



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**Ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in
verpleeg- en verzorgingshuizen**
Een inventarisatie van oorzaken en beïnvloedende factoren

J.M. Peeters
E.M.L. Verschuur
A.J.E. de Veer
A.L. Francke

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-923-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	15
1.1 Achtergrond en doel van het onderzoek	15
1.2 Onderzoeksvragen	17
1.3 De opbouw van het rapport	18
2 Literatuurstudie	19
2.1 Onderzoeksvraag bij de literatuurstudie	19
2.2 Methode	19
2.3 Resultaten	20
2.3.1 Slaagfactoren voor een succesvolle implementatie van het AVR-beleid	20
2.3.2 Faalfactoren voor een succesvolle implementatie van het AVR-beleid	22
2.3.3 De invloed van het AVR-beleid, de organisatie, het werk en de werknemer op verzuim	24
2.3.4 Kenmerken van AVR-beleid in relatie tot verzuim	24
2.3.5 Organisatiekenmerken in relatie tot verzuim	25
2.3.6 Werkkenmerken in relatie tot verzuim	25
2.3.7 Werknemerkenmerken in relatie tot verzuim	26
2.4 Conclusies	27
3 Factoren van invloed op een laag verzuim van verpleegkundigen en verzorgenden	31
3.1 Methode	31
3.1.1 Deelnemende organisaties en locaties	31
3.1.2 Dataverzameling	32
3.2 Resultaten	33
3.3 Casus A: organisatie met een structureel laag verzuim ('good practice')	33
3.3.1 Factoren die bijdragen aan een laag verzuim	35
3.4 Casus B: organisatie met een recente daling van verzuim	35
3.4.1 Factoren die samenhangen met een recente daling van verzuim	36
3.5 Casus C: organisatie met een recente stijging van verzuim	37
3.5.1 Factoren die samenhangen met een recente stijging van verzuim	38
3.6 Casus D: organisatie met een structureel hoog verzuim ('bad practice')	39
3.6.1 Factoren die bijdragen aan een hoog verzuim	40
3.7 Ideeën voor verdere daling van verzuim	40
3.8 Conclusies	41

4 Implementatie van AVR-beleid in pilotprojecten	45
4.1 Methode	45
4.1.1 Deelnemende organisaties en locaties	45
4.1.2 Dataverzameling	45
4.2 Resultaten	46
4.2.1 Bevindingen en resultaten van de implementatiefase	46
4.2.2 Ontwikkelingen en resultaten naar aanleiding van de pilots drie jaar later	46
4.3 Conclusies	47
5 Terugblik op verwachtingen	49
5.1 Succesvolle implementatie van AVR-beleid	49
5.2 ‘Good practices’ op het gebied van verzuim	50
5.3 Andere factoren van invloed op een laag verzuim	60
6 Beschouwing	65
Literatuurlijst	69
Bijlage 1 Literatuuroverzicht	71
Bijlage 2 Verzuimcijfers	85

Voorwoord

Dit rapport beschrijft welke factoren bij kunnen dragen aan een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van Stichting Arbeidsmarktbeleid V&V sector (SAB V&V). Zorgorganisaties ervaren ziekteverzuim als een groot probleem omdat het arbeidsproces wordt verstoord, verzuim hoge kosten met zich meebrengt en er toe leidt dat er meer personeel nodig is om de kwaliteit van zorg te garanderen. En dat bij een toenemende arbeidskrachte in de zorgsector.

Doel van het onderzoek is in kaart brengen welke factoren het meest bepalend zijn voor ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland, en hoe het komt dat het ene verpleeg- of verzorgingshuis er wél in slaagt het ziekteverzuim structureel laag te houden, en het andere verpleeg- of verzorgingshuis jarenlang een relatief hoog verzuimcijfer heeft. Organisaties kunnen de resultaten van dit onderzoek gebruiken om het ziekteverzuim duurzaam te reduceren.

Er zijn verschillende methoden gebruikt om informatie te verkrijgen. Gestart is met een literatuurstudie welke heeft geresulteerd in een overzicht van factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim op verpleegkundig en verzorgend personeel én een checklist welke is gebruikt voor het kwalitatieve onderzoeksdeel. Dit kwalitatieve onderzoeksdeel is deels uitgevoerd door Management en adviesbureau BMC (voorheen SANT) en deels door het NIVEL. BMC heeft het Arbo-, Verzuim en Re-integratiebeleid (AVR-beleid) in organisaties die enige jaren geleden aan een pilot op het gebied van AVR-beleid hebben meegedaan, en in enkele andere organisaties, bestudeerd.

Het kwalitatieve deel van het NIVEL bestond uit bestudering van ‘good practices’ en ‘bad practices’ qua ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen. In de kwalitatieve onderzoeksdelen zijn relevante AVR-stukken bestudeerd en er zijn interviews gehouden met sleutelpersonen in de organisatie met leidinggevenden, personeelsfunctionarissen en uitvoerende verpleegkundigen en verzorgenden. Aan dit onderzoeksdeel hebben de volgende organisaties deelgenomen: Argos Zorggroep, Burgemeester de Boer Stichting/De Lange Wei, Hilverzorg, Stichting Flevohuis, Stichting Groenhuisen, Stichting Magentazorg, Stichting voor Regionale Zorgverlening en Zorggroep Rijnmond. Wij danken alle geïnterviewde sleutelpersonen van deze organisaties voor hun bereidwilligheid en enthousiasme.

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen heeft de AVR-adviescommissie van de Stichting Arbeidsmarktbeleid V& V sector als begeleidingscommissie gefungeerd. Wij danken de leden van deze commissie hartelijk voor hun inbreng.

Vanuit BMC hebben drs. Patricia Can en drs. Marjet Robben-Hoekstra het kwalitatief onderzoeksdeel in pilotorganisaties en andere organisaties uitgevoerd. Vanuit het NIVEL heeft dr. Els Verschuur de literatuurstudie uitgevoerd en beschreven. De praktische organisatie en een deel van de uitvoering van dit onderzoek was in handen van dr. Anke de Veer. Dr. José Peeters heeft de interviews (deels) afgenomen, geanalyseerd en gerapporteerd en dr. Anneke Francke, programmaleider van het onderzoeksthema gebied Verpleging & Verzorging in het NIVEL, heeft het onderzoek begeleid en deels uitgevoerd.

Wij hopen dat de inzichten van dit rapport een bijdrage zullen leveren aan de verdere daling van het ziekteverzuim van de V&V sector in Nederland. Dit onderzoek laat zien dat laag verzuim niet alleen afhangt van het formele AVR-beleid en specifieke maatregelen, maar dat zaken als duidelijk beleid, een zakelijke verzuimcultuur, aandacht voor medewerkers, een open communicatie, een prettige werksfeer en 'goed werkgeverschap' minstens zo belangrijk zijn.

Utrecht, 2008

Samenvatting

In deze samenvatting worden de onderzoeksopzet en de belangrijkste resultaten beschreven.

Achtergrond en doel van het onderzoek

Een laag ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen is belangrijk, omdat verzuim het arbeidsproces verstoort, hoge kosten met zich mee brengt, de werkdruk toeneemt en er toe leidt dat er meer medewerkers nodig zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Dit onderzoek heeft betrekking op zowel kortdurend verzuim (korter dan zes weken) als langdurend ziekteverzuim (zes weken tot twee jaar).

De landelijke verzuimcijfers van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland laten de laatste jaren een dalende lijn zien. Het verzuim bedraagt 5,4% (exclusief zwangerschap) voor de V&V branche in 2007. Naast conjuncturele en wettelijke maatregelen draagt ook het Arbo-, Verzuim en Re-integratiebeleid (voortaan: AVR-beleid) op organisatieniveau bij aan verlaging van het ziekteverzuim. Met een 'organisatie' bedoelen we een organisatorische eenheid, zoals een stichting of zorggroep.

In 2004 en 2005 zijn in het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid verschillende pilotprojecten uitgevoerd waarin organisaties begeleid werden in het AVR-beleid. De sociale partners in de V&V branche, samenwerkend in de Stichting Arbeidsmarktbeleid (SAB V&V) achtten het wenselijk inzicht te krijgen (1) in hoeverre de interventies die zijn uitgezet binnen de pilotprojecten duurzaam zijn en (2) in welke factoren belangrijk zijn voor het duurzaam realiseren van een laag ziekteverzuim. Het hoofddoel van deze studie is in kaart brengen welke factoren een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in de V&V sector beïnvloeden.

Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek, een kwalitatief onderzoeksdeel dat is uitgevoerd door het NIVEL en een kwalitatief onderzoeksdeel onder verantwoordelijkheid van Management en adviesbureau BMC (voorheen SANT). In het literatuuronderzoek is in bestaande relevante publicaties geïnventariseerd welke factoren van invloed zijn op ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen. We hebben hierbij onderscheid gemaakt tussen factoren die te maken hebben met respectievelijk het AVR-beleid, de organisatie, het werk en de werknemer. Ook geeft het literatuuronderzoek een overzicht van welke

factoren van invloed zijn op ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het kwalitatieve onderzoek van het NIVEL is gericht op welke factoren samenhangen met het slagen van het AVR-beleid en wat beïnvloedende factoren zijn voor laag verzuim. De verpleeg- en verzorgingshuizen zijn geselecteerd op basis van Vernet-verzuimgegevens over verpleegkundig en verzorgend personeel. Er hebben acht organisaties aan het onderzoek deelgenomen. Van deze organisaties zijn relevante beleidstukken bestudeerd en er zijn in totaal 51 sleutelpersonen uit alle lagen van de organisatie geïnterviewd, zowel leden van de raad van bestuur, managers (hoog, midden en laag management), personeelsfunctionarissen en verpleegkundigen en verzorgenden. Het kwalitatieve onderzoek van BMC is gericht op de vraag of de interventies van de pilotprojecten die in 2004 en 2005 zijn uitgezet, duurzaam zijn gebleken binnen de organisatie, en of deze interventies hebben geleid tot lagere verzuimcijfers van het verpleegkundig en verzorgend personeel in die organisaties. Vier pilotorganisaties waren bereid aan dit onderzoek deel te nemen; deze organisaties zijn aangevuld met andere organisaties tot in totaal veertien. Er zijn 135 interviews afgenomen, verdeeld over medewerkers van alle niveaus en disciplines. De werkwijze en de gehanteerde checklist bij de interviews door BMC is dezelfde als bij het kwalitatieve onderzoeksdeel van het NIVEL.

Resultaten aan de hand van de onderzoeksvragen

Welke factoren hangen volgens bestaande literatuur samen met a) het succesvol implementeren van AVR-beleid en b) met ziekteverzuim en met variaties in dit ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen?

Uit de literatuur (zie bijlage 1) blijkt een aantal factoren van invloed te zijn op ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze factoren liggen op het gebied van het AVR-beleid in de organisatie (preventie, procedurele en re-integratiemaatregelen), type organisatie (grootte, regio, verpleeg- of verzorgingshuis), het werk (werkbelasting, werksfeer) en de werknemer (gezondheid, leeftijd). Om het AVR-beleid succesvol te implementeren lijkt het van belang te investeren in preventieve en procedurele maatregelen om te voorkómen dat verpleegkundigen en verzorgenden verzuimen, maar ook in re-integratiemaatregelen zodat medewerkers zo spoedig mogelijk herstellen en terugkeren in het werk of in een andere functie. Uit de bestudeerde literatuur blijkt het effect van de genomen maatregelen niet hard te maken en het is niet duidelijk welke factoren binnen het AVR-beleid van invloed zijn geweest op de daling van het ziekteverzuim.

Factoren die volgens de literatuur als succesvol voor (implementatie van) het AVR-beleid worden gezien, liggen op het gebied van invoering van het AVR-beleid, de communicatie, de cultuur, de rol van leidinggevenden, het personeelsbeleid en de samenwerking met de arbodienst. Er is vanuit de literatuur weinig empirisch bewijs gevonden voor de relatie tussen AVR-beleid en een structureel laag ziekteverzuim. De literatuurstudie heeft geresulteerd in een aantal verwachtingen over ‘kansrijke’ ofwel ‘good practices’ (zie paragraaf 2.4). Deze verwachtingen hebben betrekking op een

succesvolle implementatie van het AVR-beleid en op factoren die mogelijk samenhangen met een laag ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden.

Op welke factoren onderscheiden V&V organisaties met respectievelijk (a) een structureel laag ziekteverzuim, (b) een recente daling in het ziekteverzuim, (c) een recente stijging in het ziekteverzuim en (d) een structureel hoog ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel, zich van elkaar?

De volgende factoren kunnen aan de basis liggen van een *laag verzuim*, zo blijkt uit het kwalitatieve deel van het onderzoek:

AVR-beleid

- er is een duidelijke visie op verzuim ('werken is gezond en van werken wordt je beter')
- het management is de 'baas' over het verzuim, en niet personeelszaken of de arbo-arts
- er is sprake van een samenhangend, integraal pakket van preventieve, procedure en re-integratiemaatregelen
- er is draagvlak voor en betrokkenheid bij nieuwe maatregelen op alle niveaus
- er wordt geïnvesteerd in arbozaken, verzuimverlagende interventies en preventieve maatregelen
- er zijn procedures met betrekking tot verzuim

De organisatie

- de samenwerking tussen leidinggevenden en bedrijfsarts en tussen organisatie en arbodienst is goed
- taken en verantwoordelijkheden zijn duidelijk, er vindt registratie van verzuim plaats, er is sprake van een resultaatgerichte aanpak, er bestaat inzicht in de kosten-baten van arbeidsongeschiktheid, er bestaat inzicht in werkaanpassingen en alternatieve werkzaamheden
- er is veel aandacht voor verzuim, leidinggevenden zitten er boven op
- er is voldoende kennis over taken en verantwoordelijkheden aanwezig
- leidinggevenden zijn deskundig, goed geoutilleerd en treden daadkrachtig op
- leidinggevenden hebben de beschikking over verzuimcijfers
- leidinggevenden hebben een actieve stijl van leidinggeven door regelmatig contact verzuimgesprekken en het aanbieden van aangepast werk
- leidinggevenden hebben voldoende instrumenten om verzuimbeleid uit te voeren
- leidinggevenden hebben regierol bij werkhervatting, houden een vinger aan de pols
- leidinggevenden tonen voorbeeldgedrag
- er is een actieve sturing op de balans tussen werk en persoon
- leidinggevenden zoeken actief naar oplossingen om te voorkómen dat medewerkers verzuimen
- verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie leggen
- kleine organisaties: zorgt voor grotere betrokkenheid van medewerkers, directe lijnen en sociale controle
- er is sprake van een zakelijke verzuimcultuur: medewerkers worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden op het gebied van verzuim
- het voeren van verzuimgesprekken met medewerkers die frequent verzuimen

- registratie van verzuim vindt plaats: er is een overzichtslijst met ziekmeldingen zodat het direct opvalt als een medewerker zich vaker ziek heeft gemeld
- de voortgang van verzuim wordt gemonitord: er worden concrete gemaakt tussen leidinggevende en werknemers om het verzuim terug te brengen

Het werk

- er heerst een goede werksfeer
- de communicatie binnen teams verloopt goed, er is sprake van ‘openheid’

De werknemer

- medewerkers worden geïnformeerd over het verzuimbeleid
- er is een bewustwordingsproces gaande bij medewerkers met betrekking tot verzuim

We kunnen concluderen dat een zakelijk en duidelijk beleid, gecombineerd met persoonlijke aandacht voor de medewerkers en goed management van direct leidinggevendens belangrijke ingrediënten zijn van laag ziekteverzuim.

Een deel van bovenstaande beïnvloedende factoren zijn ook naar voren gekomen bij de analyse van organisaties met een recent gedaald ziekteverzuim. Andere factoren die met een recente daling van het verzuim samen kunnen hangen zijn recent ingevoerde AVR-maatregelen, de omslag van een cultuur waarin verzuim ‘normaal’ is naar een zakelijke verzuimcultuur, een terugkerende rust in de organisatie als gevolg van verandering van management (van managers zorg naar teamleiders), van specifieke maatregelen zoals strenge selectie bij het aannemen van nieuw personeel of van factoren, zoals “toevallig” relatief minder langdurige zieken.

