

ARTSEN VAN DE TOEKOMST

# ARTSEN VAN DE TOEKOMST

*Best practices in  
flexibele arrangementen*



ARTSEN VAN DE TOEKOMST



Vlnr: Annemiek Coremans, Marianne Leenders, Irene Hellemans, Anneke van Doorne, Wieteke Conen

## Voorwoord

Aan het begin van deze brochure past een woord van dank. Dank in de eerste plaats natuurlijk voor de financiers van het project 'Artsen van de Toekomst: *best practices* in flexibele arrangementen', het Europees Sociaal Fonds en het Programma Dagindeling van – toen – het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Financiering betekent dat de problematiek die in dit project centraal staat relevant wordt gevonden. Relevant voor artsen die hun veeleisende professie willen en/of moeten combineren met een leven naast het werk. Relevant ook voor artsen die graag gezond en gemotiveerd tot aan hun pensioen willen kunnen blijven werken. Duurzaamheid van loopbanen van huisartsen en medisch specialisten is niet alleen voor betrokkenen van belang. De hele samenleving is er mee gebaat.

Een bijzondere dank geldt de begeleidingscommissie van dit project. Drie leden van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), Irene Hellemans (cardioloog), Annemiek Coremans (internist) en Marianne Leenders (anesthesioloog), vormden deze begeleidingscommissie. Een zeer effectieve en efficiënte begeleidingscommissie, zoals bleek. De uitvoerders van het project kregen uitstekend commentaar, ontvingen zeer bruikbare suggesties en konden bovendien profiteren van het ruime netwerk dat de leden van de begeleidingscommissie vertegenwoordigden. Veel dank daarvoor!

Dank geldt ook het UMC dat de onderzoekers/projectuitvoerders toegang gaf tot een kijkje in de keuken van een belangrijke afdeling. We kregen gelegenheid schriftelijke vragenlijsten uit te zetten, focusgroepsbijeenkomsten te organiseren, een dag mee te lopen om de hectiek van alledag te leren kennen en te praten met de leiding van de afdeling.

Dank ook aan de respondenten die de moeite hebben genomen de toegezonden vragenlijst over flexibele arrangementen te beantwoorden en terug te sturen. Hun bijdragen zijn onmisbaar voor het welslagen van dit project.

Ten slotte ook een woord van dank aan diegenen die aan onze uitnodiging gehoor gaven om de werkconferentie Artsen van de Toekomst bij te wonen. Het was een levendige bijeenkomst, waar vertegenwoordigers van veel organisaties binnen de medische professie aan deelnamen. Hun betrokkenheid zal er zeker toe bijdragen dat het concept van flexibele arrangementen een ruimere verspreiding zal krijgen.

Anneke van Doorne-Huiskes  
Wieteke Conen

Utrecht, september 2007

# Project 'Artsen van de Toekomst'

## Achtergrond

Artsen hebben doorgaans een sterk arbeidsethos: artsen en AIOS zijn 'bevlogen', men kent geen '9 tot 5 cultuur' en het beroep wordt door sommigen zelfs gezien als 'een roeping'. Daarmee samenhangend heeft het artsenbestaan altijd al te maken gehad met een relatief hoge werkdruk. Dat is niets nieuws.

Maar in de loop van de tijd is een aantal andere zaken wél veranderd. Een verandering met verstrekkende invloed is de transitie van een zogenaamde 'standaardlevensloop' naar wat ook wel de 'keuzelevensloop' wordt genoemd. Lang was het pad van de 'standaardlevensloop' gangbaar, dat wil zeggen een levensloop waarin men na een periode van opleiding gaat werken maar thuis blijft wonen; vervolgens uit huis gaat trouwen en (niet veel) later kinderen krijgt; doorgaans werkte de man en de vrouw zorgde voor kinderen en huishouden. In de keuzelevensloop is alles niet langer zo strak omlijnd en bepaald in de tijd. Ongehuwd samenwonen, later kinderen krijgen, een gezin met twee carrièremakers: vandaag de dag is men meer dan vroeger de samensteller van de eigen levensloop. Deze transitie is aan artsen niet voorbij gegaan en vormt een belangrijke oorzaak van extra druk op hun tijd vanuit de privésfeer. Daarnaast hebben zich in de beroepsuitoefening veel veranderingen voorgedaan. Autonomie is ingeperkt, patiënten zijn kritischer en mondiger dan voorheen. De arts van de toekomst zal waarschijnlijk nog meer met tijdsdruk te maken krijgen als gevolg van verdergaande ontgroening, vergrijzing en de stijging van de (dubbele) zorgvraag.

Deze ontwikkelingen vragen om een andere aanpak van de organisatie van arbeid dan in de geschiedenis van de professie het geval is geweest. De 'standaard'-carrière past lang niet iedereen meer; bij enkelen knelt dat patroon zelfs dusdanig dat ziekteverzuim, burn-out of uitstroom uit de professie het gevolg kunnen zijn. Hoe kan de organisatie van arbeid in de medische professie worden geïnnoveerd, zodanig dat deze beter past bij de diversiteit in levenslopen, met inachtneming van de noodzaak de kwaliteit van zorg te behouden?

### ***Op weg naar een duurzame vormgeving van het artsenberoep***

In 2003 en 2004 werd binnen het UMC Groningen en daarna ook op landelijk niveau op initiatief van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen (LVAG) onderzoek gedaan naar welzijn en arbeidsomstandigheden van artsen in opleiding tot medisch specialist (AIOS). Hieruit kwam naar voren dat AIOS gelukkig en bevlogen zijn, maar tevens vermoeid en dat een hoog percentage AIOS voldoet aan de criteria van burn-out. Men vindt het vaak lastig om te balanceren tussen opleiding, werk en privé.

Moeite met balanceren speelt met name in 'het spitsuur van het leven', maar zeker ook rond andere 'life events' (zoals bij de zorg voor zieke ouders) en naarmate men fysiek minder (veer)krachtig wordt. Om tot een 'gezond' evenwicht te komen tussen werk en privé (en opleiding) is een veelheid aan mogelijkheden te bedenken, zoals regulering van werktijden (voorstel van het ministerie van VWS), het verbeteren van de samenwerking, communicatie, cultuur en efficiëntie binnen ziekenhuizen/praktijken, meer support bieden om knelpunten in de privésfeer op te vangen (zoals betere kinderopvang) en een 'modernere' vormgeving van werkorganisatie die beter afgestemd is op de huidige keuzelevensloop. Dit alles kan bijdragen aan een duurzamer vormgeving van loopbanen. Duurzaamheid van loopbanen betekent ook dat met plezier en gemotiveerd doorwerken tot 65 jaar mogelijk moet zijn.

