

Femke Reijenga, Wim Zwinkels, Tinka van Vuuren

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector:

een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen

Onderzoek uitgevoerd door TNO Arbeid, in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI).

De Raad voor Werk en Inkomen is het overlegorgaan van werkgevers, werknemers en gemeenten. De RWI adviseert de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over arbeidsmarktbeleid. Doel van deze adviezen is een goed functionerende arbeidsmarkt te bevorderen. Een andere taak is het vergroten van transparantie en kwaliteit op de reïntegratiemarkt. Ook heeft de RWI een eigen subsidieregeling om werkgelegenheidsprojecten te stimuleren.

Februari 2004

Inhoudsopgave

Management samenvatting	4
1 Inleiding	10
1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen	11
1.2 Onderzoekopzet	12
1.3 Leeswijzer	14
2 Verklarende factoren voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	16
2.1 Inleiding	17
2.2 Verklarende factoren gevonden in de analyse van het CBS/POLS-bestand	17
2.2.1 Inleiding	17
2.2.2 Verklarende factoren voor de frequentie van ziekteverzuim binnen de zorg	18
2.2.3 Verklarende factoren voor de duur van het ziekteverzuim binnen de zorg	19
2.2.4 Conclusies	20
2.3 Verklarende factoren gevonden in de analyse van het Vernet-bestand	20
2.3.1 Inleiding	20
2.3.2 Analyse op brancheniveau	21
2.3.3 Analyse op werkgeverniveau	23
2.3.4 Analyse op werknemerniveau	25
2.3.5 Conclusies	28
2.4 Vergelijking met in de literatuur gevonden verklarende factoren	30
2.4.1 Hoogte van verzuim en arbeidsongeschiktheid	30
2.4.2 Variaties in de hoogte van het verzuim	32
2.4.3 Oorzaken voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en variaties daarbinnen	32
2.4.4 De beïnvloedbaarheid van de factoren	36
3 Beleidsmaatregelen op macro-, meso- en microniveau	38
3.1 Beleidsmaatregelen op macro niveau	39
3.2 Beleidsmaatregelen op meso niveau	40
3.2.1 De maatregelen op sectorniveau	40
3.2.2 De maatregelen in de vijf branches	42
3.2.3 Beleidsontwikkeling op branche niveau	45
3.3 Beleidsmaatregelen op micro niveau	46
3.3.1 Kanttekeningen bij de maatregelen in de instellingen	46
3.3.2 Conclusies op instellingsniveau geordend naar branche	48
3.3.3 Conclusies op instellingsniveau geordend per type maatregel	50
3.4 Succes- en faalfactoren volgens de literatuur in beleidsmaatregelen	52
3.5 Witte vlekken in beleidsmaatregelen	56

4	Confrontatie van de verklarende factoren met de genomen beleidsmaatregelen	58
4.1	Grijpen de maatregelen aan op de verzuimoorzaken?	59
4.1.1	Leeftijd: aandacht voor jonge én oudere werknemers	60
4.1.2	Vrouwen	61
4.1.3	Organisatiekenmerken	62
4.1.4	Langdurig zieke werknemers en het beperken van de verzuimduur	63
4.2	Open vragen inzake verzuimoorzaken en beleidsmaatregelen	64
5	Conclusies	68
	Literatuur	74
	Bijlagen	84
Bijlage A	Uitwerking CBS/POLS analyse	85
Bijlage B	Uitwerking Vernet-analyse	96
Bijlage C	Analysekader literatuuronderzoek	102
Bijlage D	Bijeenkomst met deskundigen uit de zorgsector	106

MANAGEMENT SAMENVATTING

Over dit onderzoek

Verzuim en WAO-instroom in de zorgsector zijn hoog. Een flink deel van de werkzame bevolking in Nederland werkt in de zorgsector. Daarnaast kampt de zorgsector met een tekort aan personeel en met wachtlijsten die de maatschappij grote zorgen baart. Redenen voor de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) om onderzoek te laten doen naar oorzaken van het hoge verzuim en de hoge WAO-instroom in de zorgsector in combinatie met onderzoek naar de effectiviteit van de beleidsmaatregelen op macro-, meso- en microniveau.

Door middel van een literatuuranalyse naar beleidsmaatregelen en een secundaire analyse van verzuimdata van Vernet (een organisatie die verzuimgegevens registreert van 82% van de Nederlandse zorginstellingen) en het POLS/CBS-bestand (dat zelfgerapporteerd verzuim in de eerste twee maanden over de afgelopen jaren volgt en daarbij zicht geeft op persoons- en werkkenmerken) is geprobeerd antwoord te geven op de gestelde onderzoeksvragen. De kernvragen daarbij waren: Grijpen de maatregelen aan daar waar de grootste problemen liggen? Kan de beleidseffectiviteit worden verhoogd? Welke witte vlekken zijn er?

De eerste vraag kan met een voorzichtig “ja, gedeeltelijk” worden beantwoord. Maar daar moeten meteen kanttekeningen bij worden gemaakt. De tweede vraag kan worden beantwoord met een volmondig “ja, zeker” en de derde vraag leidt tot een aantal agendapunten voor de toekomst.

Aangrijpingspunten

De beleidsmaatregelen die worden genomen zijn voor een groot deel gericht op arborisico's die in de zorg groter zijn dan in andere sectoren. We denken dan met name aan beleidsmaatregelen ter vermindering van de fysieke en mentale belasting. In tegenstelling tot de praktijkervaringen van werknemers en werkgevers en tal van publicaties over de problemen in de zorgsector, hangen – volgens de data-analyse - fysieke en mentale belasting niet significant samen met een groter arbeidsongeschiktheidsrisico. Wel spelen deze belastende factoren een grotere rol bij arbeidsongeschiktheid dan in andere sectoren. Ook een eerdere data-analyse – uit 2001 – vond dit verband niet. Een verklaring voor het verschil in cijfers en beleving in de praktijk is vooralsnog niet goed te geven.

Wel relevant voor de verzuimfrequentie blijken factoren als een slechtere intrinsieke reward (minder kansen op promotie, ontplooiing en aansluiting tussen werk en opleiding). Significants voor de verzuimduur blijken daarnaast de werksfeer, de mate van autonomie en de regelmogelijkheden voor de werknemers.

Hoe beter de werksfeer en hoe meer autonomie en regelmogelijkheden, hoe eerder men terugkeert in het werk. Hier liggen zeker aanknopingspunten voor beleidsmaatregelen, maar die worden nog slechts in geringe mate genomen. Ook organisatiegebonden factoren zoals regio (randstad of niet) en grootte van de instelling spelen mee in de hoogte van het verzuim. Hoe groter de instelling hoe hoger het verzuim en werknemers in de randstad verzuimen meer.

Het is mogelijk dat er een interactie tussen factoren plaats vindt en dat werknemers wel degelijk last hebben van fysieke en mentale belasting, maar dit niet primair als verzuimreden zien. Pas als daarnaast de werksfeer slecht is of men weinig ruimte voor ontplooiing en eigen invulling in het werk ziet, meldt men zich ziek en blijft men wellicht langdurig ziek. De beschikbare data waren niet geschikt om onderzoek naar de interactie tussen verzuim-oorzaken te doen.

Daarnaast toont dit onderzoek – eveneens in navolging van eerdere data-analyses – aan dat in de zorgsector persoonsgebonden factoren een zeer grote invloed hebben op de verzuim- en WAO-cijfers.

Werknemers met een chronische aandoening verzuimen in de zorgsector vaker en langer dan anderen. Daarnaast verzuimen jongeren tot 35 jaar ook vaker en – in tegenstelling tot jongeren buiten de zorgsector in de eerste twee maanden - niet korter dan ouderen. Ook vrouwen verzuimen vaker en jonge vrouwen hebben een beduidend grotere kans om de WAO in te komen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. De werkende populatie in de zorgsector (82 % is vrouw, het personeelsbestand is relatief jong) maakt dat deze factoren een grote invloed hebben op de totaalcijfers voor de sector.

De analyse van de databestanden bevestigt zodoende eerdere onderzoeksresultaten maar legt ook enkele nieuwe knelpunten bloot: de beleidsaandacht is (te) weinig doelgroepgericht. Zeker werknemers met een chronische aandoening of jongeren die problemen ervaren met de intrinsieke reward krijgen nog onvoldoende specifieke beleidsaandacht. De thematiek van jonge vrouwen die in de WAO komen krijgt wel in publicaties veel aandacht, maar er is nog weinig concreet beleid ontwikkeld op instellingsniveau om hier op in te spelen. Er zijn grote verschillen in arbeidsongeschiktheidscijfers tussen de branches in de zorg. Uit eerdere publicaties bleek al dat de ziekenhuizen binnen de sector de minste arbeidsongeschiktheidsproblemen hebben en de thuiszorg de grootste. De geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingstehuizen zitten hier tussen in. Deze volgorde – van lage naar hoge arbeidsongeschiktheid - van de branches is in de loop der jaren hetzelfde gebleven. Een (nieuwe) verklaring voor deze verschillen is in dit onderzoek niet gevonden.

Er zijn wel aanknopingspunten in de literatuur gevonden. Deze zijn onder andere:

- De personeelssamenstelling, qua sekse, leeftijd en opleidingsniveau. De thuiszorg heeft bijvoorbeeld meer (oudere) vrouwen in dienst, wat een hogere verzuimduur kan verklaren. De ziekenhuizen hebben een hoger opgeleide werkpopulatie, wat tevens het lagere verzuimpercentage kan verklaren.
- Het type organisatie en de organisatie van het werk: een professioneel en integraal personeelsbeleid zal het verzuim laten afnemen, een grotere afstand in het leidinggeven geeft een hoger verzuim.

Verhogen beleidseffectiviteit

Wat in de huidige analyse nadrukkelijker dan in eerdere studies naar voren komt zijn de grote verschillen in arbeidsongeschiktheidscijfers tussen de instellingen binnen de branches. Vooral de verschillen in de verzuimduur zijn groot. Dit betekent dat er in potentie veel ruimte is om met een goede aanpak in de instellingen een daling in het verzuim te bewerkstelligen: sommige instellingen doen het nu al erg goed, andere doen het verre van goed.

Het onderzoek maakt duidelijk dat in het terugdringen van de verzuimduur de meeste beleidswinst te behalen is door de instellingen. Dit is het duidelijkst zichtbaar in de thuiszorg: hier is de meldingsfrequentie het laagst van alle branches, maar door de hoge verzuimduur ligt het gemiddelde verzuimpercentage ver boven dat van de andere branches. Mogelijk stellen werknemers in de thuiszorg hun ziekmelding uit en hebben zij een langere herstelperiode nodig als ze zich eenmaal ziek hebben gemeld. Het werkgeverschap op afstand in deze branche kan mede verzuimverlengend zijn. Maar ook voor de andere branches in de zorgsector geldt dat het terugdringen van de verzuimduur de grootste uitdaging voor de nabije toekomst is in het verzuim- en reïntegratiebeleid. Het onderzoek toont aan dat hieromtrent nog erg weinig beleidsmaatregelen zijn geïmplementeerd. De afgelopen jaren heeft het accent in de instellingen sterk gelegen op preventieve en procedurele maatregelen die vooral (maar niet uitsluitend) invloed hebben op de verzuimfrequentie. Die maatregelen zijn overigens niet zonder effect gebleken: vooral preventieve maatregelen blijken – volgens de literatuur – in hoge mate effectief. Maar de aandacht voor reïntegratiemaatregelen is nog beperkt gebleven. Slechts een aantal koploperinstellingen besteedt structureel aandacht aan het verlagen van de hervattingsdrempel.

Niet aantoonbaar bleek in dit onderzoek in welke mate maatregelen daadwerkelijk effectief zijn. Wel aantoonbaar is dát de genomen maatregelen over het algemeen “werken” en dat naarmate de beleidsintensiteit in de instellingen toeneemt het verzuim daalt. Er is nauwelijks evaluatieonderzoek gedaan naar de effectiviteit van afzonderlijke beleidsmaatregelen, maatregelen worden in een totaalpakket tegelijk genomen en effecten zijn niet gemeten. Wel is evident dat hoe meer instellingen aan maatregelen en middelen inzetten hoe lager het verzuim en de arbeidsongeschiktheid.

In de zorgsector wordt -naar het zich laat aanzien -per werknemer minder geïnvesteerd in arbozorg dan in andere sectoren. Hoe meer er wordt geïnvesteerd in arbozorg, hoe lager het verzuim, aldus de literatuur. Ondanks alle aandacht en ingezette implementatietrajecten lijkt er in de zorgsector nog geen grens te zijn bereikt. Ook een branche die reeds het laagste verzuim in de sector heeft (de ziekenhuizen) zag kans de afgelopen jaren nog een forse daling in verzuim en WAO-instroom te bereiken: Geen geringe prestatie. Beleidsintensivering kan in alle branches in de zorgsector tot een verdere terugdringing van de arbeidsongeschiktheid leiden.

Beleidsintensivering is er zeker geweest de afgelopen jaren: de Wet Verbetering Poortwachter is daar een voorbeeld van en specifiek voor de zorgsector hebben het arbeidsmarktconvenant met het ministerie van VWS (om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken) en de arboconvenanten met het ministerie van SZW (om preventie, verzuim en vroegtijdige reïntegratie aan te pakken) zeker geleid tot meer aandacht en beleidsmaatregelen voor verzuim en arbeidsongeschiktheid binnen de instellingen. De effecten van deze aandacht zijn echter moeilijk vast te stellen. De monitorstudies over de arboconvenanten die op korte termijn te verwachten zijn zullen hier zeker een licht op werpen, maar zullen waarschijnlijk niet hard kunnen maken welk effect de afzonderlijke maatregelen uit de convenanten daadwerkelijk hebben. Voor een deel kan de recente daling in verzuim- en WAO-cijfers ook worden toegerekend aan de economische recessie: tijdens een verslechterende conjunctuur dalen immers meestal de arbeidsongeschiktheidscijfers. De vragen over de effectiviteit van het beleid zijn zodoende vooralsnog niet naar tevredenheid te beantwoorden.

Voor de richting van toekomstig beleid lijkt het opportuun om de bestaande maatregelen te continueren en om daarnaast nieuwe maatregelen te nemen in de volgende richtingen:

- Verlaging van de hervattingsdrempel en bevordering van de reïntegratie van langdurig zieke werknemers;
- Het verbeteren van de werksfeer en het vergroten van de regelmogelijkheden;
- Voor jonge werknemers maatregelen om kortdurend verzuim te verminderen en om het werk aantrekkelijker te maken door ontplooiingsperspectieven;
- Voor oudere werknemers verlaging van de hervattingsdrempel en herplaatsingsperspectieven voor werknemers met verminderde belastbaarheid (al dan niet met een chronische aandoening);
- Voor vrouwen door meer waardering voor zorgtaken, het beïnvloeden van de arbeidsoriëntatie en het bieden van meer taakautonomie;
- Voor laagbetaalden ter verlaging van de verzuimfrequentie door bijvoorbeeld arbeidsvoorwaardelijke prikkels.

Voorwaarden voor het realiseren van bovengenoemde maatregelen zijn gelegen in een versterking van het personeelsbeleid, een intensivering van de arbozorg (bij voorkeur intern), ondersteuning van leidinggevendenden in hun (meer zakelijke) regierol bij verzuimbegeleiding en communicatie in alle lagen van de organisatie. Goede praktijkvoorbeelden van instellingen die reeds concrete maatregelen op de genoemde terreinen hebben genomen zijn essentieel voor de repertoirevergroting en vergroting van de implementatiekansen binnen de branches.

Witte vlekken

Een uitgebreidere dataverzameling in de vorm van een periodiek survey is gewenst om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector. Naast inzicht in de oorzaken, dient als witte vlek het ontbreken van betrouwbare evaluatie- en monitorstudies van beleidsmaatregelen te worden genoemd. Dergelijke studies kunnen tot een betere onderbouwing en keuzes in het beleid leiden. Een beter zicht op de resultaten van ondernomen maatregelen bevordert ook de implementatie daarvan. Minder actieve instellingen zijn makkelijker te overtuigen tot het nemen van maatregelen als zij in andere instellingen tastbare resultaten van concrete maatregelen zien.

De mogelijkheden van financiële instrumenten vormt tevens een witte vlek: betere financiële stuurinformatie staat reeds hoog op het prioriteitenlijstje van de zorgsector. Maar vooral zicht op de kosten van de WAO ontbreekt in de instellingen, terwijl dat zicht juist zou kunnen aanzetten tot nieuw beleid (inzake de voorkoming van WAO-instroom).

De persoonsgebonden verklarende factoren voor verzuim en arbeidsongeschiktheid leiden tot een behoefte aan meer maatwerk in het beleid in de instellingen: meer oog voor specifieke groepen werknemers en meer inzicht in de interactie tussen verschillende factoren die leiden tot verzuim.

Bovenal is meer zicht nodig op de feitelijke implementatie van maatregelen binnen de instellingen: waarom neemt de ene instelling wel bepaalde maatregelen en een andere instelling niet? Dit inzicht kan ook betere verklaringen geven voor de grote verschillen in verzuimcijfers – met name in verzuimduur – tussen de instellingen. Empirisch onderzoek in de instellingen kan ook een beter zicht geven op de effectiviteit van de maatregelen die op brancheniveau zijn voorgesteld. Het in dit onderzoek ontwikkelde analysekader kan daarbij helpen: met enkel literatuuronderzoek kon dit kader niet optimaal worden benut.

Relevante variabelen die onderzocht zouden moeten worden zijn: randvoorwaarden, context en proces van invoering van de maatregelen, reikwijdte van de maatregelen, mogelijke neveneffecten, haalbaarheids- en kostenbatengegevens over de maatregelen, alsmede inzicht in succes- en faalfactoren.

De meerwaarde van dit onderzoek is vooral gelegen in het analyseren en ordenen van talrijke publicaties over de arbeidsongeschiktheidsproblematiek in de zorgsector, in de statistische onderbouwing van verzuimoorzaken en in het geven van oplossingsrichtingen voor beleidsmaatregelen in de toekomst. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarnaast ook van belang zijn voor andere sectoren. De ontbrekende schakels in de analyse die in deze studie naar voren worden gebracht (zoals mogelijke verbanden tussen verzuimoorzaken, verschillen in cijfers en de beleving in de praktijk, het ontbreken van financiële gegevens en het ontbreken van effectiviteitsgegevens over maatregelen binnen de organisaties) zijn ook herkenbaar in andere sectoren.

INLEIDING

1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen

De Raad voor Werk en Inkomen (RWI) wil inzicht in het ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek in de zorgsector. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- Vermindering van het totaal aantal zieke en arbeidsongeschikte werknemers in Nederland. De zorgsector vormt met 800.000 werknemers een fors deel van de werkzame bevolking. Een succesvolle aanpak heeft derhalve een substantieel effect op vermindering van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland.
- Versterken van het arbeidsaanbod in de zorgsector. Vermindering van verzuim en WAO-instroom betekent een toename van het aantal arbeidskrachten in een sector die kampt met een tekort aan personeel.
- Verminderen werkdruk. Werkdruk is een belangrijke oorzaak van het verzuim. Aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid betekent ook vermindering van de werkdruk en daarmee van nieuw verzuim.
- Verbetering in functioneren van de zorgsector. Vermindering van verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorg vergroot de effectieve capaciteit van de zorgsector waardoor zieke en arbeidsongeschikte werknemers in het algemeen minder lang op behandeling hoeven te wachten, hetgeen reïntegratiebevorderend werkt.

Het ziekteverzuim in de zorg daalt, zo blijkt uit recente cijfers van zowel de Uitvoeringsinstelling Werknemersverzekeringen (UWV), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en als uit gegevens van Vernet, een particuliere organisatie die de verzuimcijfers in de zorg registreert. Desondanks blijft de zorgsector gekenmerkt worden door een hoog ziekteverzuim en een hoge instroom in de sociale zekerheid. Daarnaast kent de sector een groeiend bestand van (langdurige) WAO'ers: dus de uitstroom uit de WAO stijgt niet.

De oorzaken voor het relatief hoge ziekteverzuim en de hoge WAO-instroom in de zorgsector zijn divers. Beleid om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen wordt op diverse niveaus ontwikkeld. De RWI maakt een onderscheid naar beleid op macro-, meso- en microniveau. Onder macroniveau wordt verstaan de landelijke wet- en regelgeving. Met mesoniveau wordt bedoeld het sector- en brancheniveau en met microniveau het instellingsniveau.

Ontbrekend inzicht in de exacte verzuimoorzaken en in de effecten van beleidsinspanningen, alsmede de verscheidenheid aan beleid maken het moeilijk om de thans ingezette daling in het verzuim te duiden (incident of trend?) en de oorzaken van deze daling vast te stellen. Het lijkt nog wat te vroeg om met Staatssecretaris Rutte van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) te concluderen dat de daling veroorzaakt wordt door het succes van arboconvenanten die het ministerie met de sociale partners heeft afgesloten (een uitspraak gedaan bij publicatie van de SZW-rapportage “Arboconvenanten nieuwe stijl. Rapportage over de periode 1999-2002”). Ondanks de recente daling in het verzuim, zien we dat de zorgsector nog steeds hogere verzuimcijfers kent dan het landelijk gemiddelde.

De RWI vraagt zich af of het beleid om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector te verminderen en de uitvoering daarvan te verbeteren zijn. De RWI heeft in overleg met de sociale partners besloten een integrale analyse van relevante en actuele onderzoeksresultaten en beleidsinitiatieven te laten verrichten. Het sectorfonds Zorg en Welzijn is nauw betrokken bij het onderzoek.

De centrale vraag

De volgende vraag staat centraal in het onderzoek: Welke elementen belemmeren of bevorderen het (uit)voeren van een effectief ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid in de zorgsector en welke beleidsinitiatieven zijn reeds ondernomen op macro-, meso- en microniveau?

De doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is: Het beantwoorden van de vraag of het beleid om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector te verminderen (en de uitvoering daarvan) de resultaten oplevert die beoogd worden en of dit beleid verbeterd kan worden.

De onderzoeksvragen

Bij de onderzoeksvragen maken we onderscheid naar vragen die betrekking hebben op de oorzaken van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (A) en de beleidsinitiatieven (B). Vervolgens confronteren we deze vragen om na te gaan in hoeverre de probleemstelling beantwoord kan worden (C).

A: Oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

- 1 Hoe hoog zijn de ziekteverzuimcijfers in de zorg per branche (ziekenhuizen, ggz, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg)?
- 2 Wat zijn de variaties in de hoogte (frequentie en duur) van het ziekteverzuim binnen de verschillende branches van de zorgsector?
- 3 Wat zijn oorzaken voor deze variaties?
- 4 In hoeverre zijn deze oorzaken te beïnvloeden?

B: Beleidsinitiatieven voor vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

- 5 Welke macro-, meso- en microbeleidsinitiatieven zijn er op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector te onderscheiden (op basis van bestaand, schriftelijk materiaal)?
- 6 Wat is bekend over de effecten van deze beleidsinspanningen voor de zorgsector?
- 7 Wat is de samenhang tussen beleidsinitiatieven op macro-, meso- en microniveau?
- 8 Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er bij de uitvoering van de maatregelen?

C: Confrontatie oorzaken (A) en beleid (B)

- 9 Grijpen de genomen maatregelen aan op de belangrijkste oorzaken?
- 10 Op welk terrein en op welk niveau is winst te boeken bij de aanpak van de problematiek?
- 11 Wat zijn witte vlekken in inzicht in oorzaken en (effecten van) beleidsinitiatieven?
- 12 In hoeverre is aanvullend onderzoek nodig om daar zicht op te krijgen?

1.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is gefaseerd uitgevoerd. De belangrijkste fasen waren:

- 1 De inventarisatie en analyse van de beschikbare literatuur.
- 2 De secundaire analyse van de databestanden van CBS/POLS en Vernet.
- 3 De confrontatie tussen de verklarende factoren voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en de ondernomen beleidsinitiatieven.

Ad 1. De inventarisatie

Via deskresearch heeft er een inventarisatie plaats gevonden van:

- Literatuur naar verzuim en reïntegratiegegevens in de zorgsector.
- Literatuur naar beleidsmaatregelen op macro-, meso-, microniveau in de zorgsector.

Met het oog op beperking van de doorlooptijd van het onderzoek is begonnen met de definitieve vaststelling van bronnen voor secundaire analyses. Gekozen is voor de analyse van het POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie) bestand van het CBS en voor het bestand met verzuimgegevens van zorginstellingen dat Vernet bijhoudt. Vervolgens is een afbakening gemaakt voor de literatuuranalyse. Bij de start van het onderzoek is bepaald dat de vijf branches die onder de hoede van het sectorfonds voor de zorg vallen worden onderzocht (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg). De verzuimgegevens van deze vijf branches worden ook door Vernet bijgehouden. De academische ziekenhuizen zijn niet in het onderzoek betrokken. Omdat deze branche uiteraard dicht tegen de algemene ziekenhuizen aan ligt, en een aantal van de geraadpleegde bronnen ingaan op de problematiek in alle ziekenhuizen tezamen, wordt soms wel verwezen naar maatregelen in academische ziekenhuizen. Omdat de literatuuranalyse zich beperkte tot openbaar gepubliceerd schriftelijk materiaal werd op voorhand al vermoed dat niet alle onderzoeksvragen inzake beleidsinitiatieven naar tevredenheid kunnen worden beantwoord: omtrent witte vlekken in kennis was dan ook een onderzoeksvraag geformuleerd. Lopend onderzoek kon niet worden meegenomen. Er worden dan ook aanbevelingen gedaan voor onderzoek dat de gestelde onderzoeksvragen wel zou kunnen beantwoorden. In deze onderzoeksfase werd antwoord gegeven op de onderzoeksvragen 5 tot en met 8. Over deze analyse is separaat gerapporteerd aan de RWI in een werkdocument.

Ad 2. De secundaire analyse van databestanden

Bij aanvang van het onderzoek is de keuze gemaakt om geen steekproeven te trekken maar om met de integrale bestanden van Vernet en CBS/POLS te werken, teneinde zo betrouwbaar mogelijke uitspraken te doen. De analyse van data levert nadere informatie op over de verklarende factoren voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector.

De analyse in deze fase richt zich op:

- Verzuim (meldingsfrequentie, duur en verzuimpercentage) per branche.
- Variaties in verzuim binnen de verschillende branches.
- De mogelijke invloed van persoonskenmerken, organisatiegebonden en werkgebonden kenmerken op het verzuim en de WAO-instroom.

De analyse is gericht op individueel, instellings- en brancheniveau. In deze fase wordt zodoende antwoord gegeven op de onderzoeksvragen 1 tot en met 4.

Ad 3. De confrontatie

De resultaten van de inventarisatie van maatregelen en beleidsinitiatieven worden vervolgens geconfronteerd met de analyse van de verklarende factoren. Dit geeft stof om de onderzoeksvragen 9 tot en met 12 te kunnen beantwoorden.

Om feedback vanuit de zorgsector te verkrijgen en om draagvlak te creëren voor de oplossingsrichtingen die uit het onderzoek voortkomen, is er in de slutfase van het project een brainstormbijeenkomst georganiseerd met deskundigen en vertegenwoordigers van de sociale partners uit de zorgsector.

De resultaten daarvan (kort weergegeven in bijlage 4) zijn in de conclusies verwerkt. Deze onderzoeksfase werd afgerond met het schrijven van voorliggend eindrapport. Ten tijde van het onderzoek is viermaal de begeleidingscommissie bijeengekomen. In deze commissie is het sectorfonds Zorg en Welzijn vertegenwoordigd, alsmede de RWI. De begeleidingscommissie las conceptrapporten en werkdocumenten en voorzag de onderzoekers van aanbevelingen. Er is daarnaast veelvuldig overleg geweest met de RWI als opdrachtgever van het onderzoek. Inhoudelijke keuzes in het project zijn steeds in overleg tot stand gekomen.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, specifiek voor de zorgsector en de branches daarbinnen. De resultaten van de verklarende factoren welke in de literatuur worden gevonden worden vergeleken met die uit de analyses van het CBS/POLS-bestand en het Vernet-bestand.

In hoofdstuk 3 wordt een literatuuranalyse weergegeven naar beleidsmaatregelen die op macroniveau (overheidsbeleid), mesoniveau (branche) en microniveau (instellingen) worden ondernomen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tegen te gaan. Hier worden witte vlekken benoemd en worden onderzoekssuggesties gedaan om beter zicht te krijgen op – vooral de effectiviteit – van beleidsmaatregelen.

In hoofdstuk 4 worden de ondernomen beleidsmaatregelen geconfronteerd met de conclusies uit hoofdstuk 2 over de verklarende factoren voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Er worden enkele thema's uitgewerkt die uit de analyse als relevant naar voren kwamen. Ook hierbij zijn witte vlekken te benoemen en er worden oplossingsrichtingen benoemd om de gevonden factoren met gerichte beleidsmaatregelen te kunnen beïnvloeden.

In hoofdstuk 5 worden de belangrijkste conclusies op een rij gezet. Het rapport wordt afgerond met achterliggende informatie over de secundaire analyses van CBS/POLS en Vernet en over het analysekader dat is gehanteerd bij de literatuurstudie, alsmede over de gehouden brainstormbijeenkomst met betrokkenen uit de zorgsector.

VERKLARENDE FACTOREN
VOOR ZIEKTEVERZUIM EN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID
IN DE ZORGSECTOR

2

2.1 Inleiding

Om de onderzoeksvragen inzake verzuimoorzaken te beantwoorden is de keuze gevallen op een analyse van het bestand met geregistreerde verzuimgegevens dat Vernet bijhoudt voor instellingen in de zorgsector en het CBS/POLS-bestand met onder meer zelfgerapporteerd verzuim bij individuele werknemers. Belangrijkste motieven voor deze keuze zijn het feit dat het Vernet-bestand een uniek bestand is waarin recente verzuimgegevens van ongeveer 82% van de 2.300 zorginstellingen en 600.000 werknemers in Nederland zijn opgeslagen. Omdat in het bestand gegevens op persoonsniveau worden geregistreerd, kunnen op elk gewenst niveau (persoon, instelling, branche, sector) allerhande verzuimmaten (verzuimpercentage, meldingsfrequentie, in-/exclusief zwangerschap, mogelijke WAO-instroom) bepaald worden. Naast het type instelling en regio kunnen kenmerken van instellingen op basis van werknemersgegevens geconstrueerd worden, zoals de grootte van de instelling en het aandeel vrouwen, deeltijdwerkers en oudere en jongere werknemers. Het Vernet-bestand is nog niet eerder geanalyseerd. Het Vernet-bestand omvat persoons- en organisatiekenmerken en geen werkkenmerken. Daarom is daarnaast een analyse gemaakt van het POLS- (Permanent Onderzoek Leefsituatie) bestand van het CBS. Niet alleen persoons-, maar ook werkkenmerken zijn namelijk in het POLS/CBS bestand aanwezig. De bestanden van 1997 tot met 2001 zijn samengevoegd om zodoende het zelfgerapporteerde verzuim van 1.276 respondenten uit de zorgsector te analyseren: een representatieve groep. Overigens geldt dat zelfgerapporteerd verzuim een valide indicator is van het geregistreerde verzuim (zie onder andere Johns, 1994 en Van Poppel, et al, 2002).

Op grond van de analyse van de POLS/CBS- en Vernet-bestanden verkrijgen we een actueel inzicht in hoeverre de in de literatuur gevonden oorzaken (nog steeds) van invloed zijn op het verzuim in de zorgsector.

Paragraaf 2.2 gaat in op de oorzaken van ziekteverzuim die gevonden zijn bij de analyse van het POLS-bestand, gegevens over het bestand en de technische verantwoording zijn vermeld in Bijlage A. Dit is een analyse op werknemersniveau. In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de oorzaken gevonden bij de analyse van het Vernet-bestand. Analyses zijn uitgevoerd op branche, werkgevers- en werknemersniveau. Ook hier zijn gegevens over het bestand, databewerkingen en analyses vermeld in bijlage B. Paragraaf 2.4 vergelijkt de gevonden oorzaken met die uit de literatuur. In paragraaf 2.5 wordt ingegaan op vragen die, ook na onze analyse, nog (gedeeltelijk) onbeantwoord blijven.

2.2 Verklarende factoren gevonden in de analyse van het CBS/POLS-bestand

2.2.1 Inleiding

In dit deelonderzoek is gebruik gemaakt van verzuimgegevens van het CBS/POLS-bestand over de jaren 1997 tot en met 2001 om het ziekteverzuim binnen de gezondheidszorg te analyseren. Het bestand kent een groot aantal achtergrondkenmerken waaronder persoonlijke kenmerken en werkkenmerken, zoals arbeidsomstandigheden, werkbelasting en ontplooiingsmogelijkheden.

We onderzoeken zowel de frequentie (paragraaf 2.2.2) als de duur (paragraaf 2.2.3) van het ziekteverzuim. Verder gaan we in op verschillen met andere sectoren. Verschillen kunnen aanknopingspunten bieden voor maatregelen ter vermindering van het ziekteverzuim in de zorg.

In de analyse zijn alleen werknemers meegenomen. Het ziekteverzuim bij zelfstandigen is niet geanalyseerd.

Binnen CBS/POLS zijn twee relevante verzuimgerelateerde variabelen geanalyseerd:

- Of men al dan niet verzuimd heeft in de afgelopen twee maanden wegens ziekte, ongeval of andere gezondheidsredenen.
- Van verzuimders: het aantal verzuimde werkdagen in de afgelopen twee maanden.

Hoewel het CBS/POLS uniek is omdat het persoonlijke en werk karakteristieken bevat, is er een aantal zaken om rekening mee te houden bij de analyses.

Allereerst zijn de steekproef aantallen voldoende om representatieve uitspraken te doen over de werknemers in de totale zorgsector, maar niet altijd om uitspraken te doen voor iedere branche. Het aantal verzuimders in de branches van de zorg is soms enkele tientallen en dan te beperkt om verschillen in risicofactoren tussen branches te analyseren. Het geringe aantal waarnemingen laat bij analyses in de zorg soms wel een richting van het verband zien, maar dit is dan niet snel significant. We zullen in dit geval spreken van tendensen.

Daarnaast gaat het om enquêtegegevens waarbij de respondent retrospectief zijn verzuimhistorie over de afgelopen twee maanden (en andere variabelen) moet reconstrueren. Mogelijk wordt hiermee enige ruis geïntroduceerd, onder meer omdat werknemers een lager verzuim rapporteren dan in werkelijkheid. Uit Johns (1994) blijkt echter dat zelfgerapporteerd verzuim vaak wel redelijk betrouwbaar is (een consistent beeld geeft) en valide is (hetzelfde construct meet als geregistreerd verzuim). Met name geldt dit voor kortere perioden waarover het verzuim gerapporteerd wordt.

