

2013

Centraal roosteren in het LUMC

Verpleegkundig personeel efficiënter
inzetten in het LUMC

Rianne de Jong
S1065329
Student Management in Zorg
Hogeschool Leiden
MZ 84
Afstudeerbegeleider Jacqueline van Oijen
Mei 2013



VOORWOORD

Voor u ligt het eindresultaat van mijn afstudeeropdracht van de Bachelor opleiding Management in de Zorg aan de Hogeschool Leiden.

Als leidinggevende van de afdeling neonatologie heb ik veel taken binnen de afdelingsgrens. Bij mijn zoektocht naar een juist onderwerp voor mijn onderzoek wilde ik over de afdelingsgrens heen kijken om zo in contact te komen met collega's van andere afdelingen, specialismen en werkwijze.

Jarenlang heb ik een onregelmatig dienstrooster gehad. Een dienstrooster is heel persoonlijk, het moet passen in je privéleven. Voordeel van onregelmatig werken is dat je het rooster vaak kan aanpassen aan voor jouw belangrijke momenten. Hierbij is de vraag hoe je de balans kan vinden tussen de belangen van de medewerker en de organisatie.

Hierbij wil ik Karin de Schipper-Visser bedanken als opdrachtgever en begeleider. In haar drukke agenda heeft zij altijd even tijd gemaakt voor een gesprek. Ook wil ik mijn leidinggevende Maria de Taeye-Veldhuijzen en mijn collega Renate van Leeuwen bedanken. Zij hebben mij de tijd gegeven om dit onderzoek uit te kunnen voeren.

Uiteraard wil ik Jacqueline van Oijen bedanken voor haar begeleiding tijdens dit onderzoek. Tevens wil ik mijn schrijversgroep bedanken, Merle Zandvliet, Lisette Beugelsdijk en Patrick van Beek. Door de fijne en directe samenwerking hebben we veel van elkaar kunnen leren.

Rest mij alleen nog u veel leesplezier te wensen!

Rianne de Jong

Mei 2013, Sassenheim.

MANAGEMENTSAMENVATTING

De arbeidsrelaties veranderen en de vergrijzing in de beroepspopulatie neemt toe. Om de economie draaiende te houden wordt er meer productiviteit gevraagd waarvoor flexibiliteit van werknemers, maar ook van werkgevers nodig is. De Universitair Medische Centra (UMC) hebben op deze ontwikkelingen gereageerd door in de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) 2011-2013 overeen te komen samen met hun werknemers toe te werken naar een volwaardige arbeidsrelatie en een duurzame inzetbaarheid. Elk UMC doet dit op zijn eigen wijze. In het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is het onderzoek naar centraal roosteren een onderdeel van het programma Vernieuwing Zorg.

Het huidige roosterprogramma Rostarflex is niet meer bedrijfszeker en voldoet niet aan de wet- en regelgeving. In het LUMC lopen twee deelprojecten: het deelproject “Vervanging Rostarflex” met als doel een nieuw planningsprogramma te adviseren aan de Raad van Bestuur, dat voldoet aan de eisen van de wet- en regelgeving en past bij de bedrijfsvoering van het LUMC. Het andere project “Roosters in balans” heeft raakvlakken met dit onderzoek. Doel van dit project is, haalbare roosters ontwerpen die voldoen aan de criteria CAO, Arbeidstijdenwet en gezond roosteren. Dit kan op diverse wijze, van repeterende roosters, intekenroosters tot zelfroosteren.

Roosteren is het matchen van personeels- en werkaanbod. Een inzichtelijk werkaanbod maakt het mogelijk om personeel efficiënt in te zetten. Voor de werkgever heeft dit als voordeel dat de zorg zo goedkoop mogelijk kan worden aangeboden met behoud van kwaliteit van zorg. Voor de werknemer is de bezetting een belangrijk aspect voor de werkbeleving namelijk bij onderbezetting ontstaat er een (te) grote werkdruk en bij overbezetting heeft de werknemer het gevoel dat de dag eindeloos duurt.

De plaats binnen een organisatie waar een rooster gemaakt wordt kan variëren van een leidinggevende die zelf een rooster maakt tot een professioneel roosterbureau. Iedere variant heeft zo zijn voor- en nadelen. Enkele voordelen van centraal roosteren zijn dat de planners specialisten zijn in het maken van hoge kwaliteit roosters, er meer uniformiteit ten aanzien van regelgeving, kaders en uitvoering is en er meer transparantie is in de gehele organisatie. Nadelen van centraal roosteren zijn onder meer de grotere afstand tussen de planner en het team, er meerdere aanspreekpunten zijn bij een centraal roosterbureau en er weinig gebruik gemaakt kan worden van de kracht van het team.

De centrale vraag die in dit onderzoek wordt beantwoord is: Wat zijn de bepalende factoren om centraal roosteren op de verpleegafdelingen in het LUMC in te voeren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is onderzoek gedaan door benchmark bij de politie en

twee ziekenhuizen waar ze centraal roosteren. Tevens zijn er focusgroepdiscussies gehouden met teamleiders en verpleegkundig afdelingshoofden van het LUMC. Met als doel te kunnen bepalen hoe hun kijk is op centraal roosteren en welke behoeften de leidinggevenden hebben om personeels- en werkaanbod efficiënt op elkaar af te kunnen stemmen.

In de resultaten komt naar voren dat een kwalitatief goed rooster moet voldoen aan de Arbeidstijdenwet en de CAO en dat het belangrijk is dat zowel de medewerker als de leidinggevende tevreden zijn. Factoren die een rol hebben gespeeld bij het invoeren van centraal roosteren bij de externe partijen zijn, de continuïteit van plannen die met centraal roosteren meer gewaarborgd is, de tijd- en kostenbesparing, het verhogen van de flexibiliteit van inzet van personeel en goede communicatie die noodzakelijk is om weerstanden voor de implementatie te voorkomen. In de focusgroepdiscussies kwamen meerdere knelpunten naar voren die invloed hebben op een goede match tussen werkaanbod en de inzet van het verpleegkundig personeel. Tijdens vakantie en periode van veel ziekte is het moeilijk om voldoende kwalitatief personeel in te zetten. Adhoc diensten regelen is een tijdrovende taak voor leidinggevende. Werknemers hebben veel roosterwensen, daardoor is het lastig om een rooster te maken dat voldoet aan de eisen van zowel de werknemer als werkgever en de wet- en regelgeving op dit gebied. Ook een wisselend aanbod van leerlingen maakt het moeilijk om een goede match te maken. Als laatste knelpunt is genoemd de 55+ regeling waarbij de werknemers vrijstelling hebben van weekend-, nacht- en feestdiensten. Hierdoor komt er meer druk op de collega's terecht.

In het LUMC wordt er niet centraal geroosterd en is het bij de leidinggevende nog niet eerder gespreksonderwerp geweest. Leidinggevenden hebben om die reden nog weinig kennis over het onderwerp. Voordelen die zij op dit moment zien, zijn de tijdwinst wanneer het centraal roosterbureau ook adhoc zaken oplost, meer uniformiteit en transparantie en het beter opvolgen van de wet- en regelgeving. Nadelen die zijn genoemd zijn ontevreden en minder gemotiveerde werknemers waardoor er minder bereidheid tot flexibiliteit is. De leidinggevenden zijn het er over eens dat de eindverantwoordelijkheid van het dienstrooster bij de leidinggevende ligt, ongeacht door wie of waar het dienstrooster wordt gemaakt.

Om centraal roosteren te doen slagen en waarbij het doel de efficiënte inzet van personeel behaald wordt, zijn de volgende vijf kritische succesfactoren noodzakelijk:

1. Een gezamenlijke cultuur in de organisatie
2. Uniformiteit in roosterregels
3. Flexibele inzet van personeel
4. Inzichtelijk werkaanbod
5. Een goed roosterprogramma

MANAGEMENT SUMMARY

Relationships on the work floor are changing, and there is an increase in ageing amongst the working class taking place. In order to keep the economy thriving more productivity is needed, and thus more flexibility is demanded of both employees and employers. The Dutch University Medical Centres (UMC) have reacted to these developments by working with their staff towards long-lasting availability and a dialogue-based employment relationship, as is agreed upon in the Dutch collective labour agreement 2011-2013. Each UMC is realizing this in its own manner. Within the Leiden University Medical Center (LUMC), research on scheduling timetables in one central place is part of this “Renewed Care Programme.”

Rostarflex, the current programme that is used for creating timetables, is not dependable anymore and does not meet the legal regulations. The LUMC is currently keeping itself occupied with two sub projects. One of those is named “Replacing Rosterflex”, and has the aim of advising a new programme to the Board of Directors which does meet all the legal regulations and fits the hospital’s conduct of business. The second project is called “Timetables in balance” and has some overlap with this research. The aim of the second project however is to produce realizable timetables that meet the regulations of the collective labour agreement, the Dutch Working Hours Act and what is called “healthy timetables”(i.e. taking employees’ health into account in regards to the sequence of day and night shifts). That aim can for instance be realized by means of a repeated timetable, a sign-up timetable, or self-scheduling.

Scheduling timetables is the matching between employee supply and labour supply. A comprehensible labour supply allows employees to be planned in efficiently. The advantage for the employers here is that inexpensive but at the same time high-quality professional care can be provided. For employees the work perception is mainly influenced by understaffed or overcrowded departments; when a department is understaffed the work load is (too) demanding, and when the department is overcrowded, one feels like the day has no end.

The location of where the timetable is created within an organization can vary from a professional scheduling agency to the executive chief who does the scheduling himself or herself. Every way of producing timetables comes with its own advantages and disadvantages. Several advantages of scheduling the timetables in one central place is that the planners are specialists in producing high-quality timetables, that there is more uniformity in regards to regulations, policy and execution and that the whole organization is more transparent. The disadvantages of scheduling the timetables centrally are amongst others the distance gap between the planner

and the team, the fact that there is more than one point of contact and that the strength of the team is being under-utilized.

The main question that will be answered in this research is the following; What are the determining factors for introducing the central scheduling of timetables on the nursing departments within the LUMC?

In order to answer this question, benchmark research was done with the police and two other hospitals where timetables are indeed created in one central place. On top of that focus group discussions were held with the LUMC's team leaders and executives of the nursing departments. This was done to understand their view on scheduling timetables centrally and what the needs are to be able to efficiently synchronize the labour supply and staff supply with each other.

The results firstly reveal that a high-quality timetable should meet the Dutch Working Hours Act and the Dutch collective labour agreement. Secondly, it is important that the employers as well as the employees are satisfied with the timetable. Factors that played a role in inserting the centrally based scheduling of timetables with other parties were the higher guarantee of continuity, the saving of time and money, the increased flexibility in availability with employees and clear communication that is needed to avoid resistance when the new system is being implemented. During the focus group discussions several problems influencing the agreement between labour supply and nursing staff came to the foreground. It is for instance difficult to have enough qualified personnel during times of illness or during vacations. Arranging adhoc shifts is a time-consuming task for the executive chief, and employees all have a wish list in regards to the timetable. It is therefore very challenging to create a timetable that satisfies both employers and employees and that also complies with the legal regulations. Another issue is the continuously changing amount and offer of nursing students, which complicates the matching process. The last difficulty is the fifty-five plus arrangement, which ensures that employees aged fifty five and over are released of working night shifts, weekend shifts and holiday shifts. This thus puts more pressure on other colleagues.

The LUMC does not apply the system of scheduling timetables in one central place. Nor was that system ever thoroughly discussed before the focus group discussions with the executive chiefs. There is therefore only little knowledge with the executive chiefs on this topic. The advantages that they perceive at the moment is the gaining in time when one central office in the building resolves adhoc shifts, and the fact that there would be more uniformity, transparency and better regulatory compliance. The disadvantages that were mentioned include unsatisfied and less motivated employees, leading to a decreased willingness to be flexible. The executive chiefs

agree that the overall responsibility for the shift timetable lies with the executive chief, regardless by whom or where that timetable was produced.

To succeed centrally scheduling timetables, and the goal of efficiently employing staff to be achieved, the following five critical factors of success are necessary:

1. A common culture in the organization
2. Uniformity in timetable regulations
3. Flexible availability of staff
4. Comprehensible labour supply
5. A well-working programme for producing timetables

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	
Managementsamenvatting	
Management summary	
Hoofdstuk 1 De probleemverkenning	1
1.1 De aanleiding.....	1
1.2 Probleem voor de opdrachtgever	5
1.3 De probleemsituatie	5
1.3.1 DESTEP	5
1.3.2 Het zeven-S model.....	6
1.4 De voorlopige centrale vraag.....	7
1.5 De doelstelling.....	7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader en de centrale vraag.....	8
2.1 Strategische personeelsplanning	8
2.1.1 Kwantiteit	9
2.1.2 Kwaliteit	10
2.1.3 Kosten.....	13
2.1.4 Arbeidsrelaties.....	14
2.2 Inzichtelijk werkaanbod	14
2.3 Matching personeels- en werkaanbod.....	15
2.3.1 Anders roosteren	15
2.3.2 Centraal of decentraal roosteren	17
2.3.3 Cultuurverandering	18
2.4 Beschouwing.....	18
2.5 Conceptueel model.....	19
2.6 Hypothese	20
2.7 De definitieve centrale vraag en deelvragen	20

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet	21
3.1 Methoden van dataverzameling: kwalitatief onderzoek.....	21
3.2 Betrouwbaarheid en validiteit	22
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten.....	24
4.1 Onderzoeksverantwoording.....	24
4.2 Resultaten	26
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	33
5.1 Conclusies en aanbevelingen	33
5.2 Hypothese	39
Bibliografie	40
Bijlage 1 De DESTEP en Het zeven-S model	44
Bijlage 2 Tijdsplanning en randvoorwaarden	50
Bijlage 3 Vragenlijst voor benchmark.....	51
Bijlage 4 Vragenlijst voor focusgroepdiscussie.....	53
Bijlage 5 Mail uitnodigen focusgroepdiscussie	54
Bijlage 6 Benchmark interview 1.....	56
Bijlage 7 Benchmark interview 2.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 8 Benchmark interview 3.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 9 Benchmark interview 4.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 10 Benchmark interview 5.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 11 Benchmark interview 6.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 12 Procesbeschrijving ziekenhuis 1.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 13 Werkwijze divisie beschouwend ziekenhuis 2.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 14 Focusgroepdiscussie 1.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 15 Focusgroepdiscussie 2.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 16 Focusgroepdiscussie 3.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 17 Codering benchmark.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 18 Codering focusgroepdiscussies.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

HOOFDSTUK 1 DE PROBLEEMVERKENNING

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Gevolgd met het probleem van de opdrachtgever. Door het probleem pluriform weer te geven wordt er een voorlopige centrale vraag gesteld met daarbij een doelstelling.

1.1 DE AANLEIDING

De aanleiding om te onderzoeken of centraal roosteren kan worden toegepast in het LUMC, is geanalyseerd door gebruik te maken van de 6W formule (Verhoeven, 2011).

Wat is het probleem? De arbeidsrelaties veranderen, de vergrijzing in de beroepsbevolking neemt toe. Om de economie draaiende te houden wordt er meer productiviteit gevraagd. Flexibiliteit van werknemers maar ook van werkgevers is nodig. Werknemers moeten breed inzetbaar zijn en hun kennis en vaardigheden blijven vergroten (Deijkers, 2009). Om op deze ontwikkelingen in te spelen zijn de Universitair Medisch Centra (UMC) in de CAO- vernieuwingsagenda UMC 2011-2013 overeengekomen om samen met hun werknemers toe te werken naar een volwaardige arbeidsrelatie en een duurzame inzetbaarheid. Iedere UMC doet dit op zijn eigen wijze. Tevens is het huidige roosterprogramma Rostarflex niet meer bedrijfszeker. De leverancier heeft te kennen gegeven te stoppen met verdere ontwikkeling. Hierdoor wordt de ondersteuning op termijn onzeker. Uit de laatste toets gedaan door de arbeidsinspectie blijkt dat Rostarflex niet geheel aansluit bij de wet- en regelgeving, de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit. Er is een nieuwe generatie roosterpakketten die Rostarflex kunnen vervangen, die een stabiel rooster garanderen, de regels van de wet ondersteunen en een koppeling met het salarissysteem faciliteren (LUMC, 2012)

Wie heeft het probleem? De UMC's zijn samen overeengekomen te gaan werken aan een volwaardige arbeidsrelatie en duurzame inzetbaarheid van personeel. Iedere UMC heeft zijn eigen Raad van Bestuur (RvB) die hierop op eigen wijze actie moet ondernemen.

Wanneer is het probleem ontstaan? Door de jaren heen zijn arbeidsrelaties veranderd. In 2006 zijn de vertegenwoordigers van de werknemers en werkgevers van de acht UMC's gestart met de vraag hoe het personeelsbeleid er uit moet komen te zien. Dit om helderheid te scheppen om vervolgens samen een nieuw collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) te kunnen afspreken. In de CAO 2008-2011 is afgesproken om een persoonlijk budget te vormen voor alle 60.000 werknemers. Dit budget kan gebruikt worden voor een persoonlijke ontwikkeling waardoor de duurzame inzetbaarheid wordt vergroot. Duurzame inzetbaarheid is belangrijk om in te kunnen

spelen op de krappe arbeidsmarkt en de stijgende pensioenleeftijd. Om te komen tot een volwaardige arbeidsrelatie is een budget voor persoonlijke ontwikkeling niet voldoende, er moet een bewustwordings- en cultuursveranderingstraject worden gestart. Onder de naam de Idealoog (Nauta, Doosje, Pater, & Bloois, 2011) is in dit kader een project gestart. Naar aanleiding van de resultaten is het vervolgproject Dialoog gestart.

Waarom is het een probleem? Vergrijzing zorgt voor een krappe arbeidsmarkt. Organisaties moeten ‘vechten’ om personeel te krijgen. Werknemers blijven bijleren en zich aanpassen door technologische ontwikkelingen en continue veranderingen. De ontwikkelingen maken dat de werknemer en de werkgever voor nieuwe problemen komen te staan en samen tot oplossingen moeten komen (Nauta, Doosje, Pater, & Bloois, 2011). Werkgever en werknemer moeten met elkaar in dialoog. Er moet afstemming komen tussen de belangen van werknemer en werkgever (C.J.W. de Schipper-Visser, persoonlijke communicatie, 29 oktober 2012). De theorie leider-medewerker-uitwisselingstheorie (LMX-theorie) stelt: “dat de kwaliteit van een relatie tussen medewerker en leidinggevende bepaald wordt door (a)de waardering die een leidinggevende al of niet geeft voor betere of slechtere prestaties; en (b) informele onderhandelingen over meer of minder uitdagende taken die iemand krijgt in ruil voor meer of minder toewijding en loyaliteit” (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Waar doet het probleem zich voor? Het probleem doet zich voor in de gehele organisatie. Alle werknemers zullen betrokken worden bij het programma Vernieuwing Zorg. In dit project is de veranderopgave : “Het op gang brengen en realiseren van een veranderingsproces waarbij professionals het voortouw krijgen en nemen om de kwaliteit van zorg verder te verhogen en de kosten van zorg te verlagen. Daarbij wordt de patiëntenzorg zodanig ingericht dat de te leveren zorg patiëntgericht, veilig en doelmatig is en dat werknemers optimaal betrokken zijn en dat hiermee het LUMC in staat is om continu te innoveren zodat flexibel kan worden ingespeeld op veranderde omstandigheden en een veranderde vraag” (Boer, 2012). Een onderdeel van dit grote project is planning en roostering. De werknemers die onregelmatige diensten werken krijgen op den duur allemaal te maken met een andere manier van roosteren.

