie: ¹	17	13 (76%)	4
Totaal	40	32 (80%)	8

1 De scheiding tussen grote en kleine ziekenhuizen is gebaseerd op aantallen bedden (=gemiddeld feitelijke capaciteit). Groot zijn ziekenhuizen met meer dan 600 bedden, kleine ziekenhuizen hebben een capaciteit van minder dan 600 bedden. Deze indeling is conform de indeling in 'De toekomst van het algemene ziekenhuis', NIVEL, 2000, met dien verstande dat in deze quick scan de categorie klein en middelgroot bij elkaar genomen is en samen de categorie klein genoemd wordt.

2 Deze ziekenhuizen zijn volgens de definitie kleine ziekenhuizen, maar omdat ze het grootste ziekenhuis is de provincie zijn, bespreken we deze als een aparte groep

De reden voor de non-respons van een academisch en een groot perifeer ziekenhuis was gebrek aan tijd in de periode dat het onderzoek liep. Bij de tweede non-respons bij zowel het academische en grote ziekenhuis was er in principe wel bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek, maar lukte het bij herhaling niet om de gemaakte afspraken na te komen in verband met onvoorziene omstandigheden. Ook een verzoek om per e-mail de vragen te beantwoorden had geen resultaat. Bij 2 kleine ziekenhuizen was het gebrek aan informatie over deeltijders de reden om niet mee te doen: zij hadden er nauwelijks ervaring mee. En bij 1 klein ziekenhuis was de verkeerde persoon voor het interview als contactpersoon doorgegeven (de financiële bestuurder) en de overige leden van de medische staf bleken vervolgens vanwege tijdgebrek niet meer te kunnen meedoen. Tenslotte lukte het ook bij 1 klein ziekenhuis niet om gemaakte afspraken na te komen en werd ook niet gereageerd op een verzoek per e-mail.

Wat de regionale spreiding betreft, heeft in het Noorden 1 klein ziekenhuis niet mee gedaan. In het Midden van het land namen 1 klein, 1 groot en 2 academische ziekenhuizen niet deel. In het Zuiden deden 2 kleine en 1 groot ziekenhuis niet mee.

Tabel 2.2: Functie respondenten in de steekproef

Medische staf (voorzitter of secretaris)	23
Directie Patiëntenzorg	2
Staf Opleidingen	1
P&O	3
Medisch specialist (niet in bestuursfunctie)	3

De respondenten in de enquête waren merendeels voorzitters of secretarissen van de medische staf (tabel 2.2). In overleg met de opdrachtgever van dit onderzoek werden de secretariaten van Medische Staven benaderd, omdat zij als vertegenwoordigers van een ziekenhuis kunnen spreken. De Medische staven hebben zelf kunnen aangeven, wie bin-

nen hun ziekenhuis de beste contactpersoon zou zijn voor het onderwerp van de quick scan. In één ziekenhuis werden twee respondenten benaderd, die aangaven dat ze elkaar aanvulden. Uit de hier beschreven gegevens kunnen we concluderen dat de steekproef een goede vertegenwoordiging van ziekenhuizen in Nederland is.

2.3 Procedure telefonische enquête

Vanwege het inventariserende karakter is er gekozen voor de telefonische enquête. Telefonische interviews bieden in vergelijking met schriftelijke enquêtes de mogelijkheid om door te vragen. Het nadeel is dat de gesprekken niet erg lang kunnen zijn, maar dat probleem kon bij deze onderzoeksoopdracht in de hand gehouden worden: de gesprekken duurden ongeveer een half uur. Voor de interviews is een checklist gebruikt met aandachtspunten die in elk geval besproken moeten worden (zie bijlage 1).

De procedure van benadering bestaat uit drie stappen. In een eerste telefonische ronde met de secretariaten van Medische Staven werden contactpersonen voor dit onderzoek gevraagd. Vervolgens kreeg de contactpersoon persoonlijk een introductiebrief met informatie over het onderzoek toegestuurd. Daarna werden de contactpersonen gebeld en indien zij zich akkoord verklaarden met deelname aan het onderzoek werd een tijdstip afgesproken voor het interview. Voor deze drie stappen werden enkele mensen ingeschakeld die met een stappenplan, een korte samenvatting van het onderzoek en een afspraken schema zorgdroegen voor het maken van de afspraken met de onderzoeker. Deze procedure heeft uiteindelijk tot een hoge respons geleid.

Alle interviews werden verwerkt tot een verslag en ter autorisatie aan de respondenten voorgelegd. Enkele respondenten hebben daarop nog minimale aanvullingen of commentaar geleverd.

2.4 Onderwerpen semi-gestructureerde vragenlijst

De centrale vraagstelling en specifieke thema's werden in het telefonische interview aan de hand van de onderstaande leidraad uitgewerkt:

- **Feitelijke informatie:** over: verhouding deeltijders, voltijders, aantal specialisten in totaal, deeltijdbeleid van het ziekenhuis, zorg- en gezinsvriendelijke voorzieningen.
- **Veranderingen in werklast:** tijdwinst en tijdverlies door deeltijders in team, taakverdeling tussen voltijders en deeltijders, efficiencyverhoging, overbelasting voltijders en/of deeltijders.
- **Overdracht en communicatie:** knelpunten in dossiervorming, in planning van overleg, in inhoud van communicatie, aantal overdrachtmomenten.
- **Roostering:** inroosteren van deeltijders in klinische taken, afstemming roostering met andere disciplines, alternatieve roosters.
- **Financiële consequenties:** in productiviteit: meer/minder patiënten, meer/minder ziekteverzuim, financiële lasten in de voorzienings sfeer (werkplekfaciliteiten).
- **Deeltijdvarianten, taakdifferentiatie:** maximum aantal deeltijders, voorkeur type deeltijdorganisatie, taakdifferentiatie tussen deeltijders en voltijders.
- **Contacten met patiënten:** problemen voor patiënten door afwezigheid van artsen.

- **Overige mogelijke knelpunten.**
- **Voordelen van deeltijd werken.**
- **Prioriteit in aanpak knelpunten.**

Deze onderwerpen zijn gekozen op basis van de belemmeringen bij het deeltijd werken die in eerder onderzoek naar voren kwamen (Heiligers, 2000a; Heiligers & Hingstman, 2002).

2.5 Analyse

Per thema van de checklist werd een inhoudsanalyse toegepast, waarbij gesignaleerde knelpunten, maar ook voordelen van deeltijd werken in kaart gebracht worden. Voorzover dat relevant is een vergelijking gemaakt tussen academische, grote en kleine perifere ziekenhuizen.

3 Feitelijke informatie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de verhouding voltijd en deeltijd werkenden bij de deelnemende ziekenhuizen in kaart gebracht (3.2), overeenkomstig de schattingen van respondenten. Slechts enkele respondenten noemden exacte gegevens. Daarna wordt ingegaan op de stand van zaken wat betreft de acceptatie van het fenomeen deeltijd werken onder artsen, de bespreekbaarheid van een deeltijdbaan en in hoeverre er ziekenhuisbreed deeltijdbeleid ontwikkeld is (3.3).

3.2 De verhouding Voltijd-Deeltijd werkenden en het totale aantal medisch specialisten bij de participerende ziekenhuizen

De gegevens in tabel 3.1 zijn gebaseerd op de informatie van de respondenten tijdens de enquête. Een aantal respondenten gaven aan slechts een ruwe schatting te kunnen geven. Het betreft hier in elk geval geen harde gegevens of registraties.

Tabel 3.1: (Geschatte) verhouding voltijd-deeltijd en totaal aantal medisch specialisten

Type ziekenhuizen	Verhouding voltijd-deeltijd	Totaal medisch specialisten
Academische ziekenhuizen	Gemiddeld: 20% dlt % deeltijders varieert van: 15%-40%	Gemiddeld: 380 Variërend van: 250-514
Grote perifere ziekenhuizen per provincie: ¹	Gemiddeld: 20% dlt % deeltijders varieert van: 4% tot 50%	Gemiddeld: 173 artsen Variërend van: 117 tot 240
Kleine ziekenhuizen, maar grootste in provincie ²	Gemiddeld: 12% dlt % deeltijders varieert van: 5% tot 21%	Gemiddeld: 72 Variërend van: 60 tot 80
Kleine perifere ziekenhuizen per provincie: ¹	Gemiddeld: 22% dlt % deeltijders varieert van: 5% tot 50%	Gemiddeld: 63 Variërend van: 20 tot 120

1 De scheiding tussen grote en kleine ziekenhuizen is gebaseerd op aantallen bedden (=gemiddeld feitelijke capaciteit). Groot zijn ziekenhuizen met meer dan 600 bedden, kleine ziekenhuizen hebben een capaciteit van minder dan 600 bedden. Deze indeling is conform de indeling in 'De toekomst van het algemene ziekenhuis', NIVEL, 2000, met dien verstande dat in deze quick scan de categorie klein en middelgroot bij elkaar genomen is en samen de categorie klein genoemd wordt.

2 Deze ziekenhuizen zijn volgens de definitie kleine ziekenhuizen, maar omdat ze het grootste ziekenhuis is de provincie zijn, bespreken we deze als een aparte groep

In de drie onderscheiden typen ziekenhuizen geven de respondenten geen verschil aan in het percentage deeltijders. Dat wordt op om en nabij 20% geschat. Verder is het duidelijk dat in de academische ziekenhuizen de meeste specialisten werken (gemiddeld bijna 400), in de grote perifere ziekenhuizen ligt dat gemiddelde ruim de helft lager (170) en in de kleine ziekenhuizen ligt dat aantal gemiddeld tussen de 60 en 70.

3.3 Deeltijd werken: acceptatie, bespreekbaarheid, beleid en voorzieningen

In het algemeen is het fenomeen deeltijd werken wel geaccepteerd als een onontkoombaar verschijnsel van deze tijd. Met name oudere artsen hebben er soms moeite mee. In de kleine ziekenhuizen wordt dit stil protest nog het meest duidelijk ervaren. Ook meldt men dat in de kleine ziekenhuizen momenteel nog niet veel problemen zijn, omdat het aantal deeltijders goed te overzien is. Bij een verdere toename verwacht men dat er wel problemen kunnen ontstaan.

De wens om in deeltijd te werken is in alle typen ziekenhuizen goed bespreekbaar. In academische en ook in de grote perifere ziekenhuizen zijn er wel verschillen tussen specialismen, waarbij het bij de snijdende specialismen het moeilijkst te bespreken is. In de grote ziekenhuizen benadrukt men dat vooral nieuwkomers kunnen onderhandelen over deeltijd, terwijl het veel moeilijker is om bestaande contracten of afspraken open te breken. Bij de kleine ziekenhuizen geldt ook de differentiatie naar specialisme maar komt ook naar voren dat de huidige krapte op de arbeidsmarkt gunstig is voor deeltijdonderhandelingen.