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de volgende factoren aan de basis kunnen liggen voor een *hoog verzuim*:

AVR-beleid

- er is geen duidelijke visie op verzuim
- het arbo-beleid is achtergebleven er is minder aandacht voor re-integratie
- de arbo-beleidscyclus wordt niet geheel uitgevoerd
- er is geen samenhangend, integraal AVR-beleid
- implementatie van verbeterpunten door instrumentarium (bijvoorbeeld onderzoek naar de medewerkertevredenheid) blijft achter
- er is te weinig aandacht voor personeelsbeleid: bureaucratisch, afstandelijk of gebrekkig personeelsbeleid, geen integrale aanpak
- verzuimbegeleiding vindt ‘op afstand’ plaats: de ‘span of control’ van leidinggevendens is te groot, de rol van leidinggevende bij verzuimbegeleiding bij ontkend
- slecht geleide reorganisaties, fusies, bezuinigingsmaatregelen, ontbreken van perspectieven en doorgroefuncties
- verzuimmaatregelen bij werknemers zijn te weinig bekend als gevolg van gebrekkige communicatie, betrokkenheid van directie/management bij verzuim is niet expliciet, er zijn verzuimprojecten, maar die vinden geen navolging in de organisatie
- re-integratiemaatregelen worden nog niet op grote schaal ingezet

- er is onvoldoende draagvlak voor nieuwe maatregelen
- de samenwerking met de arbodienst verloopt niet optimaal en biedt geen ondersteuning

De organisatie

- de rol van het middenkader is nog onvoldoende uitgewerkt
- er is geen ‘maatwerk’: maatregelen zijn niet specifiek genoeg (speelt vooral bij de aanpak van psychische belasting)
- de sfeer is ongeschikt aan het primaire proces: er is geen aandacht voor arbeidsoriëntatie in relatie tot werksfeer
- verzuim heeft geen prioriteit binnen de organisatie (aandacht verslapt)
- leidinggevenden zijn niet voldoende ‘kundig’ op het gebied van verzuim
- er is geen goede communicatie over maatregelen richting werknemers: top down aanpak leidt tot problemen in de uitvoering
- te snel veranderingen willen doorvoeren, te veel en te goed willen doen of juist een afwachtende houding
- leidinggevenden worden te laat geïnformeerd over medewerkers die zich frequent ziek melden

Het werk

- er is te weinig aandacht voor zelfstandigheid van het personeel
- er is geen open communicatie (‘roddelcultuur’)

De werknemer

- verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken aanwezige hulpmiddelen ter ondersteuning van de zorg in beperkte mate
- medewerkers zijn zich onvoldoende bewust wat verzuim betekent voor de organisatie en voor het werk

Er zijn uit dit kwalitatieve onderzoek duidelijke aanwijzingen dat een combinatie van onduidelijk AVR-beleid, managers die zich niet verantwoordelijk voelen voor verzuim en incompetent zijn op het gebied van verzuimbegeleiding, het ontbreken van een zakelijke verzuimcultuur of factoren als “toevallige” ernstige ziekmeldingen kunnen leiden tot een hoog ziekteverzuim.

Ook hier zien we dat een deel van bovengenoemde factoren die samenhangen met een structureel hoog verzuim ook naar voren zijn gekomen bij de analyse van organisaties met een recent stijgend ziekteverzuim. Andere factoren, zoals fusies, reorganisatie of discontinuïteit van het management zorgen veel onrust en onzekerheid bij medewerkers, waardoor het verzuim (tijdelijk) toeneemt.

Wat zijn de kenmerken van een succesvolle implementatie van het Arbo-, Verzuim- en Re-integratiebeleid gericht op verpleegkundig en verzorgend personeel en wat zijn de slaag- en faalfactoren?

Met een ‘succesvolle’ implementatie van het AVR-beleid wordt bedoeld dat het formele AVR-beleid in de praktijk daadwerkelijk wordt toegepast en dat het beleid heeft geresulteerd in een verlaging van het ziekteverzuim.

Op basis van de literatuurstudie kunnen we concluderen dat ziekteverzuim effectief kan worden aangepakt als er daadwerkelijk sprake is van een samenhangend beleid waarin zorg voor arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en re-integratie geïntegreerd wordt

benaderd. De implementatiestrategie en het communicatieklimaat binnen de organisatie blijken van invloed te zijn. Daarnaast wordt professionalisering van het personeelsbeleid in de literatuur als een belangrijke slaagfactor genoemd, evenals een goede samenwerking met de arbodienstverlening.

Op basis van het NIVEL-onderzoek en het onderzoeksdeel van BMC kunnen we concluderen dat een duidelijke en uniforme visie op AVR-beleid en de mate waarin deze door alle managementlagen wordt uitgedragen, belangrijke randvoorwaarden zijn voor een succesvolle implementatie. Een duidelijke visie heeft positief effect op het terugdringen van het ziekteverzuim. Medewerkers informeren over nieuw AVR-beleid en betrekken bij projectgroepen op het gebied van verzuim zijn effectieve manieren om het beleid te implementeren in de organisatie, zo blijkt uit de interviews met sleutelpersonen. Open communicatie is ook een belangrijk onderdeel bij de implementatie van AVR-beleid, zo blijkt uit de interviews met sleutelpersonen van het NIVEL en BMC. De wijze van communiceren is van invloed op de beleving van medewerkers om serieus genomen en gehoord te worden, en kan op die manier leiden tot een laag verzuim.

Zijn de interventies op het terrein van het Arbo-, Verzuim en Re-integratiebeleid die binnen de pilotprojecten door (het voormalige) SANT zijn uitgezet, duurzaam gebleken binnen de betreffende organisaties? Zo ja, is er een relatie te zien met de verzuimcijfers met betrekking tot het verpleegkundig en verzorgend personeel in die organisaties? Zo nee, waarom niet?

Uit het kwalitatieve onderzoek van BMC (voorheen SANT) blijkt dat de deelnemende pilotorganisaties een onverminderde aandacht laten zien als het gaat om het AVR-beleid. De ingezette lijn die zichtbaar was tijdens de evaluatie- en implementatiefase is voortgezet. Daarbij is het verzuimbeleid sterk ontwikkeld en goed geborgd in de organisatie en is het re-integratiebeleid steeds meer een onderdeel geworden van het verzuimbeleid. Arbeidsomstandigheden krijgen nu veel aandacht en stapsgewijs wordt er beleid ontwikkeld. De verankering van het arbo-beleid in de organisatie is nog volop in ontwikkeling. De aandacht en interventies op het gebied van verzuimaanpak en verzuimbegeleiding zijn duurzaam gebleken.

Vertaald naar het ziekteverzuimpercentage is bij de pilotorganisaties op korte termijn na de pilot een (sterke) daling van het percentage te zien als gevolg van de gerichte interventies. Het ziekteverzuimpercentage hangt sterk samen met de meldingsfrequentie. De pilotorganisaties zijn in staat gebleken concreet geplande acties uit het pilotproject succesvol af te ronden en positieve resultaten te boeken in het terugdringen van het ziekteverzuim.

Conclusies

Dit rapport biedt inzicht in factoren die de (variatie) in ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen beïnvloeden, en biedt kansen voor de sociale partners en organisaties in de V&V branche om het AVR-beleid aan te scherpen en daarmee het verzuim structureel en branchebreed te verlagen.

Dit kwalitatieve onderzoek (met deelonderzoeken van het NIVEL en BMC) heeft een meerwaarde ten opzichte van eerdere studies op dit terrein. Aan de hand van een literatuurstudie zijn bestaande onderzoeksgegevens geïntegreerd en verwachtingen geformuleerd over factoren die ziekteverzuim beïnvloeden. Deze verwachtingen zijn

vervolgens ‘getoetst’ in de praktijk. De verwachtingen zijn grotendeels uitgekomen (zie hoofdstuk 5).

De resultaten laten zien dat de verschillen tussen organisaties onderling wat betreft verzuim groot zijn, maar ook dat de verschillen tussen locaties soms aanzienlijk zijn. Over het algemeen geven managers van organisaties aan dat langdurig verzuim moeilijk te beïnvloeden is, maar dat er nog winst kan worden gehaald in frequent kort verzuim. Factoren als de cultuur binnen de organisatie, de werksfeer en de bewustwording van werknemers met betrekking tot verzuim spelen hierbij een rol. Ook zijn omgevingsfactoren zoals de grootte van de organisatie, de regio en de samenstelling van het personeelsbestand soms van invloed op (laag) verzuim. Cruciaal is echter de overtuiging van het hoger management dat verzuim continue aandacht vraagt en dat het mogelijk is om invloed uit te oefenen op verzuim. Preventieve maatregelen, coachingstrajecten van direct leidinggevenden op het gebied van verzuim en investeren in ‘goed werkgeverschap’ kunnen bijdragen aan een duurzaam laag verzuim.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

In Nederland zijn er in totaal ongeveer 1.700 verpleeg- en verzorgingshuizen (Mathijssen, 2004). Daarin werken zo'n 210.000 professionals (Vernet, 2007), waarvan zo'n 130.000 tot het verpleegkundig en verzorgend personeel gerekend kunnen worden (van der Windt e.a., 2007).