Wat is de aanleiding? In de CAO-vernieuwingsagenda UMC 2011-2013 en in het project Dialoog staat de samenwerking tussen werkgever en werknemer centraal met als doel een volwaardige arbeidsrelatie en een duurzame inzetbaarheid van werknemers (RvB, 2012). “Een volwaardige arbeidsrelatie houdt in dat medewerker en leidinggevende een goede dialoog voeren waarin zij afspraken -op maat- maken over werk en ontwikkeling” (Nauta, Doosje, Pater, & Bloois, 2011). “Inzetbaarheid houdt in dat werknemers in staat zijn om hun werk te houden en nieuw werk te krijgen” (Rothwell & Arnold, 2007). Vanuit de uitgangspunten kwaliteit,

ontwikkeling, welzijn, kwaliteit van leven, loopbaan/mobiliteit en tijd zoals opgenomen in het toetsingskader van het Landelijke Overleg Academische Ziekenhuizen (LOAZ), zijn projecten, pilots en studies ontstaan waar alle UMC's een eigen invulling aan geven in het meerjarenplan. De projecten hebben als speerpunten: coaching van leidinggevende, ontwikkeling in jaargesprek en gezondheidsmanagement. Alle projecten gezamenlijk hebben als doel een fitte medewerker, werkzekerheid in plaats van baanzekerheid en een flexibele 24 uren bedrijfsvoering (NFU, 2011). De drie pilots die in de UMC's zijn gestart richten zich op de loopbaanontwikkeling, het roosteren en de flexibiliteit/sturen op output (tabel 1).

De pilots loopbaanontwikkeling en flexibiliteit/sturen op output worden in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) uitgerold in het programma Vernieuwing Zorg . In dit onderzoek wordt alleen de pilot Roosteren belicht.

<i>Loopbaanontwikkeling</i>	Roosteren	<i>Flexibiliteit/sturen op output</i>
<i>Doel Loopbaanplan van werknemers is bekend en bespreken van de loopbaan is een standaard onderwerp van het jaargesprek. Er wordt meer beweging gerealiseerd.</i>	Doel: Optimalisatie inbreng en inzet werknemers.	<i>Doel Resultaat gericht werken en flexibele inzet (zowel voor werkgever als werknemer).</i>
<i>Resultaat Ervaringen en best practices die in UMC's, en andere zorginstellingen kunnen worden ingezet.</i>	Resultaat: Ervaringen en best practices die in UMC's, en andere zorginstellingen, kunnen worden ingezet.	<i>Resultaat: Ervaringen en best practices die in UMC's, en andere zorginstellingen, kunnen worden ingezet.</i>

Tabel 1 Pilots van de vernieuwingsagenda UMC's (NFU,2011)

Pilot Roosteren in het LUMC

De RvB van het LUMC heeft de pilot roosteren, zoals afgesproken in de vernieuwingsagenda, aangepakt. Mw. C.W.J. de Schipper – Visser, adviseur organisatieontwikkeling heeft opdracht gekregen een project te starten met als doel het faciliteren van maatwerk in arbeidstijden door middel van anders roosteren (RvB, 2012). Anders roosteren, door maatwerk in arbeidstijden wil zeggen dat er voor de medewerker een betere balans is tussen werk en privéverplichtingen. Voor de werkgever is maatwerk in arbeidstijden een meer efficiënte personele bezetting, “werken als er werk is” (Dalen, 2012).

Naar aanleiding van de opdracht van de RvB zijn er twee deelprojecten gestart. Het deelproject “Vervanging Rostarflex” met als doel een nieuw planningsprogramma te adviseren aan de RvB dat voldoet aan de eisen van de wet- en regelgeving en tevens past bij de bedrijfsvoering van het LUMC. Het andere deelproject is “Roosters in balans” met als doel haalbare roosters ontwerpen die voldoen aan de criteria van CAO, Arbeidstijdenwet en Gezond roosteren. Werknemers hebben veelal te maken met onregelmatige werktijden wat sociale en fysieke bezwaarlijkheden met zich mee brengt. Door teveel onregelmatige diensten waaronder overwerk of nachtwerk wordt er schade aangebracht aan de gezondheid van de medewerker. Dit is ook nadelig voor de productie (Goudswaard, 2007). Een gezond dienstrooster is onmogelijk maar het is de kunst om het dienstrooster zo min mogelijk ongezond te maken (Dalen, 2012). De werkgroep gaat kijken op welke wijze er anders geroosterd kan worden.

Het succes van anders roosteren draait om drie ankers:

- de inhoud, wat is anders roosteren en welke vorm past bij de situatie van de afdeling;
- de software, welke software is nodig om de gekozen vorm te ondersteunen en het gedrag;
- welke gevolgen heeft de gekozen inhoud en software voor de verdeling van rollen en taken tussen werknemers, roosteraars en leidinggevenden (Dalen, 2012).

Er komen meerdere pilotafdelingen, die ieder gaan werken met een andere manier van roosteren. Deze manier van anders roosteren komt voort uit de roosterproblemen die nu op de afdeling spelen en welke voor iedere afdeling anders kunnen zijn. Tevens wordt de nieuwe manier van roosteren uitgetoetst in het nieuw aan te schaffen planningsprogramma.

Het deelproject “Roosters in balans” zal ook een antwoord moeten geven op de vraag in hoeverre een centraal roosterbureau een bijdrage levert aan een betere bedrijfsvoering. Door het directoraat Human Resource Management (HRM) is gekozen om onderzoek te starten naar centraal roosteren. Redenen hiervoor zijn dat de roosters nu worden gemaakt door teamleiders of verpleegkundigen die veelal op basis van affiniteit met roosteren deze taak hebben. Zij hebben geen specifieke opleiding hiervoor genoten. De veronderstelling is dat vakspecialisten op een efficiëntere manier betere roosters kunnen opstellen. Door specialisten de roosters te laten maken kunnen de teamleiders zich weer bezig houden met waarvoor ze zijn aangesteld. Een centraal roosterbureau geeft ook mogelijkheid om betere analyses te doen van de personeelsplanning en ook de zorgvraag. Door gebruik te maken van een centraal roosterbureau bestaat de mogelijkheid om personeel in te zetten over meerdere afdelingen waardoor flexibele inzet en efficiëntie wordt bereikt (T. de Vrij, persoonlijke communicatie, 28 oktober, 2012).

1.2 PROBLEEM VOOR DE OPDRACHTGEVER

In het LUMC wordt grotendeels decentraal geroosterd. Meer dan 300 werknemers zijn bevoegd voor het roosterprogramma. Hoeveel er daadwerkelijk roosteren is niet inzichtelijk. Dit planningsproces kan efficiënter, het personeelsaanbod moet beter aansluiten bij het werkaanbod hetgeen kostenbesparing oplevert. Tevens wordt er in de hele organisatie gewerkt met het roosterprogramma Rostarflex wat niet voldoet aan de wet- en regelgeving, de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit. Er gaat onderzocht worden welk programma het meeste aansluit bij de werkprocessen van het LUMC, voldoet aan wet- en regelgeving en aan de wensen van de klanten.

1.3 DE PROBLEEMSITUATIE

De probleemsituatie wordt pluriform bekeken door gebruik te maken van de volgende modellen, de DESTEP en het zeven-S model (Mulders, 2010).

1.3.1 DESTEP

Het DESTEP model wordt gebruikt om een omgevingsanalyse te maken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de zes omgevingsfactoren van de organisatie, waarop door de organisatie nauwelijks invloed kan worden uitgeoefend. De demografische, economische, sociaal culturele, technologische, politieke en juridische factoren geven de organisatie inzicht op kansen en bedreigingen die op de organisatie afkomen (Mulders, 2010). In deze paragraaf wordt alleen de beschouwing weergegeven. In bijlage 1 is de gehele analyse uitgewerkt.

Beschouwing

De vergrijzing snijdt aan twee kanten van de gezondheidszorg, aan de ene kant neemt de zorgvraag toe en aan de andere kant wordt de arbeidsmarkt krappere. Door de vergrote uitstroom van oudere werknemers gaat ook veel kennis verloren. De zorgkosten zijn de laatste jaren flink gestegen, om dit in toom te houden heeft het kabinet besloten om in de gezondheidszorg te belonen naar prestatie, dit om de uitgaven te beheersen en de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. Een strategisch personeelsbeleid is nodig om te kunnen anticiperen op de dynamische arbeidsmarkt waarbij flexibiliteit van werknemer en werkgever een grote rol speelt.

1.3.2 HET ZEVEN-S MODEL

Het zeven-S model geeft een analyse van de interne organisatie, waarbij zeven belangrijke aspecten van de organisatie worden beschreven, er wordt gekeken naar de kwaliteit van de organisatie. Het model is verdeeld in harde factoren welke in de strategie van de organisatie, de structuur en in documenten van de organisatie zijn vastgesteld, dit zijn de significante waarden, strategie, structuur en systemen. De andere drie factoren zijn zacht, welke moeilijker zijn te benoemen omdat deze voortkomen uit de cultuur en het klimaat van de organisatie. De zachte factoren stijl van management, sleutelvaardigheden en staf kunnen een grote invloed hebben op de harde factoren (Mulders,2010). In deze paragraaf wordt alleen de beschouwing weergegeven in bijlage 1 is de gehele analyse weergegeven.

Beschouwing

Uit de analyse van de harde factoren in het zeven-S model blijkt dat het LUMC een naar binnen gekeerde organisatie is waarbij veel afdelingen ogenschijnlijk op zichzelf staan. In de strategie van het LUMC worden volwaardige relaties tussen werkgever en werknemer nagestreeft waarin voortdurend een dialoog met elkaar gevoerd moet worden. In het project Zorgvernieuwing wordt aandacht besteed hoe dit vorm kan worden gegeven. De workshops met de leidinggevenden hebben bevindingen opgeleverd waaruit op te merken is dat er nog veel winst te behalen valt in de communicatie van werkgever naar werknemer. Tevens gaven de resultaten van de workshops aan dat de bereidheid om te veranderen onder de werknemers hoog is. De zachte factoren in deze analyse geven aan dat er al veel aandacht is voor het ontwikkelen van een volwassen arbeidsrelatie, dit in de vorm van de workshops waarin de werknemers en de werkgever in dialoog zijn gegaan. Een voorbeeld is het project waarbij gezamenlijk de werknemerskaart is ontwikkeld. Door in dialoog te gaan verwacht men een volwaardige arbeidsrelatie te ontwikkelen. Personeel flexibel in zetten op diverse afdelingen kan een bijdrage zijn aan een volwaardige arbeidsrelatie. Nu wordt er nog decentraal geroosterd waarbij verpleegkundigen niet flexibel ingezet kunnen worden, mede hierdoor blijven er 'eilandjes' bestaan.

1.4 DE VOORLOPIGE CENTRALE VRAAG

Welke factoren hebben invloed op de inzet van personeel in een academisch ziekenhuis?

Het gaat hierbij om een inventariserend onderzoek waardoor we leren en inzicht krijgen over centraal roosteren. Deze inzichten kunnen wel of niet een bijdrage leveren aan de oplossing van het probleem.

1.5 DE DOELSTELLING

De opdrachtgever krijgt 1 juni 2013 een advies van de onderzoeker waarin staat of centraal roosteren in het LUMC een positieve bijdrage levert in de matching tussen het personeels- en het werkaanbod. Indien dit een meerwaarde heeft worden de randvoorwaarden omschreven die nodig zijn om centraal roosteren succesvol te implementeren.

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER EN DE CENTRALE VRAAG

In de literatuurstudie is in een brede context gezocht naar informatie om samen met het diagnostisch onderzoek in de praktijk antwoord te vinden op de centrale vraag. Allereerst wordt er gekeken wat nu daadwerkelijk een strategische personeelsplanning is en hoe je dit kan bereiken. De ontwikkeling is dat er meer flexibiliteit moet komen waarbij de belangen van de patiënt, werknemer en werkgever belangrijk zijn. Een werkgever moet rekening houden met de werknemer waarbij een dienstrooster moet voldoen aan de wet- en regelgevingen. In het conceptueel model worden de verbanden tussen de parameters die in de literatuurstudie aan het licht zijn gekomen weergegeven.

2.1 STRATEGISCHE PERSONEELSPLANNING

Strategische personeelsplanning is belangrijk om problemen te voorkomen in de toekomst. Demografische ontwikkelingen, in het bijzonder een dalend geboortecijfer en een toenemende levensverwachting, leiden er al geruime tijd toe dat de vraag naar zorg in de toekomst zal gaan stijgen, dit terwijl het arbeidsaanbod zal afnemen. Het risico bestaat dat er een personeelstekort ontstaat (Speelman & Offers, 2010).

In de literatuur komen verschillende definities van (strategische) personeelsplanning voor waarbij iedere definitie een andere peiler heeft. Zo richten Draper en Merchant (1978) zich meer op wat de organisatie wil bereiken met de personeelsplanning. De juiste man op de juiste plaats en het juiste moment (Riedstra, 2006). Evers en Verhoeven (1999) definiëren personeelsplanning als het voorbereiden, vormgeven en implementeren van strategisch beleid rond de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel. Zij gaan meer uit van het proces, namelijk het strategische beleid waarbij het resultaat niet wordt besproken. De definitie van Evers en Verhoeven houdt geen rekening met de individuele meningen en de doelstellingen van de individuele medewerker. Deze worden alleen in beschouwing genomen als onderdeel van het belang van de organisatie (Evers & Verhoeven, 1999).

Een bredere definitie van het begrip personeelsplanning geeft Cassel (1975), hij zegt dat personeelsplanning een vertaling is van de organisatiedoelstellingen, operationele behoeften en toekomstplannen, naar plannen voor efficiënt gebruik van mankracht. Belangrijk voor de toekomst is de koppeling en de integratie van de personeelsplanning met andere aspecten in de organisatie, samen met economische- marktprognoses, onderzoek, ontwikkeling en planning van investering (Donk, 1995). Meerdere definities worden gegeven aan een strategische personeelsplanning, maar ieder met een eigen peiler. Van der Heijden heeft onderzoek gedaan

naar de inzetbaarheid van werknemers. In tabel 2 wordt weergegeven welke vijf dimensies er zijn voor de inzetbaarheid (Meiling, Weesie, & Heijden, 2011).

Om een strategische personeelsplanning (SPP) te kunnen voeren moet er rekening worden gehouden met de interne en de externe ontwikkelingen binnen de organisatie. Kwantiteit, Kwaliteit, Kosten en arbeidsRelaties (K3R) zijn de vier dimensies welke invloed hebben op de inzet van personeel. Hoe de K3R er in de toekomst uit gaat zien hangt af van de ontwikkelingen van de omgevingsfactoren buitenaf en de visie, missie en strategie van binnenuit, die de organisatie bepaalt. “Juist in het spanningsveld tussen omgeving en strategie speelt het vraagstuk SPP zich af.” (EuroHRM, 2013)

- 1) “Beroepsexpertise: voldoende kennis en vaardigheden hebben om goed te kunnen functioneren binnen het huidige functiegebied.
- 2) Anticipatie en optimalisatie: kunnen reflecteren op ontwikkelingen die het vakgebied doormaakt en inzicht hebben in de eisen die dit stelt aan eigen ontwikkelingen; beschikken over creatief vermogen en veranderingsbereidheid; de ambitie hebben om de beste resultaten te bereiken.
- 3) Persoonlijke flexibiliteit: het vermogen gemakkelijk tussen en binnen organisaties en functies te wisselen; het vermogen tot aanpassen aan niet altijd zelf gekozen veranderingen.
- 4) Organisatiegevoel: competenties om zich aan te passen aan de bedrijfscultuur, aan de ongeschreven wetten; het kunnen participeren in verschillende samenwerkingsverbanden, het delen van kennis, ervaringen, gevoelens, enzovoort; het bepalen van de gezamenlijke doelstellingen.
- 5) Balans: evenwicht kunnen handhaven in het nastreven van eigen belangen als werknemer versus die van de organisatie ook als die botsen; de balans handhaven tussen focus op de huidige functie versus de aandacht op de loopbaan als geheel; belangen werk-privé-leren in het juiste perspectief hanteren.”

Tabel 2 Vijf dimensies van inzetbaarheid (Meiling, Weesie, & Heijden, 2011)

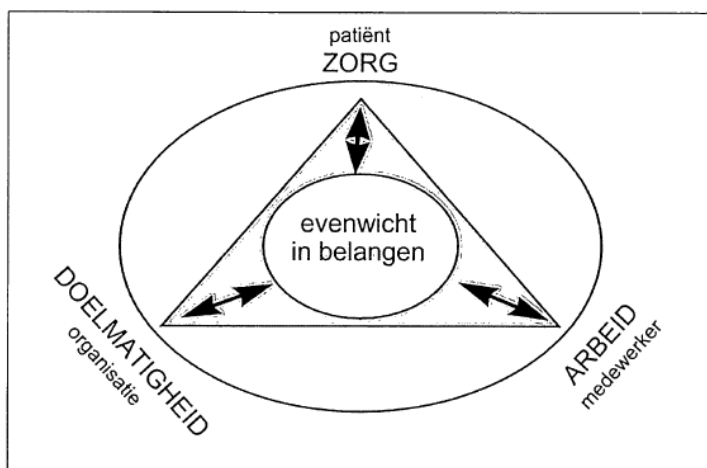
2.1.1 KWANTITEIT

In november 2007 is door TNO een onderzoek uitgevoerd naar de flexibiliteit- strategieën van Nederlandse bedrijven. Flexibiliteit wordt gebruikt om het wisselende werkaanbod op te vangen. Flexibiliteit in de strategie zijn op drie manieren in te zetten. De eerste is de flexibiliteit van personeel waarbij er van het personeel een flexibele houding wordt gevraagd wat betreft diensten, overwerken en contracten. Dit is de meest voorkomende flexibele strategie die gebruikt wordt in Nederland. De tweede manier die meer strategisch is, is de flexibiliteit in proces en organisatie waarbij er flexibele werkplekken worden gecreëerd. Werknemers worden als gevolg hiervan breed inzetbaar. De derde manier is de flexibiliteit in netwerk en markt. Bij deze vorm worden er twee manieren gebruikt om pieken op te vangen. Of de klant krijgt nee te horen ofwel het werk wordt aangenomen maar uitbesteed. Wanneer het werkaanbod weer daalt nemen zij het werk weer terug. Op langere termijn zullen de bedrijven de flexibele schil verder uitbreiden. In de zorg was in 2007 de flexibele schil 21% terwijl de verwachting in 2015 30% is,

een toename van 9% (Goudswaard, 2007). In de literatuur wordt beschreven dat de werknemers vaak ingezet worden als flexibiliteitsmiddel, dit omdat er vaak flexibiliteit van de werknemer wordt verwacht. Wanneer flexibiliteit van een eenzijdig perspectief wordt bekeken kan dit negatief overkomen op de werknemer. Een betere manier zou zijn, dat flexibiliteitsmaatregelen, voor zowel de werknemer als de werkgever voordelig is. (Brugman, 2006). Voor de werknemer kan die flexibiliteit liggen in het dienstrooster.

