

Het Nieuwe Werken in de zorg

Goed voor People, Planet en Profit?

Onderzoek t.b.v. de Week van het Nieuwe Werken

November 2012

Het Nieuwe Werken in de zorg

Inhoud

Samenvatting en conclusies	5
1 Inleiding	13
2 De zorg en het Nieuwe Werken	17
2.1 Wat is het Nieuwe Werken?	17
2.1.1 Drie hoofdvormen	17
2.1.2 Waarom willen mensen op een andere manier werken?	18
2.1.3 Is HNW ook aantrekkelijk voor werkgevers?	20
2.1.4 Randvoorwaarden aan HNW	24
2.1.5 Risico's van HNW	26
2.2 Werknemers in de gezondheidszorg	27
2.2.1 Verschillende sectoren	27
2.2.2 Verschillende beroepen	29
2.3 Toepassingsmogelijkheden voor HNW in de zorg	31
2.3.1 Flexwerken	31
2.3.2 Zelfroosteren	35
2.3.3 Zelfsturen	36
2.3.4 Verschillen tussen deelsectoren	38
2.4 Ontwikkelingen in de zorg	39
2.5 Kosten van de zorg	41
2.6 Knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg	41
2.7 Conclusie	44
3 Gevolgen voor werknemers in de zorg	47
3.1 Betere balans tussen werk en privé	47
3.2 Hogere arbeidsdeelname en/of meer uren werken?	48
3.3 Tijdwinst door minder reizen	49
3.4 Arbeidssatisfactie	50
3.5 Hogere productiviteit?	50
3.6 Carrière mogelijkheden?	51
3.7 Betere dienstverlening aan cliënten	51
3.8 Conclusie	52
4 Gevolgen voor de leefomgeving	53
4.1 Minder woon-werkverkeer	53
4.2 Minder uitstoot van CO ₂ en fijnstof	54

4.3	Andere positieve externe effecten	54
4.4	Conclusie	55
5	Gevolgen voor zorginstellingen	57
5.1	Kwaliteit en productiviteit	57
5.2	Huisvesting en aanverwante kosten	57
5.3	Minder ziekteverzuim en verloop	59
5.4	Minder bureaucratie en overhead	61
5.5	Duurzaamheid	62
5.6	Imago als aantrekkelijke werkgever	63
5.7	Extra investeringen	64
5.8	Conclusie	64
6	Gevolgen voor cliënten / patiënten	67
6.1	Kwaliteit	67
6.2	Cliënttevredenheid	69
6.3	Conclusie	69
	Literatuur	71

Samenvatting en conclusies

Het Nieuwe Werken mag zich in een toenemende belangstelling verheugen. Ook in de gezondheids- en welzijnszorg – met 1,3 miljoen werknemers één van de grootste sectoren van de economie – staat het sectorbreed op de agenda. Dit onderzoek maakt duidelijk dat het Nieuwe Werken belangrijke voordelen kan bieden, zowel voor werknemers, werkgevers (zorginstellingen) als de leefomgeving (*people, planet* en *profit*) en positief kan bijdragen aan kwaliteit, doelmatigheid en cliënttevredenheid in de zorg. Tegelijkertijd bevat het rapport een waarschuwing: het Nieuwe Werken is geen *quick fix* om snel de inzetbaarheid van werknemers te vergroten of besparingen te realiseren. Het vereist visie, toewijding, investeringen en langdurige inspanningen om het Nieuwe Werken te implementeren. Instellingen die bereid zijn zich die inspanningen te getroosten, wacht een mooie beloning. Voorlopers in de zorg die met het Nieuwe Werken aan de slag zijn gegaan, zien de flexibiliteit, inzetbaarheid en arbeidsvreugde van hun medewerkers toenemen, met positieve effecten op de kwaliteit van de zorg.

Wat is het Nieuwe Werken?

In de zorg zijn drie hoofdvormen van het Nieuwe Werken te onderscheiden: (i) flexwerken (tijd- en plaatsafhankelijk werken), (ii) zelfroosteren en (iii) zelfsturen. Flexwerken komt het meest voor: 27% van de medewerkers in de zorg werkt wel eens thuis, gemiddeld 4 à 5 uur per week. Dit is minder dan gemiddeld in andere sectoren, maar dat is niet verwonderlijk omdat veel functies in de zorg direct contact met de cliënt/patiënt vereisen. Waar flexwerken minder voor de hand ligt, kan zelfroosteren (samen met directe collega's de werkroosters samenstellen) een interessant alternatief zijn. Zelfroosteren is in de verplegende, opvoedkundige en verzorgende beroepen (samen circa 60% van de werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg) goed toepasbaar, maar wordt nog in weinig instellingen in praktijk gebracht. Zelfsturing (binnen het team in overleg met cliënten zelf bepalen hoe het werk wordt georganiseerd en uitgevoerd) is de meest vergaande en veelbelovende vorm van het Nieuwe Werken. Zelfsturing mag zich in een grote belangstelling verheugen en in veel instellingen zijn experimenten gestart, maar nog maar weinig organisaties hebben het consequent doorgevoerd.

Voordelen van het Nieuwe Werken in de zorg

Voordelen voor werknemers

Iets meer dan de helft van de werknemers in de zorg heeft thuiswonende kinderen en is daarmee *taakcombineerder*. 26% van de werknemers met kinderen thuis geven aan dat zij af en toe problemen ervaren met de combinatie van werk en zorg. Het vinden van een goede balans tussen werk en privé is dan ook de belangrijkste reden waarom zorgmedewerkers meer flexibiliteit in hun arbeidstijden willen: 60% noemt dit als belangrijkste motief. In hoeverre meer flexibiliteit in de arbeidstijden daadwerkelijk tot een betere balans tussen werk en privé, minder stress en minder ziekteverzuim leidt, is niet bekend. Zorginstellingen die met flexibele arbeidstijden en zelfsturing werken, rapporteren wel dat het ziekteverzuim afneemt.

Besparing van reistijd is een andere belangrijke reden waarom werknemers flexibel willen werken: 28% noemt dit als belangrijk motief. Als een kwart van de werknemers, voor wie thuiswerken een reële optie is, één dag in de week thuis werkt, bespaart dat twaalf miljoen uren reistijd op jaarbasis. De maatschappelijke welvaartswinst daarvan kan op € 100 miljoen worden becijferd.

HNW kan bijdragen aan hogere arbeidssatisfactie. Dit geldt met name wanneer medewerkers meer autonomie in hun werk hebben (zelfsturing). Uit tal van wetenschappelijke studies blijkt dat gebrek aan vrijheid om het werk naar eigen inzicht in te richten en het moeten voldoen aan van bovenaf opgelegde instructies en ‘targets’, een belangrijke oorzaak is van werkdruk en stress. In 2010 kampte één op de acht werknemers in de zorg met *burnout* klachten.

Niet alle werknemers omarmen het Nieuwe Werken. Uit enquêtes blijkt dat 18% verwacht géén gebruik van flexibele werktijden te maken, omdat zij een duidelijke scheiding tussen werk en privé willen houden.

Voordelen voor werkgevers

Wanneer werknemers ervaren dat hun werkgever rekening houdt met hun wensen op het gebied van werktijden, werkomstandigheden, werkinhoud e.d., zal dat bijdragen tot hogere tevredenheid en betrokkenheid. Daarvan

mag een gunstig effect op de bedrijfsprestaties worden verwacht. Systematisch onderzoek naar de relatie tussen HNW en productiviteit van medewerkers is niet voorhanden, maar zorginstellingen die met vormen van HNW experimenteren, rapporteren dat de inzetbaarheid van medewerkers en de kwaliteit van het werk (cliënttevredenheid) omhooggaan.

Succesvolle invoering van HNW draagt bij tot minder ziekteverzuim en verloop. Het ziekteverzuim ligt in de gezondheids- en welzijnzorg met 5,0% hoger dan het landelijke gemiddelde (4,1%). Ruim een derde van de werknemers geeft aan dat de oorzaak van het ziekteverzuim geheel of gedeeltelijk in het werk ligt. Een te hoge werkdruk wordt in die gevallen vaak als oorzaak genoemd (37%). Wanneer het lukt om door meer flexibiliteit in werktijden, werkroosters en andere vormen van HNW het ziekteverzuim met een half procentpunt terug te dringen, levert dat al een besparing van € 125 miljoen per jaar op.

Bedrijven en instellingen binnen en buiten de zorg die met HNW zijn begonnen, rapporteren besparingen op huisvestings- en bijkomende kosten van tussen de 20 en 40%. Huisvestings- en bijkomende kosten maken gemiddeld 5% van de exploitatielasten uit. Bij de uit de Zvw en AWBZ gefinancierde instellingen (exclusief universitaire medische centra) gaat het om zo'n € 200 miljoen per jaar. Een besparing hierop van 20% leidt tot een jaarlijks kostenvoordeel van € 40 miljoen. Uiteraard valt zo'n besparing niet van de ene dag op de andere te realiseren. Zorginstellingen kunnen niet simpel hun bestaande gebouwen met 20% inkrimpen. Bovendien moeten er kosten worden gemaakt als gebouwen met bijvoorbeeld flexplekken worden ingericht. Maar vooral bij nieuwbouw en herinrichting zijn aanzienlijke besparingen mogelijk, wanneer instellingen er rekening mee houden dat steeds minder mensen dagelijks voltijds in het bedrijfsgebouw aanwezig zullen zijn.

Overhead is een belangrijke kostenpost in de zorg. Door zelfsturing en vermindering van bureaucratie kan het aantal management-, staf- en ondersteuningsfuncties aanzienlijk worden beperkt. Zelfs als het aantal indirecte functies maar met 5% afneemt, scheelt dat (op termijn) op landelijk niveau al meer dan € 300 miljoen. Zorginstellingen die zelfsturing succesvol hebben ingevoerd, melden veel grotere besparingen op overheadkosten.

Tegenover de voordelen aan zowel de kosten- als de opbrengstenkant staan extra uitgaven om het Nieuwe Werken mogelijk te maken. Het gaat daarbij zowel om investeringen in infrastructuur als om investeringen in kennis en vaardigheden om HNW op een juiste manier te implementeren. Aan de fysieke kant zijn dikwijls aanpassingen in gebouwen en werkplekken nodig. De ‘open’ relatie met collega’s en de buitenwereld die kenmerkend is voor het Nieuwe Werken, stelt andere eisen aan de inrichting van gebouwen. Ook zal vaak extra moeten worden geïnvesteerd in ICT-infrastructuur om permanente kennis- en informatie-uitwisseling mogelijk te maken.

Misschien nog belangrijker zijn de investeringen in vaardigheden om HNW op de juiste manier toe te passen. HNW houdt in dat nieuwe werkmethoden in de organisatie worden geïntroduceerd en traditionele gezagsverhoudingen veranderen. Dit vereist ‘cultuurveranderingen’ in de organisatie. Leidinggevenden en medewerkers moeten met de nieuwe methoden vertrouwd raken en leren welk gedrag en verantwoordelijkheden daarbij passen. Alle instellingen die met HNW zijn begonnen, bevestigen dat het een grote en vaak langdurige inzet van leidinggevenden en medewerkers vraagt om HNW op een goede manier te implementeren.

Voordelen voor de leefomgeving

Wanneer er dankzij flexwerken minder vaak naar het werk hoeft te worden gereisd, bespaart dat niet alleen kosten, maar is het ook goed voor de leefomgeving. Als zorgmedewerkers gemiddeld één dag per week thuiswerken, neemt de CO₂-uitstoot door woon-werkverkeer met 90.000 ton af. Ook de uitstoot van andere broeikasgassen en fijnstof vermindert. Fijnstof leidt tot een verslechtering van de luchtkwaliteit en veroorzaakt negatieve gezondheidseffecten zoals aantasting van hart- en longfuncties en vaataandoeningen. Minder woon-werkverkeer leidt voorts tot minder verkeerslawaai en files. De waarde daarvan kan worden becijferd op € 6 tot 8 miljoen op jaarbasis.

Minder verkeer op de weg betekent minder risico’s op verkeersslachtoffers. Reductie van ernstige verkeersongevallen door toepassing van flexwerken in de zorg vertegenwoordigt een maatschappelijke bate van € 16 miljoen (nog afgezien van het persoonlijke leed dat verkeersongevallen teweegbrengen).

Risico's van het Nieuwe Werken

Aan het Nieuwe Werken zijn ook risico's verbonden. Als mensen meer thuis gaan werken, vervaagt de scheiding tussen werk en privé. Dat pakt niet voor iedereen goed uit. Er zijn mensen die niet meer kunnen stoppen met werken. Ook kunnen de arbeidsomstandigheden thuis slechter zijn dan op het werk. De zorgplicht van werkgevers om te zorgen voor goede arbeidsomstandigheden is moeilijker in te vullen als mensen op afstand werken.

Telewerken kan daarnaast tot isolatie van werknemers leiden. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de betrokkenheid bij collega's en de organisatie vermindert wanneer werknemers onvoldoende met collega's in contact staan. Rechtstreeks (*face-to-face*) contact met collega's en leidinggevend is ook belangrijk om goed op de hoogte te zijn. Lang niet alle informatie is digitaal overdraagbaar; denk aan informatie over achtergronden van personen en omstandigheden, de context van bepaalde beslissingen e.d. Wanneer medewerkers te geïsoleerd werken, gaat dat ten koste van de inspiratie, de creativiteit en productiviteit. De werkgever dient er dus voor te zorgen dat werknemers, ook wanneer zij op afstand werken, voldoende betrokken blijven bij de organisatie.

Implementatie van het Nieuwe Werken

Succesvolle introductie van HNW begint met een duidelijke visie op wat men ermee wil bereiken en vereist *commitment* in de gehele organisatie om dat doel ook te verwezenlijken. Daarnaast moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, zowel in de fysieke sfeer (gebouwen, ict) als in het gedrag en de cultuur binnen de organisatie (*bricks, bytes en behaviour*).

Het Nieuwe Werken vraagt vertrouwen. Medewerkers zijn minder in het zicht van hun superieuren en krijgen meer verantwoordelijkheid om het werk naar eigen inzicht op basis van hun professionaliteit in te richten. Dat is een belangrijke cultuurverandering, omdat organisaties traditioneel juist op controle en beheersing zijn ingericht. De neiging om elke activiteit vast te leggen en te controleren om handelingen te verantwoorden en risico's te vermijden, is juist ook in de zorg de laatste jaren alleen maar toegenomen.

De omslag naar een cultuur van vertrouwen is dan ook allerm minst een vanzelfsprekendheid.

Zorginstellingen die met het Nieuwe Werken zijn begonnen, melden dat het verscheidene jaren kan duren voordat “de puzzelstukjes in elkaar beginnen te vallen” en de veranderingen die bij het Nieuwe Werken horen, in de gehele organisatie hun beslag krijgen. Essentieel voor succes is dat HNW niet *top-down* in de organisatie wordt geparachuteerd, maar *bottom-up* door medewerkers en leidinggevenden zelf wordt ontwikkeld, in de overtuiging dat HNW hun werk aantrekkelijker, stimulerender en beter verenigbaar met privé-verplichtingen en voorkeuren maakt.

Het bredere, maatschappelijke belang

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

In de gezondheidszorg doen zich grote maatschappelijke veranderingen voor. De sterke toename van het aantal ouderen en mensen met chronische aandoeningen stelt heel andere eisen aan de zorg en ondersteuning door professionals dan de traditionele acute zorg. Mensen met een chronische aandoening moeten leren met hun ziekte om te gaan en deze een plaats in hun leven te geven, zodat zij zo goed mogelijk met hun beperkingen kunnen blijven functioneren (participatie). Omdat elke cliënt en elke situatie verschillend is, zullen zorgverleners veel meer maatwerk moeten gaan leveren en zullen zij – samen met de cliënt – moeten beoordelen wat iemands eigen mogelijkheden zijn en waar professionele ondersteuning nodig is.

Bij de zorg voor mensen met een chronische ziekte zijn doorgaans meerdere zorgverleners van uiteenlopende disciplines betrokken. Daarnaast is de omgeving (familie, mantelzorg) van belang. De samenhang tussen al die verschillende aanbieders en hulpverleners moet gewaarborgd zijn. Het gaat dus niet meer alleen om goede afstemming tussen directe collega's, maar ook om afstemming met zorgverleners van andere organisaties en zelfs uit verschillende domeinen van de zorg (cure, care en welzijn). Dit stelt veel hogere eisen aan de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners dan voorheen gebruikelijk was.

Ook de zorgvrager is veranderd. Steeds minder vaak krijgt de zorgverlener een onwetende, passieve consument van zorg tegenover zich, maar een geïnformeerde burger die zich al van de belangrijkste zaken op de hoogte heeft gesteld. Via sociale media is hij op de hoogte van ervaringen van patiënten die in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben. Samen met de zorgprofessional zoekt hij naar gezondheid, kwaliteit van leven en kansen om mee te doen in de samenleving. Dit leidt vervolgens tot een gezamenlijke beslissing over het meest geschikte behandelplan of zorgproces.

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat mensen (met name ouderen) zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Indicaties voor intramurale zorg voor mensen met een lage zorgzwaarte (ZZP 1 en 2) worden al nauwelijks meer gegeven. Het werk van zorgverleners verplaatst zich daardoor naar de omgeving van de cliënt. Omdat de zorg doorgaans geen acuut karakter heeft, kan in overleg met de cliënt en eventuele mantelzorgers worden bepaald op welk tijdstip de zorg het beste kan worden verleend. Om dit goed te plannen en coördineren moet de zorgverlener baas over haar eigen agenda zijn in plaats van op voorgeschreven tijdstippen een aantal voorgeschreven handelingen bij de cliënt te komen verrichten.

Al deze ontwikkelingen impliceren dat een steeds groter beroep wordt gedaan op de flexibiliteit, het initiatief, de klantgerichtheid en het vermogen tot samenwerken van zorgverleners. HNW is een instrument om dat te ondersteunen.

De arbeidsmarkt in de zorg

In de komende tien tot vijftien jaar worden grote tekorten aan arbeidskrachten in de zorg verwacht. Naar verwachtingen zijn er tot 2025 bijna 500.000 extra werknemers nodig. Die zijn echter niet beschikbaar, omdat de beroepsbevolking niet meer groeit. Het dreigende personeelstekort is daarmee één van de grootste uitdagingen voor de toekomst van de zorg.