Werken in verpleeg- en verzorgingshuizen brengt voor medewerkers soms een hoge fysieke en emotionele belasting met zich mee (o.a. Messchendorp e.a., 2004). Het ziekteverzuim van werknemers in de verpleeg- en verzorgingshuizen is relatief hoog (o.a. van der Windt e.a., 2007; Vernet, 2007; Westert & Verkleij, 2006). De landelijke ziekteverzuimpercentages¹ van verpleegkundigen en verzorgenden in de V&V branche lagen in 2001 op 10,7 (van der Windt e.a., 2007). In 2005 lag het ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) voor specifiek verpleegkundigen en verzorgenden in de V&V branche op 7,3 %, terwijl dat bijvoorbeeld bij verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg 6,5% was en bij hun collega's in ziekenhuizen 5,9% (van der Windt e.a., 2007). Het ziekteverzuim lag eind 2007 voor de V&V sector gemiddeld op 5,4%.

In de tweede helft van de jaren negentig lag het verzuim binnen de gezondheidszorg enkele procenten hoger dan nu. Intensieve campagnes van de overheid om onder meer de arbeidsomstandigheden te verbeteren en zieken te begeleiden bij het terugkeren naar hun werkplek, en ook de invoering in 2002 van de Wet Verbetering Poortwachter hebben hoogstwaarschijnlijk een bijdrage geleverd aan het terugdringen van het verzuim. In deze wet wordt onder meer voorgeschreven dat de Arbo-dienst bij dreigend langdurig ziekteverzuim binnen zes weken moet onderzoeken wat hieraan gedaan kan worden en een advies aan werkgever en werknemer moet uitbrengen.

Bekend is dat krapte op de arbeidsmarkt leidt tot een daling van het ziekteverzuim. Momenteel is er sprake van een gelijkblijvend aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden, terwijl de vraag naar zorg toeneemt (RegioMarge, 2008). Fusies van verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen ook leiden tot een stijging van het ziekteverzuim: zij brengen doorgaans veel stress en onzekerheid met zich mee. Medewerkers maken zich vaak zorgen om het voortbestaan van hun functie en hun toekomst.

Naast de voornoemde conjuncturele factoren en wettelijke maatregelen, draagt ook het Arbo, Verzuim en Re-integratiebeleid (voortaan: AVR-beleid) op organisatieniveau bij aan verlaging van ziekteverzuim (zie o.a. Smulders, 2005). Het AVR-beleid van organisaties in de V&V branche kreeg een impuls door de invoering in 2001/2002 van de CAO Arbeid en Gezondheid (inmiddels opgenomen in de "gewone" CAO) en de

¹ Verzuimpercentage 1^e ziektejaar, exclusief zwangerschap.

invoering van de Wet Verbetering Poortwachter. Belangrijk onderdeel van de CAO Arbeid en Gezondheid was onder meer de verplichting van organisaties om mee te doen aan onderzoek naar werknemerstevredenheid en werklust. Deze onderzoeken leveren de verpleeg- en verzorgingshuizen informatie op die zij gebruiken bij verbeteringen in hun AVR-beleid (Werk in Beeld 2002 en 2004, zie Messchendorp e.a., 2002 en 2004). Bij het AVR-beleid gaat het enerzijds om te voorkómen dat medewerkers door het werk ziek of arbeidsongeschikt worden en anderzijds dat medewerkers zo spoedig mogelijk herstellen en weer aan het werk worden geholpen. Het arbobeleid richt zich vooral op een veilige en gezonde werkomgeving. Door middel van onder andere de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) krijgen organisaties meer inzicht in mogelijke oorzaken van verzuim. Informatie uit de RI&E kan in een plan van aanpak worden vertaald naar doelgerichte activiteiten om zo het ziekteverzuim te verlagen. Daarbij is het van belang dat deze activiteiten na implementatie worden geëvalueerd en zo nodig worden bijgesteld. Het verzuimbeleid richt zich vooral op het verhogen van de verzuimdrempel en op verzuimbegeleiding. Sinds de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter in 2002 is er meer aandacht voor re-integratie. De wet heeft als doel om op een meer actieve en doelgerichte wijze het langdurig ziekteverzuim te voorkomen en vroege re-integratie en werkhervatting van medewerkers na ziekte te bevorderen om daarmee de toestroom naar de WAO te beperken.

In het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid zijn ook verschillende projecten uitgevoerd waarin organisaties begeleid werden door organisatie- en adviesbureaus bij de vormgeving van hun AVR-beleid (zie o.a. [www.falkeverbaan](http://www.falkeverbaan.nl) en SANT organisatieadviseurs, 2004 en 2005). Een voorbeeld daarvan betreft het project dat SANT (inmiddels overgegaan in BMC) in opdracht van de sociale partners in de V&V branche uitgevoerd heeft in tien pilotorganisaties. Een belangrijk doel van dat project was inzicht krijgen in de stand van zaken met betrekking tot AVR-beleid. Een van de conclusies was dat in de pilotorganisaties in 2003/2004 de meeste aandacht uitging naar ontwikkeling van verzuimbeleid en in wat mindere mate re-integratiebeleid, terwijl het arbobeleid daarbij duidelijk achterbleef (SANT Organisatieadviseurs BV, 2004). In de implementatiefase zijn vervolgens met begeleiding van de adviseurs van SANT en/of eigen functionarissen verbeterlagen gemaakt door de pilotorganisaties, bijvoorbeeld ten aanzien van het verder opzetten van het AVR-beleid of een AVR-overlegstructuur, uitvoering van een Risico Inventarisatie & Evaluatie en acties naar aanleiding van de resultaten van Werk in Beeld-onderzoek, acties (bijvoorbeeld inzet van “ergocoaches”) op het gebied van reductie van fysieke belasting. Een van de conclusies aan het eind van de implementatiefase was dat de pilotorganisaties een start hadden gemaakt met implementatie, maar dat de doorlooptijd van vier maanden in veel gevallen te kort was voor het bereiken van concrete resultaten. Wel gaven de organisaties blijk van goede voornemens om door te gaan met de AVR-activiteiten (SANT Organisatieadviseurs BV, 2005).

Doel van het onderzoek

Inmiddels zijn we enige jaren verder en de sociale partners in de V&V branche, samenwerkend in de Stichting Arbeidsmarktbeleid (SAB V&V), achten het wenselijk om te kijken in hoeverre interventies zoals die door SANT zijn uitgezet duurzaam zijn

gebleken. Ook willen de sociale partners meer inzicht in welke factoren belangrijk zijn bij het duurzaam realiseren van een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in specifiek de V&V branche. Dit is mede belangrijk omdat - ondanks dat het landelijke gemiddelde ziekteverzuim in deze branche is gedaald - de ziekteverzuimpercentages toch nog sterk variëren tussen organisaties. Bij de sociale partners leeft de vraag hoe het komt dat de ene organisatie er al jaren achtereen in slaagt het verzuim laag te houden en de andere organisatie niet, niet voldoende of niet structureel. Wanneer er meer inzicht is in de factoren die (de variatie in) ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel beïnvloeden, biedt dit kansen voor de sociale partners en organisaties in de V&V branche om het AVR-beleid aan te scherpen en daarmee het verzuim structureel en branchebreed te verlagen. Dit rapport van het NIVEL moet daarvoor inzichten en handvaten bieden.

Het hoofddoel van dit onderzoek is in kaart brengen welke factoren het meest bepalend zijn voor een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V branche). Uiteindelijk resulteert dit in conclusies, die organisaties kunnen gebruiken om het ziekteverzuim duurzaam te reduceren.

1.2 Onderzoeksvragen

Aan dit onderzoek lagen de volgende vraagstellingen ten grondslag:

1. Welke factoren hangen volgens bestaande literatuur samen met
 - a) het succesvol implementeren van het AVR-beleid en b) ziekteverzuim en variaties in dit ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen?
2. Op welke factoren onderscheiden V&V organisaties met respectievelijk (a) een structureel laag ziekteverzuim, (b) een recente daling in het ziekteverzuim, (c) een recente stijging in het ziekteverzuim en (d) een structureel hoog ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel, zich van elkaar?
3. Wat zijn de kenmerken van een succesvolle implementatie van het Arbo-, Verzuim- en Re-integratiebeleid gericht op verpleegkundig en verzorgend personeel en wat zijn de slaag- en faalfactoren?
4. Zijn de interventies op het terrein van het Arbo-, Verzuim en Re-integratiebeleid die binnen de pilotprojecten door (het voormalige) SANT zijn uitgezet, duurzaam gebleken binnen de betreffende organisaties? Zo ja, is er een relatie te zien met de verzuimcijfers met betrekking tot het verpleegkundig en verzorgend personeel in die organisaties? Zo nee, waarom niet?