Ten derde is uit de vraagstelling van de CBS/POLS-enquête niet exact de frequentie en de duur van het ziekteverzuim te bepalen. We weten óf iemand verzuimd heeft in de afgelopen twee maanden en niet het aantal keren. Het aantal verzuimde werkdagen in de afgelopen twee maanden zal voor degenen die verzuimen weliswaar veelal gelijk zijn aan de duur, maar kan ook opgebouwd zijn uit meerdere verzuimperioden.

Tot slot kan de maatstaf voor het ziekteverzuim beïnvloed worden door de lengte van de werkweek. Werknemers in deeltijd hebben een lagere verzuimfrequentie, aangezien zij ziek kunnen worden en herstellen binnen de dagen die ze niet werken. Hun werkelijke ziekte duur kan langer zijn dan het aantal verzuimde werkdagen. Wij hebben niet de gegevens om hier exact voor te corrigeren. Overigens kan men ook zeggen dat beleidsmatig gezien het aantal verzuimde werkdagen een betere variabele voor analyse is dan het aantal daadwerkelijke ziekte dagen, zeker wanneer het gaat om het vergroten van het arbeidsaanbod.

2.2.2 Verklarende factoren voor de frequentie van ziekteverzuim binnen de zorg

In de zorgsector heeft 27,7% van de ondervraagden in de steekproef (1997-2001) in de afgelopen twee maanden verzuimd. In alle andere sectoren is dit gemiddeld 23,0%. Binnen de zorgsector is, gemiddeld over de periode 1997-2001, het aandeel verzuimders met 30,5% het grootst in de gehandicaptenzorg en het kleinst in de overige zorg (o.a. praktijken voor verloskunde, fysiotherapie, diëtisten, logopedisten e.d.) met 20,9%. In geen enkele andere sector ligt het percentage verzuimders hoger. Vergelijken met andere sectoren ligt het percentage verzuimders in de zorg significant hoger dan in de landbouw, bouw, handel, horeca, vervoer, zakelijke

dienstverlening, onderwijs en overige dienstverlening. Persoonlijke karakteristieken en werkkarakteristieken verklaren een groot deel van de verschillen. Wanneer voor deze karakteristieken gecorrigeerd wordt, ligt het aantal verzuimers in de zorgsector nog steeds hoger dan in de bouw, handel en overige dienstverlening. De volgende persoonskenmerken beïnvloeden de frequentie van het ziekteverzuim in de zorg (indien bevindingen afwijken van die in andere sectoren is dit vermeld):

- Werknemers die belemmerd worden vanwege een chronische aandoening verzuimen vaker.
- Jongeren (tot 35 jaar) verzuimen vaker dan ouderen. In de zorg verzuimen ze relatief nog vaker dan ouderen dan in de andere sectoren het geval is.
- Vrouwen verzuimen vaker. Het vrouw-zijn in de gezondheidszorg vormt een even grote risicofactor als in andere sectoren, maar is niet significant.
- Werknemers die lange werkweken maken verzuimen vaker.

De samenstelling van de werkzame populatie verklaart voor een groot deel het verschil tussen de frequentie van het ziekteverzuim. De werkzame populatie bestaat in de zorg voor het overgrote deel uit vrouwen, is gemiddeld jonger en bestaat voor een iets groter gedeelte uit werknemers met een chronische aandoening. Daar staat tegenover dat de lengte van de werkweek in het algemeen korter is dan in andere sectoren.

De invloed van werkgerelateerde factoren is over het algemeen minder groot dan die van bovengenoemde persoonskenmerken. Ook hier zijn parallellen te vinden tussen de zorg en andere sectoren. Mede door de geringere aantallen is er echter niet altijd sprake van significantie in de zorg. De volgende risicofactoren zijn van invloed op de frequentie van het ziekteverzuim in de zorg:

- Werknemers waarbij de intrinsieke reward (promotie, ontplooiing, aansluiting werk bij opleiding) slecht is, verzuimen vaak. In de zorgsector is dit vaker dan in andere sectoren.
- Werknemers die eentonig werk verrichten, verzuimen vaker. Deze factor doet zich in andere sectoren niet voor.

Daarnaast zijn er risicofactoren in andere sectoren die in de zorgsector dezelfde tendens vertonen maar die toch niet significant zijn. Het gaat daarbij om fysieke belasting, slechte werksfeer en slechte fysisch-chemische omstandigheden. Hoewel deze factoren een rol spelen in de verzuimmeldingen is deze rol statistisch gezien niet significant, wat zeker opvallend is. Ook een hoge werkdruk op zich is geen significante risicofactor, ook niet in andere sectoren.

2.2.3 Verklarende factoren voor de duur van het ziekteverzuim binnen de zorg

Het aantal verzuimde dagen is (gemiddeld over de periode 1997-2001) voor de zorgsector 5,3 tegen 4,8 voor andere sectoren gemiddeld. Van de verzuimers binnen de zorg varieert het aantal verzuimdagen van 4,2 in de branche ziekenhuizen tot 5,9 in de gezinsverzorging. De duur ligt in de zorg significant lager dan in de landbouw, industrie, bouw en vervoer en hoger dan in de zakelijke dienstverlening en het onderwijs. Ook hier valt een groot deel van de verschillen weg wanneer we corrigeren voor persoonskenmerken en kenmerken van het werk. Het aantal verzuimde werkdagen is dan in de zorg alleen nog groter dan in het onderwijs.

Voor de duur van het ziekteverzuim zijn er minder significante risicofactoren dan voor de frequentie van het ziekteverzuim en zijn de verbanden in het algemeen zwakker. Dit geldt niet alleen in de zorg maar ook voor andere sectoren.

Opvallend is wel dat het beeld in de zorg op enkele punten afwijkt van dat in andere sectoren. Net als voor de frequentie is voor de duur van het ziekteverzuim het hebben van een chronische aandoening de belangrijkste risicofactor. De andere persoonskenmerken zijn niet van significante invloed op de verzuimduur in de zorg. Bij andere sectoren verzuimen personen met een lage opleiding en met een lange werkweek langer. Geslacht is niet van significante invloed op de duur van het ziekteverzuim in de zorg noch in de andere sectoren.

Met betrekking tot leeftijd doet zich een belangrijk verschil voor met andere sectoren. Het effect van leeftijd (ouderen hebben een langere ziekteverzuimduur) is namelijk niet groot in de zorg. Jongeren worden in de zorg dus extra vaak ziek maar verzuimen slechts weinig korter. In andere sectoren verzuimen zij wel significant korter.

Ook bij de werkkarakteristieken zijn er minder risicofactoren. Een slechte werksfeer maakt dat men minder snel terugkeert. In de zorg is deze tendens nog iets sterker dan in andere sectoren. Binnen de zorgsector is ook autonomie en het feit of men de eigen problemen op het werk zelf kan oplossen van invloed, in andere sectoren niet. Bij werknemers die minder autonoom zijn en die minder mogelijkheden hebben om de eigen problemen op te lossen, is de verzuimduur langer.

2.2.4 Conclusies

Jongeren zijn in de zorg in vergelijking met andere sectoren nóg vaker ziek dan ouderen en hebben nauwelijks een kortere verzuimduur dan ouderen, wat in andere sectoren wel het geval is. Het verbeteren van de mogelijkheden tot promotie en ontplooiing, het beter laten aansluiten van het werk bij het opleidingsniveau en het vermijden van eentonig werk zijn belangrijke aanknopingspunten in het personeelsbeleid om te voorkomen dat werknemers ziek worden. Om te voorkomen dat werknemers langdurig ziek blijven zijn voornamelijk autonomie in het werk en de mogelijkheid om zelf de eigen problemen op het werk op te lossen belangrijke randvoorwaarden. Ook werknemers met een chronische aandoening verdienen op grond van de analyse van het POLS/CBS-bestand extra aandacht in de zorgsector. Zij verzuimen vaker en langer dan andere werknemers.

2.3 Verklarende factoren gevonden in de analyse van het Vernet-bestand

2.3.1 Inleiding

Vernet registreert het verzuim in de zorgsector waarbij gegevens rechtstreeks worden onttrokken aan personeelsregistratiesystemen van zorginstellingen. Volgens Vernet is de dekking thans ongeveer 82% (van de 2300 instellingen en 600.000 werknemers, 388.000 fte). Vanwege het feit dat gegevens op persoonsniveau worden geregistreerd, kunnen op elk gewenst niveau (persoon, instelling, branche, sector) allerhande verzuimmaten (verzuimpercentage, meldingsfrequentie, in-/exclusief zwangerschap) bepaald worden. Naast het type instelling en regio kunnen kenmerken van instellingen op basis van werknemergegevens geconstrueerd worden, zoals de grootte van de instelling en het aandeel vrouwen, deeltijdwerkers en oudere en jongere werknemers. Voor dit onderzoek zijn ziekteverzuimcijfers van Vernet over 2000, 2001 en 2002 gebruikt. De gegevens die TNO Arbeid gekregen heeft voor analyse zijn geanonimiseerd en niet herleidbaar tot individuele werkgevers en werknemers.

De vraagstelling voor dit deel van het onderzoek is driedelig, afhankelijk van het gekozen aggregatieniveau:

- 1 **Branche.** Hoe hoog is het verzuim (meldingsfrequentie, verzuimpercentage, WAO-instroom) per branche? Welke variaties tussen instellingen in verzuim (meldingsfrequentie en verzuimpercentage) kennen de diverse branches?
- 2 **Instelling.** Welke factoren zijn van invloed op het verzuim (meldingsfrequentie, verzuimpercentage, WAO-instroom) op instellingniveau?
- 3 **Werknemer.** Welke factoren zijn van invloed op het verzuim (duur en WAO-instroom) op persoonsniveau?

2.3.2. Analyse op brancheniveau

In de tabellen 1, 2 en 3 zijn meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom naar branche weergegeven, geordend naar hoogte.

Opvallend is dat de volgorde tussen de branches van jaar tot jaar vrijwel constant is.

- De meldingsfrequentie is het hoogst in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het laagst in de thuiszorg.
- Het verzuimpercentage is het hoogst in de thuiszorg, terwijl daar de meldingsfrequentie het laagst ligt. Werknemers die eenmaal verzuimen in de thuiszorg hebben derhalve een lange verzuimduur.
- De WAO-instroom kent, met uitzondering van 2001, exact dezelfde volgorde als het verzuimpercentage.

Wanneer we over de tijd kijken, valt op dat de meldingsfrequentie zeer stabiel is. Alleen in de thuiszorg is een lichte stijging waar te nemen. Het verzuimpercentage kent daarentegen een flinke daling, met name in 2002. Deze trend is in alle branches waarneembaar. De grootste daling in absolute zin heeft plaatsgevonden in de thuiszorg. Grote relatieve dalingen zijn er in de GGZ-sector en bij de ziekenhuizen, waar het verzuim al lager ligt en een daling dus minder makkelijk te realiseren valt. Ook de WAO-instroom is met name in 2002 gedaald. In 2002 ligt de WAO-instroom gemiddeld een kwart lager dan in 2000. Dit beeld doet zich voor in alle zorgbranches met uitzondering van de gehandicaptenzorg.

Tabel 1 Meldingsfrequentie (excl. zwangerschap) naar branche, geordend naar hoogte

2000		2001		2002	
GGZ	1,72	GGZ	1,70	GGZ	1,68
verpl./verz.	1,61	verpl./verz.	1,61	verpl./verz.	1,65
ziekenhuizen	1,61	ziekenhuizen	1,60	ziekenhuizen	1,61
gehandicaptenzorg	1,52	gehandicaptenzorg	1,52	gehandicaptenzorg	1,54
thuiszorg	1,39	thuiszorg	1,46	thuiszorg	1,49
totaal	1,57		1,58		1,60

Tabel 2 Verzuimpercentage (excl. zwangerschap) naar branche, geordend naar hoogte

2000		2001		2002	
thuiszorg	9,7	thuiszorg	9,5	thuiszorg	8,5
verpl./verz.	8,0	verpl./verz.	7,9	verpl./verz.	7,4
gehandicaptenzorg	7,9	gehandicaptenzorg	7,7	gehandicaptenzorg	7,3
GGZ	7,0	GGZ	6,7	GGZ	5,9
ziekenhuizen	6,2	ziekenhuizen	6,1	ziekenhuizen	5,6
Totaal	7,6		7,5		6,9

Tabel 3 WAO-instroom (excl. zwangerschap) naar branche, geordend naar hoogte

2000		2001		2002	
thuiszorg	2,4	thuiszorg	2,0	thuiszorg	1,8
verpl./verz.	2,0	verpl./verz.	1,8	verpl./verz.	1,5
gehandicaptenzorg	1,6	gehandicaptenzorg	1,6	gehandicaptenzorg	1,4
GGZ	1,4	ziekenhuizen	1,4	GGZ	1,1
ziekenhuizen	1,4	GGZ	1,3	ziekenhuizen	1,1
Totaal	1,7		1,6		1,4

Naast gemiddelden is het ook interessant om te kijken naar de spreiding in verzuim tussen individuele werkgevers. Grote verschillen zouden er op kunnen duiden dat er ruimte is voor verbetering. Allereerst is de spreiding onderzocht door te kijken naar de verdeling in kwartielen en decielen (zie tabel 4). Het gemiddelde is in tegenstelling tot de hierboven gepresenteerde branchegegevens niet gewogen naar bedrijfsomvang.

Tabel 4 Frequentieverdeling meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom (2000, 2001 en 2002 gecombineerd)

	10 %	25 %	75 %	90 %	gemiddelde
mf	2,0	1,3	1,8	2,1	1,54
% afwijking van gem.	-35 %	-16 %	18 %	36 %	
vp	4,2	5,6	8,9	10,6	7,33
% afwijking van gem.	-43 %	-23 %	21 %	45 %	
WAO-instroom	0	0,2	2,4	3,5	1,62
% afwijking van gem.	-100 %	-88 %	48 %	116 %	

Voorbeeld: de hoogste meldingsfrequentie van de 10% instellingen met de laagste meldingsfrequentie is 1,0 en ligt 35% onder het gemiddelde.

Het valt op dat de verschillen in variatie bij het verzuimpercentage groter zijn dan bij de meldingsfrequentie. Verschillen in verzuim tussen instellingen worden dus met name veroorzaakt door verschillen in verzuimduur. Hoewel er ook andere redenen kunnen zijn, kan dit een aanwijzing vormen dat er voor instellingen met hoog verzuim vooral verzuimreductie te behalen valt door aanpak van het langdurig verzuim en minder door preventie.

Bij de WAO-instroom zijn de verschillen nog groter. Deze is echter minder te vergelijken met meldingsfrequentie en verzuimpercentage omdat de toevalsfactor hier een grote rol speelt. Van alle instellingen in de zorg heeft 0,6% geen verzuim terwijl bijna een kwart geen WAO-instroom heeft.

In tabel 5 zijn voor de branches standaarddeviaties weergegeven. Voor de overzichtelijkheid combineren we daarbij gegevens over 2000, 2001 en 2002. Omdat variaties in het verzuim in het algemeen groter zijn bij een kleinere gemiddelde bedrijfsomvang, is ook de gemiddelde bedrijfsomvang per branche weergegeven, uitgedrukt in aantal personeelsleden per instelling.

Tabel 5 Standaarddeviaties meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom naar branche (gecombineerde gegevens 2000, 2001 en 2002)

branche	Standaarddeviatie			gem. omvang	N
	meldingsfrequentie	verzuimpercentage	WAO-instroom		
ziekenhuizen	0,36	1,55	1,06	1089	383
gehandicaptenzorg	0,34	2,23	1,15	563	415
GGZ	0,42	1,85	1,17	473	287
verpl./verz.	0,51	2,97	1,85	175	2.429
thuiszorg	0,37	2,35	1,44	806	266
Totaal	0,47	2,76	1,65	377	3.780

Zoals verwacht mag worden op basis van de gemiddelde personeelssterkte is de standaarddeviatie van meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom het hoogst in de verpleging/verzorging, aangezien de gemiddelde personeelsomvang daar het kleinst is. Bij de andere branches wordt de variatie kleiner. Een uitschieter daarbij is de thuiszorg waar de variatie in verzuimpercentage en WAO-instroom tussen instellingen relatief groot is, ook wanneer met de gemiddelde bedrijfsomvang rekening gehouden wordt. In de thuiszorg zijn er dus ook aanwijzingen dat er, meer dan bij andere branches, ruimte is om bij instellingen met een hoog verzuim het langdurend verzuim aan te pakken. Er is in deze branche een aantal 'grote vervuilers'. Zo is de zorginstelling met het hoogste verzuim en een personeelsbestand van meer dan 100 werknemers afkomstig uit de thuiszorg (het verzuimpercentage is 20,1%).

2.3.3 Analyse op werkgeverniveau

Uit de analyses (zie bijlage B) blijkt dat grotendeels dezelfde factoren van invloed zijn bij de meldingsfrequentie en het verzuimpercentage. Vooral grote instellingen en instellingen in de regio randstad hebben een hoge meldingsfrequentie en een hoog verzuimpercentage. Opvallend genoeg zijn deze factoren juist weer niet van invloed op WAO-instroom.

Voor het overige worden de factoren die zorgen voor een hoog verzuimpercentage ook grotendeels teruggevonden bij de WAO-instroom.

Bij de branches komen de bevindingen grotendeels overeen met de beschrijvende analyses uit de vorige paragraaf. Door het multivariate karakter van de analyse (waarbij de zuivere invloed van een kenmerk wordt vastgesteld, gecorrigeerd voor de invloed van andere kenmerken) zijn er toch enkele nieuwe inzichten.¹

Een voorbeeld hiervan is dat instellingen in de gehandicaptenzorg een significant hogere meldingsfrequentie hebben dan ziekenhuizen, terwijl uit tabel 1 blijkt dat ziekenhuizen juist een hogere meldingsfrequentie hebben. Dit wordt echter veroorzaakt door de invloed van bedrijfsomvang op het ziekteverzuim. Een gemiddeld ziekenhuis heeft meer personeel in dienst dan een instelling in de gehandicaptenzorg. De bedrijfsomvang is dus de reden dat de meldingsfrequentie op brancheniveau bij ziekenhuizen, hoger ligt dan de gehandicaptenzorg. Bij twee instellingen met dezelfde bedrijfsomvang en dezelfde personeelsopbouw in dezelfde regio zal de meldingsfrequentie bij een ziekenhuis lager liggen dan bij een instelling in de gehandicaptenzorg. Een ander opvallend voorbeeld is verder dat, rekening houdend met de invloed van overige kenmerken, de meldingsfrequentie significant gestegen is in 2001 en 2002 ten opzichte van 2000 terwijl de meldingsfrequentie in die jaren slechts marginaal stijgt (zie tabel 1). Er zijn dus andere effecten geweest die een daling hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld ligt de gemiddelde bedrijfsomvang in 2001 en 2002 lager). Bij het verzuimpercentage is er, conform hetgeen op het eerste gezicht uit de beschrijvende analyses verwacht mocht worden, alleen een significante daling in 2002.

De kenmerken van de samenstelling van het personeelsbestand vormen een reflectie van de kenmerken op individueel niveau. We zullen daar uiteraard in de volgende paragraaf dieper op ingaan. Instellingen met relatief veel vrouwen in dienst hebben een hogere meldingsfrequentie maar daarentegen weer een iets lager verzuimpercentage.

In instellingen met veel jongeren wordt vaker verzuimd. Dit geldt voor de leeftijdsklassen tot 35 jaar. Echter in vergelijking tot de categorie 35 tot 45 jaar, lijkt ook de groep tussen 45 en 54 jaar lijkt risicogroep. Instellingen met relatief veel 55-plussers hebben daarentegen weer een lagere meldingsfrequentie en geen significant hoger verzuimpercentage of WAO-instroom. Mogelijk is hier sprake van een selectie-effect: het zijn de gezonde werknemers die aan het arbeidsproces deel blijven nemen op hogere leeftijd.

In instellingen met veel fulltimers ligt de meldingsfrequentie hoger. Waarom dit het geval is, is niet bekend. Het is geen statistisch artefact. Een parttimer meldt zich weliswaar niet ziek op een parttime-dag, maar een ziekmelding op een werkdag telt dan juist weer méér dan gemiddeld mee, omdat er immers bij parttimers gecorrigeerd wordt naar full-time-equivalenten, voorzover parttimers niet vijf dagen in de week werkzaam zijn. Overigens is de correlatie tussen het percentage vrouwen en het percentage parttimers sterk (0,67), maar niet zo sterk dat de verbanden niet afzonderlijk geschat kunnen worden.

¹ Dit geeft tevens de meerwaarde van multivariate analyses weer ten opzichte van beschrijvende tabellen.

De bovenstaande analyse is ook voor elke branche afzonderlijk uitgevoerd. Deze analyse-resultaten zijn in deze rapportage niet opgenomen. Bij een analyse op brancheniveau worden de meeste verbanden teruggevonden. Opvallende verschillen zijn:

Meldingsfrequentie

- instellingen in de gehandicaptenzorg in de randstad hebben geen significant hogere meldingsfrequentie, in alle andere branches wel;
- grote instellingen hebben een hogere meldingsfrequentie met uitzondering van instellingen in de GGZ;
- een significante stijging van de meldingsfrequentie in 2001 en 2002 doet zich alleen voor in de verpleging/verzorging;
- de meldingsfrequentie voor instellingen met relatief veel vrouwelijk personeel is hoger voor de verpleging/verzorging maar juist weer significant lager voor ziekenhuizen en GGZ;
- het beeld naar leeftijd- en salarisklasse verschilt enigszins van branche tot branche.

Verzuimpercentage

- het verzuim is in 2002 in alle branches significant lager ten opzichte van 2000, in 2001 alleen significant lager in de GGZ en thuiszorg;
- een grotere personeelsomvang leidt in alle branches tot een hoger verzuimpercentage met uitzondering van de GGZ;
- instellingen in de randstad hebben een significant hoger verzuim met uitzondering van instellingen in de gehandicaptenzorg en de thuiszorg;
- vrouwen hebben een significant lager verzuim in ziekenhuizen en in de gehandicaptenzorg;
- fulltimers verzuimen korter in alle branches met uitzondering van de GGZ en de thuiszorg;
- het beeld naar leeftijd- en salarisklasse verschilt enigszins van branche tot branche.

WAO-instroom

- net als bij de totaalanalyse voor alle branches zijn ook op brancheniveau minder factoren van significante invloed;
- de WAO-instroom daalt significant in 2002 ten opzichte van 2000 met uitzondering van de GGZ, daar is de daling gering en niet significant;
- instellingen in de randstad hebben een hogere WAO-instroom met uitzondering van instellingen in de gehandicaptenzorg en GGZ.

2.3.4 Analyse op werknemerniveau

Op werknemerniveau zijn meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom op jaarbasis voor 2000, 2001 en 2002 geanalyseerd in paragraaf 2.3.4.1. In paragraaf 2.3.4.2 is de ziekteduur geanalyseerd, waarbij duren over het jaar heen kunnen lopen. De analyseresultaten en een toelichting op de methodiek zijn in bijlage B opgenomen.

2.3.4.1 Factoren van invloed op meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom

Leeftijd

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt de meldingsfrequentie af, het verzuimpercentage toe evenals de kans op WAO-instroom. De enige uitzondering is de meldingsfrequentie van 25- tot 34-jarigen die niet significant verschilt van de meldingsfrequentie van werknemers tot en met 24 jaar. Het effect van leeftijd neemt toe. Enige uitzondering is de oudste leeftijdscategorie.

Het effect van leeftijd is voor werknemers van 55 jaar en ouder vrijwel exact gelijk aan het effect bij 45- tot en met 54-jarigen terwijl de kans op 52 weken achter elkaar ziek zijn iets lager ligt.

Het effect van leeftijd op verzuimpercentage en WAO-instroom heeft te maken met gezondheid. De oudste groep werknemers lijkt gezonder te zijn. Een zekere selectie kan hierbij een rol spelen (survival of the fittest), de lagere meldingsfrequentie bij deze groep zou ook kunnen worden toegeschreven aan de grotere betrokkenheid en loyaliteit. Dit is niet onderzocht.

Geslacht

Vrouwelijke werknemers hebben een hogere meldingsfrequentie, verzuimpercentage en kans op WAO-instroom, hoewel bij alledrie de invloed van leeftijd groter is. Wanneer we de invloed van geslacht bekijken per leeftijdscategorie blijkt dat verschillen in de meldingsfrequentie en het verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen bij jongeren iets groter zijn dan bij ouderen. Bij de WAO-instroom liggen deze verschillen aanzienlijk verder uit elkaar. Jonge vrouwen hebben een grotere kans om in de WAO te komen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Bij oudere vrouwen zijn de verschillen met mannen minder groot. In de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg ligt de meldingsfrequentie bij vrouwen niet significant hoger dan bij mannen. Het verzuimpercentage en de WAO-instroom volgen echter weer het gemiddelde beeld in de zorg.

Loon

Naarmate het salaris (omgerekend naar fulltime werkweek) toeneemt nemen meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom af. Ook hier zijn de verbanden vrijwel geheel monotoon. In de Vernet-bestanden is loon een indicator voor functie. Een deel van de populatie in de hogere salarisschalen is leidinggevende. Uit de Vernet-analyse kan helaas het functieniveau van de werknemers niet worden afgeleid, dus dit effect is niet aantoonbaar te maken. Uit De Rijk et al (2002) blijkt dat het verzuim bij leidinggevendenden lager is. De CBS-analyse in dit onderzoek laat zien dat dit in andere sectoren van de economie het geval is, maar in de zorg juist niet. Werknemers in hogere salarisschalen zullen mogelijk een hogere drempel hebben om zich ziek te melden of eerder weer aan het werk gaan na verzuim. Ook de werkgever zal er mogelijk naar streven de werknemer bij uitval zo snel mogelijk te reintegreren. Een andere mogelijke verklaring voor het lagere verzuim van veelverdieners is, dat zij tot de hogere verdienschalen zijn geraakt als gevolg van promoties als gevolg van werkinzet en loyaliteit. Het verband loopt door dit selectie-effect dan wellicht eerder omgekeerd: een laag verzuim leidt eerder tot een hoger loon.

Deeltijd

Parttimers hebben een lagere meldingsfrequentie in de zorgsector. Een dergelijk verband is ook in de werkgeversanalyse gevonden. De enige uitzondering is de GGZ waar geen verschil in meldingsfrequentie tussen full- en parttimers is.

Het verband tussen het werken in deeltijd en het verzuimpercentage is echter complex.

Parttimers hebben een hoger verzuimpercentage, zoals ook al uit de werkgeversanalyse blijkt. De uitzondering daarop wordt gevormd door de verpleging/verzorging en de thuiszorg, waar parttimers juist een lager verzuimpercentage hebben. Verder is er een verandering van het verband over de tijd waarneembaar. In 2000 en 2001 ligt het verzuimpercentage van deeltijdwerknemers significant hoger, in 2002 juist lager. Parttimers hebben een hogere WAO-instroom in de zorgsector als geheel. Dit komt echter met name door de ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg. In andere branches is het effect afwezig. Het effect wordt ook alleen in 2000 gevonden en niet in 2001 en 2002.

Omdat we ook beschikken over het dienstverbandpercentage zijn daar ook analyses mee verricht. Daaruit blijkt dat het verband tussen dienstverbandpercentage en meldingsfrequentie wel eenduidig is maar tussen dienstverbandpercentage en verzuimpercentage en WAO-instroom niet. Bij werknemers met een volledige werkweek ligt het verzuimpercentage lager dan bij deeltijdwerknemers, maar bij werknemers die meer dan fulltime werken (personen met een dienstverband van meer dan 125% zijn niet meegenomen in de analyse) stijgen verzuimpercentage en WAO-instroom weer.²

Branche

De branche-effecten zijn voor het verzuimpercentage en de WAO-instroom gelijk aan die bij de werkgeversanalyse. In alle branches in de zorg heeft een werknemer een hoger verzuimpercentage dan in de ziekenhuizen. In de verpleging/verzorging en de thuiszorg ligt de WAO-instroom hoger dan bij de ziekenhuizen. In tegenstelling tot de analyse op werkgeverniveau ligt de WAO-instroom ook hoger in de gehandicaptenzorg alhoewel dit verband minder groot is dan bij de andere branches.

De invloed van branche op de meldingsfrequentie ligt bij werknemers anders dan bij werkgevers. Werknemers in de gehandicaptenzorg, de verpleging/verzorging en de thuiszorg hebben een lagere meldingsfrequentie en in de GGZ een hogere dan in de ziekenhuizen.

Regio

Regio-effecten zijn in het algemeen minder van invloed dan andere kenmerken. Uitzondering is de randstad waar zowel meldingsfrequentie als verzuimpercentage hoger liggen dan in andere regio's. Enige uitzondering is de verpleging/verzorging waar werknemers in de randstad geen hoger verzuimpercentage hebben. Het hogere verzuimpercentage leidt niet automatisch tot een hoge WAO-instroom. In de verpleging/verzorging hebben werknemers in de randstad zelfs een lagere WAO-instroom.

Jaar

Verzuimpercentage en WAO-instroom zijn in 2001 significant lager dan in 2000. In 2002 zet deze daling zich voort (eveneens significant lager dan 2001). De meldingsfrequentie daalt niet significant.

Bedrijfsomvang

Werknemers van grotere instellingen melden zich frequenter ziek en verzuimen jaarlijks ook meer dan werknemers in kleine instellingen. Voor de WAO-instroom maakt dit niet uit. Overigens is de invloed van bedrijfsomvang op de meldingsfrequentie afwezig in de GGZ. Voor het verzuimpercentage wordt geen significant verband gevonden in de gehandicaptenzorg en de GGZ. Voor 2002 is het verband van bedrijfsomvang op de meldingsfrequentie evenmin significant.

Wanneer we de omvang van alle significante effecten van de diverse kenmerken (ongeacht de richting) tegen elkaar afzetten blijkt de volgende volgorde van groot naar klein:

- Meldingsfrequentie: leeftijd, salaris, randstad, geslacht.
- Verzuimpercentage: leeftijd, salaris, geslacht/jaar 2002/thuiszorg.
- WAO-instroom: leeftijd, geslacht, verpleging/verzorging en thuiszorg, deeltijd, bedrijfsomvang.

2 Om het verband voor alle dienstverbandpercentages te onderzoeken zijn aanvullende analyses nodig.

2.3.4.2 Factoren van invloed op de duur van het verzuim

Aangezien we eerder concluderen dat juist het beïnvloeden van de duur van het verzuim de meeste vruchten kan afwerpen, is het interessant om te analyseren welke kenmerken leiden tot een kortere dan wel langere duur.

De resultaten (zie bijlage B) laten zien dat grofweg dezelfde kenmerken die het verzuimpercentage beïnvloeden ook van invloed zijn op de duur. Het verzuimpercentage wordt bepaald door de meldingsfrequentie en de duur. Factoren die van invloed zijn op het verzuimpercentage moeten dus hun oorsprong vinden in de meldingsfrequentie of de duur. We kunnen dus concluderen dat het meer de duur is die van invloed is op het totale verzuim dan de frequentie. Dit is een aanvullende ondersteuning van onze bevinding dat met een aanpak ter voorkoming van langdurig verzuim in de zorgsector de meeste winst te behalen valt.

Er zijn echter een paar uitzonderingen op deze regel:

- In de GGZ wijkt de duur niet significant af van de duur van ziektegevallen in ziekenhuizen. Het hogere verzuimpercentage wordt daar verklaard uit de hogere meldingsfrequentie.
- In de randstad ligt de duur van het verzuim opvallend genoeg lager. Het hogere verzuimpercentage van werknemers uit de randstad komt dus volledig doordat men zich (veel) meer ziek meldt.
- Verzuim duurt bij kleinere instellingen even lang als bij grote instellingen. Bij grote instellingen meldt men zich echter veel vaker ziek. Dit kan te maken hebben met de grote afstand tussen werknemer en leidinggevende en procedures om zich ziek te melden.

Als we kijken naar de omvang van de effecten dan valt op dat de invloed van leeftijd op verzuimdur het grootst is. Daarna springt de thuiszorg eruit. Valt men uit in de thuiszorg, dan duurt het gemiddeld veel langer dan in andere branches voordat men terugkeert. Ook de jaareffecten zijn vrij sterk voor de zorg als geheel. Er is sprake van een aanzienlijke reductie van de verzuimdur in 2001, die zich versterkt doorzet in 2002.

Er zijn ook duurmodellen per branche geschat. De resultaten daarvan komen vrijwel overeen met de resultaten voor de branche. Enige verschillen treden op bij de invloed van het randstad-effect: het duurverkortende effect is afwezig in de gehandicaptenzorg. Wat omvang van de instelling betreft is het beeld wel diffuus: in de thuiszorg en de GGZ is omvang, net als voor de totale zorg, niet van invloed, in de verpleging/verzorging en de thuiszorg is sprake van een kortere duur, in de gehandicaptenzorg van een langere.

De duurmodellen zijn ook voor de drie jaren geschat waarbij de waarnemingen ingedeeld zijn naar begindatum van de duur. Deze modellen laten exact dezelfde verbanden zien als het totaalmodel met uitzondering van de personeelsomvang. In 2001 en 2002 is er op 5% significantieniveau geen invloed en op 10% niveau een duurverkortend effect, terwijl in 2002 er juist sprake is van een langere duur bij grotere instellingen.

2.3.5 Conclusies

Het verzuim in de zorg bevindt zich op een hoog niveau. Een voltijd werknemer meldt zich jaarlijks gemiddeld 1,6 keer ziek. Zo'n 7,5% van alle werkdagen gaat verloren door verzuim en de kans dat men een heel jaar ziek is (pseudo WAO-instroom) ligt boven de 1,5%. In 2001 zijn de meldingsfrequentie en de WAO-instroom aan het dalen. Deze daling zet zich in 2002 in versterkte vorm door.

De volgorde tussen de branches is van jaar tot jaar vrijwel constant.

- De meldingsfrequentie is het hoogst in de GGZ en het laagst in de thuiszorg.
- Het verzuimpercentage is het hoogst in de thuiszorg. Dat betekent dat werknemers die eenmaal verzuimen in de thuiszorg derhalve een lange verzuimduur hebben.
- De WAO-instroom kent, met uitzondering van 2001, exact dezelfde volgorde als het verzuimpercentage.