Om de kloof tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te overbruggen is het essentieel om enerzijds de inzetbaarheid van werknemers die al in de zorg werken te vergroten en anderzijds voldoende nieuwe medewerkers aan te trekken.

Daarbij is het noodzakelijk om zo goed mogelijk in te spelen op de voorkeuren van werknemers die in de zorg willen werken. Door verschillen in levensfase, gezinssituatie en waardepatronen hebben werknemers uiteenlopende wensen en eisen ten aanzien van hun arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden. De werktijden, de werkplek en het takenpakket zullen flexibeler ingevuld moeten worden om aan die uiteenlopende wensen tegemoet te komen. Ook krijgen werknemers steeds meer behoefte aan ontplooiingsmogelijkheden en zelfsturing. Nieuwe werkvormen en arbeidsverhoudingen worden daarmee steeds belangrijker om personeel aan te trekken en vast te houden.

Tot slot

Flexwerken, flexibel roosteren, zelfsturing en goede arbeidsomstandigheden zijn instrumenten die kunnen bijdragen aan cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en een efficiënte inzet van zorgpersoneel. Dat is essentieel om ook op langere termijn kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te kunnen blijven bieden tegen de achtergrond van een groeiende zorgvraag en krimpende budgetten.

1 Inleiding

Steeds meer mensen verrichten een deel van hun werk niet op vaste tijden en een vaste werkplek, maar bepalen zelf waar en wanneer ze werken en hoe ze hun uren invullen. De belangrijkste reden voor de opmars van het zogeheten Nieuwe Werken is dat het aansluit bij de behoefte van werknemers om het dagelijkse leven flexibeler in te richten en meer grip op hun arbeidstijden en arbeidsomstandigheden te krijgen. Voor bedrijven is Het Nieuwe Werken aantrekkelijk, omdat het mogelijkheden biedt om mensen en middelen productiever in te zetten en kosten te besparen.

Op dit moment werkt ongeveer één op de zes werknemers – zo'n 1,2 miljoen mensen – regelmatig buiten de bedrijfsvestiging.¹ Het gaat dan niet om overwerk, maar om reguliere werkzaamheden die vanuit huis of vanaf een andere plaats worden verricht. Ongeveer 7% van de werknemers werkt structureel thuis. Meestal zijn dit mensen die op verschillende plaatsen werken, waarbij zij de eigen woning als uitvalbasis gebruiken en een deel van hun werk thuis uitvoeren. Drie op de tien werknemers werken incidenteel thuis: gemiddeld zo'n zes uur per week. Mensen die thuis werken, hechten een groot belang aan de mogelijkheid om thuis te werken en zelf hun werktijden te bepalen. Mensen die niet thuiswerken, vinden dat doorgaans ook minder belangrijk.

De mate waarin Het Nieuwe Werken ingang vindt, verschilt per sector. In de horeca en detailhandel bijvoorbeeld, staat persoonlijke dienstverlening centraal en is tele- en thuiswerken moeilijker te realiseren dan in de financiële en zakelijke dienstverlening waar veel werk digitaal kan worden gedaan. Ook zijn er verschillen naar leeftijd en geslacht.

Natuur & Milieu ziet Het Nieuwe Werken als een mogelijkheid om menselijk talent doelmatiger in te zetten en tegelijkertijd de leefomgeving te verbeteren door minder woon-werkverkeer. Het kan dus bijdragen aan een duurzame economie en samenleving. Het Kenniscentrum Werk en Vervoer van de vakbonden FNV, CNV en MHP zet zich in om slimmere keuzes te maken ten aanzien van de mobiliteit van werknemers ("slimmer werken, slimmer reizen") en daarvoor in de arbeidsvoorwaarden ruimte te creëren. In november 2012 organiseert Natuur & Milieu samen met het

¹ CBS, 2012: *Tijd- en plaatsafhankelijk werken in 2010*. Het betreft uitsluitend werknemers met een werkweek van 12 uur of meer.

Kenniscentrum en een aantal andere partners voor de derde keer de Week van het Nieuwe Werken. Dit jaar staan de toepassingsmogelijkheden in verschillende sectoren centraal, met name in de zorg.

De zorgsector is niet alleen één van de grootste werkgevers (meer dan 1,3 miljoen werkzame personen), maar groeit ook snel. In de nabije toekomst worden grote arbeidstekorten in de zorg verwacht en zullen alle mogelijkheden moeten worden benut om in de personeelsbehoefte te voorzien. HNW kan daarin een rol spelen. Daarnaast kent de zorg zeer uiteenlopende werksoorten, organisatievormen en beroepsgroepen. Het is interessant om na te gaan in hoeverre die zich lenen voor HNW. Verder voltrekken zich belangrijke veranderingen in de organisatie van de zorg die kansen voor het Nieuwe Werken bieden. Een cruciale vraag daarbij is hoe nieuwe werk- en organisatiemethoden kunnen bijdragen aan een betere dienstverlening aan cliënten. Ten slotte speelt een rol dat de werkomstandigheden in de sector zo aantrekkelijk mogelijk moeten worden gemaakt om dreigende personeelstekorten te voorkomen.

Aan NYFER is gevraagd om te onderzoeken welke (economische) voor- en nadelen het Nieuwe Werken in de zorg kan bieden. De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd in de Week van het Nieuwe Werken.

Onderzoeksvragen

Drie vragen staan in het onderzoek centraal:

- Welke toepassingsmogelijkheden biedt Het Nieuwe Werken in de zorgsector?
- Wat zijn daarvan de (economische) voordelen en risico's?
- Hoe kan de invoering van Het Nieuwe Werken in de zorgsector worden versneld?

In het onderzoek naar de economische effecten van HNW in de zorg wordt onderscheid gemaakt naar de effecten voor werknemers, werkgevers en de leefomgeving. Uiteraard wordt ook aandacht besteed aan de gevolgen voor patiënten en cliënten. Het onderzoek mondt uit in concrete aanbevelingen om HNW in de zorgsector te stimuleren.

Leeswijzer

Het rapport is als volgt ingedeeld. Hoofdstuk twee brengt in kaart wat het Nieuwe Werken is en welke voordelen en risico's er aan zijn verbonden. Daarbij onderscheiden wij drie hoofdvormen: (i) flexibel (tijd- en plaatsafhankelijk) werken, (ii) zelfroosteren en (iii) zelfsturen. Beschreven wordt welke toepassingsmogelijkheden deze vormen in de verschillende deelsectoren en beroepsgroepen in de gezondheids- en welzijnszorg bieden en in hoeverre er ook al werkelijk volgens deze principes wordt gewerkt. Ten slotte wordt belicht voor welke uitdagingen de gezondheids- en welzijnszorg staat en welke rol HNW kan spelen om die uitdagingen het hoofd te bieden.

De hoofdstukken drie, vier en vijf beschrijven vervolgens meer in detail wat de voordelen (en risico's) van HNW zijn voor resp. werknemers, de leefomgeving en werkgevers (*people, planet en profit*). Waar mogelijk worden kwantitatieve schattingen gepresenteerd. Hoofdstuk zes gaat in op de vraag wat HNW betekent voor cliënten en patiënten in de zorg. Uiteindelijk gaat het immers om de vraag hoe de zorgsector ook op langere termijn kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg voor mensen kan blijven bieden.

In dit onderzoek zijn voorbeelden verwerkt van instellingen en organisaties die vooroplopen met het Nieuwe Werken. NYFER is de medewerkers van deze organisaties zeer erkentelijk voor hun bereidheid om ons een kijkje in de keuken te gunnen en van alle gevraagde informatie te voorzien.

Het Nieuwe Werken in de zorg

2 De zorg en het Nieuwe Werken

Wat is het Nieuwe Werken, welke vormen zijn te onderscheiden, wat zijn de voordelen en risico's en in hoeverre wordt HNW al toegepast in de gezondheids- en welzijnszorg? Dit hoofdstuk werpt licht op deze vragen. Daarnaast wordt beschreven voor welke uitdagingen de zorgsector staat en hoe het Nieuwe Werken kan helpen om daar een antwoord op te vinden.

2.1 Wat is het Nieuwe Werken?

2.1.1 Drie hoofdvormen

Alvorens dieper op de toepassingsmogelijkheden van HNW in de zorg in te gaan, is het belangrijk om aan te geven wat we daaronder verstaan. Wij onderscheiden in dit onderzoek drie hoofdvormen, namelijk:

1. *flexwerken* (tijd- en plaatsonafhankelijk werken), dat wil zeggen het verrichten van werkzaamheden op tijdstippen en plaatsen die door de werknemer zelf worden bepaald. Dit in tegenstelling tot het traditionele werken, waarbij de werkzaamheden op vaste tijdstippen en op een vaste plek (doorgaans in het pand van de werkgever) plaatsvinden.
2. *Zelfroosteren*. Bij zelfroosteren bepalen werknemers in overleg met hun collega's zelf hun werktijden. Hierdoor wordt het mogelijk meer rekening met individuele voorkeuren te houden. Individueel roosteren is een minder vergaande variant: werkgevers stellen de kaders vast, die vervolgens door werknemers op basis van hun eigen voorkeuren worden ingevuld.²
3. *Zelfsturen*. Zelfsturen houdt in dat werknemers zelf bepalen hoe het werk wordt ingericht en uitgevoerd. Dit betekent niet dat zij maar hun gang kunnen gaan; zij dienen uiteraard binnen de doelstellingen van de organisatie te blijven. Daarbinnen hebben zij echter een grote vrijheid om hun taken naar eigen inzicht op basis van hun professionaliteit in te vullen.

Het nieuwe werken is mogelijk geworden door de opkomst van internet en de beschikbaarheid van computers thuis en op het werk. Het Nieuwe Werken omvat echter meer dan alleen thuis- of telewerken. Vrijwel alle

² Zie ook NCSI, 2009: *Individueel roosteren. Kansen voor werknemers en werkgevers*.

auteurs benadrukken dat de verhouding tussen leidinggevende en werknemer verandert, waarbij er meer verantwoordelijkheid bij de medewerker komt te liggen. Deze bepaalt immers zelf waar en wanneer zij werkt en hoe zij haar werkzaamheden inricht. Omdat dit voor de werkgever moeilijk valt te controleren en aan te sturen, is een logisch gevolg dat mensen meer beoordeeld gaan worden op resultaat dan op het aantal uren dat zij met hun werk bezig zijn. Daarnaast is belangrijk dat medewerkers, ook wanneer zij op afstand werken, over de juiste informatie beschikken om hun taken goed uit te kunnen voeren. Delen van informatie en digitale ondersteuning vanuit de centrale organisatie zijn dus essentieel.

In navolging van Baane, Houtkamp en Knotter onderscheiden wij vier kenmerken die het Nieuwe Werken doen verschillen van het traditionele werken:³

1. het werk is niet gebonden aan een vaste tijd en plaats;
2. medewerkers worden aangestuurd op resultaat;
3. medewerkers hebben vrije toegang tot kennis, informatie en ideeën binnen de organisatie, zodat zij optimaal gebruik kunnen maken van de aanwezige kennis en kwaliteiten;
4. arbeidsrelaties zijn flexibel, op maat gesneden.

2.1.2 Waarom willen mensen op een andere manier werken?

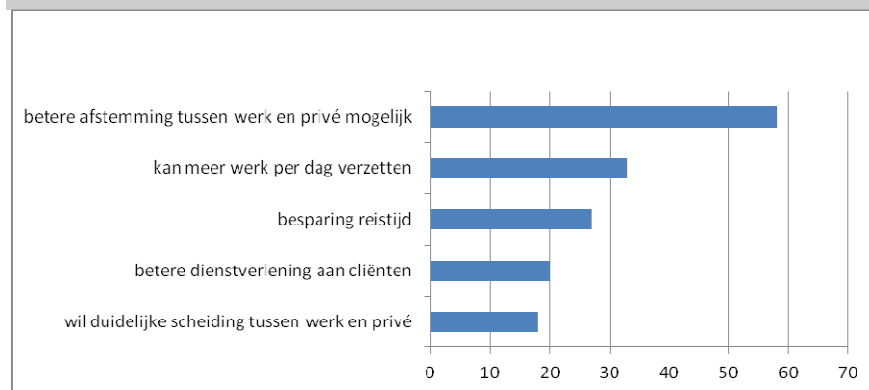
Hoewel er geleidelijk aan steeds meer aandacht voor het Nieuwe Werken ontstaat, is er in de meeste zorginstellingen (nog) geen sterke druk om werktijden flexibeler vast te stellen, werkzaamheden anders te organiseren enz. Integendeel, instellingen die met het Nieuwe Werken aan de gang gaan, ervaren dat zij de nodige moeite moeten doen om hun medewerkers van de voordelen daarvan te overtuigen. In eerste instantie zijn mensen vaak huiverig om bijvoorbeeld hun vaste werkplek kwijt te raken, hun collega's minder vaak te zien e.d. Ook zijn zij bang dat hun werk eronder lijdt als bestaande routines veranderen. Pas als het Nieuwe Werken is geïntroduceerd en goed wordt begeleid, worden mensen gaandeweg enthousiaster en gaan zij de voordelen ervan inzien.

In een enquête onder bedrijven en instellingen die met flexibele werktijden zijn begonnen, is aan medewerkers gevraagd wat zij van de veranderingen vinden. Uit die enquête komt naar voren dat mensen vooral positief zijn

³ Baane, Houtkamp en Knotter, 2011: *Het nieuwe werken ontrafeld*.

over de mogelijkheden om werk en privé beter op elkaar af te stemmen (58%). Verder verwacht 33% meer werk per dag verzetten en verwacht 27% reistijd te kunnen besparen doordat zij files kunnen vermijden. 20% is van mening dat het een betere dienstverlening aan cliënten mogelijk maakt. 18% verwacht géén gebruik van flexibele werktijden te maken, omdat zij een duidelijke scheiding tussen werk en privé willen houden.⁴

Figuur 2.1 Welke voordelen zien werknemers aan flexibele werktijden?



Bron: Kenniscentrum Werk en Vervoer

Zoals eerder opgemerkt, omvat het Nieuwe Werken echter meer dan flexibele werktijden. Door de ontwikkeling van de informatie- en communicatietechnologie staan mensen continu in verbinding met de buitenwereld. Zij maken deel uit van sociale netwerken en hebben toegang tot bijna ongelimiteerde informatie. Dit beïnvloedt ook de manier waarop organisaties functioneren. De grenzen tussen de ‘buitenwereld’ en wat zich binnen de organisatie afspeelt, vervagen en de informatievoorsprong waaraan managers traditioneel hun hiërarchische positie ontleen, verdwijnt voor een belangrijk deel. Tegelijkertijd is ook de medewerker zelf veranderd. Niet alleen is hij of zij doorgaans beter opgeleid, maar ook gewend aan een andere manier van communiceren en organiseren, die steeds minder past bij het klassieke, hiërarchische organisatiemodel waar de meeste bedrijven en instellingen ook in de zorg nog op gebaseerd zijn. De bredere verspreiding van kennis en informatie stelt medewerkers in staat om vanuit hun

⁴ Kenniscentrum Werk en Vervoer, 2011: *De nieuwe werker aan het woord*.

vakkennis en professionaliteit zelf beslissingen te nemen die het best passen bij de specifieke situatie of de specifieke wensen van de klant, uiteraard binnen de doelstellingen van de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn. Het Nieuwe Werken sluit aan bij die ontwikkeling, omdat het medewerkers meer vrijheid geeft om niet alleen hun werktijden, maar ook de inhoud van hun werk optimaal af te stemmen op wat nodig is voor een goede taakvervulling.

Voor werkgevers is het belangrijk dat zij openstaan voor deze ontwikkelingen en hun organisatie daarop aanpassen. Niet alleen om op langere termijn aantrekkelijk te blijven voor werknemers die andere eisen aan hun werk en werkomstandigheden stellen, maar ook omdat dit kansen biedt voor betere dienstverlening en benutting van het potentieel dat in de organisatie aanwezig is.

2.1.3 Is HNW ook aantrekkelijk voor werkgevers?

Wanneer HNW op een goede manier wordt geïntroduceerd en geïmplementeerd, kan het zeer aantrekkelijk zijn voor werkgevers. Het kan zowel kosten besparen als opbrengsten verhogen (zie verder hoofdstuk 5). Zeker in een tijd waarin budgetten onder druk staan, is dat belangrijk. Het is echter een valkuil om HNW vooral als bezuinigingsmaatregel te zien. Wanneer het hoofddoel is besparingen te realiseren, zal er binnen de organisatie weinig enthousiasme voor ontstaan en is het tot mislukken gedoemd.

Cruciaal voor succes is een duidelijke visie op HNW en het doel dat ermee wordt beoogd. Het doel kan bijvoorbeeld zijn om betere service aan de klanten te kunnen bieden of om de kwaliteiten van medewerkers optimaal te benutten. De top van de organisatie moet die visie omarmen en in woord en daad uitdragen dat HNW als belangrijk middel wordt gezien om de bedrijfsdoelstellingen te realiseren. Als de leiding werkelijk overtuigd is dat HNW kan bijdragen aan betere prestaties van de organisatie als geheel, zullen ook de nodige maatregelen worden genomen om HNW te implementeren. Zonder *commitment* van de leiding zullen initiatieven snel verzanden.

Een succesvolle strategie op het gebied van HNW kan de organisatie uiteenlopende voordelen opleveren.⁵

Hogere tevredenheid en betrokkenheid van werknemers

Wanneer werknemers ervaren dat hun werkgever rekening houdt met hun wensen op het gebied van werktijden, werkomstandigheden, werkinhoud e.d. zal dat bijdragen tot hogere tevredenheid en betrokkenheid. Dat heeft ook een gunstig effect op de bedrijfsprestaties.

Betere samenwerking

Een van de beloften van het Nieuwe Werken is dat het bijdraagt aan betere communicatie en samenwerking. Door – letterlijk en figuurlijk – muren binnen de organisatie te slechten, kan de samenwerking verbeteren en de kwaliteit van de werkzaamheden toenemen. De gedachte is dat er minder vanuit het eigen afdelingsbelang wordt gedacht en meer vanuit het belang van de organisatie als geheel. Dit doel wordt niet vanzelfsprekend bereikt. Wanneer medewerkers vaker thuis werken en elkaar minder vaak zien, kan dit juist ook de samenwerking en onderlinge verstandhouding bemoeilijken. Er moet dus uitdrukkelijk worden geïnvesteerd in communicatie en samenwerking tussen de Nieuwe Werkers.