In het algemeen zijn er geen ziekenhuisbrede afspraken of beleidslijnen aangaande het deeltijd werken (met uitzondering van een klein ziekenhuis, waar men een deeltijdnota heeft opgesteld). Voor artsen in dienstverband wordt de COAO gevolgd en voor vrijgevestigden geldt dat er onderhandeld moet worden binnen hun maatschappen.

Wat de zorg- en gezinsvriendelijke voorzieningen betreft, zijn in de academische ziekenhuizen voor kinderopvang, ouderschaps- en zorgverlof volgens de CAO's regelingen getroffen. Ook in de perifere ziekenhuizen geldt dat voor artsen in dienstverband deze voorzieningen aanwezig zijn. Vrijgevestigden moeten deze zaken in het algemeen zelf regelen. Vooral in de academische ziekenhuizen en ook bij enkele grote perifere ziekenhuizen is de kinderopvang vaak ontoereikend en soms zelfs slecht geregeld.

3.4 Conclusies

De belangrijkste conclusies zijn:

1. dat het deeltijd werken wel geaccepteerd en bespreekbaar is, maar vooral de vrijgevestigde artsen moeten hierover in hun maatschappen individueel onderhandelen;
2. de bespreekbaarheid van deeltijd werken is groter bij het aangaan van nieuwe contracten, terwijl het opnieuw bespreken van bestaande afspraken veel moeizamer is;
3. in de snijdende specialismen is de bespreekbaarheid minder gemakkelijk en is er nog weerstand tegen het deeltijd werken;
4. voor artsen in dienstverband staan alle gezinsvriendelijke voorzieningen open, maar met name de kinderopvang is niet goed geregeld. Dit komt vooral voor in academische ziekenhuizen waar artsen meestal in dienstverband werken. Vrijgevestigde artsen regelen alle voorzieningen individueel.

Voor de werkgroep Deeltijd werken Medisch Specialisten kan de bespreekbaarheid van deeltijd werken een aangrijpingspunt zijn voor hun programma. Onderhandelen over het afgesproken individuele contract en vooral een verandering van een bestaand contract is een moeilijke opgave. Artsen kunnen getraind worden om dit type lastige gesprekken aan te gaan. Daarnaast kan ook in regulerende koepels of beroepsverenigingen dit onderwerp

naar voren gebracht worden met als doel een versoepeling van regels zodat in de toekomst bestaande contracten gemakkelijker veranderd kunnen worden.

Tenslotte kan de werkgroep DMS aandacht vragen voor kinderopvang en ervoor pleiten dat deze voorziening in voldoende mate ter beschikking komt.

4 Veranderingen in de werkbelasting

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gevolgen van het deeltijd werken voor de werkbelasting en tijdsinvestering van deeltijd werkenden en ook de voltijd werkende collega's. Ook zal nagegaan worden of er invloed is op de efficiency door het deeltijd werken en tenslotte wordt bekeken of het deeltijd werken ook tijdswinst kan opleveren.

4.2 Tijdsinvesteringen, werkbelasting en werkverdeling

Tijdsinvesteringen

De veronderstelling dat het deeltijd werken tot extra tijdsinvesteringen leidt bij bepaalde taken wordt in de academische ziekenhuizen niet bevestigd. Er moet wel een goede constructie zijn, vooral voor de overdracht. In de perifere ziekenhuizen daarentegen benoemt men wel vaak extra tijdsinvesteringen. Het meeste wordt daarbij genoemd de extra tijd die er nodig is voor formeel overleg en in de tweede plaats de extra tijd door de toename van de overdrachtmomenten. Formeel overleg wordt in vergelijking met het 'informeel kortsluiten op de gang' door enkelen als een inefficiënte werkwijze beschouwd.

Daar staat tegenover dat ook erkend wordt, dat de grootte van een maatschap invloed heeft op de toename van overleg (naast het deeltijd werken) en dat extra tijdsinvestering bij overdrachten ook een kwestie van beleving kan zijn.

Enkele respondenten geven aan dat vooral de deeltijders zelf extra tijd investeren om goed te kunnen functioneren. Ook wordt door enkelen het fenomeen deeltijd werken heel rationeel benaderd als iets dat goed geregeld moet worden.

Werkbelasting en werkverdeling

Overbelasting of extra investeringen buiten de formeel overeengekomen uren komt zowel bij voltijd- als bij deeltijd werkende artsen voor. In academische ziekenhuizen blijken artsen vooral delen van hun wetenschappelijke werk thuis te verrichten (publicaties). De helft van de respondenten in de academische ziekenhuizen en de grote ziekenhuizen schat de extra investeringen bij voltijders hoger in dan bij de deeltijders, omdat veel deeltijders hun tijd bewuster bewaken. In de kleine ziekenhuizen is de meerderheid van de respondenten deze mening toegedaan. Die overbelasting betreft niet-productie gerichte taken zoals staftaken, commissiewerk en protocolontwikkeling en daarnaast worden ook acute patiëntenzorg en relatief meer diensten rondom de weekenden genoemd. Door een deel van de respondenten wordt de overbelasting van voltijders gerelativeerd door aan te geven dat het voor een deel ook een belevingskwestie is.

De overbelasting wordt het meest expliciet benadrukt bij twee typen taken:

1. Bij de meeste perifere ziekenhuizen komt naar voren dat voltijders vrijwel steeds het stafwerk, dit wil zeggen bestuurstaken en commissiewerkzaamheden op zich nemen. In enkele grote ziekenhuizen leidt dit soms al tot problemen bij het vervullen van vacante bestuurstaken. Ook in de academische ziekenhuizen wordt door de helft van de respondenten dit probleem gesignaleerd. Slechts in enkele ziekenhuizen heeft men afgesproken dat ook deeltijders naar evenredigheid dit type taken op zich nemen.
2. Een tweede type taken wordt in een klein aantal ziekenhuizen (grote, kleine en academische ziekenhuizen) genoemd als een aandachtspunt, waar weer vooral voltijders mee geconfronteerd worden. Het betreft een deel van de klinische taken, voornamelijk spoedwerk en vragen van patiënten en familie. Benadrukt wordt dat het voeren van moeilijke gesprekken tot extra psychische belasting leidt.

Het aantal respondenten dat bij deeltijders overbelasting constateert, is in de minderheid. Enkele respondenten constateren tenslotte dat het toch vooral een kwestie van individuele efficiency is of men teveel taken in eigen vrije tijd moet doen, waarbij in wezen de omvang van de aanstelling geen rol speelt

4.3 Efficiency en tijdwinst

Efficiency

Over de efficiency in de samenwerking tussen artsen en meer in het bijzonder tussen voltijders en deeltijders zijn de meningen bij de academische en de grote perifere ziekenhuizen duidelijk verdeeld. De helft van de respondenten geeft aan, dat er al zeer efficiënt gewerkt wordt en de andere helft is het daarmee niet eens. Degenen die de efficiency verbeterd willen zien, stellen voor om te streven naar meer structureel overleg, een strakke vergadercultuur en goede planning en afspraken waar iedereen zich aan houdt.

Ook de opvattingen over de invloed van het fenomeen deeltijd werken op de efficiency zijn tegengesteld. Een deel van de respondenten beschouwt de opkomst van het deeltijd werken als een van de factoren die ervoor gezorgd heeft dat men efficiënter en gestructureerder werkt en overlegt. Daarentegen zien anderen juist het deeltijd werken als een bron van inefficiency, vooral door de extra tijd die met name het overleg kost.

Tenslotte geven enkele respondenten in grote ziekenhuizen aan dat efficiency niet samenhangt met voltijd of deeltijd werken, maar vooral een planningskwestie is. In de kleine ziekenhuizen geeft de meerderheid aan dat er al heel efficiënt gewerkt wordt, maar dat er door gebruik te maken van ICT-hulpmiddelen wel nog winst te boeken is.

Tijdwinst

Of er ook tijdwinst te boeken is in de organisatie door de inzet van deeltijd werkenden wordt vooral in de grote ziekenhuizen wel positief ingeschat. Bij langdurige ziekte of zwangerschap kunnen deeltijdcollega's tijdelijk vervangen, waardoor tijdrovende procedures om vervangers van buiten te werven voorkomen worden. Ook in de kleine ziekenhuizen wordt door de deeltijders meestal wel medewerking verleend in dit soort situaties. In de academische ziekenhuizen geeft de helft van de respondenten hierop dit positieve antwoord. Maar ook wordt geconstateerd dat er deeltijders zijn die naast hun deeltijd baan andere activiteiten hebben, waardoor in hun tijdsplanning geen plaats is voor vervanging.

4.4 Conclusies

In grote lijnen kan geconcludeerd worden dat over de extra tijdsinvestering, de werkverdeling en -belasting door het deeltijd werken verschillend gedacht wordt.

1. Of en in welke mate het deeltijd werken de oorzaak is van extra tijdsinvesteringen wordt verschillend ingeschat. Aspecten die blijkbaar van invloed zijn op extra tijd in het werkproces, zijn:
 - het systeem van overdracht en waarneming;
 - de omvang van de maatschap.De omvang van de maatschap is niet direct veranderbaar, maar ter bestrijding van het tijdprobleem kan wel nagedacht worden over een goed systeem voor overdracht en waarneming.
2. Extra werkbelasting wordt vooral bij de voltijders geconstateerd, die een groter deel van staftaken en acute zorg op zich nemen. Dit betekent dat de werkverdeling tussen voltijders en deeltijders een aangrijpingspunt ter verbetering is.
3. In de grote en academische ziekenhuizen zijn de meningen verdeeld over de invloed van het deeltijd werken op de efficiency van het werkproces. Men is het erover eens dat naarmate ziekenhuizen groter zijn, er duidelijker richtlijnen nodig zijn voor planning en structurering. Over de mate waarin men er al in geslaagd is een hoge efficiency te realiseren, wordt verschillend gedacht.
Dit betekent dat in de ziekenhuizen met een flinke omvang (grote perifere en academische) aandacht besteed moet worden aan het overzichtelijk houden van de planingsprocessen. De groei van het aantal deelnemers is in dit geheel een complicerende factor. Aangrijpingspunten ter verbetering zijn:
 - structureel en strak geleid overleg, goede planning en afspraken over het werkproces,
 - ook is er behoefte aan duidelijkheid over meetbare gegevens om de efficiency te kunnen bepalen.
4. Tijdwinst door deeltijders die vervangen bij zwangerschap en ziekte is afhankelijk van de taken van deze deeltijders buiten hun werk. Dit punt zou in de afspraken met deeltijders een vast punt van overleg in de taakverdeling kunnen zijn.

Samengevat biedt het thema 'werkbelasting' enkele aangrijpingspunten voor de integratie van het deeltijd werken en als zodanig voor het programma van de werkgroep DMS:

- het ontwikkelen van een passend systeem van overdracht en waarneming;
- een rechtvaardige werkverdeling tussen voltijders en deeltijders;
- richtlijnen voor planning en structurering van het werkproces, vooral van belang naarmate ziekenhuizen groter zijn;
- inzicht in de meetbaarheid van efficiency.