De data van Vernet bestaan uit objectieve werkgevers- en werknemerskenmerken. Door de grote aantallen en de nauwkeurige registratie (op basis van gegevens uit personeelsadministraties) kunnen effecten betrouwbaar aangetoond worden.

Aanpak van langdurig verzuim

Er is een tweetal aanwijzingen dat het hoge verzuim in de zorg het beste teruggedrongen kan worden door aanpak van langdurig verzuim. Ten eerste zijn de verschillen in variatie tussen instellingen bij het verzuimpercentage en de WAO-instroom groter dan bij de meldingsfrequentie. Verschillen in verzuim tussen instellingen worden dus met name veroorzaakt door verschillen in verzuimduur. Ten tweede zijn factoren die op werknemerniveau van invloed zijn op de duur grotendeels dezelfde (qua omvang en richting) als de factoren die van invloed zijn op het verzuimpercentage. Een sector die er daarbij echt uitspringt is de thuiszorg. De meldingsfrequentie ligt hier het laagst van alle branches maar de gemiddelde verzuimduur bij uitval is zo hoog dat het verzuimpercentage flink hoger ligt dan het gemiddelde in de zorg. Dit is een punt van zorg. Gezien de lage meldingsfrequentie is het mogelijk dat in deze branche werknemers ziek doorwerken en dat, als zij zich eenmaal ziekmelden, een langere hersteltijd nodig hebben.

Aanpak van kortdurend verzuim

Hoewel een effectieve strategie voor aanpak van het verzuim in de zorg zich dient te richten op het voorkomen van langdurend verzuim in alle branches, lijkt er ook ruimte te zijn voor terugdringing van het kortdurend verzuim. Dit geldt met name voor jongere werknemers en voor instellingen in de GGZ, grote instellingen en instellingen in de randstad. Waarschijnlijk liggen hier cultuuraspecten aan ten grondslag.

Bij terugdringing van het verzuim springen vier doelgroepen in het oog: ouderen, jongeren, vrouwen en laagbetaalden.

Ouderen

Een hoge leeftijd is de grootste risicofactor voor ziekteverzuim, zowel voor het verzuimpercentage als de gemiddelde duur. Met het oog op de komende vergrijzing van het werknemersbestand, hebben maatregelen gericht op ouderen grote potenties voor terugdringing van het verzuim.

Jongeren

Jongeren (werknemers onder de 35 jaar) hebben een hoge meldingsfrequentie dan ouderen. Ook blijkt op basis van CBS-gegevens dat in vergelijking met andere sectoren jongeren in de zorg vaker verzuimen dan jongeren in sectoren buiten de zorg. Voor jongeren liggen er dus mogelijkheden voor verzuimreductie in de zorg via het kortdurend verzuim, bij ouderen kunnen inspanningen beter gericht worden op het voorkomen van langdurend verzuim.

Vrouwen

Naast leeftijd vormt ook geslacht een aanknopingspunt voor beleid. Vrouwen hebben een hogere meldingsfrequentie, een langere duur en een hogere WAO-instroom. Bij jongere vrouwen is het verschil met hun mannelijke collega's groter dan bij oudere, met name met betrekking tot het volmaken van het ziektejaar. Omdat uit het UWV-statistieken ook nog eens blijkt dat zij in het keuringsproces een grotere kans op arbeidsongeschiktheid hebben, is het belangrijk om te voorkomen dat zij langdurig ziek blijven.

Laagbetaalden

Naarmate het salaris (omgerekend naar fulltime werkweek) toeneemt, nemen meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom af. Over de verklaring hiervoor kunnen diverse hypothesen geformuleerd worden. Voor de aanpak is van belang dat gekeken wordt of dit effect gelegen is in de werknemer (gezondheid, mentaliteit) of in het werk (arbeidsomstandigheden, functie-inhoud).

2.4 Vergelijking met in de literatuur gevonden verklarende factoren

2.4.1 Hoogte van verzuim en arbeidsongeschiktheid

Uit de analyses van de CBS- en Vernetbestanden blijkt het ziekteverzuim en de pseudo-WAO-instroom (dat wil zeggen dat werknemers een jaar ziek zijn) in de zorgsector hoog. Hoewel de verzuim- en WAO-cijfers per branche binnen de zorg sterk verschillen en er een dalende tendens is sinds 2001 zijn de cijfers over de hele linie hoger dan het landelijk gemiddelde voor bedrijven en instellingen. In 2000 waren er volgens het CBS (Schelten en Copinga, 2003) ;15.000 nieuwe WAO-instromers vanuit de gezondheidszorg. Met 17,8% van het totaal heeft de gezondheids- en welzijnszorg na de zakelijke dienstverlening het grootste aandeel in de totale nieuwe WAO-instroom. Van het totaal aantal nieuwe WAO-gerechtigden vanuit de gezondheids- en welzijnszorg is volgens het CBS 60% volledig arbeidsongeschikt. Het grootste aantal daarvan (41%) valt onder de diagnosecategorie 'psychische klachten'. In 1998 was voor werknemers in de zorg de kans om twaalf maanden ziek te worden bijna tweemaal zo groot als voor mensen die in andere sectoren werken (Van Deursen en Binnendijk, 2001).

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de WAO-instroomkans per branche in de periode 1999-2002. Deze tabel is aangeleverd door de OSA en berust op bronnen van LISV, UWV en UWV Cadans. De publicatie daarover is in voorbereiding.

Tabel 6 WAO-Instroomkans per branche, 1999-2002 (in %):

	1999	2000	2001	2002 ¹
Zorg	2,0	1,9	1,9	-
Ziekenhuizen	1,5	1,6	1,6	-
Geestelijke gezondheidszorg	1,7	1,7	1,8	-
Verpleeg- en verzorgingshuizen	2,0	2,0	2,0	-
Gehandicaptenzorg	1,9	1,9	1,8	-
Thuiszorg	2,7	2,5	2,4	-
Gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen Totaal	1,8	1,8	1,8	1,7
Nederland	1,4	1,5	1,5	1,3

¹ De gegevens over 2002 zijn voorlopig van aard.

De OSA (Van Essen, et al. 2002b) heeft ook de WAO-in- en uitstroom voor de zorg- en welzijnssector vergeleken. De instroom is duidelijk groter dan de uitstroom: In 1999 groeide het volume met 6,4%, in 2000 met 7,6% en in 2001 met 6%. Ook concludeert de OSA in deze publicatie dat het aantal WAO-uitkeringen in de zorg- en welzijnsector de afgelopen jaren beduidend harder is gegroeid dan gemiddeld in de landelijke economie.

De volgorde tussen de branches blijkt wat betreft de WAO-instroom van jaar tot jaar vrijwel constant te zijn. Dit constateerden wij eveneens wat betreft de hoogte van het verzuim op grond van de CBS- en Vernetgegevens. Uit de analyses blijkt het volgende:

- De meldingsfrequentie is het hoogst in de GGZ en het laagst in de thuiszorg. Dezelfde volgorde wordt, met uitzondering van de GGZ ook gevonden in de gegevens van CBS/POLS, hoewel daar een andere definitie en meetmethoden gehanteerd zijn.
- Het verzuimpercentage is het hoogst in de thuiszorg. Werknemers die eenmaal verzuimen in de thuiszorg hebben derhalve een lange verzuimduur.
- De (pseudo)WAO-instroom gebaseerd op de Vernetgegevens kent dezelfde volgorde als het verzuimpercentage en de WAO-instroom.

De Vernet-gegevens uit de vorige paragraaf wijzen uit dat de meldingsfrequentie de afgelopen jaren gelijk is gebleven rond de 1,6. Alleen in de thuiszorg is de frequentie licht gestegen. Het verzuimpercentage is daarentegen vooral in 2002 behoorlijk verminderd tot 6,9% (exclusief zwangerschap). Deze daling treedt in alle branches op, maar is het sterkst in de thuiszorg. De thuiszorg is ook de branche waar als eerste (in 1999) een arboconvenant is afgesloten (zie hoofdstuk 3) en waar mogelijk de implementatie van maatregelen in de instellingen naar aanleiding van het arboconvenant het verst is gevorderd. Dit zou er dus op kunnen wijzen dat de arboconvenanten geleid hebben tot de verzuimdaling. In de overige branches komt dit verband echter nog niet zo sterk naar voren. In de verpleeg- en verzorgingsbranche is geen convenant afgesloten – wel zijn er vergelijkbare afspraken gemaakt in de CAO van 2001 - en is ook een daling zichtbaar.

In de overige branches zijn ongeveer gelijktijdig convenanten afgesloten (alle in 2001), maar schelen de branches nog aanzienlijk in de mate waarin het verzuim is verminderd. Zo zijn er relatieve grote dalingen in de GGZ-sector en bij de ziekenhuizen, maar een minder sterke daling in de gehandicaptenzorg. Uiteraard speelt mee dat, willen de arboconvenanten en de CAO-afspraken daadwerkelijk effect hebben op het ziekteverzuim, deze eerst moeten hebben geleid tot de implementatie van maatregelen op instellingsniveau en daar is nu nog onvoldoende zicht op. Daarnaast zijn er andere mogelijke verklaringen voor de verzuimdaling. Halverwege de negentiger jaren is er een begin gemaakt met het arbeidsmarktconvenant voor de sector zorg en welzijn. De activiteiten van het Sectorfonds zijn hiervan een uitvloeisel. De neergaande conjunctuur lijkt ook bij te dragen aan de verzuimdaling, maar ook de intensivering van de verzuimbegeleiding ingegeven door de Wet Verbetering Poortwachter (2002) en de invoering van de arboconvenanten. Meer hierover is in hoofdstuk 3 te vinden. De daling die zich in de verzuimcijfers heeft ingezet, zien we (nog) slechts beperkt terug in de daling in de WAO-instroom tot 2001. Uit de Vernet-gegevens blijkt echter dat de (pseudo) WAO-instroom met name in 2002 is gedaald. In 2002 ligt de (pseudo) WAO-instroom gemiddeld een kwart lager dan in 2000. Dit beeld doet zich voor alle zorgbranches voor met uitzondering van de gehandicaptenzorg.

2.4.2 Variaties in de hoogte van het verzuim

De eerder genoemde cijfers laten zien dat er aanzienlijke verschillen zijn in de tijd en tussen de branches in de zorg wat betreft de hoogte van het verzuim en de WAO-instroom. Maar ook binnen de branches loopt het ziekteverzuim aanmerkelijk uiteen. De analyse op het Vernetbestand in de vorige paragraaf toont aan dat de instellingen binnen de branches en in de tijd het meest verschillen in verzuimpercentage en (pseudo) WAO-instroom. De verschillen in de meldingsfrequentie zijn geringer. Dit betekent dat verschillen in verzuim tussen instellingen met name worden veroorzaakt door verschillen in de duur van het verzuim. Maatregelen die de duur van het verzuim zoveel mogelijk trachten te beperken, dat wil zeggen maatregelen gericht op de werkhervatting lijken daarom het meest vruchtbaar om in te zetten.

2.4.3 Oorzaken voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en variaties daarbinnen

Oorzaken van de hoge arbeidsongeschiktheid in de zorgsector zijn volgens de literatuur divers en niet eenvoudig aan te wijzen. Studies van Burger (2000) en Van Vuuren et al (2001) in opdracht van de OSA laten zien dat verklaringen voor de hoge arbeidsongeschiktheid in de zorgsector gelegd kunnen worden bij:

- Persoonlijke kenmerken van mensen werkzaam in de zorgsector: kenmerken zoals gezondheid, geslacht, belastbaarheid, opleidingsniveau en leeftijd.
- Organisatiegebonden kenmerken: de kenmerken van de betreffende instelling (zoals grootte van de instelling, de regio waar deze in ligt, werkgeverschap op afstand of niet, de stijl van leidinggeven en de span of control, professionaliteit en doeltreffendheid van het gevoerde personeels-, arbo- en verzuimbeleid, de communicatie over en betrokkenheid bij het beleid, de mate waarin men elkaar aanspreekt op verzuim).
- Werk- of branchegebonden kenmerken. Hieronder verstaan we de inhoud van het werk, de belasting die bij dit werk hoort, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden (zoals de combinatie van fysieke belasting met mentale belasting, een hoge werkdruk, wisselende diensten, het ontbreken van vervanging, de waardering van het werk en het imago van het werk in de betreffende branche).
- Maatschappelijke en economische factoren: Ontwikkelingen in de conjunctuur en de arbeidsmarkt, wet- en regelgeving inzake arbeidsongeschiktheid en sociale zekerheid kunnen (met name de duur van) het verzuim en de WAO-instroom beïnvloeden.

Over het samenspel van genoemde oorzaken en het gewicht van de afzonderlijke oorzaken is relatief weinig bekend (Van Vuuren et al, 2000 en Van Vuuren et al, 2001). Uiteraard is er wel onderzoek gedaan naar verzuimcijfers en redenen van de hoge WAO-instroom in de zorgsector en de vaak tegelijk onderzochte welzijnsector. (Houtman en De Vroome, 2001, LISV, 2001, LISV, 2002, Reijenga et al, 2000, Buijs et al, 2002). Maar deze cijfers zeggen onvoldoende over de daadwerkelijke oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Zo laat een diagnosecode ten behoeve van een WAO-aanvraag bij het UWV in het midden waarom een werknemer arbeidsongeschikt is geraakt: ligt het aan persoonlijke kenmerken of beperkingen, aan de belasting in het werk, aan de (ontbrekende) begeleiding ten tijde van het verzuim in het eerste ziektejaar, aan het ontbreken van reïntegratiemogelijkheden bij de werkgever, aan de instroomcriteria voor de WAO of speelden andere factoren een rol? Ook de perceptie van de oorzaken van arbeidsongeschiktheid kan verschillen per belanghebbende. Zo bleek uit het onderzoek van Van Vuuren et al (2001) een verschil te bestaan tussen de visie van werknemers en de visie van leidinggeven over het ontstaan van arbeidsongeschiktheidsproblemen.

Om meer licht op de oorzaken van het ziekteverzuim in de zorgsector te werpen zijn de verklarende factoren welke in de recente literatuur worden gevonden vergeleken met de resultaten van de analyses van het CBS/POLS-bestand en het Vernetbestand.

De CBS/POLS-gegevens bevestigen het belang van persoonlijke kenmerken van de werknemers in de zorg. Gezondheid is daarbij het belangrijkste. Werknemers die belemmerd worden vanwege een chronische aandoening verzuimen vaker en langer. Daarnaast verzuimen jongeren (tot 35 jaar) ook vaker, maar in een periode van twee maanden - in tegenstelling tot jongeren buiten de zorgsector - niet korter dan ouderen. Ook vrouwen en werknemers met een lange werkweek verzuimen vaker.

De Vernetgegevens laten eveneens het belang zien van de persoonlijke kenmerken van de mensen die werkzaam zijn in de zorg. Ook uit deze gegevens blijkt dat jongeren en vrouwen vaker verzuimen. Bovendien blijkt dat de verschillen in de meldingsfrequentie en het verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen bij jongeren iets groter zijn dan bij ouderen, maar in de WAO-instroom behoorlijk groot zijn. Jonge vrouwen hebben een beduidend grotere kans om de WAO te komen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Bij oudere vrouwen zijn de verschillen met mannen minder groot.

Ook in de literatuur wordt verwezen naar de demografische opbouw (veel vrouwen, meer hoger opgeleiden en minder kostwinners dan in andere sectoren) als oorzaak van de hogere arbeidsongeschiktheidscijfers in de zorgsector (Van Deursen en anderen, 2000 en 2001). Deze auteurs noemen daarnaast het werken in ploegendiensten een risicofactor die specifiek is voor de zorg. De overige risicofactoren die in de literatuur over de zorgsector vaak worden genoemd (een hoge werkdruk, fysiek zwaar werk, weinig regel mogelijkheden en een slechte beloning) speelden volgens deze analyse uit 2001 geen significante rol in de arbeidsongeschiktheidscijfers. Wel komen deze risicofactoren in de zorg vaker voor dan in andere sectoren. De resultaten van de CBS/POLS analyse bevestigen voor een groot deel deze conclusies. Evenals in het onderzoek van Van Deursen en Binnendijk wordt geen bevestiging wordt gevonden voor het verband tussen fysieke belasting en werkdruk aan de ene kant en ziekteverzuim aan de andere kant. Wel blijkt uit de CBS/POLS-gegevens dat werknemers met een slechtere intrinsieke reward (minder kansen op promotie, ontplooiing en aansluiting tussen werk en opleiding), en werknemers die eentonig werk verrichten, vaker te verzuimen. Voor de duur van het verzuim blijkt de werksfeer en de mate van autonomie en regel mogelijkheden wel van belang te zijn. Hoe beter de werksfeer en hoe meer autonomie en regel mogelijkheden, hoe eerder men terugkeert.

Het is vooral het hoge percentage vrouwen in de zorgsector dat een verklaring vormt voor het hogere arbeidsongeschiktheidsrisico. Het aantal vrouwen dat werkzaam is in de zorg- en welzijnssector bedroeg in 1999 82%. Het percentage is het hoogst in de thuiszorg (95%) en het laagst in de geestelijke gezondheidszorg (67%).

Dat grotere risico op arbeidsongeschiktheid voor vrouwen heeft veel te maken met arbeidsomstandigheden (met name op het gebied van werksfeer en waardering voor zorgtaken), de arbeidsoriëntatie van vrouwen (vaak in relatie met het niet-kostwinnerschap) én de houding van andere actoren (zoals thuisfront, leidinggevenden, artsen en arbeidsdeskundigen) ten aanzien van verzuimende werkneemsters (aldus Smit, 2001). Het gebrek aan taakautonomie en dus aan regel mogelijkheden wordt als een belangrijk arbeidsrisico voor vrouwen genoemd in de literatuur (Van Deursen, 2000 en 2001, Van der Giezen en Cuelenaere, 1998 en Smit, 2001).

Het gebrek aan taakautonomie wordt door vrouwen eerder als probleem ervaren dan door mannen, maar er lijken in de instellingen weinig specifieke maatregelen hieromtrent te worden ondernomen. In hoofdstuk 4 zullen we nader ingaan op het arbeidsongeschiktheidsrisico voor vrouwen.

In de overige literatuur worden niet zozeer de persoonsgebonden factoren maar meer de werkgebonden factoren genoemd als risicofactor voor arbeidsongeschiktheid. De belangrijkste zijn de fysieke belasting (zich met name uitend in rugklachten), psychische belasting (waarbij vooral de belasting ten gevolge van werkdruk) en in sommige branches worden daarnaast agressie, geweld en trauma's genoemd als de voornaamste arborisico's van de zorgsector. Als werknemers wordt gevraagd werkgebonden oorzaken voor verzuim aan te wijzen zullen zij bovenstaande risico's meestal noemen (Van Vuuren en anderen, 2001).

Daarnaast blijkt uit de Vernetanalyse dat organisatiegebonden kenmerken ook belangrijk zijn als oorzaak van verzuim. De aard van de branche, zoals hieronder wordt vermeld, de grootte van de instelling en de regio zijn van invloed op de hoogte van het verzuim en de WAO-instroom. Hoe groter de instelling, hoe vaker en hoe meer de werknemers verzuimen. En de werknemers in instellingen in de randstad, verzuimen meer en vaker.

Hieronder gaan we wat meer in detail in op verzuimoorzaken per branche volgens de literatuur.

Ziekenhuizen

De redenen waarom werknemers in ziekenhuizen zich ziek melden zijn bij vrouwen voornamelijk van psychische aard (iets meer dan 40%). Voor de ziekenhuizen geldt dat hoge werkdruk en fysieke belasting echter de grootste risico's voor arbeidsongeschiktheid vormen (Binnendijk en Van Deursen, 2001). Fysieke belasting is de voornaamste reden voor verzuim bij het verplegend personeel in ziekenhuizen. Van de werknemers die een WAO-aanvraag indienen, wordt relatief een groot deel volledig arbeidsongeschikt verklaard (rond de 70%).

Als de belangrijkste oorzaken voor verzuim in de ziekenhuizen noemen ook Van Vuuren en anderen (2001) fysieke belasting en psychische belasting. In dit onderzoek zijn ook werkenden in de zorgsector geïnterviewd. Redenen voor werkdruk zijn volgens sommige geïnterviewden in dit onderzoek het verzuim van collega's en personeelsgebrek. Reorganisaties en slechte arbeidsverhoudingen (met name in de werksfeer) kunnen ook een reden zijn voor verzuim. Sommige ziekenhuizen geven aan dat er bij verzuim vaak sprake is van een combinatie van oorzaken in het werk en privé-omstandigheden. Deze oorzaken leiden tot psychosociale klachten. Ook wordt in een aantal gevallen aangegeven dat de vergrijzing van het personeelsbestand een verzuimoorzaak is. De werknemers in de ziekenhuizen hebben vaak met de consequenties van verzuim te maken. Ruim driekwart van de ondervraagde werknemers in het onderzoek van Van Vuuren en anderen gaf aan regelmatig of soms in te vallen en/of harder te werken als gevolg van het verzuim van collega's.

Thuiszorg

In de thuiszorg is 95% van de werknemers vrouw: Kenmerkend voor het werk in de thuiszorg is dat de medewerkers (met uitzondering van het kantoorpersoneel) werken bij cliënten thuis. Dit betekent dat zij werken onder uiteenlopende arbeidsomstandigheden. Zij moeten veel reizen en werken in de meeste gevallen alleen. Er is geen collega waarbij even 'stoom kan worden afgeblazen' of die bepaalde taken kan overnemen. De afstand tot de leidinggevende is groot: die ziet of spreekt men weinig. Werken op onregelmatige uren komt ook veel voor.

Uit het vragenlijstonderzoek van Van Vuuren en anderen (2001) blijkt dat iets meer dan helft van de werknemers in de onderzochte thuiszorginstellingen zowel de psychische als de fysieke belasting aanwijzen als verzuimoorzaak. Op de derde plaats komen de arbeidsverhoudingen voor ruim een kwart van de werknemers.

Volgens de literatuur wordt het relatief hoge verzuim in de thuiszorg met name veroorzaakt door het langdurig verzuim (6 weken tot 1 jaar), dit komt overeen met de bevindingen uit de Vernet-analyse. Werknemers gaan lang door maar kennen bij uitval een lange duur.

De Geestelijke Gezondheidszorg

In de GGZ, en dan met name in de psychiatrie, zijn het factoren als hoog werktempo, onduidelijkheid, de manier van leiding geven en het aantal uren dat men werkt die verzuim veroorzaken (Van Deursen en Binnendijk, 2001). De meeste GGZ-instellingen hebben de afgelopen jaren een fusie en reorganisatie gehad. Werknemers in de GGZ zijn volgens het onderzoek van Van Vuuren en anderen (2001) sterk betrokken bij het werk en de patiënten, soms zelfs té betrokken. Dat leidt tot een hoge verzuimdrempel en een laag verloop in sommige instellingen. Een ander aspect van de GGZ-cultuur is het 'duiden' van ziekte bij medewerkers. Niet alleen bij patiënten maar ook bij collega's vraagt men zich direct af: "Wat betekent het dat je nu ziek bent?" Het idee is dat mensen niet zo maar ziek worden, er moet iets aan de hand zijn. Collega's zijn ertoe geneigd elkaar 'in therapie' te nemen. Deze cultuur wordt echter niet in alle GGZ-instellingen aangetroffen.

De belangrijkste oorzaak in de werksituatie voor het verzuim is volgens genoemd onderzoek de psychische belasting als gevolg van de omgang met cliënten met een psychiatrische problematiek. Agressie en intimidatie door cliënten komen voor. Andere oorzaken die worden genoemd zijn werkdruk, personeelstekort, arbeidsverhoudingen (werksfeer), fysieke belasting en reorganisaties/fusies. Ook de druk die de combinatie werk-privé met zich mee kan brengen wordt door één van de onderzochte instellingen beschouwd als verzuimoorzaak. Dit verband is echter niet aangetoond met cijfers (Van Vuuren et al, 2001).

De gehandicaptenzorg

Arborisico's in de gehandicaptenzorg zijn vooral gelegen in de fysieke belasting (zich vaak uitend in rugklachten), werkdruk, agressie en geweld. (althans, volgens Van Essen en Josten, 2002). De meeste instellingen in de gehandicaptenzorg hebben de afgelopen jaren te maken gehad met fusies en reorganisaties. De belangrijkste oorzaken in de werksituatie voor het verzuim zijn volgens het onderzoek van Van Vuuren en anderen (2001) psychische belasting (door agressie op sommige bewonersgroepen en werkdruk) en fysieke belasting. In vier van de vijf instellingen die Van Vuuren en anderen onderzochten speelt de combinatie van factoren in het werk met privé-factoren vaak een rol bij het verzuim op grond van psychische klachten. Andere factoren die in mindere mate worden genoemd zijn de arbeidsinhoud (extra taken zoals het opstellen van zorgplannen), arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden (beperkte doorgroeimogelijkheden) en reorganisaties/fusies. Ook een hoog percentage werknemers op een ID-baan doet het verzuim in de gehandicaptenzorg toenemen (Smit, 2003).

De verpleeg- en verzorgingstehuizen

Bij de meeste verpleeg- en verzorgingsinstellingen is er de afgelopen jaren sprake geweest van ingrijpende veranderingen. De instellingen geven aan dat er sprake is van een verhoogde werkdruk, versterkt door een toename van tijdelijke opnames.

In relatief korte tijd was er in deze sector sprake van een intensivering van de zorg gepaard met een toenemende professionalisering van de medewerkers. Veel instellingen zijn daarnaast de laatste jaren overgestapt op een andere werkwijze van zorgverlening, zoals teamverpleging (Van Vuuren en anderen, 2001).

De verpleeg- en verzorgingshuizen vormen een branche met overwegend vrouwen in dienst. Vaak, maar niet overal, zijn dit gemiddeld ook wat oudere vrouwen en werken zij in deeltijd. Vooral de oudere vrouwen hebben meer last van fysieke belasting door slijtage. De belangrijkste oorzaken in de werksituatie voor het verzuim zijn fysieke belasting en psychische belasting (waaronder werkdruk), aldus de studie van Van Vuuren en anderen in een aantal instellingen.

2.4.4 De beïnvloedbaarheid van de factoren

Samenvattend komt uit de vergelijking tussen literatuur en de CBS/POLS en Vernet-analyse een beeld naar voren dat persoonskenmerken de grootste invloed hebben op verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector.

Anderzijds zijn de hoge werkdruk, het fysiek zware werk, het niet zelf kunnen regelen van het werktempo en het ontbreken van promotiekansen arbeidsongeschiktheidsrisico's die in de zorgsector meer voorkomen dan in andere branches. Deze risicofactoren zijn in de instellingen in verhoogde mate aanwezig en de literatuur geeft aan dat werknemers deze ook subjectief ervaren als werkgebonden oorzaak voor verzuim. In de POLS/CBS-analyse en de studie van Van Deursen en Binnendijk (2001) en die van Van Lomwel en Nelissen (2003) die meer objectief het verband trachten aan te tonen tussen dergelijke werkgebonden oorzaken en verzuim wordt echter geen bevestiging wordt gevonden voor een rechtstreeks en significant verband tussen fysieke belasting en werkdruk aan de ene kant en ziekteverzuim aan de andere kant.

Mogelijk is dat deze verbanden gemodereerd worden door individuele verschillen. Niet iedereen hoeft even ziek te worden van een bepaalde fysieke belasting of werkdruk. Sommige mensen kunnen daar beter mee omgaan dan andere. Uit de analyse van CBS-bestand bleek wel sprake te zijn van een rechtstreeks verband tussen enkele andere werkgebonden oorzaken en verzuim. Zo verzuimen werknemers vaker als zij een slechtere intrinsieke reward (minder kansen op promotie, ontplooiing en aansluiting tussen werk en opleiding) hebben, en als zij eentonig werk verrichten. Voor de duur van het verzuim blijkt de werksfeer en de mate van autonomie en regelmogelijkheden verder van belang te zijn. Hoe beter de werksfeer en hoe meer autonomie en regelmogelijkheden, hoe eerder men terugkeert.

De factoren die verzuim en arbeidsongeschiktheid verklaren, zijn niet alle even makkelijk te beïnvloeden met beleidsmaatregelen. De persoonsgebonden factoren – zoals geslacht, leeftijd, gezondheid en belastbaarheid – zijn lastig en niet altijd direct te beïnvloeden met beleidsmaatregelen in de instellingen. Wel kan men specifieke maatregelen nemen die expliciet rekening houden met de persoonskenmerken van bepaalde groepen werknemers in de sector. Uit de Vernetanalyse zien we dat bepaalde groepen werknemers er uit springen (vrouwen, jongeren, ouderen, laagbetaalden). Maatregelen die hierbij resultaat kunnen hebben zijn bijvoorbeeld maatregelen die de belastbaarheid van deze groepen werknemers vergroot en maatregelen die het werken in de zorg aantrekkelijker maken voor deze groepen werknemers.

De organisatiegebonden factoren – zoals grootte van de instelling, de regio waar deze in ligt, werkgeverschap op afstand en de stijl van leidinggeven - zijn soms wel, maar soms ook niet te beïnvloeden met beleidsmaatregelen. Organisationsgebonden factoren vinden we als verklaring voor verzuim en arbeidsongeschiktheid met name terug in de Vernet-analyse. Werken in de randstad en in grotere instellingen geeft meer risico's. Voor de regio is beleidsmatige beïnvloeding nauwelijks mogelijk.

Het tegengaan van een verdere vergroting van de instellingen is beleidsmatig wél te sturen (bijvoorbeeld op branche- of sectorniveau). In de literatuur zien we dat leidinggeven op afstand een belangrijk risico kan geven. Het werkgeverschap op afstand (zoals in de thuiszorg) kan enigszins ondervangen worden met organisatiegebonden maatregelen. De stijl van leidinggeven en de professionaliteit van het personeels- en verzuimbeleid – overigens in geen enkele studie aan te wijzen als 'oorzaak van verzuim' maar meer als oplossing voor verzuim' - is in hoge mate beïnvloedbaar. Koploperinstellingen hebben goede ervaringen opgedaan met een meer zakelijke stijl van leidinggeven: andere instellingen zouden hier van kunnen leren.

Ook de werkgebonden en dus branche-gebonden factoren zijn in hoge mate beïnvloedbaar. Bij de onderzochte oorzaken voor arbeidsongeschiktheid noemden we reeds de arbeidsomstandigheden, de mentale en fysieke werkdruk, de wisselende diensten, de (mindere) waardering van het werk en het imago van het werk.

Zoals we in hoofdstuk 3 zullen zien, worden tal van beleidsmaatregelen ingezet om juist deze werkgebonden factoren te beïnvloeden. Deze factoren zijn voor instellingen makkelijker te beïnvloeden dan de persoonsgebonden factoren.

Bij de maatschappelijke en economische factoren denken we vooral aan de conjunctuur, de arbeidsmarkt en de wet- en regelgeving inzake arbeidsongeschiktheid. We weten dat deze macrofactoren een grote invloed hebben op de hoogte van verzuim en arbeidsongeschiktheid, maar het exacte effect van afzonderlijke factoren is moeilijk vast te stellen. In hoofdstuk 4 wordt hier nader op in gegaan.

BELEIDSMAATREGELEN
OP MACRO-, MESO- EN
MICRONIVEAU

3

3.1 Beleidsmaatregelen op macro niveau

De belangrijkste bronnen naar de effectiviteit van beleidsmaatregelen op macroniveau zijn die van Besseling (2000), Van der Giezen en Cuelenaere (1998), Hertoghs en anderen (2001), Veerman (2001) De Vos en Smitskam (2002), De Vos en anderen (2002) en Wevers (2001).

Dit onderzoek naar de effectiviteit van het overheidsbeleid inzake verzuim en arbeidsongeschiktheid levert geen-eenduidige conclusies op. Enkele bevindingen die naar voren komen zijn de volgende:

- WULBZ heeft het financiële bewustzijn bij werkgevers inzake verzuim vergroot.
- De Arbowet heeft er daadwerkelijk toe geleid dat bedrijven en instellingen arbodiensten hebben ingehuurd voor de noodzakelijke arbo-dienstverlening. De meeste instellingen hebben de verplichte RI&E laten doen. Het zijn vooral de kleine bedrijven en instellingen die niet aan de verplichtingen uit de arbowet voldoen.
- De Wet REA wordt door werkgevers en professionals (arbodiensten, reïntegratiebedrijven) positief beoordeeld, ook al worden de financiële instrumenten van de wet REA in minder gevallen ingezet dan mogelijk zou zijn. De netto effectiviteit van sommige REA instrumenten pakt voor de arbeidsgehandicapten positief uit. Dat geldt bijvoorbeeld voor bemiddelings- en kwalificatietrajecten.
- De mogelijkheid voor werkgevers om zich tegen risico's van arbeidsongeschiktheid te verzekeren is op grote schaal ook ingezet. Bij bedrijven die eigen risicodragers zijn voor verzuimkosten is het verzuim echter aantoonbaar lager dan bij bedrijven die geen eigen risicodragers zijn.
- Er zijn nog geen concrete effecten te meten van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) die in 2002 is ingegaan. De eerste reacties van werkgevers, werknemers en arbodiensten op de wet waren kritisch, vooral vanwege de administratie die de wet met zich meebrengt. Deze kritiek is sterk verminderd na een jaar en is omgeslagen in positieve geluiden: door de WVP heeft de verzuimaanpak in bedrijven en instellingen waarschijnlijk nieuwe impulsen gekregen en dat werpt zijn vruchten af. Volgens MarketConcern (Het Financiële Dagblad, 5 juli 2003) heeft de WVP in 2002 ook tot een grotere investering in arbozorg geleid, wat weer leidt tot verzuimvermindering: gemiddeld over alle instellingen en bedrijven zijn de kosten voor arbozorg toegenomen met 30% (van gemiddeld 108 naar 137 Euro per werknemer per jaar). Overigens worden de kosten voor arbozorg niet alleen besteed aan de dienstverlening van arbodiensten. De dienstverlening van reïntegratiebedrijven en andere, meer specialistische, dienstverleners is groeiende, daarnaast investeren bedrijven en instellingen ook in de eigen, interne arbozorg.

Het verzuim en de WAO-instroom is in de meeste sectoren -en ook in de zorgsector - dalende, maar er kan echter (nog) niet aantoonbaar worden gemaakt dat deze daling veroorzaakt wordt door de WVP. Ook de conjunctuur kan hier een grote rol bij spelen: bij een dalende conjunctuur daalt ook het verzuim.