Met *ziekteverzuim* bedoelen we zowel het kortdurend verzuim (korter dan zes weken) als langdurend ziekteverzuim (zes weken tot twee jaar). Ziekteverzuim omvat zowel werkgebonden ziekteverzuim (bijvoorbeeld rugklachten door het tillen van zware lasten op het werk) als niet-werkgebonden ziekteverzuim (bijvoorbeeld door sportletsels). Er is sprake van ziekteverzuim als een persoon een aantoonbare ziekte of gebrek heeft én daardoor ongeschikt is voor de uitvoering van het werk (RIVM, 2008).

Met *V&V organisaties* bedoelen we de organisatorische eenheid, dat wil zeggen de zorggroep of de stichting. Een organisatie kan dan uit één of meerdere locaties (= verpleeg- en verzorgingshuizen) bestaan.

Met *verpleegkundig en verzorgend personeel* wordt in dit geval bedoeld verpleegkundigen, verzorgenden of helpenden op alle deskundigheidsniveaus, op uitvoerend of op leidinggevend niveau.

Factoren (zie vraagstelling 1 en 2) definiëren we in dit onderzoek als:

- (a) kenmerken van het Arbo-, Verzuim- en Reïntegratiebeleid (voortaan AVR);
- (b) overige organisatiekenmerken, bijvoorbeeld grootte, organisatiestructuur en regionale ligging;
- (c) kenmerken van het werk, bijvoorbeeld inhoud van het werk, fysieke en mentale belasting, groei- en ontplooiingsmogelijkheden, werksfeer e.a.;
- (d) werknemerskenmerken, zoals functie, salarisschaal, opleiding, deskundigheidsniveau, sekse, leeftijd, gezondheid e.a.

Het *Arbeids- Verzuim en Reïntegratiebeleid* (AVR-beleid):

- *Arbobeleid* richt zich op het creëren van gezonder werkomstandigheden, zoals goede werkplekken en preventieve maatregelen, zoals bijvoorbeeld het transferbeleid;
- *Verzuimbeleid* is gericht op het voorkomen en oplossen van het verzuim. Daartoe wordt een apart beleid gevoerd voor kort/frequent verzuim en langdurend verzuim;
- *Re-integratiebeleid* richt zich op het duurzaam re-integreren van arbeidsongeschikte medewerkers.

Onder een *succesvolle implementatie* van het AVR-beleid (zie vraagstelling 3) verstaan we twee aspecten: (a) dat het formele beleid werkelijk in de praktijk wordt toegepast en (b) dat het beleid heeft geresulteerd in een verlaging van het ziekteverzuim.

1.3 De opbouw van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Na dit inleidend hoofdstuk gaat hoofdstuk 2 in op de resultaten van het literatuuronderzoek naar ziekteverzuim in de V&V branche en naar factoren die daar op van invloed zijn. Hoofdstuk 3 geeft antwoord op de vraag op welke factoren organisaties met een structureel laag ziekteverzuim ('good practices'), organisaties met een recent dalend ziekteverzuim, organisaties met een recent stijgend ziekteverzuim en organisaties met een structureel hoog ziekteverzuim ('bad practices') van elkaar verschillen. Hoofdstuk 4 beschrijft de interventies op AVR-terrein, die binnen de pilotfase door BMC zijn uitgezet, duurzaam zijn gebleken. In hoofdstuk 5 blikken we terug op de verwachtingen over 'good practices'. In hoofdstuk 6 is een beschouwing te vinden.

2 Literatuurstudie

2.1 Onderzoeksvraag bij de literatuurstudie

In hoofdstuk 1 hebben we gezien dat naast conjuncturele factoren en wettelijke maatregelen ook het AVR-beleid op organisatieniveau kan bijdragen aan verlaging van het ziekteverzuim. Er bestaat onvoldoende inzicht in welke factoren de (variatie in) ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen beïnvloeden.

De onderzoeksvraag die aan de literatuurstudie ten grondslag ligt is na te gaan welke factoren, volgens bestaande literatuur, samen hangen a) met succesvolle implementatie van het AVR-beleid b) met ziekteverzuim en c) met variaties in dit ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen (onderzoeksvraag 1).

2.2 Methode

Er is gezocht naar onderzoekspublicaties die gaan over ziekteverzuim of het AVR-beleid in verpleeg- en verzorgingshuizen, en bij voorkeur specifiek over ziekteverzuim onder verpleegkundig en verzorgend personeel. Omdat op het gebied van AVR-beleid de laatste jaren veel veranderingen geweest (bijvoorbeeld de invoering van de CAO Arbeid en Gezondheid, invoering van de Wet Verbetering Poortwachter), is gezocht naar publicaties uit de periode 2000-2007. Zoekbronnen waren de geautomatiseerde NIVEL-bibliotheek en PiCarta¹. De volgende zoektemen zijn gebruikt: 'ziekteverzuim' of 'verzuimbeleid' of 'arbeidsongeschiktheid' of 'arbobeleid' of 'AVR-beleid', gecombineerd met 'ouderenzorg' of 'somatische verpleeghuizen' of 'psychogeriatrische verpleeghuizen' of 'gecombineerde verpleeghuizen' of 'verzorgingshuizen', en met 'verpleegkundigen' of 'verzorgenden' of 'evv' of 'vig' of 'bejaardenverzorgenden' of 'verpleging' of 'verzorging'. Daarnaast is handmatig gezocht in referentielijsten van geselecteerde publicaties en hebben we naast vrije internet-searches (met behulp van GOOGLE) ook gezocht op relevante websites (bijvoorbeeld van ActiZ, TNO, Prismant).

In totaal hebben we twaalf publicaties gevonden die voldeden aan het volgende selectiecriteria: 'het onderzoek heeft betrekking op ziekteverzuim of AVR-beleid in Nederlandse V&V organisaties'. In deze publicaties zijn factoren beschreven die van invloed zijn op ziekteverzuim onder medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen. Beïnvloedende factoren specifiek voor verpleegkundig en verzorgend personeel werden niet apart beschreven in de bestaande literatuur. In bijlage 1 van dit rapport is een

¹ PICARTA is een geïntegreerd bestand, waarbinnen men met één zoekactie in meerdere bestanden (onder andere Nederlandse Centrale Catalogus, Online Contents en de Kluwer catalogus) tegelijkertijd zoeken.

schematisch overzicht van de uitkomsten van de literatuurinventarisatie te vinden. Per onderwerp zal de literatuur die hier betrekking op heeft, worden besproken.

2.3 Resultaten

2.3.1 *Slaagfactoren voor een succesvolle implementatie van het AVR-beleid*

Ziekteverzuim kan effectief worden aangepakt als er daadwerkelijk sprake is van een samenhangend beleid waarin zorg voor arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en re-integratie geïntegreerd wordt benaderd. De implementatiestrategie en het communicatieklimaat binnen de organisatie lijken van invloed te zijn. Daarnaast wordt professionalisering van het personeelsbeleid in de literatuur als een belangrijke slaagfactor genoemd, evenals een goede samenwerking met de arbodienstverlening. Hierna lichten we elk van die factoren toe.

Slaagfactoren met betrekking tot het AVR-beleid zelf

In het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid werd door SANT een project uitgevoerd in tien pilotorganisaties. Het project bestond uit twee fasen: de evaluatiefase en de implementatiefase. Doel van het project was inzicht krijgen in de stand van zaken met betrekking tot het AVR-beleid en implementatie van het AVR-beleid. Als slaagfactoren van de implementatie van AVR-activiteiten werden de volgende factoren beschouwd: bewust kiezen voor bepaalde werkwijzen (bijvoorbeeld werkgroepen) en het betrekken van medewerkers voor het verkrijgen van draagvlak, bewust aandacht geven aan de veranderde rol van AVR-professionals, formuleren van centraal beleid en die uitdragen naar andere locaties, prioriteiten stellen door betrokkenen zelf, en implementatie van activiteiten op projectmatige wijze uitvoeren (van Asch e.a., 2005).

Reijnga e.a. (2004) beschreven maatregelen die relevant zijn bij het structureren van het AVR-beleid, zoals het hanteren van een duidelijke structuur van taken en verantwoordelijkheden, waarbij de regie van re-integratie in de instelling zelf ligt. Andere maatregelen die werden genoemd zijn het opzetten van een goede registratie om resultaten meetbaar en volgbaar te maken, het hanteren van een stapsgewijze en resultaatgerichte aanpak van verzuim en het monitoren van de voortgang. Tenslotte werd nog het inzichtelijk maken van kosten en baten van arbeidsongeschiktheid en het verkrijgen van inzicht in mogelijke werk- en functieaanpassingen en mogelijk alternatieve werkzaamheden voor werkhervatting genoemd.