Beter benutten van beschikbare kennis

Doordat kennis en informatie intensief worden uitgewisseld en gedeeld, kunnen medewerkers sneller van elkaar leren. Er ontstaan z.g. ‘lerende organisaties’.⁶ Dit leren van elkaar is een essentiële bron van productiviteitsstijging en innovatie.

Aantrekkelijk werkgeversimago

Werkgevers kunnen zich met het Nieuwe Werken profileren als organisaties die oog hebben voor de behoeften aan flexibiliteit en autonomie van hun medewerkers. Dat kan hun op de arbeidsmarkt een voordeel geven in het aantrekken van (jonge) talentvolle medewerkers die belang hechten aan eigen verantwoordelijkheid en autonomie.

Verhogen van klanttevredenheid

HNW kan bijdragen aan hogere klanttevredenheid, bijvoorbeeld omdat de dienstverlening ook plaatsvindt buiten de traditionele kantooruren of zich

⁵ Baane, Houtkamp en Knotter, 2011: *Het nieuwe werken ontrafeld*, p. 50 e.v.

⁶ Senge, 1990: *The Fifth Discipline: the art and practice of the learning organization*.

concentreert op tijdstippen die de cliënt het beste passen. Door de maatschappelijke veranderingen stellen ook cliënten hogere eisen aan de dienstverlening. HNW kan helpen om daaraan tegemoet te komen.

Duurzaam ondernemen

Steeds meer organisaties omarmen het duurzaam ondernemen. Via het werk- en reisgedrag kan HNW hieraan een bijdrage leveren.

Terwijl bovenstaande voordelen vooral in de sfeer liggen van betere kwaliteit, productiviteit en dienstverlening, zijn met HNW vaak ook kostenbesparingen te realiseren.

Besparing op huisvestingskosten

Wanneer meer medewerkers thuis- en telewerken kan het aantal werkplekken binnen het moederbedrijf worden teruggebracht. Dat vertaalt zich in lagere huisvestingskosten (huur, investeringen in gebouwen) en kosten voor parkeerplaatsen, energie, onderhoud, schoonmaak e.d. Schattingen van potentiële besparingen op huisvestingskosten variëren van 20% tot 40%. Het gaat dan al snel om grote bedragen

Besparing op reiskosten

Als mensen vaker thuiswerken, kan er worden bespaard op reiskosten. Het gaat hierbij niet alleen om directe reiskosten, maar ook om de tijdwinst die ontstaat als minder vaak naar het werk hoeft te worden gereisd.

Besparing op overhead

Betere communicatie en informatie en meer eigen verantwoordelijkheid en autonomie in het werk kunnen helpen om bureaucratie en overhead te beperken. De bedrijfsvoering wordt eenvoudiger en management- en staffuncties kunnen worden teruggebracht.

Minder ziekteverzuim en verloop

Wanneer medewerkers tevredener zijn over hun werkomstandigheden en meer vrijheid hebben om hun werk naar eigen inzicht in te richten, leidt dat tot minder stress, ziekteverzuim en verloop. Verloop is een belangrijke kostenpost, omdat opgebouwde kennis verloren gaat en er extra moet worden geïnvesteerd in wervings-, opleidings- en inwerkkosten. In

kennisintensieve organisaties duurt het vaak geruime tijd voordat medewerkers productief kunnen worden ingezet.

Ook investeringen nodig

Tegenover de voordelen aan zowel de kosten- als de opbrengstenkant staan extra uitgaven om het Nieuwe Werken mogelijk te maken. Het gaat daarbij zowel om investeringen in infrastructuur als om investeringen in kennis en vaardigheden om HNW op een juiste manier te implementeren.

Aan de fysieke kant zijn dikwijls aanpassingen in gebouwen en werkplekken nodig. De ‘open’ relatie met collega’s en de buitenwereld die kenmerkend is voor het Nieuwe Werken, stelt andere eisen aan de inrichting van gebouwen. In diverse organisaties (vooral buiten de zorg) is het betrekken van een nieuw kantoor het startsein geweest om organisatorische veranderingen zoals flexwerken in te voeren.⁷

Ook zal vaak extra moeten worden geïnvesteerd in ICT-infrastructuur om permanente kennis- en informatie-uitwisseling mogelijk te maken. In de zorg bijvoorbeeld moeten zorgverleners toegang hebben tot cliënten- en patiëntendossiers, inzicht in de activiteiten van andere zorgverleners, werkroosters van collega’s enz. Via intranetten moet continu informatie met collega’s en leidinggevenden kunnen worden uitgewisseld.

Misschien nog belangrijker zijn de investeringen in vaardigheden om HNW op de juiste manier toe te passen. HNW impliceert dat nieuwe werkmethoden in de organisatie worden geïntroduceerd en traditionele gezagsverhoudingen veranderen. Dit vereist ‘cultuurveranderingen’. Leidinggevenden en medewerkers moeten met de nieuwe methoden vertrouwd raken en leren welk gedrag en verantwoordelijkheden daarbij passen. Het delen van informatie bijvoorbeeld, is lang niet altijd een vanzelfsprekendheid, terwijl dat voor een succesvolle implementatie van HNW wel vereist is. Er zijn dus investeringen in opleiding, voorlichting, begeleiding e.d. nodig.

⁷ Bijl, 2009: *Aan de slag met het nieuwe werken*.

2.1.4 Randvoorwaarden aan HNW

Duidelijke visie en commitment

Succesvolle introductie van HNW begint met een duidelijke visie op het hoogste niveau van de organisatie (wat wil men ermee bereiken) en zichtbaar *commitment* van de leiding om dat doel ook te verwezenlijken.

Daarnaast moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. Bijl (2009) noemt vier randvoorwaarden om HNW tot een succes te maken. Twee daarvan hebben betrekking op 'harde', infrastructurele factoren (*bricks* en *bytes*) en twee op 'zachte' factoren: de wijze van leidinggeven en de cultuur en het gedrag binnen organisaties (*behaviour*).⁸ Vrijwel alle auteurs zijn het er over eens dat gedragsveranderingen moeilijker te realiseren zijn dan fysieke veranderingen. Er is dan ook een weloverwogen strategie nodig om de beoogde gedragsveranderingen in gang te zetten.

Adequate ondersteuningsinfrastructuur

Kenmerkend voor het Nieuwe Werken is dat de werkzaamheden niet aan tijd en plaats gebonden zijn. Ict moet dat ondersteunen. In veel organisaties is de ict er vooral op ingericht om bedrijfsprocessen te beheersen en bewaken en moet de medewerker zich daaraan aanpassen. In HNW is het omgekeerd: de ict moet ondersteunend en dienstverlenend zijn aan de medewerker.⁹ Dit betekent dat administratieve overlast wordt geminimaliseerd en standaardwerkzaamheden zoveel mogelijk worden geautomatiseerd. Adequate informatie en ondersteuning spaart tijd die benut kan worden voor activiteiten die direct met de kerntaken te maken hebben. Om de medewerker los te maken van haar fysieke werkplek krijgt zij de beschikking over mobiele apparaten (i-pads, smartphones) die voorzien zijn van alle functionaliteiten om optimaal te communiceren en actueel inzicht te hebben in de stand van zaken binnen de organisatie, de afdeling of het eigen takenpakket. Gebruiksvriendelijkheid is een must. Daarnaast moet er adequate ondersteuning zijn om de mogelijkheden goed te benutten, zowel via trainingen als vanuit het team of een helpdesk. Verder moet er uiteraard aandacht zijn voor de beveiliging.

⁸ Bijl, 2009: *Aan de slag met het nieuwe werken*.

⁹ Idem, p. 45.

Fysieke omgeving

Het Nieuwe Werken is tijd- en plaatsafhankelijk. Dat betekent dat het kantoor niet meer de enige en soms ook niet meer de belangrijkste werkomgeving is. Het kantoor verandert van werkplaats in ontmoetingsplaats: een plek waar je formeel en informeel met elkaar afstemt.¹⁰ De inrichting van het kantoor kan daaraan bijdragen door een ‘open sfeer’ te creëren, een plek waar het prettig is om te vertoeven en die uitnodigt tot communicatie. Tegelijkertijd moet er ook ruimte zijn voor stilte en concentratie. Het kantoor als prettige werkomgeving en ontmoetingsplaats zorgt naast de afstemming ook voor verbinding met elkaar – het wij-gevoel.

Organisatorische veranderingen

HNW impliceert belangrijke veranderingen in de wijze van leidinggeven en organiseren. Medewerkers dienen meer ruimte te krijgen om zaken zelf te regelen. Als medewerkers worden gezien als professionals met competenties, is het niet nodig dat de leidinggevenden hen continu aansturen en allerlei aanwijzingen geven. Bij Zorggroep Elde in Boxtel, één van de organisaties die vooroplopen met het Nieuwe Werken, wordt dat ‘stoppen met leidinggeven’ genoemd. Binnen vastgestelde kaders kunnen leidinggevenden heel veel zaken overlaten aan de medewerkers en hoeven ze alleen te helpen als medewerkers hulp vragen. Het initiatief komt dus meer bij de medewerker en minder bij de leidinggevende te liggen.

Cultuur van vertrouwen

Het Nieuwe Werken vraagt vertrouwen.¹¹ Medewerkers zijn minder in het zicht van hun superieuren en krijgen meer verantwoordelijkheid om het werk naar eigen inzicht, binnen de doelstellingen van de organisatie, in te richten. Dat is een belangrijke cultuurverandering, omdat organisaties traditioneel juist op controle en beheersing – dat wil zeggen wantrouwen – zijn ingericht. De neiging om elke activiteit vast te leggen en te controleren om handelingen te verantwoorden en risico's te vermijden is juist ook in de zorg de laatste jaren alleen maar toegenomen. De omslag naar een cultuur van vertrouwen is dan ook allerminst een vanzelfsprekendheid.

¹⁰ Bijl, 2009: *Aan de slag met het nieuwe werken*, p. 51.

¹¹ Platform voor het Nieuwe werken, 2012: 'Het Nieuwe Werken vraagt meer vertrouwen'.

2.1.5 Risico's van HNW

Naast voordelen zijn er ook risico's aan HNW verbonden.

Vervaging van de scheiding tussen werk en privé

Als mensen meer thuis gaan werken, vervaagt de scheiding tussen werk en privé. Dat pakt niet voor iedereen goed uit. Er zijn mensen die niet meer kunnen stoppen met werken. Uit een onderzoek van de Radboud Universiteit blijkt dat medewerkers de neiging hebben om méér uren te maken als ze tijd- en plaatsafhankelijk werken, soms zelfs tot 35% meer.¹² Aan de andere kant zullen er ook mensen zijn die moeite hebben met de discipline als het werk niet op vaste tijden en een vaste plek wordt verricht.

Arbeidsomstandigheden

Niet iedereen beschikt thuis over een werkplek die voldoet aan gangbare arbo-normen. De controle daarop is ook moeilijker. Dit kan leiden tot risico's voor de gezondheid. De zorgplicht van werkgevers om te zorgen voor goede arbeidsomstandigheden is moeilijker in te vullen als mensen op afstand werken.¹³ Hoewel de keuze en inrichting van de werkplek primair een verantwoordelijkheid van de werknemer zelf is, kan het zinvol zijn als de werkgever (mee) investeert in goede voorzieningen, bijvoorbeeld een goede bureaustoel, voldoende werkruimte, goede ventilatie e.d., wanneer medewerkers frequent thuiswerken.

Afnemende betrokkenheid bij de organisatie

Telewerken kan tot isolatie van werknemers leiden. Uit een onderzoek van Cooper en Kurland (2002) in de VS blijkt dat de betrokkenheid bij collega's en de organisatie vermindert wanneer werknemers onvoldoende met collega's in contact staan.¹⁴ Rechtstreeks (*face-to-face*) contact met collega's en leidinggevendenden is ook belangrijk omdat lang niet alle informatie digitaal overdraagbaar is; denk aan informatie over achtergronden van personen en omstandigheden, de context van bepaalde beslissingen e.d. Dit soort 'informele kennis' (*tacit knowledge*) kan heel belangrijk zijn om taken goed uit te voeren en informatie op waarde te schatten en in een juiste context te

¹² Geciteerd in Berends en Weening, 2012: 'Het Nieuwe Werken'.

¹³ Zie ook: Werkgroep Het Nieuwe Werken en Arbeidsomstandigheden, 2012: *Handreiking Het Nieuwe Werken: hoe blijf je er gezond bij?*

¹⁴ Cooper en Kurland, 2002: 'Telecommuting, professional isolation, and employee development in public and private organizations'.

plaatsen.¹⁵ In de economische literatuur is veel bewijs dat *face-to-face* contact essentieel is in kennisoverdracht en met name creatieve processen.¹⁶ Wanneer medewerkers te geïsoleerd werken, gaat dat ten koste van de inspiratie, de creativiteit en productiviteit. De werkgever dient er dus voor te zorgen dat werknemers, ook wanneer zij op afstand werken, voldoende betrokken blijven bij de organisatie.

Sturen op resultaat

Ook aan sturen op resultaat zijn risico's verbonden. Met name wanneer de financiële beloning sterk afhankelijk wordt gemaakt van specifieke 'targets', dreigt het risico dat andere aspecten die voor een goede taakuitoefening misschien net zo belangrijk zijn, maar moeilijker in meetbare getallen zijn te vatten, worden verwaarloosd. In de beoordeling van medewerkers moet er altijd aandacht zijn niet alleen voor de resultaten, maar ook voor hoe die tot stand zijn gekomen.

2.2 Werknemers in de gezondheidszorg

2.2.1 Verschillende sectoren

De gezondheids- en welzijnszorg is met 1,3 miljoen werknemers één van de grootste sectoren van de Nederlandse economie. Onder gezondheidszorg vallen ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheids- en verslavingszorg, eerstelijnszorg (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, gezondheidscentrum e.d.), verplegings- en verzorgingshuizen en ondersteunende activiteiten, zoals laboratoria en ambulancediensten. Welzijnszorg omvat thuiszorg, lokaal welzijnswerk en maatschappelijke dienstverlening. Ook de jeugdzorg en kinderopvang worden tot de sector zorg gerekend. Tabel 2.1 toont de aantallen werknemers in de verschillende onderdelen van de zorg. De cijfers zijn gebaseerd op de polisadministratie van het UWV, waardoor het totale aantal werkenden iets lager uitkomt dan de cijfers van het CBS.

¹⁵ Baumard, 1999: *Tacit knowledge in organizations*.

¹⁶ Smith, 2001: 'The role of tacit and explicit knowledge in the workplace',

Tabel 2.1 Aantal werkenden in de gezondheids- en welzijnszorg en aandeel mannen en vrouwen per sector

	Aantal werknemers	Verhouding m/v (%)	
		m	v
Ziekenhuizen ^a	282.000	20,0	80,0
Gehandicaptenzorg	178.000	11,1	88,9
Geestelijke gezondheidszorg	99.000	25,4	74,6
Verpleging en verzorging	250.000	8,7	91,3
Thuis- en kraamzorg	104.000	3,2	96,8
Welzijn/maatsch. dienstverlening	66.000	18,6	81,4
Jeugdzorg	36.000	19,9	80,1
Kinderopvang	91.000	3,4	96,6
Eerstelijnspraktijken	78.000	9,2	90,8
Totaal	1.202.000	15,1	84,9

a. Incl. ondersteunende diensten, zoals laboratoria en ambulancediensten.

Bron: Werknemersenquête Zorg en WJK 2011.

De tabel laat ook zien dat er veel meer vrouwen dan mannen in de zorg werken. In de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg is het aandeel mannen relatief het grootst (25%), in de kinderopvang het kleinst (3,4%). Vooral onder het verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (VOV) personeel zijn vrouwen sterk in de meerderheid: 91,8% van deze werknemers is vrouw. In andere functies in de zorg is 81,1% vrouw.¹⁷

Een ander kenmerk van de gezondheids- en welzijnszorg is dat er veel part-time wordt gewerkt: de gemiddelde werkweek is 26 uur. In de GGZ en Jeugdzorg is de gemiddelde werkweek het langst: bijna 30 uur, in de thuis- en kraamzorg zijn arbeidscontracten gemiddeld 20 uur per week. Bijna driekwart van de werknemers in de zorg is gehuwd of woont samen met een partner met eigen inkomsten. Iets meer dan de helft (50,7%) van de werknemers heeft thuiswonende kinderen en is daarmee *taakcombineerder*. Dit is van belang voor het Nieuwe Werken, omdat het vinden van een goede balans tussen werk en privé één van de belangrijkste redenen is waarom mensen meer flexibiliteit in hun arbeidstijden en werkplek willen hebben.¹⁸

¹⁷ Panteia, 2012: *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*, p. 15.

¹⁸ Kenniscentrum Werk en Vervoer, 2011: *De nieuwe werker aan het woord*.

40% van de werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg heeft een opleiding op hbo- of wo-niveau, ongeveer 40% heeft een mbo-opleiding en 20% een andere opleiding (vmbo, havo, vwo of vergelijkbaar niveau). Het opleidingsniveau van werknemers met een niet aan VOV gerelateerde functie is doorgaans hoger dan dat van VOV-personeel. Van de niet-VOV-ers is 52% hoger opgeleid, terwijl het aandeel hoger opgeleiden onder het VOV-personeel 31% bedraagt. Ook op dit punt zijn er aanzienlijke verschillen per subsector van de zorg. De Jeugdzorg kent met 81% het grootste aandeel hoger opgeleiden (hbo en wo), gevolgd door de GGZ (65,1%) en Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening (63,4%). In de Verpleging en verzorging is het aandeel hoger opgeleiden met 15,0% juist relatief laag.¹⁹

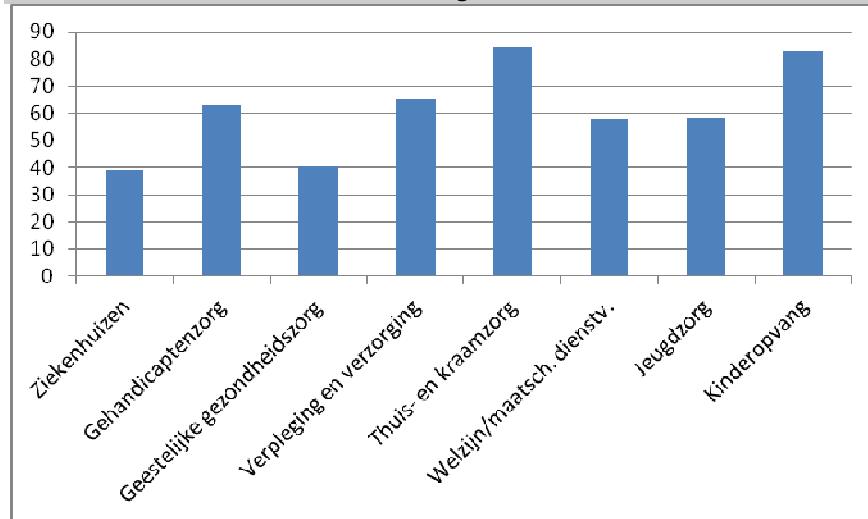
2.2.2 Verschillende beroepen

Het merendeel (81,7%) van de werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg heeft een uitvoerende functie. 14,1% heeft daarnaast ook leidinggevende taken en 4,3% heeft een functie die geheel uit leidinggeven bestaat.²⁰ Ruim de helft (54,6%) van de werknemers heeft verpleegkundige, opvoedkundige of verzorgende taken (VOV-personeel). Zij zijn dagelijks bezig met de zorg voor patiënten/cliënten. De resterende 45,4% doet ander werk, bijvoorbeeld in de sfeer van management, staf, hotelfuncties of overige patiëntgerelateerde functies. Het aandeel VOV-personeel in de ziekenhuiszorg en GGZ is aanzienlijk kleiner dan in de meeste overige sectoren van de zorg (figuur 2.2). In eerstelijnspraktijken verricht maar 20% van de werknemers verplegende en verzorgende werkzaamheden.