5 Knelpunten in de communicatie en organisatie

5.1 Inleiding

Communicatie is erg belangrijk in de patiëntenzorg. Overdrachtmomenten worden vaak genoemd als een knelpunt in de continuïteit van die zorg. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op mogelijke communicatie en planningsproblemen bij de overdrachtsituaties en ook welke verbeterpunten er mogelijk zijn. Vervolgens wordt bekeken of het roosteren van klinische taken en diensten om bepaalde aanpassingen vraagt als deeltijders ingeroosterd moeten worden.

5.2 Communicatie en planning bij de overdracht

De continuïteit van de zorg is bij de toename van het deeltijd werken een belangrijk aandachtspunt. De overdrachtmomenten en de wijze waarop de communicatie en organisatie daarvan verloopt, zijn de concrete momenten waarop continuïteit gewaarborgd moet worden.

In de academische ziekenhuizen en de kleine perifere ziekenhuizen is slechts een minderheid van de respondenten van mening dat de overdrachtmomenten problematischer zijn geworden door het deeltijd werken. In de grote ziekenhuizen vindt de helft van de respondenten wel dat de overdracht problematischer is. De respondenten die dit knelpunt niet signaleren benadrukken dat het vooral een kwestie is van goed organiseren.

In de kleine perifere ziekenhuizen wordt overdrachtproblematiek vooral gezien als een organisatorisch probleem, zeker als in de toekomst het aantal deeltijders zal toenemen. Men pleit er voor meer gestructureerde en geplande overlegmomenten en meer dossiervorming. De helft van de respondenten die deze verdergaande structurering voorstaan, zien hierin een positieve ontwikkeling in het kader van kwaliteitsbeleid: er zal dan professioneler en planmatiger gewerkt worden. In de academische ziekenhuizen geeft ook de helft van de respondenten aan dat planning en overlegstructuren verbeterd moeten worden. In de grote ziekenhuizen ziet men de overdracht niet zozeer als een organisatieprobleem, wel noemt de helft van de respondenten het een communicatieprobleem vooral door de groei van het aantal overdrachten.

In de helft van de academische ziekenhuizen en ook bij enkele kleine ziekenhuizen benoemen respondenten verlies van informatie doordat de 'subjectieve waarneming' of 'klinische blik' moeilijk op papier overgedragen kan worden. Daar staat tegenover dat het invoeren van protocollen als een belangrijk middel wordt beschouwd om communicatieproblemen te verminderen.

5.3 Verbeteringen in de communicatie

Verbeteringen van de communicatie en planning zijn niet alleen van belang voor de samenwerking tussen voltijders en deeltijders, maar in het algemeen belangrijk in het kader van kwaliteitsbeleid. In dit verband wordt er in alle typen ziekenhuizen nagedacht over verbeteringen door het ontwikkelen en invoeren van protocollen en standaarden. Sommigen noemen ook de verbetering van de dossiervorming. En ook wordt de invoering en optimalisering van digitale technieken en het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) genoemd. Aansluitend bij deze voorkeur voor digitalisering noemen een aantal respondenten het optimaliseren van schriftelijke communicatie niet meer adequaat, maar zou er volgens hen gestreefd moeten worden naar papierloze communicatie.

5.4 Roosteren van klinische taken en diensten

In de academische en grote perifere ziekenhuizen geven veel respondenten aan dat het roosteren van klinische taken (O.K's en I.Cs) en soms ook de roostering van diensten moeilijker geworden is door het deeltijd werken. De overige respondenten en ook de meerderheid in de kleine ziekenhuizen vinden dat het roosteren vooral een kwestie van goed plannen is. Verder wordt in de kleine ziekenhuizen opgemerkt dat de deeltijders hun vrije dagen vooral rond het weekend plannen, waardoor de voltijders onevenredig vaak in de weekenden ingeroosterd worden. Het ontwikkelen van alternatieve roosters om met werktijdreductie rekening te kunnen houden, is in enkele academische ziekenhuizen gerealiseerd, bijvoorbeeld een drie ploegen schema. Kleine ziekenhuizen geven daarentegen aan dat het met kleine aantallen specialisten en kleine maatschappen moeilijk is om te experimenteren in de roostering.

Over de bereikbaarheid van deeltijders tijdens hun vrije dagen zijn meestal geen formele afspraken gemaakt. De meeste respondenten geven aan dat maatschappen of afdelingen hun eigen systeem hanteren voor het regelen van achterwacht en bereikbaarheid.

Tenslotte is er in de meeste ziekenhuizen geen minimum aantal dagen benoemd voor het deeltijd werken, ofschoon de ondergrens van 50% vaak wel genoemd wordt als ondergrens om geregistreerd te kunnen blijven als specialist.

5.5 Conclusies

1. Problemen met de overdracht worden het meest in de grote ziekenhuizen gerelateerd aan deeltijd werken en daar benoemt men dit probleem veelal als een communicatieprobleem. In de kleine ziekenhuizen signaleert men nog niet veel problemen, maar verwacht men dat met de groei van het aantal deeltijders de overdracht problemen zal opleveren, maar dan vooral in het plannen. Bij de academische ziekenhuizen ziet men geen grote problemen, maar benadrukt men bij de overdracht zowel een goede communicatie en planning.

In alle ziekenhuizen wordt het belang van een goede communicatie en planning bij toename van het aantal deeltijders benadrukt.

Verbetering in planning en communicatie verwacht men van beter gestructureerd overleg, verdere ontwikkeling van protocollen en standaarden en consequent handelen volgens vastgestelde protocollen en standaarden. Dossiervorming kan ook nog optimaler uitgevoerd worden, maar de wijze waarop levert verschillende invullingen op. Enerzijds wordt een pleidooi gehouden voor meer schriftelijke vastlegging, anderzijds wordt de invoering van EPD en andere digitale technieken toegejuicht ter vervanging van schriftelijke dossiervorming.

2. Roosters maken voor klinische taken en diensten wordt moeilijker naarmate er meer deeltijders komen, omdat het roosteren van grotere aantallen complex is. De grote en academische ziekenhuizen hebben door de omvang van hun afdelingen en maatschappen nu al met deze problematiek te maken. Er is tot nu toe nog weinig geëxperimenteerd met alternatieve roosters, zoals drie ploegenschema's, of roosters waarbij patiënten niet artsgebonden zijn.

In de kleine ziekenhuizen leveren de weekenddiensten vooral problemen op, omdat deeltijders rondom hun vrije dagen hebben, hetgeen de voltijders teveel belast in de weekenden.

Voor de werkgroep DMS kunnen de volgende aangrijpingspunten dienen als onderdeel van een programma voor de integratie van het deeltijd werken in de praktijk:

1. Het ontwikkelen van een passende constructie bij de overdracht die communicatie tussen voltijders en deeltijders ondersteunt.
2. Het ontwikkelen van geschikte vormen van roostering waarbij rekening gehouden wordt met individuele werktijden en continuïteit gewaarborgd blijft.
3. een goed systeem van waarneming bij de diensten met aandacht voor de taakverdeling tussen voltijders en deeltijders met name rond de weekenden.

Andere punten die genoemd werden zoals de ontwikkeling van protocollen en standaarden, evenals de invoering van digitale technieken en een EPD zijn eveneens verbeterpunten voor de communicatie. Het betreft hier echter algemenere aandachtspunten in het kader van kwaliteitsbeleid die de taak van de werkgroep DMS overstijgen.

6 Deeltijdvarianten en taakdifferentiatie

6.1 Inleiding

Hoe ver het deeltijd werken in de organisatie doorgevoerd mag worden en met welke vormen van deeltijd werken en taakdifferentiatie de meest optimale werksituatie ontstaat, wordt in de academische en de grote en kleine perifere ziekenhuizen op verschillende manieren ingeschat.

De verschillende meningen worden hier besproken binnen de onderwerpen van: de verhouding voltijders-deeltijders (6.2), voorkeuren voor deeltijdvarianten (6.3) en taakdifferentiatie (6.4).

6.2 De verhouding voltijders-deeltijders

Over een wenselijke verhouding voltijd werkende en deeltijd werkende artsen in ziekenhuizen doen de meeste respondenten geen harde uitspraken. Wel heeft de meerderheid een voorkeur voor een stevige basis van voltijders. Slechts enkelen gaan zover dat ze ook leidinggevende en opleidingsfuncties in handen van deeltijders willen leggen. Enkele respondenten kunnen zich zelfs voorstellen, dat een ziekenhuis ook met 100% deeltijders moet kunnen werken, maar dat het dan aanstellingen met een redelijke omvang moet betreffen. Ook wordt er gedifferentieerd naar specialismen, waarbij verondersteld wordt dat bij de acute klinische vakken het aantal voltijders groter moet zijn.

6.3 Deeltijdvarianten

In tabel 6.1 worden 4 deeltijdvarianten weergegeven met de definities van elke variant (Heiligers, 2001). Deze deeltijdvarianten lijken in principe allen toepasbaar in een ziekenhuisorganisatie. Aan de respondenten werd gevraagd of zij een voorkeur hadden voor een of meerdere varianten en eventueel ook de volgorde in die preferentie aan te geven.

Tabel 6. 1: Deeltijdvarianten

Dagenbasis contract	Vast aantal halve of hele dagen per week
Duobanen (tweelingbanen)	Twee werknemers vervullen samen 1 functie. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de hele functie
Samenfunctie	Twee werknemers vervullen samen 1 functie: de werkzaamheden zijn gesplitst en ieder is verantwoordelijk voor zijn deel
Minimum-maximum contract	Minimaal een aantal uren per week met een garantieloon voor dat aantal uren. Is er meer werk dan kan dat minimum aantal uren tijdelijk worden uitgebreid tot een maximum aantal

De voorkeuren voor de meest geschikte deeltijdvarianten voor artsen in ziekenhuizen zijn zeer verschillend. Toch zijn er hoofdlijnen in de keuzepatronen en overwegingen bij de keuzen te traceren:

1. Alle 4 deeltijdvarianten zijn mogelijk, dat was de mening van de helft van de respondenten in grote ziekenhuizen, in de academische en kleine ziekenhuizen koos een minderheid voor deze optie.
2. De duobaan roept het meest tegenstrijdige reacties op. De voorstanders benadrukken dat de duobaan continuïteit in de zorg garandeert en communicatieproblemen minimaliseert door de overdracht naar een vaste partner. Voor het ziekenhuis of de maatschap zijn er nauwelijks problemen, omdat er formeel een voltijd functie vervuld wordt. De tegenstanders benadrukken dat het delen van de verantwoordelijkheid voor patiënten niet kan. Een van de beide partners moet hoofdbehandelaar zijn en is formeel verantwoordelijk. Ook worden er praktische bezwaren genoemd zoals het voortdurend onderling regelen en afspreken.
3. De duobaan wordt vijf keer als 1e keus en drie keer als 2e keus genoemd. Vooral in de academische ziekenhuizen beschouwt men het als een goede mogelijkheid; in de perifere ziekenhuizen zijn meer tegenstanders te vinden,
4. Het min-maxsysteem krijgt ook veel waardering. Door vier respondenten wordt het als 1e keus genoemd (in academische ziekenhuizen) en 7 keer als 2e voorkeur (in kleine ziekenhuizen). Men ziet bij het min-maxsysteem vooral de voordelen voor de organisatie als deeltijders bereid zijn deze flexibiliteit af te spreken.
5. De samenfunctie wordt vrij weinig gekozen.
6. Het dagen basiscontract stuit op weinig weerstand: het is in de praktijk de meeste gebruikelijke invulling door individuele artsen. In totaal wordt 14 keer dit contract als eerste voorkeur genoemd.