2.1.2 KWALITEIT

Kwantiteit en kwaliteit zijn nauw met elkaar verbonden. Een dienstrooster is een sturelement om de kwaliteit van de organisatie te verbeteren. Daarbij gaat het om de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van de arbeid en de doelmatigheid van de bedrijfsvoering (Pool & Dijk, 1999). Hierbij moet er ook rekening worden gehouden met de belangen van de patiënt, de medewerker en van de organisatie, zie figuur 1.



Figuur 1 Belangendriehoek (Pool & Dijk, 1999)

Wanneer er geen goede balans is in de belangendriehoek komen de kwaliteitsaspecten van de andere belanghebbende in het gedrang. Wordt er meer rekening gehouden met de patiënt dan kan dit tot budgetoverschrijding en roofofbouw op de werknemers leiden, doordat de medewerker op elk tijdstip dat de patiënt wenst aanwezig moet zijn. Wordt er meer rekening gehouden met de belangen van de medewerker dan wordt het onmogelijk om een goede bezetting te waarborgen, waardoor de zorg in het gedrang komt. (Pool & Dijk, 1999). Tevens kan dit leiden tot hogere kosten, er wordt meer personeel ingezet dan nodig is. Wanneer het belang van de organisatie hoog is heeft dit consequenties voor de zorg. De medewerker komt alleen op tijden wanneer het nodig is, wat tot gevolg kan hebben dat er momenten zijn dat de werklust te hoog wordt en zij diensten moeten doen die niet prettig en ongezond zijn (GGZ, 2010)

Kwaliteit van zorg

De patiënt verwacht een goede kwaliteit van zorg. Om deze kwaliteit te kunnen bieden als zorgaanbieder is het noodzakelijk om het perspectief van de patiënt te kennen. Het uitgangspunt zijn de drie verschillende zorgvragen, de acute, electieve of chronische zorgvraag. Iedere zorgvraag vraagt andere zorg maar ook andere verwachtingen (NPCF, 2008). Aandachtspunten vanuit het perspectief van de patiënt voor de ziekenhuizen zijn patiëntgerichtheid, patiëntbeleving, toegankelijkheid van de zorg, veiligheid, en doeltreffend- en doelmatigheid. Ieder ziekenhuis maakt gebruik van een kwaliteitssysteem waarvan het veiligheidsmanagementsysteem een onderdeel is. Een open cultuur draagt zorg dat medewerkers zich veilig voelen om een melding te maken van een (bijna) incident waarbij, openheid naar de patiënt, een vaste plaats heeft (NPCF, 2008).

Kwaliteit van de arbeid

Onregelmatig werken leidt tot verstoring van het biologische- en het sociale ritme van de medewerker. “Tallose onderzoeken hebben inmiddels duidelijk gemaakt dat het werken op afwijkende en/of onregelmatige tijdstippen een risico inhoudt voor de gezondheid en het welzijn van de medewerker vanwege de verstoring van deze ritmen” (Pool & Dijk, 1999). In een dienstrooster moeten voldoende herstelmogelijkheden zitten voor zowel lichaam en geest maar ook voor het sociale ritme van de medewerker. Een dienstrooster moet voldoen aan alle punten die zijn opgesteld voor gezondheid en welzijn, zie figuur 2. Dit zorgt niet alleen voor een gezonde conditie van de medewerker maar maakt ook een einde aan het psychologische conflict tussen het kiezen voor een goede nachtrust of voor een zo goed mogelijk sociaal leven (Pool & Dijk, 1999).

Criteria voor gezondheid en welzijn

Lichamelijk en geestelijk functioneren

- Vermindering van het aantal nachtdiensten.
- Beperkt aantal gelijksoortige diensten achter elkaar; bijvoorbeeld maximaal drie nachtdiensten na elkaar.
- Na iedere nachtdienstperiode minimaal 48 uren vrij.
- Voorwaarts rotatie.
- Gegarandeerde hersteltijd van ten minste 12 uren per 24 uren.
- Geen gebroken diensten.
- Vroege dienst niet beginnen voor 07.00 uur.
- Beperking van de lengte van de dienstenreeks (maximaal zes diensten).
- Overlap van diensten voor overdracht.

Sociaal functioneren

- Zoveel mogelijk besteedbare vrij tijd in weekeinden.
- Zoveel mogelijk een vast doordeweeks dagdeel of een vaste avond vrij.
- Zoveel mogelijk maaltijden in gezinsverband.
- Zoveel mogelijk regelmaat in het rooster.

Figuur 2 Criteria voor gezondheid en welzijn (Pool & Dijk, 1999)

Doelmatigheid van de bedrijfsvoering

Een eenvoudig planningsproces om te komen tot een dienstrooster bestaat uit drie stappen.

Stap 1: Het vaststellen van de formatie. De formatie die nodig is om de zorgvraag te kunnen beantwoorden binnen het beschikbare budget. Deze moet voldoen aan de juiste competenties en ervaringen passend bij de zorgzwaarte van dat moment. Stap 2: Het vaststellen van de capaciteitsbehoefte op ieder moment van de dag. De capaciteit die nodig is om kwaliteit van zorg te leveren passend bij de zorgzwaarte. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de soort capaciteit. Een voorbeeld is dat een arts andere capaciteit dekt dan een verpleegkundige.

Stap 3: Het toewijzen van gedefinieerde diensten aan individuele werknemers. Iedere medewerker krijgt zoveel uren toegewezen als dat is afgesproken in zijn arbeidscontract. Door deze processtappen kritisch te bepalen kan er veel efficiëntie gewonnen worden (Bakker, 2012).

Wet- en regelgeving

De **regelgeving** vanuit de overheid staat beschreven in de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit. Verdere regelgeving die voor de werknemer en de werkgever van belang is staan in de Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO). In de praktijk blijkt dat zij niet vaak tot de uiterste grenzen van de Arbeidstijdenwet hoeven te gaan (Zwieten, Klein Hesselink, & Houtman, 2011).

In de **Arbeidstijdenwet** staat hoe lang een werknemer per dag en per week mag werken en wanneer hij recht heeft op pauze of rusttijd. Deze wet is gericht op de gezondheid, veiligheid en welzijn maar ook om werk, privé en zorgtaken te kunnen combineren. De wet is er voor werknemers van achttien jaar en ouder. Aparte regels zijn er voor kinderen onder de 16 jaar, jongeren van 16 en 17 jaar en voor zwangere of pas bevallen vrouwen. Per week mag er maximaal 60 uur arbeid verricht worden en per 16 weken mag maximaal 16 x 48 uur arbeid verricht worden. In het **Arbeidstijdenbesluit** (ATB) staan uitzonderingen en aanvullingen op de Arbeidstijdenwet. Aanvullingen zijn er voor een aantal andere sectoren. Sommige regels uit de Arbeidstijdenwet en veel van het Arbeidstijdenbesluit kunnen alleen worden toegepast bij een collectieve regeling. Er moet in een collectief overleg overeenstemming zijn bereikt. Onder een collectieve regeling wordt verstaan de CAO, of de rechtspositieregeling voor ambtenaren, maar ook een schriftelijke overeenstemming tussen de werkgever en het medezeggenschapsorgaan (de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging) (SZW, 2012).

De **Collectieve Arbeidsovereenkomst** (CAO) is een schriftelijke overeenkomst waarin afspraken over arbeidsvoorwaarden collectief zijn vastgelegd door werkgeversorganisaties en vakbonden. De UMC's hebben een gezamenlijk CAO. De CAO- afspraken zijn vaak gunstiger dan

de afspraken in de wet. In de CAO komen onderwerpen aanbod zoals het loon, toeslagen, betaling van overwerk, werktijden, proeftijd, opzegtermijn of pensioen (LOAZ,2011).

In de CAO zijn afspraken gemaakt over de roosterplanning welke kunnen leiden tot het verbeteren van de werktijden. In de CAO van de UMC's wordt gewerkt met de jaarurensystematiek, zie figuur 3. Hierin staat dat de jaaruren geleidelijk over het jaar verspreid dienen te worden. De werkgever en de werknemer gaan hierover in overleg met elkaar.

artikel 6.4 Jaarurensystematiek

- 1 Bij de vaststelling van werktijdregelingen geldt als uitgangspunt, dat de medewerker jaarlijks het aantal arbeidsuren werkt dat staat vermeld in zijn aanstellingsbesluit of arbeidsovereenkomst. Bij deze jaarvariant wordt een arbeidspatroon afgesproken, waarin zowel het werkpatroon als de geclusterde vrije tijd herkenbaar tot uiting komt.
- 2 Toepassing van grotere spreiding van de werktijd door het jaar heen zal niet gepaard gaan met invoering van onevenwichtige werkpatronen voor de individuele medewerker.
- 3 De werkgever bepaalt in overleg met de medewerker de indeling van zijn werktijden en arbeidspatroon, rekening houdend met enerzijds het organisatiebelang annex groepsbelang en anderzijds het belang van de medewerker. Het overleg vindt plaats tussen de leidinggevende en de medewerker. Als de individuele wensen niet sporend gemaakt kunnen worden met de voorkeur van het collectief, prevaleert het organisatiebelang. In onderling overleg kan het arbeidspatroon tussentijds worden aangepast.
- 4 Als na schriftelijke motivering blijkt dat geen overeenstemming tussen leidinggevende en medewerker kan worden bereikt, wordt een bemiddelaar ingeschakeld teneinde alsnog een minnelijke oplossing te bereiken. De bemiddelaar mag geen direct betrokkene bij de arbeidsrelatie zijn.
- 5 De bemiddelaar rapporteert over alle bemiddelingsgevallen aan de werkgever en de ondernemingsraad.

Figuur 3 Jaarurensystematiek (LOAZ, 2011)

2.1.3 KOSTEN

In 2012 zijn de personeelskosten met 67% de hoogste kostenpost in de zorg, daarna de overige bedrijfskosten, 27% en de afschrijvingen met 6%. In 2011 zijn de personeelskosten met 4,1% toegenomen wat een totaal maakt van € 34,2 miljard. Voor een groot deel is dit te wijten aan het inzetten van personeel niet in loondienst (Anker, 2012).

Een financiële personeelsbegroting hangt af van de formatie, de kosten van de functiewaardering en de werkelijke personeelsbezetting. De personeelsbezetting leidt tot vaste kosten. Door gebruik te maken van de verloop- en ziektecijfers kunnen de variabele personeelskosten in kaart worden gebracht. De invloed van de externe factoren, die een grote rol spelen in een meerjaren personeelsplanning en zo goed mogelijk in kaart moeten worden gebracht, zijn het prijspeil, de loonontwikkeling in de zorg en de situatie op de arbeidsmarkt. (Verstegen, 2005).

Om personeel flexibel in te kunnen zetten is het nodig om gebruik te maken van diverse contractvormen, waaronder, vast, tijdelijk, tijdelijk met uitzicht op vast, (langdurige) uitzendkracht, oproep, inval, 0-uren, min-max contract of freelance. Door gebruik te maken van verschillende contracttypes kan snel worden ingespeeld op het wisselend werkaanbod zonder kennisverlies of kosten (Leede, et al., 2002)

2.1.4 ARBEIDSRELATIES

De Leede noemt de arbeidsrelatie “de impliciete en expliciete verwachtingen waaronder de werkgever beslist de arbeid van een werknemer aan te kopen en de werknemer beslist zijn arbeid aan de werkgever te verkopen; daarbij gaat het om de samenhang van tijd, kwalificatie en prestatie” (Leede, 2011). Naast de arbeidsrelatie wordt ook nog eens de drie dimensies waaronder de ruildimensie, de gezagsdimensie en de samenwerkingsdimensie genoemd (Leede, 2011). De ruildimensie omdat de werkgever en de werknemer overeen zijn gekomen dat de werknemer zijn tijd, kennis, energie en prestatie ruilt met de werkgever voor een beloning, ontwikkeling en opleiding. De gezagsrelatie is er omdat de werknemer zijn werk doet onder het gezag van de werkgever. En als laatste de samenwerkingsdimensie omdat de arbeidsrelatie alleen op basis van samenwerking op een duurzame manier kan blijven voortduren (Leede, 2011).

Om een strategische personeelsplanning te kunnen voeren die gericht is op de toekomst is het van belang om rekening te houden met de arbeidsrelaties die de afgelopen jaren veranderd zijn en nog sterker zullen gaan veranderen. De huidige werknemer is meer ondernemend, voelt zich verantwoordelijk, is pro-actief innovatief en vooral flexibel. De werknemer wisselt gemakkelijk privé en werk met elkaar af. De maatschappelijke werktijden moeten afgestemd gaan worden op de wensen van de werknemer. In Nederland resulteert dit tot deeltijdarbeid maar de arbeidsparticipatie zal nog meer verhoogd moeten worden om de welvaart een beter fundament te geven (Leede, 2011). De werknemer vraagt om veel meer flexibiliteit van de werkgever.

2.2 INZICHTELIJK WERKAANBOD

Een inzichtelijk werkaanbod kan een bijdrage leveren aan het efficiënter inplannen van personeel. Efficiënt inplannen van personeel heeft voordelen voor zowel de werkgever als de werknemer. De werkgever kan zo goedkoop mogelijk zorg aanbieden zonder kwaliteit te verliezen. Voor de werknemer heeft zowel onder- als overbezetting een negatief effect op de werkbeleving. Bij onderbezetting ontstaat er een te grote werkdruk en bij overbezetting heeft de werknemer het gevoel dat de dag eindeloos lang duurt (Bartels, 2011).

In ziekenhuizen wordt de bedbezetting vaak gemeten naar aanleiding van financiële en administratieve parameters, zoals de ligdagen. Deze gegevens zijn te grof om een goede informatie te geven waarop de bedrijfsvoering kan worden aangepast. (Berrevoets, Kouwen, Berden, & Vries, 2008).

Beddenmonitoring is het gebruiken van de daadwerkelijke opname- en ontslagtijd, oftewel “de warme bedtijd”. Door deze gegevens uit de centrale database te gebruiken is het mogelijk om te genereren naar diverse abstractieniveaus en dimensies. Deze gegevens geven beeld van de gehele organisatie en niet alleen van een afdeling. Daarnaast kunnen de gegevens ook gebruikt worden voor projecten zoals het opzetten van een afdeling, het inzichtelijk maken van knelpunten bij het personeel of bedbezetting en centralisatie van roosterplanning (Berrevoets, Kouwen, Berden, & Vries, 2008).

Zorgzwaartemeting is een meetinstrument dat gebruikt kan worden om de zorgzwaarte te meten op een afdeling en de inzet van personeel vergelijken. Eén van deze instrumenten is de Nursing Activity Score (NAS) welke een instrument is dat is gebaseerd op verpleegkundige interventies op een intensive care en een vertaling geeft naar het benodigde personeel. Het bestaat uit een vragenlijst over handelingen, conditie en functies van de patiënt, die iedere dienst ingevuld moet worden om zo een adequaat beeld te krijgen (Bernat Adell, et al., 2005). Een ander meetinstrument is het Patient Classification system (PCS). Het instrument PCS onderscheidt de volgende vijf zorggebieden, medicatie, ingewikkelde behandelingen, educatie, psychosociale problemen en ingewikkelde infusie, waarin punten worden toegekend van 1 punt bij laag complexe handelingen, tot 4 punten bij hoog complexe handelingen. Het aantal punten dat is toegekend aan de vijf zorggebieden wordt opgeteld en door vijf gedeeld wat het de zorgzwaarte maakt (Harper & McCully, 2007).

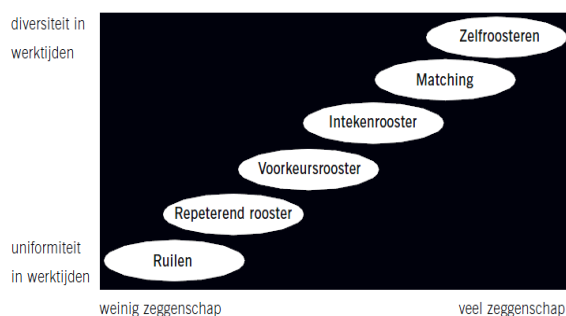
2.3 MATCHING PERSONEELS- EN WERKAANBOD

De match tussen personeels- en werkaanbod wordt in het dienstrooster gemaakt. Er kan op verschillende wijze worden geroosterd en op diverse niveau's.

2.3.1 ANDERS ROOSTEREN

Anders roosteren zorgt voor maatwerk in arbeidstijden. In de huidige tijd wil de medewerker een betere balans tussen werk en privé, dit kan bereikt worden door gebruik te maken van zelfroosteren. Meer mogelijkheden om werk en privé op elkaar af te stemmen zorgt voor meer tevredenheid en een vermindering van psychische werkbelasting (Kruk, 2009). Voor de werkgever betekent maatwerk in arbeidstijden: werknemers inzetten waar het nodig is. De werkgever en werknemer gaan samen in dialoog waardoor er betere afstemming komt. Dit zorgt er voor dat er minder ruilverzoeken zijn, wat de planning efficiënter maakt. Meer individueel roosteren zorgt er ook voor dat de werknemers langer kunnen doorwerken. (Dalen, 2012).

Bij individueel roosteren nemen werknemers in onderling overleg de verantwoordelijkheid van het maken van de roosters op zich. Er zijn meerdere varianten waarbij de mate van flexibele werktijden en de hoeveelheid van zeggenschap van de medewerker een rol speelt. In figuur 4 worden de varianten van individueel roosteren weergegeven, waarbij de mate van diversiteit in werktijden en weinig of veel zeggenschap wordt weergegeven. Iedere organisatie heeft zijn eigen organisatorische kenmerken wat bij een soort van roosterplanning past. De kenmerken die een rol spelen zijn: cultuur, de grootte van de groep, het werkaanbod, de facilitaire vereisten en de rol van de leidinggevende (NCSI, 2009).



Figuur 4 Varianten van individueel roosteren (NCSI,2009)

In Nederland wordt veel gewerkt met zelfroosteren, dit blijft echter voornamelijk beperkt tot de intekenroosters. Zweden is voorloper op het gebied van zelfroosteren in een verder stadium. De organisaties daar zijn meer gericht op het tegemoet komen van de werknemer, het bedrijf en de klant zijn minder belangrijk. In Nederland is er een starre arbeidsmarkt met striktere regels, zoals bijvoorbeeld de CAO (Peters, 2012). Echter zijn de CAO-afspraken niet altijd goed voor individueel roosteren. De CAO-afspraken over afwijkende roosters, de lengte van de werkdagen en de werkweek, afspraken over overwerk en afbouwregelingen passen niet bij het individueel roosteren. Het is aan de CAO-partijen om stimulerende afspraken te maken om aanzet te geven tot individueel roosteren (NCSI, 2012).

Planning van personeel is een complex proces. Om te komen tot een rooster waarbij de belangen van de organisatie en de medewerker wordt meegenomen is het belangrijk voor de planner een duidelijke doelstelling mee te krijgen. De planner moet gestuurd worden op de kwaliteit van roosters. Roosterplanning is een strategisch proces en niet zoals het nu vaak wordt gezien, een administratief proces (Bakker, 2012).