¹⁹ Panteia, 2012: *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*, p. 23.

²⁰ Panteia, 2012: *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*, p. 21.

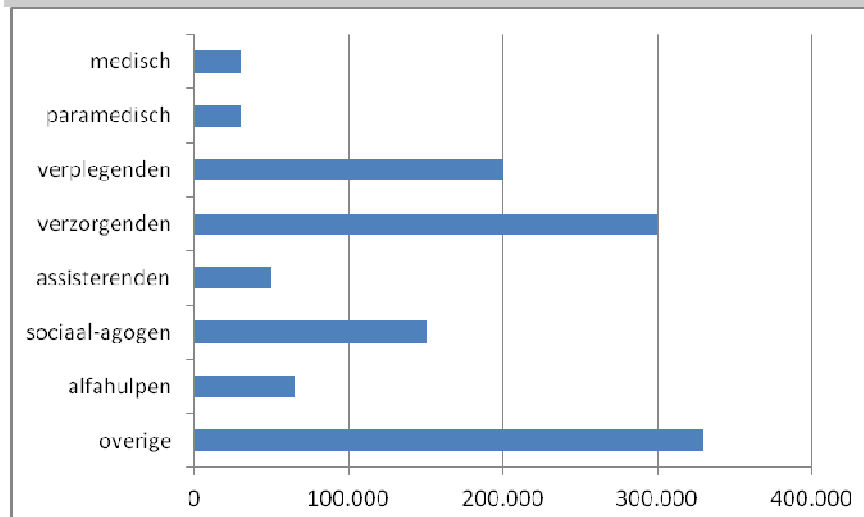
Figuur 2.2 Aandeel verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel in verschillende deelsectoren van de zorg (in %)



Bron: Werknemersenquête Zorg en WJK 2011.

Werknemers in de zorg vervullen uiteenlopende beroepen. De werkzaamheden van een huisarts bijvoorbeeld verschillen sterk van die van een wijkverpleegkundige of een verzorgende in een verzorgingshuis. Niet in alle functies is HNW even gemakkelijk toepasbaar. Wanneer het werk voor een belangrijk deel bestaat uit directe zorg voor een patiënt of cliënt, bijvoorbeeld in een ziekenhuis of verzorgingshuis, zal het werk voornamelijk dáár moeten plaatsvinden. En wanneer het gaat om spoedeisende hulp of ambulancevervoer moeten werknemers direct beschikbaar zijn wanneer hulp nodig is. Maar in andere gevallen, bijvoorbeeld wanneer mensen thuis moeten worden verzorgd zoals in de thuiszorg of wanneer de zorg op afspraak plaatsvindt zoals in (para)medische beroepen of de ggz, zijn er vaak volop mogelijkheden om de werkzaamheden in overleg met de cliënt in te plannen. Figuur 2.3 deelt het aantal werkenden in de zorg in naar beroeps categorie.

Figuur 2.3 Aantal werkenden in de zorgsector naar beroeps categorie, 2008



Bron: AZWinfo en Prismant 2009

2.3 Toepassingsmogelijkheden voor HNW in de zorg

De vraag is in hoeverre HNW in de verschillende deelsectoren en beroepsgroepen in de zorg toepasbaar is. In sommige beroepen, met name in de verplegende, opvoedkundige en verzorgende (VOV) sfeer, zijn de mogelijkheden voor thuis- en telewerken beperkt. Ruim de helft van al het personeel in de gezondheids- en welzijnszorg valt in deze categorie. Voor VOV-personeel is het echter wel mogelijk om bijvoorbeeld zelf de werkroosters vast te stellen ('zelfroosteren'), waardoor een betere afstemming tussen werk en privé mogelijk is. Het is dus belangrijk om onderscheid te maken tussen verschillende toepassingen van HNW.

2.3.1 Flexwerken

Volgens onderzoek van Blauw Research kan 37% van de werkzaamheden waar Nederlanders zich dagelijks mee bezighouden, op afstand worden verricht.²¹ In de zorg lijken de mogelijkheden beperkter, omdat relatief veel functies direct contact met de cliënt/patiënt vereisen. Voor medisch en

²¹ Blauw Research, 2009: *Het nieuwe werken heeft veel potentieel.*

paramedisch personeel bijvoorbeeld is het belangrijk om patiënten te zien. Toch zijn er ook in deze beroepen, door de toenemende mogelijkheden van e-health en zorg op afstand, steeds meer mogelijkheden om diagnoses, consulten en zelfs behandelingen op afstand te verrichten. Hetzelfde geldt voor activiteiten in de sociaal-agogische sfeer, zoals jeugdzorg en begeleiding van mensen die beschermd wonen. In staf-, management- en ondersteunende functies zijn er doorgaans meer mogelijkheden om een deel van de werkzaamheden niet op locatie te verrichten.

Box 2.1 Thuiswerkende triagisten

in opdracht van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) heeft onderzoekster Ramona Backhaus onderzocht hoe er wordt gedacht over thuiswerkende triagisten.²² Triagisten zijn de mensen die aan de lijn komen als je de huisarts belt en die bepalen of je langs mag komen. Ruim de helft van de ondervraagde respondenten in het onderzoek vindt dat triagisten hun werk goed vanaf huis kunnen doen. Bijna één op de vijf respondenten noemt thuiswerken van triagisten een slecht idee, omdat er te weinig toezicht is op het functioneren van de triagist en de privacy van patiënten onvoldoende gewaarborgd is. Anderen zien wel mogelijkheden mits het contact met de dienstdoende huisarts goed geregeld is (telefoonarts) en de triagist thuis een goede rustige werkplek heeft. Het grootste bezwaar ziet men in de onbekendheid met de persoon aan de andere kant van de lijn. Men wil niet werken met iemand thuis waarvan niemand weet wie het is of wat ze doet. Werkervaring op de post wordt belangrijk gevonden.

Incidenteel thuiswerken

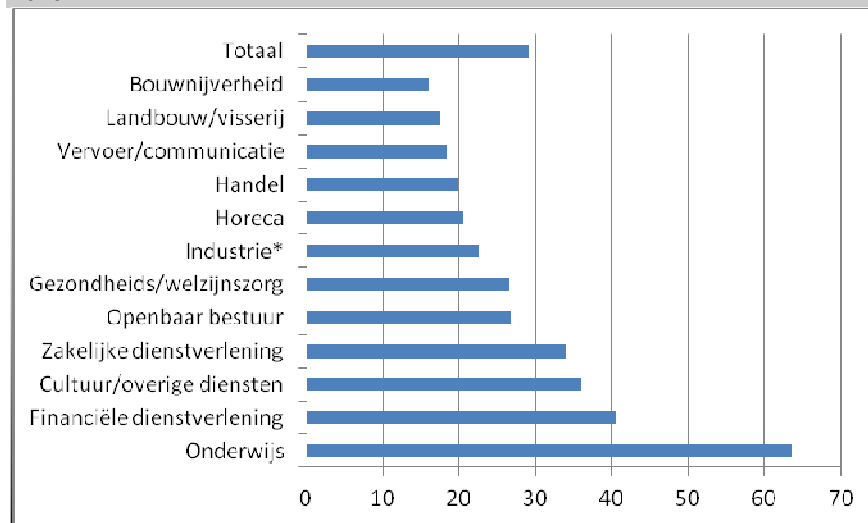
Het CBS heeft in kaart gebracht in hoeverre het Nieuwe Werken in verschillende sectoren van de economie, waaronder de gezondheids- en welzijnszorg, ingang heeft gevonden.²³ Daarbij beperkt het CBS zich tot tijden plaatsafhankelijk werken; over de andere vormen van HNW zijn geen officiële cijfers bekend. De cijfers hebben betrekking op het jaar 2010. Voor Nederland als geheel geldt dat drie van de tien werknemers wel eens (incidenteel) thuis werken. In grote bedrijven en organisaties (meer dan 1.000 werkzame personen) komt dat meer voor dan in kleine bedrijven (minder dan tien personen). Mensen die incidenteel thuiswerken, doen dat gemiddeld zes uur per week. In de gezondheids- en welzijnszorg is het aantal incidentele thuiswerkers iets minder dan gemiddeld (27%) (zie figuur 2.4). Ook het aantal uren dat men dan thuis werkt, is in de zorg iets minder

²² VHN, 2012: *Thuiswerken voor triagisten?*

²³ CBS, 2012: *Tijd- en plaatsafhankelijk werken in 2010.*

dan gemiddeld: tussen vier en vijf uur per week. Vooral in het onderwijs werken veel mensen incidenteel thuis, bij voorbeeld om lessen voor te bereiden of werk te corrigeren.

Figuur 2.4 Percentage werknemers dat incidenteel thuiswerkt, per sector, 2010



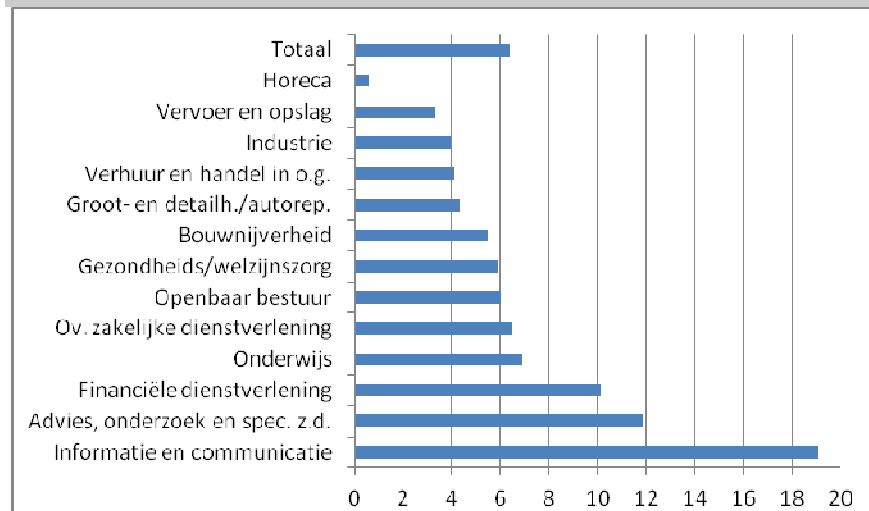
* Incl. delfstoffen en nutsbedrijven.

Bron: CBS

Structureel thuiswerken

Het CBS heeft ook onderzocht in hoeverre werknemers structureel vanuit huis of een andere werkplek werken. Het gaat daarbij niet om werknemers die bijvoorbeeld één vaste dag in de week thuiswerken, maar om mensen die op verschillende locaties werkzaam zijn en de eigen woning als uitvalsbasis gebruiken; daarnaast doen zij meestal een deel van hun werk thuis. In de gezondheids- en welzijnszorg werkt bijna 6% van de werknemers structureel thuis, voor de economie als geheel is dat bijna 7% (figuur 2.5). Hoog opgeleiden werken veel vaker thuis dan laag opgeleiden.

Figuur 2.5 Percentage werknemers dat structureel thuiswerkt, per sector, 2010

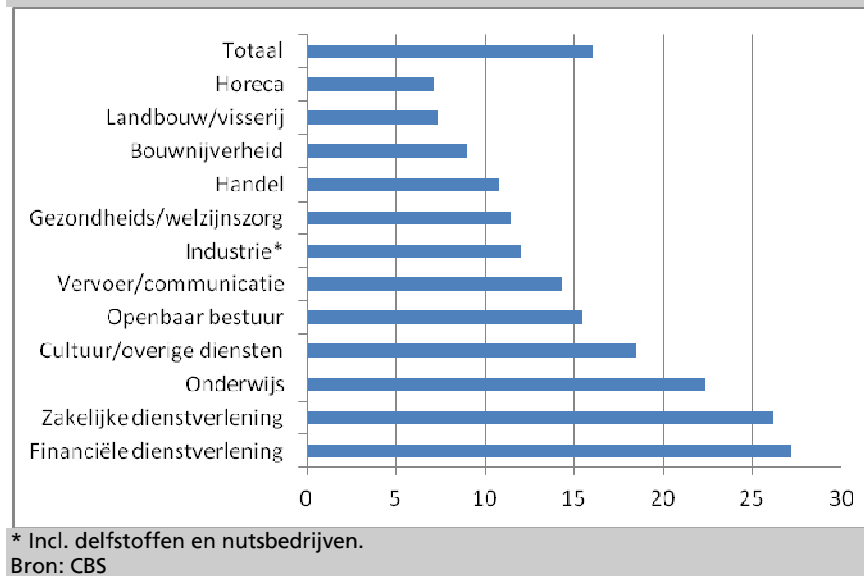


Bron: CBS

Telewerken

Van de ruim zes miljoen werknemers die in 2010 per week 12 uur of meer werken, beschouwen één miljoen zich als telewerker (16%). Dit betekent dat zij over on-line verbindingen met hun werkgever beschikken en daar regelmatig gebruik van maken. Vakspecialisten, zoals architecten, ingenieurs en systemanalysten, en mensen met een leidinggevende functie telewerken veel vaker dan gemiddeld. In de gezondheids- en welzijnszorg verricht 12% telewerk (figuur 2.6). Telewerk komt meer voor in grote bedrijven en organisaties dan in kleine bedrijven.

Figuur 2.6 Percentage telewerkers, per sector, 2010



Belang van keuzevrijheid

Tweederde van de werknemers die thuis- en/of telewerken vinden het belangrijk of heel belangrijk om thuis te kunnen werken. Mensen die niet thuiswerken, hechten daar ook niet zoveel belang aan. Ook geeft meer dan 80% van de thuiswerkers aan het (heel) belangrijk te vinden om zelf de werktijden te kunnen bepalen. Reistijden en afstand tot het werk worden zowel door thuiswerkers als niet-thuiswerkers belangrijk gevonden.

2.3.2 Zelfroosteren

In beroepen waar plaats- en tijdongebonden werken moeilijk verenigbaar is met de aard van de functie, kan 'zelfroosteren' c.q. individueel roosteren een aantrekkelijke alternatief zijn om meer flexibiliteit in het werk te brengen.²⁴ Zelfroosteren biedt werknemers mogelijkheden om zelf (meestal in overleg met naaste collega's) hun werktijden te bepalen. Hier kan zowel de werknemer als de werkgever voordeel van hebben. Zelfroosteren door werknemers biedt de werkgever de mogelijkheid vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen en de beschikbare arbeidscapaciteit optimaal te

²⁴ NCSI, 2009: *Individueel roosteren. Kansen voor werknemers en werkgevers.*

benutten. Voor de werknemer is het voordeel dat hij of zij beter in staat is werk en privé op elkaar af te stemmen. De mogelijkheid individueel te roosteren kan het voor werknemers – juist door een betere combinatie van werk en privé – aantrekkelijker maken zich op de arbeidsmarkt te begeven. Voor degenen die in deeltijd werken, kan het een stimulans zijn om hun arbeidsuren uit te breiden.²⁵

Box 2.2 Vrij roosteren bij Zorggroep Elde

Zorggroep Elde in Boxtel is in 2009 een pilot 'Vrij roosteren' gestart op verpleegafdeling De Beemden. Doel was om medewerkers optimale inspraak te geven in het samenstellen van hun eigen dienstroosters. Veel medewerkers irriteerden zich aan het feit dat zij regelmatig gevraagd werden om meer uren te werken. Het waren ook steeds dezelfde medewerkers die voor de extra diensten opdraaiden. De pilot is gestart in enkele goed functionerende teams en vervolgens verder uitgerold binnen de organisatie. Nu wordt in de hele instelling op deze manier gewerkt. De nieuwe werkwijze heeft de verhouding tussen medewerkers en leidinggevenden veranderd. Van beiden worden andere competenties gevraagd. Medewerkers worden beoordeeld op ondernemerschap, klantgerichtheid, samenwerken en assertiviteit; leidinggevenden op richting geven, ruimte geven, open staan en open zijn. Zorggroep Elde benadrukt dat de nieuwe manier van werken volledig 'bottom-up' is ontwikkeld. Mede daardoor voelen de medewerkers zich zeer betrokken. De medewerkers zijn in overgrote meerderheid positief over de nieuwe manier van werken. Zij ervaren een betere balans tussen werk en privé en de onderlinge collegialiteit is verbeterd. Voor velen is het een belangrijke arbeidsvoorwaarde die zij niet willen missen. Zorggroep Elde geeft aan dat het vrij roosteren de inzetbaarheid van medewerkers heeft vergroot en een duidelijk pré is bij het aantrekken van nieuwe medewerkers.

2.3.3 Zelfsturen

Uit onderzoek blijkt dat ruim driekwart van de beroepsbevolking het belangrijk vindt om invloed op de inhoud van het werk te hebben, zelf initiatieven te kunnen ontplooiën en zelf te kunnen bepalen hoe het werk uitgevoerd wordt.²⁶ Dit kan worden gerealiseerd door ruimte te maken voor 'zelfsturing'. De kern van zelfsturing is dat zorgverleners als team samenwerken om de met de cliënten afgesproken zorg zo goed mogelijk te kunnen leveren. Zelfsturing is vooral geschikt om in te kunnen spelen op de uiteenlopende zorgvragen van cliënten. De zorgvraag van de cliënten is dan

²⁵ SER, 2011: *Tijden van de samenleving*, p. 60.