Het project 'Artsen van de toekomst: *best practices* in flexibele arrangementen' wil inzoomen op één van deze aspecten om een betere werk-privé-balans en een grotere duurzaamheid van loopbanen te genereren, namelijk een flexibeler vormgeving van werkorganisatie. Deze brochure heeft als doel het bijdragen aan en het vergroten van kennis omtrent mogelijkheden van flexibilisering. Flexibilisering in en van werktijden komt wel voor, maar nog niet in hoge mate. Een 'levensloopbestendige' vormgeving van de beroepsuitoefening, mits goed georganiseerd, kán een uitkomst bieden om tot een betere werk-privé-balans te komen en tot een verlenging van de beroepsloopbaan.

## Bied- en ruilsystemen

Bied- en ruilsystemen Ruil- en biedsystemen kunnen allerhande vormen aannemen, afhankelijk van de spelregels die erbij bedacht worden. Zo kan een ruilsysteem neerkomen op collectieve roostering waarbij op formele wijze uitwisseling plaatsvindt in termen van uitruil van 'tijd' en/of uitruil van 'taken'. Bijvoorbeeld door het in kaart brengen van wensen van medewerkers en het concreet proberen te matchen van deze wensen; ter facilitering kan een digitale omgeving worden opgezet. In sommige landen komen systemen voor waarbij men 'tijden' en/of 'taken' kan 'verhandelen' binnen een bepaald puntensysteem. Stel: men krijgt aan het begin van het jaar 25 credits en er wordt alleen 'tijd' met elkaar geruild. Stel nu dat een arts volgens de collectieve roostering met kerstmis moet werken, maar hij/zij vindt het heel belangrijk dan bij de eigen familie zijn, dan kan deze dag 'te koop' worden gezet. Dit kan voor 1 credit, maar het kan ook zijn dat een andere arts het pas vanaf 2 of 3 credits doet. Dat is dan een 'dure' dag. Zo zullen er dure en minder dure dagen zijn om te ruilen, maar het maakt het wel mogelijk om een ruil te maken die men onderling fair vindt. En als diegene 2 credits te 'duur' vindt, dan kan hij/zij natuurlijk ook gewoon zelf gaan werken. Ditzelfde kan gedaan worden met afgebakende taken. Het doen van (extra) managementtaken levert 2 extra credits op, het overdragen van avonddiensten kost bijvoorbeeld 4 credits.

## Onderzoek 'Flexibele arrangementen'

### Opzet

Om een goed overzicht te krijgen van de soorten van flexibele arrangementen die binnen de beroepsgroep voorkomen, van de ervaringen die artsen met deze arrangementen hebben en van hun appreciatie van de verschillende modellen, is eind december 2006 een enquête 'Flexibele arrangementen' uitgezet onder 1200 medisch specialisten en 300 huisartsen. Daarin is onder andere een zevental mogelijke tijdsarrangementen voorgelegd – over voor- en nadelen, inpasbaarheid, ervaring met een dergelijk arrangement en de aantrekkelijkheid – en is gevraagd of men andere (reeds bestaande dan wel mogelijke) arrangementen zou kunnen noemen die flexibilisering kunnen bevorderen. In de volgende figuur zijn de zeven voorgelegde mogelijkheden weergegeven die tot flexibilisering in arbeid voor artsen kunnen leiden.

*Mogelijke flexibele arrangementen voor artsen, ingedeeld naar - al dan niet - Levensloopgebondenheid (horizontaal) en structuur (verticaal)*

	<b>Niet-Levensloopgebonden</b>	<b>Levensloopgebonden</b>
<b>Gereduceerde uren</b>	Dagenbasis deeltijdbaan, duobaan	Deeltijdpensioen
<b>Variabele uren</b>	Annualised hours	Oudercontract
<b>Geherstructureerde uren</b>	Compressed work-week	
<b>Tijdelijke onderbreking</b>		Mommy/Daddy track na geboorte

**Conclusies op basis van de enquête**  
**'Flexibele arrangementen'**

• **Grote deeltijdvormen en geherstructureerde uren**

De flexibele arrangementen die het best ontvangen worden door respondenten zijn de arrangementen die (op het eerste gezicht) de meeste stabiliteit en planbaarheid bieden en waarmee men ook al de meeste ervaring heeft: de deeltijdvarianten en de compressed work-week. De grote deeltijdbaan op dagenbasis (vanaf circa 0,8 FTE) is een voorbeeld van een deeltijdvorm die vooral medisch specialisten aanspreekt; huisartsen vinden duobanen relatief vaak aantrekkelijk. De relatief kleine omvang van de meeste duobanen is een struikelblok voor medisch specialisten die werkzaam zijn in specialismen waar continuïteit van zorg en variëteit aan ervaringen belangrijk is.

Toch kan daarop worden geanticipeerd door een andere vormgeving van de duobaan dan de 'doorsnee' variant, zoals bijvoorbeeld twee specialisten die beiden om de maand fulltime werken en een 60% functie hebben. Ook de levensloopgebonden variant van deeltijdwerk, het deeltijdpensioen, wordt als relatief gemakkelijk inpasbaar gepercipieerd (ook hier geldt dat men het liefst ziet dat de parttimer een relatief grote omvang houdt, bijvoorbeeld 0,8 FTE). Daarbij ervaart men als extra voordeel dat kennis beter behouden kan blijven en soepeler kan worden overgedragen. Bovendien kunnen patiënten op deze manier wennen aan de opvolger.

Een voordeel van deeltijdwerken en overdracht - mits een team zich verantwoordelijk voelt voor alle patiënten - maakt dat er meer hoofden zich over een probleem buigen en dat er door deze manier van werken automatisch intervisie ontstaat. Er wordt veel vaker bij de arts in de keuken gekeken en als deze zich toetsbaar opstelt, komt dit de kwaliteit ten goede.

De compressed work-week is eveneens een vorm die op dit moment naar verhouding al veel voorkomt. Het 'sympathieke' van dit arrangement is dat de arts veel werk bij zichzelf houdt, en lange dagen maakt. Dit betekent relatief weinig gevaar voor continuïteit van zorg in specialismen waarbij dit belangrijk is. Bovendien kan de arts (1) in principe in lange dagen veel werk verzetten, wat goed is voor de organisatie, (2) toch een dag vrij hebben, hetgeen goed is voor het privéleven, (3) en goed beschikbaar zijn voor patiënten. Het is hierbij natuurlijk verstandig dat de arts bij zichzelf te rade gaat of dit arrangement bij hem/haar past (is het niet te zwaar?) en of het bij de werkzaamheden past (is er wel iets te doen op de tijden dat iemand zou willen werken?).