Een discussiepunt bij individueel roosteren is de beloning. De werknemer maakt grotendeels zelf zijn rooster aangepast aan zijn wensen, hiermee besluit die ook zelf of hij overdag, in de avond of in de nacht werkt. Is het dan nog wel noodzakelijk dat de werkgever hier financiële

compensatie voor geeft? Maar wat als het gevolg van individueel roosteren gepaard gaat met het verlagen van toeslagen (NSCI, 2012)?

2.3.2 CENTRAAL OF DECENTRAAL ROOSTEREN

De plaats binnen een organisatie waar een rooster gemaakt wordt kan variëren van een leidinggevende die zelf een rooster maakt tot een professioneel roosterbureau. Er kunnen twee extreme varianten onderscheiden worden, centraal en decentraal. Iedere variant heeft voor- en/of nadelen; dit wordt weergegeven in tabel 3.

	Voordelen	Nadelen
Centrale planning	<ul style="list-style-type: none"> • Een groep specialisten -> - Hoge kwaliteit roosters. - Grote uniformiteit t.a.v. regelgeving, kaders en uitvoering. - Continuïteit dienstverlening; - kennisuitwisseling . - Eén duidelijk loket voor alle facetten van roostering . • Overzicht over gehele organisatie (inzet reserves optimaal). • Aansturing en beoordeling van planners door deskundig leidinggevende. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grote afstand tussen planner en team/werknemers, zowel fysiek als persoonlijk, waardoor hogere drempel voor inbreng persoonlijke agenda. • Planbureau wordt escalatieniveau; daar worden de problemen opgelost in plaats van in het team. • Veel gaat buiten direct leidinggevende om (planbureau regelt alles). • Er wordt weinig gebruik gemaakt van de kracht van het team. • Meerdere aanspreekpunten binnen planbureau. • Werknemers minder betrokken bij het rooster hetgeen meer mutaties oplevert en de kans op ziekteverzuim vergroot.
Decentrale planning	<ul style="list-style-type: none"> • Planner dicht bij het team; kleine afstand tussen planner en team/werknemers, zowel fysiek als persoonlijk, waardoor lage drempel voor inbreng persoonlijke agenda. • Problemen worden meer belegd en opgelost waar ze thuis horen: team en medewerker, waardoor grotere betrokkenheid teamleden en verminderde kans op verzuim. • Direct leidinggevende kan goed invulling geven aan diens verantwoordelijkheid op het gebied van roosteren doordat hij meer zicht heeft op wat er gebeurt. • Eén aanspreekpunt voor team en leidinggevende. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planners opereren individueel, waardoor: <ul style="list-style-type: none"> - Minder hoge kwaliteit roosters. - Minder uniformiteit t.a.v. regelgeving, kaders en uitvoering. - Minder continuïteit dienstverlening (vervanging regelen via persoonlijke contacten). - Minder kennisuitwisseling. • Risico dat planner organisatiebelang uit oog verliest en het teambelang laat prevaleren. • Inzet van reserves over teams heen kost meer tijd door veel schakels. • Belangenverstrengeling wanneer een planner voor 2 afdelingen werkt en hiërarchisch ressorteert onder één van de twee hoofden. • Planner heeft “dubbele pet” en wordt belast met het schakelen tussen twee rollen en kan onder grote druk komen te staan van zijn teamgenoten. • Direct leidinggevendens zijn in het algemeen onvoldoende ingewerkt in roostermaterie om goed leiding te kunnen geven aan de planner.

Tabel 3 De voor- en nadelen van centrale en decentrale planning (Dekkers, 2013)

2.3.3 CULTUURVERANDERING

Een dienstrooster is voor de medewerker erg belangrijk. Wanneer er op een andere wijze geroosterd gaat worden dan heeft dit zijn weerslag op de cultuur binnen de organisatie. Het meest voorkomende knelpunt dat voorkomt wanneer individueel roosteren wordt ingevoerd is de gedragsaanpassing van de werknemers en werkgevers. Flexibilisering wordt door de werkgever en werknemer gezien als weerstand. Deze weerstand is nodig om te komen tot verandering. Iedere verandering van werktijd leidt tot weerstand. Verandering in werktijden betekent verandering in de agenda en de dagplanning van de werknemer. Het kost tijd om hier aan te wennen. In het begin zijn de nadelen meer zichtbaar dan de voordelen, dit blijkt na een pilot of na het invoeren vaak mee te vallen. Voor de werknemer ontstaat een nieuwe situatie, er ontstaan bij individueel roosteren minder of andere regels. Eerst werd de dienstlijst voor de planner gemaakt terwijl nu eerst de werknemer zelf moet aangeven wat binnen de mogelijkheden ligt (Dalen, 2012). Om problemen te voorkomen bij een grote verandering, zoals de wijziging van roosterplanning, is het van groot belang om de werknemers hierbij te betrekken door hen te laten meedenken over de gewenste verbetering. Deze 'bottom-up' aanpak kost veel tijd, maar daar staat tegenover dat draagvlak gecreëerd wordt bij de medewerker. Dit draagt bij aan een succesvolle verandering (Pool & Dijk, 1999).

2.4 BESCHOUWING

Strategische personeelsplanning kan op meerdere manieren worden gedefinieerd, waarbij iedere definitie een eigen peiler heeft. Bij de ene peiler is het doel wat de organisatie wil bereiken met de personeelsplanning. Bij een andere peiler is het strategisch beleid belangrijk, waarbij er gekeken wordt naar de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel, in het belang van de organisatie. Een bredere peiler is gericht op het efficiënt inzetten van personeel waarbij rekening wordt gehouden met de toekomst. Een strategische personeelsplanning kan alleen wanneer er rekening wordt gehouden met de interne en externe ontwikkelingen in een organisatie. Vier dimensies die van invloed zijn op de strategische personeelsinzet zijn kwantiteit, de kwaliteit, kosten en arbeidsRelaties (K3R). Met de kwantiteit wordt bedoeld de flexibiliteit van werknemer en werkgever. De kwaliteit van de dienstrooster zit in de formatie die nodig is om de kwaliteit van zorg te leveren. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het aantal afgesproken contracturen. Tevens dient in het rooster rekening gehouden te worden met de regelgeving: de Arbeidstijdenwet, het ATB en de CAO.

Personeelskosten zijn in de zorg de grootste kostenpost. Dit geeft aan dat het belangrijk is om kritisch naar de personeelskosten te kijken. Een strategische personeelsplanning kan alleen

gevoerd worden indien het belang wordt ingezien van een goede arbeidsrelatie tussen werknemer en werkgever, die aan de verandering onderhevig is en waarop ingespeeld dient te worden.

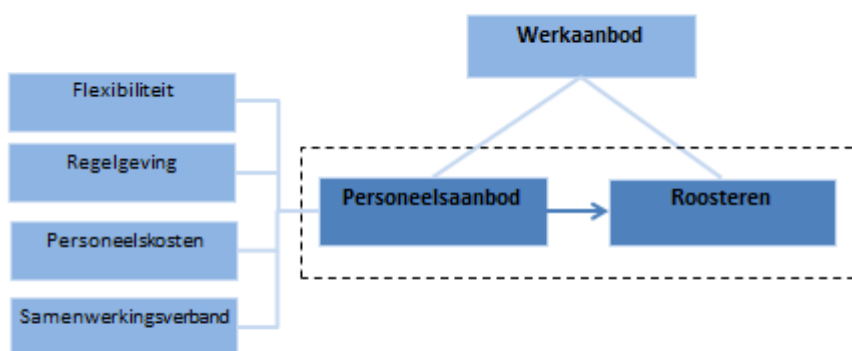
Door een inzichtelijk werkaanbod kan het personeel efficiënt ingezet worden. In ziekenhuizen maakt men het werkaanbod inzichtelijk door management gegevens zoals het aantal ligdagen. Andere manieren om het werkaanbod te meten zijn de beddenmonitoring waarbij het daadwerkelijke gebruik van een bed wordt gemeten. Er bestaan meerdere manieren om de zorgzwaarte te meten en te vergelijken met de inzet van personeel.

In het dienstrooster wordt de match tussen het personeels- en het werkaanbod gemaakt. Roosteren kan op meerdere wijzen waarbij de diversiteit in werktijden en de zeggenschap van de medewerker variabel zijn. Ook de plaats in de organisatie waar een dienstrooster gemaakt wordt kan verschillen van decentraal tot centraal waarbij iedere variant zijn voor- en nadelen heeft.

Een dienstrooster is voor de werknemer erg belangrijk. Een manier van roosteren wijzigen heeft invloed op de gehele organisatie waarvoor een cultuursomslag nodig is. Niet alleen het gedrag van de werknemer maar ook van de werkgever dient aangepast te worden.

2.5 CONCEPTUEEL MODEL

In onderstaand figuur 5 worden de verbanden weergegeven tussen de parameters die verband hebben met centraal roosteren.



Figuur 5 Conceptueel model capaciteitsplanning

Kwantiteit, kwaliteit, kosten en arbeidsrelatie zijn de variabelen die samen de strategische personeelsplanning vormen. Vanuit een **kwantitatief** perspectief is flexibiliteit van invloed op het personeelsaanbod. Flexibiliteit van zowel de werknemer als de werkgever wordt verwacht

in de huidige maatschappij. De werkgever vraagt in de toekomst veel meer flexibiliteit van de werknemer en daarbij vraagt de werknemer om meer balans tussen werk en privé. De planning van het personeel moet aan veel **kwaliteitseisen** voldoen waaronder de regelgeving met de Arbeidstijdenwet, het Arbeidstijdenbesluit en de CAO wat van invloed is op het personeelsaanbod. Om **kosten** te beperken is het van belang de personeelskosten die een groot deel van de totaal aantal kosten beslaat goed in beeld te brengen. In de **arbeidsrelatie** is het aspect samenwerkingsverband, wat invloed heeft op het personeelsaanbod. In dit onderzoek wordt onderzocht of personeel efficiënt ingezet kan worden. Er wordt kritisch gekeken naar de wijze van roosteren. Roosteren houdt in dat er gezocht wordt naar de match tussen werkaanbod en de inzet van personeel. Dit onderzoek richt zich op de variabelen personeelsaanbod en roosteren. Dit wordt in het conceptueel model weergegeven door de stippellijn. Het werkaanbod wordt zijdelings bekeken.

2.6 HYPOTHESE

Uit de theorie volgt onderstaande hypothese:

Centraal roosteren leidt tot een efficiënte planning van het verpleegkundig personeel.

In dit explorerende onderzoek wordt er gezocht naar argumenten voor centraal roosteren. Wanneer er aanwijzingen worden gevonden dat centraal roosteren efficiënter is, zal het advies zijn om dit verder te onderzoeken door middel van een businesscase.

2.7 DE DEFINITIEVE CENTRALE VRAAG EN DEELVRAGEN

Wat zijn de bepalende factoren om centraal roosteren op de verpleegafdelingen in het LUMC in te voeren?

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden wordt er in het diagnostisch onderzoek antwoord gegeven op de volgende deelvragen:

1. Wat bepaalt de kwaliteit van een rooster?
2. Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het invoeren van centraal roosteren bij externe partijen?
3. Welke factoren beïnvloeden op dit moment de match tussen werkaanbod en het verpleegkundig personeel op de verpleegafdelingen in het LUMC?
4. Hoe staan de leidinggevenden van het LUMC tegenover centraal roosteren, op basis van hun eigen deskundigheid over roosteren?

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSOPZET

In het vorige hoofdstuk is door literatuuronderzoek dieper ingegaan op de probleemstelling rondom het centraal roosteren. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de praktische invulling van het onderzoek. Dit onderzoek geeft antwoord op de centrale en de deelvragen door kwalitatief onderzoek. De tijdsplanning van dit onderzoek en de randvoorwaarden om dit onderzoek te kunnen uitvoeren staan in bijlage 2.

3.1 METHODEN VAN DATAVERZAMELING: KWALITATIEF ONDERZOEK

Om antwoord te krijgen op de centrale vraag wordt kwalitatief onderzoek verricht. Dit gebeurt zowel intern in de organisatie als extern (zie tabel 4).

	Methode 1 Extern: Benchmarking	Methode 2: Intern: Focusgroepdiscussie
Doel	Extern onderzoeken wat de aanleiding was om centraal te roosteren, hoe de implementatie verlopen is en wat centraal roosteren daadwerkelijk heeft opgeleverd.	Hoe wordt er binnen het LUMC gedacht over centraal roosteren om daarna te kunnen beoordelen wat er voor nodig is om centraal roosteren te kunnen doen slagen.
Onderzoeksgroep: organisatie	Politie. 2 perifere ziekenhuizen.	LUMC
Onderzoeksgroep: functie	Verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg: Manager die de verandering heeft mee gemaakt van decentraal naar centraal Functiegroep verantwoordelijk voor centraal roosteren: Applicatiebeheerder Planner van het centraal roosterbureau	Verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg: Verpleegkundig afdelingshoofd of teamleider
Criteria organisatie en deelnemers	Non-profit organisatie; Werken minimaal 1 jaar met centraal roosteren; Geïnterviewde heeft direct te maken met centraal roosteren	De deelnemers aan de focusgroep discussie zijn minimaal 1 jaar leidinggevende van een verpleegafdeling. Minimaal 4 deelnemers zijn aanwezig De gespreksleider is een onafhankelijk persoon
Type onderzoek	Halfgestructureerd interview waarbij een vragenlijst wordt gebruikt (zie bijlage 3)	3 Focusgroepsdiscussies waarbij een vragenlijst en stellingen worden gebruikt (zie bijlage 4)
Deelvraag	Deelvraag 1 en 2	Deelvraag 1, 3 en 4
Ordening van gegevens	De interviews worden opgenomen en volledig uitgeschreven waarna codering plaats vindt aan de hand van de meest voorkomende items. Na de codering worden de resultaten beschreven waaruit de conclusie en de aanbevelingen volgen.	De focusgroepsdiscussies worden opgenomen en volledig uitgeschreven waarna codering plaatsvindt aan de hand van de gestelde vragen en de meest voorkomende items. Na de codering worden de resultaten beschreven waaruit de conclusie en de aanbevelingen volgen.
Afbakening		Alleen de verpleegkundige discipline

Tabel 4 Weergave wijze van dataverzameling

Er is voor een kwalitatief onderzoek gekozen omdat de onderzoeker op zoek is naar de betekenis van het centraal roosteren bij de medewerkers in het veld of wel ‘in de werkelijkheid’

(Verhoeven, 2011). Er wordt een benchmark onderzoek gedaan in externe organisaties waarbij interviews afgenomen worden bij personen die werken met centraal roosteren. Intern in de organisatie is er gekozen voor focusgroepdiscussies met leidinggevendenden die verantwoordelijk zijn voor het dienstrooster van hun werknemers. Door in gesprek te gaan met de betrokkenen kan er doorgevraagd worden op onderwerpen die van te voren minder belangrijk leken. Deze informatie had achterwege gebleven bij een kwantitatief onderzoek.

3.2 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

De betrouwbaarheid van een onderzoek wil zeggen dat er zo min mogelijk sprake kan zijn van toeval (Baarda & de Goede, 2006). Dit betekent dat het onderzoek bij herhaling dezelfde resultaten zou hebben. De betrouwbaarheid wordt vergroot door triangulatie, wat wil zeggen dat er gebruik wordt gemaakt van meerdere dataverzamelmethode (Verhoeven, 2011). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, benchmark en focusgroepdiscussies. Op welke wijze de betrouwbaarheid nog meer wordt verhoogd is weergegeven in tabel 5.

	Benchmark	Focusgroepdiscussie
Betrouwbaarheid	<p>Het interview bij de politie is uitgevoerd om te toetsen of de vragenlijst voldoet om met de uitkomst antwoord te kunnen geven op deelvraag 1 en 2. Hierna wordt de vragenlijst aangepast.</p> <p>Alle interviews worden opgenomen, letterlijk uitgeschreven en toegevoegd bij dit onderzoek.</p> <p>Alle data van de interviews worden gecodeerd.</p>	<p>Alle verpleegafdelingen van het LUMC worden door één of twee leidinggevende (teamleider of afdelingshoofd) vertegenwoordigd in de focusgroepdiscussie.</p> <p>Alle focusgroepdiscussies worden opgenomen, het bestand wordt digitaal toegevoegd aan het einddocument op een CD.</p> <p>De focusgroepdiscussie wordt geleid door een onafhankelijk discussieleider om de betrouwbaarheid te vergroten</p>
Validiteit	<p>Convergente validiteit: Meerdere interviews in eenzelfde organisatie</p>	<p>Interne validiteit: Doordat alle deelnemers van de focusgroepdiscussie dezelfde functie in de organisatie hebben</p> <p>Convergente validiteit: Drie focusgroepdiscussies te laten plaatsvinden</p>

Tabel 5 Activiteiten waardoor de betrouwbaarheid en validiteit is verhoogd

Wanneer de gegevens betrouwbaar zijn wil dit nog niet zeggen dat de gegevens ook valide zijn. Valide geeft de geldigheid van het onderzoek aan. De validiteit geeft aan of het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2011). Valide wil zeggen dat je dat meet wat je ook daadwerkelijk wil meten (Baarda & de Goede, 2006). In dit onderzoek worden twee vormen van validiteit genoemd. De interne validiteit wat aangeeft dat de juiste conclusies kunnen worden getrokken (Verhoeven, 2011). Convergente validiteit wordt gebruikt omdat hierbij twee testen worden gebruikt om hetzelfde begrip te meten. Is de validiteit hoog dan worden de begrippen op

dezelfde manier weergegeven in de resultaten (Infonu, 2011). Welke acties zijn ondernomen om de validiteit te verhogen wordt weergegeven in tabel 5.

Zoals tabel 5 aan geeft zijn er meerdere activiteiten ondernomen om de betrouwbaarheid en de validiteit te verhogen waardoor dit onderzoek wel gebruikt kan worden om richting te geven bij het implementeren van het centraal roosteren wanneer gekozen wordt om centraal roosteren in te voeren.

HOOFDSTUK 4 ONDERZOEKSRESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek verantwoord en de resultaten van het benchmarkonderzoek en de focusgroepdiscussies weergegeven.

4.1 ONDERZOEKSVERANTWOORDING

In deze paragraaf wordt er verantwoording afgelegd wat betreft de onderzoekseenheden, de toegepaste techniek voor dataverzameling en -analyse en de planning.

Er is kwalitatiefonderzoek gedaan door benchmark extern en focusgroepdiscussies intern in de organisatie. Door deze methoden is de onderzoeker dieper ingegaan op het onderwerp waardoor er een volledig beeld is ontstaan. Hierdoor is een volledig beeld ontstaan.

Er is een benchmarkonderzoek uitgevoerd bij de politie en bij twee ziekenhuizen waar centraal roosteren is toegepast. Met de benchmarkorganisaties is vooraf telefonisch contact geweest, waarbij uitleg over het onderzoek is gegeven. Tijdens alle interviews is er gebruik gemaakt van een vragenlijst (bijlage 3).