De balans opmakend komt er geen eenduidig beeld naar voren. Wel blijkt uit de diversiteit van voorkeuren dat men bereid is verschillende deeltijdvarianten geschikt te achten. Deze bereidheid vormt een goede basis om bij welwillende maatschappen of afdelingen te onderzoeken wat de meest geschikte vormen zijn voor diverse typen specialismen en maatschappen. Op basis van systematische implementatie en evaluatie van verschillende varianten kan bepaald worden onder welke voorwaarden een bepaalde vorm van deeltijd werken geschikt is. In de toekomst kan dan door maatschappen een keuze 'op maat' gemaakt worden voor een of enkele geschikte varianten.

6.4 Taakdifferentiatie

Wat de mogelijkheden tot taakdifferentiatie betreft, zijn de meeste respondenten in alle ziekenhuistypen positief. Wel worden er voorwaarden gesteld en daarin variëren de meningen. Vaak wordt gesteld dat per specialisme of per maatschap/afdeling bepaald moet worden wat een goede strategie is bij het differentiëren. In specifieke situaties wordt differentiatie verantwoord geacht. Bij het beperken van taken voor een seniorarts die wil afbouwen, en bijvoorbeeld ook bij de inzet van een arts met een specifiek subspecialisme. In de perifere ziekenhuizen benadrukt echter ook een minderheid dat specialisten in

wezen breed inzetbaar moeten blijven en is men niet voor structurele vormen van taakdifferentiatie.

6.5 Conclusies

De algemene conclusie is dat er bereidheid is om het organiseren van deeltijd werken in ziekenhuizen op diverse manieren vorm te geven. De meerderheid van respondenten staat open voor differentiatie in vormen van deeltijd en ook in taken. De manier waarop en in welke mate ligt genuanceerd, hetgeen betekent dat 'deeltijd werken op maat' georganiseerd moet worden.

Over de verhouding voltijders-deeltijders worden geen harde uitspraken gedaan, maar men vindt wel dat rekening moet worden gehouden met de grotere complexiteit van deeltijd werken bij specialisten met acute klinische taken. In die specialismen acht men een stevige basis van voltijders belangrijk.

Voor het programma van de werkgroep DMS betekent het voorgaande dat implementatie van deeltijdvormen of taakdifferentiatie alleen in nauwe samenwerking en overleg met de maatschappen of afdelingen zelf ingevuld kunnen worden. Een systematische verkenning van mogelijkheden en onmogelijkheden van deeltijdvarianten en taakdifferentiatie kan inzicht geven in de mate van geschiktheid van deze vormen :

1. Voor de samenwerking met voltijders binnen de ziekenhuisorganisatie.
2. Voor verschillende specialismen.
3. Voor maatschappen van verschillende omvang.

Welke varianten vooral gestimuleerd kunnen worden, is op basis van deze quick scan niet duidelijk geworden. Men heeft tot nu toe vooral met slechts één vorm van deeltijd werken kennis gemaakt: het dagen basiscontract. Ook taakdifferentiatie kent geen eenduidige invulling en voorkeur. Goed begeleide experimenten met de onbekende varianten en taakdifferentiatie moeten hier meer inzicht in geven.

7 Bijkomende aandachtspunten en voordelen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan mogelijke gevolgen van het deeltijd werken op financieel gebied (7.2), uitgedrukt in termen van productie en extra voorzieningen (bijvoorbeeld werkplekken). Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre patiënten iets melden over het deeltijd werken van artsen (7.3) en daarna komen overige knelpunten aan de orde (7.4). Tenslotte wordt ingegaan op de voordelen die het werken in deeltijd biedt (7.5).

7.2 Financiële consequenties

Over de financiële consequenties in termen van productie kunnen de respondenten geen onderbouwde informatie geven. De meesten geven aan dat het niet mogelijk is om uit het grote aantal factoren dat de productie bepaalt de invloed van deeltijd werken te kunnen traceren. Wel geven een aantal respondenten hun inschatting, waarbij de meesten denken dat het deeltijd werken geen invloed heeft. Deeltijders worden naar rato ingezet om de gezamenlijk overeengekomen productie te leveren. Enkele respondenten noemen wel mogelijk negatieve effecten, bijvoorbeeld tijdverlies door extra overdracht en overleg of achteruitgang in efficiency. Daartegenover geven enkele respondenten aan dat deeltijders als ze aanwezig zijn zeer efficiënt met tijd en taken omgaan en een productieverhogend effect kunnen bewerkstelligen.

Het creëren van extra werkplekken die nodig zijn als het aantal deeltijders stijgt, wordt door veel respondenten niet als een belangrijk financieel probleem bestempeld. Wel is er vaak een logistiek probleem. Bij de academische ziekenhuizen noemt de helft van de respondenten dit probleem en in de perifere ziekenhuizen een meerderheid. In enkele ziekenhuizen gaat men er als vanzelfsprekend vanuit dat deeltijders werkplekken moeten delen, in andere ziekenhuizen is een werkplek per individu de standaard. Door het groeiende tekort aan werkplekken zijn er echter ook al plannen om de werkplekindeling te veranderen. Soms betekent dit dat men de varianten van spreek-, werk- en onderzoekskamer wil beperken. In andere voorstellen wil men specialisten die weinig op hun werkkamers vertoeven (door veel O.K.-taken) op een grote kamer samen met andere collega's plaatsen.

Als overige extra financiële kosten wordt door enkele respondenten overheadkosten en onkostenvergoedingen genoemd.

7.3 Patiënten en de deeltijd werkende artsen

In alle academische ziekenhuizen, de helft van de grote en minder dan de helft van de kleine ziekenhuizen wordt door respondenten aangegeven dat patiënten het lastig of vervelend vinden dat meerdere artsen aan hun bed verschijnen. Toch relativeren de meeste respondenten dit gegeven, voorzover het de invloed van deeltijd werken betreft. Ook

voltijd artsen zijn niet steeds beschikbaar en men constateert dat veel patiënten er ook wel aan wennen dat hun arts niet steeds aanwezig is. Wel benadrukken een aantal respondenten het belang van goede communicatie naar de patiënten toe over aanwezigheid van artsen.

7.4 Overige knelpunten

Bij de inventarisatie van overige knelpunten blijkt dat er in de grote ziekenhuizen geen extra punten spelen, maar respondenten van de academische en de kleine ziekenhuizen noemen wel enkele punten:

1. In de eerste plaats de complicatie dat het deeltijd werken onder artsen opkomt in een tijd van krapte op de arbeidsmarkt: vacatures zijn toch al moeilijk te vervullen en dan willen ook nog steeds meer nieuwe artsen in deeltijd werken.
2. In de tweede plaats komen er enkele praktische problemen naar voren:
 - de toename van vervanging bij zwangerschaps- en ouderschapsverloven is een probleem dat indirect met deeltijd werken samenhangt, omdat vooral vrouwen voor deeltijdparticipatie kiezen;
 - een tweede praktisch punt is dat de opleidingsduur nogal verlengd wordt door de mogelijkheid om in deeltijd de opleiding te doen.

7.5 Voordelen van het deeltijd werken

Voordelen van het deeltijd werken zijn er in de eerste plaats voor de individuele arts, die geen volledige werkweek heeft. Vrijwel alle respondenten verbinden de individuele voordelen aan voordelen voor de organisatie:

1. Door het fenomeen deeltijd werken blijven artsen voor de organisatie behouden die zich anders misschien zouden terugtrekken van de markt.
2. Deeltijders zijn tevreden, gemotiveerd, minder moe, langer enthousiast en dat heeft een positieve uitstraling op de wijze waarop zij hun werk doen.
3. Deeltijders zijn naast het vak vaak met andere zaken bezig en dat werkt blikverruimend voor henzelf, maar ook verfrissend binnen de teams.
4. Door deeltijdartsen kan er meer (spreiding van) expertise binnen een team gerealiseerd worden.
5. De organisatie wordt flexibeler doordat het team uit meer personen bestaat als er enkele deeltijders bijkomen.

7.6 Conclusies

Het feit dat vrijwel alle respondenten voordelen signaleren ten gevolge van het deeltijd werken geeft aan dat men het fenomeen niet uitsluitend als een last of negatieve ontwikkeling beschouwt. Ook worden positieve individuele effecten gerelateerd aan een positieve uitstraling in de organisatie en naar collega's.

Financiële consequenties ten gevolge van het deeltijd werken kunnen moeilijk aangetoond worden. Over de invloed die deeltijd werken kan hebben op de productie kunnen respondenten slechts hun persoonlijke mening geven. De meesten vermoeden dat het deeltijd werken er geen effect op heeft. Het is van belang dat eerst duidelijk wordt, hoe productie gemeten kan worden en welke factoren er naast deeltijd werken invloed op hebben. Andere financiële lasten, bijvoorbeeld voor voorzieningen zoals een eigen werkplek zijn ook niet duidelijk aan te tonen. Bovendien is in veel ziekenhuizen het creëren van voldoende werkplekken in de eerste plaats een logistiek probleem. Er is een tekort als ieder individuele arts een eigen werkplek nodig heeft. Daar komt nog bij dat artsen vaak ook nog spreekkamers en onderzoekskamers nodig hebben. In verschillende ziekenhuizen wordt al naar oplossingen voor deze logistieke problemen gezocht door:

- werkplekken door meerderen te laten gebruiken;
- per specialisme te bekijken welk type kamer (met welke omvang) er nodig is.

Naast de reeds besproken knelpunten hebben de meeste respondenten geen grote overige knelpunten aangedragen. Men legt vooral relaties tussen het deeltijd werken en andere complicerende gevolgen:

- het gegeven dat veel deeltijders vrouwen zijn, betekent dat er meer zwangerschapsverloven en vervangingsproblemen zijn;
- het accepteren van deeltijd werken gaat samen met het accepteren van deeltijd opleidingen, hetgeen leidt tot een verlenging van de opleidingsduur;
- het aantal onvervulbare vacatures neemt sterker toe als de vraag naar deeltijd stijgt, terwijl de krapte op de arbeidsmarkt voor de individuele arts juist gunstig is als hij/zij over deeltijd werken wil onderhandelen.