Slaagfactoren met betrekking tot communicatie

In het onderzoek van Reijnga e.a. (2004) kwam naar voren dat het actief betrekken en informeren van medewerkers relevante aspecten bij de implementatie van het AVR-beleid zijn. Goede communicatie van top naar werkvloer en andersom, maar ook de communicatie tussen medewerkers onderling is daarbij van belang. Van Vuuren e.a. (2001) beschreven dat inspraak van medewerkers bij beleidsontwikkeling en goede informatieverschaffing belangrijke middelen zijn om draagvlak voor de maatregelen te creëren, wat tot gevolg heeft dat er een positieve houding is ten opzichte van de genomen arbo- en verzuimmaatregelen. Ze onderstreepten vooral het belang van draagvlak voor en betrokkenheid bij nieuwe maatregelen op alle niveaus. Inspraak bij beleid bleek ook een

positief effect te hebben op de communicatie over verzuim. Werknemers die het idee hebben meer inspraak te hebben gehad, spreken elkaar meer aan op verzuim. Er ontstaat daardoor in de instelling meer openheid om over verzuim te praten.

Slaagfactoren met betrekking tot cultuur

Het werken aan een cultuuromslag op het gebied van verzuim kan worden beschouwd als een slaagfactor. Reijenga e.a. (2004) beschreven maatregelen die organisaties kunnen nemen, zoals het verbeteren van de sfeer op het werk en het werken aan een cultuur waarin men elkaar kan aanspreken op verantwoordelijkheden op het gebied verzuim en verzuimbegeleiding. Een andere maatregel was het verzakelijken van de verzuimaanpak. De volgende aspecten zijn daarbij relevant: afrekenbaar maken van inspanningen, meer sturen op financiële cijfers, expliciteren van verzuimoorzaken, arbeidsconflicten onderkennen, onderkennen van niet goed functioneren, niet eindeloos proberen te herplaatsen in de eigen functie en het controleren van het naleven van procedurele maatregelen. Als laatste maatregel werd genoemd het bespreekbaar en veranderbaar maken van interventies en omgangsvormen in de organisatie op het gebied van arbeidsongeschiktheid.

Ook andere studies wijzen op het belang van culturele aspecten. Na evaluatie van het project van Falke & Verbaan (2004) bleek dat de verzuimcultuur in vrijwel alle organisaties positief was veranderd. Dit uitte zich in de volgende punten: minder tolerantie ten opzichte van verzuim, afspreken van gedragscodes met betrekking tot verzuim, aanspreken op verzuim als gemeengoed binnen de instelling, en aanspreken van de medewerker (van der Putte, 2004).

Ook van Vuuren e.a. gaven het belang aan van een cultuuromslag naar een zakelijker benadering van verzuim door duidelijke afspraken over eigen verantwoordelijkheid van de medewerkers bij ziekte en het doorbreken van het taboe op het bespreken van verzuim. Inzicht in en het bespreken van verzuimcijfers bevorderen een open communicatie en een open cultuur (van der Putte, 2004; van Vuuren e.a., 2001).

Slaagfactoren met betrekking tot de rol van leidinggevende

Een volgende slaagfactor is een organisatie met deskundige goed opgeleide leidinggevenden die zich actief bezighoudt met het verzuim- en re-integratiebeleid en zich daarvoor verantwoordelijk voelen (van der Putte, 2004; Reijenga e.a., 2004; van Vuuren, 2001). Kennis over procedures op het gebied van verzuim en verzuimbeheersing (Wet Verbetering Poortwachter) is daarbij een belangrijk aspect. Van der Putte (2004) beschreef dat leidinggevenden van organisaties die het programma over verzuimbeheersing hadden gevolgd goed waren geïnformeerd over de procedures met betrekking tot verzuim en re-integratie. Leidinggevenden waren op de hoogte van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en voerden deze veelal naar behoren uit. Uit de evaluatie bleek dat de leidinggevenden een actieve stijl van leidinggeven bij verzuim hadden ontwikkeld. Dit uitte zich in regelmatig contact met de medewerker, het ondernemen van activiteiten om de medewerker terug naar het werk te halen en het aanbieden van aangepast werk. Daarnaast voerden leidinggevenden regelmatig verzuimgesprekken bij langdurend verzuim, waarin afspraken werden gemaakt met de zieke medewerker. Bij dreigend verzuim hadden leidinggevenden een actieve houding bij het aandragen van oplossingen.

Slaagfactoren met betrekking tot personeelsbeleid

Met professionalisering van het personeelsbeleid wordt bedoeld dat er een integrale aanpak is, waarbij preventieve maatregelen (gericht op fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk) worden gecombineerd met procedurele maatregelen (o.a. verzuimprotocol) en re-integratiemaatregelen (o.a. verzuimbegeleiding) en waarbij het functionerings-, opleidings- en loopbaanbeleid zijn geïntegreerd (Reijnga e.a., 2004). Naast aandacht voor arbeidsomstandigheden en verzuim is het relevant om aandacht te hebben voor de kwaliteit van het werk, een goede werksfeer, het welbevinden van de medewerker, mate van autonomie en regelmogelijkheden, en kansen op promotie, groei en ontplooiing (Reijnga e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001). In het medewerkertevredenheidonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen werd gemeten dat gezondheid van de medewerker samenhangt met tevredenheid met het werk, tevredenheid met de organisatie en tevredenheid met werkaspecten zoals het sociale klimaat, communicatie, werkdruk en fysieke belasting (Messchendorp e.a., 2004, Messchendorp e.a., 2004). Het is van belang dat alle betrokkenen bij het AVR-beleid (zoals het management, direct leidinggevenden, personeelsfunctionarissen) op de hoogte zijn van hun taken en verantwoordelijkheden, en dat daar duidelijke afspraken over zijn, vooral over de delegatie van taken en verantwoordelijkheden naar direct leidinggevenden.

Slaagfactoren met betrekking tot de arbodienstverlening

Een goede samenwerking met arbodienst en bedrijfsarts bevordert de aanpak van verzuim en werkhervatting (van der Putte, 2004; Reijnga e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001). Ook wat betreft de relatie met de arbodiensten is het van belang dat alle betrokkenen bij verzuim (zoals het management, direct leidinggevenden, personeelsfunctionarissen, bedrijfsarts en medewerker) op de hoogte zijn van hun taken en verantwoordelijkheden, en dat er duidelijke afspraken zijn over een adequate ondersteuning van de arbodienst. Van der Putte (2004) beschreef het positieve effect van de gemaakte afspraken over de visie en omgang met verzuim tussen leidinggevende en bedrijfsarts. Zo zijn er bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de rol van bedrijfsarts en de rol van leidinggevende over de werkhervatting van de verzuimende medewerker. De bedrijfsarts heeft een adviserende rol gekregen, terwijl de leidinggevende meer de regierol heeft en bepaalt wanneer een medewerker weer aan het werk gaat.

2.3.2 *Faalfactoren voor een succesvolle implementatie van het AVR-beleid*

Faalfactoren zijn vaak de keerzijde van de slaagfactoren. Factoren die als falend voor (implementatie van) het AVR-beleid worden ingeschat liggen vaak op het gebied van invoering van het AVR-beleid, communicatie, de rol van leidinggevenden en het personeelsbeleid.

Faalfactoren samenhangend met AVR-beleid zelf

Uit de evaluatie van het SANT-project bleek dat er nog geen samenhangend, integraal AVR-beleid aanwezig was in de deelnemende organisaties (van der Drift e.a., 2004). Organisaties hadden veel aandacht voor verzuim, in mindere mate voor re-integratie, maar de aandacht voor het arbobeleid was achtergebleven. In de meeste organisaties werd

de arbo-beleidscyclus nog niet geheel uitgevoerd². Wel werd een risico-inventarisatie uitgevoerd en een plan van aanpak gemaakt, maar de uitvoering van het plan, de evaluatie en borging kregen nog weinig aandacht. Ondanks dat organisaties wel gebruik maakten het bestaande instrumentarium (Arboscan, Werkpakket fysieke belasting, Werk in Beeld, RI&E) werden deze instrumenten alleen door stafmedewerkers gebruikt en nauwelijks door leidinggevend en medewerkers. Wel heeft het instrumentarium bijgedragen aan het vergroten van het bewustzijn (bijvoorbeeld als het gaat om fysieke belasting), maar het in- en uitvoeren van verbeterpunten kreeg onvoldoende aandacht. In de implementatiefase is een start gemaakt met de implementatie van (AVR-beleids)-activiteiten (zoals opzetten van AVR-beleid en overlegstructuur, herziening rol arbodienst, ontwikkeling rol leidinggevend en medewerkers), maar de doorlooptijd van vier maanden was te kort voor de afronding van activiteiten en voor het boeken van concrete resultaten (Van Asch e.a., 2005). Als faalfactoren van de implementatie van AVR-activiteiten werden de volgende factoren beschouwd: veel aandacht voor risico-inventarisatie, maar te weinig voor plan van aanpak en uitvoering van activiteiten, AVR-professionals voldoen (nog) niet genoeg aan de hoge eisen die zijn gesteld, en technische problemen bij gebruik van de digitale RI&E.