Voor de politie is gekozen omdat dit, net als ziekenhuizen, in de non profit sector valt. Er is gesproken met de manager van het roosterbureau en een planner.

Ziekenhuis 1 is een groot perifeer ziekenhuis dat 6 jaar lang ervaring heeft met centraal roosteren. In ziekenhuis 1 zijn drie interviews afgenomen bij de applicatiebeheerder, een planner van het centraal roosterbureau en een unitleider die de wisseling van decentraal naar centraal heeft meegemaakt.

Ziekenhuis 2 is een perifeer ziekenhuis die nog maar kort centraal roosterd. Als gevolg daarvan kan de implementatie goed verwoord worden. In ziekenhuis 2 zijn er twee interviews afgenomen, één met twee planners van het roosterbureau en één met een zorgmanager die de wisseling van decentraal naar centraal heeft meegemaakt.

Voor de focusgroepdiscussies zijn alle verpleegkundig teamleiders van alle verpleegafdelingen uitgenodigd via een email, met daarbij een schrijven waarin het onderzoek wordt toegelicht (bijlage 5). Deze email is in cc verstuurd naar alle afdelingshoofden. Zij zijn op die manier ook op de hoogte van dit onderzoek. Naar aanleiding van deze email hebben 1 planner, 14 teamleiders en 5 verpleegkundig afdelingshoofden zich aangemeld. De afdelingshoofden hebben zich aangemeld omdat hun teamleiders niet aanwezig kunnen zijn of omdat zij geïnteresseerd zijn in het onderzoek. De planner die plant voor drie afdelingen heeft ook deelgenomen aan de focusgroepdiscussie. Voordat zij de functie van planner bekleedde, was zij teamleider van één

van de afdelingen. Hierdoor is zij van toegevoegde waarde voor de discussie. Het aantal deelnemers aan de focusgroepdiscussies is niet evenredig verdeeld, de reden was dat de datum niet voor iedereen schikte. Ook hebben mensen zich op het laatste moment nog afgemeld. Om er voor te zorgen dat er een minimaal aantal deelnemers aanwezig zouden zijn, is in focusgroep 1 het afdelingshoofd van een acute afdeling aangesloten.

Zoals weergegeven in tabel 6 nemen in focusgroep 1 en 2 leidinggevenden van beschouwende verpleegafdelingen deel, in focusgroep 3 leidinggevenden van acute afdelingen. Door deelnemers met eenzelfde dynamische afdeling bij elkaar te brengen kan dit tot gevolg hebben dat zij elkaar eerder begrijpen. Op die manier kan het onderwerp meer uitgediept worden. Dit leidt tot een completer resultaat in de focusgroepdiscussie.

Focusgroep 1	Focusgroep 2	Focusgroep 3
Beschouwende afdelingen: Verpleegafdeling J10Q, Oog/huid/KNO Interne geneeskunde <i>Neonatalogie</i>	Beschouwende afdelingen: Verloskunde Neurochirurgie Psychiatrie WA kinderafdeling Heelkunde Gynaecologie	Acute afdelingen: Neonatalogie Hartbewaking Intensive care (IC) volwassenen Intensive care (IC) kinderen
2 teamleiders 2 verpleegkundig afdelingshoofden	5 teamleiders 1 planner 1 verpleegkundig afdelingshoofd	4 teamleiders 1 verpleegkundig afdelingshoofd

Tabel 6 Uiteindelijke deelname aan de focusgroepdiscussie

De focusgroepdiscussies zijn geleid door een onafhankelijke gesprekleider die geen kennis van HRM en centraal roosteren had. Wanneer de gespreksleider wel affiniteit met het onderwerp zou hebben, hadden de focusgroepdiscussies mogelijk meer data opgeleverd.

Door eerst benchmark te verrichten heeft de onderzoeker duidelijkheid gekregen over wat intern in de organisatie, bij de focusgroepdiscussies, onderzocht moest worden.

Alle interviews en focusgroepdiscussies zijn opgenomen en uitgeschreven (zie bijlage 6 t/m 11) en 14 t/m 16). Alle data is gecodeerd en in een coderingschema zichtbaar gemaakt. De resultaten vloeien voort uit de coderingschema's (zie bijlage 17 en 18) van de benchmark en de focusgroepdiscussies.

Het gehele onderzoek is volgens de tijdsplanning (zie bijlage 2) verlopen.

4.2 RESULTATEN

In deze paragraaf worden de resultaten uit de benchmark en focusgroepdiscussies weergegeven en gekoppeld aan de deelvragen. Bij iedere deelvraag wordt de methode benoemd.

Deelvraag 1 Wat bepaalt de kwaliteit van een rooster?

Methode 1 benchmark. Een kwalitatief goed rooster is een rooster dat voldoet aan de Arbeidstijdenwet en de CAO, dit wordt genoemd door bijna alle respondenten en is in beide ziekenhuizen en bij de politie aanbod gekomen. Daarbij wordt door beide ziekenhuizen aangegeven dat het belangrijk is dat zowel de medewerker als de leidinggevende tevreden zijn. De unitleider van ziekenhuis 1 vindt het ook belangrijk, dat het rooster voldoet aan de bezettingseis met daarbij de juiste kwalificatie. In ziekenhuis 2 vinden de planners het belangrijk dat alle werknemers alle wisselende diensten werken. Er zijn uitzonderingen, waaronder medische redenen, waarbij een eerlijke verdeling van alle diensten wordt losgelaten. Bij de vraag wat er nodig is voor de planner om een kwalitatief goed rooster te maken wordt de bezettingseis alsmede de wensen van de medewerker in beide ziekenhuizen genoemd. Ook alle persoonlijke gegevens van de medewerker zoals het aantal contracturen, de kwalificatie en alle individuele afspraken die gemaakt zijn met de leidinggevende komen aanbod om een kwalitatief goed rooster te maken.

Methode 2 focusgroepdiscussie. Ook in de focusgroep is gesproken over wat een kwalitatief goed rooster is. Alle groepen geven aan dat er een goede verdeling moet zijn tussen kwaliteit en kwantiteit van het aanwezige personeel in een dienst. In twee van de drie focusgroepen wordt ook het gezond roosteren en de personeelstevredenheid genoemd.

Deelvraag 2 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het invoeren van centraal roosteren bij externe partijen?

Methode 1 benchmark

Continuïteit. Bij de politie is vooral de kwetsbaarheid van de planner, een reden geweest om de dienstroosterplanning vanuit een centraal punt te implementeren. In de situatie na het implementeren van centraal roosteren is er bij uitval van een planner altijd een collega die de werkzaamheden op kan pakken. Hierdoor is de continuïteit gewaarborgd. Ook in ziekenhuis 2 is dit als een aanleiding genoemd.

Tijd- en kostenbesparing. In beide ziekenhuizen is efficiënt werken en de tijdswinst die zij dachten te behalen een aanleiding geweest om centraal te gaan roosteren. In ziekenhuis 1 geeft de applicatiebeheerder, tevens de oprichter van het centraal roosterbureau, aan dat er veel

fouten gemaakt worden bij het verwerken van mutaties als er niet centraal geroosterd wordt. Het vergt veel tijd om de fouten weer recht te zetten. De oprichter van het planbureau vertelt: “Ik heb toen een stuk geschreven dat veel dingen beter konden wanneer het vanuit één hand komt, en dus niet als bijproduct naast je huidige werkzaamheden, maar door iemand die hiervoor is opgeleid” (interview 1, bijlage 6). Toen is de bal aan het rollen gegaan en heeft de initiatiefnemer het plan samen met een medewerker van de afdeling personeel en organisatie (p&o) verder uitgewerkt. Op het centraal roosterbureau werken deskundige planners waardoor de mutaties nu beter worden verwerkt. Een betere verwerking van mutaties zou leiden tot kostenbesparing. Dat dit daadwerkelijk een kostenbesparing heeft opgeleverd is in de praktijk niet bewezen.

Flexibiliteit verhogen. De veronderstelling is geweest dat door centraal te gaan roosteren het personeel flexibel zou kunnen worden ingezet waardoor efficiëntie met betrekking tot de personele inzet zou verbeteren. Nu blijkt echter dat personeel flexibel inzetten nog niet optimaal wordt uitgevoerd. Hier is nog onvoldoende aandacht voor. In ziekenhuis 1 is bij de start van centraal roosteren naar de werknemers geventileerd dat zij flexibel ingezet gingen worden. Twee respondenten van ziekenhuis 1 geven aan dat er bij de start van centraal roosteren weerstand is geweest bij de werknemers, zij willen niet flexibel inzetbaar zijn. In ziekenhuis 2 zijn leidinggevenden in gesprek gegaan met werknemers met vaste afspraken. In die gesprekken is de flexibiliteit van de medewerker gezien en is er samen naar een oplossing gezocht.

Communicatie. Een randvoorwaarde om te kunnen starten met centraal roosteren is in beide ziekenhuizen de goede communicatie tussen het roosterbureau en de leidinggevenden. In beide ziekenhuizen zijn bijeenkomsten georganiseerd voor leidinggevenden om weerstand weg te nemen en te voorkomen. Ook is in beide ziekenhuizen een document opgesteld met duidelijke afspraken tussen de planners en de leidinggevenden (bijlage 12 en bijlage 13). Een goed roosterprogramma dat voldoet aan alle eisen is in beide ziekenhuizen genoemd.

De weerstanden voor implementatie. Een weerstand van de werknemers die is genoemd in ziekenhuis 1, is dat de angst bestaat niet meer alles te kunnen aanvragen en dat niet aan alle roosterwensen zou kunnen worden voldaan. In ziekenhuis 2 was er grote weerstand tegen het feit dat alle werknemers weer alle diensten moesten gaan werken. Bij de politie was de reactie vooral “hakken in het zand” tegen de verandering op zich. Bij de implementatie van centraal roosteren is bij de leidinggevenden vooral “het loslaten van het rooster maken” een weerstand. Eén van de respondenten, de oprichter van het planbureau zegt: “De leidinggevenden hebben vooral moeite met het loslaten van hun “speeltje”. Hun ding wat ze aan andere moesten overlaten of achteraf en dus vaak te laat invloed op hadden” (interview 1, bijlage 6). In beide

ziekenhuizen is op een pilot afdeling gestart met centraal roosteren, waarna dit vervolgens is uitgerold over nu bijna alle afdelingen.

Deelvraag 3 Welke factoren beïnvloeden op dit moment de match tussen werkaanbod en het verpleegkundig personeel op de verpleegafdelingen in het LUMC?

Methode 2 focusgroepdiscussie

Knelpunten die invloed hebben op matching tussen werkaanbod en de inzet van het verpleegkundig personeel:

1. Kwaliteit personeel. Leidinggevend en ondervinden op dit moment hinder bij het inzetten van personeel door de lage beschikbaarheid van de juiste kwaliteit van personeel, met name tijdens vakanties en bij ziekte.
2. Ziekmeldingen. In twee focusgroepen wordt het ad hoc regelen van diensten als knelpunt genoemd. Dit kost de teamleiders veel tijd. Op de afdeling heelkunde regelt een planner de ad hoc zaken voor drie afdelingen. Dit neemt de teamleiders veel werk uithanden.
3. Aantal roosterwensen. Het aantal roosterwensen van de werknemers is ook een knelpunt dat genoemd is. Op één afdeling vragen werknemers bijna de hele dienstlijst aan. Er is op die afdeling weinig flexibiliteit bij de werknemers om de aangevraagde diensten te veranderen. De teamleider vertelt: “Ze gaan er vanuit dat ze 100% krijgen van wat ze aanvragen en wanneer ze dit niet krijgen moet er met de medewerkers overlegd worden” (focusgroep 3, bijlage 16). Andere aanwezigen in deze focusgroep herkennen dit niet, zij maken problemen bespreekbaar met de medewerker, waarna het probleem meestal is opgelost. Op bijna alle afdelingen worden er zoveel mogelijk wensen gehonoreerd. Een tweetal teamleiders geven aan dat dit komt omdat er weinig animo is voor het specialisme. Om werknemers te behouden gaan zij in gesprek met elkaar en proberen zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de werknemers. In twee focusgroepen is als positief punt genoemd dat de flexibiliteit van de werknemers hoog is.
4. Aanbod leerlingen. In focusgroep 2 is genoemd dat de instroom van leerlingen te wisselend is wat betreft het niveau. Een teamleider noemde: “Volgende week krijg ik vier leerlingen die allemaal in dezelfde klas zitten, die dus allemaal op dezelfde dag naar school gaan”. Dit betekent dat alle vier de leerlingen hetzelfde niveau hebben en tegelijkertijd schoolweken hebben, de leerlingen zijn op hetzelfde moment dus niet inzetbaar op de afdeling (focusgroep 2, bijlage 15).
5. 55+ regeling. In focusgroep 3 is de 55+ regeling genoemd, de werknemers die hiervan gebruik maken hebben vrijstelling van weekend-, nacht- en feestdiensten. Dit betekent dat er meer druk komt op hun collega's. De teamleider maakt zich hier zorgen over.

Overbezetting. Bij overbezetting wordt er op alle afdelingen geprobeerd werknemers vrij te geven. Verder zijn perioden van overbezetting juist momenten voor extra trainingen en scholingen. Ook andere taken zoals protocollen corrigeren, materialen ordenen etc. worden op deze momenten gedaan. Op enkele afdelingen wordt er met collega teamleiders van andere afdelingen overlegd of zij op dat moment nog personeel nodig hebben.

Onderbezetting. Er zijn afdelingen waarbij de dienstlijst al start met onderbezetting. Maar in de meeste gevallen ontstaat onderbezetting adhoc, waarna door alle aanwezigen van alle focusgroepen, eerst wordt gekeken hoe de situatie op de afdeling is en of het op dat moment nodig is extra diensten te regelen. Steeds vaker wordt er niemand bij geregeld en werken zij met een minimale bezetting. Uit het team komt steeds vaker het signaal dat het op dat moment zo wel gaat, noemt één teamleider. Wanneer het echt nodig is dat er iemand bij moet komen worden werknemers gebeld met de vraag te komen werken. Enkele afdelingen hebben de mogelijkheid om werknemers uit een pool te bellen. Wanneer er afdelingen zijn die samenwerken met andere afdelingen wordt er gekeken of er hulp kan worden geboden. Als dit allemaal niet lukt dan worden er bedden gesloten. Op de kinderafdeling wordt zelfs een hele afdeling gesloten met als gevolg dat er geschoven moet worden met personeel en materialen naar een andere afdeling. Op de volwassen intensive cares worden er steeds minder vaak bedden gesloten, omdat zo gezegd in de focusgroepdiscussie, de afspraken steeds strenger worden.

Bezettingseis. De bezettingseis is op iedere afdeling vastgesteld in een dienstenprofiel. In focusgroep 3 is genoemd dat deze vaak vast gesteld is op basis van ervaring, de historie of zoals op de IC op basis van een landelijk fulltime-equivalent (fte) per bed. In focusgroep 2 is genoemd dat er op dit moment wordt onderzocht wat de norm per bed moet zijn.

Werkaanbod. Op de afdeling heelkunde wordt er op dit moment gewerkt aan een meetinstrument waarbij de zorgzwaarte inzichtelijk kan worden gemaakt. Op de kinder IC is er tijdelijk met een zorgzwaartemeting gewerkt. De teamleider vertelt: “Je had dan soms op papier dat je geen patiënt meer mocht opnemen, terwijl iedereen riep kom maar op met die patiënt. En andersom ook” (focusgroep 3, bijlage 16). In alle focusgroepen wordt genoemd dat het werkaanbod niet alleen bestaat uit patiëntenzorg. Hierbij wordt aangegeven dat de zorgzwaarte per patiënt erg kan wisselen. In focusgroep 2 vertelt een afdelingshoofd: “Werkaanbod zit hem ook in de familie die bij de patiënt hoort, daar heb je soms meer werk aan dan aan de patiënt zelf. De nieuwe groep jonge arts-assistenten die ieder half jaar start moet ook worden begeleid, ingewerkt en gecorrigeerd. Het is dus veel complexer dan alleen de patiënt die in het bed ligt. Je kan wel de zorgzwaarte meten maar er komt veel meer bij kijken!” (focusgroep 2, bijlage 15).

Flexibiliteit. In alle focusgroepen wordt aangegeven dat verpleegkundigen flexibel inzetbaar zijn wanneer het om eenzelfde soort specialisme gaat, zoals de intensive care units. Op de kinderafdeling wordt op dit moment veel scholing aangeboden om verpleegkundigen op alle kinderspecialismen in te kunnen zetten. Een geconstateerd nadeel hiervan is dat dit de continuïteit van zorg niet ten goede komt, verpleegkundigen wisselen steeds van patiënt. Ouders ervaren ook dat verpleegkundige met minder ervaring en deskundigheid werken op een voor hen anders gespecialiseerde afdeling. In deze focusgroep wordt gesproken over het feit dat de patiënttevredenheid centraal staat, samen met de veiligheid voor de patiënt maar ook voor de medewerker. De medewerker moet veilig kunnen werken. Een verpleegkundige moet bekwaam zijn om handelingen uit te mogen voeren. In alle focusgroepen komt naar voren dat de gespecialiseerd verpleegkundige best flexibel mag worden ingezet indien er scholing, veiligheid en structuur wordt geboden. In één focusgroep komt naar voren dat het beter is om de verpleegkundigen voor een langere periode op een afdeling te plaatsen zodat ze goed ingewerkt kunnen worden. In twee focusgroepen is genoemd dat er in het LUMC veel gespecialiseerde afdelingen zijn waar verpleegkundigen speciaal voor zijn opgeleid. Wanneer deze verpleegkundigen breed ingezet dienen te worden zal scholing moeten worden aangeboden. De brede basiskennis is verloren gegaan. Uit de focusgroepdiscussie blijkt dat verpleegkundigen liever niet ingezet willen worden op andere afdelingen.

Roosterprogramma. In één focusgroep is het huidige roosterprogramma Rostar besproken. Over het algemeen wordt aangegeven dat het een omslachtig en onhandig systeem is, handelingen moeten meerdere keren worden uitgevoerd. Verder geeft het roosterprogramma ook geen signaal wanneer er regels van de Arbeidstijdenwet of CAO worden overtreden. Op de meeste afdelingen kunnen werknemers niet in het roosterprogramma waardoor er een papieren rooster wordt uitgeprint. Mutaties worden daar op geschreven. Door meerdere systemen, digitaal of een papieren versie te gebruiken, neemt de kans op fouten toe. Gebruiksvriendelijk aan Rostar is dat de planner gebruik kan maken van copy paste, bij werknemers die een repeterend rooster hebben.

Deelvraag 4 Hoe staan de leidinggevenden van het LUMC tegenover centraal roosteren, op basis van hun eigen deskundigheid over roosteren?

Methode 2 focusgroepdiscussie

Leidinggevenden in het LUMC hebben op dit moment nog weinig kennis over het centraal roosteren omdat er op dit moment decentraal wordt geroosterd en centraal roosteren niet eerder een gespreksonderwerp is geweest. Deze focusgroepdiscussies zijn voor de leidinggevenden de eerste kennismaking met centraal roosteren geweest.