²⁶ Zorginnovatieplatform, 2011: *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg*, p. 41.

ook het vertrekpunt van zelfsturing. Zelfsturing heeft belangrijke gevolgen voor de organisatie en het management van de zorg. Omdat de beslissingsbevoegdheid over de inrichting van het werk primair bij de zorgverlener komt te liggen, verandert de rol van de leidinggevende. Het leidinggeven wordt gebaseerd op vertrouwen in de professionaliteit van de medewerker en wordt veel meer coachend, begeleidend en inspirerend in plaats van sturend.

Medische en (para)medische beroepsbeoefenaars hebben doorgaans al een grote autonomie in hun werk, maar ook in de verpleging en verzorging zijn er goede mogelijkheden voor zelfsturing. In deze beroepen is het echter nog geen gemeengoed. Wel zijn er met name in de thuiszorg (alfahulpen) en wijkverpleging steeds meer instellingen die met vormen van zelfsturing experimenteren. Tussentijdse evaluaties laten zeer positieve resultaten zien, zowel als het gaat om de tevredenheid van cliënten als van zorgverleners.

Tabel 2.2 brengt de toepassingsmogelijkheden van HNW voor verschillende beroepsgroepen in de zorg in kaart.

Tabel 2.2 Toepassingsmogelijkheden voor HNW in verschillende beroepen in de gezondheids- en welzijnszorg

	(para)- medisch	verplegend	verzorgend	sociaal- agogisch	thuiszorg	overig
Thuis/telewerken	-/+	-	-	-/+	-	+/-
Zelfroosteren	-/+	+	+	+	+	-
Zelfsturing	+	-/+	+/-	+	+	+/-

- = niet of nauwelijks toepasbaar; +/- = beperkt toepasbaar; +/- = redelijk toepasbaar;
+ = goed toepasbaar

Uitgedrukt in percentages is thuis/telewerken in ongeveer een kwart van de functies in de zorg goed toepasbaar, in 15% beperkt toepasbaar en in 60% moeilijk toepasbaar. Verpleegkundigen en verzorgenden bijvoorbeeld moeten naar hun patiënten/cliënten. Wel kunnen zij delen van hun werk thuis doen (bijvoorbeeld 's ochtends vroeg thuis de administratie doen (verpleegplan, urenadministratie enz.) en dan na de file naar locatie. Hiervóór bleek dat ook nu al ongeveer een kwart van de medewerkers in de zorg wel eens (incidenteel) thuis werkt, gemiddeld zo'n 4 à 5 uur in de week. Deze cijfers suggereren dat de mogelijkheden om het thuiswerken in de zorg

verder te stimuleren, beperkt zijn. Kennelijk bieden veel zorgorganisaties al de mogelijkheid om (incidenteel) thuis te werken, als het werk dat toelaat.

Zelf- c.q. individueel roosteren is in de VOV- en sociaal-agogische beroepen (tezamen circa 60% van de werknemers) goed toepasbaar; in de (para-) medische beroepen is het beperkt van toepassing en in de staf-, management- en ondersteunende functies niet of nauwelijks van toepassing.

In de (para-)medische beroepen, waar het voor een belangrijk deel om zelfstandige praktijken en/of beroepsbeoefenaren met veel professionele autonomie gaat, is zelfsturing al in hoge mate praktijk. Maar zelfsturing biedt ook goede perspectieven in de verzorgende, sociaal-agogische en thuiszorgberoepen en in mindere mate in de verpleging.

In staf- en ondersteunende functies is zelfsturing niet gebruikelijk. Toch zijn er ook daar wel degelijk mogelijkheden om het werk zelfstandig te organiseren.

2.3.4 Verschillen tussen deelsectoren

Een rondgang langs A&O-fondsen en brancheorganisaties in verschillende deelsectoren van de gezondheidszorg leert dat HNW overal hoog op de agenda staat, maar dat er nog maar weinig zorginstellingen zijn die de principes van het Nieuwe Werken al volledig hebben doorgevoerd. In de GGZ experimenteren diverse instellingen met vormen van flexwerken. In de Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) werken enkele voorlopers met zelfsturing en zet brancheorganisatie ActiZ zich actief in om experimenten in deze richting te ondersteunen.²⁷ In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen wordt met individueel roosteren geëxperimenteerd. In de ziekenhuissector worden vormen van HNW nog relatief weinig toegepast. Hoewel de voordelen die diverse vormen van HNW kunnen bieden, sectorbreed worden erkend, staat implementatie nog in de kinderschoenen.

²⁷ ActiZ, 2010: *Transitie naar toekomstbestendige zorg*.

2.4 Ontwikkelingen in de zorg

Steeds meer chronisch zieken

De afgelopen decennia is de zorgvraag in Nederland drastisch van karakter veranderd. Waar een halve eeuw geleden acute gezondheidsproblemen de agenda bepaalden, zijn het nu chronische aandoeningen en gezondheidsbeperkingen die het beeld domineren. In Nederland heeft ruim een kwart van de bevolking één of meer chronische ziekten.²⁸ Dit komt neer op bijna 4,5 miljoen mensen. Bijna een derde van hen heeft meer dan één chronische ziekte (multimorbiditeit). Veel voorkomende chronische ziekten zijn diabetes, hart- en vaatziekten, artrose en ziekten van de ademhalingswegen (astma, COPD). Ook lijden veel mensen aan psychische aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen of dementie.

De sterke toename van chronische aandoeningen stelt heel andere eisen aan de zorg en ondersteuning door professionals dan de traditionele acute zorg. Mensen met een chronische aandoening moeten leren met hun ziekte om te gaan en deze een plaats in hun leven te geven, zodat zij met hun beperkingen in de samenleving kunnen blijven functioneren (participatie). Zorgverleners hebben hierin een belangrijke ondersteunende taak. Omdat elke cliënt en elke situatie verschillend is, zullen zorgverleners veel meer maatwerk moeten gaan leveren en zullen zij – samen met de cliënt – moeten beoordelen wat de eigen mogelijkheden zijn en waar professionele ondersteuning nodig is.²⁹

Meer samenwerking en teamwork nodig

Bij de zorg voor mensen met een chronische ziekte zijn doorgaans meerdere zorgverleners van uiteenlopende disciplines betrokken. Bij diabetes bijvoorbeeld zijn dat de huisarts, de apotheker, de fysiotherapeut, de diëtist, diverse specialisten en de wijkverpleegkundige, terwijl misschien ook een beroep op thuiszorg moet worden gedaan. De samenhang tussen die verschillende aanbieders moet gewaarborgd zijn. Het gaat dus niet meer alleen om goede afstemming tussen directe collega's, maar ook om afstemming met zorgverleners van andere organisaties en zelfs uit verschillende domeinen van de zorg (cure, care en welzijn). Dit stelt veel

²⁸ Hoeymans, Schellevis en Wolters, 2008: 'Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?'.
²⁹ Zie ook de brief van minister Schippers aan de Tweede Kamer. Ministerie van VWS, 2011: *Zorg en ondersteuning in de buurt*.

hogere eisen aan de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners dan in de traditionele monodisciplinaire praktijk gebruikelijk was.

Andere relatie patiënt zorgverlener

Door toenemende kennis en informatie verandert ook de opstelling van de patiënt in de relatie met zijn zorgverlener. De zorgverlener krijgt steeds minder vaak een onwetende, passieve consument van zorg tegenover zich, maar een geïnformeerde burger die zich al van de belangrijkste zaken op de hoogte heeft gesteld. In *Gezondheid 2.0* schetst de RVZ het perspectief van de geïnformeerde burger die weet welke behandelingen mogelijk zijn en wat deze inhouden.³⁰ Via sociale media is hij op de hoogte van ervaringen van patiënten die in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben. Samen met de zorgprofessional zoekt hij naar gezondheid en kansen om mee te doen in de samenleving. Dit leidt vervolgens tot een gezamenlijke beslissing over het meest geschikte behandelplan of zorgtraject. Ondersteuning bij zelfmanagement en aandacht voor preventieve maatregelen die de last voor het individu kunnen verlichten, maken daar een belangrijk onderdeel van uit. De relatie tussen patiënt en zorgverlener verandert hierdoor fundamenteel. De patiënt is niet langer consument van zorg, maar co-producent van gezondheid.³¹ Samen met de zorgverlener beslist hij wat nodig is om met beperkingen te leren omgaan, het gedrag en de leefstijl daaraan aan te passen en zo goed mogelijk in de samenleving te participeren.

Mensen blijven langer thuis

Een andere ontwikkeling is dat mensen (met name ouderen) zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Niet alleen omdat dit goedkoper is dan opname in een ziekenhuis of verzorgingshuis, maar ook omdat dit strookt met de wens van ouderen om zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving en te midden van hun naasten te blijven. Indicaties voor intramurale zorg voor mensen met een lage zorgzwaarte (ZZP 1 en 2) worden al nauwelijks meer gegeven. Het werk van zorgverleners verplaatst zich daardoor naar de omgeving van de cliënt. Omdat de zorg doorgaans geen acuut karakter heeft, kan in overleg met de cliënt en eventuele mantelzorgers worden bepaald op welk tijdstip de zorg het beste kan worden verleend. Om dit goed te plannen en coördineren moet de zorgverlener baas over haar eigen agenda zijn in plaats van op voorgeschreven tijdstippen een aantal voorgeschreven handelingen bij de cliënt te komen verrichten.

³⁰ RVZ, 2010: *Gezondheid 2.0*, p. 10.

³¹ Zie ook NYFER, 2005: *Van patiënt tot partner*.

Zorg op afstand

Door de inzet van technologie ontstaan steeds meer mogelijkheden om zorg op afstand te bieden. Zorgverleners kunnen een deel van hun werk doen zonder fysiek aanwezig te hoeven zijn. De mogelijkheden van zorg op afstand zijn veelbelovend en breed. Voorbeelden zijn: medicatiebegeleiding via beeldschermzorg, leefstijlmonitoring, zelfmanagement via internet. Ook de inzet van domotica – technische toepassingen in huis die de zelfredzaamheid van mensen vergroten – valt hieronder.

E-health, telezorg, telemonitoring e.d. staan nog in de kinderschoenen, maar de verwachtingen zijn dat dit een hoge vlucht zal nemen, omdat mensen langer thuis wonen, de zorgvraag toeneemt en er minder personeel is om aan de groeiende vraag tegemoet te komen.

2.5 Kosten van de zorg

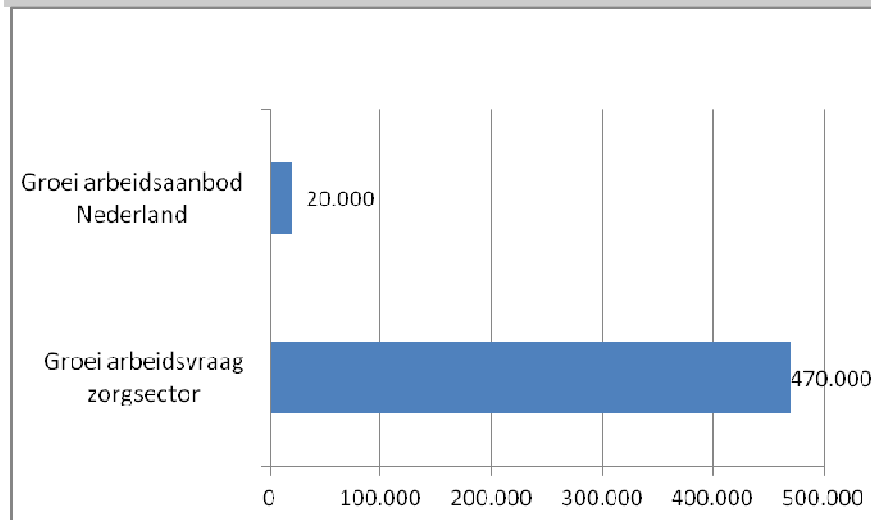
Sinds 2000 zijn de zorguitgaven bijna verdubbeld tot € 5600 per hoofd van de bevolking. Zo'n snelle stijging van de zorgkosten is niet vol te houden zonder dat de premielasten uit de hand lopen of de overheidsfinanciën ontsporen. Tegelijkertijd neemt de omvang en complexiteit van de zorgvraag toe. In de komende jaren zal doelmatigheid een grotere rol gaan spelen in de organisatie en financiering van de zorg, om ook op langere termijn de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op peil te houden. Voor zorginstellingen is de opgave om hun productiviteit te verhogen zodat zij kwalitatief hoogwaardige zorg en ondersteuning kunnen blijven bieden ook waar de middelen schaars zijn. Dat kan alleen als zij hun medewerkers optimaal weten in te zetten.

2.6 Knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg

Ook de arbeidsmarkt dwingt tot optimale benutting van het menselijk kapitaal: de inzet en creativiteit van werknemers in de zorg. In de komende tien tot vijftien jaar worden grote tekorten aan arbeidskrachten in de zorg verwacht. In de Volksgezondheid Toekomstverkenning becijfert het RIVM dat de vraag naar arbeid in de sector zorg en welzijn in de komende twintig

jaar alleen al vanwege de vergrijzing met 450.000 personen zal toenemen.³² Wanneer ook andere trends, zoals stijging van de welvaart, toenemende medische mogelijkheden en intensivering van de zorg, worden meegenomen, stijgt de vraag naar zorgpersoneel nog veel sneller. Dan zijn in 2030 bijna een miljoen extra arbeidskrachten nodig. Het RIVM gaat er in deze prognoses echter van uit dat de arbeidsproductiviteit in de zorg niet stijgt. Dat is een nogal pessimistische veronderstelling. Wanneer een arbeidsproductiviteitsstijging van 0,5% per jaar wordt verondersteld en ook de arbeidsparticipatie nog verder toeneemt (conform de ramingen van het CPB³³), zijn er tot 2025 470.000 extra werknemers nodig.³⁴ Die zijn echter niet beschikbaar omdat de beroepsbevolking niet meer groeit (figuur 2.7). Het dreigende personeelstekort is daarmee één van de grootste uitdagingen voor de toekomst van de zorg.

Figuur 2.7 Groei arbeidsaanbod en werkgelegenheid in de zorgsector* tot 2025



* excl. kinderopvang
Bron: Zorginnovatieplatform

Het Zorginnovatieplatform bespreekt in zijn advies over het arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025 een aantal

³² RIVM, 2010: *Tijd en toekomst*.

³³ CPB, 2010: *Economische Verkenning 2011-2015*.

³⁴ Zorginnovatieplatform, 2011: *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg*.

mogelijkheden om de kloof tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te overbruggen.

De eerste is om meer te investeren in opleiding en training en een leven lang leren. Dit moet de inzetbaarheid van werknemers vergroten en mensen beter toerusten om op de steeds complexere zorgvraag in te spelen. Het vergroten van de inzetbaarheid moet ertoe leiden dat meer mensen meer uren en meer jaren in de zorg willen en kunnen werken.

De tweede aanbeveling is om beter in te spelen op de voorkeuren van werknemers in de zorg. Door verschillen in levensfase, gezinssituatie en waardepatronen hebben werknemers uiteenlopende wensen en eisen ten aanzien van hun arbeidsvoorwaarden. De werktijden, de werkplek en het privé-leven zullen flexibeler ingevuld moeten worden om aan die uiteenlopende wensen tegemoet te komen. Ook krijgen werknemers steeds meer behoefte aan ontplooiingsmogelijkheden en zelfsturing. Flexibel maatwerk wordt daarmee steeds belangrijker om personeel te vinden en vast te houden.

Ook in de arbeidsorganisatie zijn aanpassingen nodig om ruimte te bieden voor individuele wensen van medewerkers. Instrumenten hierbij zijn flexibel roosteren, zelfsturing, taakherschikking, functiedifferentiatie en goede arbeidsomstandigheden. Deze kunnen bijdragen aan cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en een efficiënte inzet van zorgpersoneel.

Ten slotte zal de zorgsector moeten investeren in versterking van het imago en de reputatie als werkgever. In het wervingsbeleid kan meer werk worden gemaakt van doelgroepen die in de zorg ondervertegenwoordigd zijn, zoals mannen, ouderen en minderheidsgroepen.

Het is duidelijk dat HNW in deze strategie een sleutelrol kan vervullen, met name omdat daarmee beter tegemoet kan worden gekomen aan de uiteenlopende voorkeuren van (potentiële) werknemers (punt 2) en omdat HNW organisatieveranderingen (sociale innovatie) behelst die het werken in de zorg aantrekkelijker kunnen maken (punt 3). Dit versterkt tegelijk ook de profilering als aantrekkelijke werkgever (punt 4).

2.7 Conclusie

Het Nieuwe Werken biedt goede mogelijkheden in de gezondheids- en welzijnszorg, die echter nog maar mondjesmaat worden benut. Vormen van flexwerken worden het meest toegepast: 27% van de medewerkers in de zorg werkt wel eens thuis, gemiddeld 4 à 5 uur per week, als het werk het toelaat. Omdat relatief veel functies in de zorg (60%) direct contact met de cliënt/patiënt vereisen, zijn de mogelijkheden om op grotere schaal dan nu thuis of op afstand te werken, beperkt.

Wanneer flexwerken minder voor de hand ligt, kan zelfroosteren of individueel roosteren een interessant alternatief zijn. Zelfroosteren is in de verplegende, opvoedkundige en verzorgende beroepen (samen circa 60% van de werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg) goed toepasbaar, maar wordt nog in weinig instellingen in praktijk gebracht.

Zelfsturing (binnen het team in overleg met cliënten zelf bepalen hoe het werk wordt georganiseerd en uitgevoerd) is de meest vergaande en veelbelovende vorm van het Nieuwe Werken. Het biedt interessante perspectieven in de verzorgende, sociaal-agogische en thuiszorgberoepen en in mindere mate in de verpleging. Zelfsturing mag zich in een grote belangstelling verheugen: in veel instellingen zijn experimenten gestart, maar nog maar weinig organisaties hebben het consequent doorgevoerd.