Deze extra knelpunten leveren niet direct aangrijpingspunten voor de werkgroep DMS, het aspect van de financiële consequenties door het deeltijd werken is wel van belang:

1. In de eerste plaats is het noodzakelijk om duidelijkheid te krijgen over de definitie en meetbaarheid van productie door artsen. De effecten van het deeltijd werken kunnen slechts met een duidelijk meetbaar concept in kaart gebracht worden.
2. In de tweede plaats is de werkplekverdeling een aandachtspunt. Dit voornamelijk logistieke probleem is niet uitsluitend een gevolg van het deeltijd werken, maar door deeltijdwerkers is dit probleem wel complexer. De werkgroep DMS zou kunnen laten onderzoeken aan welke basisvoorwaarden werkplekken voor deeltijdartsen moeten voldoen. Daarbij rekening houdend met omvang van aanstellingen en verschillen in taken van verschillende specialismen.

8 Prioriteiten en ‘good practice’ -voorstellen

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de prioriteiten die respondenten zelf naar voren gebracht hebben als belangrijkste aandachtspunten waar in het kader van het deeltijd werken aandacht aan besteed moet worden. Per ziekenhuistype zijn de genoemde prioriteiten uitgewerkt in 8.2. Daarna komen voorstellen voor toekomstige ‘good practices’ aan de orde in 8.3, waaruit blijkt dat men het deeltijd werken wil plaatsen in een toekomstvisie op de organisatie van de zorg.

Dit hoofdstuk is een uitvoerige weergave van gegevens. Er is voor gekozen de verschillende visies op prioriteiten en op de toekomstige organisatie van de zorg niet samen te vatten. Dit betekent dat enkele beschrijvingen gebaseerd zijn op uitspraken van één respondent. De diversiteit aan gedachten biedt wel een goed beeld van wensen en toekomstvisies die mede richtinggevend kunnen zijn voor het programma van de werkgroep DMS.

8.2 Prioriteiten

8.2.1 *Academische ziekenhuizen*

In de academische ziekenhuizen benoemen drie respondenten als eerste prioriteit twee punten in de voorwaardensfeer en de overige drie respondenten benadrukken vooral punten in de organisatie van het werkproces.

Voorwaarden

1. In de eerste plaats geeft een respondent aan dat er voldoende artsen moeten zijn. Er moeten meer specialisten opgeleid worden. Als aan die basale voorwaarde niet voldaan is, kan een ziekenhuis bij de huidige arbeidsmarkt niet enthousiast zijn over het deeltijd werken.
2. Twee respondenten geven aan dat het grootste probleem zit bij ontoereikende kinderopvang voor de artsen met jonge gezinnen. De opvang en zorg voor jonge kinderen is niet goed geregeld. En als deeltijd werken toegestaan wordt, moeten alle voorwaarden rondom ook goed georganiseerd worden.

Organisatie van het werkproces

Een van de respondenten benoemt verbeteringen van de bestaande situatie en twee respondenten gaan iets verder en stellen de huidige organisatie van het werkproces ter discussie. De voorstellen van de drie respondenten zijn:

1. In de huidige organisatie van het werk zou meer aandacht besteed moeten worden aan alternatieve roostering met meer ruimte voor flexibiliteit met name in de werktijden. Verder kan op de tweede plaats ook de overdracht nog verbeterd worden door meer

volgens protocollen te werken en is ook het stroomlijnen van de communicatie van belang voor deeltijders om goed geïnformeerd te zijn.

2. Een andere respondent geeft aan dat de organisatie van het werkproces het belangrijkste knelpunt is. Door het deeltijd werken zijn artsen niet meer volledig beschikbaar, dat is een goede gelegenheid om opnieuw na te denken over de organisatie van het werkproces. Daarbij kan bijvoorbeeld nagedacht worden over een 24- uurs dienstverlening in de zorg. Voor de efficiency en de continuïteit zou dat een enorme verbetering zijn.
3. Een derde respondent vindt dat er bij het realiseren van deeltijd een balans moet zijn tussen enerzijds de artsen die deeltijdwensen hebben en daarover onderhandelen en aan de andere kant de visie van de afdelingshoofden die moeten bewaken wat er aan deskundigheid op de afdeling nodig is. Maar in die visie van de afdelingshoofden is het niet meer vanzelfsprekend dat zij uitgaan van een systeem van alleen maar voltijd werkende artsen. Ook deeltijders in het team en een mix van taakdifferentiatie kan deel zijn van de afweging om te komen tot goede kwaliteit van patiëntenzorg.

8.2.2 *Grote ziekenhuizen*

In de grote ziekenhuizen zijn de opvattingen over de ondersteuning van het deeltijd werken verschillend van aard. Zowel ingrijpende organisatieverandering als pragmatische verbetering met elektronische hulpmiddelen worden beide naar voren gebracht. Op beide tendensen wordt hier nader ingegaan.

Professionalisering

Vijf respondenten (de helft van de deelnemende grote ziekenhuizen) benadrukken dat de ziekenhuisorganisatie en met name het werk van artsen geprofessionaliseerd moet worden. De accenten die het begrip professionalisering krijgt, variëren nogal:

- a. **Professionalisering van de werkverdeling** wordt door drie respondenten genoemd. Voor een van de respondenten betekent dit dat de organisatie door allerlei ontwikkelingen - onder andere deeltijd - steeds ingewikkelder wordt en dat vraagt om verbetering. Een tweede respondent gaat verder met de invulling van professionalisering en benadrukt dat de werkverdeling tussen voltijders en deeltijders rechtvaardiger geregeld moet worden. Voltijders raken overbelast met teveel staf- en bestuurstaken, deeltijders maken relatief teveel overuren. In die rechtvaardiger verdeling moet ook flexibilisering van de werktijden en de roosters meegenomen worden en aandacht voor vermindering van de administratieve taken van artsen. Een derde respondent geeft aan dat per discipline de werkverdeling professioneler aangepakt moet worden. Met de toename van parttimers moet continuïteit en patiëntoverdracht goed geregeld worden en in afspraken vastgelegd. Het uitgangspunt dat de patiënt-artsrelatie vastligt na de aanmelding van een patiënt kan niet volgehouden worden. Het begeleiden van deze cultuuromslag naar de niet artsgebonden patiënt is een belangrijke eerste stap (Als voorbeeld wordt genoemd de aanpak in het Maasland Ziekenhuis in Sittard, een ziekenhuis dat niet in onze steekproef zat en ook niet meer

in het onderzoek betrokken kon worden). Naast een cultuuromslag is deze verandering vooral een planningsklus. Om deze verandering in de werkverdeling te realiseren is het nodig om mensen te trainen.

- b. Professionalisering van het stafwerk** wordt door een andere respondent als een apart accent genoemd. Door de schaalvergroting van de laatste tijd en de toename van deeltijdwerkers wordt het steeds belangrijker dat het stafwerk op een professionele wijze wordt verricht. Dat is nodig voor het behoud van kwaliteit en voor de praktijkvoering. Het betekent dat mensen vrijgesteld moeten worden om dat stafwerk goed te kunnen doen. Ook deeltijders zouden daarin moeten participeren. Belangrijk is ook dat in het kader van die verdere professionalisering mensen geschoold worden: management development hoort daar bij.
- c. Resultaatgerichtheid en arbeidstijden-flexibilisering** is een derde variant die door een respondent genoemd wordt als een toekomstperspectief. Het accent in deze benadering ligt op een herziening van bedrijfsvoering en organisatie van het werk. Het uitgangspunt is dat de bedrijfstijd van het ziekenhuis verlengd wordt (met meerdere ploegen per dag), waardoor dure apparatuur en faciliteiten van het ziekenhuis optimaal benut worden (vermindering wachttijden), maar ook wensen om arbeidstijden te flexibiliseren gehonoreerd worden. De bedrijfsvoering zou veel zakelijker kunnen door productie vooraf overeen te komen en vervolgens te werken met een begroting en een nacalculatie. In de huidige personeelsopbouw van ziekenhuizen vormt de beheerssector een relatief groot onderdeel, dat kleiner en efficiënter zou kunnen zijn.

HRM-beleid ontwikkelen

Tegelijk opgaand met een professionaliseringsimpuls zou in ziekenhuizen een HRM-beleid voor artsen ontwikkeld moeten worden. (De beide respondenten die dit punt benoemden spraken over 'formatiebeleid' of 'differentiatie naar verschillende deeltijders').

Part-time werken moet voor verschillende groepen een mogelijk alternatief zijn. Dus is het van belang na te gaan welke bronnen voor part-time werken er zijn:

- a) er is een groep medisch specialisten die de kans moeten krijgen om op adem te komen. Zij kunnen natuurlijk niet gedwongen worden om part-time te gaan werken, maar hen kan tijdelijk wel een periode geboden worden van gehele of gedeeltelijke afwezigheid. Een sabattical periode voor de burnouts onder de artsen, waarin zij als deeltijder participeren,
- b) een tweede groep zijn de jonge moeders en vaders
- c) en de derde steeds groter wordende groep met een ander arbeidsethos, waarin de uitoefening van het vak naast andere belangrijke activiteiten in het leven geplaatst wordt.

Concreet betekent dit dat er beleid ontwikkeld moet worden voor artsen met daarin aandacht voor sabatticals (niet alleen voor senioren), vormen van zorgverloven (voor jonge artsen), en loopbaanonderbrekingen of opfrisverloven voor artsen die ook 'andere' ambities hebben.

Hulpmiddelen als ondersteuning van de communicatie en informatie

Een drietal respondenten geeft aan dat er geen grote ingrepen vanuit de organisatie nodig zijn om het deeltijd werken te begeleiden. De maatschappen of vakgroepen regelen zelf hun zaken en de enige voorwaarde die daaraan gesteld moet worden, is dat de patiëntenzorg gewaarborgd moet blijven. Wel moeten alle mogelijke hulpmiddelen, alle ICT-ondersteuning zo snel mogelijk ingevoerd worden in de ziekenhuizen. Vooral het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) wordt met name genoemd als een belangrijke ondersteuning voor de communicatie met collega's, zeker voor deeltijd werkenden.

8.2.3 Kleine ziekenhuizen

In kleine ziekenhuizen komen in grote lijnen drie onderwerpen naar voren die aandacht verdienen bij het hanteerbaar maken van de deeltijdwensen van artsen. Het gaat om voorstellen voor organisatieverbetering of verandering, daarnaast zijn het ideeën ter verbetering van het personeelsbeleid en tenslotte worden ook de patiënten genoemd als een groep waar in het kader van het deeltijd werken aandacht aan besteed moet worden.