Mogelijke voordelen van centraal roosteren

1. Adhoc zaken oplossen. De leidinggevenden van alle focusgroepen zijn van mening dat centraal roosteren een meerwaarde heeft, mits ook de adhoc zaken centraal opgelost kunnen worden, hieronder valt uitval van werknemers door ziekte of andere oorzaken.
2. Uniformiteit en transparantie. Uniformiteit en transparantie in het LUMC is genoemd als voordeel. Door centraal te roosteren wordt het inzicht van de bezettingsgraad per afdeling vergroot. In focusgroep 1 is genoemd dat diensten eerlijker verdeeld moeten worden onder de werknemers, nu is het op een afdeling zo dat jong gediplomeerden, die fulltime werken, klagen dat ze veel dagdiensten werken, wat een lager salaris oplevert. Met centraal roosteren zijn de diensten eerlijker te verdelen.
3. Regelgeving. In focusgroep 1 is het meer kunnen opvolgen van de Arbeidstijdenwet en de CAO genoemd. De huidige planners van de afdeling zijn vaak betrokken bij de collega's en zijn op de hoogte van veel ongeschreven wensen. De planners letten wel op kwaliteit van het rooster, maar deze regels worden sneller doorbroken.
4. Culturen doorbreken. Ook is in focusgroep 1 genoemd dat centraal roosteren kan helpen om culturen te doorbreken.

Mogelijke nadelen van centraal roosteren

1. Ontevreden werknemers. De respondenten zijn vooral bang ontevreden werknemers te krijgen. Zij gaan er vanuit dat de roosters, gemaakt door het centraal roosterbureau minder gericht zijn op de privésituatie van de medewerker.
2. Minder bereidheid tot flexibiliteit. Ook bestaat de mening dat de bereidheid om diensten te ruilen in het belang voor de afdeling minder wordt wanneer het roosteren door iemand van een centraal roosterbureau wordt gedaan.
3. Minder gemotiveerde werknemers. Wanneer het rooster door het centraal roosterbureau gemaakt gaat worden, zijn de respondenten bang dat dit ook gevolgen heeft voor de motivatie van de medewerker. Om aan te geven dat dit belangrijk is zegt een teamleider: "Mensen die nu blij zijn met hun rooster staan in het algemeen ook blij in hun werk en zijn gemotiveerd" (focusgroep 3, bijlage 16). In alle focusgroepen blijkt dat persoonlijk contact belangrijk wordt gevonden om de betrokkenheid van de werknemers te behouden.

Plaatsbepaling roosteren. Op de vraag of roosteren zo dicht mogelijk bij de werkvloer moet gebeuren, is de uitkomst in alle drie de focusgroepen verschillend. Focusgroep 1 geeft heel stellig het antwoord nee. In focusgroep 2 is aangegeven dat het gedeeltelijk zo kon zijn dat het rooster centraal wordt gemaakt maar dat de eindverantwoordelijkheid en de persoonlijke aandacht op de werkvloer moet blijven. In focusgroep 3 vinden de leidinggevenden dat het

maken van het rooster dicht bij de werkvloer moet gebeuren. Voor de leidinggevende is het dan duidelijker waardoor een rooster voor een medewerker tot stand is gekomen. Dit maakt het verantwoorden naar de medewerker eenvoudiger. Ook is gezegd dat: “Wanneer het rooster elders gemaakt wordt, je alleen maar meer problemen krijgt dan dat ik (de teamleider) zelf het rooster maak, de voordelen van centraal roosteren wegen niet op tegen dit nadeel.” “Het maken van het rooster is het werk niet, het oplossen van de adhoc zaken kost meer tijd” (bijlage 16).

Strengheid centraal roosterbureau. Op de vraag hoe streng een roosterbureau mag zijn bij het maken van het rooster is in twee groepen aangegeven dat ze niet streng mogen zijn omdat het rooster een groot deel van het leven van de medewerker bepaald. Hierbij is genoemd dat zij bang zijn om werknemers te verliezen en die zijn nu hard nodig. In focusgroep 2 is ook gezegd dat in de huidige cultuur er veel rekening wordt gehouden met de wensen van de werknemers. Focusgroep 1 is heel stellig, er mag best streng geroosterd worden maar wel binnen de kaders van de afdeling. In focusgroep 3 is dit ook benoemd maar zij zijn van mening dat er niet altijd te streng geroosterd moet gaan worden. In twee groepen kunnen zij zich voorstellen dat het dienstrooster door het centraal roosterbureau wordt gemaakt maar dat de verantwoordelijkheid bij de teamleiding blijft.

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden conclusies en aanbevelingen gegeven en de hypothese beantwoord.

5.1 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De conclusies worden per deelvraag beantwoord met daarbij de aanbevelingen die de onderzoeker doet.

Deelvraag 1 Wat bepaalt de kwaliteit van een rooster?

In de theorie is het rooster kwalitatief goed wanneer er een balans is tussen de belangen van de patiënt, de medewerker en de werkgever, het voldoet aan de regel- en wetgeving en er gezond geroosterd wordt. In de benchmark blijkt dat de regel- en wetgeving, de Arbeidstijdenwet, Arbeidstijdenbesluit en de CAO voor roosteren niet altijd goed werd opgevolgd. In beide ziekenhuizen van de benchmark is het belangrijk dat de medewerker tevreden is. Hierbij is het verschil dat er in ziekenhuis 1 meer geroosterd wordt naar de wensen van de medewerker en in ziekenhuis 2 strenger roosterd wordt om meer uniformiteit binnen het ziekenhuis te realiseren.

De leidinggevenden in het LUMC vinden het belangrijk dat er een goede verdeling is tussen kwaliteit, kwantiteit en dat de personeelstevredenheid hoog is. Een rooster naar de wensen van de medewerker is belangrijk voor de leidinggevenden. Door de roosterstructuur te veranderen wordt verwacht dat de personeelstevredenheid afneemt. Een opvallend verschil met de benchmark is dat de leidinggevenden in het LUMC bij de focusgroepdiscussies nauwelijks spreken over de Arbeidstijdenwet en de CAO.

Het is belangrijk om een uniform roosterbeleid te hebben in de hele organisatie omdat in de theorie wordt aangegeven dat de planner alleen een kwalitatief goed rooster kan maken wanneer er duidelijke regels zijn opgesteld (zie § 2.3.1).

Aanbevelingen

- Op iedere afdeling in het LUMC moet gezond en volgens de regels van de Arbeidstijdenwet en CAO geroosterd worden.
- Er moet uniformiteit komen met betrekking tot het roosterbeleid geldend voor alle verpleegkundigen in het LUMC.

Deelvraag 2 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het invoeren van centraal roosteren bij externe partijen?

Uit de benchmarkresultaten blijkt dat er meerdere factoren een rol hebben gespeeld om centraal roosteren in te voeren. Door centraal te roosteren is de planner minder kwetsbaar en is er meer **continuïteit** in de roosterplanning. De **mutaties** werden voordat er centraal roosteren geïmplementeerd werd niet altijd goed verwerkt. Nu de mutaties door het centraal roosterbureau worden verwerkt worden er minder fouten gemaakt. De factoren tijd- en kostenbesparing genoemd, welke behaald kunnen worden door efficiënter te roosteren. Of dit daadwerkelijk besparing heeft opgeleverd is niet naar voren gekomen. De verwachting is dat door centraal te roosteren personeel makkelijker **flexibel** in te zetten is. In de praktijk is dit nog niet gerealiseerd. Personeel wordt nog onvoldoende flexibel ingezet om hier voordeel van te hebben. Bij het introduceren van centraal roosteren is er van zowel de werknemers als de leidinggevenden veel weerstand gekomen. Wanneer centraal roosteren wordt geïmplementeerd moet er rekening worden gehouden met weerstanden. Om met deze weerstand om te gaan en deze te beperken, is goede communicatie nodig met alle betrokkenen. Tevens is een roosterprogramma noodzakelijk dat voldoet aan alle eisen om een kwalitatief goed rooster te maken.

Aanbevelingen

- Een vervolgonderzoek naar de tijd- en kostenbesparing wat centraal roosteren zou kunnen opleveren.
- Leidinggevende moet in dialoog met werknemers over flexibele inzet, ook bij de werving is flexibiliteit inzet een selectiecriteria.
- Korte communicatie lijnen tussen de leidinggevende van de afdeling en de planner is noodzakelijk.
- Het roosterbureau en de leidinggevende van de afdeling stellen samen een dienstverleningsovereenkomst op met daarin wederzijdse afspraken en verwachtingen.
- Een roosterprogramma moet gebruiksvriendelijk zijn en voldoen aan alle eisen van wet- en regelgeving.

Deelvraag 3 Welke factoren beïnvloeden op dit moment de match tussen werkaanbod en het verpleegkundig personeel op de verpleegafdelingen in het LUMC?

In het LUMC zijn er meerdere factoren waardoor het maken van een goede match tussen werkaanbod en verpleegkundig personeel wordt beïnvloed:

De **kwaliteit van personeel** afstemmen op het werkaanbod is lastig bij ziekmeldingen en vakantieperiodes.

Bij **ziekmeldingen** die adhoc worden gemeld moet de leidinggevende vervanging voor de dienst regelen. Vervangen van een dienst waarbij de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft kost de leidinggevende veel tijd.

Veel roosterwensen van medewerkers op (een aantal) afdelingen maakt het voor de leidinggevende moeilijk om een dienstrooster te maken met voldoende gekwalificeerd personeel.

Een **wisselend aanbod van leerlingen** met een diversiteit van niveau maakt het voor een leidinggevende moeilijk om een dienstrooster kloppend te maken. Een eerste jaars leerling heeft meer begeleiding nodig dan een vierde jaars leerling die bijna volledig mee kan werken. Een extra beperkende factor voor de planner/leidinggevende is dat het aanbod van leerlingen op het laatste moment kan wijzigen.

De **55+ regeling** zorgt voor meer druk op de collega's.

Overbezetting en onderbezetting komt op alle afdelingen voor. Wanneer er overbezetting is wordt van dat moment gebruik gemaakt om andere werkzaamheden te verrichten en kennis te onderhouden. Onderbezetting vindt bijna altijd adhoc plaats, op het moment van ontstaan wordt bekeken wat de beste manier is om dit op te vangen. Vaak kan het met de op dat moment ontstane bezetting, hetgeen een grote flexibiliteit van de werknemers vraagt. Het oplossen van vrijgekomen diensten door ziekte kost een leidinggevende veel tijd.

Bezettingseisen worden vastgesteld in een dienstenprofiel. Deze wordt vaak vastgesteld op basis van ervaring en de historie of op basis van een landelijk fte per bed.

Werkaanbod of zorgzwaarte meten om vervolgens de kwantiteit en kwaliteit van personeel hierop af te stemmen wordt op de afdelingen weinig gebruikt. Het werkaanbod en daardoor de zorgzwaarte is moeilijk meetbaar omdat er veel andere werkzaamheden komen naast de patiëntenzorg. Deze werkzaamheden zijn vaak moeilijk meetbaar. In de theorie wordt alleen gesproken over metingen waarbij specifiek naar de zorgdruk wordt gekeken. Er is dus geen duidelijk beeld van de totale werkdruk (zie § 2.2).

Flexibel inzetten van verpleegkundigen draagt bij aan een efficiënte inzet van personeel. In de theorie wordt aangegeven dat wanneer er flexibiliteit is van zowel de werkgever als de werknemer, dit een bijdrage levert aan efficiëntie (zie § 2.1.1). Leidinggevendenden hebben wel het inzicht om over de afdelingsgrenzen te kijken, maar onder de verpleegkundigen is hier weinig sprake van. Een beperkende factor is specifieke kennis die per afdeling nodig is om als verpleegkundige volledig ingezet te kunnen worden. Zoals hiervoor al beschreven is het gehele werkaanbod moeilijk inzichtelijk te maken. Overige factoren die meespelen naast de patiëntenzorg zijn: leerlingen begeleiding, vaardigheidstrainingen, scholingen en een tal van taken die nodig zijn om goede patiëntenzorg te kunnen bieden.

Er zijn nagenoeg alleen maar **specialistische afdelingen** in het LUMC waar grotendeels specialistische verpleegkundigen werken. Bij ziekte van een gediplomeerd specialistische verpleegkundige bestaat de kans dat de kwaliteit van de zorg in gevaar komt. Tevens is het LUMC een opleidingsziekenhuis waar een groot aantal leerling-verpleegkundigen en arts-assistenten werken. De kwantiteit van werknemers is op de afdeling vaak voldoende, maar dit zegt niets over de kwaliteit en inzetbaarheid van de betreffende werknemers. Bovendien heerst in het LUMC een eilandcultuur; de medewerkers van een afdeling kijken vaak niet verder dan de afdelingsgrens.

In de conclusie van deelvraag 2 is benoemd dat het noodzakelijk is gebruik te maken van een goed **roosterprogramma**, zodat een goede match gemaakt kan worden tussen verpleegkundig personeel en werkaanbod.

Aanbevelingen

- De planning van leerlingverpleegkundigen, zowel in aantal als in opleidingsniveau, moet afgestemd worden op de behoefte van de verpleegafdelingen.
- Een zorgzwaarte meetinstrument is alleen objectief wanneer naast de patiëntenzorg ook andere werkzaamheden kunnen worden gemeten, hiervoor is vervolgonderzoek noodzakelijk.
- Verpleegkundigen dienen flexibel ingezet te kunnen worden op afdelingen die met elkaar verwant zijn wat betreft specialismen. Verpleegkundigen worden geschoold en getraind in noodzakelijke handelingen.
- De cultuur in het LUMC moet veranderen van een eilandcultuur naar een gezamenlijke cultuur. Een ieder moet bewust worden van zijn eigen rol in het handhaven van de eilandcultuur, er moeten meer uitwisselprogramma's tussen afdelingen komen waardoor de medewerkers de gelegenheid krijgen buiten de afdelingsgrenzen te kijken.

Deelvraag 4 Hoe staan de leidinggevenden van het LUMC tegenover centraal roosteren, op basis van hun eigen deskundigheid over roosteren?

De leidinggevenden in het LUMC kunnen op basis van de deskundigheid die zij nu hebben, over roosteren, een viertal mogelijke voordelen noemen: adhoc zaken oplossen, uniformiteit en transparantie in het rooster, de regelgeving en het doorbreken van culturen. In de benchmark wordt genoemd: de inzichtelijkheid van de personeelsbezetting op afdelingen, expertise van deskundige planners die leidinggevende advies kunnen geven over de inzet van personeel, tijdswinst doordat er minder mensen aan het plannen zijn, kostenbesparing doordat onder andere mutaties juist worden verwerkt en gelijke evenredige dienstroosters. Helaas is het niet in cijfers inzichtelijk te maken wat het daadwerkelijk heeft opgeleverd. De leidinggevenden in het LUMC hebben op dit moment nog te weinig kennis over centraal roosteren om alle voordelen te kunnen benoemen. De leidinggevenden vinden de personeelstevredenheid erg belangrijk en zijn bang dit te verliezen door centraal roosteren. De theorie geeft aan dat het belangrijk is om met de medewerker in dialoog te treden, waardoor er betere samenwerking ontstaat (zie §2.1.4). Ook de kwaliteit van zorg is een item wat in het gedrang kan komen als gevolg van de weerstand die de medewerkers kunnen hebben op centraal roosteren. Op dit moment is er een grote betrokkenheid van verpleegkundigen bij hun afdeling. Leidinggevenden zijn bang dat verpleegkundigen minder bereid zijn om te schuiven in diensten wanneer iemand die verder van de afdeling staat hen belt en vraagt om een dienst te ruilen. De flexibiliteit die er is wordt daardoor vermindert. In het LUMC vinden de leidinggevenden de persoonlijke aandacht erg belangrijk. In het LUMC zijn de meningen verschillend waar het dienstrooster in de organisatie gemaakt moet worden, dicht bij de werkvloer of door een centraal rooster bureau. Alle leidinggevenden vinden dat zij de eindverantwoordelijkheid hebben voor een kwalitatief goede bezetting op de afdeling en dus het dienstrooster.

Aanbevelingen

- Een eenduidige definitie van centraal roosteren in het LUMC.
- Centraal roosteren mag geen negatieve invloed hebben op de personeelstevredenheid.
- Naast het maken van een dienstrooster lost het centraal roosterbureau ook adhoc rooster problemen op.

De centrale vraag: Wat zijn de bepalende factoren om centraal roosteren op de verpleegafdelingen in het LUMC in te voeren?

De kwaliteit van een dienstrooster is zowel voor de werkgever als de werknemer belangrijk. Het personeelsaanbod kan efficiënt ingezet worden op basis van het werkaanbod waarbij rekening wordt gehouden met de personeelstevredenheid. Om dit zo efficiënt mogelijk te doen is er

uniformiteit van het roosterbeleid nodig in de gehele organisatie. Meerdere factoren hebben invloed op de matching tussen werkaanbod en het verpleegkundig personeel, dit zijn: de roosterwensen van de medewerker, het wisselend aanbod van leerlingen, de 55+ regeling, de bezettingseisen van de afdeling, het werkaanbod en de flexibele inzet van verpleegkundigen waarbij belangrijk is te weten, de frequentie, duur en inhoud van de taak. Een goed rooster programma helpt om deze match te kunnen maken. Het werkaanbod is niet alleen de patiëntenzorg maar ook alle werkzaamheden daarom heen waardoor het moeilijk objectief te maken is.

Het werkaanbod kan efficiënt worden vervuld door personeel flexibel in te zetten. Centraal roosteren is een hulpmiddel dat ingezet kan worden om het werkaanbod en het personeelsaanbod op elkaar af te stemmen. Implementatie van centraal roosteren levert weerstanden op bij de betrokkenen. Om weerstanden bij een verandering zoals de roosterplanning te voorkomen en te beperken is goede communicatie en dialoog met de betrokkenen noodzakelijk.

Om centraal roosteren te doen slagen en waarbij het doel efficiënte inzet van personeel behaald wordt, zijn de volgende vijf kritische succesfactoren noodzakelijk:

1. Een gezamenlijke cultuur in de organisatie

Door een gezamenlijke cultuur te creëren ontstaat er begrip en betrokkenheid tussen de medewerkers waardoor er draagvlak ontstaat voor centraal roosteren en deze verandering meer kan opleveren.

2. Uniformiteit in roosterregels

Er moet een uniforme, eenduidige definitie voor centraal roosteren zijn. Ook kennis over centraal roosteren bij leidinggevenden en medewerkers, dialoog tussen leidinggevende en medewerker moet mogelijk zijn. Uniformiteit levert een bijdrage aan een gezamenlijke cultuur.

3. Flexibele inzet van personeel

Personeel flexibel inzetten kan door te kijken naar de frequentie en duur van aanwezigheid en naar de inhoud van de werkzaamheden.

4. Inzichtelijk objectief werkaanbod

Het werkaanbod fluctueert, flexibele inzet van personeel is hierop een antwoord.

5. Een goed roosterprogramma

Dat voldoet aan de eisen zoals gesteld in de aanbeveling van deelvraag 1 en in §1.1.

Indien één van deze factoren niet aanwezig is, wordt het advies niet te starten met centraal roosteren gegeven. Wel is het advies om vervolgonderzoek te doen naar de wijze waarop de voordelen van centraal roosteren wel behaald kunnen worden.