Het Nieuwe Werken sluit aan bij inhoudelijke ontwikkelingen die zich in de zorg voltrekken: meer ouderen en chronisch zieken, meer noodzaak tot samenwerking en teamwork, een veranderende relatie tussen zorgverlener en cliënt/patiënt en het langer thuiswonen van met name ouderen (extramuralisering). Het Nieuwe Werken sluit ook aan bij voorkeuren van werknemers, met name de wens om een betere balans tussen werk en privé te vinden en de groeiende behoefte aan flexibiliteit en autonomie in het werk. Voor werkgevers is het belangrijk dat zij openstaan voor deze ontwikkelingen en hun organisatie daarop aanpassen. Niet alleen om op langere termijn aantrekkelijk te blijven voor medewerkers die andere eisen aan hun werk en werkomstandigheden stellen, maar ook omdat dit kansen biedt voor betere dienstverlening en benutting van het potentieel dat in de organisatie aanwezig is.

Introductie van het Nieuwe Werken is geen sinecure. Instellingen die experimenten zijn geen gestart, melden dat zij vaak moeizame en langdurige trajecten hebben moeten doorlopen voordat de voordelen zich begonnen af te tekenen. Dat is niet verwonderlijk, omdat succesvolle implementatie van het Nieuwe Werken belangrijke veranderingen in de cultuur en organisatie vereist en in het gedrag van medewerkers en leidinggevenden. Die veranderingen komen alleen tot stand als er een duidelijke visie is op wat men met HNW wil bereiken en *commitment* van hoog tot laag in de organisatie om dat doel ook te verwezenlijken.

Naast voordelen zijn er ook risico's aan HNW verbonden. Niet iedereen is gelukkig als de scheiding tussen werk en privé vervaagt, het waarborgen van goede arbeidsomstandigheden is moeilijker te realiseren als mensen op afstand werken en telewerken kan tot isolatie van werknemers leiden. Wanneer medewerkers te geïsoleerd werken, gaat dat ten koste van de inspiratie, de creativiteit en productiviteit. De werkgever dient er dus voor te zorgen dat werknemers, ook wanneer zij op afstand werken, voldoende betrokken blijven bij de organisatie.

Het Nieuwe Werken in de zorg

3 Gevolgen voor werknemers in de zorg

Het Nieuwe Werken mag zich in een grote belangstelling verheugen. Maar wat de effecten ervan zijn op bijvoorbeeld de werkduur, de productiviteit en de arbeidssatisfactie, is nog erg onduidelijk. Dit hoofdstuk brengt de belangrijkste gevolgen voor werknemers in de zorg in kaart.

3.1 Betere balans tussen werk en privé

In de *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011* is aan werknemers met thuiswonende kinderen gevraagd in hoeverre zij problemen met de combinatie van werk en zorgtaken ervaren. Zoals tabel 3.1 laat zien, geeft 26% van de werknemers met kinderen thuis aan dat zij af en toe problemen hebben met de combinatie van werk en zorg. 1,7% heeft daar veel problemen mee. Opvallend is dat vrouwen minder problemen met de combinatie van werk en zorg lijken te hebben dan mannen. Er zijn ook verschillen naar de hoeveelheid gewerkte uren. Van de groep die minder dan 28 uur werkt geeft ongeveer driekwart aan geen problemen te hebben met het combineren van werk en zorg, bij de groep die meer dan 28 uur werkt is dat ongeveer twee derde. Langere werkweken maken het moeilijker om werk en zorgtaken te combineren.³⁵ Problemen in de combinatie van werk en privé kunnen aanleiding zijn om de contractomvang te wijzigen of op zoek te gaan naar een andere baan.

Tabel 3.1 Problemen in de combinatie van werk en zorgtaken (in %)

	Totaal	Man	vrouw
Geen problemen	72,3	64,1	73,3
Enigszins problemen	26,0	32,9	25,1
Veel problemen	1,7	3,0	1,6

Bron: Werknemersenquête Zorg en WJK 2011

³⁵ Panteia, 2012: *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*, p. 54.

Uit vrijwel alle onderzoeken komt naar voren dat thuiswerken, zelfroosteren en zelfsturen door zorgmedewerkers positief worden gewaardeerd, omdat zij een betere balans tussen werk en privé mogelijk maken. Voor 60% van de zorgmedewerkers is dit de belangrijkste reden waarom men meer flexibiliteit in de arbeidstijden wil.³⁶ In hoeverre meer flexibiliteit in de arbeidstijden tot minder stress, (kortdurend) ziekteverzuim en/of verloop (verandering van baan) leidt, is niet exact bekend. Zorginstellingen die met flexibele arbeidstijden en zelfsturing werken, rapporteren wel dat het ziekteverzuim afneemt, maar precieze cijfers zijn niet bekend.

3.2 Hogere arbeidsdeelname en/of meer uren werken?

HNW wordt soms ook gezien als middel om een hogere arbeidsparticipatie mogelijk te maken. In 2006 heeft de overheid, op advies van de SER, als doelstelling geformuleerd dat in 2015 80% van de bevolking tussen 20 en 65 jaar ten minste 12 uur per week betaald werk verricht dan wel een baan van die omvang zoekt. In de afgelopen jaren is de participatiegraad flink toegenomen, vooral omdat steeds meer ouderen langer doorwerken en oudere generaties vrouwen met een lage participatiegraad plaatsmaken voor jongere generaties voor wie betaald werk normaal is. Volgens het CPB zullen deze effecten omstreeks 2015-2020 uitgewerkt zijn, waarna de bruto arbeidsparticipatie zich zal stabiliseren op ongeveer 77-78%. Daarmee is Nederland overigens één van de koplopers in de wereld. Ook los van HNW is er dus al een sterke trend dat steeds meer mensen in de leeftijdscategorie 20-65 jaar (en in de nabije toekomst tot 67 jaar) betaald werk verrichten; de extra impuls die HNW hieraan nog kan leveren, is beperkt.

Een andere manier om de arbeidsinzet te verhogen is uitbreiding van het aantal gewerkte uren. Zoals bekend, is Nederland Europees kampioen deeltijdwerken: bijna de helft van de werkende bevolking – en zelfs drie kwart van de werkende vrouwen – werkt in deeltijd.³⁷ Ook in de gezondheids- en welzijnszorg is deeltijdwerken zeer populair (de gemiddelde werkweek bedraagt 26 uur), ook al omdat er veel vrouwen werken. Wanneer er dankzij HNW meer flexibiliteit in arbeidstijden ontstaat, is het denkbaar dat zorgverleners die ruimte benutten om meer uren te gaan werken.

³⁶ Kenniscentrum Werk en Vervoer, 2011: *De nieuwe werker aan het woord*.

³⁷ CBS, 2009: 'Nederland is Europees kampioen deeltijd werken'.

Toch moet hiervan niet te veel worden verwacht. Onderzoek van het SCP in 2010 wijst uit dat veel Nederlanders wel meer zeggenschap over en flexibiliteit in hun werktijden willen, met name om een betere afstemming tussen werk en privé mogelijk te maken, maar niet om meer uren te kunnen werken.³⁸ Uitzondering vormen vrouwen met kleine deeltijdbanen (1-11 uur per week), die wel meer uren willen werken. In de sector gezondheids- en welzijnszorg heeft 9% van de vrouwelijke werknemers een baan van minder dan 11 uur per week, dit zijn ongeveer 100.000 vrouwen.³⁹ Hier ligt nog een belangrijk potentieel en flexibele werkvormen kunnen helpen om dat potentieel aan te boren. Voor andere groepen op de arbeidsmarkt lijken de mogelijkheden om door HNW de arbeidsparticipatie in Nederland (verder) te verhogen, beperkt.

3.3 Tijdwinst door minder reizen

De gemiddelde Nederlander is in 30 minuten op zijn werk.⁴⁰ Daarmee is hij per dag een uur kwijt aan woon-werkverkeer. Werknemers in de zorg zijn in overgrote meerderheid vrouwen met part-time banen, die doorgaans dichterbij hun werk wonen. Het CBS vermeldt een gemiddelde reistijd van 27 minuten. Wanneer een medewerker in de zorg dankzij HNW één dag minder in de week naar haar werk hoeft te reizen, levert dat 54 minuten tijdwinst op ofwel ongeveer 40 uur op jaarbasis.

Eerder gaven wij al aan dat voor ongeveer een kwart van de werknemers in de zorg – pakweg 0,3 miljoen mensen – thuiswerken een reële optie is. Wanneer al die medewerkers wekelijks een dag thuiswerken, bespaart dat $0,3 \cdot 40 = 12$ miljoen uren reistijd op jaarbasis. In tijdwaarderingsstudies wordt voor de waarde van één uur reistijd voor woon-werkverkeer gewoonlijk een bedrag van circa € 9 gehanteerd.⁴¹ De maatschappelijke welvaartswinst van uitgespaarde reistijd door thuiswerken in de zorg kan daarmee op ruim € 100 miljoen worden becijferd.

³⁸ SCP, 2010: *Tijd op orde?*

³⁹ SCP, 2011: Deeltijd (g)een probleem, p. 64.

⁴⁰ CBS, 2012: *Tijd- en plaatsonafhankelijk werken in 2010*, p. 9..

⁴¹ Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2011: *Mobiliteitsbalans 2011*, p. 99.

3.4 Arbeidssatisfactie

HNW draagt bij aan hogere arbeidssatisfactie. Dit geldt met name wanneer medewerkers ervaren dat zij meer autonomie in hun werk hebben. Uit tal van wetenschappelijke studies blijkt dat gebrek aan vrijheid om het werk naar eigen inzicht in te richten en het moeten voldoen aan van bovenaf opgelegde instructies en ‘targets’ waarop men zelf geen invloed heeft, een belangrijke oorzaak van stress en *burn-out* is. In 2010 had één op acht werknemers in de zorg *burn-out* klachten.⁴²

De Nieuwe Werken Barometer van de Rotterdam School of Management signaleert op basis van onderzoek onder 100 organisaties die met HNW aan de slag zijn gegaan, dat 40% een verhoging van de werknemerstevredenheid realiseert.⁴³ Hoewel dit onderzoek zich niet toespitst op de zorgsector, mogen we ervan uitgaan dat dit beeld ook voor de zorgsector geldt.

3.5 Hogere productiviteit?

In verschillende publicaties wordt geclaimd dat HNW bijdraagt aan een hogere productiviteit. Als mensen zelf hun werktijden bepalen en meer invloed hebben op de inrichting van hun werk, zou dat de productiviteit verbeteren.

Globaal worden er vijf redenen genoemd waarom HNW de productiviteit zou verhogen.⁴⁴ In de eerste plaats zijn er minder werkonderbrekingen. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat mensen tot wel een kwart van hun werktijd (twee uur per dag) kwijt zijn aan werkonderbrekingen, zoals praatjes bij het koffieapparaat, lange lunches, verjaardagtractaties e.d. Bij thuiswerken is dat veel minder.⁴⁵ In de tweede plaats gaan mensen hun tijd efficiënter indelen als zij meer regie over hun eigen agenda hebben; zij werken op de uren dat zij het meest productief zijn. In de derde plaats verhoogt HNW de motivatie van werknemers. Het gevoel van vrijheid en autonomie vertaalt zich in een hogere betrokkenheid, waardoor ook de kwaliteit en productiviteit toenemen. In de vierde plaats neemt het verzuim af onder werknemers die

⁴² CBS, 2011: ‘Meer werknemers met burn-outklachten’.

⁴³ Rotterdam School of Management, 2011: *Het Nieuwe Werken Barometer*.

⁴⁴ Vijf redenen die het Nieuwe Werken productiever maken, www.personeelslog.nl

⁴⁵ Lister, 2010: Workshifting benefits: the bottom line. TeleworkResearchNetwork.com

thuiswerken. En ten slotte blijken mensen die flexibel werken, meer uren te maken dan wanneer zij aan vaste werktijden gebonden zijn.

Hoewel sommige van deze voordelen aannemelijk klinken, is er nauwelijks of geen empirisch onderzoek waarin de genoemde productiviteitswinsten worden onderbouwd. Bovendien kunnen er ook negatieve effecten zijn. Wanneer thuiswerken resulteert in onvoldoende *face-to-face* contacten met collega's kan het ook de productiviteit schaden, omdat de communicatie moeizamer verloopt, belangrijke (deels non-verbale) informatie niet doorkomt en de creativiteit er onder lijdt als er minder (spontane) contacten zijn.

3.6 Carrière mogelijkheden?

Een onderzoek van prof. Cable van de London Business School en prof. Elsbach van de Universiteit van Californië suggereert dat iemands promotiekansen afnemen als zij minder tijd op haar werk doorbrengt.⁴⁶ Leidinggevendenden baseren hun oordeel over de toewijding en werkeethiek van medewerkers onbewust op het aantal uren (*face-time*) dat zij op hun werk aanwezig zijn. Minder zichtbaarheid zou dan impliceren dat promotiekansen afnemen als mensen vaker thuiswerken.

3.7 Beter dienstverlening aan cliënten

Wanneer er meer flexibiliteit in arbeidstijden ontstaat, is het mogelijk cliënten te bedienen op tijden die hun het beste passen, bijvoorbeeld buiten de traditionele kantooruren. Daardoor verbetert de dienstverlening.

De dienstverlening kan nog verder verbeteren als medewerkers geen instructies uitvoeren, maar in staat gesteld worden het werk zelf te organiseren. De wensen en behoeften van cliënten worden daarbij uitgangspunt van de dienstverlening. Zelfstandig functionerende teams in bijvoorbeeld de thuiszorg en wijkverpleging bekijken wat nodig is om aan de zorgbehoeften tegemoet te komen en organiseren het werk dienovereenkomstig. De verschillende *pilots* op dit gebied rapporteren een

⁴⁶ Elsbach en Cable, 2012: 'Why Showing Your Face at Work Matters'.

zeer hoge cliënttevredenheid terwijl voor werknemers de voldoening met hun werk sterk toeneemt. Hoofdstuk 6 gaat daar dieper op in.

3.8 Conclusie

Flexwerken, zelfroosteren en zelfsturen door zorgmedewerkers maken een betere balans tussen werk en privé mogelijk. In hoeverre dit tot minder stress, (kortdurend) ziekteverzuim en/of verloop leidt, is niet bekend. Zorginstellingen die met flexibele arbeidstijden en zelfsturing werken, rapporteren wel dat het ziekteverzuim afneemt.

Het Nieuwe Werken levert geen grote bijdrage aan een hogere arbeidsparticipatie in de zin dat meer mensen kiezen voor betaald werken. HNW kan er wel toe bijdragen dat mensen méér uren willen werken. Dit geldt met name voor vrouwen met kleine deeltijdbanen (1-11 uur per week). In de gezondheids- en welzijnszorg heeft 9% van de vrouwelijke werknemers een baan van minder dan 11 uur per week, dit zijn ongeveer 100.000 vrouwen.

Wanneer werknemers in de zorg voor wie thuiswerken een reële optie is, wekelijks een dag in de week thuiswerken, bespaart dat twaalf miljoen uren reistijd op jaarbasis. De bespaarde reistijd vertegenwoordigt een welvaartswinst van € 100 miljoen per jaar.

Wanneer mensen meer autonomie in hun werk hebben, draagt dat bij aan een hogere arbeidssatisfactie en minder stress. Eén op de acht werknemers in de zorg heeft last van *burn-out* klachten.

Of HNW bijdraagt aan een hogere productiviteit is niet duidelijk.

4 Gevolgen voor de leefomgeving

Een van de doelen van het Nieuwe Werken is het bevorderen van een duurzame economische ontwikkeling. Dit hoofdstuk beschrijft wat HNW kan betekenen voor de leefomgeving.

4.1 Minder woon-werkverkeer

Wanneer meer mensen thuiswerken, neemt het woon-werkverkeer af. Van alle werknemers in Nederland reist ongeveer 50% met de auto naar het werk, waarbij een gemiddelde afstand (enkele reis) van 22 km wordt afgelegd.⁴⁷ Zorgwerkers wonen gemiddeld dicht bij hun werk en zullen minder vaak per auto reizen. Wij gaan ervan uit dat het autogebruik voor woon-werkverkeer in de zorg op de helft van het landelijke gemiddelde ligt. Als de gemiddelde werknemer in de zorg gedurende 45 weken per jaar gemiddeld vier dagen in de week naar haar werk gaat, leggen alle zorg- en welzijnswerkers tezamen jaarlijks 2,5 miljard autokilometers af in het kader van het woon-werkverkeer. Zoals hiervoor beschreven, kan ongeveer een kwart van de werknemers in de zorg zonder problemen één dag in de week thuiswerken (en een flink deel van hen doet dat ook al). Dit bespaart ruim 0,15 miljard autokilometers. Ervan uitgaande dat de integrale kosten van een autokilometer € 0,19 bedragen⁴⁸, betekent dit een maatschappelijke besparing in de orde van € 30 miljoen.

Minder woon-werkverkeer leidt ook tot minder files. Ongeveer 75% van het woon-werkverkeer per auto vindt plaats in de spitsuren.⁴⁹ Thuiswerken door zorgmedewerkers (gemiddeld één dag per week door een kwart van de medewerkers) vermindert het aanbod van auto's in de spits met 0,25%. In hoeverre dit tot vermindering van de filedruk leidt, is onzeker, omdat het verband tussen het verkeersaanbod en reistijdverlies door files de laatste jaren erg instabiel is.⁵⁰ Wel staat vast dat een vermindering van het verkeersaanbod tot een meer dan evenredige vermindering van de filedruk en reistijdverlies leidt.

⁴⁷ CBS, *Onderzoek Verplaatsingen in Nederland*.

⁴⁸ € 0,19 is de maximaal fiscaal aftrekbare reiskostenvergoeding voor autokilometers. Deze is gebaseerd op de integrale kostprijs van autogebruik.

⁴⁹ MuConsult, 2012: *Monitor Mobiliteitsmanagement 2009-2012*.

⁵⁰ Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2011: *Mobiliteitsbalans 2011*, p. 67.

De kosten van files en vertragingen op het Nederlandse hoofdwegennet lagen in 2010 tussen € 2,8 en 3,7 miljard.⁵¹ Afname van het woon-werkverkeer door thuiswerken van zorgmedewerkers met 0,25% betekent een maatschappelijke kostenbesparing van € 6 tot 8 miljoen.