- **Variabele vormen en tijdelijke onderbrekingen**

Tegenover de variabele vormen neemt men een sceptischer houding aan; zeker als levensloopgebonden elementen eraan gekoppeld worden. De heersende mening lijkt te zijn dat dergelijke arrangementen ideaal zijn voor de arts zelf, maar niet voor de organisatie en patiënten: het is lastig te plannen, lastig te overzien en zorgt waarschijnlijk alleen voor onrust. Zeker als de koppeling wordt gemaakt naar bijvoorbeeld het oudercontract, zijn er veel respondenten die weerstand bieden: het is iemands eigen keuze om kinderen te krijgen en collegae hoeven daar niet 'de dupe' van te worden. Toch kijkt een (relatief klein) deel hier anders tegenaan: zo bieden variabele arrangementen ook de mogelijkheid te anticiperen op drukke perioden/ seizoensfluctuaties en bij goede roostering kunnen ze juist uitkomsten bieden om tot een beter sluitende roostering te komen. Ook worden andere vormen van variabele uren genoemd die ingepast zouden kunnen worden, zoals kortere werkdagen, flexibele uren (eerder beginnen, eerder klaar), tijdelijk minder werken in verband met combinatie met mantelzorg.

Tijdelijke onderbrekingen kunnen over het algemeen op weinig steun rekenen. Maar het kan wel, als het écht moet. Als de periode van afwezigheid lang is, dan moet er vervanging worden geregeld, anders komt er teveel werk op de 'achterblijvers' neer.

Als de periode van afwezigheid kort is, lijkt het een goed idee dit te baseren op een 'eerlijk' principe, zoals het laten rouleren van een sabbatical. Als een arts kiest voor kinderen, wordt ook hier door een groot deel van de respondenten gevonden dat dit een eigen keuze is, dus moet de arts dit zelf maar zien op te lossen. Veel eerlijker vindt men het laten rondgaan van een sabbatical, waar je x keer per periode recht op hebt, en dit recht is voor iedereen hetzelfde. Waarvoor je dit wilt inzetten moet je zelf maar weten: zorg voor (kleine) kinderen, vakantie, mantelzorg, verdieping in vakgebied, opacontract.

- **Functionele flexibiliteit en uitbreiding van tijden**

Andere mogelijkheden om tot meer flexibilisering te komen zijn functionele flexibiliteit en uitbreiding van tijden. In het onderzoek werden alleen numerieke vormen van flexibiliteit bevraagd, maar artsen zien ook mogelijkheden in functionele flexibiliteit. Dit komt neer op het beperken tot of specialiseren in bepaalde deeltaken en/of het ruilen van taken. Bijvoorbeeld wanneer de ene arts zich meer wil toeleveren op managementtaken en de ander graag meer acute zorg op zich zou nemen, dan kunnen ze wellicht onderling taken uitruilen. Ook zou op taakniveau kunnen worden "afgekocht". Hierdoor zou de organisatie beter ieders sterke kanten kunnen benutten. Daarnaast ziet men de uitbreiding van werktijden en 'openingstijden' als een optie die zowel voor artsen als voor (werkende) patiënten aantrekkelijk kan zijn. De 7 tot 7 optie wordt nogal eens genoemd, "open" van 7 uur tot 19.00 uur.

- **Randvoorwaarden**

De belangrijkste voorwaarden waaraan een arrangement moet voldoen is volgens de ondervraagde artsen (1) *stabiliteit en planbaarheid* (hetgeen bepaald wordt door met name *de belasting die het arrangement inhoudt voor collegae, de waarborging van continuïteit en kwaliteit voor patiënten, goede overdracht en communicatie* en de mate van *draagvlak* binnen de organisatie), (2) de *betrokkenheid* die de arts tentoonspreidt richting collegae en patiënten, (3) de *duidelijkheid* voor organisatie en patiënt omtrent het arrangement en (4) het regelmatig *evalueren* van de gang van zaken (laat knelpunten niet in de organisatie hangen).

Hoe het ook zij, misschien blijft het belangrijkste toch het samenspel tussen arts en collegae, het samen willen werken en het samen willen oplossen van knelpunten. Het is niet de bedoeling dat de 'potentiële gebruiker' van een arrangement de lasten neerlegt bij de groep, maar ook niet dat de groep het probleem bij de 'potentiële gebruiker' laat liggen. Men is als geheel verantwoordelijk voor het goed functioneren van een praktijk/ vakgroep en voor plezier in het werk. Met een flexibele instelling is er heel veel mogelijk, zeker als er een bereidheid heerst tot het oplossen van knelpunten. Hierbij kan het helpen te beseffen dat iedereen in een situatie terecht kan komen waarin hij/zij zou

willen overstappen naar een andere werkverdeling: iedereen wordt sowieso ouder en krijgt misschien te maken met mantelzorg of eigen fysieke beperkingen; wat als je dan (ook nog) met een rigide organisatie te kampen hebt?

## Samenvatting onderzoek 'flexibele arrangementen'

- VanDoorneHuiskes en partners heeft onderzoek gedaan naar flexibele arrangementen in het artseneroep. Een flexibeler, 'levensloopbestendige' vormgeving van de beroepsuitoefening biedt een mogelijkheid om huidige ontwikkelingen (zoals toename tweeverdieners; noodzaak langer doorwerken; toename zorgvraag) beter te ondersteunen.
- De (grote) deeltijd baan op dagenbasis is een flexibel arrangement dat al relatief veel voorkomt.
- Flexibele arrangementen die het meest inpasbaar geacht worden binnen de praktijkvoering zijn arrangementen gebaseerd op deeltijdarbeid ( deeltijd baan op dagenbasis, deeltijdpensioen, duobaan) en de gecombineerde werkweek.
- Tegenover arrangementen gebaseerd op variabele uren en tijdelijke onderbrekingen staat men doorgaans sceptischer.
- Aanvullende suggesties door artsen om tot meer flexibilisering te komen, zijn:
  - (1) het uitbreiden en flexibiliseren van (openings-/ werk-) tijden en
  - (2) meer flexibilisering naar inhoud/taken (functionele flexibiliteit).
- Conditie waar bij implementatie aan voldaan zou moeten worden, zijn:
  - (1) stabiliteit en planbaarheid (hetgeen bepaald wordt door met name de belasting die het arrangement inhoudt voor collegae; de waarborging van continuïteit en kwaliteit voor patiënten; goede overdracht en communicatie en de mate van draagvlak binnen de organisatie);
  - (2) de betrokkenheid die de arts tentoonspreidt richting collegae en patiënten;
  - (3) de duidelijkheid voor praktijkvoering en patiënt omtrent het arrangement;
  - (4) regelmatig evalueren.