Specifiek voor de zorgsector zijn de volgende conclusies te trekken over het macrobeleid:

- Uit onderzoek van gegevens uit 1998 bleek dat werkgevers in de zorg gemiddeld minder investeren in arbozorg dan werkgevers in andere sectoren (Van der Giezen en Cuelenaere, 1998, Van Vuuren en anderen, 2001, Hertoghs en anderen, 2001). Volgens een recente analyse van MarketConcern van gegevens uit 2002 blijkt dit nog steeds het geval te zijn (Het Financiële Dagblad, 5 juli 2003). Non-profit instellingen investeren volgens deze analyse beduidend minder in arbozorg dan de marktsector. Overigens betreffen deze cijfers alleen grote instellingen en bedrijven.

- In onderzoek van het SZW werkgeverspanel blijkt dat in 1997 werkgevers in de gezondheidszorg het ziekteverzuim na de privatisering van de ziektewet vrijwel volledig hebben verzekerd bij particuliere maatschappijen, terwijl werkgevers uit het bedrijfsleven veel vaker kozen voor verzekeringen met een aanzienlijk eigen risico. Dit is van invloed op de initiatieven die een werkgever zal ondernemen om een werknemer te reïntegreren: in de zorgsector worden ook minder reïntegratie inspanningen verricht. Latere publicaties over de zesde meting van het SZW-werkgeverspanel in 2000 (Veerman en anderen, 2001) tonen aan dat zorginstellingen in 2000 juist iets onder de gemiddelde score qua verzekeringsgraad tegen ziekteverzuim. Het eerder gemeten verschil blijkt dus niet meer te kloppen: veel zorginstellingen zijn overgestapt op het betalen van een eigen risico. Dat zou bevorderend moeten zijn voor verzuim- en reïntegratiebeleid.
- In een publicatie van AWO (2000) en in de overzichtpublicatie voor de OSA van Van Vuuren en anderen (2001) wordt geconcludeerd dat in de zorg- én welzijnssector naar verhouding minder gebruik gemaakt wordt van het REA-instrumentarium. Instellingen in de zorg en het welzijn vragen dus minder vaak subsidies in het kader van REA aan. Er is geen onderzoek verricht naar een verklaring hiervoor. Onderzocht zou kunnen worden in hoeverre dit te maken kan hebben met een geringer kostenbewustzijn, minder belangstelling voor financiële prikkels of met het feit dat zorginstellingen reeds veel tijd en administratie steken in het aanvragen van de zogenaamde AVR-subsidies bij het sectorfonds. Ook is onduidelijk in hoeverre de grootte van de instelling bepalend is voor het al dan niet aanvragen van REA-vergoedingen.

Bij de start van voorliggend onderzoek werd door de RWI de vraag opgeworpen of financiële prikkels in de zorgsector wel een even groot effect hebben als in de marktsector. Dit omdat de kosten en baten van het beleid minder zwaar zouden kunnen wegen in de besluitvorming over maatregelen dan in de marktsector. Deze stelling is echter lastig aantoonbaar te maken. De onderzochte studies naar de effecten van de wet REA (Wevers, et al, 2001) en de effecten van reïntegratie instrumenten (Smitskam en De Vos, 2002) geven hier ook geen aanwijzingen voor. Het feit dat er in de zorgsector minder REA-subsidies worden aangevraagd dan in andere sectoren is onvoldoende bewijs hiervoor, maar maakt de gestelde vraag wel extra relevant.

3.2 Beleidsmaatregelen op meso niveau

3.2.1 De maatregelen op sectorniveau

De belangrijkste beleidsinitiatieven op mesoniveau betreffen voor de gehele sector het convenant arbeidsmarktbeleid zorgsector (CAZ) met het ministerie van VWS en voor de branches binnen de sector de Arbo-deelconvenanten met het ministerie van SZW. Het CAZ heeft tot doel om voldoende en kwalitatief goed personeel te vinden voor de zorgsector en brengt in kaart welke maatregelen hiervoor moeten worden getroffen. De speerpunten van het convenant zijn: de bevordering van de instroom, bevordering behoud zittend personeel, regionale samenwerking, onderzoek en monitoring, verbetering arbeidsomstandigheden en werkdruk, beeldvorming en goede voorlichting over het werk in de zorg naar de arbeidsmarkt toe. De looptijd van het huidige CAZ-convenant is van december 1998 tot 2004.

Het bijbehorende onderzoeksprogramma richt zich op de thema's instroom, behoud en mobiliteit van personeel, kwaliteit en scholing, bevordering participatie van doelgroepen, arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, reïntegratie,

vraag naar arbeid, knelpunten bij overige functies. Dit collectief gefinancierde onderzoek heeft inmiddels duidelijk gemaakt waar het in de verschillende branches in de zorg aan ontbreekt. Dit onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).

Voor de zorgsector zijn convenanten voor dit onderzoek van groter belang dan de CAO's. De sociale partners gaan in de convenanten verder in op maatregelen die zij gezamenlijk willen ondernemen. Alleen de verplegings- en verzorgingstehuizen hebben geen convenant, maar hebben in 2001 hun afspraken over arbo, verzuim en reïntegratie vastgelegd in het CAO "Arbeid en Gezondheid" (www.sdu.nl/staatscourant/cao).

De arbo-convenanten hebben als doel het reduceren van het verzuimpercentage, het instroompercentage in de WAO en de fysieke en psychische belasting. De voorgenoemde maatregelen (speerpunten) in de convenanten hebben vooral betrekking op fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk, verzuimbegeleiding en reïntegratie en met uitzondering van de thuiszorg ook op de gevaarlijke stoffen en allergenen. In de academische ziekenhuizen en de geestelijk gezondheidszorg zijn de maatregelen bovendien gericht op vermindering van onveiligheid en agressie, waarbij in de academische ziekenhuizen, traumatische ervaringen en (seksuele) intimidatie ook als aandachtspunten gelden. Het meeste onderzoek in het kader van de arboconvenanten concentreert zich op het in kaart brengen van de voornaamste risico's binnen de branche, dit vond plaats in nulmetingen. Het lopende onderzoek in het kader van de arboconvenanten richt zich op monitoring van de doelstellingen van de convenanten.

De thuiszorg had het eerste convenant 'nieuwe stijl' en startte in maart 1999 met de uitvoering daarvan; de GGZ (januari 2001), de gehandicaptenzorg (juli 2001) en tenslotte de ziekenhuizen (december 2001) ondertekenden later een convenant. De literatuuranalyse van voorliggend onderzoek is verricht in de periode januari-maart 2003. Op dat moment waren er nog nauwelijks evaluatie-studies over de effecten van de convenanten verschenen. We hadden alleen de beschikking over een (nog niet gepubliceerde) rapportage over de GGZ-branche (Falke en Verbaan, 2003). De na maart 2003 verschenen studies in het kader van de convenanten konden helaas in dit onderzoek niet worden meegenomen. Er is geen literatuur beschikbaar over de kosten en baten van de maatregelen die in de instellingen in het kader van de convenanten zijn genomen.

In de tussentijdse rapportage Arboconvenanten Nieuwe stijl (SZW, 2002), wordt wel gerapporteerd over de resultaten van de convenanten tot nu toe en over de te verwachten besparingen tot nu toe. De rapportage betreft de periode 1999-2002. De overheid deelt enkele bedrijfstakken in naar de verschillende risico's die er zijn. Deze sectoren worden 'hoogrisicobedrijfstakken' genoemd. De zorg zien we terug bij tillen (ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen) bij werkdruk (idem) en bij werken met allergene stoffen (gezondheidszorg algemeen). Het verzuim in de zorgsector is volgens deze publicatie sinds de convenanten er zijn met 0,1% per kwartaal gedaald tot 7,2% (SZW, 2002). Maar er is geen hard bewijs dat de daling van het verzuim komt door de maatregelen die in het kader van de convenanten zijn genomen.

Het Ministerie van SZW heeft ter ondersteuning van het tot stand komen en de uitvoering van de arboconvenanten drie overzichten laten maken over de stand van de wetenschap op het gebied de aanpak van werkdruk (Klein Hesselink, et al 2001), RSI bij beeldschermwerk (Douwes, et al 2002) en vroegtijdige verzuim- en reïntegratiebegeleiding (Prins et al, 2001).

De interventies die genoemd worden in deze “Stand der Wetenschap” worden meegenomen in voorliggende analyse.

Een ander interessante beleidsinitiatief op meso niveau zijn de zogeheten “Transferpunten”. Dit zijn regionale mobiliteitsbureaus om de instroom, doorstroom en uitstroom te bevorderen van de aangesloten zorginstellingen. Betrokken actoren zijn veelal werkgeverskoepels, het Tripartiet Sectoraal Overleg (TSO), CWI's, UWV en het sectorfonds Zorg en Welzijn, zorginstellingen in de regio en soms externe adviesbureaus, opleidingsinstituten en uitzendbureaus. Algemene activiteiten van de transferpunten zijn advisering aan instellingen en werkzoekenden, mobiliteitsbureau, werving van kandidaten voor ‘werken en leren in de zorg’, vacaturemeldpunt, bemiddeling van direct plaatsbare personen en sinds kort vaak activiteiten gericht op het (her)plaatsen van arbeidsgehandicapte werknemers. In het onderzoek van Van Vuuren en anderen (2001) naar preventie en reïntegratie in de sector Zorg en Welzijn worden de succes- en faalfactoren voor het beleid van deze transferpunten gericht op reïntegratie in beeld gebracht. Een evaluatieonderzoek naar de effecten van de transferpunten is niet beschikbaar.

3.2.2 De maatregelen in de vijf branches

In de **ziekenhuizen** is men begonnen met de implementatie op instellingsniveau van de in het convenant gemaakte afspraken. Het convenant is ingegaan in december 2001. De risico's waar het plan van aanpak op ingaat zijn: fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk, gevaarlijke stoffen en allergenen. Per risico worden maatregelen genoemd:

Ten aanzien van fysieke belasting worden knelpunten geïnventariseerd en oplossingen bedacht. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het toepassen van richtlijnen en aan voorlichting. Tevens wordt financiering beschikbaar gesteld om op instellingsniveau maatregelen te nemen. Ten aanzien van werkdruk worden leidinggevenden getraind in het signaleren en aanpakken van werkdruk en worden programma's aangeboden om werknemers weerbaarder te maken. Ook krijgt traumaopvang extra aandacht en wordt er gestreefd naar een goede afstemming tussen de wensen van de organisatie en de wensen van de werknemer. Ten aanzien van gevaarlijke stoffen zijn er projecten voor de introductie van latexarme- en latexvrije handschoenen en voor het isoleren van de cytostaticabron.

Het plan van aanpak noemt tevens een aantal – voor de instellingen - ondersteunende maatregelen op brancheniveau:

- Het arbokenniscentrum Zorg en Welzijn.
- De coördinatie van de implementatie door de BBC.
- Arbeidsrisico's integreren in opleidingen: bewustwording.

De monitoring van het Arboconvenant van de ziekenhuizen wordt door Research voor Beleid uitgevoerd en betreft in eerste instantie een nulmeting op instellings- en werknemersniveau. Over dit onderzoek was ten tijde van voorliggende studie nog niet gepubliceerd.

De **thuiszorg** heeft zich in het convenant van 1999 aanvankelijk alleen gericht op fysieke belasting. Later zijn daar werkdruk en vroegtijdige reïntegratie bijgekomen. In het convenant zijn praktijkregels opgesteld rond fysieke belasting: een stoplichtmodel, waarbij verschillende veelvoorkomende activiteiten worden aangemerkt als groen, oranje en rood.

De bedoeling is dat de praktijk zoveel mogelijk 'groen' wordt. Verder wordt er een groot aantal activiteiten ondernomen ten aanzien van voorlichting, technische hulpmiddelen, arbovriendelijke reinigingsmiddelen, voorlichtingsfilms en dergelijke. Wat betreft de vroegtijdige reïntegratie lopen er op dit moment vijf pilots bij thuiszorginstellingen: publicaties daarover zijn nu nog niet beschikbaar.

Begin 2002 won de thuiszorg een eenmalige prijs van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de centrale werknemers- en werkgeversorganisatie. Het convenant werd het beste genoemd van de 22 convenanten die toen waren afgesloten. Volgens de jury viel het arboconvenant thuiszorg op door een brede en praktische aanpak. Vooral de praktijkregels en de informatie op internet over vermindering van lichamelijke belasting zoals tillen werden geprezen.

In de periode 2002-2004 worden er concrete maatregelen gekoppeld aan het plan van aanpak:

- Fysieke belasting: arbocheck, optimaliseren en actualiseren uitleenartikelen AWBZ en inventariseren en zoeken van oplossingen voor knelpunten in de WVG.
- Werkdruk: vastleggen van systematisch werkoverleg in de CAO, trainingen en cursussen arbo- en verzuimbeleid, stimuleren loopbaanontwikkeling en ontwikkelen praktijkregels voor werkbare controle voor werknemers.
- Vroegtijdige reïntegratie: in dienst stellen van een reïntegratiecoördinator, inhoudelijke en financiële steun voor het project "reïntegratie arbeidsgehandicapten in de thuiszorg".
- Het convenant voor **de GGZ** (ingegaan in 2001) stelt fysieke belasting, werkdruk, vroegtijdige reïntegratie en agressie centraal. Ten aanzien van de aanpak van arbo-risico's maakt men onderscheid naar prioritaire maatregelen en ondersteunende maatregelen. Prioritair slaat op de arborisico's die op instellingenniveau aangepakt moeten worden. Ondersteunende maatregelen worden dan door de convenantpartijen genomen (afspraken arbodiensten op branche niveau, aanbieden werkpakket, ontwikkelen handboek e.d.). Om subsidie te krijgen via de kaderregeling AVR zullen de instellingen een strategieplan moeten ontwikkelen waarin deze maatregelen omschreven worden.

De prioritaire maatregelen in het convenant zijn onder meer gericht op: het stellen van een kwantitatieve verzuimnorm, het verbeteren van de verzuimprocedures voor leidinggevenden, een heldere aanpak van reïntegratie en het trainen van leidinggevenden en P&O in het omgaan met verzuim. In de monitor van het Arboconvenant van de GGZ zullen de effecten van de maatregelen in kaart worden gebracht. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Research voor Beleid.

De maatregelen die men in de **gehandicaptenzorg** voorstelt in het plan van aanpak van het arboconvenant (van juli 2001) zijn onder andere gericht op het aanscherpen van de contracten met de arbodiensten. Verder worden genoemd: het opstellen van reïntegratieprotocollen, reïntegratieafspraken en binnen 6 weken een reïntegratieadvies. KPMG heeft in het rapport 'Arboconvenant gehandicaptenzorg, stand der techniek, eindrapport. (KPMG, mei 2002) maatregelen voorgesteld om de belangrijkste arborisico's aan te pakken:

- Ten aanzien van de aanpak van de arborisico's is trainen van leidinggevenden een belangrijke en veelvuldig genoemde maatregel.
- Ten aanzien van fysieke belasting is het van belang dat functionele richtlijnen worden ontwikkeld en dat er technische voorzieningen komen. Met name ten aanzien van tillen.

- Wat betreft werkdruk is met name het vergroten van het trainingsaanbod een belangrijke maatregel. Het trainen en professionaliseren van leidinggevenden is in dit kader prioritair. Verder worden traumaopvang en weerbaarheidsverhoging genoemd.
- Agressie en geweld moet beteugeld worden door gedragscodes in te stellen, een agressie-protocol te ontwikkelen en de incidenten beter te registreren. Verder is ook hier training en begeleiding van groot belang, net als opvang na een agressie-incident.

In de gehandicaptenzorg worden dus twee preventiestrategieën onderscheiden:

- 1 De persoonsgerichte: deze strategie richt zich op de verpleegkundige en heeft doel de belastbaarheid te vergroten.
- 2 De werkgerichte: door het terugdringen van de belasting.

De preventiestrategieën zijn specifiek gericht op het voorkomen van rugklachten bij werknemers in de gehandicaptenzorg. In het onderzoek van Knibbe en anderen (2002) worden richtingen onderscheiden die zich focussen op 1) het verbeteren van de conditie en de spierkracht, 2) het vergroten van de vaardigheden en tiltechnieken en 3) het aanpassen van het werk aan de zorgverlener (ergonomisch bronbeleid).

De positieve resultaten van het vergroten van de conditie en spierkracht hebben vooral betrekking op mensen die reeds eerder last hadden van hun rug (secundaire preventie). Voor werknemers die nog nergens last van hebben (primaire preventie) zijn de effecten niet vastgesteld. Van de training van de tiltechnieken is geen significant effect uitgegaan. Het ergonomisch bronbeleid is te weinig onderzocht om er uitspraken over te kunnen doen. (Knibbe en anderen, 2002). Ook concluderen Knibbe en anderen dat de activiteiten die de fysieke belasting in de gehandicaptenzorg veroorzaken te weinig in beeld zijn gebracht.

In de branche van de **verpleeg- en verzorgingstehuizen** is zoals reeds gemeld geen arboconvenant van kracht, maar een actueel CAO 'Arbeid en Gezondheid', waarin arbo-, verzuim en reïntegratiemaatregelen zijn afgesproken. In 2000 is overigens wel een intentieverklaring voor een arboconvenant getekend door de sociale partners en de werkgevers uit de branche. In deze intentieverklaring wordt opdracht gegeven voor het uitvoeren van onderzoek naar de haalbaarheid van maatregelen die het doel hebben de psychosociale belasting en fysieke belasting te verminderen. De afspraken in de huidige CAO hebben betrekking op "de beleidsintensivering aanpak ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid op instellingsniveau". Bij de aanpak van verzuim en arbeidsongeschiktheid dient de werkgever met de volgende uitgangspunten rekening te houden:

- Goede samenwerking met de OR en arbo-dienst.
- Hierbij houdt de werkgever rekening met de WOR en de arbo-wet.
- Het arbo-beleid is een integraal onderdeel van het totale beleid.
- De werkgever onderzoekt de oorzaken van verzuim en houdt de privacy van de werknemers in acht.

De CAO gaat verder uitgebreid in op de voorwaarden waaronder de werkgever invulling geeft aan het arbo-contract. De belangrijkste punten zijn dat de werkgever een arbo-dienst contracteert met voldoende deskundigheid, die jaarlijks verslag doet en veelvuldig in contact treedt met het overlegorgaan. Ook is in het CAO afgesproken dat per 1 januari 2004 alle werkgevers in de branche een arbozorgsysteem ontwikkeld hebben dat voldoet aan de kwaliteitseisen van het systeem NPR-5001.

3.2.3 Beleidsontwikkeling op branche niveau

De maatregelen die zijn afgesproken in het kader van de convenanten liggen op het terrein van terugdringen fysieke en psychische belasting, vergroten fysieke en psychische belastbaarheid door preventieve maatregelen en procedurele maatregelen om verzuim beter te managen. Ook opleidingen en coaching van leidinggevend en een betere informatievoorziening over verzuim (op sectorniveau georganiseerd) worden in de convenanten voorgesteld. Idealiter zou een evaluatie van de maatregelen (in monitorstudies) die genomen zijn in het kader van de arboconvenanten opgenomen moeten worden in deze studie. Helaas was het nog niet zover ten tijde van deze analyse, zodat er weinig gezegd kan worden over de effecten van de in de arboconvenanten voorgestelde maatregelen.

Uit de analyse van Van Vuuren en anderen (2001) kan worden afgeleid dat er in de tijd een beleidsontwikkeling is waar te nemen bij de maatregelen op zowel branche- als instellingsniveau in de zorgsector. Deze studie is gedaan voordat de convenanten tot uitvoering waren gekomen (met uitzondering van de thuiszorg), maar de gesignaleerde beleidsontwikkeling is momenteel nog steeds waarneembaar. Allereerst worden preventieve (arbo) maatregelen en maatregelen om verzuimoorzaken te analyseren genomen. Preventieve maatregelen omtrent fysieke belasting lijken iets eerder te worden genomen dan preventieve maatregelen omtrent psychische belasting. Maatregelen voor psychische belasting zijn door de branches – in de tijd gezien – later ingezet. In sommige convenanten zijn deze maatregelen toegevoegd aan de eerder gemaakte convenant-afspraken. Werkdruk is het centrale thema bij de maatregelen tegen psychische belasting.

Na de preventieve maatregelen, worden in tweede instantie procedurele maatregelen ingezet: dit zijn bijvoorbeeld verzuimprotocollen en afspraken over taakverdelingen (en mogelijke arbeidsvoorwaardelijke prikkels) om met elkaar het verzuim te beheersen. In derde instantie worden reïntegratiemaatregelen genomen. Alleen instellingen die al langere tijd een gestructureerde verzuimaanpak hebben nemen ook expliciet reïntegratiemaatregelen om langdurig zieke werknemers weer te kunnen herplaatsen. Het verzuim kan immers nooit helemaal worden voorkomen en er zullen altijd werknemers met gezondheidsklachten zijn die begeleiding en herplaatsingsmogelijkheden moeten hebben. Juist in het voorkomen van een lange verzuimduur met daarbij het voorkomen van het risico op WAO-instroom kunnen instellingen nog aanzienlijke kostenbesparingen realiseren én beleidsresultaten boeken.

Naarmate branches en instellingen hun beleidsinspanningen dus verder ontwikkelen komen de accenten meer bij reïntegratie te liggen en is tevens een intensivering van het beleid waarneembaar. Dit zien we bijvoorbeeld bij de (met name grotere) ziekenhuizen. Ook de – niet in dit onderzoek betrokken – academische ziekenhuizen zijn verder in hun beleidsontwikkeling.

Ongeacht de specifieke maatregelen geldt tevens dat hoe meer een instelling doet, hoe lager het verzuim en de arbeidsongeschiktheid is (Van Vuuren en anderen, 2001). Als veel instellingen uit een bepaalde branche naar verhouding veel maatregelen nemen, vertaalt zich dat in een lager verzuimpercentage voor de hele branche. De instellingen in de gehandicaptenzorg en de GGZ waren ten tijde van de studie van Van Vuuren en anderen (2001) wat minder actief en minder ver gevorderd in hun beleidsontwikkeling dan de instellingen in de andere zorgbranches. Deskundigen binnen het sectorfonds menen dat na de start van de convenanten deze branches juist extra actief zijn geworden. De instellingen in de thuiszorg (met de hoogste verzuimpercentages voor de zorgsector) zijn zeker actief te noemen: de forse daling in het verzuim in deze branche vanaf 2001 - en met name in 2002 - zou hierdoor mede verklaard kunnen worden.

Bij de verpleeg- en verzorgingstehuizen is het beeld over de beleidsontwikkeling wisselend: de verschillen tussen de instellingen lijken groot te zijn. Genoemde indrukken over beleidsontwikkeling en –intensiteit zijn overigens ook moeilijk hard te maken: ze berusten op niet gestructureerde waarnemingen van de onderzoekers van deze studie.

Het registreren van verzuimgegevens krijgt in de hele sector de laatste jaren veel aandacht. In korte tijd is het aantal instellingen dat gegevens levert aan Vernet gestegen tot 82% van de instellingen (medio 2003). Registratie van verzuimgegevens zorgt voor een grotere bewustwording van de verzuimproblematiek en stimuleert instellingen tot maatregelen. Instellingen worden tot registratie aangezet door het Sectorfonds: alleen instellingen die de verzuimgegevens aan Vernet aanleveren komen in aanmerking voor een AVR-subsidie van het sectorfonds. Helaas registreert Vernet geen WAO cijfers en herplaatsingsgegevens: juist hieraan ontbreekt in veel instellingen het inzicht. Het ontbreken van specifiek reïntegratiebeleid kan mede worden verklaard door het gebrek aan inzicht in de reïntegratieproblematiek en de WAO-kosten.

3.3 Beleidsmaatregelen op micro niveau

3.3.1 Kanttekeningen bij de maatregelen in de instellingen

Op het niveau van de arbeidsorganisatie zelf liggen de meeste aangrijpingspunten voor het terugdringen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Niet alleen omdat hier veel oorzaken voor de ontstaan van arbeidsongeschiktheid liggen, maar ook omdat daar de beste kansen voor het terugdringen daarvan liggen (zie bijvoorbeeld Van Vuuren, 2000, Bosselaar & Reijenga, 2000). Ook in een recent vergelijkend onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het succes van reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers in Nederland, Duitsland en Zweden (Den Uijl, 2002) is aangetoond dat de belangrijkste oorzaak van het succes van reïntegratie in de arbeidsorganisatie zelf ligt. De economische situatie van het land, wettelijke regelgeving, het overheidsbeleid en het type organisatie (omvang, sector, personeelsamenstelling) bleken er weinig toe te doen. De kern van het succes “ligt in de eigen ervaringen en de daarmee samenhangende werkelijkheidsdefinities van actoren in de arbeidsorganisatie die gedetermineerd worden door de zorgcultuur vanuit goede sociale verhoudingen in de organisatie, de interactie (en teamwork) tussen leidinggevende en gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemer (motivatie en initiatief) en de relatie met de uitvoeringsinstelling (één contactpersoon)” (Den Uijl, 2002: 488).

Dat zorginstellingen actief zijn in hun verzuim- en reïntegratiebeleid is duidelijk, maar er zijn grote verschillen tussen de instellingen. Maatregelen die in de zorginstellingen genomen worden zijn voornamelijk preventief en procedureel. Aanscherping van het verzuimprotocol of andere protocollen blijkt in de meeste instellingen ingezet te worden als belangrijkste maatregel. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan de verbetering van de verzuimbegeleiding door de leidinggevenden en aan het uitvoeren van ergonomische aanpassingen ter vermindering van de fysieke belasting en/of RSI. Ook is er in veel instellingen aandacht voor een betere registratie en analyse van het verzuim: althans het staat hoog op de agenda: in de praktijk is dit wellicht nog lastig uit te voeren. Specifieke reïntegratiemaatregelen en herplaatsingsbeleid voor langdurig zieke werknemers krijgen weinig prioriteit in de instellingen. Deze komen het vaakst voor in ziekenhuizen (Van Vuuren en anderen, 2001). Van de instellingen heeft 60% een RI&E, 75% daarvan heeft ook een plan van aanpak. In 80% van de gevallen leidt dit tot concrete actie. Er is een breed ingevoerd verzuimbeleid, maar voorlopig is er – althans was er in 2000 - weinig meetbaar resultaat. (Aldus van Essen, 2000). Die laatste conclusie van Van Essen geldt ook nog in het voorjaar van 2003:

de verwachting is dat door de lopende monitors in het kader van de convenanten hier op korte termijn verandering in komt.

De hier boven beschreven maatregelen in het kader van de arboconvenanten worden in principe op instellingsniveau geïmplementeerd. Zoals reeds is aangegeven zijn er nog onvoldoende evaluatiestudies voor handen over de convenanten om uitspraken te kunnen doen over de maatregelen die instellingen hebben genomen: we noemden in de vorige paragraaf zodoende beleidsmaatregelen die voor een deel nog in het begin van de implementatiefase staan; de maatregelen kunnen nog niet beoordeeld worden. Wel is er door de convenanten én de introductie van de Wet Verbetering Poortwachter (april 2002) overduidelijk een intensivering waarneembaar in de aandacht voor verzuim en reïntegratie binnen de instellingen. En alleen al die aandacht is bevorderlijk voor de terugdringing van verzuim (AS/tri, 2002). De enige concrete uitspraken over maatregelen in de arboconvenanten vinden we in de thuiszorg en bij de GGZ. In het medewerkertevredenheid onderzoek van Instituut Werk en Stress in samenwerking met PriceWaterhouseCoopers (www.arbozw.nl/documentatie, 2003.) in de thuiszorg wordt geconcludeerd dat men de kwaliteit van het werk positiever beoordeeld sinds de maatregelen uit het arboconvenant worden toegepast. Niet helemaal duidelijk wordt in hoeverre dit verband inderdaad oorzakelijk is. Het evaluatieonderzoek van Falke en Verbaan (2003, in druk) in de GGZ stelt tevens vast dat er een relatie is tussen de activiteiten uit het convenant en het dalende verzuim. Volgens deze studie heeft het geïmplementeerde integraal verzuimmanagement-traject recentelijk bijgedragen aan een substantiële daling van het verzuim: van 8,2% in 1998 naar 6,7% in 2001. De WAO-instroom in deze branche zou zich stabiliseren. De verwachting van Falke en Verbaan is dat deze ontwikkelingen toe te schrijven zijn aan de convenanten. In een persbericht naar aanleiding van de tussenrapportage over de convenanten (SZW, 2002) concludeert staatssecretaris Rutte dat de daling in het verzuim te danken is aan de convenanten: deze uitspraak kan helaas nog niet worden onderbouwd.

Een aantal evaluatieve studies die zijn verricht betreffen casebeschrijvingen van zogenaamde best practice cases (zoals: Astri, 2002, Gründemann en van Vuuren, 1997, Kompier en anderen, 1996, Reijenga, 2000 b, Reijenga en Bosselaar, 2000, SZW, 2001, Den Uijl, 2002, Smit en van Vuuren, 2001). In deze cases zien we dat er een op maat gemaakt pakket aan maatregelen wordt genomen; dit bemoeilijkt het maken van vergelijkingen. Daarnaast blijkt dat in de genoemde onderzoeken vaak wordt gewerkt met dezelfde organisaties. Zo komt één ziekenhuis telkermate terug in de literatuur, en wordt ook een aantal verpleeg- en verzorgingstehuizen, alsmede een aantal thuiszorgorganisaties regelmatig onderzocht. Dit beperkt het beeld over de sector enigszins. De betreffende instellingen zijn niet altijd een dwarsdoorsnede van de sector of de branche. Sommige branches van de zorgsector, zoals de gehandicaptenzorg en de GGZ worden iets onderbelicht in deze best practices beschrijvingen.

Voor de beleidsevaluatie op instellingsniveau leunen we noodgedwongen sterk op de studie die Van Vuuren en anderen in 2001 voor de OSA hebben verricht. In dit onderzoek is immers in de instellingen zelf gekeken naar de effecten van maatregelen en naar succesfactoren in de aanpak van de instellingen zelf. Nadeel is dat de studie is verricht voordat de convenanten werden geïmplementeerd. Omdat beleidsmaatregelen op instellingsniveau meestal in een combinatie met elkaar worden genomen (als totaal pakket) is het wel lastig om op basis van de literatuur uitspraken te doen over de effecten van specifieke maatregelen binnen dit pakket. Er kunnen wellicht wel uitspraken worden gedaan over de aanpak in zijn geheel, maar niet over de afzonderlijke maatregelen en interventies binnen de gekozen aanpak in een instelling.

Allereerst zullen we de belangrijkste conclusies van Van Vuuren en anderen (2001) geordend naar branche weergeven, vervolgens de conclusies geordend per type maatregel.

3.3.2 Conclusies op instellingsniveau geordend naar branche

Genoemd onderzoek van Van Vuuren e.a. (2001) laat zien dat tussen de branches wel verschillen zijn in de aanpak van verzuim en met name in de intensiteit van dit aanpak. Lang niet alle instellingen blijken in evengrote mate actief te zijn wat betreft hun arbo- en verzuimbeleid. De instellingen en branches die een actiever beleid hebben zien dat ook terug in hun verzuimcijfers: de actieve instellingen en branches hebben een lager verzuim of weten een flinke verzuimreductie te bewerkstelligen met hun aanpak. Het hebben van een professionele P&O afdeling draagt eveneens bij aan het beperken van het verzuim. De instellingen in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg waren in dit onderzoek het minst actief op dit gebied (en beschikten vaak over een geringe P&O-formatie) en hadden het hoogste verzuimcijfer. Terwijl de ziekenhuizen als grotere organisaties met professionele P&O-afdelingen wat betreft hun arbo- en verzuimbeleid koploper zijn voor de sector.

De maatregelen hebben ook verschillende accenten per branche. Er ligt bijvoorbeeld meer accent op cultuurmaatregelen in thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingstehuizen. De instellingen in deze branches zijn voornemens relatief veel aandacht te schenken aan maatregelen om de verzuimcultuur te veranderen en de thuiszorginstellingen willen ook aandacht besteden aan de combinatie arbeid en zorg. Ziekenhuizen leggen iets meer accent op reïntegratie en op werkgerichte preventieve maatregelen. De instellingen binnen de thuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ en ziekenhuizen bieden hun personeel cursussen ter vergroting van hun weerbaarheid, assertiviteit en omgaan met agressie en verlenen tweedelijnsarbozorg in de vorm van het inschakelen van (eventueel eigen) psychotherapeuten, fysiotherapeuten, bedrijfsmaatschappelijk werkenden en dergelijke.

In het genoemde onderzoek van Van Vuuren et al (2001) is per branche ingegaan op de resultaten van interviews met sleutelpersonen in 35 instellingen, verzuim- en personeelsgegevens en de vragenlijsten onder de werknemers van de actieve instellingen. Dit zijn instellingen in de sector zorg die op dit moment actief het verzuim trachten te beïnvloeden door een goed arbo-, verzuim en/of reïntegratiebeleid te voeren. Daarmee zijn de gegevens niet representatief voor de branches: de niet-actieve instellingen zijn niet onderzocht. Maar de gegevens laten wel goed zien welke maatregelen men wil nemen en in hoeverre deze aansluiten bij de branchekennmerken. De grotendeels kwalitatieve beschrijvingen van de betreffende instellingen laten zien wat de context is waaronder zij arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid de afgelopen jaren hebben uitgevoerd, de inhoud en effecten van dit beleid en de noodzakelijke voorwaarden omtrent het proces van in- en uitvoering voor een effectieve implementatie van dit beleid.

De **ziekenhuizen** hebben de afgelopen jaren veel maatregelen genomen om het verzuim omhoog te krijgen. De diverse maatregelen lijken redelijk goed aan te sluiten bij de context in de ziekenhuizen, hoewel niet alle verzuimoorzaken met maatregelen worden bestreden. Aan de maatregelen is te zien dat de afdelingen P&O al langere tijd bezig zijn met verzuim- en reïntegratiebeleid. Vergeleken met de overige instellingen worden er bijvoorbeeld meer reïntegratiemaatregelen ingezet. Ook wordt veel aandacht besteed aan de vaardigheden van de leidinggevenden, niet alleen gericht op verzuimbegeleiding maar meer in het algemeen. Er is in de ziekenhuizen veel aandacht voor arbobeleid in relatie tot fysieke belasting. Maatregelen gericht op de psychische belasting zijn ook genomen, hoewel in mindere mate genoemd.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de werknemers in de deelnemende ziekenhuizen minder vaak dan werknemers in overige instellingen de aanpak van werkdruk of werkstress noemen als maatregel die is genomen. Opvallend is ook dat er weinig maatregelen genoemd worden die specifiek gericht zijn op de arbeidsverhoudingen en reorganisaties/fusies terwijl dit in de ziekenhuizen wel belangrijke verzuimoorzaken lijken te zijn. Vergeleken met de overige instellingen wordt in de interviews het belang van een goede sfeer minder vaak genoemd.