5.2 HYPOTHESE

Centraal roosteren leidt tot een efficiënte planning van het verpleegkundig personeel.

Uit de theorie blijkt dat centraal roosteren inzicht geeft in de verpleegkundige bezetting van de gehele organisatie. Door inzicht te hebben in de verpleegkundige bezetting op de afdelingen bestaat de mogelijkheid om de verpleegkundige flexibel in te zetten. Hierbij wordt personeel- en werkaanbod op elkaar afgestemd. De flexibele inzet leidt automatisch tot een meer efficiënte planning van verpleegkundigen. Namelijk onderbezetting op een afdeling kan worden opgevangen met de overbezetting van andere afdelingen. Uit de benchmark en de focusgroepdiscussies blijkt dat personeel flexibel inzetten nog niet zo eenvoudig is. Personeel flexibel inzetten kan alleen wanneer er een gezamenlijke cultuur is. Uit de focusgroepdiscussies blijkt dat flexibel inzetten van personeel in een organisatie waar een eilandcultuur heerst veel onrust gaat geven. Tevens is er specialistische kennis noodzakelijk op een afdeling, waardoor er extra scholing nodig is alvorens verpleegkundigen op een andere afdeling ingezet kunnen worden.

De hypothese wordt verworpen omdat centraal roosteren niet direct leidt tot een efficiënte inzet van verpleegkundig personeel. Efficiënte inzet is alleen mogelijk wanneer personeel flexibel ingezet kan worden.

Wanneer deze constatering worden gerelateerd aan de situatie in het LUMC geeft centraal roosteren momenteel niet het voordeel van een efficiëntere inzet van verpleegkundigen. Het voordeel kan wel tot stand komen wanneer de cultuur verandert van een eilandcultuur naar een gezamenlijke cultuur. Door een gezamenlijke cultuur en extra scholing wordt flexibele inzet mogelijk.

BIBLIOGRAFIE

Anker, E. v. (2012). *Inkoopuitgaven in de zorg €22,6 miljard*. Geraadpleegd op 14 september 2012 via <http://www.fmm.nl/nieuws/nieuws/inkoopuitgaven-in-de-zorg-%E2%82%AC-22-6-miljard.119695.lynkx>

Baarda, D., & de Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, H. (2012). *Workforce_optimalisatie*. Geraadpleegd op 13 oktober 2012 via Capgemini: www.nl.capgemini.com/m/nl/tl/Workforce_optimalisatie.pdf

Bartels, B. (2011). *Beddenmonitoring bij UMC St. Radboud*. Geraadpleegd op 14 november via Kennisbank Sociale Innovatie: <http://www.kennisbanksocialeinnovatie.nl/nl/kennis/kennisbank/beddenmonitor-bij-umc-st-radboud/875>

Bernat Adell, A., Abizanda Campos, R., Cubedo Rey, M., Quintana Bellmunt, J., Sanahuja Rochera, E., Sanchís Muñoz, J., et al. (2005). Nursing Activity Score (NAS). Our experience with a nursing load calculation system based on times. *Enferm Intensiva*, 16, 4, 164-173.

Berrevoets, L., Kouwen, A., Berden, B., & Vries, G. d. (2008). Beddenmonitoring. *Best Practices Zorg*, 3, 26-32.

Bestuur, Raad van (2011). *Jaarverslag*. Leiden: LUMC.

Blank, J., & Wats, M. (2009). Aanbod ziekenhuiszorg in 2020. *Tijdschrift voor Openbare Financiën*, 3, 141-157.

Boer, F. d. (2012). *De patiëntenzorg van het LUMC doelgericht en in samenhang veranderen*. Leiden: LUMC.

Bruggink, J. W. (2012). *CBS*. Geraadpleegd op 6 december 2012 via CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3669-wm.html>

Brugman, T. (2006). *Flexibiliteit ondersteunende personeelsplanningssystemen*. Hoofddorp: TNO.

Dalen, v. E. (2012). *Handleiding Anders Roosteren*. Houten: Badoux.

- DCG. (2012). *Werktijdenvoorkeur grootste uitdaging personeelsplanning*. Geraadpleegd op 29 oktober 2012 via P&O actueel: <http://www.penoactueel.nl/nieuws/werktijdenvoorkeur-grootste-uitdaging-personeelsplanning-8420.html>
- Deijkers, R. (2009). *Relatie tussen baas en werknemer*. Geraadpleegd op 13 oktober 2012 via Elsevier: <http://www.elsevier.nl/web/Carriere-2/254103/Relatie-tussen-baas-en-werknemer-verandert.htm>
- Dekkers, B. (2010). *Capaciteitplanning*. Geraadpleegd op 25 maart 2013 via <http://capaciteitplanning.wikispaces.com/Rooster+organisatie>
- Donk, D. (1995). *Proefschrift, een model voor personeelsbesturing*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Doosje, W. (2008). *Impressie van acht UMC's in 2008*. Houten: Badoux.
- Duchatteau, D., & Vink, M. (2011). *Medisch technologische ontwikkelingen zorg 20/20*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- EuroHRM. (2011.). *Strategische personeelsplanning regeren is vooruitzien*. Goirle: Eurohrm.
- Evers, G., & Verhoeven, C. (1999). *Human Resource Planning, Een integrale benadering van personeelsplanning*. Deventer: Kluwer.
- Geneugelijk, L. (2011). *Adviesrapport strategische personeelsplanning*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- GGZ, F. (2010). *Betere zorg door slimmer roosteren*. Leeuwarden: GGZ Friesland.
- Goudswaard, A. (2007). *De toekomst van flexibele arbeid*. Hoofddorp: TNO.
- Graen, G., & Uhl-Bien, M. (1995). The relationship-based approach to leadership: Development of LMX theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level, multi domain perspective. *Leadership Quarterly*(6), 219-247.
- Harper, K., & McCully, C. (2007). Acuity Systems Dialogue and Patient Classification System Essentials. *Nurs Admin Q*, 31, 4, 284-299.
- Infonu. (2011). *Validiteit van een meetinstrument*. Geraadpleegd op 24 februari 2013 via Infonu: <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/68175-validiteit-van-een-meetinstrument.html>
- Kleyngeld, J. (2010). *Flexibilisering als oplossing voor kostenbeheersing- en reductie*. Geraadpleegd op 24 februari 2013 via Financieel management: [— 41 —](http://financieel-</p>
</div>
<div data-bbox=)

management.nl/content/view/14312/flexibilisering-als-oplossing-voor-kostenbeheersing--en-reductie

Kruk, T. v. (2009). Maak je eigen dienstrooster. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 5, 36-37.

Leede, J. d. (2011). Kansen met arbeidsvoorwaarden. *Gamma Professional*, 61, 3, 23-26.

Leede, J. d., Cox, E., Goudswaard, A., Rhijn, G. v., Schie, J. v., Veldhuizen, A., & Tuinzaad, B. (2002). *Flexibele inzet van personeel in productiebedrijven*. Heerhugowaard: Plantijn Casparie.

LOAZ. (2011). *CAO UMC 2011-2013*. Houten: Badoux.

LUMC. (2012). *Notitie ter bepaling van de scope van het project vervanging roosterpakket*. Leiden: LUMC.

Meiling, J., Weesie, A., & Heijden, B. v. (2011). Duurzame inzetbaarheid als brandpunt voor succes. *Loopbaanvisie*, 84-88.

Mulders, M. (2010). *101 Management modellen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Nauta, A., Doosje, W., Pater, I. d., & Bloois, R. v. (2011). Volwaardige arbeidsrelaties en inzetbaarheid in de Universitair Medische Centra. *Tijdschrift voor HRM*, 2.

NPCF. (2008). *Ons ziekenhuis? Patiëntgericht!* Utrecht: NPCF.

NCSI. (2009). *Brochure Individueel roosteren*. Rotterdam: NCSI.

NFU. (2011). *Vernieuwingsagenda umc's*. Utrecht: NFU

NOS. (2011). *Mogelijk duizende banen weg bij ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 11 december 2012 via NOS: <http://nos.nl/video/210529-mogelijk-duizenden-banen-weg-bij-ziekenhuizen.html>

NSCI. (2012). *Collectief overleg bij individueel roosteren*. Rotterdam: NSCI

Peters, F. (z.d.). *Bedrijven hebben baat bij zelfroosteren*. Geraadpleegd op 29 oktober 2012 via: P&O Actueel: <http://www.penoactueel.nl/management/%E2%80%98bedrijven-hebben-baat-bij-zelfroosteren%E2%80%99-6225.html#>

Pool, J., & Dijk, J. v. (1999). *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Riedstra, P. (2006). *Strategische personeelsplanning in organisaties, en model voor strategische personeelsplanning*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Rijksoverheid. (2011). *Maatregelen om zorguitgaven te beperken*. Geraadpleegd op 14 september 2012 via <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/06/10/maatregelen-om-zorguitgaven-te-beperken.html>

Rothwell, A., & Arnold, J. (2007). Self-perceived employability: Development and validation of a scale. *Personnel Review*(36), 23-41.

RvB. (2012). *Projectopdracht Roosteren*. Leiden: LUMC.

Schoemakers, I., & Koopmans, F. (2008). *Operationeel personeelsmanagement*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Speelman, L., & Offers, E. (2010). *Strategische personeelsplanning in de gezondheidszorg*. Haren: Zorgplein Noord.

SZW. (2012). *De arbeidstijdenwet*. Opgehaald van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2011/04/29/de-arbeidstijdenwet-nederlands.html>

SZW. (2012). *Kamerstuk: Manifest 100 werkgevers over duurzame inzetbaarheid*. Den Haag: SZW

Veldheer, V., & Bijl, R. (2011). *Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Verstegen, P. (2005). *Kosten en baten met beleid*. Maarsen: Elsevier.

VWS. (2012). *Beleidsagenda 2012*. Geraadpleegd op 14 december 2012 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/09/20/beleidsagenda-2012.html>

ZIP. (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg*. Geraadpleegd op 24 december 2012 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2009/11/27/zorg-voor-mensen-mensen-voor-de-zorg.html>

Zwieten, M. v., Klein Hesselink, J., & Houtman, I. (2011). Impact en omvang van afwijkende werktijden in Nederland. *TBV*, 10, 473-477.

De probleemsituatie wordt pluriform bekeken door gebruik te maken van de volgende modellen:

- Het DESTEP model (Mulders, 2010), door factoren te analyseren geeft dit de organisatie inzicht waar in de toekomst de kansen en de bedreigingen liggen.
- Het zeven-S model (Mulders, 2010), een beschrijving van het probleem vanuit zeven belangrijke aspecten binnen de organisatie.

A. DESTEP

Het DESTEP model wordt gebruikt om een omgevingsanalyse te maken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de omgevingsfactoren van de organisatie. Door de organisatie kan er nauwelijks invloed op deze factoren worden uitgeoefend. De zes bepalende factoren geven de organisatie inzicht op kansen en bedreigingen die op de organisatie afkomen (Mulders, 2010).

Demografische factoren

Het CBS (Bruggink, 2012) heeft gegevens waarin duidelijk wordt dat er op dit moment een vergrijzing in de samenleving ontstaat. De afgelopen dertig jaar is de levensverwachting van 65-jarigen gestegen. Mensen leven langer in goede gezondheid zonder lichamelijke beperkingen. Hier tegenover staat dat zij langer met chronische ziekten worden geconfronteerd. Voor de 65 jarige man geldt dat de levensverwachting in 30 jaar met 4 jaar is toegenomen. In 2011 was het 18,3 jaar terwijl zij in 1981 een levensverwachting van 14.3 jaar was. Voor 65 jarige vrouwen is de levensverwachting minder gestegen, dit was 2,4 jaar in 30 jaar. Vrouwen bereiken gemiddeld steeds een hogere leeftijd dan de mannen (Bruggink, 2012). De vergrijzing heeft als gevolg dat de zorgvraag toeneemt. Een ander gevolg van de vergrijzing is, in de komende tijd een krapte op de arbeidsmarkt. Hierdoor ontstaan en krijgen organisaties problemen met het opvullen van vacatures. Een bijkomend aspect is weer een verlies van kennis en ervaring. (DCG, 2012). In de CAO van de UMC's staat dat werknemers vanaf 55 jaar niet verplicht zijn onregelmatige diensten te verrichten (LOAZ, 2011). Dit betekent in de praktijk dat er de druk van nachtdiensten en het werken van feestdagen op de andere werknemers komt.

Economische factoren

De laatste jaren stijgen de zorgkosten sneller dan dat de economie groeit. De zorgkosten drukken steeds meer op de collectieve uitgaven. Een aantal oorzaken liggen hieraan ten grondslag, de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en de ontwikkelingen in

de medisch-technologische ontwikkelingen. De komende jaren neemt de zorgvraag alleen maar toe. Steeds meer van de belastingen en premies worden uitgegeven aan de zorg. In 1970 lag dit nog onder de 10%, in 2011 was dit 19%. Als er niet wordt ingegrepen kan dit oplopen tot 40% in 2040 (VWS, 2012). Ondanks de financieel-economische crisis heeft het kabinet besloten dat er 15 miljard extra kan worden uitgegeven aan de zorg die blijft groeien. Naast de 15 miljard extra zet het kabinet ook flinke stappen in het hervormingsproces van de zorg. “Hoe houden we de zorg toegankelijk, verhogen we de kwaliteit en beheersen we tegelijkertijd de zorguitgave.” De ziekenhuizen specialiseren zich in complexe zorg waardoor de kwaliteit van de behandeling verbeterd. Doordat niet alle ziekenhuizen dezelfde behandelingen dienen uit te voeren hoeven zij ook niet de dure gespecialiseerde apparatuur aan te schaffen. Het kabinet voert belonen naar prestatie in om de uitgaven te beheersen, en de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. De zorgverzekeraars zullen zorg selectiever moeten inkopen waarbij de stimulans is dat ze meer risico dragen en de compensaties achteraf geleidelijk afnemen. Om de kosten te beheersen zijn er afspraken met ziekenhuizen en zorgverzekeraars gemaakt. Het doel is om de structurele uitgavengroei in de ziekenhuis te beperken tot 2,5% per jaar, van 2012 tot 2015 (VWS, 2012). Om de cliënten en de zorgverzekeraars een goede keuze te laten maken is transparantie nodig, de zorgaanbieders moeten duidelijk laten weten welke kwaliteit van zorg zij leveren. Daarom is in de Wet cliëntenrechten zorg het recht op keuze-informatie wettelijk vastgelegd. De keuzevrijheid zet zorgaanbieders aan om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

In 2009 hebben de ziekenhuizen hun budget overschreden waardoor de overheid in 2011 de ziekenhuizen een bezuiniging hebben opgelegd van 314 miljoen euro. Uit onderzoek van de NOS waar 40 ziekenhuizen aan mee hebben gedaan betekent dit dat zij gemiddeld 4,7 miljoen per ziekenhuis moesten bezuinigen. Ziekenhuizen zijn genoodzaakt om harde maatregelen te nemen waar ook de patiënt de gevolgen van merkt. Punten die in het onderzoek het meest genoemd worden zijn versobering van het zorgaanbod, ligduurverkorting, sluiten van afdelingen en minder geld voor nieuwbouw en ICT. Dit heeft als gevolg dat de directies maatregelen nemen en de personele uitgaven gaan beperken met ontslagenen tot gevolg (NOS, 2011). De factoren zoals de toenemende vergrijzing, de concurrentie en kostenbesparing vragen om een flexibel personeelsbeleid. Een beleid waarbij snel ingespeeld kan worden op veranderde omstandigheden. Een strategisch personeelsbeleid is nodig om op tijd te anticiperen op een dynamische arbeidsmarkt die verwacht wordt. Een strategisch personeelsplanning helpt de organisatie inzicht te geven in de ontwikkeling van het personeelsbestand en de arbeidsmarkt in het licht van de strategische doelen die de organisatie op middenlang en lang termijn wenst te bereiken. De planningsinformatie geeft de mogelijkheid een richting te bepalen en geeft de mogelijkheid de genomen maatregelen te evalueren (Speelman & Offers, 2010). Vergeleken met andere sectoren is in de zorg de nood het hoogst maar juist deze sector blijft achter op

strategische personeelsplanning (Kleyngeld, 2010). Grote ziekenhuizen zijn in het voordeel wat betreft personeel omdat zij meer opleidingsmogelijkheden en carrièreperspectieven hebben en waarschijnlijk meer mogelijkheden hebben tot arbeidsbesparende innovaties (Blank & Wats, 2009).

Sociaal culturele factoren

De bevolking leeft in een meerkeuze maatschappij waarbij de keuzes zich manifesteren op meerdere vlakken: in de sfeer van vrije tijd en consumptie, sociale zekerheid en voorzieningen, uitzetten van de eigen levensloop. Er zijn meer mogelijkheden om het eigen leven in te richten. Mensen zijn mondiger geworden. Mogelijk komt dit door het gestegen opleidingsniveau. 56% van de bevolking had in 1960 alleen lagere school terwijl dit nu minder dan 8% is. 30% van de bevolking heeft een HBO of universitair diploma, van de beroepsbevolking is dit 35%. Door deze ontwikkeling zijn de mensen minder afhankelijk geworden. Emancipatie, democratisering, individualisering en educatie hebben in de tweede helft van de vorige eeuw geleid dat mensen in staat zijn hun leven naar eigen inzichten in te delen. Ook bij het 'nieuwe werken' is individualisering ingetreden. Bij het organiseren van het werk wordt door de werkgever steeds meer rekening gehouden met de privé-werk balans van de individuele werknemer (Veldheer & Bijl, 2011).

Technologische factoren

De medisch technologische ontwikkelingen in de zorg gaan snel wat er voor zorg draagt dat ziekteprocessen eerder gesignaleerd worden en er vroeger in kan worden gegrepen. De mogelijkheden die hierdoor ontstaan zijn preventie en voorspellende geneeskunde (Duchateau & Vink, 2011). Doordat nu complexere ziektebeelden kunnen worden behandeld met technologische ontwikkeling zal hierdoor ook de zorgvraag stijgen. Werknemers moeten continue bereid zijn om te leren omgaan met de veranderingen door toepassing van nieuwe technologieën (ZIP, 2009). Door de ontwikkelingen op ICT gebied is het mogelijk om de werknemer steeds meer informatie, programma's van de organisatie thuis te gebruiken. Een nieuw roosterprogramma wat vanuit thuis te gebruiken is heeft het voordeel dat de medewerker direct een aanvraag kan doen voor de planning. De technologische factor is de enige factor in tegenstelling met de andere waar de organisatie invloed op kan hebben (Mulders, 2010).

Politieke en juridische factoren

Bij het maken van een strategische personeelsplanning komen meerdere factoren kijken. Vanuit de politiek worden zijn er afspraken vastgelegd in de Arbeidstijdenwet. Hierin staat hoe lang een

werknemer per dag en week mag werken, hoeveel en wanneer zij recht hebben op rust. In het Arbeidstijdenbesluit (ATB) staan de uitzonderingen en aanvullingen op de Arbeidstijdenwet. Het collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) staan afspraken over arbeidsvoorwaarden die afgesproken zijn door één of meer werkgevers- of meer werknemersorganisaties.