De drie onderwerpen met genoemde voorstellen komen achtereenvolgens aan de orde:

A. Organisatieverandering en -verbetering

1. Twee respondenten geven elk op een verschillende wijze aan dat er een geschikte organisatievorm gekozen moet worden. De een benadrukt dat in een klein ziekenhuis het belangrijk is om te zorgen voor voldoende capaciteit. En dan is daarnaast ook de omvang van de maatschap van belang: bijvoorbeeld een grote stafmaatschap is een waarborg voor een redelijk winstaandeel (ook voor een deeltijder) en biedt ook de flexibiliteit die nodig is om deeltijd werken goed in te passen. De andere respondent vindt dat er een faciliterend model of handvat ontwikkeld moet worden, waarin de organisatorische planning is uitgewerkt zodat niet iedereen daar steeds weer opnieuw over moet nadenken. Dat model moet wel flexibel zijn, passend bij de maatschap of vakgroep: maatwerk dus.
2. Hierbij aansluitend is de wens van twee respondenten die benadrukken dat er handreikingen geboden moeten worden voor een goede overdracht, goede planning en continuïteitsbewaking. Een van hen pleit ook voor aanpassing van de huidige regelgeving die vooral belemmerend kan zijn voor organisaties van beperkte omvang waardoor zij bijvoorbeeld flexibele werktijden niet kunnen realiseren.
3. Verder werden er verschillende concrete hulpmiddelen benoemd waarmee het organiseren van het deeltijd werken geoptimaliseerd kan worden. Twee respondenten noemen expliciet het invoeren van het Elektronisch Patiënten Dossier en andere ICT-faciliteiten om de communicatie te verbeteren. Verder noemen twee respondenten de verbetering van de roostering, waarbij de een vooral pleit voor meer managementondersteuning bij het roosteren. De ander benadrukt dat er betere afspraken gemaakt moeten worden over de spreiding van de vrije dagen, omdat die nu teveel rondom de weekenden geconcentreerd zitten. Tenslotte noemt een respondent ook het meer gestructureerd en geprotocolleerd werken als een belangrijk hulpmiddel om het deeltijd werken ook beter te laten verlopen.

4. Tenslotte wordt de bemensing van het management genoemd als een aandachtspunt. Twee respondenten vinden dat er medisch geschoolde managers moeten blijven (geen buitenstaanders) die voldoende ruimte krijgen om hun verantwoordelijkheden waar te maken. Het managen komt er nu vaak teveel bij. Een andere respondent pleit ervoor dat ook deeltijders meer ingezet moeten worden bij de verantwoordelijkheid voor de organisatie, omdat het de betrokkenheid en de mate van geïnformeerd zijn sterk verbeterd.

B. *Personeelsbeleid en arbeidsvoorwaarden*

1. Door 5 respondenten werd het capaciteitsprobleem onder artsen als belangrijkste knelpunt benoemd. Er is meer menskracht nodig om aan de zorgvraag te voldoen en door deeltijd werken wordt dit knelpunt alleen maar nijpender. Een van de respondenten voegt eraan toe dat er dus meer mensen opgeleid moeten worden en vindt dat het verschijnsel van Agnio's moet verdwijnen. Als er geen Agnio's meer zijn dan werken er allemaal artsen met dezelfde motivatie en dat leidt weer tot een plezieriger werksfeer.
2. Twee respondenten noemen apart het probleem dat vooral in kleine ziekenhuizen speelt: het invullen van de kleine restcapaciteit, bijv. als er een deeltijdfunctie van 0.8 Fte ingevuld wordt, blijft er 0.2Fte over. Een klein ziekenhuis met kleine maatschappen verliest op deze wijze teveel capaciteit.
3. Verbetering van de kinderopvang noemen twee respondenten en honorering van calamiteiten- of zorgverlof (bijv. bij ziekte van een partner of kind) wordt ook een keer genoemd.
4. Tenslotte noemt een respondent het ontwikkelen van een seniorenbeleid, inclusief goede voorlichting over de financiële gevolgen bij het afbouwen van de functie.

C. *Patiëntenvoorlichting*

Twee respondenten benadrukken dat patiënten goed voorgelicht moeten worden als er deeltijdartsen zijn, zodat ze weten dat ze verschillende dokters kunnen verwachten.

In de kleine ziekenhuizen die de grootste zijn in hun provincie wordt:

1. door een respondent organisatieverandering en het ontwikkelen van 'good practices' als voorbeeld om meer bekendheid te geven aan het deeltijd werken genoemd. Met voorbeelden van 'good practices' kan duidelijk gemaakt worden hoe bijvoorbeeld met problemen bij overdrachtmomenten omgegaan wordt.
2. de andere respondenten noemen het ondersteunen van de communicatie en vooral ook het invoeren van het Elektronisch Patiënten Dossier als belangrijke aandachtspunten.

8.3 'Good practice'-voorstellen

8.3.1 'Good Practice'-voorstellen of wensen in academische ziekenhuizen

In academische ziekenhuizen werd door twee respondenten naar voren gebracht, dat door het deeltijd werken duidelijk geworden is dat de zorg niet afhankelijk is van volledige beschikbaarheid en bereikbaarheid van de specialisten. Het is vooral een kwestie van goed organiseren en plannen, maar als de patiënt-artsrelatie een andere invulling krijgt

omdat deeltijd werkende artsen er in elk geval niet steeds zullen zijn, kan er ook nagedacht worden over alternatieven om de zorg anders te organiseren. De beide respondenten hebben daar verschillende ideeën over:

Vraag- of zorggestuurde organisatie

Wat de kwaliteit van zorg betreft zou er veel breder gezocht moeten worden naar alternatieven. Als het ziekenhuis een meer vraag- of zorggestuurde organisatie wordt, dan zijn de uitgangspunten heel anders. Dan wordt er niet binnen een specialisme samengewerkt, maar worden er teams georganiseerd rondom groepen patiënten: een cluster 'Chronisch zieken' of een cluster 'Geboorte'. Dan komt de patiënt een keer per kwartaal langs en alle dokters die hij/zij nodig heeft, zijn er dan ook.

Naar de artsen toe betekent dit dat in die teams gekeken wordt welke kwaliteiten (specifieke deskundigheid) is er nodig en dat is het vertrekpunt voor selectie van de teamleden. Meer een HRM-benadering van functie- en taakdifferentiatie die gevoed wordt vanuit de visie op kwaliteit van zorg, gedacht vanuit de patiënt. Deeltijd werken moet deel uitmaken van dit HRM-beleid.

Continue dienstverlening: 24-uur en 7 dagen per week

Door de toename van deeltijd werken zal er opnieuw naar de organisatie van het werkproces gekeken moeten worden. En dan is het de vraag of het niet zinvol is om het werkproces helemaal opnieuw te organiseren. De persoonsgebonden beschikbaarheid is niet meer 100%. Continuïteit is dus in elk geval niet aan personen gebonden. Dit betekent dat niet alleen de individuele arbeidstijd ingepast moet worden, maar dat ook de bedrijfstijd geen vast begin- en eindpunt heeft. Dan zou de dienstverlening ook geoptimaliseerd kunnen worden door een 7-daagse productie. In het ziekenhuis is nu 's avonds, 's nachts en in de weekenden de kwaliteit een stuk lager dan overdag. Er staat hele dure apparatuur die 5 dagen overdag gebruikt wordt en verder niet. Als ziekenhuizen 7 dagen open zijn en 24 uur lang zou dat het zorgproces ten goede komen en bovendien door de continuïteit een veel efficiënter gebruik van de voorzieningen betekenen.

8.3.2 'Good Practice'-voorstellen of wensen in grote ziekenhuizen

Cultuurverandering: een systeem van niet-artsgebonden patiënten

Een respondent geeft aan dat het geheel van continuïteit en onderlinge patiëntenoverdracht geprofessionaliseerd moet worden, de noodzaak daartoe is groter geworden door de aanwezigheid van parttimers. Deze professionalisering (van de maatschappen) houdt in dat de werkverdeling per discipline op een gestructureerde wijze en met een goede planning geregeld wordt.

Het probleem daarbij is de cultuurverandering. Het uitgangspunt van de artsgebonden patiënt kan met parttime-constructies niet worden volgehouden. Hoe de werkverdeling professioneler aangepakt kan worden, moet 'letterlijk' geleerd worden. Weinig ziekenhuizen hebben tot nu toe de stap ondernomen naar de niet-artsgebonden patiënt. Deze verandering betekent voor de ziekenhuizen dat er een flinke planningsklus aangepakt moet worden en de cultuuromslag daarbij vraagt om begeleiding.

Flexibilisering van de arbeidstijden/bedrijfstijd

Een andere respondent vindt dat flexibilisering van de arbeidstijden van belang is omdat het anders heel moeilijk wordt om productieafspraken te maken. In de ons omringende landen, bijvoorbeeld België, wordt de dokter gewoon per verrichting betaald. Dan is het niet zo relevant meer om te praten over parttimers en fulltimers, omdat het dan gaat over de productie die overeengekomen is en of die productie ook gehaald wordt. In België spreken ze een minimaal productieniveau af, maar proberen ze meer te halen. Daar zijn dan ook geen wachtlijsten in de zorg. In minder drukke weken kunnen specialisten bijvoorbeeld twee dagen thuisblijven, maar in een drukke week dan moeten ze misschien zes dagen werken.

Onderzoek dat zich bezighoudt met de discussie parttime-fulltime zoals wij die in Nederland voeren, gaat in de omringende landen niet meer op, omdat het gaat om gerealiseerde productie. In Nederland hebben we een verambtelijkte structuur: er zijn heel weinig ziekenhuizen in Nederland, waar na 16.00 uur nog patiënten geopereerd worden, terwijl in België de laatste patiënt niet voor 18.00 uur de O.K. verlaat. 's Ochtends begint men om 8.00 uur en in drukke tijden om 6.00 uur. Deze flexibilisering zouden we in Nederland ook kunnen toepassen. Nu wordt er in ons land in een groot ziekenhuis ook 's avonds nog op een of twee operatiekamers geopereerd maar er zijn vaak 15 operatiekamers beschikbaar en dus staan er heel veel leeg.

8.3.3 'Good Practice'-voorstellen of wensen (in kleine ziekenhuizen)

Bij de kleine ziekenhuizen brengt één respondent naar voren dat vooral goede voorlichting met voorbeelden van 'good practices' het proces van acceptatie en realisatie van deeltijd werken en andere veranderingen in de ziekenhuizen kan stimuleren. Daarbij wordt benadrukt dat de doelstelling van die voorlichting verder reikt dan het invoeren van deeltijd werken alleen. 'Good practice' voorlichting kan op den duur duidelijk maken:

1. dat het solistische karakter van het artseneroep zal moeten plaatsmaken voor een meer participerende attitude;
2. dat een systeem waarbij de patiënt centraal staat een oplossing biedt voor een reeks van organisatorische problemen en daarin kan deeltijd werken goed geïntegreerd worden.