In de **thuiszorgorganisaties** lijken de diverse maatregelen goed aan te sluiten bij de context. Er wordt gericht gewerkt aan het verminderen van de fysieke belasting, het vergroten van de assertiviteit van de medewerksters richting cliënten, het beïnvloeden van de bestaande verzuimcultuur en ook beleid gericht op faciliteren van de combinatie arbeid en zorg staat op de agenda. Vergeleken met de overige instellingen geven de medewerkers in de thuiszorgorganisaties vaker aan dat hun instelling bijzondere aandacht besteedt aan preventieve maatregelen. Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek van het Instituut Werk en Stress komt onder meer naar voren dat ten opzichte van 1999 medewerkers in de thuiszorg in 2001 het meest in tevredenheid en betrokkenheid vooruit zijn gegaan als de instellingen een actief HRM-beleid voerden (www.arbozw.nl/documentatie, 2003).

De **GGZ**-instellingen zetten diverse maatregelen in om het verzuim omlaag te brengen. Deze maatregelen lijken redelijk aan te sluiten bij de context in de GGZ-instellingen. De nadruk ligt bij sommige instellingen meer op het bewerkstelligen van een goede sfeer en verantwoordelijkheidsgevoel dan op een gedegen verzuim- en reïntegratiebeleid. Dit past wel binnen de context van de werkzaamheden en het type medewerkers: kritisch en gemiddeld hoger opgeleid. De medewerkers blijven echter, ondanks de genomen maatregelen in dit opzicht, negatiever in hun beoordeling over de maatregelen dan medewerkers in overige instellingen. Er worden wel maatregelen genomen gericht op verzuimoorzaak nummer één, de psychische belasting. Deze zijn zowel procedureel (protocollen) als preventief van aard en ook gericht op reïntegratie (extra hulpverlening). De werknemers geven in dit verband, vergeleken met werknemers in de overige instellingen, vaker aan dat de instelling maatregelen heeft genomen op het gebied van veiligheid. Het is tot slot opvallend dat sommige instellingen voorzichtig zijn in het streven naar een actieve verzuimbegeleiding door de leidinggevende. Dit komt voort uit de (ongewenste) neiging van zowel de leidinggevende als de collega's om een therapeutische houding aan te nemen ten opzichte van de zieke. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt ook dat de werknemers in de GGZ-instellingen minder vaak dan werknemers in de overige instellingen aangeven dat bij ziekte contact wordt opgenomen en onderhouden door de leidinggevende. Ook is men vaker van mening dat er onvoldoende moeite wordt gedaan om een zieke werknemer snel terug te laten keren naar het werk.

De onderzochte instellingen in de **gehandicaptenzorg** zetten wel veel maatregelen in om het verzuim omlaag te brengen, maar de maatregelen lijken volgens Van Vuuren en anderen niet zo goed aan te sluiten bij de context van de betreffende organisaties. De werkdruk en psychische belasting is hoog en er worden maatregelen genomen om deze omlaag te brengen. Ook de werknemers geven aan dat de instelling maatregelen heeft genomen ter vermindering van de psychische belasting. Extra inzet van het maatschappelijk werk kan nuttig zijn voor de groep werknemers met lange dienstverbanden die in de problemen komen door de fusies en reorganisaties. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid kan dit echter wellicht nog meer. Het is opvallend dat de instellingen deze maatregelen niet inzetten. Verder worden er nauwelijks maatregelen genoemd gericht op een zakelijker benaderen van verzuim.

En hoewel verzuim als gevolg van een combinatie van privé- en werkfactoren wel genoemd wordt als belangrijke verzuimoorzaak, worden er geen maatregelen genoemd die hierop inspelen (bijvoorbeeld gericht op de combinatie arbeid en zorg). Het kan zijn dat beide aspecten minder spelen in de onderzochte instellingen in de gehandicaptenzorg, maar even goed is het mogelijk dat bewustwording bij het management over beide aspecten nog meer op gang moet komen.

De **verpleeg- en verzorgingshuizen** hebben diverse maatregelen genomen om het verzuim omlaag te brengen. Vergeleken met de instellingen uit de overige branches zijn het wat betreft het verzuim- en reïntegratiebeleid, op een enkeling na, geen echte actieve instellingen. Althans, dit was zo ten tijde van de studie van Van Vuuren en anderen (2001). De diverse maatregelen lijken wel redelijk aan te sluiten bij de context in de vijf verpleeg- en verzorgingshuizen. Fysieke belasting is de grootste verzuimoorzaak en hier wordt volgens de sleutelpersonen en de werknemers veel aan gedaan. Het verzuim- en reïntegratiebeleid kan echter nog meer worden geprofessionaliseerd. In dit verband kunnen de instellingen nog veel leren van elkaars initiatieven én van de overige branches. Opvallend is dat uit de interviews van Van Vuuren en anderen naar voren komt dat men van een open cultuur, goede sfeer, collegialiteit en betrokkenheid van de medewerkers én deskundige leidinggevendenden om dit alles (naast een goede verzuimbegeleiding) te bewerkstelligen veel meer verwacht als het gaat om een laag verzuim dan van de gebruikelijke verzuim- en reïntegratiemaatregelen. In het medewerkerstevredenheidsonderzoek in de verpleging en verzorgingstehuizen (Messchendorp en anderen, 2002) wordt een geringere tevredenheid met het werk, met de belasting in het werk en over de eigen gezondheid bij het personeel jonger dan 35 jaar gemeten. Vooral werknemers onder de 25 jaar zijn zeer kritisch over de werkbeleving. In deze studie wordt melding gemaakt van (hoger dan bij ouderen) werkgebonden verzuim bij jongere werknemers.

3.3.3 Conclusies op instellingsniveau geordend per type maatregel

Onderzoek op instellingsniveau toont volgens van Vuuren en anderen (2001) aan dat preventieve maatregelen het meest effectief zijn. Hoe meer werknemers deze maatregelen waarnemen, hoe minder de werknemers geneigd zijn zich ziek te melden. Het beïnvloedt dus het verzuimgedrag.

De preventieve maatregelen omtrent fysieke belasting worden in de literatuur effectief genoemd, maar weinig concrete onderzoeksgegevens zijn beschikbaar over de omvang van de doelgroep waarvoor deze maatregelen worden ingezet en de resultaten van specifieke fysieke maatregelen.

Over het beoordelen van werkdrukmaatregelen is wel een recente overzichtpublicatie gevonden (Leffers en Vergunst, 2003) Zij stellen dat bij werkdrukmaatregelen de gemeten effectiviteit het hoogst is als extra personeel wordt aangetrokken om de werkdruk te verminderen: maar deze maatregel is lang niet altijd mogelijk. Veel instellingen hebben reeds te maken met een personeelstekort. In de meeste gevallen worden er trainingen gegeven om beter om te gaan met werkdruk en om deze eerder te signaleren (dit zijn persoonsgerichte maatregelen om de belastbaarheid te vergroten), in enkele gevallen worden door instellingen ook roosters en werktijden aangepast om de werkdruk daadwerkelijk te verminderen (dit zijn werkgerichte maatregelen om de belasting tegen te gaan). Een scala aan werkdrukinterventies is ondernomen én onderzocht. De meeste publicaties wijzen erop dat werkdrukmaatregelen maatwerk moeten zijn: dus aangepast aan de specifieke functiegroep en aan de specifieke instelling: en daar schort het nogal eens aan. Ook is een combinatie van persoons- en werkgerichte maatregelen aan te bevelen. In de praktijk blijken de werkgerichte maatregelen vaak beperkt, aldus de studie van Leffers en Vergunst.

Werkgerichte maatregelen grijpen meer in op het primaire proces en vragen meer creativiteit op de werkvloer en bij personeelszaken: het is aannemelijk dat ze daarom minder snel worden genomen.

Hoewel preventieve maatregelen volgens Van Vuuren en anderen (2001) het meest effectief blijken te zijn: zonder procedurele en reïntegratie-maatregelen kunnen de instellingen evenmin. Procedures zijn nodig om überhaupt verzuimbeleid te introduceren, om afspraken over rechten en plichten vast te leggen en om de (zo belangrijk gebleken) rol van leidinggevenden handen en voeten te geven. Als de verzuimbegeleiding in handen is van de direct leidinggevende is het verzuim beduidend lager dan wanneer er sprake is van verzuimbegeleiding op afstand (zie ook: Van Lomwel en Nelissen, 2003). Sowieso speelt “afstand” bij de instellingen een belangrijke rol in het verzuim. Leidinggeven op afstand kan problematisch zijn en tot verzuim leiden, zo blijkt in de thuiszorg waar gewerkt wordt op locatie. Afstand werkt ook nadelig in grote instellingen met veel vestigingen. Als er een afstandelijk, onpersoonlijk personeelsbeleid is of als er vele hiërarchische lagen in de organisaties zijn is het verzuim hoger dan wanneer er minder hiërarchische lagen zijn en werknemers een dagelijks contact hebben met een betrokken leidinggevende die vervolgens terug kan vallen op een vaste en goed geïnformeerde personeelsadviseur of bedrijfsarts op locatie. De procedures hebben dan weinig schakels (en dossieroverdracht) en zijn transparant (Van Lomwel en Nelissen, 2003). Verzuimprikkels zijn in sommige zorginstellingen geïntroduceerd. Het verzuimgedrag wordt het meest positief beïnvloed door positieve prikkels (het belonen van het niet-verzuimen). Individuele prikkels werken weer beter dan prikkels die op afdelingsniveau worden toegepast. Dus er is meer effect als een individuele werknemer een bonus krijgt op het niet verzuimen, dan wanneer een afdeling bij een lager verzuimpercentage iets extra's ontvangt ten gunste van de afdeling. Er worden in de literatuur wel vraagtekens gezet bij het op langere termijn beklijven van het effect van verzuimprikkels (Van Vuuren en anderen, 2001). De branche van de verpleeg- en verzorgingstehuizen heeft in de CAO afspraken opgenomen over een financiële verzuimprikkel voor werknemers, de verwachting is dat deze het kortdurend verzuim zal tegengaan. Er zijn echter nog geen resultaten bekend over de effecten van deze maatregel.

Reïntegratiemaatregelen zijn nodig omdat niet al het verzuim voorkomen kan worden: er dient rekening te worden gehouden met werknemers die – ondanks alle preventieve inspanningen – langdurig ziek worden en uit het arbeidsproces dreigen te vallen. Financieel gezien zijn reïntegratiemaatregelen wellicht nog interessanter dan verzuimbepalende maatregelen. Aan de WAO-instroom zijn immers hoge kosten verbonden (zie onder andere Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002). Er worden nog weinig specifieke reïntegratiemaatregelen genomen in de zorgsector; alleen in de ziekenhuisbranche ondernemen instellingen in toenemende mate reïntegratiemaatregelen. De thuiszorgbranche heeft hier in het convenant ook afspraken over gemaakt. Voorbeelden van reïntegratiemaatregelen zijn het aanstellen van een herplaatsingscoördinator, het instellen van een herplaatsingscommissie, het creëren van (tijdelijk of permanente) functies om te reïntegreren of het oprichten van een arbeidspool voor reïntegrerende werknemers. In de andere branches zijn het alleen enkele koplopende instellingen die aan specifiek reïntegratiebeleid doen.

In het algemeen blijken in het OSA-onderzoek de actieve en succesvolle instellingen het verzuim integraal aan te pakken. Dat wil zeggen dat zij naar eigen zeggen zowel aandacht besteden aan preventie van verzuim in algemene zin, de procedures rond de melding en de werkhervatting (Van Vuuren e.a., 2001).

Uit het empirische onderzoek van Van Vuuren en anderen (2001) onder 35 actieve instellingen blijkt dat wat de kwaliteit van de maatregelen betreft de getroffen maatregelen nog beter kunnen aansluiten op de context in de instellingen. Wat betreft de aanpak van fysieke belasting gaat het goed. Fysieke belasting blijkt in veel instellingen een oorzaak voor verzuim te zijn en vrijwel alle instellingen treffen inderdaad maatregelen om deze te verminderen. Maar met betrekking tot de aanpak van werkdruk en psychische belasting gaat het minder goed. Werknemers noemen werkdruk en psychische belasting nog vaker als verzuimoorzaak dan fysieke belasting, maar slechts de helft van de instellingen neemt daadwerkelijk maatregelen op dit terrein. Niet alleen moet hierbij aan maatregelen worden gedacht om de werkdruk te verlagen door bijvoorbeeld het anders organiseren van de werkzaamheden of het inzetten van extra formatie, maar ook aan maatregelen om arbeid en privé beter te kunnen combineren en het invoeren van een leeftijdsbewust personeelsbeleid. Opvallend is ook dat de instellingen weinig maatregelen noemen die specifiek gericht zijn op de verbetering van de arbeidsverhoudingen en het omgaan met reorganisaties en fusies, terwijl dit ook verzuimoorzaken kunnen zijn. Ook zijn er maar enkele instellingen die zich actief richten op het zakelijker benaderen van verzuim. Kortom, zelfs bij deze min of meer actieve instellingen zijn er mogelijkheden voor een betere verzuim- en reïntegratie aanpak. Tot zover de conclusies uit het OSA rapport van 2001 (Van Vuuren en anderen).

In 2003 kunnen we in aanvulling hierop concluderen dat probleemgebieden waar weinig aandacht voor is de hervattingsdrempel betreffen, de reïntegratiemogelijkheden en de regie bij reïntegratievraagstukken, alsmede het aanpakken van de WAO-instroom. Het actief werven van WAO-ers is als beleidsissue niet tot nauwelijks aan de orde bij de instellingen. Ook treffen we nauwelijks in de literatuur beleidsmaatregelen aan die gericht zijn op het vergroten van de autonomie van de werknemers of het inspelen op de arbeidsoriëntatie van vrouwelijke werknemers. Terwijl in de literatuur juist een gebrek aan autonomie en een specifieke arbeidsoriëntatie naar voren komt als een belangrijke redenen voor verzuim en arbeidsongeschiktheid.

3.4 Succes- en faalfactoren volgens de literatuur in beleidsmaatregelen

Resultaten van onderzoek naar succesfactoren bij de aanpak van verzuim op basis van ervaringen van koploperbedrijven op dit gebied (Kompier e.a., 1996, Bosselaar & Reijenga, 2000) en een Europese studie naar de terugdringing van verzuim in 21 organisaties (Gründemann & Van Vuuren, 1997) en een recente vergelijking tussen reïntegratiesuccessen in Nederland, Duitsland en Zweden (Den Uijl, 2002) wijzen op het belang van het verspreiden van informatie over succesfactoren. Vooral het weergeven van randvoorwaarden voor succes is van belang, omdat daaruit afgeleid kan worden in welke context maatregelen genomen kunnen worden en wat het in- en uitvoeringsproces van maatregelen in de instellingen kan bevorderen. In de literatuur zijn dan ook talrijke “best practices” en voorbeeldstudies te vinden. In de publicaties die hieromtrent zijn bekeken worden tal van succesfactoren in het ondernomen verzuim- en reïntegratiebeleid genoemd. De mate van succes is niet aan te geven: er worden hieromtrent slechts kwalitatieve opmerkingen gemaakt, maar gemeten is het succes niet.

Er is ook geen “gevoeligheidsanalyse” voor te geven en de studies zijn onderling nauwelijks te vergelijken. Toch is er wel een rode draad te vinden en een ordening aan te brengen in de in de literatuur genoemde succesfactoren. In onderstaand overzicht worden alleen succesfactoren aangehaald die in meerdere studies worden genoemd. Succesfactoren die uit de literatuur veelvuldig naar voren komen, hebben we geordend in de volgende vijfdeling:

Overzicht succesfactoren voor maatregelen in zorginstellingen:

Investeren

- Investeren in de arbodienstverlening (om kwaliteit en intensiteit te verhogen).
- Het ondernemen van veel interventies: instellingen die veel interveniëren inzake verzuim en reïntegratie hebben lagere verzuimcijfers als instellingen die weinig doen.
- Het nemen van veel preventieve (arbo)maatregelen zowel inzake fysieke als psychische belasting en belastbaarheid.

Professionaliseren

- Het professionaliseren van het personeelsbeleid (inclusief functioneringsbeleid en loopbaan- en mobiliteitsbeleid).
- Het trainen van vaardigheden (bijvoorbeeld: omgaan met stressoren, omgaan met verzuim, voeren van functionerings/verzuimgesprekken).
- De rol van leidinggevenden versterken en ondersteunen.
- Het erkennen en beter benutten van de betrokken experts.
- Efficiënter inzetten van gekwalificeerd personeel door functiedifferentiatie.
- Daadkrachtig optreden, niet afwachten.

Structureren

- Het hanteren van een duidelijke structuur van taken en verantwoordelijkheden.
- Het leggen van de regie inzake reïntegratie in de instelling zelf.
- Het opzetten van een goede registratie om resultaten meetbaar en volgbaar te maken.
- Het hanteren van een stapsgewijze, resultaat gerichte aanpak.
- Monitoren van voortgang in beleidsinspanningen.
- Inzichtelijk maken van kosten en baten van arbeidsongeschiktheid.
- Inzicht verkrijgen in repertoire van werk/functieaanpassingen en mogelijk alternatieve werkzaamheden om in te hervatten.

Communiceren

- Het actief betrekken en informeren van werknemers.
- Het verbeteren van de horizontale en verticale communicatie over arbeidsongeschiktheid, de oorzaken daarvan en de maatregelen om dit te verbeteren.
- Kosten en baten van arbeidsongeschiktheid inzichtelijk maken en hierover communiceren.
- Relatie met arbodienst verbeteren en adequate ondersteuning afspreken.
- Best practices verspreiden: zowel de individuele casuïstiek als beleidsinspanningen die succes hebben onder de aandacht brengen ter vergroting van het repertoire aan mogelijkheden.

Werken aan een andere cultuur

- Het verbeteren van de sfeer op het werk (naar meer openheid en vertrouwen).
- Het verzakelijken van de verzuimaanpak (afrekenbaar maken van inspanningen, meer sturen op financiële cijfers, expliciteren verzuimoorzaken, arbeidsconflicten onderkennen, niet goed functioneren onderkennen, niet eindeloos proberen te herplaatsen in de eigen functie, naleven van procedurele maatregelen controleren).
- Het werken aan een cultuur waarin men elkaar kan aanspreken op verantwoordelijkheden inzake verzuim en verzuimbeleid.
- Interventies om omgangsvormen in de organisatie inzake arbeidsongeschiktheid bespreekbaar en veranderbaar te maken.

De maatregelen die met name succesvol worden ingeschat liggen vaak op het vlak van communicatie, organisatiecultuur en de rol van de leidinggevenden. Een professionalisering van het personeelsbeleid wordt in veel studies tevens een belangrijke succesfactor genoemd, evenals een intensivering van de arbodienstverlening (kwalitatief en financieel), met de aantekening dat de instellingen hierin steeds vaker taken voor de eigen organisatie en dus niet voor de arbodienst zien. Interne arbodiensten zorgen voor een lager verzuim (Den Hertogh en anderen, 2001), maar een eigen arbodienst is niet voor alle instellingen weggelegd. Het geleidelijk aan in huis halen van taken van de arbodienstverlening is een trend die in ieder geval bij de ziekenhuizen is waar te nemen (volgens recente, niet gepubliceerde informatie over het project Reïntegratiebeleid in ziekenhuizen van het Sectorfonds (zie het projectvoorstel van Dekker en Piek, 2002)

De professionalisering betreft het personeelsbeleid in de breedste zin des woords. Diverse auteurs constateren dat een integrale aanpak (waarbij preventieve maatregelen gecombineerd worden met procedurele en reïntegratie maatregelen en waarbij functionerings, opleidings- en loopbaanbeleid zijn geïntegreerd) op termijn de beste resultaten oplevert.

Genoemde maatregelen zijn niet alleen voor de zorgsector relevant: ook voor bedrijven uit andere sectoren gelden deze succesfactoren. De accenten verschillen echter. Als op grond van de literatuuranalyse prioriteiten (qua urgentie) zouden moeten worden toegekend aan de maatregelen die zorginstellingen moeten nemen dan scoren het investeren in de (eigen) arbodienstverlening en het professionaliseren van het personeelsbeleid het hoogst. Deze succesfactoren zijn vooral voorwaardenscheppend om vervolgens ook andere succesfactoren te kunnen bevorderen.

Ook zijn er uit de literatuur tal van faalfactoren te destilleren. Vaak zijn de faalfactoren de keerzijde van de succesfactoren, dus er is een grote overlap in de genoemde thema's. Op grond van de geraadpleegde literatuur zijn de volgende faalfactoren (meerdere malen) genoemd:

Overzicht faalfactoren beleidsmaatregelen:

1 Te weinig aandacht voor personeelsbeleid

Bureaucratisch, afstandelijk of gebrekkig personeelsbeleid (weinig persoonlijke bemoeienis, betrokkenheid bij welbevinden van personeel, te grote organisatie met te weinig personeels-functionarissen), geen integrale aanpak (functionerings, opleidings- en loopbaanbeleid niet gekoppeld aan verzuimbeleid).

2 Verzuimbegeleiding op afstand

Dus niet bij een direct leidinggevende, te grote span of control van leidinggevend, ontkennen van rol van leidinggevende bij verzuimbegeleiding.

3 Slechte perspectieven of onzekerheid over perspectieven

Slecht geleide reorganisaties, fusies, bezuinigingsmaatregelen, imago-verlies. Maar ook in de arbeid zelf het ontbreken van perspectieven, doorgroefuncties.

4 Niet kunnen waarnemen

Niet kunnen waarnemen van verzuimmaatregelen door werknemers (te weinig communicatie), betrokkenheid van directie en management die niet expliciet is, projecten of maatregelen die geen navolging vinden of onbekend zijn voor het personeel.

5 Geen maatwerk

Maatregelen die niet specifiek genoeg zijn voor de doelgroep (speelt met name bij het aanpakken van psychische belasting), ontbreken van maatwerk.

6 Sfeer ondergeschikt aan primaire proces maken

Geen aandacht voor arbeidsoriëntatie (van met name vrouwen) in relatie tot werksfeer, geen aandacht voor de beleving van zorgtaken.

7 Laten verslapen van de aandacht

Aandacht voor verzuim die verslapt dan stijgt automatisch het verzuim. Dus: na het nemen van maatregelen over gaan op de orde van de dag zonder een vinger aan de pols te houden (of te evalueren) is funest.

Bij de faalfactoren zien we dat voor de zorgsector vooral de reeds genoemde afstand in verzuimbegeleiding en het niet vasthouden van de aandacht in personeels- en verzuimbeleid, alsmede het ontbreken van communicatie bepalend kunnen zijn voor het welslagen van het beoogde beleid inzake verzuim en arbeidsongeschiktheid.

3.5 Witte vlekken in beleidsmaatregelen

Het is niet mogelijk gebleken de gevonden beleidsmaatregelen in een overzichtelijke matrix te presenteren, zoals bij aanvang van het onderzoek was beoogd. Daarvoor zijn er teveel verschillende maatregelen en de maatregelen zijn niet vergelijkbaar of systematisch onderzocht op effecten. Een matrix zou meer witte vlekken dan ingevulde plekken opleveren. Zo zijn er over de kosten en baten van beleidsmaatregelen, de haalbaarheid, mogelijke neveneffecten en de randvoorwaarden voor invoering vooralsnog weinig gegevens in de literatuurstudie boven tafel gekomen. Terwijl deze aspecten wel belangrijk zijn bij de beoordelen van de effectiviteit van beleidsmaatregelen. Deze aspecten leveren zodoende belangrijke agendapunten voor de toekomst.

Het onderzoek levert de volgende oplossingsrichtingen op voor zowel instellingen als de zorgsector in zijn geheel:

- Intensivering van verzuim- en reïntegratieinspanningen in de zorgsector blijft gewenst. Marktsectoren besteden hier meer tijd en geld aan deze hebben een lager arbeidsongeschiktheidsrisico.
- Een betere benutting van financiële instrumenten: financiële stuurinformatie vergaren en benutten voor het voeren van beleid. Een mogelijke maatregel om het sturen op cijfers te bevorderen is het stellen van de voorwaarde dat instellingen (naast hun verzuimcijfers) ook hun WAO-cijfers op orde hebben voor de aanvraag van AVR subsidies bij het sectorfonds.
- Meer aandacht voor de hervattingsproblematiek: waaronder factoren die de hervattingsdrempel in de zorgsector beïnvloeden, het repertoire vergroten van meer specifieke reïntegratiekansen en -mogelijkheden, meer werkaanpassingen, meer gebruik maken van (nog niet ingezette) competenties van hervattende werknemers. Reïntegratiebeleid staat nog in de kinderschoenen: er kan worden geleerd van koplopers in de zorgsector, want die zijn er wel.
- Meer aandacht voor de inzet van reïntegratiebedrijven en voor regionale en lokale reïntegratienetwerken om uitwisseling van personeel te bevorderen tussen instellingen.
- Monitoring en meer aandacht voor resultaatmeting van ondernomen maatregelen.
- Bevordering van doelgroepgerichte maatregelen. We kunnen dan denken aan specifieke maatregelen voor vrouwen, jonge vrouwen, jongeren, ouderen en laagbetaalden. Maar ook specifiek beleid voor bepaalde functiegroepen (zoals verzorgende en verplegende werknemers) is relevant.
- Het faciliteren van instellingen om zicht te krijgen op kosten en baten van verzuim en arbeidsongeschiktheid en van reeds ondernomen maatregelen. Dit sluit aan bij de behoefte aan het monitoren van resultaten.
- In kaart brengen van behoeften en kansen die instellingen zien om te profiteren van “best practices” in hun branche. Communicatiestrategieën kunnen verder worden ontwikkeld om instellingen hierin optimaal te ondersteunen.

Op grond van de literatuuranalyse menen we dat door overheid en sociale partners in de zorgsector prioriteit gelegd zou moeten worden bij het invullen van de volgende speerpunten:

- 1 Het continueren bevorderen van de – met onder andere de arboconvenanten - in gang gezette beleidsintensivering inzake verzuim en arbeidsongeschiktheid.
- 2 Het bevorderen van effectmetingen en monitoring van ingezette maatregelen. Het zichtbaar maken van beleidsmaatregelen en -resultaten beïnvloedt in positieve zin het verzuimgedrag.
- 3 Het vergroten van het repertoire aan maatregelen en werkaanpassingen in de instellingen met behulp van praktijkvoorbeelden en experimenten.
- 4 Accentverlegging in de richting van enerzijds maatregelen gericht op werkhervatting na langdurige ziekte en voorkoming van WAO-instroom, anderzijds in de richting van maatregelen voor specifieke doelgroepen om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken (voor onder andere vrouwen, jongeren, jonge vrouwen en laagbetaalden). Gedacht kan dan maatregelen ter beïnvloeding van de arbeidsoriëntatie en werkgerichte maatregelen om de autonomie en ontplooiingskansen te vergroten.

CONFRONTATIE VAN DE
VERKLARENDE FACTOREN
MET DE GENOMEN BELEIDS-
MAATREGELEN

4

4.1 Grijpen de maatregelen aan op de verzuimoorzaken?

In dit hoofdstuk komen de belangrijkste discussiethema's aan bod. In deze inleiding worden eerst kort de belangrijkste bevindingen uit hoofdstuk 2 en 3 op een rij gezet en wordt gemotiveerd waarom de gekozen thema's in dit hoofdstuk verder worden toegelicht.

De conclusie of de beleidsmaatregelen aangrijpen bij de factoren die het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid verklaren is onderzoeksmatig gezien lastig te trekken. De effecten van beleidsmaatregelen zijn immers onvoldoende en te weinig systematische onderzocht. De verklarende factoren die in de data-analyse zijn gevonden wijken af van de verklarende factoren die in de literatuur zijn gevonden. Volgens de data-analyse blijken vooral persoonsgebonden factoren als sekse, leeftijd, gezondheid en beloning een rol te spelen bij arbeidsongeschiktheid. De werkgebonden factoren die in de literatuur vaak als belangrijkste verzuimoorzaken worden genoemd (psychische en fysieke belasting, arbeidsomstandigheden) spelen in de zorgsector weliswaar meer dan in andere sectoren, maar blijken in de data analyse niet statistisch significant samen te hangen. In 2000 vonden Van Deursen en Binnendijk eveneens dat dit verband er niet is. Daarnaast bleek in de meeste branches de verzuimduur een belangrijker bepaler van het verzuimpercentage te zijn dan de verzuimfrequentie: kortom de aandacht zou daar het meest moeten worden gericht op de hervattingsdrempel. Van de organisatie- en werkgebonden factoren bleken alleen het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en het gebrek aan taakautonomie statistisch gezien significant samen te hangen met arbeidsongeschiktheid.

Toch kunnen we de onderzoeksvraag met een voorzichtig "ja, gedeeltelijk" beantwoorden. Beleidsmaatregelen zijn meestal wel gericht op arborisico's die in de zorg groter zijn dan in andere sectoren. Inzake de beleidsmaatregelen voor fysieke belasting lijkt de conclusie zeker gerechtvaardigd dat het beleid goed aangrijpt bij de oorzaak. Sowieso zijn preventieve maatregelen in hoge mate effectief gebleken en bij fysieke belasting worden vaak preventieve maatregelen ingezet. Bij de maatregelen inzake psychische belasting is dit iets minder hard te maken. Wel moet een aantekening worden gemaakt bij de definitie van psychische belasting. In de praktijk worden veel maatregelen getroffen om werkdruk tegen te gaan, maar de WAO-instroom vanuit de zorg -waarbij 40% te kampen heeft met psychische klachten - heeft zeker niet alleen betrekking op werkdruk. Ten aanzien van psychische klachten zou meer en meer toegespitst beleid niet overbodig zijn. Dit beleid zou dienen te worden toegespitst op de doelgroep, de aard van de klachten en de inhoud van het werk.

Er worden relatief weinig beleidsmaatregelen ingezet om de persoonsgebonden factoren te beïnvloeden. Dit is ook geen eenvoudige zaak: deze beleidsmaatregelen zijn minder direct, kunnen weerstand oproepen en zijn in de praktijk minder makkelijk te nemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om maatregelen om de belastbaarheid van bepaalde werknemers te vergroten, om specifieke werkaanpassingen voor mensen met chronische gezondheidsklachten en maatregelen die inspelen op de arbeidsoriëntatie van (met name) vrouwen en de waardering voor het werk.

Reïntegratiemaatregelen worden in de zorgsector slechts in beperkte mate genomen: de accenten liggen bij het (korte) verzuimbeleid, terwijl de WAO-instroom (ondanks de recent ingezette daling) voor de zorgsector een groot probleem is en voorlopig nog blijft. Voor de factoren die doelgroepgebonden zijn en meestal in de organisatie van het werk liggen zou aanvullend beleid op zijn plaats zijn.

We denken dan bijvoorbeeld aan:

- Het bieden van ontplooiingsperspectieven aan jongere werknemers; bijvoorbeeld door een verdere functiedifferentiatie met junior, medior en senior functies.
- Het bieden van meer regelmogelijkheden voor vrouwen (onder andere in de relatie arbeid en zorg, maar ook in zin van meer taakautonomie), door vrouwen meer te betrekken en verantwoordelijkheid te geven bij de werkindeling en het maken van roosters.
- Meer waardering voor zorgtaken en positieve prikkels waardoor werken belangrijker wordt gevonden door bepaalde groepen vrouwen (en hun thuisfront) zodat de arbeidsoriëntatie kan wijzigen. Aan het eind van bijlage D worden hier meer concrete voorbeelden van genoemd.
- Meer werkgerichte maatregelen (zoals flexibiliteit in het takenpakket, functieaanpassingen, begeleiding en coaching) voor werknemers met psychische klachten.
- Herplaatsingsbeleid en het vergroten van reïntegratiemogelijkheden voor werknemers met chronische of langdurige gezondheidsklachten (niet beperkt tot mogelijkheden binnen de eigen instelling), bijvoorbeeld door het expliciet coördineren van herplaatsingen, door dienstverlening van reïntegratiebedrijven in te huren, door proefplaatsingen of extra begeleiding na terugkeer op het werk.

Daarnaast wordt in hoofdstuk 2 gesignaleerd dat juist het beïnvloeden van de verzuimduur goede perspectieven kan bieden, terwijl we in hoofdstuk 3 concluderen dat hier nog relatief weinig aandacht aan wordt besteed. Meldingsfrequentie en verzuimpercentages krijgen in het beleid naar verhouding veel meer aandacht. Dat betekent dat het niet alleen voorkomen moet worden dat klachten ontstaan en dat de verzuimdrempel moet worden verhoogd, maar dat ook beleidsinspanningen gericht moeten worden op het verlagen van de hervattingsdrempel. Overigens is het een kwestie van en/en: er zou naast de bestaande aandacht voor de verzuimdrempel oog moeten zijn voor de hervattingsdrempel.

Enkele in het oog springende thema's worden in de volgende paragraaf nader toegelicht.

4.1.1 Leeftijd: aandacht voor jonge én oudere werknemers

Uit de Vernet-analyse blijkt een hoge leeftijd de grootste risicofactor voor ziekteverzuim, zowel het verzuimpercentage als de gemiddelde duur. Met het oog op de komende vergrijzing van het werknemersbestand, hebben maatregelen gericht op ouderen grote potenties voor terugdringing van het verzuim. Enkele branches besteden hier aan aandacht aan, zagen we in hoofdstuk 3. Deze aandacht zou kunnen worden versterkt.

De constatering op basis van de CBS-gegevens dat jongeren (in een periode van twee maanden verzuim) nauwelijks een kortere verzuimduur hebben dan ouderen, wordt bij het Vernet-bestand (waar de verzuimduur van een jaar is gemeten) niet teruggevonden. In hoofdstuk 2 is reeds aangegeven dat de bestanden en vraagstellingen daarbij verschillen. In het Vernet-bestand hebben de jongeren wel een hoge meldingsfrequentie. De conclusie uit de analyse van het CBS/POLS-bestand was juist dat vooral jongere werknemers in de zorgsector risico lopen op verzuim en arbeidsongeschiktheid. We komen in de literatuuranalyse ook onderzoek tegen met vergelijkbare conclusies. Uit de emancipatie-effect rapportage voor de commissie Donner (Besseling en De Olde, 2002) wordt duidelijk dat met name voor jonge vrouwen het WAO-risico groot is. Vooral in de leeftijdscategorieën tot 35 jaar zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen groot. De bevindingen uit voorliggend onderzoek sluiten hierbij aan (zie ook de volgende paragraaf).