Het te snel willen invoeren van beleidsactiviteiten of juist een afwachtende houding hierin, en het ontbreken van maatwerk kunnen ook worden beschouwd als faalfactoren (Reijenga e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001). Met het ontbreken van maatwerk wordt bedoeld dat maatregelen niet specifiek genoeg zijn voor de groep medewerkers waarvoor ze zijn bedoeld. Dit zou vooral spelen bij maatregelen op het gebied van psychische belasting.

Faalfactoren met betrekking tot communicatie over AVR-beleid

Medewerkers zijn vaak niet of onvoldoende op de hoogte van het AVR-beleid door geen goede communicatie of te weinig communicatie over verzuimmaatregelen. Medewerkers laten dan weinig betrokkenheid merken en er is onvoldoende draagvlak voor (nieuwe) maatregelen (Reijenga e.a., 2004; van Vuuren, 2001).

Faalfactoren met betrekking tot de rol van leidinggevende

Uit de evaluatie van het SANT-project bleek dat de rol van het middenkader nog onvoldoende was uitgewerkt (van der Drift e.a., 2004). Taken en verantwoordelijkheden bleken nog te liggen bij ondersteunende stafmedewerkers in plaats van bij leidinggevend en medewerkers. Ook bleek dat leidinggevend en medewerkers nog onvoldoende kennis en ervaring hadden op het gebied van AVR-beleid.

Verzuimbegeleiding op afstand (dus niet bij de direct leidinggevende) en het niet erkennen van de rol van leidinggevend en medewerkers bij het verzuimbeleid werden ook beschouwd als faalfactoren, evenals een te grote 'span of control'³ van de leidinggevende (Reijenga e.a., 2004).

² De Arboret schrijft op een aantal punten voor hoe de werkgever het beleid moet vormgeven. Een aantal steeds terugkerende activiteiten, meestal neergelegd in documenten, zijn verplicht. Door de arbocycclus steeds weer te doorlopen komt het arbo-beleid op een steeds hoger plan. De arbo-beleidscyclus bestaat uit een aantal onderdelen: het arbo-beleidsplan, Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E), plan van aanpak, uitvoering en jaarlijkse rapportage.

³ Dit is het aantal werknemers dat een manager gelijktijdig kan aansturen zonder grip te verliezen ('reikwijdte van aansturing').

Faalfactoren met betrekking tot het personeelsbeleid

Als faalfactoren werden vooral te weinig aandacht voor personeelsbeleid, een bureaucratisch, afstandelijk of gebrekkig personeelsbeleid en geen integrale aanpak van personeelsbeleid genoemd (Reijenga e.a., 2004). Ook het ontbreken van perspectieven en doorgroefuncties en aandacht voor het welbevinden van de medewerkers en de werksfeer zouden bepalend kunnen zijn voor het welslagen van het AVR-beleid (Reijenga e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001).

2.3.3 De invloed van het AVR-beleid, de organisatie, het werk en de werknemer op verzuim

Verschillen van het ziekteverzuimpercentage tussen organisaties zouden, naast kenmerken van het AVR-beleid, mogelijk ook verklaard kunnen worden door kenmerken van de organisatie, het werk en de werknemer.

2.3.4 Kenmerken van AVR-beleid in relatie tot verzuim

Organisaties die veel maatregelen nemen bleken lagere verzuimcijfers te hebben dan organisaties die dit weinig doen (Reijenga e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001).

Falke & Verbaan (2004) hebben bij tien zorgorganisaties een door het Sectorfonds Zorg gesubsidieerd programma op het gebied van verzuimbeheersing uitgevoerd. Het project bestond uit vier onderdelen, waarvan ‘training van (direct) leidinggevenden’ er één was. De aanpak van verzuim bleek positief te zijn veranderd, vooral door een verandering in de verzuimcultuur (verzakelijking), kennis en uitvoering van taken en verantwoordelijkheden bij de direct leidinggevenden en de stijl van leidinggevenden (actieve stijl). Na evaluatie van dit project bleek dat de verzuimdaling bij de tien zorgorganisaties gemiddeld aanzienlijk groter was dan de daling binnen zowel de sector Zorg als de binnen branche V&V. De verzuimdaling was waarschijnlijk niet helemaal aan het project te danken, maar het project leverde waarschijnlijk wel een grote bijdrage (Van der Putte, 2004). Door de wijze van evaluatie (geen controlegroep) was het effect van het project niet hard te maken en was het niet duidelijk welke specifieke factoren van invloed zijn geweest op de verzuimdaling.

Reijenga e.a. (2004) hebben gekeken naar onder andere de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Als factoren die van invloed zijn geweest op een daling van het ziekteverzuim noemden zij het inzetten van middelen en maatregelen op gebied van verzuim (vooral preventieve maatregelen op het gebied van fysieke belasting, psychische belasting en belastbaarheid), de Wet Verbetering Poortwachter en verzuimbegeleiding door direct leidinggevenden. Ook hier waren de effecten niet hard te maken en was het niet duidelijk welke maatregel het meeste effect heeft gehad of hoeveel de Wet Verbetering Poortwachter heeft bijgedragen.

Van Vuuren e.a. (2001) hebben onderzoek gedaan in 35 zogenaamde ‘actieve organisaties’ in de sector Zorg en Welzijn, waaronder vijf verpleeghuizen. ‘Actieve organisaties’ werd gedefinieerd als organisaties die actief het verzuim trachten te beïnvloeden door een goed AVR-beleid te voeren. In deze organisaties zijn gesprekken gevoerd met sleutelpersonen, personeels- en verzuimgegevens verzameld en vragenlijsten afgenomen onder medewerkers. Er is veelal sprake geweest van een pakket aan

procedurele, preventieve en re-integratiemaatregelen, zoals het aanscherpen van verzuimprotocol en verzuimbeleid, betere registratie van verzuim, preventie van fysieke klachten, werkdrukonderzoek en maatregelen gericht op een zakelijker benadering van verzuim. Organisaties konden niet aangeven of de genomen maatregelen het gewenste effect hebben gehad. Vaak was de invoering hiervan nog te kort geleden. Het pakket van maatregelen heeft waarschijnlijk een positieve invloed gehad op ziekteverzuim, maar er kon niet worden aangegeven welke maatregel wel en welke geen effect heeft gehad op ziekteverzuim.

2.3.5 *Organisatiekenmerken in relatie tot verzuim*

Grootte

Over het algemeen werd beschreven dat grote organisaties een hoger ziekteverzuimpercentage hebben dan kleine organisaties (van Essen e.a., 2004; Hingstman e.a., 2001; Reijenga e.a., 2004). Hoe groot een grote organisatie is, werd niet vermeld. Dit wordt niet bevestigd door de cijfers van Vernet (2007), waaruit bleek dat het verzuimpercentage het hoogst is in organisaties met 250 tot 500 medewerkers. Organisaties met minder dan 100 medewerkers en organisaties met meer dan 500 medewerkers hadden het laagste ziekteverzuimpercentage.

Regio

De regionale ligging van verpleeg- en verzorgingshuizen zou van invloed kunnen zijn op het ziekteverzuimpercentage. In het medewerkertevredenheidonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen was ook gekeken naar de verschillen in onder andere ziekteverzuim op grond van geografische ligging (Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Organisaties in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) bleken een hoger verzuimpercentage te hebben dan organisaties in de overige steden. Ook uit cijfers van Vernet (2007) bleken het hoogste ziekteverzuimpercentage in de grote steden voor te komen, terwijl het laagste ziekteverzuimpercentage in Zuid West Nederland werd gevonden.