8.4 Conclusies

De prioriteiten en 'good practice' voorstellen zijn divers en vaak gebaseerd op gedachten van een enkele respondent. Het geheel biedt echter wel een goed beeld van de ideeën die er leven.

Er zijn enkele lijnen in de gekozen prioriteiten te onderscheiden:

1. Bij de academische ziekenhuizen ligt het accent op een heroriëntatie op de organisatie van het werk met als doelen de verbetering van de roosterplanning, flexibilisering van de werktijden, uitbreiding van de bedrijfstijd en aandacht voor taakdifferentiatie op basis van een goede kwaliteitsborging.
2. Bij de grote perifere ziekenhuizen worden ook verbeteringen in het werkproces genoemd, maar wordt benadrukt dat deze verbeteringen als onderdeel van een proces van professionalisering bij de artsen gezien moet worden. Doel daarbij is dat de

werkverdeling professioneler en rechtvaardiger wordt aangepakt en dat bijvoorbeeld ook bestuurstaken als een wezenlijk onderdeel van de verantwoordelijkheden gezien worden die voltijders en deeltijders moeten delen. Voorwaarde daarvoor is dat artsen ook voor deze managementtaken ondersteund en getraind worden.

Een tweede apart aandachtspunt bij de grote ziekenhuizen is een expliciete vraag om HRM- of personeelsbeleid voor artsen. Aan loopbaanbegeleiding is bij vrijgevestigden weinig aandacht besteed, juist vanwege het zelfstandig ondernemerschap. Deeltijdwensen hebben echter met loopbaanconsequenties te maken en in die zin is advisering belangrijk.

3. Bij de kleine ziekenhuizen komen de aandachtspunten overeen met die van de grote ziekenhuizen. Men noemt er echter ook met nadruk de behoefte aan ondersteuning bij het kiezen van geschikte organisatievormen, handreikingen voor het realiseren van verbeteringen (overdracht, overleg) en concrete hulpmiddelen (ICT).
4. In een aantal kleine ziekenhuizen en een academisch ziekenhuis worden als belangrijk knelpunt de onvervulbare vacatures genoemd. Voldoende opgeleide artsen beschouwen zij als een allereerste voorwaarde zijn om deeltijdwensen te kunnen invullen.

In de 'good practice' voorstellen worden de prioriteiten vertaald naar toekomstwensen en de nadere invulling daarvan. Centraal daarin staat een heroriëntatie op de organisatie van de zorg, met als basis een vraaggestuurde werkwijze en ook een niet artsgebonden planning. De uitwerking van deze gedachten levert planningsideeën op met als kernpunten:

- uitbreiding van de bedrijfstijd in ziekenhuizen en
- flexibilisering van de werktijden door een andere roostering en door interdisciplinair werkende teams.

Voor de werkgroep DMS liggen in de genoemde prioriteiten verschillende punten voor een programma dat de integratie van het deeltijd werken beoogt:

1. Door verdere optimalisering van het werkproces met als aandachtspunten: roosterplanning, flexibilisering van de werktijden, uitbreiding van de bedrijfstijd en taakdifferentiatie.;
2. Rechtvaardiger en professioneler werkverdeling tussen voltijders en deeltijders.
3. Ondersteuning van artsen bij de professionaliseringstendens door middel van trainingen en loopbaanadvies; aparte aandacht wordt gevraagd voor het opleiden en steunen van medisch-inhoudelijke managers.
4. Verder wordt er veel verwacht van digitale technieken ter verbetering van communicatie en informatie.

Niet alle genoemde prioriteiten en toekomstplannen kunnen in het programma van de werkgroep DMS worden opgenomen. Zo zijn de knelpunten van de arbeidsmarkt: voldoende opgeleide artsen, en de brede heroriëntaties op de organisatie van de zorg knelpunten die de taak van de werkgroep te boven gaan. Vanuit de werkgroep kan wel in de gremia die zich daarover buigen het belang van een goede integratie van het deeltijd werken in de toekomstplannen benadrukt worden.

9 Conclusies

9.1 Inleiding

De gesprekken met vertegenwoordigers van academische, grote en kleine perifere ziekenhuizen hebben een veelheid aan informatie over het deeltijd werken in ziekenhuizen opgeleverd. In de academische ziekenhuizen waar in dienstverband gewerkt wordt, verwijst men naar de formele CAO-voorwaarden als het om de positie van deeltijders gaat. In de grote ziekenhuizen is het deeltijd werken een fenomeen waar aandacht aan besteed moet worden, maar voor het oplossen van voorkomende knelpunten wordt veelal naar het maatschappniveau verwezen. De kleine ziekenhuizen kunnen momenteel het deeltijd werken nog goed aan, maar vooral omdat het geringe aantal deeltijders in deze ziekenhuizen nog goed in te passen is. Problemen blijven in kleine ziekenhuizen overzichtelijk en ook daar worden ze op maatschappniveau opgevangen.

Uit de schattingen van respondenten blijkt dat ongeveer 20% van de specialisten in deeltijd werkt. De inventarisatie naar de behoefte aan deeltijd werken in 1997 (Heiligers, Hingstman en Marrée) liet zien dat 57% van de artsen in principe een deeltijdvoorkeur had. Hieruit kan afgeleid worden dat nog steeds veel artsen hun wens om minder te werken niet gerealiseerd hebben. De tendens om de individuele werktijd te verminderen, zal ook de komende tijd nog toenemen.

Belangrijk is in dit verband de constatering in het onderhavige onderzoek dat men in de meeste ziekenhuizen ook oog heeft voor de voordelen van het deeltijd werken. In de eerste plaats voor de individuele artsen die minder moe, langer enthousiast en tevreden zijn. Maar in de tweede plaats ziet men dat deeltijders in de teams verfrissend werken, omdat zij ook met andere zaken buiten het werk bezig zijn. En het positieve effect daarvan stralen zij ook uit naar collega's.

9.2 Knelpuntenanalyse

De balans opmakend over de integratie van het deeltijd werken door artsen komen in dit onderzoek enkele knelpunten naar voren. Samengevat gaat het om de onderstaande punten.

1. Het bespreken van een deeltijdcontract is meestal mogelijk als een arts een nieuw contract aangaat, maar de bespreekbaarheid is veel minder als een arts een bestaande afspraak of een bestaand contract met zijn maatschap (of team) wil veranderen. Binnen de snijdende specialismen is de behoefte aan een deeltijdcontract in het algemeen nog moeilijk bespreekbaar en realiseerbaar.
2. De planning van het werkproces en de werkverdeling wordt op dit moment nog niet in alle ziekenhuizen als een groot probleem gezien, maar men verwacht wel dat met de toename van deeltijders er problemen zullen ontstaan. In de grotere ziekenhuizen signaleert men deze problemen nu wel al. Die problemen betreffen het systeem van overdracht, de waarneming en roostering van diensten, de werkverdeling (o.a. staf-

taken). Naarmate maatschappen en ziekenhuizen groter zijn, worden deze problemen duidelijker.

3. Expliciet wordt de communicatie en organisatie bij overdrachtssituaties als knelpunt genoemd, vooral in de grote ziekenhuizen. Men pleit voor een professionalisering van de communicatie en planning van het werkproces, waardoor overleg, dossiervorming en het handelen volgens protocollen en standaarden verbeterd wordt.
4. Roostering van de klinische taken en de diensten is een volgend planningsprobleem, dat complexer geworden is door de toename van deeltijders.
5. Onbekendheid met de verschillende vormen waarin deeltijd werken georganiseerd kan worden. Tot nu toe is men vooral bekend met één vorm van deeltijd werken: het dagen basiscontract. De mogelijkheden van andere vormen ziet men theoretisch wel en men is bereid ook een aantal andere vormen in ziekenhuizen te realiseren. Verder is men bereid ten aanzien van taakdifferentiatie na te gaan, welke mogelijkheden er zijn voor artsen, waarbij men wel discussie wil over de voorwaarden aan de aard en de mate van taakdifferentiatie.
6. De werkplekverdeling voor artsen is een logistiek probleem, dat door het fenomeen deeltijd werken toeneemt.
7. Kinderopvangvoorzieningen zijn vaak ontoereikend, waardoor de jonge moeders en vaders onder de deeltijders deze faciliteit elders moeten realiseren. Als kinderopvang niet realiseerbaar blijkt, kan dit invloed hebben op de beslissing om een functie al dan niet te accepteren.
8. Een knelpunt van theoretische aard is het ontbreken van duidelijke definities van 'productie' en 'efficiency' van artsen. Het ontbreken van definities of afbakening maakt het onmogelijk om de productie en efficiency van voltijders en deeltijders te vergelijken. Er kunnen geen harde uitspraken gedaan worden over de effecten die de toename van het deeltijd werken heeft op deze beide factoren. In het verlengde daarvan kan ook niet bepaald worden of er sprake is van financiële consequenties door het deeltijd werken.

9.3 Relatie knelpuntenanalyse en geopperde prioriteiten

De knelpuntenanalyse biedt aangrijpingspunten voor de werkgroep DMS. Daarnaast hebben de respondenten in dit onderzoek zelf prioriteiten in aandachtspunten aangegeven. Daarbij valt op dat in de prioriteiten van respondenten een aantal punten van bredere reikwijdte voorkomen dan de integratie van het fenomeen deeltijd werken alleen. Daarmee wordt hier bedoeld de voorstellen voor een breder heroriëntatie op de organisatie van de zorg met ideeën voor uitbreiding van de bedrijfstijd, flexibilisering van de werktijd, niet artsgebonden patiënten en een vraaggestuurd zorgsysteem.

Daarnaast zijn er ook knelpunten genoemd die óf niet direct beïnvloedbaar zijn, óf een algemeen punt van aandacht betreffen, dat niet uitsluitend op het niveau van deeltijd werken opgelost kan worden. Punten van algemene aard zijn de knelpunten van de bemensing, de onvervulbare vacatures in de zorg, de toename van de zwangerschapsverloven en de verlenging van opleidingsduur door het deeltijd werken. Niet direct beïnvloedbare knelpunten zijn de omvang van maatschappen (hoe meer deeltijders, hoe groter) en het type specialisme (acute klinische zorg en deeltijd werken zijn lastige combinaties).

Kortom, deze knelpunten hebben wel een relatie met het deeltijd werken, maar kunnen niet in het kader van de taakstelling van de werkgroep DMS aangepakt worden. Wel kan de werkgroep deze gesignaleerde punten bij de relevante gremia op de agenda laten zetten.

Bij het benoemen van prioriteiten en in de ideeën over toekomstige 'good practices' hebben respondenten vaak ook aangegeven in welke richting zij oplossingen zien. Voorbeelden hiervan zijn de pleidooien voor ondersteuning van verdergaande professionalisering van het werkproces en gerichte advisering en training van individuele artsen en medisch-inhoudelijke managers.