Op basis van de verschillende voorgelegde flexibele arrangementen en de open antwoorden uit de enquêtes laten zich verschillende mogelijkheden benoemen die tot meer flexibilisering kunnen leiden en die, mits aan bepaalde condities voldaan wordt, kunnen worden ingepast in de praktijkvoering.

- De verschillende vormen van deeltijd arbeid ([grote] deeltijd baan op dagenbasis, duobaan, deeltijdpensioen) en geherstructureerde uren (zoals de gecombineerde werkweek) worden het best inpasbaar geacht.
- Twee opties die naar voren komen uit de open antwoorden zijn de uitbreiding en flexibilisering van (openings-/werk-) tijden en functionele flexibilisering (niet zozeer flexibilisering in de zin van flexibilisering in tijd, maar flexibilisering naar inhoud/ taken).
- Twee arrangementen waar een vrij groot deel van de respondenten sceptisch tegenover stond, bieden in aangepaste vorm wellicht wel mogelijkheden:
  - 1) Een arrangement gebaseerd op *variabele uren* moet 'eerlijk' zijn, dwz voor iedereen beschikbaar en dus niet alleen voor ouders van jonge kinderen, zoals één van de voorgelegde arrangementen betrof. Bovendien moet het duidelijk zijn wanneer iemand aanwezig is en moet de planbaarheid geborgd zijn. Goede afspraken en ICT-ondersteuning (zie p.



14 van deze brochure) kunnen veel van de bezwaren wegnemen. De inpasbaarheid is wel enigszins afhankelijk van de omvang en samenstelling van de praktijk/vakgroep en de aard van de werkzaamheden van de arts in kwestie.

- 2) Ook een *tijdelijke onderbreking* moet 'eerlijk' zijn, dwz voor iedereen beschikbaar en dus niet alleen rond de geboorte van een kind, zoals één van de voorgelegde arrangementen betrof. Het laten rouleren van een sabbatical is een veelgehoorde mogelijkheid. In 'Arts & Auto' van 1 september 2007 wordt ingegaan op de sabbatical als 'must voor medici'. Bij een tijdelijke onderbreking dient de waarneming goed geregeld te zijn; zoals bijvoorbeeld in het interview op p. 10.

## Mogelijkheden om tot meer flexibilisering te komen

*N.B. Dit overzicht is samengesteld op basis van de verschillende voorgelegde flexibele arrangementen en de open antwoorden uit de enquêtes.*

Numeriek	
<b>Deeltijdarbeid</b> (bijvoorbeeld (grote) deeltijdbaan op dagenbasis, duobaan en deeltijdpensioen)	Gereduceerde uren ofwel deeltijd arbeid is een veel voorkomende vorm van flexibilisering. Aan een deeltijdbaan kan op allerlei manieren invulling gegeven worden binnen de grenzen van een x-aantal uur dat lager is dan de in de organisatie geldende volledige werkweek.
<b>Geherstructureerde uren</b> (bijvoorbeeld gecomprieeerde werkweek)	Geherstructureerde uren wil zeggen dat men de werkweek anders inricht dan gebruikelijk, dus in het geval van 5 keer 8 uur bijvoorbeeld 4 keer 10 uur, waarbij men als het ware de werkweek ineem drukt. Deze vorm van flexibilisering wordt een "gecomprieeerde werkweek" genoemd.
<b>Uitbreiding en flexibilisering van (openings-/ werk-) tijden</b>	Kan het helpen om van 7 tot 7 en/of op zaterdag arbeidsuren in te zetten? Is het werken in shifts een goed idee? Deze vorm kan zowel voor artsen als voor (werkende) patiënten zeer aantrekkelijk zijn.
<b>Variabele uren</b> (bijvoorbeeld geannualiseerde uren)	Het kan zo zijn dat iemand in principe graag (fulltime) wil werken, maar dat er momenten op een dag of in een week/ maand/ jaar zijn die spanningen opleveren. Deze kunnen worden opgevangen door gebruik te maken van een arrangement dat op variabele uren gebaseerd is.
<b>Tijdelijke onderbreking</b> (bijvoorbeeld het laten rouleren van een sabbatical)	Het laten rouleren van een sabbatical kan voor 'adempauzes' zorgen; waarvoor je ze wilt inzetten moet je zelf maar weten: zorg voor (kleine) kinderen, vakantie, mantelzorg, verdieping in vakgebied, een 'opacontract'.
Functioneel	
<b>Flexibilisering naar inhoud/taken</b>	Het beperken tot of specialiseren in bepaalde deeltaken en/of het ruilen van taken, zodat ieders sterke kanten beter kunnen worden benut.

# Interview



Als het om flexibilisering van werktijden en organisatie van werk gaat, kunnen veel medici wellicht nog wat leren van hun collegae in de huisartsgeneeskunde; flexibilisering is daar reeds langer een voorkomend verschijnsel dan in veel andere specialismen. Tijdens de werkconferentie (zie pagina ..) werd door een aantal artsen met grote interesse geluisterd naar 'hoe het ook kan'. Tijd voor een interview met de vrouw die zorgde voor deze 'eye-opener': huisarts Lydia Ketting-Stroet, werkzaam in huisartsenpraktijk Detmoldstraat te Utrecht.

## **Kunt u toelichten op welke wijze de praktijk op dit moment ingericht is?**

Onze praktijk bestaat uit 5 huisartsen, variërend in leeftijd van 29-62 jaar. Momenteel werken we allemaal 60-70%. Daarmee is men voldoende aanwezig om patiënten terug te kunnen zien en organisatorische problemen te voorkomen. Er hoeft weinig overgedragen te worden.

## **Naast de deeltijdcomponent die we in deze constructie zien; wat maakt jullie praktijkvoering 'flexibel'?**

Alle huisartsen in de praktijk tonen respect voor verschillende fasen in een levensloop. Het is belangrijk continuïteit te bewaren in de loop van jaren. Om een voorbeeld te noemen: twee oudere collegae – waarvan er nu een met pensioen is – zijn op latere leeftijd van 80% teruggedaan naar 70% omdat het allemaal te zwaar werd. Een mannelijk collega ging toen van 60 naar 70%. Maar op een gegeven moment heeft hij zijn werktijden verschoven om extra tijd te reserveren voor zijn kinderen. Ook met werktijden wordt flexibel omgegaan: in de tijd dat ik zelf kinderen had, begon ik later – om 9.00 uur – om eerst thuis de zaken te regelen. Er was sprake van een ruil: collegae boden opvang door van 8.00-9.00 voor mij te werken, en ik was 's middags voor spoedzaken beschikbaar. Nu heeft een andere collega die kinderfase en werk ik inmiddels weer vanaf 8.00 uur. Mijn jongste collega heeft nog geen kinderen en leert de praktijk nog kennen en is wat meer aanwezig.