In het medewerkerstevredenheidsonderzoek in de verpleging- en verzorgingstehuizen (Messchendorp en anderen, 2002) wordt ook een geringere tevredenheid met het werk, met de belasting in het werk en over de eigen gezondheid bij het personeel jonger dan 35 jaar gemeten. Vooral werknemers onder de 25 jaar zijn zeer kritisch over de werkbeleving. Ook in deze studie wordt melding gemaakt van (hoger dan bij ouderen) werkgebonden verzuim bij jongere werknemers.

De conclusie lijkt dus toch gerechtvaardigd dat specifieke beleidsmaatregelen gericht op jongere werknemers in de zorgsector zinvol zijn. In ieder geval verdient het effect van de leeftijd een nadere analyse, zodat nog gerichtere beleidsaanbevelingen kunnen worden gedaan. Vooralsnog lijken er voor jongeren mogelijkheden te liggen voor verzuimreductie in de zorg via procedurele maatregelen gericht op terugdringing van het kortdurend verzuim, bij ouderen kunnen inspanningen beter gericht worden op het voorkomen van langdurend verzuim. Daarnaast kan bij jongeren het accent worden gelegd op het bieden van ontplooiingsperspectieven, bij ouderen zal het accent kunnen worden gelegd op het verlagen van de hervattingsdrempel, bijvoorbeeld door zo snel mogelijk aanpassingen in het werk voor te stellen (belasting verminderen).

4.1.2 Vrouwen

Uit de Vernet- en CBS/POLS- analyses blijkt dan naast leeftijd ook het geslacht van de werknemer aanknopingspunten voor beleid biedt. Vrouwen hebben een hogere meldingsfrequentie, een langere duur en een hogere WAO-instroom. Bij jongere vrouwen is het verschil met hun mannelijke collega's groter dan bij oudere, met name met betrekking tot het volmaken van het ziektejaar. Omdat uit UWV-statistieken ook nog eens blijkt dat zij in het keuringsproces een grotere kans op arbeidsongeschiktheid hebben, is het belangrijk om te voorkomen dat zij langdurig ziek blijven.

Eén aspect dat specifiek is voor de hele zorgsector is het hoge percentage vrouwen dat werkzaam is in deze sector). Vrouwen zijn vaker ziek dan mannen en ook lopen vrouwen een grotere kans om in de WAO terecht te komen (Besseling en De Olde 2002). Hoge instroom in de WAO betreft vooral vrouwen werkzaam in de gezondheidszorg (Van der Giezen en anderen, 1998). Vrouwen in de gezondheidszorg worden daarnaast relatief vaker volledig arbeidsongeschikt verklaard dan mannen (Jehoel Gijsbers, 1998).

Waarom is de hoge instroom in de WAO vooral bij vrouwen werkzaam in de gezondheidszorg? We vinden hierover diverse bronnen. Volgens Van der Giezen en Cuelenaere (1998) lijkt het erop dat werkgevers in de zorg weinig initiatieven nemen om een bij deze tijd passend ziekteverzuimbeleid te voeren. Deze conclusie lijkt anno 2003 niet helemaal meer aan de orde: na 1998 is er een beleidsintensivering in de zorg waarneembaar. Wel zagen we in het voorgaande hoofdstuk dat werkgevers in de zorg ook in 2002 minder investeren in de arbodienstverlening. Maar waarom is de WAO-kans van vrouwen zo verschillend van die van mannen werkzaam in de zorg? Volgens genoemde auteurs lijkt het aannemelijk dat deze mannen in de zorgsector gemiddeld op andere, hogere kwaliteitsniveaus werkzaam zijn dan vrouwen. Vrouwen hebben wellicht vaker uitvoerende functies, zoals thuishulp, verzorgster en verpleegkundige. Wellicht, zo zeggen de onderzoekers, is de dubbele belasting in het werk zelf (emotionele en lichamelijke belasting) veel risicovoller voor ziekteverzuim en WAO dan de door velen bediscussieerde, maar niet als risicofactor aangetoonde dubbele belasting van werk en huishouden (Van der Giezen en Cuelenaere, 1998).

Zij raden aan om maatregelen specifiek te richten op de functiegroepen waarin veel vrouwen werkzaam zijn.

Smit (2001) concludeert in een overzichtsartikel over cultuuraspecten en de problematiek van de hoge WAO-instroom van vrouwen in de zorgsector grotendeels te wijten is aan arbeidsomstandigheden. Maar – zoals Smit beweert - ook minder grijpbare factoren spelen een rol van de arbeidsongeschiktheid van vrouwen. Genoemd worden onder andere de opvattingen van de vrouwen (de arbeidsoriëntatie) en opvattingen vanuit hun sociale omgeving, van artsen, van arbeidsdeskundigen en van werkgevers. Bij de arbeidsoriëntatie van vrouwen die werken in de zorgsector valt op dat vrouwen hun motivatie voor het werk vooral uit de directe zorgverlening “aan het bed” halen. De afgelopen decennia hebben bezuinigingen, reorganisaties, toenemen van werkdruk en technologie er echter toe geleid dat het belang van snel werken en beheersing van nieuwe werkmethoden is toegenomen. Volgens veel werkneemsters in de zorg is dit ten kosten gegaan van de waardering voor aandacht en zorg aan patiënten en bewoners. Met name oudere werkneemsters hebben hier problemen mee en dit heeft gevolgen voor hun houding ten opzichte van het werk. Verzuim en uitval is hiervan het gevolg; sommige vrouwen zeggen om die redenen hun baan op. Dit is bij een aantal vrouwen geen grote stap omdat zij immers in de meeste gevallen geen kostwinner zijn. Er zijn echter wel aanwijzingen dat de arbeidsoriëntatie van vrouwen aan het veranderen is. Smit (2001) concludeert dat werkgevers die veel vrouwen in dienst hebben rekening dienen te houden met de arbeidsoriëntatie van de vrouwen. Als aangrijpingspunten voor personeelsbeleid dat rekening houdt met gangbare opvattingen van de werkneemsters noemt Smit:

- Bewerkstellingen van een open aanspreekcultuur.
- Aandacht voor de combinatie arbeid en zorg (zich bijvoorbeeld uitend in invloed op de eigen roosters).
- Bevordering assertiviteit en arbobewustzijn.
- Investeren in goed werkgeverschap.

Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de groeiende groep van jonge vrouwen uit de zorgsector die in de WAO komt. De geselecteerde databetanden lenen zich hiervoor niet. Er is nog onvoldoende zicht op de specifieke factoren (of de interactie daartussen) die vooral voor deze groep werknemers van belang kunnen zijn. Waarschijnlijk spelen voor jonge vrouwen zowel de voor vrouwen in het algemeen belastende factoren als arbeidsomstandigheden en arbeidsoriëntatie een rol, alsmede de belastende factoren waar jonge werknemers meer last van hebben dan oudere werknemers. Zoals het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden, een gebrekkige aansluiting bij het hoge opleidingsniveau en het hebben van eentonig werk.

4.1.3 Organisatiekenmerken

Uit de Vernet-data blijkt dat vooral grote instellingen en instellingen in de regio randstad een hoge meldingsfrequentie en verzuimpercentage hebben. Ook in eerdere studies (Van Vuuren en anderen, 2001, AWO, 2000) is dit verband genoemd. Een recente publicatie over de relatie tussen ziekteverzuim en de kenmerken van arbeidsorganisaties is die van Van Lomwel en Nelissen (OSA, 2003). De belangrijkste conclusies, relevant voor de zorgsector, worden samengevat.

In branches met prestatiebeloning en zonder CAO is het verzuim lager dan gemiddeld. In branches met zwaar werk is het verzuim hoger dan gemiddeld. Ook het groter aantal hiërarchische niveaus verhoogt het verzuim. Bij meer hiërarchische niveaus is er weliswaar een groter aandeel leidinggevendenden dat het verzuim juist verlaagt. Maar toch is in deze organisaties het verzuim hoog: dat duidt erop dat anonimiteit en bureaucratie een rol spelen bij de verklaring van een hoog verzuim. Ook reorganisaties leiden tot een hoog verzuim. Dat betekent dat arbeidsorganisaties in (onder andere) de zorgsector die te maken hebben zowel zwaar werk als reorganisaties een verhoogd verzuimrisico hebben.

De beïnvloedbaarheid van het verzuim door de werkgever wordt volgens deze studie hoog ingeschat: schattingsresultaten laten zien dat er een sterke rol is van zoiets als werksfeer en verbondenheid met het werk en dat daarnaast dus het aantal hiërarchische niveaus, reorganisaties en het werken in ploegendienst van invloed zijn op het verzuim. Ook de aanwezigheid van verzuimbeleid blijkt een belangrijke – dempende – invloed te hebben met het verzuimcijfer, aldus deze OSA-studie. Overigens maakt de studie ook een verschil tussen procedureel en arbeidsvoorwaardelijk verzuimbeleid: het eerste wordt gevonden in arbeidsorganisaties met een CAO en een OR (zoals de instellingen in de zorgsector), het tweede in arbeidsorganisatie zonder CAO en OR en met jong personeel. Ten slotte concluderen Van Lomwel en Nelissen dat met name de regel dat men zich bij de eigen leidinggevende dient ziek te melden het verzuimpercentage sterk doet dalen. Dat zelfde geldt voor de introductie van arbeidsvoorwaardelijk verzuimbeleid: alleen is er nog niets te zeggen over de effecten daarvan op (middel)lange termijn.

4.1.4 Langdurig zieke werknemers en het beperken van de verzuimduur

Er is een tweetal aanwijzingen dat het hoge verzuim in de zorg meer teruggedrongen kan worden door de aanpak van langdurig verzuim. Ten eerste zijn de verschillen in variatie tussen bedrijven bij verzuimpercentage en WAO-instroom groter dan bij de meldingsfrequentie. Verschillen in verzuim tussen instellingen worden met name veroorzaakt door verschillen in verzuimduur. Ten tweede zijn de factoren die op werknemersniveau van invloed zijn op de duur grotendeels gelijk (qua omvang en richting) als de factoren die van invloed zijn op het verzuimpercentage.

Een sector die er daarbij echt uitspringt is de thuiszorg. De meldingsfrequentie ligt hier het laagst van alle branches maar de gemiddelde verzuimduur bij uitval is zo hoog dat het verzuimpercentage flink hoger ligt dan het gemiddelde in de zorg. De lage meldingsfrequentie duidt erop dat werknemers misschien ziek doorwerken en het daarom bij uitval langer duurt voordat ze hersteld zijn. Ook het ‘werkgeverschap op afstand’ heeft een verzuimverlengende werking.

4.2 Open vragen inzake verzuimoorzaken en beleidsmaatregelen

Kort wordt een aantal thema's genoemd die op grond van bovenstaande analyse nader onderzocht zouden kunnen worden, om zodoende betere uitspraken te kunnen doen over de verzuim en arbeidsongeschiktheidsorzaken in de zorgsector en over de effectiviteit van beleidsmaatregelen daaromtrent.

Jongeren

De CBS-analyse wijst uit dat jongeren (tot 35 jaar) vaker verzuimen, maar in een periode van twee maanden - in tegenstelling tot jongeren buiten de zorgsector - niet korter dan ouderen. De analyse van het Vernetbestand toont aan dat jongeren ook vaker verzuimen, maar voor de totale ziekteperiode van een jaar wel een kortere ziekteperiode dan ouderen hebben. Dit zou kunnen betekenen dat jongeren in de zorgsector gedurende de eerste twee maanden weliswaar even lang als ouderen in de zorg én langer dan jongeren buiten de zorg ziek blijven, maar na twee maanden toch weer eerder herstellen dan ouderen in de zorg. Een nadere analyse van de Vernet-data kan aangeven of deze veronderstelling juist is.

Ouderen

Het relatief grote effect van leeftijd op verzuimpercentage en WAO-instroom heeft ook te maken met gezondheid. De oudste groep werknemers (ouder dan 55 jaar) lijkt gezonder te zijn. Dit is een onverwachte conclusie. Een zekere selectie kan hierbij een rol spelen (survival of the fittest), de lagere meldingsfrequentie bij deze groep zou ook kunnen worden toegeschreven aan de grotere betrokkenheid en loyaliteit. Gezien de invloed van leeftijd op verzuim is nader onderzoek naar de oudste groep werknemers in de zorgsector zeker relevant; dit onderzoek kan nieuwe aanknopingspunten bieden voor het ontwikkelen van leeftijdsbewust personeelsbeleid.

Werkgebonden oorzaken

Werkdruk en fysieke belasting gelden alom als belangrijke arborisico's voor de zorgsector. Uit de door ons verrichte analyse van het CBS/POLS-bestand kwamen deze arborisico's niet als verklaring voor het verzuim naar voren. Evenmin constateerden Van Deursen en Binnendijk (2001) een verband tussen twaalfmaandsziekte en werkdruk en fysieke belasting. Ook Van Lomwel en Nelissen (2003) vinden geen direct verband tussen fysieke belasting en ziekteverzuim.

Betekent dit nu dat werkdruk en fysieke belasting geen oorzaken zijn van het verzuim in de zorgsector? Nee, maar wel dat nader onderzoek hiernaar gewenst is. Subjectief herkennen vele werknemers én werkgevers deze arborisico's als oorzaken van ziekteverzuim. Om dit objectief aan te tonen in de zin, dat onafhankelijk van elkaar de hoogte van de fysieke belasting, werkdruk en ziekteverzuim wordt vastgesteld en vervolgens een koppeling wordt gelegd is kennelijk moeilijker. Dit laatste kan komen omdat in de CBS-analyse geen rekening is gehouden met individuele verschillen. Mensen kunnen variëren in sociale steun, copingstijl etc, met als mogelijk gevolg dat de ene werknemer meer last heeft van een bepaalde fysieke belasting of werkdruk en daar ziek van wordt en een ander niet.

Ten aanzien van psychische klachten is nader onderzoek gewenst naar het de verschillende oorzaken daarvan. Duidelijk is dat niet alleen werkdruk de oorzaak is: hier is wel het meeste beleid op gericht. Inzicht in andere oorzaken kan wellicht tot meer toegespitste maatregelen leiden.

Samenspel en gewicht van oorzaken en beleid

De analyse van oorzaken geeft nog slechts beperkt inzicht in het samenspel en het gewicht van de afzonderlijke factoren die verzuim en arbeidsongeschiktheid veroorzaken. Voor beleidsbepaling is het wel van belang om zicht te hebben op samenspel en gewicht van oorzaken. Er kan interactie optreden tussen oorzaken, deze hebben we niet kunnen onderzoeken. Maatregelen of juist het ontbreken van maatregelen kunnen weer gevolg hebben op het verzuim en als oorzaak fungeren. Niet aangetoond kan worden waar de huidige daling van het verzuim en de WAO-instroom aan toe te rekenen is. Wel is duidelijk dat de conjunctuur en de beleidsintensivering door de arboconvenanten en de Wet Verbetering Poortwachter hieraan bijdragen. Maar het gewicht van deze bijdragen is niet te bepalen. Om bijvoorbeeld en betere uitspraak te kunnen doen over het gewicht van de arboconvenanten zou een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen instellingen die wel de maatregelen uit het convenant hebben geïmplementeerd en instellingen die dit niet hebben gedaan, of een vergelijking met branches die geen convenanten hebben.

Informatie

De data van Vernet bevatten alleen objectieve persoons- en bedrijfskenmerken. Het CBS/POLS-bestand heeft daarnaast ook kenmerken van de werksituatie en de organisatie. Echter, de beschikbare aantallen zijn gering, zeker wanneer uitgesplitst wordt naar jaar en branche. Bovendien kan er interactie plaatsvinden en kunnen effecten van bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden verschillen tussen mannen en vrouwen of ouderen en jongeren. Een uitgebreidere dataverzameling in de vorm van een periodiek survey is gewenst om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector.

Investerings in verzuim- en WAO-preventie in de zorgsector

De conclusie uit paragraaf 3.1. dat zorginstellingen – ook in 2002 - minder investeren in de arbodienstverlening en minder gebruik maken van REA-instrumenten dan bedrijven in andere sectoren, verdient nader onderzoek. Zo zou kunnen worden gekeken in hoeverre de grootte van de instelling hierbij een rol speelt en of de investeringen in arbozorg misschien in een grotere mate (dan bij andere sectoren) in de zorgsector intern worden gemaakt, waardoor de kosten van de arbodienst weliswaar laag zijn, maar de feitelijke investeringen niet minder zijn dan in andere sectoren.

De rol van transferpunten en andere regionale initiatieven in de sector

Er is geen evaluatie bekend van het functioneren van de transferpunten in de zorgsector. Zeker bij het intensiveren van reïntegratiemaatregelen is er baat te verwachten bij het opzetten van regionale netwerken en uitwisselingsprogramma's tussen instellingen voor werknemers met gezondheidsklachten. Ook de dienstverlening van reïntegratiebedrijven ten behoeve van zorginstellingen én de specifieke behoeften die zorginstellingen hieromtrent kunnen formuleren, verdienen meer aandacht.

Arbeidsvoorwaardelijke prikkels

Er zijn aanwijzingen dat vooral jongeren, werknemers in de randstad en bepaalde groepen (laagbetaalde) vrouwen gevoelig zijn voor arbeidsvoorwaardelijke prikkels gericht op het terugdringen van de verzuimfrequentie. Voor de zorgsector zijn dit type maatregelen daarom wellicht kansrijk. In de verplegings- en verzorgingstehuizen is hieromtrent een maatregel opgenomen in de CAO. Evaluatie-onderzoek naar de effecten van deze maatregel is ook voor de andere branches in de zorgsector van belang.

Kosten en baten

Er is in de literatuur opvallend weinig te vinden over de kosten en baten van arbeidsongeschiktheid én over de kosten en baten van maatregelen daaromtrent. Wel noemen veel auteurs dat het inzichtelijk maken van de kosten en baten veel kan toevoegen aan het succes van een maatregel. Slechts enkele auteurs wagen daar zelf een poging toe. (Van der Poel en anderen, 2001), Klein Hesselink en anderen (2001), Pool en anderen (1999) en Knibbe en anderen (2002)). Het betreft dan kosten- en bateninschattingen vóóraf, dus geen feitelijke berekeningen achteraf van reeds genomen maatregelen. Veel auteurs onderkennen het belang van een nauwkeurige kostenbaten analyse, alsmede een haalbaarheidsanalyse. Voor toekomstig onderzoek is dit dus een belangrijk aandachtspunt.

Effectiviteit en betrouwbaarheid

Het is lastig om een algemene uitspraak te doen over de betrouwbaarheid van de bronnen. Zonder iets te willen afdoen aan de kwaliteit van de onderzochte studies, moeten we (met van Vuuren en anderen, 2001) concluderen dat er weinig effect- en monitorstudies zijn gedaan naar beleidsmaatregelen. Een goede uitzondering betreft de studie op macroniveau naar de effectiviteit van de reïntegratie-instrumenten van de Wet REA (De Vos, et al, 2002, zie hoofdstuk 2). Op microniveau zijn veel casebeschrijvingen gevonden, waarbij de beschrijving weliswaar grondig is, maar waarvan de resultaten weinig voorspellende waarde hebben voor andere cases. Juist de contextgebondenheid bepaalt of een pakket van maatregelen succesvol is (en blijft) of dat deze zal falen. En omdat de randvoorwaarden voor succes niet uitputtend zijn beschreven en nog onvoldoende zijn onderzocht is er dus geen betrouwbare en meetbare informatie te geven over slaag- en faalkansen.

Doelgroepgerichte maatregelen

Relatief weinig studies beschrijven maatregelen die voor een specifieke doelgroep binnen een branche worden ingezet, zodoende is er niets te zeggen over de mate waarin een doelgroep de context van een beleidsmaatregel beïnvloedt. Zeker bij het aanpakken van psychische belasting en van langdurig verzuim is maatwerk essentieel. Juist het feit dat de persoonskenmerken zo'n zwaar stempel drukken op de arbeidsongeschiktheidsrisico's in de zorgsector maakt dat een naar groepen gedifferentieerde aanpak vruchten kan afwerpen. Op grond van de analyse in hoofdstuk 2 concluderen we dat vooral de groepen jongeren, vrouwen met zorgtaken en werknemers met chronische gezondheidsklachten specifieke aandacht verdienen.

Vasthouden van de aandacht

De ervaring leert dan de aandacht voor verzuim in instellingen niet permanent zal zijn (AS/tri, 2002). Als de implementatietrajecten in het kader van de arboconvenanten afgerond zijn, zal wellicht de aandacht voor verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector verslappen. Instellingen zijn geholpen bij terugkerende impulsen om zodoende de aandacht (met name bij leidinggevendenden) vast te houden. Een systematische aanpak zoals in een zorgsysteem voor reïntegratie (Reijenga, 2000) kan daarbij helpen. Verder onderzoek naar maatregelen die zorgen voor het beklijven van (verbeterd) verzuimgedrag lijkt gewenst.

Analyse van implementatieprocessen

Een procesanalyse van meer en minder succesvolle implementatietrajecten binnen de instellingen kan helpen om meer zicht te krijgen op de slaagkans van voorgenomen beleidsmaatregelen.

De relatie tussen oorzaak en maatregel

Voorliggend onderzoek kan niet uitputtend ingaan op de relatie tussen de gevonden verzuimoorzaken en het gevoerde beleid. Zoals al aangegeven schieten de data in de literatuur hiertoe te kort. Empirisch onderzoek in instellingen zelf zou meer licht kunnen werpen op de samenhang tussen de beleving van verzuimoorzaken en de mate waarin de ondernomen activiteiten inspelen op die oorzaken.

CONCLUSIES

5

In voorliggende studie worden onderzoeksvragen beantwoord omtrent de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector en omtrent beleidsinitiatieven die op macro, meso en microniveau zijn genomen. Oorzaken en beleidsmaatregelen worden naast elkaar gelegd.

Conclusies over de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

De hoogte

Het verzuim in de zorg is ook in 2002 met gemiddeld 6,9% hoog te noemen en de kans dat men een heel jaar ziek is ligt eveneens hoger dan in de meeste sectoren. Het verzuim is in de thuiszorg het hoogst met 8,5% in 2002, in de ziekenhuizen met 5,6% het laagst. In de GGZ is dit 5,9%, in de gehandicaptenzorg 7,3% en in de verpleeg- en verzorgingstehuizen 7,4%. De volgorde tussen de branches blijkt wat betreft verzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers van jaar tot jaar vrijwel constant te zijn. Sinds 2001 is het verzuim en de WAO-instroom in de zorgsector dalende; in 2002 zet deze daling zich in versterkte mate voort.

Variaties in de hoogte (frequentie en duur)

Er zijn aanzienlijke verschillen in de tijd én tussen de branches in de zorg wat betreft de hoogte van het verzuim en de WAO-instroom. Ook binnen de branches loopt het ziekteverzuim aanmerkelijk uiteen. Deze verschillen zijn het grootste in het verzuimpercentage en de WAO-instroom; de verschillen in meldingsfrequentie zijn geringer. Dit betekent dat verschillen in verzuim tussen instellingen met name worden veroorzaakt door verschillen in de duur van het verzuim. Maatregelen gericht op de werkhervatting lijken daarom het meest vruchtbaar te zijn.

Er zijn geen eenduidige verklaringen gevonden voor de variatie tussen de branches. In de literatuur worden de volgende verklaringen genoemd:

- de personeelssamenstelling, qua sekse, leeftijd en opleidingsniveau. De thuiszorg heeft bevoorbeeld meer (oudere) vrouwen in dienst, wat een hogere verzuimduur kan verklaren. De ziekenhuizen hebben een hoger opgeleide werkpopulatie, wat tevens het lagere verzuimpercentage kan verklaren.
- Het type organisatie en de organisatie van het werk: een professioneel en integraal personeelsbeleid zal het verzuim laten afnemen, een grotere afstand in het leidinggeven geeft een hoger verzuim.

Als alle gegevens van branches op een rijtje worden gezet dan springt de thuiszorg er duidelijk uit. De meldingsfrequentie ligt hier het laagst van alle branches, terwijl de gemiddelde verzuimduur zo hoog is dat het verzuimpercentage flink hoger ligt dan het gemiddelde in de zorg. Het kan zijn dat werknemers in de thuiszorg hun ziekmelding uitstellen en ziek doorwerken, waarna zij een langere herstelperiode nodig hebben. Het werkgeverschap op afstand in deze branche kan mede verzuimverlengend werken.

Oorzaken voor verzuim en arbeidsongeschiktheid en de variatie daarin

Persoonsgebonden factoren vormen de belangrijkste verklaring voor het hoge verzuim en arbeidsongeschiktheidsrisico in de zorgsector. De CBS/POLS-gegevens laten zien dat werknemers die belemmerd worden vanwege een chronische aandoening vaker en langer verzuimen dan anderen. Daarnaast verzuimen jongeren (tot 35 jaar) ook vaker en - in tegenstelling tot jongeren buiten de zorgsector in de eerste twee maanden - niet korter dan ouderen.

Ook vrouwen en werknemers met een lange werkweek verzuimen vaker. Ook de Vernetgegevens laten zien dat jongeren en vrouwen vaker verzuimen. Bovendien blijkt dat de verschillen in de meldingsfrequentie en het verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen bij jongeren iets groter zijn dan bij ouderen. In de WAO-instroom zijn deze man-vrouwverschillen behoorlijk groot. Jonge vrouwen hebben een beduidend grotere kans om de WAO te komen dan hun mannelijke leeftijdsgenoten. Bij oudere vrouwen zijn de verschillen met mannen minder groot.

Daarnaast blijkt dat organisatiegebonden kenmerken ook belangrijk zijn als oorzaak van verzuim. De aard van de branche, de grootte van de instelling en de regio zijn van invloed op de hoogte van het verzuim en de WAO-instroom. Hoe groter de instelling, hoe vaker en hoe meer de werknemers verzuimen. En de werknemers in instellingen in de randstad, verzuimen meer en vaker.

Er wordt geen bevestiging gevonden voor het verband tussen fysieke belasting en werkdruk aan de ene kant en ziekteverzuim aan de andere kant. Wel is de invloed van fysieke belasting en werkdruk in de zorgsector op het verzuim groter dan in andere sectoren, maar er is geen significant verband gevonden. Onderzoek naar de wisselwerking tussen verzuimoorzaken zou licht kunnen werpen op de verschillen tussen de gevonden cijfers en de praktijkervaringen die werkgevers en werknemers melden. Uit de CBS/POLS-gegevens blijkt dat werknemers met een slechtere intrinsieke reward (minder kansen op promotie, ontplooiing en aansluiting tussen werk en opleiding), en werknemers die eentonig werk verrichten, vaker verzuimen. Voor de duur van het verzuim blijkt de werksfeer en de mate van autonomie en regelmogelijkheden wel van belang te zijn. Hoe beter de werksfeer en hoe meer autonomie en regelmogelijkheden, hoe eerder men terugkeert.

In hoeverre zijn deze oorzaken te beïnvloeden?

De factoren die verzuim en arbeidsongeschiktheid verklaren zijn niet allemaal even makkelijk te beïnvloeden met beleidsmaatregelen. De persoonsgebonden factoren, zoals geslacht, leeftijd, gezondheid, zijn nauwelijks te beïnvloeden met beleidsmaatregelen. Wel kan men maatregelen nemen die expliciet rekening houden met de persoonskenmerken van bepaalde groepen werknemers in de sector. Maatregelen die hierbij resultaat kunnen hebben zijn bijvoorbeeld maatregelen die de belastbaarheid van deze groepen werknemers vergroten en maatregelen die het werken in de zorg aantrekkelijker maakt voor deze groepen werknemers.

Organisatiegebonden factoren zoals regio en grootte van de instelling zijn lastig te beïnvloeden; factoren als het werkgeverschap op afstand zijn wel te beïnvloeden. Ook de werkgebonden en dus branche-gebonden factoren zijn in hoge mate beïnvloedbaar. De arbeidsomstandigheden, de mentale en fysieke werkdruk, de wisselende diensten, de (mindere) waardering van het werk en het imago van het werk worden in de zorgsector reeds met tal van beleidsmaatregelen aangepakt.

Conclusies over beleidsinitiatieven voor vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Er wordt veel onderzoek gedaan naar verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector en er zijn tal van beleidsmaatregelen ondernomen: vooral de arboconvenanten hebben flinke impulsen gegeven aan het beleid inzake verzuim en arbeidsongeschiktheid. Onderzoek toont aan dat hoe meer instellingen aan maatregelen en middelen inzetten, hoe lager het verzuim en de arbeidsongeschiktheid.

In de zorgsector wordt, ook in 2002, minder geïnvesteerd in arbozorg dan in andere sectoren, dus een beleidsintensivering is in de zorgsector zeker mogelijk.

Preventieve maatregelen zijn essentieel en effectief gebleken. Hun effectiviteit zou het grootst zijn. Bij de aanpak van de fysieke belasting lijken deze maatregelen zeker vruchten af te werpen. Bij de aanpak van psychische belasting is dit veel moeilijker hard te maken. Beide arborisico's blijken in de data analyse echter niet significant voor het arbeidsongeschiktheidsrisico.

Preventieve maatregelen richten zich in veel gevallen op het vergroten van de belastbaarheid van de werknemers (zoals tilcursus, en leren omgaan met stress). Er worden in iets mindere mate werkgerichte maatregelen genomen (zoals roosteraanpassingen). Slechts weinig maatregelen raken aan (het gebrek aan) autonomie in het werk. Terwijl hier wel een significante oorzaak voor arbeidsongeschiktheid ligt. Hiervoor zijn met name werkgerichte maatregelen nodig. Deze vragen relatief grote wijzigingen in het primaire proces en in de organisatie van het werk in de instellingen en deze wijzigingen zullen begrijpelijkerwijs niet eenvoudig door te voeren zijn.

Grijpen de maatregelen aan bij de belangrijkste oorzaken?

Deze vraag kan met een voorzichtig “ja, gedeeltelijk” worden beantwoord. Er worden relatief weinig beleidsmaatregelen ingezet om de persoonsgebonden factoren te beïnvloeden. Terwijl we zagen dat daar belangrijke verzuimoorzaken lagen. Persoonsgebonden factoren zijn minder makkelijk met beleidsmaatregelen te beïnvloeden.

De beleidsmaatregelen die worden genomen zijn meestal gericht op arborisico's die in de zorg groter zijn dan in andere sectoren. Het betreft dan vooral fysieke belasting en werkdruk.

Op het gebied van het bevordering van de hervatting na langdurig verzuim en het voorkomen van de WAO zijn naar verhouding te weinig maatregelen ingezet. Er zijn in de Vernet-analyse verschillende aanwijzingen gevonden dat de meeste beleidswinst te behalen valt met het aanpakken van langdurig verzuim. Financieel gezien is ook zeker winst te boeken door de WAO-instroom te beperken. Hier zijn wel maatregelen voor ontwikkeld, ook in bijvoorbeeld de thuiszorgsector, waar dit volgens onze analyse inderdaad ook het meest gewenst is. Maar op grote schaal worden reïntegratiemaatregelen nog niet ingezet en zijn er nog weinig resultaten van bekend. Er zijn wel enkele succesvolle zorginstellingen op dit terrein. Deze voorbeelden zouden nog beter kunnen worden benut door andere zorginstellingen.

Belangrijke groepen om meer beleidsmatige aandacht aan te besteden zijn:

- Vrouwen (met als thema's: taakautonomie, waardering voor zorgtaken, weerbaar maken om psychische belasting beter aan te kunnen, arbeidsoriëntatie beïnvloeden).
- Jongeren (met als thema's: kort verzuim, mede ingegeven door onvrede met het werk, gebrek aan ontplooiingsperspectieven).
- Ouderen (met als thema's: meer gezondheidsklachten, vooral chronische klachten, een hoge hervattingsdrempel, wellicht uit angst voor hernieuwde belasting).
- Laagbetaalden (met als thema's: geen kostwinnerschap, verzuimfrequentie beïnvloeden, bijvoorbeeld via arbeidsvoorwaardelijke prikkels).

Overigens is het lastig om – in de tijd en qua thematiek - een duidelijke lijn in het verrichte onderzoek aan te treffen. Opvallend is wel het weinige onderzoek dat er gedaan wordt naar de relatie tussen oorzaken van verzuim en de effectiviteit van de maatregelen. Het adagium "hoe meer maatregelen hoe beter" lijkt weliswaar gerechtvaardigd (de conclusie dat instellingen die meer maatregelen treffen ook een sterkere daling in de arbeidsongeschiktheid zien, is meermalen genoemd in de literatuur), maar welke maatregelen nu het meest effect hebben is nog niet onderzocht en is op basis van de beschikbare literatuur en databestanden niet vast te stellen. Het beantwoorden van deze vraag behoeft met name empirisch onderzoek in de instellingen zelf.

Het is duidelijk dat instellingen die van verzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijk beleidsissue hebben gemaakt de vruchten hiervan plukken in de vorm van minder verzuim en een kostenbesparing. Instellingen die succesvol zijn, hebben een samenhangend, integraal pakket van preventieve, procedure en reïntegratiemaatregelen geïmplementeerd.

Onderzoek naar verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector zou zich nadrukkelijk moeten toespitsen op de in hoofdstuk 4 beschreven "witte vlekken". De roep om onderzoek naar meetbare resultaten van het beleid en naar een heldere analyse van implementatieprocessen in de instellingen staat daarbij centraal.

LITERATUUR

Ankoné, J.C.M., Burnout bij artsen bijna verdubbeld: onthutsend om te horen hoe artsen met elkaar omgaan, Medisch contact 54, 1999.

As/tri, Aandacht is het toverwoord, recepten tegen ziekteverzuim na tien jaar onder de loep, Uitgave naar aanleiding van tienjarig bestaan As/tri, Leiden, 2002.

Bals, K., Hoe ziek is de vrouw? Werken in de gezondheidszorg is niet gezond, Aaneen: weekblad van de Federatie ABVA-KABO 19,1999.

Besseling, J.J.M., E. Brouwer en M. van Gent, Heeft het overheidsbeleid, van TAV tot REA, wel effect gehad? Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, Jrg 8, 2000.

Besseling, J.J.M. en C. de Olde, Emancipatie-effectrapportage Commissie Donner. Den Haag : Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2002.