Deze ideeën hebben samen met de analyse van knelpunten in dit onderzoek geleid tot een voorstel van prioriteiten in het programma van de werkgroep DMS.

9.4 Aandachtspunten of prioriteiten voor de Werkgroep DMS

Gebaseerd op de analyse van knelpunten, diversiteit in voorkeuren en geopperde prioriteiten kan geconcludeerd worden dat in het programma van de werkgroep Deeltijd Werken Medisch Specialisten vijf centrale aandachtspunten of prioriteiten meegenomen kunnen worden:

1. Ondersteuning bij het realiseren van loopbaanplannen (inclusief deeltijdwensen) en het maken van weloverwogen keuzen door individuele artsen

Naar aanleiding van het punt van de bespreekbaarheid van deeltijd werken en het pleidooi voor verdere professionalisering van het werkproces is het van belang dat er personeelsbeleid ontwikkeld wordt, toegespitst op loopbaanadviesing, ook voor vrijgevestigde artsen. In de eerste plaats kan daarbij gedacht worden aan individuele advisering bij het maken van keuzen en het afwegen van consequenties van (bijvoorbeeld) deeltijd werken. Daarnaast kan een programma van trainingen voor artsen ontwikkeld worden ter ondersteuning van loopbaanonderhandelingen, of het vertalen van veranderingsprocessen in de zorg naar de eigen praktijk en het eigen vak. Daarnaast is ondersteuning en training van medisch-inhoudelijke managers van belang.

2. De organisatie van en communicatie over het werkproces, een rechtvaardige werkverdeling en daarbij gepaste overlegvormen, overdracht en roostering vragen om ondersteuning

Men is niet bovenmate ontevreden over de huidige gang van zaken, maar het gaat vooral om een goede integratie van het deeltijd werken in het werkproces en een optimale taakverdeling tussen voltijders en deeltijders.

De bereidheid om diverse deeltijdvarianten als geschikte vormen te accepteren is er, maar moet nog beproefd worden. Een systematische implementatie en evaluatie van deze vormen bij maatschappen of afdelingen die dat wensen, kan inzicht geven in de voorwaarden en situaties waarbij de diverse varianten het meest geschikt zullen zijn.

Samenwerking met maatschappen of afdelingen en goede begeleiding bij keuzeprocessen zijn belangrijke voorwaarden bij de aanpak van dit type projecten omdat het om 'deeltijdvormen op maat' gaat.

3. Definitie en afbakening van de begrippen productie en efficiency van artsen

De operationalisatie van beide begrippen is noodzakelijk om effecten van deeltijd werken op deze factoren te verhelderen. Ontwikkeling van criteria voor productiviteit en efficiency gevolgd door implementatie en evaluatie van de meetbaarheid zijn noodzakelijk voor het evalueren van de mate waarin gekozen deeltijdvormen geschikt zijn.

4. Bekendheid geven aan ‘good practices’ waar reeds een adequate vorm van deeltijd werken gerealiseerd is en ondersteund wordt

Publicaties of voorlichting over deze ‘good practices’ zijn van groot belang voor maatschappen of afdelingen die op zoek zijn naar voor hen passende vormen van deeltijd werken.

5. Verantwoorde integratie van deeltijd werken in bredere veranderingsprocessen van bijvoorbeeld vraag-gestuurde zorg, flexibilisering van arbeidstijden en verlenging van de bedrijfstijd

In toekomstige veranderingen zal diversiteit in de personeelsformatie (voltijders en deeltijders) en variatie in de loopbaanplanning een van de uitgangspunten moeten zijn. Dit aandachtspunt kan niet op korte termijn gerealiseerd worden, maar de werkgroep DMS kan het wel naar voren brengen bij de gremia die het voortouw nemen bij veranderingen in de zorg.

Literatuur

- Bartels, L.P. Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-2000, Utrecht:Prismant,publicatienummer:200.016.
- Heiligers P., L. Hingstman & J. Marrée, Inventarisatie deeltijd werken onder artsen' Utrecht:NIVEL, 1997.
- Heiligers, Ph., paper WESWA-congres, Deeltijdvarianten voor artsen in ziekenhuizen, 12 oktober 2000a.
- Heiligers, Ph., L. Hingstman. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Social Science & Medicine*. 50. 1235-1246, 2000b.
- Heiligers, Ph., L. Hingstman. Loopbaanplanning door medisch specialisten: sekseverschillen in de balans van werk- en zorgtaken. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 80.nr.2. 85-92, 2002.
- Meloen, J.D., P.P. Groenewegen, L. Hingstman. De toekomst van het algemeen ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Van der Velden, L.F.J., L. Hingstman, C.D. Nienoord-Buré, M.M. van den Berg. Vraag en aanbod artsen: raming 2000-2010, Utrecht: NIVEL /Prismant, 2001.

Bijlage 1

Telefonische enquête Quick Scan Deeltijd werken Medisch Specialisten

Topics en vragen

1. Feitelijke informatie

1. Kunt u in het algemeen inschatten hoe in uw ziekenhuis de verhouding voltijd en deeltijd werkende specialisten ligt (in percentages)?
Hoeveel specialisten werken er bij benadering in uw ziekenhuis
2. Is een deeltijdfunctie in uw ziekenhuis voor een arts bespreekbaar? Is het deeltijd werken een geaccepteerd fenomeen?
3. Wordt er in het ziekenhuis beleid ontwikkeld om het deeltijd werken onder artsen te ondersteunen? Zo ja, welke maatregelen?
Ondersteunt het ziekenhuis ook de zgn. zorg- of gezinsvriendelijke voorzieningen?
Zo ja, welke?

2. Veranderingen in de werklust op teamniveau

Vragen over tijdsinvesteringen:

4. Is er door het deeltijd werken meer tijd nodig voor bepaalde taken? Zo ja, welke?
5. Hoe gaan deeltijders in het algemeen om met het fenomeen van minder tijd? (Indien het tot knelpunten leidt, hoe gaan ze er dan mee om?
 - compenseren ze door over te werken
 - compenseren ze door werkzaamheden thuis te verrichten
 - laten ze delen van taken aan anderen over
 - hebben ze het formeel geregeld om een aantal taken niet te hoeven doen
 - delen ze hun tijd efficiënter in
 - Andere.
6. Worden voltijders extra belast met taken in vergelijking met deeltijders?
Zo ja, welke?
7. Is er ook tijdwinst te boeken door aanwezigheid van deeltijd werkende collega's, bijvoorbeeld bij het zoeken van vervanging (zwangerschap, ziekte, incidenteel, bijscholing in vrije tijd)?

Vragen over Efficiency

8. Zijn er taken of afspraken in de samenwerking met deeltijders die efficiënter moeten worden aangepakt? Zo ja, welke?
9. Heeft het verschijnsel deeltijd werken mogelijk ook een positieve invloed op de efficiency (strakker roosteren, vergaderen, vaste tijden overleg)?

3. Overdracht en communicatie

10. Zijn er problemen met overdrachtsituaties ten gevolge van deeltijd werken?
11. Zo ja, waar zitten de knelpunten dan precies?
(Dossiervorming, planning van overlegmomenten, de inhoud van de communicatie gaat mis)
12. Is het ook mogelijk dat de communicatie door het fenomeen deeltijd werken juist verbeterd is?
Zo ja, waardoor? (door betere afspraken te maken, door meer in termen van standaarden en protocollen te werken, door nauwkeuriger administratie bij te houden?)
13. Zijn er punten waarop de overdracht en communicatie in uw ziekenhuis nog aangepast of verbeterd moet worden?

4. Roostering

14. Zijn er problemen met de gangbare roostering van klinische taken?
Zijn er problemen met de gangbare roostering van poliklinische taken?
Zo ja, welke problemen zijn er?
(Als er geëxperimenteerd werd met alternatieve roostering of werkverdeling: met welk systeem?)
15. Zijn er afspraken gemaakt over het minimum aantal dagen of dagdelen dat een deeltijder aanwezig moet zijn? Zo ja, welke afspraak is dat?
16. Zijn er afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van deeltijders tijdens hun vrije dagen?
Zo ja, Welke?

5. Financiële consequenties

17. Zijn er door het deeltijd werken duidelijk aantoonbare financiële consequenties in termen van productiviteit? Zo ja, van welke aard en omvang?
18. Nog een financieel punt betreft de voorzieningen, bijv. voor een extra werkplek. Zijn er financiële gevolgen in de voorzienings sfeer voor de artsen door het deeltijd werken?
Zo ja, welke ?
19. Zijn er nog andere financiële consequenties te benoemen?

6. Deeltijdvarianten en Taakdifferentiatie

20. Is er volgens u een maximum aan het aantal deeltijd werkende artsen in een ziekenhuis?
Zo ja, kunt u een verhouding voltijders deeltijders noemen die haalbaar lijkt? (In percentages?)

21. Er zijn verschillende mogelijkheden om in deeltijd te werken. Ik zal er vier kort toelichten:

1. vaste dagen aan en afwezig zijn: dagenbasiscontract
2. duobaan: alle verantwoordelijkheden delen met partner in duo, ook patienten
3. samenfunctie: alle verantwoordelijkheden in tweeën delen, ook patienten
4. min-max-systeem: een flexibel deeltijder: een deeltijder heeft een vast aantal minimumdagen vanaanwezigheid, maar is in drukke tijden bereid tot een vooraf afgesproken maximum aantal dagen uit te breiden.

Welke vindt u het meest geschikt voor artsen in ziekenhuizen?

22. Acht u het mogelijk dat een deeltijd werkende arts slechts een deel van het totale takenpakket verricht?

Zo ja, welke taken of takenpakket wel, welke niet?

7. Contacten met patiënten

23. Hebben patiënten te kennen gegeven dat ze problemen hebben met afwezigheid van artsen?

Zo ja, weet u of het artsen i.h.a. betrof of specifiek deeltijdartsen?

8. Overige knelpunten

24. Kunt u naast de genoemde knelpunten nog zaken noemen die in het kader van deeltijd werken aangepakt moeten worden?

Zo ja, welke knelpunten?

9. Voordelen

25. Kunt u naast de genoemde knelpunten ook voordelen noemen door deeltijd werken van artsen?

10. Prioritering

26. In welke volgorde van belang moeten de eerder besproken knelpunten aangepakt worden?

(eventueel onderstaande noemen)

Algemene herstructurering voor flexibeler werktijden

Alternatieve en flexibele roostering

Vermindering administratieve taken

Communicatie beter stroomlijnen

Overdrachtsituaties verbeteren/ in protocollen

Rechtvaardige taakverdeling voltijders-deeltijders

Taakdifferentiatie en -splitsing

Financiële lasten verminderen/compenseren

Andere, nl.