## **Hoe doen jullie dat dan? Als iemand ineens van 70% naar 60% gaat? Betekent dat dan automatisch dat anderen het drukker krijgen?**

In overleg kan iemand anders meer gaan werken; en dan gaat diens inkomen ook omhoog. We hebben een aandeel in de praktijk afhankelijk van onze praktijkomvang. Daarnaast bepalen we of we de praktijk laten groeien of juist iets krimpen. We houden de werkdruk goed in de gaten. Als het te zwaar wordt, huren we een waarnemer in. Sinds de verandering van het zorgstelsel bijvoorbeeld hebben we wegens de extra administratie een vaste waarnemer plus een boekhouder erbij. Met diensten kunnen we de werkdruk ook beïnvloeden: met jonge kinderen of op oudere leeftijd kunnen de diensten zwaar vallen. Dat regel je dan met elkaar, of je verkoopt de diensten.

### **Letten jullie bewust op de leeftijdsopbouw van de praktijk?**

Nee, dat wordt eigenlijk allemaal niet gepland, maar gaat gewoon aan de hand van natuurlijk verloop.

### **Worden veel van deze zaken op informele wijze geregeld, of leggen jullie veel vast in contracten?**

Naast onze wekelijkse overleggen waar kwesties rond waarneming en overdracht op weekbasis aan de orde komen, hebben we ieder jaar een heidag waar op meer structureel niveau aanpassingen worden aangebracht. Tijdens de heidag wordt bekeken op welke punten afspraken in het maatschapcontract aan revisie toe zijn. Ik begrijp dat veel medici aangeven dat contracten niet veranderd kunnen worden? Dat lijkt me toch eigenlijk niet zo'n probleem...

### **Wat zijn minder positieve aspecten?**

Je blijft natuurlijk altijd met een stukje waarneming zitten. Daarom is het belangrijk om zaken goed te registreren.

### **Wat zijn belangrijke condities voor het laten slagen van een dergelijke praktijkvoering?**

Belangrijk is dat helder is wie eerstverantwoordelijke is voor een patiënt. We hebben patiënten op naam, hetgeen stimulerend werkt in dit opzicht - mede door de vertrouwensrelatie die ontstaat met een patiënt. Er bestaan ook huisartsenpraktijk met patiënten op praktijk, dan is overdracht heel cruciaal. Daarnaast is het heel belangrijk om vertrouwen te hebben in elkaar. Als dat er niet is, is het heel moeilijk. Verder is het goed om volgens bepaalde richtlijnen te werken; we werken volgens NHG-standaarden en voeren FTO-overleg – hetgeen meteen een vorm van nascholing is en waardoor je ook op dezelfde golflengte zit wat betreft aanpak.

### **Hoe wordt jullie praktijkvoering eigenlijk beoordeeld door patiënten?**

Een patiënt wil dat je altijd beschikbaar bent en zou het liefst dag en nacht een beroep op je kunnen doen. Wij vinden dat niet realiseerbaar. Patiënten worden zoveel mogelijk bij de eigen huisarts ingepland hetgeen de relatie versterkt. Ik denk dat een van de sterke kanten van huisartsenzorg is dat die persoonlijke zorg daarin blijft. Ook het feit dat onze onderlinge relaties goed zijn, werkt bevorderend voor de patiëntenzorg. De continuïteit en kwaliteit van zorg zijn goed gewaarborgd.

### **Is het inpasbaar in andere praktijken? En in ziekenhuizen?**

Tja, wat me opvalt is dat sommige groepen daar zo archaisch in kunnen zijn. Maar ik geloof zeker dat flexibilisering bijna overal mogelijk is. De weerstanden zitten op een ander terrein dan vaak naar voren wordt gebracht, zoals 'het kan niet vanwege de contracten'. Volgens mij heeft het veel meer met onderlinge relaties te maken. Ik denk overigens dat het een voordeel is als iedereen parttime werkt. Als iedereen af en toe voor elkaar moet waarnemen, houd je de relaties gelijkwaardiger.

# Pilot op een afdeling in een UMC

Met de toename van tweeverdieners onder arts-assistenten en medisch specialisten, met de noodzaak van langer doorwerken en duurzamer loopbanen van artsen, neemt de behoefte aan flexibilisering van werktijden en –organisatie en een zekere verkorting van arbeidstijden bij medisch specialisten toe. Onderzoek binnen een afdeling van een Universitair Medisch Centrum (2007) wijst uit dat wensen van medisch specialisten en arts-assistenten omtrent verkorting van arbeidstijd in de regel in *formele* zin wel worden gehonoreerd. Men staat niet onwelwillend tegenover wensen op dit vlak, waarbij overigens wel van grote deeltijdbanen wordt uitgegaan. In de *praktijk* blijkt een zekere flexibilisering en verkorting van arbeidstijden binnen de afdeling moeilijker te realiseren, omdat er bij voortduring sprake is van een context van overwerk en tijdsdruk. Het geheel aan werkzaamheden is dusdanig groot, dat verkorting van de arbeidstijd in de praktijk vooral neerkomt op het verrichten van dezelfde hoeveelheid werk als voorheen, maar nu voor minder geld. Een weinig aantrekkelijk beeld.

Zou dit anders kunnen? Zou de druk van tijd en werk kunnen worden verlicht, zou de organisatie van werk zo kunnen worden ingericht, dat verkorting en flexibilisering van arbeidstijd ook daadwerkelijk kunnen worden gerealiseerd?

## Op het niveau van de arts zelf:

- Train de medische staf en arts-assistenten in planning van werkzaamheden, vormen van overdracht en communicatie. Zij zijn het die de rode draad duidelijk moeten structureren en helder moeten communiceren wat dient te gebeuren; ook tijdens hun afwezigheid.

## Op afdelingsniveau:

- Zet ondersteunende diensten meer en beter in. Voor een aantal werkzaamheden hoeft men niet als medisch specialist geschoold te zijn. Zet bijvoorbeeld, in afwachting van digitale patiëntendossiers, per afdeling administratieve krachten in die tot (enige) taak hebben ondersteuning te bieden bij het volledig maken van patiëntendossiers. Ook ondersteuning door automatiseringsdiensten kunnen het leven (logistiek) minder druk maken en ten slotte kan de inzet van nurse practitioners bijdragen aan een 'gezondere' inrichting van de organisatie van werkzaamheden.
- Inlevering van werktijd door individuele artsen blijkt op het niveau van de afdeling vaak niet te worden gecompenseerd. Tel de tienden ingeleverde werktijd bij elkaar op en stel een extra arts-assistent of specialist aan.
- Regelmatige herbezinning op doel, invulling en moment van bijeenkomsten. Neem hiertoe af en toe een (goed voorbereide) dag "afstand van het werk" om met elkaar te bespreken of men nog efficiënt bezig is, of de manier van werken nog wel aansluit bij de wensen van de patiënt en van het personeel. Desgevraagd lijken veel verbetervoorstellen binnen de afdelingen te kunnen worden geopperd. In de dagelijkse routine ontbreekt echter de tijd om daar bij stil te staan.