Beune, E., W. Bezemer, K. Bosch, M. Douwes, G. Evers, S. Frielink, H. Knibbe, N. Knibbe en M.J. Meeuwssen, Stand der techniek in de GGZ integraal onderzocht, Maatregelen ter reductie van fysieke belasting, psychosociale belasting, agressie en onveiligheid, Hoofddorp, 2001.

Bijkerk, W.O., E.J. Bomhoff, L. van der Geest, Financiële prikkels en organisatorische maatregelen: een commentaar op de SER-voorstellen over ziekte en arbeidsongeschiktheid, NYFER, Breukelen, 2002.

Bloemendaal, A. en E.M. Ott, Arbo- en verzuim, en reïntegratiebeleid in de zorg. Beleid en implementatie. Een verkenning op basis van de AVR2000 en interviews in zorginstellingen, 2002.

Bloemendaal, I., et al, Arbobeleid, Verzuimbeleid en Reïntegratiebeleid in de zorg, een verkenning op basis van AVR-aanvragen en bijlagen, Prismant, april 2001.

Bloemendaal, I., H.W. Kanters en C.T. van Til, Van uittrekers naar herintreders: landelijk onderzoek naar verpleegkundigen en verzorgenden die niet in de zorg werken en hun voorwaarden om terug te keren, Den Haag, Servicecentrum Uitgevers, 2001.

Boelens, L., Een kwetsbare groep: doordacht personeelsbeleid kan instroom van vrouwen in de WAO voorkomen. PW: Vakblad voor personeelsmanagement 24, 2000.

Bosselaar, H. en F.A. Reijnga, Koplopers in Disability Management, TNO rapport, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2000.

Bosselaar, H., Pemba-rekening in 2000: tien miljoen extra: slechte werkgevers betalen hoogste WAO-premie, Markant 4, 1999.

Buijs, C., WAO en reïntegratie in de zorg- en welzijnssector: bestands- en stroomcijfers 1999, OSA Tilburg, 2002.

Burger, K., M. Lindeboom, R. Sparrow en W. Zant, Langdurig ziekteverzuim in de sector zorg en welzijn, Tilburg OSA, 2000.

Copinga, M. en R. Schelten, Wie komen er in de WAO? CBS Voorburg, mei 2003, Onderzoek in opdracht van Ministerie van SZW.

Cuelenaere, B. en I. Hento, Het WAO-uitvoeringsproces bij Cadans, Amsterdam, Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), 1999.

Dagevos, J., Hoog ziekteverzuim in quartaire sector. Economisch statistische berichten 87, 2002.

Deursen, C.G.L van, A.M.van der Giezen en S. van Binnendijk, Arbeidsrisico's en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector, Astri, Doetinchem, 2000.

Deursen, C.G.L. van en S. van Binnendijk, Arbeidsrisico's en langdurig ziekteverzuim in de zorg: kans op twaalfmaandsziekte onderzocht, Arbeidsomstandigheden 77, 2001.

Dijk, J.K. van, H.J. Messchendorp, M.I. Koopman, R. Steenbeek en C.T. van Til, Personeel in beeld, De arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere instellingen die vallen onder de CAO-Z, Utrecht, 2002.

Dongen, P.J. van, J.W.M. Gielen en J.W. Muller, De rol van werkgever, bedrijfsarts en huisarts bij ziekteverzuim, Netherlands School of Public Health (NSPH), Utrecht, 1998.

Douwes, M., B. Blatter en K. Thé, RSI-maatregelen beeldschermwerk vaak nog kwestie van gezond verstand; stand der wetenschap, in Arbeidsomstandigheden, 78 (220), nr. 2: 16-18.

Ekelmans, N., Verzuim: hardnekkig fenomeen: convenant onbevredigend, Zorgvisie 31, 2001.

Elsevier bedrijfsinformatie, Jaaroverzicht Arboconvenanten 2000 : een rapportage over de uitvoering van de beleidsstrategie vastgelegd in de nota "Arboconvenanten nieuwe stijl", Doetinchem, 2001.

Essen, G. van, Gezonder zorgen in de gezondheidszorg, Lezing voor het AWOZ-congres "De OR en gezonder zorgen", Tilburg, 2000.

Essen, G. van, R. Grim, H. Meihuizen, F. Peters en M. de Voogd-Hamelink, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2001, Een onderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden, Tilburg, OSA, 2002.

Essen, G. van, E.J.C. Josten, H.E. Meihuizen, Arbeid in zorg en welzijn: integrerend OSA-rapport, 2002, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA), Tilburg, 2002.

Financiële Dagblad, het, "Meer arbo, minder zieke werknemers", artikel over een analyse van adviesbureau MarketConcern, 5 juli 2003.

Geus, A.C. de, A. M. van Son en P.M. le Blanc, "Take care!": een teamgerichte interventie ter bevordering van welzijn op het werk, Houten, 2000.

Giezen, A. van der en B. Cuelenaere, Hoge instroom in de WAO betreft vooral vrouwen werkzaam in de gezondheidszorg: waarheden en onwaarheden over de dubbele belasting, Medisch contact 53, 1998.

Graan-Hentzen, Y.C.E. de en R.P. de Groot, "Mag het een onsje minder zijn?": onderzoek naar het voorkomen van het risico op burnout bij verpleegkundigen in de gezondheidszorg, Utrecht Netherlands School of Occupational Health (NSOH), 2001.

Groenewegen R., Nieuwe arbo-wet zorgt voor duidelijkheid: overtredingen zijn duidelijk en worden direct beboet, In: installatiejournaal 18.nr. 4, 2000.

Gründemann, R.W.M., C.V. van Vuuren, Prevention of absenteeism at the workplace: European research report. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

Hento I. en G. Jehoel-Gijsbers, Reïntegratie: een complex proces, in: Maandblad reïntegratie 2, 2002.

Hertogh, M.W., L.S.Putman en K.L. Urban, Enkeltje WAO, de gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar, NYFER, Breukelen, 2001.

Heyma, A.O.J. en E.L. de Vos, Reïntegratie-instrumenten zijn effectief, in Economisch Statistische Berichten, 87 (4346), 2002.

Hingstman, L., W. van der Windt en R. Kenens en anderen, Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA), Tilburg, 2001.

Hoedeman, R. en J.H. Wijers, In het belang van de werknemer: de tijd als richtsnoer bij reïntegratie, Medisch contact 57, 2002.

Houtman, I.L.D. en E.M.M. de Vroome, Arbeidsrisico's, gezondheidsklachten en ziekteverzuim in branches; secundaire analyses op de POLS 1997, 1998 en 1999, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2001.

Huurne, A. ter, I. van Gils, G. Evers en Vermeulen, Ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid in de sector zorg en welzijn, IVA. Tilburg, 2000.

Jehoel-Gijsbers, G., Reïntegratie van arbeidsgehandicapten: inventarisatie van onderzoek ten behoeve van de zorgsector, OSA-publicatie, Den Haag, 1998.

Johns, G, How often were you absent? A review of the use of self-reported absence data, in Journal of Applied Psychology, no 79, 1994: 574-591.

Klein Hesselink, D.J., J.J. van der Klink en S. Vaas, Maatregelen werkdruk en werkstress: catalogus ontwikkeld in het kader van arboconvenanten: Stand der wetenschap 2001, Doetinchem, 2001.

- Knibbe, H.J.J., F. Hooghiemstra en N.E. Knibbe, Fysieke belasting in ziekenhuizen. Onderzoek naar de stand der techniek fysieke belasting, Ministerie van SZW, Den Haag, 2001.
- Knibbe N.E., H.J.J. Knibbe en L. Geuze, Fysieke belasting in de gehandicaptenzorg : onderzoek naar de stand der techniek fysieke belasting : bijlage bij Arboconvenant gehandicaptenzorg: stand der techniek, Doetinchem, 2002.
- Kompier, M.A.J., R.W.M. Gründemann, P. Vink en P.G.W. Smulders, Aan de Slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement. Samsom bedrijfsinformatie, Alphen a/d Rijn, 1996.
- Konings, M. en M. van der Zouw, Sectoranalyse WAO 2000, Analyse van 69 sectoren op basis van mesogegevens, Ministerie van SZW, Den Haag, 2002.
- Laan, R. van der, Verzuimanalyse: 1+1=3, in Perspectief, 1999.
- Laitinen-Krispijn, S. en R. Bijl, Werk, psyche en ziekteverzuim: aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking, Trimbos instituut, Utrecht, 2002.
- Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (Lisv), Reïntegratie: sector en branche-tabellenboek, verslagperiode 1999, LISV, Amsterdam, 2001.
- Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (Lisv), Jaaroverzicht Wet REA, 1999, Informatie over de uitvoering van de wet REA, Amsterdam, 2001.
- Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV), Trendrapportage arbeidsongeschiktheid 2001, Amsterdam, 2002.
- Leffers, F.C. en A.J. Vergunst, Wat te doen bij arbeidsrelevante psychische problematiek?, in De psycholoog, Wetenschap, januari 2003.
- Lomwel, van A.G.C. en J.H.M. Nelissen, Ziekteverzuim, bedrijfskenmerken en verzuimbeleid: een analyse op basis van paneldata, OSA, Tilburg, 2003.
- Maassen, H., Gezond aan het werk: gezamenlijke richtlijnen van huisartsen en bedrijfsartsen, Medisch contact 56, 2001.
- Messchendorp, H.J., E. van der Weerd en R. Steenbeek en anderen, Werk in beeld: brancherapport 2002, medewerkersraadpleging CAO Arbeid en Gezondheid verpleeg- en verzorgingstehuizen, Utrecht, 2002.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Arboconvenanten nieuwe stijl: meer veiligheid en gezondheid op het werk. Brochure, Den Haag, 1999.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Arboconvenanten nieuwe stijl. Rapportage over de periode 1999-2002, Den Haag, 2002.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Invulling geven aan verzuim. Bedrijven en de WAO-problematiek, Den Haag, 2001.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), (Dis)ability Management: tegelijkertijd werken aan preventie en reïntegratie”, Directie Voorlichting, Bibliotheek en Documentatie van SZW, Den Haag, april 2002.

Nauta, A.P., Tot elkaar veroordeeld: literatuurstudie naar samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen, Medisch contact 55, 2000.

Oudejans, A. en M.J. Meesters, Opleiding en scholing in zorg en welzijn, OSA Tilburg, 2000.

Oudejans, A. en M.J. Meesters, Vergroten van het arbeidsaanbod in zorg en welzijn : beïnvloeding van instroom, opleidingsrendement en beroepsrendement, OSA, Tilburg, 2002.

Peters, F., G. van Essen en H. Meihuizen, Arbeid in zorg en welzijn: integrerend OSA-rapport, OSA, Tilburg, 2001.

Piek, P. en G. Dekker, Pilotproject Reïntegratiebeleid Ziekenhuizen, TNO project-voorstel voor het Sectorfonds van de Zorgsector (in het kader van het arboconvenant Ziekenhuizen: project loopt tot november 2003), mei 2002.

Poel, M.G.M., C.G.L. van Deursen en R. Prins, Maatregelen verzuimbegeleiding en vroegtijdige reïntegratie, Catalogus ontwikkeld in het kader van arboconvenanten: stand van zaken 2001, Den Haag, 2001.

Pool, J., I. Bloemendaal en T.M. Meulenkamp, Gezond werken in de zorg : interventies rond arbeidsbelasting, stress en burnout Bohn Stafleu Van Loghum Houten, 1999.

Pool, J., Het (zware) werk van de specialist: de prevalentie en preventie van burnout onder medisch specialisten, Medisch Contact 53 Nr. 18, 1999.

Poppel, van M.N.M, van, H.C.W. de Vet, B.W. Koes, T. Smid and L.M. Bouter, “Measuring sick leave: a comparison of self-reported data on sick leave and data from company records, in Occupational Medicine, vol 52, no 8, pp 485-490, 2002.

Poulsen-Mestrom, M.E.S., Handboek brengt transparantie voor arbocuratieve zorgverleners in Friesland, Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 10, 2002.

Putten, D. van der en M. Wijbenga, Onderzoeksresultaten van succesvolle verzuimaanpak & evaluatieonderzoek GGZ - Vertrouwelijk - Falke en Verbaan BV, Eindhoven, 2003.

Raad voor Maatschappelijke ontwikkelingen (RMO), Werken aan balans. Remedies tegen burn-out, Advies 22 aan Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2002.

Regioplan, Langdurig WAO-ers en factoren die een rol spelen bij het al dan niet ondernemen van reïntegratieactiviteiten, Lisv, Amsterdam, 2001.

Reijenga, F.A., S. Andriessen, J.J.M. Besseling en M.J. van Gent, Preventie en reïntegratie in de welzijnssector en Jeugdhulpverlening, Utrecht: AWO-fonds, 2000.

Reijenga, F.A., Resultaatgericht reïntegreren: werken met een zorgsysteem voor reïntegratie, AWOZ, Utrecht, 2000.

Rijk, A. de, N. Jansen en B. van Lierop, Geen kwestie van motivatie maar van situatie: een onderzoek naar man/vrouw verschillen in werkhervatting gedurende het eerste jaar na ziekmelding. Universiteit van Maastricht i.o.v. het Ministerie van Sociale Zaken, Maastricht, 2002.

SDU, Uitvoeringsbepalingen arbeidsomstandighedenwet en enige andere wetten (ook wel genoemd Arbo-regeling), Den Haag, SDU Uitgevers, 1997.

Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Gezonder werken in de zorgsector: het investeren waard: kaderregeling arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratiebeleid 2001 zorgsector, Utrecht, 2001.

Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Handboek reïntegratie voor werkgevers en werknemers in de sector zorg en welzijn: nieuwe wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, PGGM, Zeist, 2002.

Sectorraad Zorg en Welzijn, Ziekteverzuim, reïntegratie en de nieuwe wetgeving, Zeist, 2001.

Slutter, M., Arbodiensten leveren 'unsought goods': marketing onder de maat, Arbeidsomstandigheden 77(2001)no. 5, p. 22-23.

Smit, A.A. en C.V. van Vuuren, De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn, Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel II: Branche-studies, Onderzoek uitgevoerd door TNO Arbeid in opdracht van de OSA Den Haag, 2001.

Smit, A.A., De invloed van cultuur, Verzuim en WAO-intrede, In: Zorgvisie. Magazine voor beleid en management, Special Personeel & Arbeidsmarkt, Nummer 6, jaargang 31, pag 20-23, 2001.

Smit, A.A. en S. Andriessen, Weer op de rails, handreiking duurzame arbeidsinpassing van langdurig werklozen, Hoofddorp, TNO Arbeid, 2003.

Sociaal-Economische Raad, Sociale zekerheid en gezondheidszorg: advies sociale zekerheid en gezondheidszorg, Den Haag, 1998.

Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO), Wachtlijsten, een duur medicijn, SEO Topics special, Amsterdam, november 2001.

Terluin, B., J.J.L. van der Klink en S.H. Bollen, Snel weer aan het werk: de rol van artsen bij de aanpak van verzuim om psychische redenen, Medisch contact 57, 2002.

- Tjallega, J., De organisatie van de zorg: P&O-onderzoek (27), Gids voor personeelsmanagement 81, 2002.
- Toor, A. van., De arboverpleegkundige binnen de eigen organisatie, Haagse Hogeschool, sector gezondheidszorg, gedrag & maatschappij, Den Haag, 2001.
- Uijl, S.E. den, Succesvolle reïntegratieprocessen, een zoektocht naar factoren van succesvolle reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikte werknemers in de arbeidsorganisatie in Nederland, Duitsland en Zweden, Eburon, Delft, 2002.
- Veerman, T.J. en J.J.M. Besseling, Prikkel en privatisering: integrerende rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, WAO en reïntegratie. Doetinchem, 2001.
- Veerman, T.J., J.A. Duvekot, B.C.H. Zwart, H. Bosselaar en A.F. Lenderink, Sectoranalyse WAO 2000, dieptestudies naar arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid in vijf (sub)sectoren, Ministerie van SZW, Den Haag, 2002.
- Veerman, T.J., E.I.L.M. Schellekes en J.F.L.M.M. Dagevos, Werkgevers over ziekteverzuim, Arbo en reïntegratie: eindrapportage ZARA/SZW-werkgeverspanel, Doetinchem, 2001.
- Verdonk, P., M. Peeters en S. Geurts, Vrouwen: arbeidsongeschikt of arbeidsondergeschikt? Een uitgebreide literatuurstudie naar het arbeidsongeschiktheidsrisico van vrouwen. Nijmegen, 2001.
- Vinke, H., S. Andriessen, S.G. van de Heuvel, I.L.D. Houtman, S. Rijnders, C.V. van Vuuren, C.W.J. Wevers, Vrouwen en reïntegratie, Hoofddorp, TNO Arbeid, 1999.
- Vlaming, H., Gewaagde aanpak burnout. Lisv magazine (1999) no. no. 4, p. 4-5.
- Voogd, M. en A. Kremer, Grip op frequent verzuim: een kwestie van cont(r)act : operatiecentrum AZG onderzoekt kort verzuim. Arbeidsomstandigheden 77 (2001) no. 9, p. 54-59.
- Vos, E.L. de en C. Smitskam, Poortwachter en reïntegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten in 2002, Hoofddorp, TNO Arbeid, 2002.
- Vrijhof, B. en R. Ramaekers, De bemiddelbaarheid van arbeidsgehandicapten, Schattingen op basis van een steekproef en bestandsanalyse, Gak Nederland BV, Amsterdam, 2001.
- Vuuren, C.V. van, S. Andriessen en I.M.A.J. Halewijn., Reduction of workplace absenteeism in Dutch health care institutions, in P.M. le Blanc, A. Büssing, W.B. Schaufeli (Eds): Organisational Psychology and Health Care, European Contributions, p. 171-184, München, Mering, Reiner Hampp Verlag, 1999.
- Vuuren, C.V. van, S. Andriessen, M.J. van Gent, A.A. Smit, H. Vinke en C.W.J. Wevers, De baas en ziekte. Ziekte de baas. Reïntegratie in het midden- en kleinbedrijf, Hoofddorp, 2000.

Vuuren, C.V. van, A.A. Smit, M.J. van Gent en S. Andriessen, De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: overzicht van de resultaten, Den Haag, 2001.

Vuuren, C.V. van, F.C. Verboon en F.A. Reijenga, Stand van zaken en ontwikkelingen arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid in de sector Rijk. Deel I: Kwantitatieve en kwalitatieve analyses, Hoofddorp, TNO Arbeid, 2001.

Vuuren, C.V. van, Monitoring Ziekteverzuimgegevens, TNO Arbeid, Hoofddorp, 1999.

Uitvoering Werknemersverzekeringen. Jaaroverzicht arbeidsgehandicapten 2000, Amsterdam, 2002.

Wevers, C.W.J., et al, De REALiteit, evaluatie van de wet REA, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2001.

Wit, R. de en G. Moens, Ziekteverzuim, rugklachten en arbeidsomstandigheden in de verzorgingssector, *Medicine du travail / Arbeidsgezondheidszorg & ergonomie* 36, 1999.

Yperen, N.W. van en Baving, Burnoutsymptomen bij verpleegkundigen. De relatie met werklast, regelruimte en sociale steun, in *Gedrag en Gezondheid*, 27, 174-187, 1999.

BIJLAGEN

Uitwerking CBS/POLS analyse

Data

Omdat het voor de zorg, en met name branches daarbinnen, gaat om vrij kleine aantallen respondenten bij elke jaarlijkse meting, zijn de bestanden van 1997 tot en met 2001 samengevoegd. Voor die jaren is er een relatief groot aantal variabelen te vinden die als determinanten van verzuim gezien kunnen worden.

Zelfstandigen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat hun situatie (ook in relatie tot verzuim) nogal verschilt van die van werknemers en bepaalde variabelen mede daarom voor hen een andere betekenis hebben (denk aan autonomie of het aantal contractueel bepaalde werkuren). TNO Arbeid beschikt over de POLS-bestanden, maar uit privacyoverwegingen zijn de bestanden niet voorzien van branchecodes. Het is daarom noodzakelijk geweest bij het CBS in huis (on site) te werken.

Afhankelijke variabelen

Gegeven de binnen de CBS/POLS beschikbare gegevens is gekozen voor twee afhankelijke variabelen:

- al dan niet verzuimd in de afgelopen twee maanden;
- van verzuimers: het aantal verzuimde werkdagen in de afgelopen twee maanden.

Onafhankelijke variabelen

Er is op voorhand een brede keuze gemaakt van variabelen die zinvol met het verzuim en de verzuimduur in verband kunnen worden gebracht. Er is een aantal niveaus onderscheiden, waarbinnen keuzes zijn gemaakt op de volgende gronden:

- Afwezigheid in enkele meetjaren: op grond hiervan vervielen de vragen naar regio, ongunstige leefstijl (roken/drinken), conflicten op het werk met collega's/chef en overwerk.
- Sterke overlap (correlatie) met andere variabelen: op grond van dit criterium is gekozen voor 'werktijden in avond/nacht en weekend' en werd de variabele 'ploegendienst' weggelaten. Allen die in ploegendienst werken blijken afwijkende werktijden te hebben; het omgekeerde geldt niet. Er is in vervolg op een vraag naar het voorkomen van een chronische aandoening, gevraagd naar de mate van belemmering in het dagelijks leven/werk door die aandoening. Slechts één van beide vragen kon worden opgenomen.
- Een (te) gering risico: gegeven het feit dat 3% van de populatie regelmatig ervaring had met discriminatie op grond van geslacht of huidskleur en deze vraag nogal wat non-respons kent, werd ook deze vraag weggelaten.

Hieronder volgt een overzicht van de voor analyse beschikbare en gekozen variabelen. Binnen die niveaus is gekozen voor een relatief klein aantal categorieën per variabele (twee, maximaal drie). De eerstgenoemde categorie is in de analyses steeds als referentie gebruikt. Dat wil zeggen dat effecten uitgedrukt zijn ten opzichte van deze referentie.

1 Achtergrondkenmerken

- geslacht (man, vrouw)
- leeftijd (<35 _ 35-49 _ >49)
- opleiding (max. LBO _ Mavo, MBO, VWO _ HBO/WO)

2 Thuisituatie

- samenwonend (nee / ja)
- uren besteed huishouden (< 10 _ 10-20 _ >20)

3 Gezondheid

- belemmerd door chronische aandoening (niet belemmerd of 'geen aandoening', voortdurend of met tussenpozen belemmerd door een chronische aandoening)

4 Werkkarakteristiek

- leidinggevend (nee / ja)
- lengte werkweek (1-20 _ 21-35 _ >=36)
- onregelmatige werktijden (niet _ in avond/nacht of weekend _ avond/nacht én weekend)

5 Werk sociaal

- ontevreden overleg/leiding (niet / wel ontevreden over overleg of leiding)
- slechte sfeer op het werk (meestal goed / soms / nooit goed)

6 Werk belasting

- dubbele belasting (als huishouduren >15 en werkuren >24)
- fysieke belasting (laag / modaal / hoog)
- belastende fysisch-chemische omstandigheden (goed / matig / slecht) werkdruk (laag / modaal / hoog)
- gebrek aan autonomie (weinig / modaal / veel gebrek)
- klimaatregelmogelijkheden (goed / matig / slecht)

7 Werk ontplooiing

- gebrek aan 'intrinsieke reward' (promotie, ontplooiing, aansluiting werk bij opleiding)
- (weinig, modaal, veel gebrek)
- eentonig werk (nee / ja)
- niet zelf oplossingen in het werk kunnen bedenken (nee / ja)
- gebrek aan 'extrinsieke reward' (onvoldoende beloning) (nee / ja)

Analyse

In tabel A.1 staat vermeld van hoeveel werknemers gegevens over (de duur van) het verzuim bekend zijn en hoe hoog het verzuim en de duur ervan ligt in de niet-zorg, de zorg en branches daarbinnen.

Tabel A.1 Verzuim(duur) naar zorg(branche) en niet-zorg sectoren

	n	% verzuimers	n verzuimers	gemid. aantal verzuimdagen *
ziekenhuizen	234	28,2	65	4,2
geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	120	26,7	3	24,9
gehandicaptenzorg	246	30,5	75	5,3
gezinsverzorging	323	26,9	86	5,9
verpleeg-/zorginstelling	439	29,2	127	5,8
overige zorg	163	20,9	34	5,0
zorg totaal	1.525	27,7	419	5,3
niet zorg	16.777	23,0	4270	4,8

* exclusief niet-verzuimers

Tabel A.1 laat zien dat in de periode 1997-2001 het verzuim (aandeel verzuimers over de afgelopen twee maanden) in de zorgsector met 27,7%, bijna 5%-punten hoger lag dan in de andere sectoren tezamen. De gemiddelde duur ligt met 5,3 dagen een halve dag boven die in de andere sectoren. In tabel A.1 is de frequentie en de duur van het verzuim in branches getoetst tegenover dat in de totale zorgsector; er zijn nergens significante verschillen gevonden. De duur van het verzuim ligt wat lager ($p=.10$) in de sector 'ziekenhuizen'.

In tabel A.2 wordt weergegeven in welke mate het verzuim in sectoren afwijkt van dat in de gezondheidszorg. Hierbij is gebruik gemaakt van de bij TNO Arbeid beschikbare data over 1997-2000, waarin gezondheidszorg en welzijn samen één categorie vormen. Het gaat hier dus om een benadering van data voor de sector gezondheid (zonder welzijn).

Tabel A.2. Verschillen in % verzuimers en verzuimduur tussen sectoren

	bivariaat		multivariaat	
	% verzuimers	verzuimduur	% verzuimers	verzuimduur
landbouw	--	+		
industrie		+		
bouw	--	+++	-	
handel	---		--	
horeca	--			
vervoer	--	++		
financiële dienstverlening	--	-		
overheidsonderwijs	--	---		--
gezondheidszorg/welzijn	referentie	referentie	referentie	referentie
overige dienstverlening	---		-	

Steekproef CBS-POLS 1997 t/m 2000; n=13.567. Significante verbanden: p .05-.01= + of - p .01-.001=++ of -- p .001-.000=+++ of ----.

In bovenstaande tabel A wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre het beeld van het verzuim in de sector gezondheidszorg/welzijn afwijkt van dat in andere sectoren. Er is zowel gekeken naar bivariate als multivariate verbanden. Daarbij is rekening gehouden met de aard van werknemers (vrouwen, jongeren, arbeidsgehandicapten e.d.) als met de aard van arbeidsomstandigheden (werkdruk, autonomie e.d.). Hoewel het percentage verzuimers in de sector gezondheidszorg/welzijn hoger ligt dan in overige sectoren, blijkt dat geheel toe te schrijven aan kenmerken van werknemers en omstandigheden; met name het grote aandeel vrouwen (83% in de zorgsector tegenover 38% in het totaal van de andere sectoren, zie tabel A.3) is van invloed. Het verzuim van de vrouwen in de zorg ligt met 27,5% enigszins boven dat in het totaal bij vrouwen (26,5%); bij mannen op 21,8 tegenover 21,1 in de totale steekproef mannen. De verzuimduur wijkt in de sector zorg/welzijn nauwelijks significant af van de duur elders, biviaat noch multivariaat.

Tabel A.3 Vergelijking populatie zorg versus niet-zorg op een aantal kenmerken

	% vrouw	leeftijd 50+	alleenstaand	LO/LBO	belemmerd
ziekenhuizen	71	14	16	7	11
geestelijke gezondheidszorg	74	17	24	9	12
gehandicaptenzorg	85	18	21	21	17
gezinsverzorging	93	21	14	22	15
verpleeg-/zorginstelling	87	13	16	15	12
overige zorg	74	10	12	8	4
zorg totaal	83	15	17	15	13
niet zorg	38	17	16	23	11

Gegeven de aard van de gekozen afhankelijke variabelen worden uiteenlopende analyse-technieken toegepast. Bij het al dan niet verzuim logistische regressie, en bij de duur van het verzuim Cox-regressie. De analyses worden op drie niveaus uitgevoerd: de niet-zorgsectoren, de sector gezondheid (zonder welzijn) en tot slot per branche binnen de sector, waar aantallen dit toestaan. Op die manier kan een vrij nauwkeurige schatting worden gemaakt van generieke effecten en effecten die zijn toe te schrijven aan bijzondere kenmerken van (branches binnen) de zorgsector.

Conclusies over de frequentie van het verzuim

In tabel A.4 en tabel A.5 worden de resultaten weergegeven van de analyse van het aandeel verzuimers in de zorg, niet-zorg en branches van de zorg.

In tabel A.4 is het resultaat voor de niet-zorgsectoren en voor de zorgsector als totaal weergegeven; tabel A.5 geeft dezelfde gegevens voor de branches. De sterkte van het verband is weergegeven in odds ratio's. De odds ratio geeft aan wat de sterkte is van de bijdrage van een bepaald kenmerk ter verklaring. Is de odds ratio groter dan 1 dan duidt dat op een grotere kans op verzuim, is het getal kleiner dan 1 dan duidt het getal op een kleinere kans. Een voorbeeld: een getal van 1,30 duidt op 30% meer kans; een getal van 0,70 op 30% minder kans. In de tabellen 6 en 7 worden vergelijkbare analyses uitgevoerd op het aantal door verzuimers in de afgelopen twee maanden verzuimde dagen. De uitkomst is hier het relatief risico, met een grofweg vergelijkbare betekenis als van het odds ratio. De uitkomsten worden uitgedrukt in een samenhang met een langduriger (+) of kortdurender (-) verzuim.

Tabel A.4 Analyse verzuim in de afgelopen twee maanden

	niet-zorg (n=15.699)	OR	zorg (n=1.276)	OR
vrouw	+++	1,33		1,38
leeftijd (35-50)	---	0,84	--	0,65
leeftijd (>50)	---	0,75	-	0,62
opleiding middelbaar		1,03		0,93
opleiding hoger		1,12		0,78
samenwonend	--	0,85		0,77
uren huishouden 10-20	+	1,08		1,35
uren huishouden >20	+	1,12		1,45
belemmerd/arbeidsgehandicapt	+++	3,08	+++	2,45
leidinggevend	--	0,85		0,82
werkweek 21-35 uur	+++	1,53		1,20
werkweek >=36 uur	+++	1,54	+	1,50
onregelmatige tijden avond/ nacht of weekend	-	0,88		0,97
onregelmatige tijden avond/ nacht en weekend	--	0,85		1,30
ontevreden leiding/overleg	+++	1,21		1,30
slechte werksfeer	+++	1,25		1,35
dubbele belasting		1,03		1,04
fysiek belast	+++	1,21		1,21
fysiek zwaar belast	+++	1,35		1,00
fysisch-chemische omstandigheden matig	+	1,09		1,22
fysisch-chemische omstandigheden slecht	++	1,20		1,19
werkdruk modaal		1,09		1,18
werkdruk hoog		1,06		1,18
matig gebrek autonomie		1,09		1,17
groot gebrek autonomie	++	1,15		1,22
klimaatregelmogelijkheden matig		1,08		1,09
klimaatregelmogelijkheden slecht	+++	1,20		1,03
intrinsieke reward matig	++	1,16		1,25
intrinsieke reward slecht	++	1,22	+	1,60
eentonig werk		1,12	+	1,74
niet zelf oplossen problemen	+	1,15		0,62
extrinsieke reward slecht		1,06		0,95
ziekenhuizen				1,10
geestelijke gezondheidszorg				1,26
lichamelijke en geestelijke gehandicaptenzorg				1,02
gezinsverzorging en gezinshulp				0,91
verpleeg- en verzorgingstehuizen				1,00
meting 1998		0,94		1,23
meting 1999		1,11		1,39
meting 2000		1,09		1,12
meting 2001		1,12		1,10
Cox & Snell R2	0,06		0,08	

Significante verbanden p .05-.01= + of - p.01-.001=++ of -- p.001-.000=+++ of --- OR=odds ratio, geeft de sterkte van het verband weer (afwijking van 1)

Tabel A.5 Analyse verzuim per branche

Kenmerken	zieken- huizen	geestelijke gezondheidszorg	gehandi- captenzorg	gezins- verzorg	verpleeg-/ zorginst	overige zorg
vrouw	+					
leeftijd (35-50)		-				
leeftijd (>50)			-			
opleiding middelbaar						
opleiding hoger	-	-				
samenwonend		-				
uren huishouden 10-20						
uren huishouden >20						
belemmerd/arbeidsgehandicapt	++			++	+	+
leidinggevend						
werkweek 21-35 uur			++			
werkweek >=36 uur	+					
onregelmatige tijden						
avond/nacht of weekend					-	
onregelmatige tijden						
avond/nacht en weekend						
ontevreden leiding/overleg					+	++
slechte werksfeer						
dubbele belasting						
fysiek belast		+				++
fysiek zwaar belast		-				+
fysisch-chemische omstandigheden matig				+		
fysisch-chemische omstandigheden slecht						
werkdruk modaal		+				
werkdruk hoog						
matig gebrek autonomie						
groot gebrek autonomie			+			
klimaatregelmogelijkheden matig						+
klimaatregelmogelijkheden slecht						++
intrinsieke reward matig			++			
intrinsieke reward slecht			++			
eentonig werk					+	+
niet zelf oplossen problemen	+					
extrinsieke reward slecht						
meting 1998					+	--
meting 1999		+				-
meting 2000						
meting 2001						
Cox & Snell	0,22	0,53	0,27	0,13	0,14	0,45
n=	200	101	199	276	378	134

Significante verbanden: p .05-.01= + of - p.01-.001=++ of -- p.001-.000=+++ of --- OR=odds-ratio, geeft de sterkte van het verband weer (afwijking van 1)

Alle sectoren (Tabel A.4)

In de analyse van het verzuim over de afgelopen twee maanden voor alle sectoren zijn vrij veel variabelen significant. Dit wordt veroorzaakt door het grote aantal waarnemingen want de verklaarde variantie is tamelijk laag. Of men zich door een chronische aandoening in het dagelijks leven (ook werk) belemmerd voelt, levert de grootste bijdrage. Het blijkt dat werknemers die zich met tussenpozen of voortdurend belemmerd ook wel arbeidsgehandicapten genoemd vaker verzuimen. Verder verzuimen jongeren en vrouwen vaker. Langere werkweken leiden ook tot een wat frequenter verzuim. Werknemers met onregelmatige/ ongebruikelijke werktijden verzuimen juist minder vaak. Nadere analyses (die hier niet gepresenteerd zijn) laten zien dat dit met name een selectie-effect is: zij zijn met name jong, man en minder vaak arbeidsgehandicapt.

Met uitzondering van werk- en tijdsdruk, blijken alle andere arbeidsgerelateerde variabelen als autonomie, ontplooiingsmogelijkheden, fysieke zwaarte van het werk een relatie te hebben met het verzuim. De verschillende meetjaren leveren, als indicatie van conjunctuurschommelingen in het verzuim, geen aparte verklaring.