4.2 Minder uitstoot van CO₂ en fijnstof

Wanneer er minder wordt gereisd, bespaart dat niet alleen kosten, maar is het ook goed voor de leefomgeving. Zo vermindert de uitstoot van schadelijke stoffen. De uitstoot van CO₂ door wegverkeer is gemiddeld 126 gram per autokilometer; de uitstoot veroorzaakt door treinverkeer is 35 gram per treinkilometer. Wanneer zorgmedewerkers gemiddeld één dag per week thuiswerken verlaagt dat de CO₂-uitstoot met 80.000 ton door minder autoverkeer en met 10.000 ton door minder treinverkeer. Door de economische recessie en het nog gebrekkig functioneren van het klimaatbeleid liggen de kosten per ton CO₂-uitstoot op dit moment laag (rond de € 8 per ton), maar de verwachting is dat de prijzen in de komende jaren naar € 20 à 30 per ton CO₂-uitstoot zullen oplopen. In maatschappelijke kosten-batenanalyses wordt met € 25 per ton gerekend.⁵² Uitgaande van deze prijs vertegenwoordigt de reductie van CO₂-emissies door het thuiswerken van zorgmedewerkers een maatschappelijke waarde van ruim € 2 miljoen per jaar.

Ook andere emissies die met het verkeer samenhangen worden minder. Het gaat dan met name om NO_x en fijnstof. Fijnstof leidt tot een verslechtering van de luchtkwaliteit en veroorzaakt negatieve gezondheidseffecten zoals aantasting van hart- en longfuncties en vaataandoeningen.⁵³

4.3 Andere positieve externe effecten

Vermindering van het woon-werkverkeer heeft ook andere positieve externe (milieu-)effecten. Zo is er minder verkeerslawaaï. Onderzoeksbureau CE

⁵¹ Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2011: *Mobiliteitsbalans 2011*, p. 68.

⁵² CE, 2011: *Waardering en weging van emissies en milieueffecten*.

⁵³ Planbureau voor de Leefomgeving, 2011: *Raming van broeikasgassen en luchtverontreinigende stoffen 2011-2015*.

becijferde in 2004 de maatschappelijke kosten van geluidshinder door verkeer op €78 miljoen per jaar.⁵⁴ Gecorrigeerd voor inflatie en toename van het verkeer zal dit nu ruim boven de €100 miljoen zijn. HNW in de zorg reduceert dat met 0,25% ofwel circa € 0,25 miljoen per jaar.

In het verkeer vallen doden en gewonden. In 2011 waren er 661 verkeersdoden en in 2009 (het laatste jaar waarover cijfers bekend zijn) waren er 18.600 ernstig gewonden.⁵⁵ De SWOV becijfert de maatschappelijke kosten van een verkeersdode op € 2,6 miljoen (prijsspeil 2009) en van een ernstig gewonde op € 270.000.⁵⁶ Wanneer er als gevolg van HNW in de zorg 1,5 verkeersdoden minder vallen en 45 ernstig gewonden minder zijn, vertegenwoordigt dat een maatschappelijke waarde van € 16 miljoen.

Door vermindering van het woon-werkverkeer zijn er ook minder investeringen in infrastructuur nodig en hoeft minder geld te worden uitgetrokken voor onderhoud van infrastructuur. Omdat deze effecten moeilijk te kwantificeren zijn, is een raming achterwege gelaten.

4.4 Conclusie

Een kwart van de medewerkers in de zorg kan zonder problemen één dag in de week thuis werken (en een deel van hen doet dat ook al). Dat levert een besparing op reiskosten (autokilometers) op van € 30 miljoen. Als meer mensen thuiswerken, leidt dat ook tot minder files. De waarde daarvan kan worden becijferd op € 6 tot 8 miljoen.

Daarnaast zijn er positieve effecten voor het milieu en de leefomgeving. Wanneer zorgmedewerkers gemiddeld één dag per week thuiswerken vermindert de CO₂-uitstoot door woon-werkverkeer met 90.000 ton. Dat representeert een maatschappelijke waarde van ruim € 2 miljoen per jaar. Ook de uitstoot van andere broeikasgassen en fijnstof vermindert. Fijnstof is een belangrijke oorzaak van hart- en longproblemen en vaataandoeningen.

⁵⁴ CE, 2004: *De prijs van een reis*.

⁵⁵ Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2011: *Mobiliteitsbalans 2011*.

⁵⁶ SWOV, 2011: *SWOV Factsheet: Kosten van verkeersongevallen*, p.4

Het Nieuwe Werken in de zorg

Minder woon-werkverkeer vermindert ook het risico op verkeersongevallen. Nog afgezien van het persoonlijke leed vertegenwoordigt de reductie van ernstige verkeersongevallen een maatschappelijke bate van € 16 miljoen.

5 Gevolgen voor zorginstellingen

De belangstelling voor het Nieuwe Werken is niet alleen afkomstig van werknemers die een betere balans tussen werk en privé zoeken. Ook werkgevers zien de voordelen ervan in. Dit hoofdstuk brengt de belangrijkste gevolgen voor zorginstellingen in kaart.

5.1 Kwaliteit en productiviteit

Wanneer medewerkers meer vrijheid hebben om zelf hun werktijden vast te stellen en/of hun werk in te delen, leidt dat tot meer arbeidsvreugde en minder stress (zie hoofdstuk 3). Ongetwijfeld zal dat ook een positief effect op de kwaliteit van het werk en de arbeidsproductiviteit hebben. Instellingen die met vormen van HNW aan de slag zijn gegaan, zijn vrijwel zonder uitzondering positief over de effecten daarvan op de arbeidsproductiviteit. Systematisch en betrouwbaar onderzoek naar de effecten van HNW op de arbeidsproductiviteit is er echter niet. Daarom wagen wij ons hier niet aan een voorspelling en volstaan met de conclusie dat de summiere informatie op een positief verband wijst.

5.2 Huisvesting en bijkomende kosten

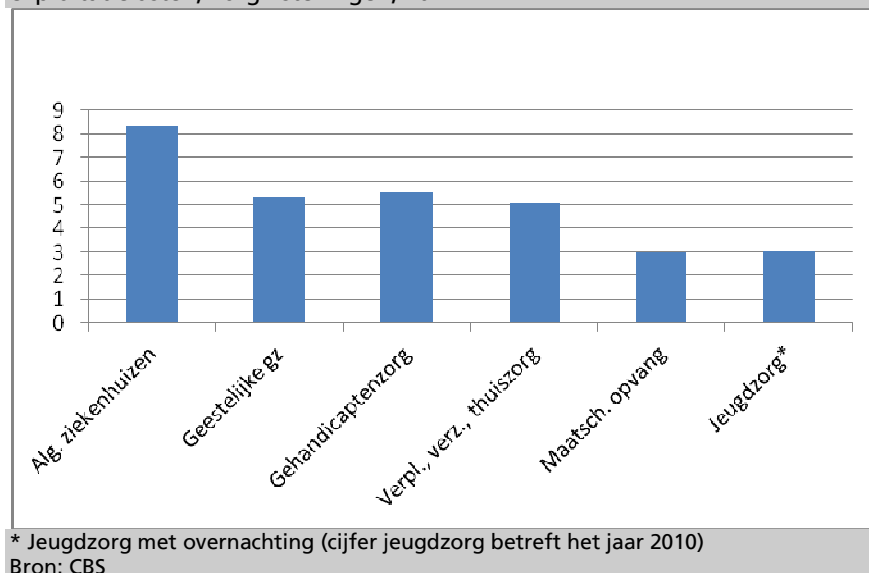
Concreter zijn de besparingen op huisvesting. Uiteenlopende bedrijven en instellingen binnen en buiten de zorg die met HNW zijn begonnen, rapporteren besparingen op huisvestings- en bijkomende kosten van tussen de 20 en 40%. Wij gaan hier uit van een voorzichtige schatting van 20%.

De kosten van huisvesting en andere vaste activa als aandeel van de exploitatiekosten verschillen tussen zorginstellingen (figuur 5.1). In ziekenhuizen zijn zij hoger dan in andere zorginstellingen, omdat daar meer moet worden geïnvesteerd in medische apparatuur en andere dure voorzieningen (operatiekamers e.d.). Als we hiervoor corrigeren is een redelijke schatting dat huisvestings- en bijkomende kosten gemiddeld op 5% van de exploitatielasten liggen (gewogen gemiddelde). Bij de uit de Zvw en AWBZ gefinancierde instellingen (exclusief universitaire medische centra)

gaat het dan om zo'n € 200 miljoen per jaar. Een besparing hierop van 20% leidt tot een jaarlijks kostenvoordeel van € 40 miljoen.

Uiteraard valt zo'n besparing niet van de ene dag op de andere te realiseren. Zorginstellingen kunnen niet simpel hun bestaande gebouwen met 20% inkrimpen. Bovendien moeten er kosten worden gemaakt als gebouwen met bijvoorbeeld flexplekken worden ingericht. Maar vooral bij nieuwbouw en herinrichting zijn aanzienlijke besparingen mogelijk wanneer instellingen er rekening mee houden dat steeds minder mensen dagelijks voltijds in het bedrijfsgebouw aanwezig zullen zijn.

Figuur 5.1 Afschrijvingen op vaste activa in procenten van de exploitatielasten, zorginstellingen, 2011



Box 5.1 Minder huisvestingskosten door flexwerken

De Parnassia Bavo Groep is een grote organisatie in de GGZ bestaande uit acht zorgbedrijven met in totaal 8000 medewerkers. Parnassia is in 2009 met het Nieuwe Werken begonnen met een pilot die op twee afdelingen draaide; daarna zijn er geleidelijk steeds meer afdelingen bijgekomen. De drijfveren om het Nieuwe Werken te introduceren zijn modernisering van de zorg, meer synergie en een reductie van de kosten. Marc Baars (projectleider HNW bij Parnassia): "Er wordt enorm bezuinigd op de zorg en we willen het beschikbare geld zoveel mogelijk in de zorg zelf steken. Met 'Ons Nieuwe Werken' bereiken we dat." Medewerkers van Parnassia werken flexibel en op afstand. Een van de concrete resultaten is een besparing van 20% op huisvestingskosten. Parnassia is heel precies nagegaan hoeveel werkplekken van elk soort er nodig zijn. Daarbij bleek onder meer dat er voor elke tien medewerkers maar zeven werkplekken nodig zijn. Parnassia heeft dat door een architect laten vertalen naar de inrichting van een nieuw HNW gebouw in Den Haag. Ook andere zorginstellingen realiseren besparingen op huisvesting. Zo is Sensire (zie ook box 5.2) van 7 gebouwen teruggegaan naar één.

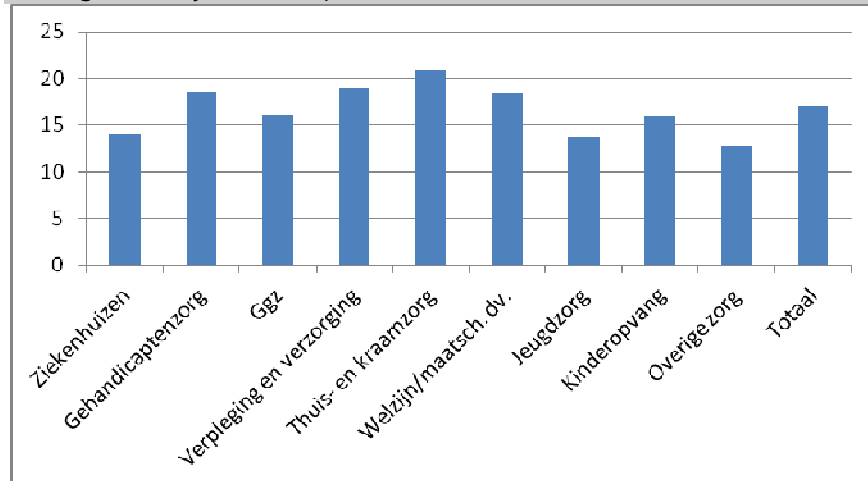
5.3 Minder ziekteverzuim en verloop

Bedrijven die het Nieuwe Werken hebben ingevoerd, rapporteren een daling van het ziekteverzuim met 1-5 procentpunten. Ziekmeldingen verstoren de dagelijkse werkprocessen en verhogen de werkdruk bij het overige personeel. Het ziekteverzuim ligt in de gezondheids- en welzijnzorg met 5,0% hoger dan het landelijke gemiddelde (4,1%).⁵⁷

In 2011 is 17% van de werknemers in de gezondheids- en welzijnzorg langer dan twee weken aan een stuk ziek geweest (figuur 5.2). Onder VOV-personeel ligt het verzuim hoger dan onder werknemers met een functie buiten de VOV-sfeer. De thuis- en kraamzorg heeft het hoogste langdurige ziekteverzuim: ruim een vijfde van de werknemers in deze branche was in 2011 twee weken of langer aaneengesloten ziek. Ook in de Gehandicaptenzorg en de Verpleging en Verzorging is het langdurig verzuim met 18,6% en 18,9% hoog.

⁵⁷ CBS, 2011: 'Horeca heeft laagste ziekteverzuim'.

Figuur 5.2 Langdurig ziekteverzuim (langer dan twee weken) in branches van de zorg en welzijn, 2011, in procenten van het aantal werknemers



Bron: Werknemersenquête Zorg en WJK

De oorzaken van ziekteverzuim kunnen heel verschillend zijn: van een eenvoudige griep tot een conflict met de leidinggevende. Ruim een derde van de werknemers geeft aan dat de oorzaak van het ziekteverzuim geheel of gedeeltelijk in het werk ligt.⁵⁸ Een te hoge werkdruk wordt in die gevallen door 37% van de werknemers als oorzaak genoemd.

Ziekteverzuim is een grote kostenpost. De directe arbeidskosten (lonen en salarissen) in een aantal belangrijke subsectoren van de zorg belopen meer dan € 25 miljard per jaar (tabel 5.1). Wanneer het lukt om door meer flexibiliteit in werktijden, werkroosters en andere vormen van HNW het ziekteverzuim met een half procentpunt terug te dringen, levert dat al een besparing van € 125 miljoen per jaar op.

⁵⁸ Panteia, 2011: *Werknemersenquête zorg en WJK 2011*.

Tabel 5.1 Directe arbeidskosten (lonen en salarissen) in enkele sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg, in miljoenen euro's

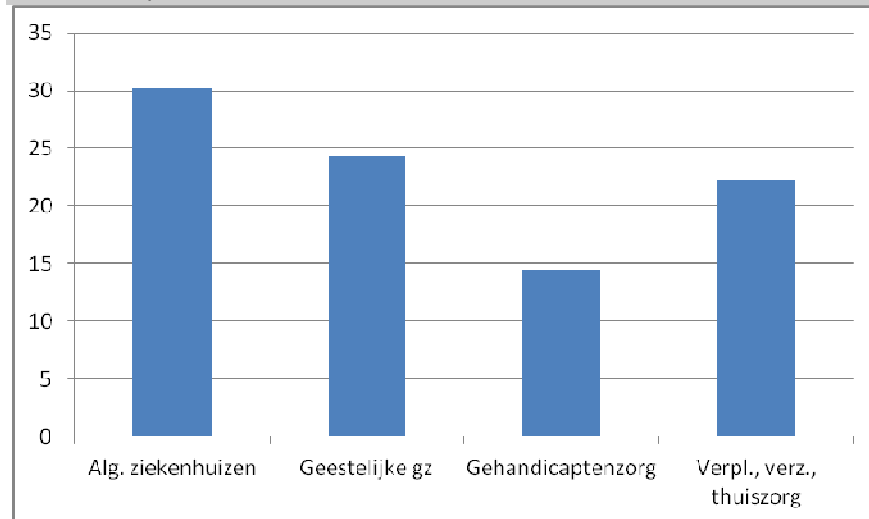
	UMC's	Alg. ziekenh	Ggz	Gehand. zorg	Verpl. verz. thuisz.	Maatsch. opvang	Jeugd zorg
Lonen en salarissen	3.063	5.717	2.903	3.822	8.123	362	733

Bron: CBS

5.4 Minder bureaucratie en overhead

Overhead is een belangrijke kostenpost in de zorg. Hoewel ondersteunende functies noodzakelijk zijn om werkprocessen goed te laten verlopen, wordt er in veel zorginstellingen over geklaagd dat de bureaucratie is doorgeschoten en een eigen leven is gaan leiden. Dit gaat ten koste van het primaire proces. Figuur 5.3 geeft voor enkele sectoren in de zorg het aandeel staf- en ondersteuningsfuncties in het totale personeelsbestand.

Figuur 5.3 Overhead en facilitaire functies in procenten van het totale aantal werknemers, 2011



Bron: CBS

Door zelfsturing kan het aantal management-, staf- en ondersteuningsfuncties fors worden teruggebracht. Zorginstelling Sensire die in de Achterhoek actief is op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn, bracht het aantal managementlagen terug van vijf naar twee, vanuit de filosofie dat de organisatie ondersteunend moet zijn aan de relatie tussen medewerker en klant en niet andersom.

Box 5.2 Van vijf managementlagen naar twee

Zorgorganisatie Sensire is in 2009 gestart met een organisatievernieuwing waarbij alles draait om de relatie tussen de klant en de medewerker. Het Bestuur besefte dat de klassieke thuiszorgorganisatie met zijn bureaucratische regels, beheersing en sturing van bovenaf geen toekomst heeft. Sensire ging werken met kleine, slagvaardige teams in de wijk, dichtbij de klanten. De bureaucratie werd zoveel mogelijk teruggedrongen. Van de vijf managementlagen die er aanvankelijk waren (Raad van Bestuur, groepsdirecteur, regiodirecteur, rayonmanagers en zorgmanagers) zijn er nog maar twee overgebleven: de bestuurder en drie managers voor de wijkzorg. In totaal zijn er 70 managers afgevoerd. Daar zijn 80 wijkverpleegkundigen voor in de plaats gekomen. Tegelijkertijd zijn de ondersteunende processen zoveel mogelijk gestandaardiseerd en slim georganiseerd, zodat zo min mogelijk tijd van het team aan deze taken verloren gaat. Teams kunnen veel slagvaardiger werken, waardoor de medewerkers meer plezier in hun werk hebben.

Als het aantal management-, staf- en ondersteunende functies kan worden teruggebracht, scheelt dat enorm in de kosten. Voor de algemene ziekenhuizen, ggz-instellingen, gehandicaptenzorg en verpleging-, verzorging- en thuiszorginstellingen bedragen de kosten van management, staf en ondersteuning meer dan € 6 miljard per jaar. Elke procent reductie levert (op termijn) een besparing van ruim € 60 miljoen per jaar op.