## Op ziekenhuisniveau:

- Digitalisering van de patiëntendossiers.



## Nurse Practitioner

Een goede inbedding van de positie van nurse practitioners in ziekenhuizen in Nederland is volop in ontwikkeling. De nurse practitioner is een verpleegkundige die door aanvullende training en scholing een deel van de medische handelingen kan uitvoeren. Zo'n veertig jaar geleden is het beroep ontstaan door een tekort aan artsen in de VS en Canada; later is het ook sterk ontwikkeld in bijvoorbeeld Engeland, Zuid-Afrika en in de Scandinavische landen. In Nederland kwam de ontwikkeling van dit beroep eind jaren negentig op de agenda. In 2005 verscheen een proefschrift van Marrig Knip op basis van casestudies in vier klinieken binnen het UMCG en interviews met ruim 200 patiënten. Belangrijke conclusies op basis hiervan zijn:

- 1) De aanstelling van nurse practitioners bevordert de kwaliteit van zorg, vooral omdat NP's een totaalpakket aanbieden: ze kunnen behandelen, informatie geven en zich vaak goed inleven in de patiënt.
- 2) De NP bewerkstelligt een efficiëntere zorg. Er komt meer continuïteit in de zorg - de NP is een centraal aanspreekpunt voor de patiënt. De behandeltime wordt korter.

De invoering van een NP op een afdeling kan overigens wel op weerstand bij het personeel stuiten. Het door Marrig opgestelde model geeft aan hoe succesvol de functie is, maar ook geeft het praktische handvatten voor ziekenhuizen die overwegen om nurse practitioners aan te stellen. Voor geïnteresseerden: het proefschrift is getiteld: 'Werken met Nurse Practitioners: effecten van functiedifferentiatie op de grens van care en cure'.

## Flexibilisering en burn-out preventie

Zoals de KNMG in haar kwaliteitsmanifest schrijft, zijn er in toenemende mate signalen dat artsen hun werk als zwaar en stressvol ervaren. Ook recent onderzoek onder aios laat weinig bemoedigende cijfers zien: één op de vijf aios voldoet aan de criteria van burn-out<sup>1</sup>. KNMG geeft aan dat om te voorkomen dat de medische sector 'opgebrand' raakt, beleid wordt ontwikkeld dat erop gericht is om instroom te vergroten en vervroegde uitstroom te voorkomen. Aandacht dient uit te gaan naar het voorkomen van demotivatie en burn-out bij praktiserende artsen.

Sinds 2001 is op [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl) de KNMG-carrièremonitor operationeel, aan de hand waarvan artsen online kunnen nagaan hoe het met hun werkstress en arbeidsvreugde is gesteld. Factoren die het werkplezier bedreigen, zijn vooral de hoge werkdruk, bureaucratie, emotionele belasting en invloed van het werk op het privé-leven.

KNMG geeft in het manifest aan dat flexibilisering van opleidingen, onder andere door een modulaire opbouw, de instroom bevordert en een wenselijke of noodzakelijk carrièrewijziging kan vergemakkelijken. Ook wordt ingegaan op veranderde preferenties van jonge artsen; de nieuwe generatie heeft een andere invulling van het leven en arbeidstijden, -inhoud, werksfeer en carrièreperspectieven zijn zeer belangrijke zaken om aandacht aan te besteden om deze groep te behouden voor de professie. 'Flexibilisering' wordt als sleutelwoord genoemd om de zogenoemde 'actieve' periode te vergroten, bovendien kan flexibilisering een bijdrage leveren aan preventie van demotivatie.

<sup>1</sup> F.M.M.A. van der Heijden c.s., 'Toegewijd, maar oververmoeid'. Medisch Contact, 10 november 2006, jr. 61 nr. 45

## ICT ondersteuning

ICT-ontwikkelingen kunnen een belangrijke rol spelen bij het faciliteren van meer flexibilisering in de professie. Een veelgehoord argument tegen invoering van meer flexibele arrangementen is dat een arrangement 'goed planbaar' moet zijn, 'transparant' en 'geen administratieve rompslomp' moet veroorzaken. Men wil niet in allerlei ingewikkelde roosteronderhandelingen terecht te komen en veel tijd kwijtraken aan het gepuzzel met roosters. Men heeft het al druk genoeg, dus om daar nu veel tijd aan te besteden, dat is niet erg wenselijk.

Planconcepten combineren de belangen van zowel werkgevers als van werknemers op een intelligente manier, bijvoorbeeld via zelfroostering. Hierbij bepaalt de organisatie de bezettingseisen en het programma houdt rekening met bijvoorbeeld regelgeving. Op basis van de bezettingseisen stellen werknemers hun ideale rooster op. Hierin kunnen wensen aangegeven om wel te werken, maar ook 'veto's' voor uren waarop men niet wenst te werken. Ook kan worden ingesteld dat bonusparameters worden opgenomen voor werken op onconveniente/ impopulaire uren, die kunnen worden gecompenseerd door óf vrije tijd óf extra geld. Op basis van matching tussen deze gewenste roosters en de bezettingseisen komt een voorlopig rooster tot stand. Indien er op deze wijze geen sluitende bezetting tot stand is gekomen, wordt gepoogd dit onderling op te lossen (bv via internet), of worden de overgebleven uren volgens de bezettingseisen door ofwel de manager ofwel door middel van automatische toekenning ingevuld. Al met al komt men dus tot een "optimale fit" door in de eerste plaats iemands eigen inbreng en pas later (eventueel) door de planner of de automatische oplossingengenerator.

Twee voorbeelden van organisaties die zich toegelegd hebben op ICT-ondersteuning in roostering in de zorg zijn Time Care en Mateum BV. Zij ontwikkelen software die een flexibele bezetting relatief gemakkelijk realiseerbaar maken.

### **Time Care**

Time Care is een Zweeds bedrijf dat in 1993 door een medisch hoogle- raar en zijn collega werd opgericht. Zij ontwikkelden een programma dat hulp biedt bij roostering (zoals zelfroostering) en dat uitgaat van het vinden van een balans tussen de vraag van organisaties en de be- hoefte van werknemers. Het softwareprogramma wordt ook Time Care genoemd en is een systeem dat zowel op de PC als via internet kan wor- den gebruikt. Time Care wordt in Nederland op de markt gebracht door Plainpoint, dat onderdeel uitmaakt van de Déhora Consultancy Group. Kijk voor meer informatie bijvoorbeeld op [www.planpoint.nl/files/time-careleaflet1a.swf](http://www.planpoint.nl/files/time-careleaflet1a.swf) of [www.timeshare.com](http://www.timeshare.com).