Zorgsector (Tabel A.5)

Bij analyse van de zorgsector blijven minder waarnemingen over, hetgeen directe gevolgen heeft voor de significantie van de gevonden effecten. Er is ook een aantal verschillen met de totaalanalyse. De significante samenhang met geslacht wordt niet gevonden al ligt de odds ratio wel op een vergelijkbaar niveau. Het frequentere verzuim van jongeren wordt wél gevonden. Verder is er sprake van een meer uitgesproken effect van een gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en eentonig werk. Ook in de zorg valt het relatief frequente verzuim van personen met een belemmering vanwege een chronische aandoening op. Als de branches als dummy's worden ingevoerd, blijken zij ter verklaring van verzuim geen eigen bijdrage te leveren.

Branches binnen de zorg

De eerdere opmerking over aantallen geldt natuurlijk in nog sterkere mate voor de branches. Dat betekent vrij weinig significante verbanden en een tamelijk gespreid beeld van zwakke verbanden. We noemen ze per branche:

- Ziekenhuizen: vrouwen, arbeidsgehandicapten, werknemers met lange werkweken, en werknemers die niet eigen oplossingen in het werk mogen bedenken.
- GGZ: jongere werknemers, laag opgeleiden, werknemers met een grotere werkdruk.
- Lichamelijke en geestelijke gehandicaptenzorg: middelbaar en jonger personeel, werknemers met niet parttimewerk, werknemers met minder autonomie en (vooral) minder ontplooiingsmogelijkheden.
- Gezinsverzorging en gezinshulp: arbeidsgehandicapte werknemers.
- Verpleeg- en verzorgingstehuizen: arbeidsgehandicapte werknemers, werknemers met 'normale' werktijden, werknemers die ontevreden zijn over de leiding of overleg, werknemers met minder goede fysieke arbeidsomstandigheden en werknemers met eentonig werk.
- Overige gezondheidszorg: arbeidsgehandicapt zijn, ontevreden zijn met leiding/overleg, fysiek zwaar werk, gebrek aan mogelijkheden het klimaat op de werkplek te regelen en eentonig werk, zijn hier de factoren die samenhangen met een hoger percentage verzuim.

Conclusies over de duur van het verzuim

Alle sectoren (Tabel A.6)

Ook in de analyse van de duur van het verzuim zijn in de gezamenlijke ‘andere sectoren’ nogal wat variabelen van invloed; de verklaarde variantie ligt iets hoger dan bij de frequentie van het verzuim. Ondanks het sterk gereduceerde aantal waarnemingen doordat deze analyses zicht tot verzuimers beperken, vinden we duidelijke verbanden met leeftijd (ouderen verzuimen langer), opleiding (hoger opgeleiden verzuimen korter) en vooral weer de ervaren belemmering vanwege een langdurige aandoening (verzuimen langer). Een relatief groot aantal uren in het huishouden, langere werkweken, een minder goede werksfeer en meer werkdruk, blijken eveneens van belang. De afzonderlijke meetjaren laten geen afwijkend beeld zien.

Zorgsector (Tabel A.7)

Bij analyse van de zorgsector blijven vrij weinig waarnemingen over en dat lijkt minstens een gedeeltelijke verklaring voor het uitblijven van significante verbanden. Een belemmering op grond van een aandoening speelt een rol en verder het niet zelf mogen oplossen van problemen op het werk. Werknemers die een gebrek aan autonomie ervaren, verzuimen juist wat korter, terwijl we hierboven zagen dat zij wel vaker verzuimen. De branches laten geen significant afwijkend beeld zien. Het blijkt dat bij de analyse binnen de branches wél afwijkende patronen ontstaan. Dat zou er toch op kunnen duiden dat een zekere heterogeniteit over branches mede van invloed is op het ontbreken van verklaarde variantie in de totale sector.

Branches binnen de zorgsector

Afwijkende verzuimduren bij:

- Ziekenhuizen: langere uren bij arbeidsgehandicapten, matig gebrek aan autonomie.
- Gebrek aan intrinsieke rewards en extrinsieke rewards. Duren nemen (t.o.v. van 1997) in 1999 en 2001 wat toe.
- GGZ: groepsomvang te gering.
- Lichamelijke en geestelijke gehandicaptenzorg: langere uren bij oudste groep, middelbaar opgeleiden, slechtere fysisch-chemische omstandigheden, hoge werkdruk, slechte intrinsieke rewards. Werknemers die niet zelf problemen mogen oplossen verzuimen juist wat korter. De duur van het verzuim is in 2000 en ook (in mindere mate) in 2001 wat geringer dan in 1997.
- Gezinsverzorging en gezinshulp: langere uren bij: vrouwen, alleenstaanden, arbeidsgehandicapte werknemers, slechte extrinsieke rewards. Kortere uren bij gebrek aan autonomie, slechte klimaatregelmogelijkheden (kantoorsubgroep in de gezinsverzorging?), fysiek belasten. Ten opzichte van 1997 is er een opwaartse trend in uren.
- Verpleeg- en verzorgingstehuizen: langere uren bij: vrouwen, middelbaar en hoger opgeleiden, werknemers met een grote taak in het huishouden, arbeidsgehandicapte werknemers, werknemers met regelmatige werktijden, (!) redelijk goede fysieke fysisch-chemische omstandigheden en werknemers die geen problemen hebben met het zelf oplossen van problemen.
- Overige gezondheidszorg: groepsomvang te gering.

Tabel A.6 Analyse duur verzuim in de afgelopen twee maanden

	niet-zorg (n=3.617)	RR	zorg (n=344)	RR
vrouw		1,09		0,83
leeftijd (35-50)	+++	1,20		0,92
leeftijd (>50)	+++	1,36		1,14
opleiding middelbaar	--	0,88		1,06
opleiding hoger	---	0,72		0,97
samenwonend		1,00		0,80
uren huishouden 10-20		1,08		1,09
uren huishouden >20	+++	1,28		1,11
belemmerd/arbeidsgehandicapt	+++	1,79	+++	1,69
leidinggevend		1,01		0,99
werkweek 21-35 uur	++	1,25		0,84
werkweek >=36 uur	+++	1,35		0,81
onregelmatige tijden avond/ nacht of weekend	--	0,87		1,03
onregelmatige tijden avond/ nacht en weekend	---	0,89		0,98
ontevreden leiding/overleg		1,03		1,16
slechte werksfeer	++	1,16		1,28
dubbele belasting		0,98		1,06
fysiek belast		1,03		0,98
fysiek zwaar belast		1,08		0,80
fysisch-chemische omstandigheden matig		1,07		0,83
fysisch-chemische omstandigheden slecht		1,08		0,85
werkdruk modaal		1,08		1,18
werkdruk hoog	+	1,11		1,06
matig gebrek autonomie		1,04		0,88
groot gebrek autonomie		1,07	-	0,70
klimaatregelmogelijkheden matig		0,98		1,06
klimaatregelmogelijkheden slecht		1,08		1,11
intrinsieke reward matig		1,00		1,09
intrinsieke reward slecht		1,07		1,15
eentonig werk		1,08		0,88
niet zelf oplossen problemen		1,06	+	1,78
extrinsieke reward slecht		1,09		1,00
ziekenhuizen				0,98
geestelijke gezondheidszorg				1,05
lichamelijke en geestelijke gehandicaptenzorg				1,05
gezinsverzorging en gezinshulp				0,97
verpleeg- en verzorgingstehuizen				0,92
meting 1998		1,08		1,08
meting 1999		1,08		1,25
meting 2000		1,10		0,83
meting 2001		1,09		0,97
R ²	0,17		0,16	

Significante verbanden p .05-.01= + of - p.01-.001=++ of -- p.001-.000=+++ of --- RR=relatief risico, geeft de sterkte van het verband weer (afwijking van 1); deze maat is in grote lijnen vergelijkbaar met het odds ratio.

Tabel A.7 Analyse duur verzuim per branche, bij GGZ en Overig zorg te weinig waarnemingen

Kenmerken	zieken- huizen	geestelijke gezondheidszorg	gehandi- captenzorg	gezins- verzorg.	verpleeg-/ zorginst.	overige zorg
vrouw				++	+	
leeftijd (35-50)				-		
leeftijd (>50)						
opleiding middelbaar			+		+	
opleiding hoger					+	
samenwonend			+	-		
uren huishouden 10-20						
uren huishouden >20						+
belemmerd/arbeidsgehandicapt	++			++	+	
leidinggevendwerkweek 21-35						
uurwerkweek >=36 uur						
onregelmatige tijden						
avond/nacht of weekend					-	
onregelmatige tijden						
avond/nacht en weekend					-	
ontevreden leiding/overleg						
slechte werksfeer						
dubbele belasting						
fysiek belast						
fysiek zwaar belast						
fysisch-chemische omstandigheden matig			+		-	
fysisch-chemische omstandigheden slecht			+			
werkdruk modaal						
werkdruk hoog			+			
matig gebrek autonomie	+					
groot gebrek autonomie					--	
klimaatregelmogelijkheden matig						
klimaatregelmogelijkheden slecht					--	
intrinsieke reward matig					--	
intrinsieke reward slecht				++		
eentonig werk			+			
niet zelf oplossen problemen					-	
extrinsieke reward slecht	-				+	
meting 1998					++	
meting 1999						
meting 2000			--		+	
meting 2001	+				+	
n=	57	29	59	65	107	29

Significante verbanden: p .05-.01= + of - p.01-.001=++ of -- p.001-.000=+++ of ---

Uitwerking Vernet-analyse

Data

Voor de definities is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de definities die door Vernet gehanteerd worden. Ook zijn keuzes en selecties gemaakt teneinde zo goed mogelijk de onderzoeksvragen te beantwoorden. De belangrijkste afbakeningen en definities zijn:

- Verzuimgegevens zijn exclusief zwangerschap.
- Het verzuim van oproepkrachten is om diverse redenen niet meegenomen. In het algemeen hebben zij een laag verzuim maar wordt dit vertekend door administratieve effecten.
- Er is rekening gehouden met gedeeltelijke uitval of gedeeltelijke hervatting. Dagen waarop iemand gedeeltelijk ziek is, worden als gedeeltelijke ziektedagen meegeteld, conform het percentage dat is opgegeven.
- Iedere nieuwe ziekteperiode is een nieuwe melding in tegenstelling tot het UWV, waar de ziekteduur doorloopt als de werkhervatting binnen vier weken gevolgd wordt door een volgende melding.
- De Vernet-gegevens bieden beperkt zicht op WAO-instroom. Weliswaar kan eenvoudig bekeken worden wie een jaar ziek is, maar dit hoeft nog niet te betekenen dat de desbetreffende persoon in de WAO stroomt. Vernet spreekt dan ook van WAO-indicatie. Omgekeerd blijven ook gevallen die voor WAO in aanmerking komen buiten beeld doordat sprake kan zijn van (herhaalde) uitval binnen vier weken na werkhervatting (zie vorige punt).
- De regio-indeling is als volgt:
 - o Noord: Groningen, Friesland, Drenthe, Gooi/Vechtstreek, Noord-Holland-Noord, Kennemer, Amstel- en Meerlanden.
 - o Midden: IJssel/Vecht, Twente, Midden-IJssel, Veluwe, Arnhem, Oost-Gelderland, Nijmegen, Rivierenland, Flevoland, Utrecht-Oost.
 - o Zuid-Oost: Midden-Brabant, Noord-Oost-Brabant, Zuid-Oost Brabant, Noord- Midden en Zuid-Limburg.
 - o Zuid-West: Rijnstreek, Drechtsteden, Zeeland, Westelijk Noord-Brabant, Breda.
 - o Randstad: Utrecht-West, Amsterdam, Zaanstreek, Waterland, Den Haag, Delft-Westland, Rijnmond.
- Salarissen zijn herleid tot fulltime dienstverbanden en ingedeeld in klassen.

Analyse op werkgeverniveau

In multivariate regressie-analyses is onderzocht welke factoren van invloed zijn op de meldingsfrequentie, het verzuimpercentage en de WAO-instroom. Naast branche, regio, jaar en omvang zijn kenmerken van het personeelsbestand als verklarende variabelen in de analyse meegenomen. Het gaat daarbij om verdeling naar geslacht, leeftijd, salarisklasse en verdeling full-/parttimers.

Omdat uit analyses bleek dat kleine instellingen met hoge uitschieters in meldingsfrequentie (maximaal 6,0), verzuimpercentage (33%) en WAO-instroom (15%) de schattingsresultaten behoorlijk beïnvloeden, is besloten instellingen met minder dan tien werknemers niet mee te nemen in de analyse van meldingsfrequentie en verzuimpercentage. Bij de WAO-instroom is een ondergrens van dertig werknemers gehanteerd.

Tabel B.1 Schattingsresultaten meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom op werkgeverniveau

	MF		VP		WAO	
branche (ziekenhuizen)						
gehandicaptenzorg	0,11	++	0,17	++	0,05	
GGZ	0,17	++	0,08	++	0,00	
verpleging/verzorging	0,24	++	0,30	++	0,13	++
thuiszorg	0,02		0,25	++	0,06	++
regio (noord)						
midden	0,01		0,01		- 0,01	
zuidoost	- 0,04	--	- 0,05	--	- 0,04	-
zuidwest	0,13	++	- 0,03	-	- 0,07	--
randstad	0,30	++	0,16	++	0,03	
jaar (2000)						
2001	0,05	++	- 0,03		- 0,05	--
2002	0,12	++	- 0,12	--	- 0,14	--
omvang (logaritme aantal werknemers)	0,20	++	0,15	++	0,01	
percentage vrouwen	0,08	++	- 0,05	-	0,00	
percentage leeftijdsklasse (35-44)						
15-24	0,09	++	0,04	+	0,02	
25-34	0,12	++	0,02		0,01	
45-54	0,07	++	0,11	++	0,09	++
55+	- 0,05	--	0,01		0,00	
percentage salarisklasse (€ 2000-€ 2500)						
< F 1500	- 0,01		0,01		0,05	
F 1500 – F 2000	0,05		0,14	++	0,14	++
F 2500 – F 3000	0,13	++	0,03		0,04	
>= F 3000	0,03		- 0,01		0,08	++
percentage fulltimers	0,08	++	- 0,09	--	0,02	
R ²	0,20		0,15		0,05	
N	3.720		3.720		3.566	

++/-- significant op 5%, +/- significant op 10%

Analyse op werknemerniveau

Voor onze analyse op werknemerniveau zijn kenmerken van werknemers aan kenmerken van werkgevers (branche, regio, personeelssterkte) gekoppeld. Deze koppeling is geslaagd. In totaal kon ruim 97% gekoppeld worden. Het ontbrekende deel wordt veroorzaakt doordat Vernet de verzuimcijfers van werkgevers slechts vrijgeeft indien het ziekteverzuim over langere tijd geregistreerd wordt.

We hebben twee typen waarnemingen:

- meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom voor iedere werknemer in enig jaar (2000, 2001 of 2002);
- een bestand met alle ziekmeldingen (begin- en einddatum) die begonnen zijn in de periode 2000-2002, waarbij de duur over de jaargrens heen kan lopen.

Het eerste type wordt gebruikt om meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom op werknemerniveau te analyseren. De ziekmeldingen worden gebruikt om te analyseren welke factoren van invloed zijn op de duur van het verzuim (en dus ook op het herstel).

Analyse meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom

Meldingsfrequentie en verzuimpercentage zijn in de Vernet-gegevens herleid naar jaarniveau door rekening te houden met het aantal dienstverbanddagen in een jaar waarop ze betrekking hebben. Bij de WAO-instroom gaat het om de kans om als werknemer in enig jaar in totaal 52 weken achter elkaar ziek te zijn. In de volgende paragraaf zullen we de kans analyseren dat iemand na uitval 52 weken achter elkaar ziek is.

Personen met een dienstverband korter dan 200 dagen zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten. Meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom laten over kortere perioden forse uitschieters zien omdat ze herleid zijn naar jaarcijfers. In totaal resteren ruim 1,3 miljoen gegevens van werknemers over 3 jaren, waarbij werknemers meerdere keren voor kunnen komen.

Oorspronkelijk was het de bedoeling om het verzuim van de instelling in de analyse mee te nemen om te zien of bijvoorbeeld het verzuimpercentage van werknemers hoog ligt in instellingen waar veel verzuimd wordt. Dit zou kunnen duiden op verschillen in verzuimcultuur per instelling. De zorg wordt echter gekenmerkt door instellingen met een grote gemiddelde bedrijfsomvang. Daardoor trad er een grote correlatie op tussen meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom van een instelling en andere bedrijfskenmerken als branche, regio, jaar en personeelsomvang. De verzuimvariabelen van bedrijven zijn dus uit de analyse weggelaten.

Voor de meldingsfrequentie en het verzuimpercentage is een lineair regressiemodel geschat, voor de WAO-instroom een logistische regressie. Door het grote aantal waarnemingen zijn effecten al snel significant. Desalniettemin is de verklaarde variantie gering. Om te zien of de gevonden verbanden verschillen per branche of over de tijd zijn de modellen ook per jaar en per branche geschat. In het algemeen zijn de gevonden verbanden redelijk robuust. De resultaten van deze exercities zijn hier dan ook niet vermeld. Op enkele punten doen zich verschillen voor. Deze zijn bij de bespreking van het desbetreffende kenmerk in de hoofdtekst vermeld.

Tabel B.2 Schattingsresultaten meldingsfrequentie, verzuimpercentage en WAO-instroom op werknemerniveau (bij MF en VP regressiecoëfficiënten, bij WAO odds-ratio (geeft de sterkte van het verband weer in afwijking van 1))

	MF		VP		WAO	
leeftijdsklasse (15-24)						
25-34	-0,01		0,07	++	2,65	++
35-44	-0,07	--	0,10	++	3,00	++
45-54	-0,11	--	0,12	++	4,11	++
55+	-0,10	--	0,07	++	4,05	++
vrouw	0,03	++	0,03	++	1,47	++
maandsalaris (<€ 1500)						
€ 1500 – € 2000	-0,05	--	-0,03	--	0,97	
€ 2000 – € 2500	-0,09	--	-0,07	--	0,81	--
€ 2500 – € 3000	-0,07	--	-0,07	--	0,70	--
>= € 3000	-0,10	--	-0,07	--	0,74	--
deeltijd	-0,03	--	0,00	+	1,12	++
branche (ziekenhuizen)						
gehandicaptenzorg	-0,03	--	0,02	++	1,10	++
GGZ	0,04	++	0,02	++	0,92	
verpleging/verzorging	-0,01	--	0,03	++	1,21	++
thuiszorg	-0,04	--	0,04	++	1,33	++
regio (noord)						
midden	0,00		0,00		0,86	--
zuidoost	-0,01	--	-0,01	--	0,87	--
zuidwest	0,02	++	-0,01	--	0,89	--
randstad	0,08	++	0,02	++	0,94	
jaar (2000)						
2001	0,00		-0,01	--	0,88	--
2002	0,00		-0,03	--	0,74	--
omvang (logaritme aantal werknemers)	0,01	++	0,01	++	1,00	
(pseudo-)R ²	0,03		0,01		0,02	
N	1.300.913		1.300.913		1.300.913	

++/-- significant op 1%, +/- significant op 5%

Analyse duur van het verzuim

Vernet heeft een bestand samengesteld met de duren van alle gevallen die in 2000, 2001 of 2002 begonnen zijn. De ziekmeldingen die nog doorlopen in 2003 zijn daarbij meegenomen. Deze zijn in de duuranalyse gecensureerd. De informatie dat ze tot 1 januari 2003 niet uitgestroomd zijn, wordt in het model gebruikt.

Er is nog een tweede vorm van censurering namelijk bij gevallen die het ziektejaar volmaken. Zij zijn immers niet in 365 dagen uitgestroomd. Omdat er instellingen zijn die hun werknemers vlak voor het verstrijken van deze 365 dagen administratief hersteld melden (dit is ook te zien in de gegevens) is gecensureerd vanaf 360 dagen).³

³ Het valt te overwegen ziekteduren te koppelen waarbij na de werkhervatting opnieuw uitval binnen 4 weken plaatsvindt of waarbij alleen het arbeidsongeschiktheidspercentage verandert (gedeeltelijke werkhervatting). Binnen dit project is dit vooralsnog buiten beschouwing gelaten.

Tabel B.3 Schattingsresultaten Cox-regressie verzuimduur op werknemerniveau (relatief risico: geeft de sterkte van het verband weer in afwijking van 1)

leeftijdsklasse (15-24)		
25-34	0,82	++
35-44	0,72	++
45-54	0,65	++
55+	0,58	++
vrouw	0,96	++
maandsalaris (<€1500)		
€ 1500 – € 2000	1,00	
€ 2000 – € 2500	1,07	--
€ 2500 – € 3000	1,15	--
>= € 3000	1,15	--
deeltijd	0,96	++
branche (ziekenhuizen)		
gehandicaptenzorg	0,90	++
GGZ	1,00	
verpleging/verzorging	0,95	++
thuiszorg	0,81	++
regio (noord)		
midden	1,01	--
zuidoost	1,01	--
zuidwest	1,05	--
randstad	1,04	--
jaar (2000)		
2001	1,06	--
2002	1,10	--
omvang (logaritme aantal werknemers)	1,00	
N	2.545.217	

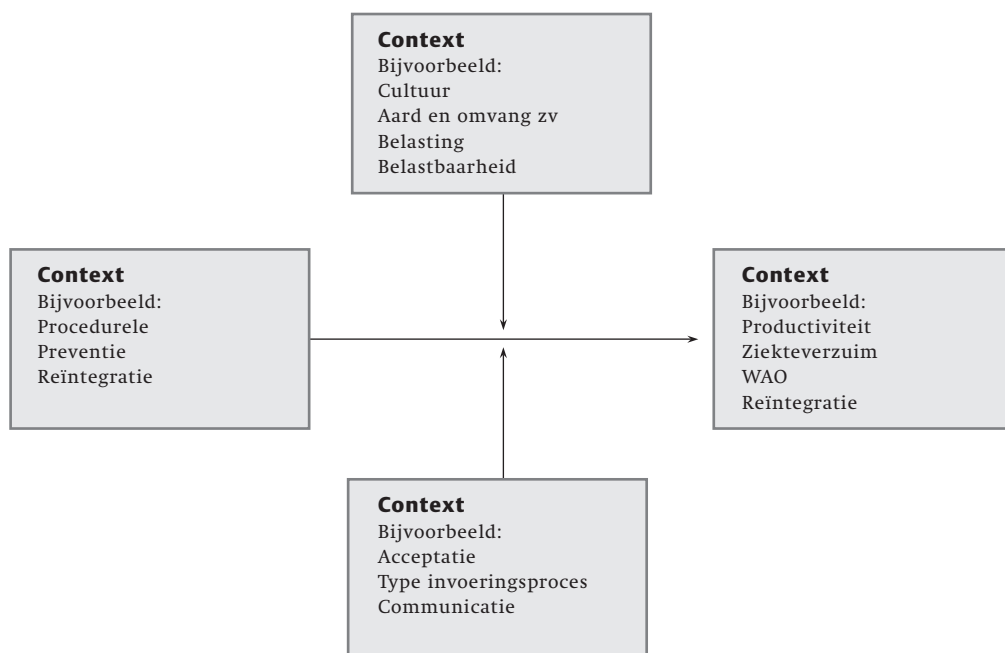
++/-- significant op 1%, +/- significant op 5%

Analysekader literatuuronderzoek

Ten behoeve van het onderzoek naar verzuim en reïntegratie in de zorgsector voor OSA (Van Vuuren, e.a. 2001) is door TNO Arbeid een beleidskader ontwikkeld om de aanpak van ziekteverzuim en reïntegratie te kunnen beoordelen. Deze sluit aan bij ander onderzoek naar het onderscheid naar succesdeterminanten (zoals van Hento en Jehoel, 2001)

Bij het formuleren en doorvoeren van bedrijfsbeleid zijn vier aspecten van belang: de interventies/maatregelen zelf, de context waarbinnen deze worden uitgevoerd en de manier waarop (proces), alsmede de beoogde en gerealiseerde effecten.

In schema:



Onder context van in- en uitvoering verstaan we de factoren die de aard en omvang van de belastbaarheid en belasting bepalen en factoren die deze beïnvloeden. De context is afhankelijk van het niveau waarop de maatregel gericht is (instellingsgericht, branchegericht). Bij de belastbaarheid spelen met name individuele factoren een rol, bij de belasting vooral factoren op instellingsniveau. Maar indien een beleidsmaatregel brancheoverschrijdend is (zoals wet- en regelgeving) spelen ook macrofactoren een rol.

Voor het proces van in- en uitvoering zijn diverse actoren van belang. Welke dat zijn hangt af van de context waarbinnen een beleidsmaatregel wordt genomen. Maar ook hier geldt dat vooral de actoren binnen instellingen (inclusief adviseurs die door de instelling worden geraadpleegd) met name belangrijk zijn voor de kwaliteit en uitkomsten van het proces. De samenwerking en communicatie tussen deze actoren en de acceptatie van de maatregel spelen daarin een essentiële rol.

Effectiviteit wordt in dit analysekader opgevat als:

- Effectiviteit van de maatregel zelf (ofwel daalt het verzuim en neemt reïntegratie toe ten gevolge van de maatregelen).
- Effect van de maatregel op het werkproces binnen de organisatie (bijvoorbeeld de samenwerking of de bespreekbaarheid van het verzuim).
- Haalbaarheid van de maatregel (worden de maatregelen geaccepteerd door de organisatie, zijn ze technisch, financieel en organisatorisch uitvoerbaar).

Het uitgangspunt (effectiviteit van een maatregel = kwaliteit van de maatregel x kwaliteit van het proces) geeft aan dat niet te verwachten valt dat een bepaalde maatregel klakkeloos door elke organisatie kan worden overgenomen. Het aanpakken van verzuim en reïntegratie is maatwerk. Een maatregel – of een samenhangend pakket van maatregelen – zal per organisatie anders uitwerken, want er moet worden aansluiting worden gevonden op de context in de betreffende organisatie. Tenslotte is het belangrijk dat bij de effectiviteit van het verzuim- en reïntegratiebeleid niet alleen wordt gelet op de arbo-, verzuim- en reïntegratieparameters, maar ook wordt gekeken naar effecten op meer algemene parameters als productiviteit en mobiliteit, omdat dit goede stimulansen zijn voor het blijvend doorvoeren van dit beleid. Werkgevers kunnen vele maatregelen treffen om het verzuim en de WAO-intrede in hun organisatie terug te dringen. Er is een onderscheid te maken tussen vier typen maatregelen:

- Preventieve maatregelen (persoons- of werkgericht).
- Procedurele maatregelen.
- Reïntegratiemaatregelen.
- Integrale maatregelen.

Preventieve maatregelen trachten het ziek worden van werknemers te voorkomen door verbetering van de arbeidsomstandigheden en de gezondheid. Deze preventieve maatregelen kunnen gericht zijn op het werk, door de oorzaak van problemen op het gebied van de veiligheid, gezondheid en welzijn weg te nemen of te verminderen of op de persoon door werknemers te stimuleren op een veilige, gezonde en welzijnsbevorderende manier te werken (en te leven). Procedurele maatregelen beogen betere procedures in te stellen rond verzuimmeldingen, verzuimcontrole en verzuimbegeleiding. Reïntegratiemaatregelen tenslotte hebben als doel een zo spoedig mogelijke terugkeer van verzuimende werknemers te bevorderen bij aanwezigheid van gezondheidsklachten. Integrale maatregelen zijn later aan het analysekader van Van Vuuren toegevoegd, daar in de praktijk bleek dat instellingen recentelijk vaak een integraal pakket van beleidsmaatregelen introduceren.

Alle maatregelen van een instelling hebben zowel een strategische als een uitvoerende component (Reijnga, 2000 b): strategisch dat wil zeggen dat de bedrijfsleiding een besluit tot de invoering van een bepaalde beleidsmaatregel neemt en hier verantwoordelijkheid voor neemt. Uitvoerend, dat wil zeggen dat het niet bij een papieren maatregel blijft, maar dat men bij individueel gevallen handelt overeenkomstig de maatregel: er worden interventies ondernomen om bijvoorbeeld de werkplek te verbeteren of werkaanpassingen door te voeren. De interventies hoeven niet per se door de instelling zelf te worden uitgevoerd: Instellingen kunnen ondersteuning hebben ingekocht van de arbo-dienst, een reïntegratiebedrijf of andere dienstverleners in de arbocuratieve zorg. De wijze van uitvoering van een maatregel (en de kwaliteit daarvan) is terug te vinden in het proces van in- en uitvoering.

Sommige van de maatregelen zullen een groter effect hebben op de vermindering van het verzuim en de arbeidsgeschiktheid van de werknemers dan andere. De effectiviteit van de maatregelen hangt volgens het beleidskader van TNO Arbeid af van de context in een organisatie en het proces van in- en uitvoering van de maatregelen. Binnen de context neemt 'cultuur' van een organisatie een dominante plaats in, maar ook de aard en omvang van het verzuim, de arbeidsbelasting en de belastbaarheid van de werknemers. Bovenstaand onderscheid in maatregelen wordt in deze rapportage gehanteerd om inzichtelijk te maken welke maatregelen in de zorgsector worden ondernomen.

Bijeenkomst met deskundigen uit de zorgsector

Opzet van de bijeenkomst

Bij de confrontatie van gevonden oorzaken en verbanden met de ondernomen maatregelen worden deskundigen uit de zorgsector en van de RWI uitgenodigd om deel te nemen aan een brainstormbijeenkomst waarin de oorzaken en maatregelen naast elkaar worden gelegd. Doel van de bijeenkomst is het benoemen van de belangrijkste witte vlekken in beleid en onderzoek en het doen van aanbevelingen aan de sector. Tijdens de bijeenkomst stonden een aantal stellingen over verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector centraal.

De bijeenkomst is gehouden op dinsdag 24 juni 2003 bij het sectorfonds voor de Zorgsector, in Utrecht. De volgende personen waren – op persoonlijke titel – aanwezig op deze bijeenkomst:

De heer R. Dirkse, onderhandelaar zorg-arboconvenanten, ministerie SZW

De heer F. de Groot, projectleider arbo-convenant, GGZ (sectorfonds)

De heer W. Hagg, projectleider arboconvenant sector Rijk, ministerie van BZK

Mevrouw E. Janssen, Arbounie

Mevrouw E. Josten, OSA

Mevrouw J. Linssen, Abvakabo

De heer R. te Marvelde, sectorarts Zorg en Welzijn, arboned

De heer H. Muller, TNO Arbeid

De heer B. Nouwens, onderhandelaar zorg arboconvenanten, ministerie SZW

De heer M. Ridder, Thuiszorg Rotterdam

Mevrouw S. van Rossum, RWI

De heer L. Simon van Arcare

Mevrouw J. Sinnema, projectleider arbo-convenant, Gehandicaptenzorg (sectorfonds)

Mevrouw C. van Vuuren, TNO Arbeid

De genodigden hebben op de bijeenkomst en naderhand per mail hun commentaar kunnen geven op de voorlopige resultaten van het onderzoek. Daarnaast is er gediscussieerd over stellingen.

De stellingen die men uitkoos om over te discussiëren, waren:

- Het enige dat echt zal helpen is een personeelsbeleid dat expliciet aandacht besteed aan de “intrinsieke reward”(met als trefwoorden ontplooiing, promotie-perspectieven en taakautonomie).
- Ondanks het feit dat 82% van de werknemers in de zorgsector vrouw is, is er nauwelijks aandacht voor de specifieke problemen die zij ervaren in het werk, zoals de werksfeer, de ontbrekende waardering voor zorgtaken, ontbrekende samenwerking en beperkte stimulansen vanuit hun omgeving en van verzekeringen en bedrijfsartsen om het werk te hervatten.

Samengevat de voornaamste oplossingsrichtingen die bij de eerste stelling genoemd werden:

- Sleutelrol voor leidinggevend, die moeten worden gefaciliteerd.
- Eigen verantwoordelijkheid en keuzes voor de werknemer zelf.
- De wie en hoe vraag (in plaats van de 'wat'vraag).
- Visie ontwikkeling op personeelsbeleid bij directies.
- De vraag hoe instellingen/betrokkenen die er niet open voor staat toch te stimuleren (of aanspreken).
- P-beleid breed trekken: integraal P beleid (incl. werving).
- Maak gebruik van best practices op brancheniveau.
- Coaching. Begeleiding, functionering beter bespreken.
- Functies differentiëren.
- Cultuurverandering, aanspreken, afrekenen.
- Meer buiten de instelling kijken (voor plaatsing/herplaatsing).

Samengevat de oplossingsrichtingen bij de tweede stelling werden genoemd:

- Ondersteun vrouwelijke werknemers bij het maken van principiële keuzes.
- Leidinggevende moet van zijn/haar mensen ook de thuissituatie kennen.
- Geef aandacht aan de specifieke verzuimcultuur (overbezorgd voor elkaar, blijf maar lekker thuis). Is het verzuim bespreekbaar, hoe reageren de collega's op elkaars verzuim).
- Vrouwen moeten zelf het eigen werk meer waarderen.
- Het werk moet beter worden beloond. Niet alleen in mondelinge waardering, ook in geld.
- Succesvolle instellingen illustreren hun 'goed werkgeverschap' door aandacht te hebben voor de werksfeer en de wensen van het personeel. Zij hebben geen apart beleid voor vrouwen.
- Goed personeelsbeleid is beter dan specifiek beleid gericht op vrouwen.
- Richt een vrouwenvakbond op voor vrouwen in de zorg. Maak een beroepsorganisatie voor vrouwelijke managers in de zorg.
- Organiseer een prijs voor de (regionale) zorgverleenster van het jaar.
- Stel een verplicht quotum voor vrouwen in de directies van zorginstellingen.
- Laat alleen sterke vrouwelijke bedrijfs- en verzekeringsartsen werken voor de sector zorg.
- Veel Surinaamse moeders zijn alleenstaand met kinderen en werken in de zorg. Gebruik hun kracht en laat dat een voorbeeld zijn voor andere vrouwen in de zorg.
- Extra toeslagen op onregelmatig werken – zoals in de thuiszorg – werken positief op het imago van het werk. Vermoed wordt dat de (mannelijke) partner van de werkneemster in het weekend eerder zorgtaken thuis zal overnemen als de werkneemster extra verdient. Dit maakt dat de combinatie arbeid en zorg minder als een probleem wordt ervaren.