5.5 Duurzaamheid

Sommige bedrijven en instellingen omarmen het Nieuwe Werken als bijdrage aan duurzaamheid. Op die manier kunnen zij zich profileren als organisatie die oog heeft voor belangrijke maatschappelijke vraagstukken en binnen de eigen mogelijkheden wil bijdragen aan de oplossing daarvan. In de gezondheids- en welzijnszorg zijn wij dat niet tegengekomen. De belangstelling voor HNW komt daar eerder voort uit Human Resource

Management: het bevorderen van een duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Het werk in de zorg is vaak zwaar. Veel werknemers zijn al vroeg versleten. De gemiddelde leeftijd tot waarop werknemers tussen 55 en 64 jaar verwachten door te kunnen werken, ligt in de zorg lager dan gemiddeld in de economie.⁵⁹ Werknemers die hun werk zelf kunnen inrichten en regelen verwachten over het algemeen langer te kunnen doorwerken dan werknemers met minder autonomie in het werk.⁶⁰

5.6 Imago als aantrekkelijke werkgever

In paragraaf 2.6 is uiteengezet dat tekorten aan personeel de zorg op langere termijn ernstig parten kunnen spelen. Door de economische recessie is de arbeidsmarktproblematiek op dit moment minder urgent en rapporteren werkgevers geen grote problemen om hun vacatures te vervullen. Maar als de recessie voorbij is en veel babyboomers wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de zorg verlaten, zal het probleem ongetwijfeld in alle hevigheid de kop opsteken. Voor werkgevers in de zorg is het zaak daar op voorbereid te zijn.

De zorg concurreert op de arbeidsmarkt met andere sectoren. Gezien de druk op de budgetten voor gezondheidszorg en welzijn ligt het niet voor de hand dat in deze sectoren hogere salarissen kunnen worden geboden dan in andere sectoren van de economie. De motivatie om voor een loopbaan in de zorg te kiezen zal van andere factoren moeten komen. Naast hart voor het vak (de zorg) spelen aantrekkelijke arbeidsomstandigheden hierin een sleutelrol.

Het Nieuwe Werken past daarin. Als de zorg er in slaagt zich positief van andere sectoren te onderscheiden met flexibel werken, plezierige werkomstandigheden, een goede balans tussen werk en privé en werkrelaties die bevorderen dat mensen hun kwaliteiten optimaal kunnen en willen inzetten voor goede zorg aan cliënten, is aan een belangrijke voorwaarde voldaan om voldoende mensen voor de zorg te blijven boeien en binden.

⁵⁹ TNO/CBS, 2011: *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011*.

⁶⁰ Idem.

Ook in andere sectoren van de economie weten werkgevers dat zij moeite zullen moeten doen om talentvolle medewerkers aan te trekken en vast te houden. Ook daar wordt geëxperimenteerd met nieuwe werkvormen om dat te ondersteunen. Gegeven die situatie zal de zorg beter dan gemiddeld moeten presteren als aantrekkelijke werkgever. De achterstand die de zorg op dit moment nog heeft als het gaat om het Nieuwe Werken, zal in een voorsprong moeten worden omgezet.

5.7 Extra investeringen

In paragraaf 2.1.3 is al uiteengezet dat het Nieuwe Werken extra investeringen in *bricks*, *bytes* en vooral *behaviour* vraagt. Zorginstellingen die met het Nieuwe Werken zijn begonnen, melden dat het jaren kan duren vanaf de introductie tot aan het moment waarop “de puzzelstukjes in elkaar beginnen te vallen” en de organisatorische en gedragsveranderingen die bij het Nieuwe Werken horen, in de gehele organisatie hun beslag krijgen.⁶¹ Met voorlichtingsbijeenkomsten, teambesprekingen, trainingen en gesprekken moeten de doelen en uitgangspunten steeds opnieuw duidelijk worden gemaakt, waarna medewerkers er zelf mee aan de slag gaan. Essentieel voor succes is dat HNW niet *top-down* in de organisatie wordt gearachuteerd, maar *bottom-up* door de medewerkers zelf wordt ontwikkeld, in de overtuiging dat dit hun werk aantrekkelijker, stimulerender en beter te combineren met privé-verplichtingen maakt.

5.8 Conclusie

Werkgevers in de zorg die met HNW aan de slag zijn gegaan, noemen twee hoofdredenen: de inzetbaarheid van hun medewerkers vergroten en zich als aantrekkelijke werkgever profileren om hun zittende personeel te behouden en nieuwe medewerkers aan te trekken. Wanneer medewerkers meer vrijheid hebben om zelf hun werktijden vast te stellen en/of hun werk in te delen, leidt dat ook tot meer arbeidsvreugde en minder stress en verbetert de reputatie op de arbeidsmarkt. In hoeverre HNW leidt tot een stijging van de arbeidsproductiviteit is niet duidelijk.

⁶¹ Mondelinge mededeling Zorggroep Elde, Sint-Michielsgestel.

HNW kan ook kostenbesparingen opleveren, met name in de sfeer van huisvesting en overhead. Instellingen die flexwerken hebben doorgevoerd, rapporteren besparingen op huisvestings- en bijkomende kosten van tussen de 20 en 40%. 20% besparing op huisvestingskosten in de zorg correspondeert met een jaarlijks kostenvoordeel van € 40 miljoen. Besparing op management-, staf- en ondersteunende functies heeft een nog veel groter effect: 5% reductie van deze functies scheelt meer dan € 300 miljoen op jaarbasis.

Bedrijven die het Nieuwe Werken hebben ingevoerd, rapporteren een daling van het ziekteverzuim. Een half procentpunt vermindering van het ziekteverzuim sectorbreed (van 5,0 naar 4,5%) levert een besparing van € 125 miljoen per jaar op.

Ondanks het grote potentieel aan besparingen moet HNW niet als bezuinigingsmaatregel worden gezien. Medewerkers worden niet gemotiveerd door kostenbesparingen die in de organisatie worden doorgevoerd, wel door nieuwe werkmethoden en arbeidsverhoudingen die hun werk boeiender en aantrekkelijker maken.

De dreigende krapte op de arbeidsmarkt dwingt zorginstellingen zich als aantrekkelijke werkgever te profileren. Wie onvoldoende bereid is rekening te houden met de wensen van werknemers en vasthoudt aan traditionele arbeidspatronen, dreigt op een arbeidsmarkt waar werknemers het voor het uitzoeken hebben, aan het kortste eind te trekken.

Het Nieuwe Werken in de zorg

6 Gevolgen voor cliënten / patiënten

Wat betekent het Nieuwe Werken in de zorg voor cliënten/patiënten? Uiteindelijk gaat het immers om de vraag hoe de zorgsector ook op langere termijn kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg voor mensen kan blijven bieden.

6.1 Kwaliteit

In hoofdstuk 2.4 is een aantal ontwikkelingen in de zorg beschreven die ertoe leiden dat een steeds groter beroep op de flexibiliteit, het initiatief, de klantgerichtheid en het vermogen tot samenwerken van zorgverleners wordt gedaan. HNW is een instrument om dat te ondersteunen.

Hoe zelfsturing gepaard kan gaan met kwaliteitsverbetering laat Stichting Buurtzorg zien.⁶² Buurtzorg is in 2006 opgericht als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de zogenaamde 'stopwatchzorg'. De kern van het Buurtzorg-concept is dat de thuiszorg wordt geleverd door kleine, zelfsturende teams van goed opgeleide wijkverpleegkundigen en (zieken)verzorgenden, die uitgaan van wat er aan zorg nodig is en niet van het aantal uren waarop de cliënt volgens de indicatie recht heeft. De lokale teams, die maximaal twaalf verpleegkundigen tellen, plannen en organiseren de thuiszorg volledig zelfstandig in overleg met de cliënt en aanwezige mantelzorgers. Daarbij staat de zelfredzaamheid van de patiënt centraal: die moet zo snel mogelijk, of zo lang mogelijk, zelfstandig worden en blijven. De verpleegkundige is er dus op gericht zich zelf overbodig te maken. De zelfstandige werkwijze van de wijkteams, die worden ondersteund door slimme ict en regionale coaches, maakt een sterke vermindering van bureaucratie, management- en overheadkosten mogelijk. De formule blijkt een groot succes. Sinds de start in 2006 is Buurtzorg uitgegroeid tot een organisatie waar inmiddels zo'n 5500 wijkverpleegkundigen en verzorgenden werken in meer dan 500 teams verspreid over heel Nederland. Gezamenlijk verzorgen zij meer dan 50.000 patiënten. De omzet belooft inmiddels meer dan € 100 miljoen. Daarmee is Buurtzorg een van de snelst groeiende bedrijven in Nederland: maandelijks komen er zo'n 150 medewerkers bij. Recent is Buurtzorg in de categorie

⁶² NYFER, 2012: *Integrale zorg in de buurt*.

grote bedrijven (meer dan 1000 werknemers) voor het tweede achtereenvolgende jaar uitgeroepen tot 'beste werkgever'.⁶³ Andere zorginstellingen onder de genomineerden zijn de J.P. van den Bent Stichting in Deventer en Syndion in Gorinchem, beide actief in de gehandicaptenzorg. Ook deze beide organisaties benadrukken dat medewerkers handelingsvrijheid moeten hebben en die ook krijgen: "Ze hebben de ruimte om te leren en het werk naar eigen inzicht, binnen kaders, in te richten. (...) Dit resulteert in hoge tevredenheid en een prettige werksfeer".⁶⁴

De resultaten van Buurtzorg zijn in verschillende onderzoeken geëvalueerd. Uit een onderzoek van Nivel in 2008 naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen blijkt dat alle partijen zeer tevreden zijn.⁶⁵ Cliënten geven zowel aan Buurtzorg als zorginstelling als aan de Buurtzorgmedewerkers een gemiddeld rapportcijfer van bijna 9. Cliënten zijn met name zeer te spreken over de betrouwbaarheid en bejegening door zorgverleners. De zorgverleners komen afspraken na en zijn makkelijk bereikbaar voor de cliënt. Daarnaast vinden de cliënten dat de Buurtzorgmedewerkers professioneel en veilig werken. Medewerkers waarderen het vooral positief dat zij zelfstandig de zorg rondom de cliënt kunnen regelen. Huisartsen prijzen de korte lijnen en de laagdrempeligheid van Buurtzorg. De bureaucratie die zij soms ervaren bij andere thuiszorginstellingen, ontbreekt bij Buurtzorg.

Inmiddels zijn ook andere thuiszorgorganisaties begonnen hun kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren door vormen van zelfsturing te introduceren.⁶⁶ Voor bestaande organisaties is het echter moeilijker om hun werkwijze aan te passen dan voor organisaties die nieuw worden opgericht. Taakomschrijvingen, werkprocessen, verantwoordelijkheden, organisatiestructuren, de organisatiecultuur – bijna alles moet veranderen. Ook bestaande kostenstructuren (dure gebouwen, overhead, ontoereikende ict, onvoldoende geschoold personeel) kunnen veranderingen in de weg staan.

⁶³ VNU, 2012: *Beste werkgevers 2012*.

⁶⁴ Idem, p. 25.

⁶⁵ De Veer, Brandt, Schellevis en Francke, 2008: *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd*.

⁶⁶ Ernst & Young, 2011: *Herwaardering Thuiszorg: een visie op een toekomstgericht outcome model*.

6.2 Cliënttevredenheid

Organisaties die vooroplopen met sociale innovatie, waaronder het Nieuwe Werken, scoren doorgaans ook hoog op cliënttevredenheid. Een voorbeeld is zorggroep Elde in Boxtel. Zorggroep Elde is actief in de ouderenzorg en biedt wonen met zorg en tal van andere zorgvormen (welzijnsdiensten). Thuiszorg Elde levert verpleegkundige, lichamelijke en huishoudelijke zorg aan cliënten van alle leeftijden. Met hoge rapportcijfers is Zorggroep Elde in 2012 voor de tweede maal op rij uitgeroepen tot één van de koplopers in de zorg in Nederland. Ook Sensire in Varsseveld en Buurtzorg in Almelo behoren tot de organisaties met de hoogste scores (cijfer 9) op het gebied van cliënttevredenheid. Een andere indicator is het aantal incidenten en klachten. Deze komen bij de genoemde organisaties vrijwel niet of helemaal niet voor.

6.3 Conclusie

Het Nieuwe Werken in de zorg is niet alleen aantrekkelijk voor werknemers en werkgevers, maar ook voor cliënten/patiënten. Instellingen die vooroplopen met succesvolle implementatie van het Nieuwe Werken laten zien dat hogere medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid hand in hand gaan.

Het Nieuwe Werken in de zorg

Literatuur

ActiZ, 2010: *Transitie naar toekomstbestendige zorg*, ActiZ, Utrecht

ActiZ, 2011: *Vakbekwaam mensenwerk. Anders werken in de langdurige zorg*, ActiZ, Utrecht

Baane, R., P. Houtkamp en M. Knotter, 2010: *Het Nieuwe Werken ontrafeld*, Van Gorcum, Assen

Baumard, P., 1999: *Tacit knowledge in organizations*, Sage Publications, London

Berends, M. en K.H. Weening, 2012: *'Het Nieuwe Werken'. Voorwaarden van 'Het Nieuwe Werken' voor organisatie-inrichting en -besturing in de Geestelijke Gezondheidszorg en Zorg voor Zintuiglijk Gehandicapten*, master thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam

Blauw Research, 2009: *Het Nieuwe Werken heeft veel potentieel*, Blauw Research, Rotterdam

Bijl, D., 2009: *Aan de slag met het nieuwe werken*, ParCC, Zeewolde

CBS, *Onderzoek Verplaatsingen in Nederland*

CBS, 2009: 'Nederland is Europees kampioen deeltijd werken', in: *CBS Webmagazine*, 22 juli 2009

CBS, 2011: 'Meer werknemers met burn-outklachten', in: *CBS Webmagazine*, 25 oktober 2011

CBS, 2011: 'Horeca heeft laagste ziekteverzuim', in: *CBS Webmagazine*, 3 oktober 2011

CBS, 2012: *Tijd- en plaatsafhankelijke werken in 2010*, CBS, Den Haag

CE, 2004: *De prijs van een reis. De maatschappelijke kosten van het verkeer*, CE, Delft

CE, 2011: *Waardering en weging van emissies en milieueffecten. Handboek Schadumprijzen*, CE, Delft

Cooper, C.D. en N.B. Kurland, 2002: 'Telecommuting, professional isolation, and employee development in public and private organizations', in: *Journal of Organizational Behavior*, vol. 23, pp. 511-532

CPB, 2010: *Economische Verkenning 2011-2015*, CPB, Den Haag

Elsbach, K. en D. Cable, 2012: 'Why Showing Your Face at Work Matters', in: *MIT Sloan Management Review*, summer 2012

Erken, H., P.M. Koot en J. Kuijpers, 2010: 'Arbeidstekorten in de zorg', in: *ESB*, vol. 95, nr. 4598, pp. 726-728

Ernst & Young, 2011: *Herwaardering Thuiszorg: een visie op een toekomstgericht outcome model*, Ernst & Young

Haterd, B. van de, 2010: *Werken Nieuwe Stijl*, Bruna, Amsterdam

Hoeymans, N., F.C. Schellevis en I. Wolters, 2008: 'Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?', in: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*, RIVM, Bilthoven

Kenniscentrum Werk en Vervoer, 2011: *De nieuwe werker aan het woord*, Ministerie van Infrastructuur & Milieu, Den Haag

Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2011: *Mobiliteitsbalans 2011*, Ministerie van Infrastructuur & Milieu, Den Haag

Lister, K., 2010: Workshifting benefits: the bottom line, TeleworkResearchNetwork.com

Ministerie van VWS, 2011: *Zorg en ondersteuning in de buurt*, Kamerbrief 14 oktober 2011

MuConsult, 2012: *Monitor Mobiliteitsmanagement 2009-2012*, Stadsregio Arnhem Nijmegen, MuConsult, Amersfoort

- Natuur & Milieu, 2011: *Ranking the Stars*, Natuur & Milieu, Utrecht
- NCSI, 2009: *Individueel roosteren. Kansen voor werknemers en werkgevers*, NCSI, Rotterdam
- NYFER, 2005: *Van patiënt tot partner*, NYFER, Breukelen
- NYFER, 2012: *Integrale zorg in de buurt*, NYFER, Utrecht
- Panteia, 2012: *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*, Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK, Panteia, Zoetermeer
- Planbureau voor de Leefomgeving, 2011: *Raming van broeikasgassen en luchtverontreinigende stoffen 2011-2015*, PBL, Den Haag
- Platform over Het Nieuwe werken, 2012: 'Het Nieuwe Werken vraagt meer vertrouwen', Special Werken aan Vertrouwen, Vakmedianet
- PWC, 2011: *Een verkenning van macro-economische effecten van Het Nieuwe Werken*, PWC, Amsterdam
- RIVM, 2010: *Tijd en toekomst*, RIVM, Bilthoven
- Rotterdam School of Management, 2011: *Het Nieuwe Werken Barometer*, RSM, Rotterdam
- RVZ, 2010: *Gezondheid 2.0*, RVZ, Den Haag
- SCP, 2010: *Tijd op orde? Een analyse van de tijdsorde vanuit het perspectief van de burger*, SCP, Den Haag
- SCP, 2011: *Deeltijd (g)een problem. Mogelijkheden om de arbeidsduur van vrouwen met een kleine deeltijdbaan te vergroten*, SCP, Den Haag
- Senge, P.M., 1990: *The Fifth Discipline: the art and practice of the learning organization*, Doubleday, New York
- SER, 2011: *Tijden van de samenleving*, SER, Den Haag

Smith, E.A. 2001: 'The role of tacit and explicit knowledge in the workplace', in: *Journal of Knowledge Management*, vol. 5, no 4, pp. 311-321

SWOV, 2011: *SWOV Factsheet: Kosten van verkeersongevallen*, SWOV, Leidschendam

TNO, 2010: *De bedrijfseconomische aspecten van het Nieuwe Werken*, TNO-dashbord HNW, TNO, Hoofddorp

TNO/CBS, 2011: *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011*, TNO, Hoofddorp

Veer, A.J.E. de, H.E. Brandt, F.G. Schellevis en A.L. Francke, 2008: *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*, Nivel, Utrecht

VHN, 2012: *Thuiswerken voor triagisten?*, <http://vhn.artsennet.nl/>

VNU, 2012: *Beste werkgevers 2012*, VNU Vacature Media

Werkgroep Het Nieuwe Werken en Arbeidsomstandigheden, 2012: *Handreiking Het Nieuwe Werken: hoe blijf je er gezond bij?* www.werkenvervoer.nl

Zorginnovatieplatform, 2011: *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*, www.zorginnovatieplatform.nl