### **Mateum BV**

In ziekenhuizen en zorginstellingen gebeurt het roosteren van perso- neel nog voor een groot deel met de hand. Mateum BV ontwikkelt op- lossingen hiervoor in de vorm van intelligente planningssoftware. Zo werd voor het Academisch Ziekenhuis Maastricht zeer gebruiksvrien- delijke software ontwikkeld om het opleidingsprogramma voor zestig arts-assistenten optimaal in te plannen ([www.mateum.nl](http://www.mateum.nl)).



# De werkconferentie

**“Op weg naar een duurzame vormgeving van het artseneroep”. De belangrijkste uitkomsten op een rij.**

## Inleiding

Op 11 september 2007 kwamen zo'n 35 artsen en andere betrokkenen bij de medische professie in een werkconferentie bijeen. De werkconferentie vormde een onderdeel van het project "Artsen van de toekomst: *best practices* in flexibele arrangementen". Op de agenda stond als belangrijkste vraag of het thema flexibilisering in de praktijkvoering van artsen verder dient te worden ontwikkeld, en op welke wijze dat dan zou moeten gebeuren. Wie zijn "stakeholders" of "probleemeigenaren" en wie zouden als ambassadeurs van meer flexibilisering in de uitoefening van het beroep van specialist of huisarts kunnen optreden? Of gaan dit soort processen min of meer vanzelf, door de ontwikkelingen die zich binnen de professie voordoen, en is het gewoon een kwestie van tijd?



Anneke van Doorne  
(VanDoorneHuiskes en partners)

Over deze vragen werd enthousiast gediscussieerd door bestuursleden van belangrijke organisaties zoals KNMG, Orde van Medisch Specialisten, CBOG, LVAG, VVAA, VNVA, door een aantal medische hoogleraren, door een aantal huisartsen, door sociaalwetenschappelijk onderzoekers en organisatieadviseurs. Professor Paul Schnabel, directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau, hield een inleiding over veranderingen in het doktersberoep en hoe die met maatschappelijke ontwikkelingen samenhangen.

## Een aantal conclusies

Professor Schnabel schetste het beeld van toen: de dokter als man, die alleen werkt en altijd beschikbaar is en de ontwikkeling naar het beeld van nu: de dokter die – veel vaker – vrouw is, samenwerkt, in dienstverband werkt. De status van de dokter is veranderd, meer gedemocratiseerd zou je kunnen zeggen, en de kennis van artsen is veel meer geprotocolleerd dan die vroeger was. Meer tweeverdieners in de samenleving, ook bij artsen, hebben de vraag naar werktijden en flexibilisering van werktijden dwingend gemaakt.

Duurzaamheid van loopbanen, gezond en gemotiveerd doorwerken tot 65 jaar, wordt in toenemende mate belangrijk, ook voor artsen. Deze duurzaamheid komt niet tot stand bij overvolle werkweken, waarin geen ruimte is voor andere levenszaken dan het werk alleen. Ook om die reden is flexibilisering van werktijden een relevant onderwerp.



Paul Schnabel (Directeur SCP)

Huisartsen lijken bij flexibilisering voorop te lopen. In samenwerkingsverbanden wordt in een aantal gevallen de levensfase als uitgangspunt voor de werkorganisatie genomen (zie ook kader met interview). Respect voor de verschillende levensfasen is een uitgangspunt. Maar er komt meer bij: heldere afspraken tussen collega's, heldere toedeling van verantwoordelijkheden, continuïteit betrachten.



Kwaliteit van dienstverlening, veiligheid voor patiënten, zorgvuldige overdrachten, het zijn eisen waaraan niet mag worden getornd. Maar ze zijn wel verenigbaar met meer flexibiliteit in werkroosters. Mits men daarover goede afspraken maakt. Communicatie is een *must*.

Kwalitatief betere dokters door een deeltijdvariant van 80 % van de werktijd. Die vorm wordt door velen als haalbaar gezien. Daar zou in de opleiding al mee moeten worden begonnen. Opleidingen niet in een lager percentage dan 80 %. Anders gaat het allemaal eindeloos duren.



Meer efficiëntie in de praktijkvoering wordt door velen bepleit. Verbeteringen in samenwerking, communicatie, logistiek, het zijn belangrijke voorwaarden voor een meer flexibele praktijkvoering. Technologische innovatie is nodig: elektronische patiëntendossiers, mogelijk ook contacten via de webcam, bijvoorbeeld bij chronische patiënten. Dit soort innovaties maken een flexibeler tijdsbeslag mogelijk.

J. Kocken (Anesthesioloog), P. Lens (Huisarts, KNMG),  
A. van Rooijen (Beleidsmedewerker KNMG)

Wie zijn belangrijke actoren in dit proces van verdere verspreiding van flexibele modellen?

**Een aantal suggesties:**

- Koepelorganisaties moeten flexibele modellen actief uitdragen, voorbeelden en *best practices* via websites beschikbaar stellen
- Koepelorganisaties kunnen ook voorbeelden van nieuwe modelcontracten uitwerken en beschikbaar stellen
- In medische opleidingen wordt het thema van flexibele praktijkvoering behandeld en uitgedragen
- Medische stafbesturen van ziekenhuizen zetten flexibilisering op de agenda's van hun heidagen. Er vindt een uitwisseling van *best practices* tussen stafbesturen plaats.



De tijd zal veel doen, zo is het algemene oordeel. Maar het gaat allemaal wel erg lang duren, als het alleen aan de tijd wordt overgelaten. Daarvoor is de zaak te belangrijk. De duurzaamheid van loopbanen van artsen is in het geding. En hun satisfactie in en betrokkenheid bij het werk.

D. Wientjens (Arts-epidemioloog), J. Haalboom (Hoogleraar UMC Utrecht),  
H. van Hulsteijn (Vice-voorzitter Orde van Medisch Specialisten, internist),  
A. van Lindert (Gynaecoloog)



P. Heiligers  
(Onderzoeker Universiteit Utrecht / NIVEL)



E. van der Veen (Voorzitter CBOG)



Foto links: P. Huijbregts (Directeur CBOG), A. van Beek (Partner VanDoorneHuiskes en partners), P. Groenewegen (Hoogleraar Universiteit Utrecht /NIVEL), R. van Diemen (Directeur onderwijs VUmc, Hoogleraar), D. Braat (Hoogleraar UMC St Radboud) Foto rechts: I. Hellemans (Begeleidingscommissie, Cardioloog)

## Instanties en praktische informatie

Naast VanDoorneHuiskes en partners houden onder andere de volgende organisaties zich bezig met het zoeken naar mogelijkheden van meer flexibiliteit in medische organisaties:

### NIVEL

Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Dit instituut voert op projectbasis toegepast beleidsonderzoek uit voor beleidsmakers in de gezondheidszorg.