B. Het zeven-S model

Het zeven-S model geeft een analyse van de interne organisatie waarbij zeven belangrijke aspecten van de organisatie worden beschreven, er wordt gekeken naar de kwaliteit van de organisatie. Het model is verdeeld in harde factoren welke in de strategie van de organisatie, de structuur en in documenten van de organisatie zijn vastgesteld. De andere vier factoren zijn zacht, welke moeilijker zijn te benoemen omdat deze voortkomen uit de cultuur en het klimaat van de organisatie. De zachte factoren kunnen een grote invloed hebben op de harde factoren (Mulders, 2010).

De harde factoren

Significante waarde: Het LUMC is een academisch ziekenhuis met een hoge ambitie gericht op het excelleren als ‘centrum van medische vernieuwing’. In onderzoek en onderwijs heeft het LUMC dit al behaald. Maar ook in de patiëntenzorg wil het LUMC zich op een excellent niveau presenteren. Het LUMC is in 2012 een veranderprogramma gestart Vernieuwing Zorg met als doel de patiëntenzorg van het LUMC doelgericht en in samenhang veranderen.

In de periode juni tot augustus 2012 zijn er een aantal workshops georganiseerd waar alle leidinggevenden waren uitgenodigd. In deze workshops is gezocht naar verbeterpunten en uitgangspunten. De bevindingen vanuit de workshops, zie tabel 1, worden gebruikt in het veranderplan.

Strategie: Het LUMC wil staan voor een aantrekkelijke en betrouwbare werkgever. Ook in de toekomst wil de organisatie gezond en innovatief zijn daarom is het nodig om ook op personeelskosten te bezuinigen. Ondanks dat de bezuinigingen wil het LUMC in dialoog blijven met de medewerker (Bestuur, 2011). In de CAO UMC 2011-2013 ligt de nadruk op duurzame inzetbaarheid en volwaardige relaties. Het project verbeteren planning en roostering heeft als doel de uniformiteit, flexibiliteit en optimale inzet van werknemers bevorderen (Boer, 2012). Door personeel flexibel in te zetten ontstaat er een betere match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Op tactisch en operationeel niveau is het beoogde resultaat een integraal plannings- en roostersysteem.

Een aantal bevindingen die genoemd worden in het veranderprogramma (Boer, 2012) zijn:

- "De noodzaak van verandering in het LUMC krijgt vaak te weinig betekenis;
- De communicatie en informatie over verandering kan beter;
- Er wordt te weinig rekening gehouden met de mening van betrokkenen;
- Het effect van verandering is voor mensen moeilijk door te vertalen naar de betekenis op individueel niveau en voor henzelf;
- De bereidheid en betrokkenheid van medewerkers is hoog. Tijdens de verandering is het van belang om deze optimaal in te zetten;
- De ondersteuning bij verandering is (te) laag;
- De huidige structuur en gedrag bekrachtigen de verandering (nog) onvoldoende;
- In het programma verdient het borgen van samenhang en het bieden van een passende fasering en tempo aandacht;
- Stoppen met eilanden en koninkrijkjes (onder andere 'best practice' delen);
- Helderheid over hoe binnen LUMC gewerkt wordt en wat verwacht wordt;
- Betrokkenheid van alle betreffende disciplines en belanghebbende;
- Aanspreken op (ongewenst) gedrag;
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid."

TABEL 1 BEVINDINGEN DIE GENOEMD WORDEN IN HET VERANDERPROGRAMMA

Structuur: Op dit moment, oktober 2012, staan er in het huidige roosterprogramma Rostarflex 89 roosters. Deze roosters zijn voor werknemers die in roosterdienst werken, van arts, verpleegkundigen, werknemers van facilitair bedrijf en andere ondersteunende diensten. Ervanuit gaande dat er voor ieder rooster twee planners zijn aangesteld, tellen we op dit moment 178 roosteraars. Er wordt in het LUMC decentraal geroosterd omdat iedereen zijn eigen specialisme heeft. De verantwoordelijkheid voor de roosters ligt bij de leiding van de afdeling.

Systemen: Het LUMC is een academisch ziekenhuis waar procedures worden vastgelegd in een protocol. In het LUMC wordt grotendeels decentraal geroosterd maar met een eenzelfde roosterprogramma Rostarflex. Iedere afdeling heeft zijn eigen specialisme waardoor er een ander werkaanbod is en er andere afspraken zijn gemaakt. Op een intensive care werken meer verpleegkundigen in de nachtdienst dan op een verpleegafdeling. Zo heeft iedere afdeling specifieke punten waaraan een dienstrooster moet voldoen.

De zachte factoren

Stijl van management: Doordat leidinggevende vaak uit een ander vakgebied dan het management komen wordt er in het LUMC op meerdere wijze leiding gegeven. Vanuit het project Dialoog, heeft de leiderschapstijl ook in het LUMC de aandacht, in een werkgroep wordt er gewerkt om er voor te zorgen dat de leidinggevendenden meer op eenzelfde wijze leidinggeven (R. Boon, persoonlijke communicatie, 4 januari 2013). De leidinggevende van de afdeling is verantwoordelijk voor de roosters van de werknemers. De planner kan de leidinggevende zijn maar dit kan ook een verpleegkundigen zijn die de taak heeft om een rooster te maken. Op dit moment wordt er binnen het LUMC vooral decentraal geroosterd. Op iedere afdeling zijn

afspraken zijn gemaakt op welke wijze de medewerker kan aangeven wanneer hij vrij wil of juist wil werken. Het is de taak van degene die het rooster maakt om hiermee rekening te houden. De balans tussen werk en privé ligt in handen van de planner.

Sleutelvaardigheden: Binnen het LUMC zijn er meerdere organisatieculturen, iedere divisie heeft zijn eigen karakter (Doosje, 2008). In 2008 is een imago-onderzoek uitgevoerd voor het LUMC. Daarin komt naar voren dat het LUMC een enigszins naar binnen gekeerde organisatie is. Mensen zijn sterk op eigen eenheid of afdeling gericht.

In het jaarplan 2011 staat geschreven dat het LUMC goed werkgeverschap en aandacht voor mens en omgeving wil nastreven. Het LUMC wil aantrekkelijk en betrouwbaar zijn.

Staf: In het LUMC is er veel aandacht voor het ontwikkelen van een volwassen arbeidsrelatie. Er zijn in 2010 projecten gestart die zich richten op de rol van de werknemers en de leidinggevenden. Eén van de projecten was het ontwikkelen van een werknemers-, en werkgeverskaart onder begeleiding van de Argumentenfabriek. In gesprekspanels tussen leidinggevenden en werknemers werd antwoord gegeven op de vraag wat goed werknemer- en werkgeverschap is. Deze discussie heeft de werknemers- en werkgeverskaart opgeleverd welke gebruikt wordt bij discussies en trainingen (Bestuur, 2011). De kaarten worden als hulpmiddel gebruikt bij reflectie over het werk en over de verwachtingen van collega's. Onderwerpen kunnen weer besproken worden in het jaargesprek. Afdeling HRM van het LUMC heeft dit instrument geïntroduceerd en heeft een faciliterende rol gehad bij dit project.

BIJLAGE 2 TIJDSPLANNING EN RANDVOORWAARDEN

De tijdsplanning

De tijdsplanning geeft aan wat in welke periode gerealiseerd moet zijn om de doelstelling te kunnen behalen. Voorafgaand aan de onderzoeksplanning (bijlage 2) is de literatuurstudie, zie hoofdstuk 3 gedaan.

Fase: Ontwikkeling												
Weken 2012 / 2013	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4
Activiteiten												
Deskundigen benaderen voor interview extern												
Formulering van interview vragen												
Teamleiders benaderen voor de focusgroepen												
Formulering van vragen voor de focusgroep												

Fase: Dataverzameling- en analyse												
Weken 2013	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Activiteiten												
Interviews afnemen en uitschrijven												
Focusgroepsdiscussies												
Analyse maken van de gegevens die verkregen zijn van de interviews en groepsdiscussie												
Inleveren Conceptrapportage 3: Uitvoering van resultaat en verantwoording												

Fase: Eind							
Weken 2013	17	18	19	20	21	22	23
Activiteiten							
Opstellen eindrapport							
Inleveren eindrapport							
Vorbereiden presentatie							
Onderzoek presentatie in LUMC							

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden om dit onderzoek te kunnen uitvoeren zijn:

- De werkgever van de onderzoeker geeft toestemming en indien nodig tijd om dit onderzoek uit te kunnen voeren;
- De opdrachtgever geeft ondersteuning waar nodig;
- De onderzoeker krijgt begeleiding vanuit de Hogeschool Leiden tijdens het proces.

Introductie

- Dank voor de mogelijkheid van dit interview;
- Voorstellen;
- Afstudeeropdracht van Bachelor Management in Zorg Hogeschool Leiden;
- Het doel van het onderzoek: Wat de randvoorwaarden zijn om centraal te kunnen gaan roosteren;
- Waarom politie?
- Het interview is een gestructureerd gesprek en duurt maximaal één uur
- Het interview wordt opgenomen tenzij hier bezwaar tegen is
- Een samenvatting van het interview wordt aan de respondent ter correctie verstuurd

Aanleiding

Wat is voor jullie de aanleiding geweest om te starten met centraal roosteren?

Hoelang roosteren jullie inmiddels centraal? Hoe roosterde jullie daarvoor?

Wat verstaan jullie onder centraal roosteren?

Ontwikkeling

Wat is er voorafgegaan, voordat jullie zijn begonnen met centraal roosteren? *Bv onderzoek*

Wat was er nodig om te kunnen starten met centraal roosteren? De randvoorwaarden

Implementatie

Hoe is de implementatie van centraal roosteren verlopen? Was er een stappenplan?

Wat was bij de implementatie de reactie van de werknemers over het centraal roosteren bij het implementeren?

Waren er weerstanden van de werknemers bij de implementatie? Hoe zijn jullie hier mee omgegaan?

Roosteren

Hoe komt het rooster nu in grote lijnen tot stand?

Wat is de rol van de planner, de leidinggevende en de medewerker in het tot stand komen van het rooster? *Hoeveel inspraak is er van de medewerker*

Wordt er gebruik gemaakt van repeterende roosters of is ieders rooster anders?

Op welk termijn wordt het dienstrooster vastgelegd?

Is er per rooster verscheidenheid in functies en complexiteit van de onregelmatigheid?

Hoeveel roosters worden er gemaakt, om hoeveel FTE gaat het en om hoeveel werknemers gaat dat?

Wat bepaalt de kwaliteit van een goed rooster?

Staat er op papier wat een goed rooster is en waar het aan moet voldoen?

Wat is de kennis van diverse afdelingen die nodig is voor een planner om een kwalitatief goed rooster te maken?

Welk contact heeft de roosteraar met de afdeling (zowel met leidinggevende als met werknemers)

Wordt er nog door de medewerker zelf geruild, hoe blijft het inzichtelijk?

Als de zorgzwaarte zodanig is dat extra personeel moet worden ingezet hoe wordt dit dan geregeld?

Als werknemers vrij willen wie regelt dit dan? De afdeling of de roosteraar?

Wat is de routing van een ziekmelding en wie neemt actie voor de vervanging?

Hoe wordt er rekening gehouden met kwaliteit/competenties, koppeling werkbegeleider /leerling?

Wat is veranderd aan het rooster toen het van decentraal naar centraal is gewijzigd?

Werkaanbod

Hoe wordt het **werkaanbod** inzichtelijk gemaakt? *Maken jullie gebruik van een instrument om de zwaarte te meten?*

Hoe maken jullie de match **werkaanbod** en personeelsaanbod?

Zetten jullie personeel flexibel in? *Is daar scholing voor nodig of andere randvoorwaarden?*
Doorvragen!

Management

Wat heeft het centraal roosteren het management opgeleverd?

Wat waren de effecten van centraal roosteren? *(bv de effecten op de rechten en plichten van de werknemers, CAO en arbeidstijden wet wordt beter bewaakt)*

Wat is volgens u nodig om centraal roosteren te doen slagen?

Hoe vinden de werknemers het centraal roosteren nu?

Als je de vorige manier van roosteren vergelijkt met centraal roosteren wat zijn dan de voordelen ervan? Wat zijn de valkuilen? Wat kan je ons adviseren?

Afronding

- Samenvatten
- Zijn er nog aanvullingen
- Vragen of de informant het verslag en/of het onderzoeksresultaat wil ontvangen
- Bedanken voor het interview, kleine attentie

Huidig roostersysteem:

- Wat bepaalt de kwaliteit van een rooster?
- Wat zijn de knelpunten bij het roosteren waar je nu als manager tegenaan loopt? (tijdsinvestering, fouten, samenwerking andere disciplines)
- In periodes waarin minder vakanties zijn en de verpleegkundigen worden ingepland volgens hun contract. Hoe wordt er dan omgaan met de overbezetting?
- Hoe wordt onderbezetting op dit moment opgelost?
- Hoe is de bezettingseis vastgesteld?
- Tot hoever worden er op dit moment wensen van verpleegkundigen geaccepteerd?
- Hoe tevreden zijn de verpleegkundigen met het roostersysteem op dit moment?

Stelling:

Een andere manier van roosteren levert mij als manager veel op

Centraal roosteren:

- Hoe zien jullie centraal roosteren als manager? (wat kan het opleveren en nadelen/op welk niveau)
- Wat zou een rooster bureau je uit handen kunnen nemen?
- Is er nog specifieke kennis van de afdeling nodig voor de planner, naast de bezettingseisen en de gegevens en wensen van de medewerker?
- Hoe streng mag een centraal roosterbureau zijn wat betreft de wensen voor de werknemers ?

Stelling:

Roosteren moet zo dicht mogelijk bij de werkvloer gebeuren

Flexibiliteit:

- Hoe kan je personeel flexibel in kunnen zetten?
- Kan een basis-verpleegkundige van een andere afdeling je hulp geven bij onderbezetting? (kennis, welk tijdstip)

Stelling:

De verpleegkundigen van mijn afdeling zijn overal inzetbaar

Werkaanbod:

- Hoe wordt het werkaanbod inzichtelijk gemaakt?
- Hoe wisselend is het werkaanbod?
- Hoe zouden jullie een goede match willen maken tussen werkaanbod en het verpleegkundig personeel? Wat beïnvloedt de match personeel en werkaanbod?

Stelling:

Efficiënt inzetten van personeel is alleen mogelijk indien het werkaanbod inzichtelijk en stabiel is

Beste collega teamleider,

Ik ben Rianne de Jong, teamleider van de afdeling neonatologie. Ik zit in het laatste jaar van mijn Bachelor Management in zorg opleiding van de Hogeschool Leiden. Als afstudeeropdracht doe ik onderzoek naar de mogelijkheid van centraal roosteren in het LUMC. Doel is om te onderzoeken welke voordelen centraal roosteren heeft en of dit opweegt tegen de nadelen.

Als eerste doe ik een benchmark onderzoek in ziekenhuizen (en een andere organisatie) waar centraal geroosterd wordt. Het tweede gedeelte van het onderzoek bestaat uit focusgroep bijeenkomsten. Hiervoor wil ik graag teamleiders van het LUMC betrekken. De vraag die ik centraal wil stellen is: Waar lopen jullie teamleiders nu tegenaan met de huidige manier van roosteren en hoe denken jullie over centraal roosteren. Om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden voor centraal roosteren in het LUMC is jullie mening belangrijk.

De 3 focusgroep discussies zullen in **maart** gaan plaatsvinden en duren 1 1/2 uur. Ik hoop dat alle verpleegafdelingen en/of intensive cares worden vertegenwoordigd door één van de teamleiders. De discussieleider is Sander Muntz.

Hierbij wil ik jullie uitnodigen om deel te nemen aan één van de focusgroep discussies. Definitief tijdstip en locatie horen jullie later. Wil je deelnemen aan de focusgroepdiscussies mail mij dan voor 12 februari 2013, p.m.de_jong@lumc.nl.

Alvast bedankt,

Rianne de Jong, student Manager Zorg / teamleider neonatologie LUMC

Bijlage: Waarom een onderzoek naar centraal roosteren?

Bijlage: **Waarom een onderzoek naar centraal roosteren?**

De arbeidsrelaties veranderen, de vergrijzing in de beroeps populatie neemt toe. Om de economie draaiende te houden wordt er meer productiviteit gevraagd waarvoor flexibiliteit van werknemers, maar ook van werkgevers nodig is. De UMC's hebben op deze ontwikkelingen gereageerd door in de CAO 2011-2013 overeen te komen samen met hun werknemers toe te werken naar een volwaardige arbeidsrelatie en een duurzame inzetbaarheid. Iedere UMC doet dit op zijn eigen wijze. In het LUMC is het onderzoek naar centraal roosteren een onderdeel van het programma Vernieuwing Zorg.

Roosterprogramma

Tevens is het huidige roosterprogramma Rostarflex niet meer bedrijfszeker. De leverancier heeft ten kennen gegeven te stoppen met verdere ontwikkeling waardoor de ondersteuning op termijn niet meer gegarandeerd is. Daarbij is uit de laatste toets van de arbeidsinspectie gebleken dat Rostarflex niet geheel aansluit bij de wet- en regelgeving, de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit.

In het LUMC lopen er twee deelprojecten. Het deelproject "Vervanging Rostarflex" met als doel een nieuw planningsprogramma te adviseren aan de Raad van Bestuur, dat voldoet aan de eisen van de wet- en regelgeving en past bij de bedrijfsvoering van het LUMC. En het andere project is "Roosters in balans" met als doel haalbare roosters ontwerpen die voldoen aan de criteria CAO, Arbeidstijdenwet en gezond roosteren. Dit kan op verschillende wijze, van repeterende roosters, intekenroosters tot zelfroosteren. Diverse pilots lopen in het LUMC.

Matchen

Roosteren is het matchen van personeelsaanbod en werkaanbod. Een inzichtelijk werkaanbod maakt het mogelijk om personeel efficiënt in te zetten. Voor de werkgever heeft dit het voordeel dat de zorg zo goedkoop mogelijk kan worden aangeboden met behoud van kwaliteit van zorg. Voor de werknemer is het een belangrijk aspect voor de werkbeleving. Bij onderbezetting ontstaat er een (te) grote werkdruk en bij overbezetting heeft de werknemer het gevoel dat de dag eindeloos duurt.

Decentraal en centraal

De plaats binnen een organisatie waar een rooster gemaakt wordt kan variëren van een leidinggevende die zelf een rooster maakt tot een professioneel roosterbureau. Iedere variant heeft zo zijn voor- en nadelen. Enkele voordelen van centraal roosteren zijn bijvoorbeeld : de planners zijn specialisten in het maken van hoge kwaliteit roosters, er is meer uniformiteit tav regelgeving, kaders en uitvoering, meer overzicht over de gehele organisatie. Nadelen van centraal roosteren is bijvoorbeeld de grotere afstand tussen de planner en het team, er meerdere aanspreekpunten zijn bij een planbureau en er kan weinig gebruikt gemaakt worden van de kracht van het team.

Focusgroepdiscussie

In de focusgroepdiscussies komen onderwerpen aanbod zoals:

- Wat is nu een kwalitatief goed rooster?
- Wat zijn de problemen waar je als teamleider nu tegen aanloopt?
- Wat beïnvloedt de match personeel en werkaanbod?