Binnen het onderzoeksprogramma 'Beroepen in de gezondheidszorg' vindt de verdiepingsstudie naar deeltijdarbeid plaats. ZonMw treedt op als subsidiënt in deze. Alle publicaties van het NIVEL, zoals

- Integratie deeltijdwerken medisch specialisten
- Checklist Integratie deeltijdwerken medisch specialisten
- Artsen en hun carrièrewensen: een literatuurverkenning
- Quick scan deeltijd werken medisch specialisten: knelpunten en prioriteiten zijn openbaar en te bekijken op hun website.

### ZonMw

Doel van het programma Deeltijdwerken Medisch Specialisten van ZonMw is het wegnemen van praktische belemmeringen die het in deeltijd werken door medisch specialisten in de weg staan. In totaal financierde het programma acht projecten. Uitvoerders van de projecten binnen dit programma zijn onder meer NIVEL, Universiteit Maastricht, Cap Gemini.





### VNVA

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) hecht belang aan de optimale benutting van het talent van vrouwelijke artsen. Arbeidsomstandigheden kunnen daarbij juist belemmerend werken. Eén van de aandachtgebieden is dan ook gericht op flexibele werktijden en meer 'support' (zoals voor- en naschoolse opvang). Onderdeel van de VNVA is de commissie 'Werk in balans', die zich bezighoudt met alle aspecten van werken in deeltijd.



### KNMG

Het loopbaanbureau van de KNMG "...biedt ondersteuning aan toekomstige en praktiserende artsen in elke ontwikkelings- en/of loopbaanfase die lid zijn van de KNMG-federatie (studenten geneeskunde; artsen in opleiding; praktiserend artsen). Het belangrijkste uitgangspunt bij de ondersteuning is het vinden van de juiste balans tussen de ontwikkeling als medicus en het privéleven. Als deze balans in evenwicht is, zal sprake zijn van meer motivatie, vitaliteit, inzet, medeverantwoordelijkheid, creativiteit en productiviteit..." (tekst: website Loopbaanbureau KNMG)



### LVAG

De Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen (LVAG) is de belangenbehartiger van de arts al dan niet in opleiding tot medisch specialist (aios respectievelijk anios) voor maatschappelijke, rechtspositionele, economische en opleidingsinhoudelijke zaken. De belangenbehartiger van 'de arts van de toekomst' bij uitstek dus. De LVAG nam in 2005 het initiatief tot het uitvoeren van een onderzoek gericht op de balans tussen opleiding, werk en privé-leven. Dit onderzoek werd uitgevoerd door Artsen Stichting Nederland, LVAG en Universiteit Utrecht. De LVAG gaf tijdens het symposium "AIOS maken de balans op! Op zoek naar evenwicht tussen opleiding, werk en privé" aan graag met deskundigen, opleiders, managers, partners van AIOS en vooral met AIOS zélf in gesprek te gaan om te zoeken naar de oorzaken van en de oplossingen voor de problemen die veel AIOS ervaren tussen hun werk- en in hun privéleven, zodat zij bevlogen en toegewijd zullen blijven.

### Samenwerkende Patiënten/Consumentenorganisaties

Uit onderzoek van de SPC en het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Groningen komt naar voren dat veel patiënten, en met name taakcombineerders, behoefte hebben aan huisartssprekuren buiten de normale werktijden, dus voor 8.00 uur, 's avonds of op zaterdag. Het project 'Ook 's avonds en op zaterdag...' omvat een experiment met 6 huisartspraktijken om dergelijke spreken in te stellen. Voorwaarden en knelpunten vanuit zowel patiënten- als zorgaanbiederperspectief worden in kaart gebracht en aanbevelingen en suggesties verzameld in een publicatie. Bovendien worden, in samenwerking met RCPG Groningen, de zorgverzekeraar en huisartsen, de resultaten verder geïmplementeerd.



### DUOJob

DUOJob is een adviesbureau voor het oplossen van bezettingsvraagstukken door gebruik te maken van parttime banen en duobanen. Uitgangspunt is dat werkgever en werknemer partners zijn in potentieelbenutting. In samenwerking met de Orde voor Medisch Specialisten, KNMG, VNVA en het AMC hebben zij een beslissingsondersteunend instrument gemaakt: De DUOJob Diagnosetool voor Medisch Specialisten® (DDTM) ([www.duojobdiagnosetool.nl](http://www.duojobdiagnosetool.nl)). Met behulp van deze tool kan, door middel van analyse van de relevante functie- en organisatiekenmerken, bepaald worden of een functie geschikt is voor een duobaan of een parttime functie. Met het oog op productiviteit en effectiviteit is de tool ook geschikt om bestaande parttime functies en duobanen te optimaliseren.

### Handboek HRMedisch specialisten

De site handboek HRMedisch specialisten ([www.hrmedisch-specialisten.nl](http://www.hrmedisch-specialisten.nl)) biedt medisch specialisten, in dienst-of maatschapverband werkend, een brede blik op alle HRM-aspecten die in het proces van toe- en indienstreding tot aan uitdienststreding aan de orde komen. Daarnaast ook informatie voor medisch specialisten die meer willen weten over werken in deeltijd.

# Artsen van de toekomst

## *Best practices in flexibele arrangementen*

Centrale doelstelling van het project 'Artsen van de toekomst: Best practices in flexibele arrangementen' is het verzamelen en verspreiden van best practices in flexibele arrangementen en het bijdragen aan de implementatie van flexibele arrangementen in de beroepsuitoefening.

### EUROPESE UNIE



### Europees Sociaal Fonds

Dit project is mede mogelijk gemaakt door het Europees Sociaal Fonds en het programma Dagindeling van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid



Meer informatie op [www.artsenvandetoekomst.nl](http://www.artsenvandetoekomst.nl)  
en via:

Anneke van Doorne - Huiskes  
VanDoorneHuiskes en partners  
Kerkstraat 19-E  
3581 RA Utrecht  
030-2333361  
[anneke@vandoornehuiskes.nl](mailto:anneke@vandoornehuiskes.nl)



*Tekst*

Anneke van Doorne en Wieteke Conen  
VanDoorneHuiskes en partners

*Vormgeving*

SA&R, Utrecht

*Foto's werkconferentie*

J.M. van Doorne