Context

Of het type organisatie (verpleeg- of verzorgingshuis) van invloed is op ziekteverzuim is niet helemaal duidelijk. Uit het medewerkertevredenheidonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen bleken verpleeghuizen een hoger verzuimpercentage te hebben dan verzorgingshuizen (Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004), maar de verschillen waren klein (respectievelijk 8,6 versus 7,6 in 2002 en 6,6 versus 6,2 in 2004).

2.3.6 *Werkenmerken in relatie tot verzuim*

Werkbelasting

Als oorzaken van werkgerelateerd ziekteverzuim werd over het algemeen fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk genoemd (Bekker e.a., 2004; van Essen e.a., 2004; van Vuuren e.a., 2001). Daarnaast zou hoge fysieke belasting en hoge werkdruk de kans op langdurig verzuim van meer dan twaalf maanden vergroten (van Deursen e.a., 2000).

Diensten en dienstverband

De soort dienst waarin medewerkers werken en het dienstverband zouden van invloed kunnen zijn op ziekteverzuim. Medewerkers in regelmatige dienst bleken minder vaak en minder lang te verzuimen dan medewerkers met een onregelmatig dienstpatroon (Van Deursen e.a., 2001; Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Daarnaast bleken medewerkers met een parttime dienstverband van vijftien uur of minder per week minder vaak en minder lang te verzuimen dan medewerkers met een dienstverband van meer dan vijftien uur per week (Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Uit cijfers van Vernet (2007) bleek dat het ziekteverzuimpercentage het hoogst was in deeltijdklasse 40%-80%, en het laagste in deeltijdklasse minder dan 40%.

Werk en werksfeer

Reijnga e.a. (2004) beschreven dat de kans op verzuim groter was als medewerkers minder groei- en ontplooiingsmogelijkheden hadden in het werk of als het werk eentonig was. Daarnaast zou de duur van verzuim langer zijn bij medewerkers met weinig autonomie en weinig regelmogelijkheden. Ook een slechte werksfeer zou maken dat de zieke medewerker niet zo snel terugkeert naar het werk (van Deursen e.a., 2000; Reijnga e.a., 2004).

2.3.7 *Werknemerkenmerken in relatie tot verzuim*

Gezondheid

Medewerkers met lichamelijke problemen, een slechtere gezondheid of die worden belemmerd door een chronische aandoening zouden een grotere kans op verzuim hebben en verzuimen vaak ook meer (Bekker e.a., 2004; van Essen e.a., 2004; Reijnga e.a., 2004).

Leeftijd

Over het algemeen werd beschreven dat jongeren vaker verzuimen dan ouderen, maar dat ouderen die verzuimen gemiddeld langer verzuimen dan jongere medewerkers (van Deursen e.a., 2000; van Essen e.a., 2004; Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Ook Reijnga e.a. (2004) beschreven dat jongeren (leeftijdsklasse <35 jaar) meer verzuimen dan oudere medewerkers, maar in dit onderzoek hadden jongeren nauwelijks een kortere verzuimduur. Uit cijfers van Vernet (2007) bleek dat het verzuimpercentage in leeftijdsklasse 46 t/m 55 jaar en ouder dan 55 jaar het hoogste was, terwijl het laagste ziekteverzuimpercentage in de leeftijdsklasse tot en met 25 jaar werd gezien. Over de relatie tussen leeftijd en verzuimduur is geen melding gemaakt.

Geslacht

Vrouwen hebben een hoger ziekteverzuimpercentage dan mannen (Hingstman e.a., 2001; Reijnga e.a., 2004; Vernet, 2007). Daarnaast zouden vrouwen meer kans hebben op langdurig verzuim en een hogere WAO- instroom (van Deursen e.a., 2000; Reijnga e.a., 2004).

Opleiding en functie

Er is mogelijk een relatie tussen ziekteverzuim en functieniveau. Uit het medewerkertevredenheidonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen bleek dat het

ziekteverzuim als gevolg van het werk het hoogst was bij de functiegroep ‘verplegenden en verzorgenden niet-leidinggevend’. De functiegroep ‘directie/management’ verzuimde het minst (Messchendorp e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Medewerkers met een hoger opleidingsniveau zouden minder kans hebben op zeer langdurig verzuim (van Deursen e.a., 2000).

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn op basis van de literatuur factoren beschreven waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op a) het succesvol implementeren van AVR-beleid en b) het ziekteverzuim en c) variaties in dit ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen. De factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim liggen op het gebied van type organisatie (grootte, regio, context), het werk (werkbelasting, diensten en dienstverband, werk en werksfeer), de werknemer (gezondheid, leeftijd, geslacht, opleiding/functie) en het AVR-beleid in organisaties. Om het AVR-beleid succesvol te implementeren lijkt het van belang te investeren in preventieve en procedurele maatregelen om te voorkómen dat medewerkers door het werk ziek of arbeidsongeschikt worden, maar ook in re-integratiemaatregelen zodat medewerkers zo spoedig mogelijk herstellen en weer aan het werk worden geholpen. Uit de bestudeerde publicaties bleek dat het effect van de genomen maatregelen niet hard te maken was én het was niet duidelijk welke factoren van het AVR-beleid van invloed zijn geweest op de daling van het ziekteverzuim. Factoren die als succesvol voor (implementatie van) het AVR-beleid worden gezien, liggen op het gebied van de communicatie, cultuur, de rol van leidinggevend, het personeelsbeleid en de samenwerking met de arbodienst. Doordat er weinig evidentie is gevonden voor de relatie tussen AVR-beleid en een structureel laag ziekteverzuim, kan niet met zekerheid worden vastgesteld wat ‘goede praktijken’ zijn die bijdragen aan het realiseren en behouden van een laag ziekteverzuim. Om die reden hebben we verwachtingen geformuleerd die gericht zijn op ‘kansrijke’ ofwel ‘good practices’. Deze verwachtingen zullen we toetsen in de volgende, empirische onderdelen van dit onderzoek (zie hoofdstuk 3 en 4). De eerste twee verwachtingen (zie hieronder) hebben betrekking op een succesvolle implementatie van AVR-beleid, de andere verwachtingen zijn gericht op de samenhang met een laag ziekteverzuim. Deze verwachtingen luiden:

1. *Organisaties die bij implementatie van nieuw AVR-beleid een meervoudige implementatiestrategie gebruiken hebben meer kans op een succesvolle implementatie*

Met meervoudig wordt bedoeld dat er meerdere facetten zijn in de implementatie, zoals:

- projectgroepen
- medewerkers betrekken: werkgroepen, ondersteuning op de werkvloer, bijscholing, informatievoorziening
- aanvullende functionarissen: AVR-functionaris, ergocoaches
- delegatie van taken en verantwoordelijkheden aan direct leidinggevend

2. *Organisaties met een open communicatieklimaat hebben meer kans op een succesvolle implementatie*

Met open communicatieklimaat wordt bedoeld:

- communicatie is zowel top down als bottom up
- stimuleren van communicatie medewerkers onderling
- actief betrekken van medewerkers
- informeren van medewerkers
- creëren van draagvlak op alle niveaus

3. *Organisaties met een gestructureerd AVR-beleid hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met gestructureerd wordt bedoeld:

- duidelijke structuur van taken en verantwoordelijkheden
- opzetten van een goede registratie
- meetbaar en volgbaar maken van resultaten
- stapsgewijze aanpak van verzuim
- resultaatgerichte aanpak van verzuim
- monitoren van de voortgang

4. *Organisaties met een integraal personeelsbeleid hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met integraal wordt bedoeld:

- een gecombineerd pakket van preventieve, procedurele en re-integratiemaatregelen (AVR), waarbij het functionering-, opleiding- en loopbaanbeleid is geïntegreerd
- aandacht voor
 - o kwaliteit van het werk
 - o goede werksfeer
 - o mate van autonomie en regelmogelijkheden
 - o kansen op promotie, groei en ontplooiing
- delegatie van AVR taken en verantwoordelijkheden naar direct leidinggevenden

5. *Organisaties die de arbo-beleidscyclus gebruiken, hebben een relatief laag ziekteverzuim*

De arbo-beleidscyclus is afgeleid van de in de kwaliteitszorg gebruikte

Demmingcirkel: plan-do-check-act

De arbo-beleidscyclus is een doorlopend proces van:

- risico-inventarisatie
- risico-evaluatie en plan van aanpak
- uitvoeren plan van aanpak
- evalueren en borgen

6. *Organisaties die veel middelen en maatregelen hebben genomen, hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Middelen en maatregelen zijn o.a.:

- preventieve maatregelen, gericht op fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk
- procedurele maatregelen, bijv. verzuimprotocol
- re-integratiemaatregelen, bijv. verzuimbegeleiding
- instrumenten, bijv. Arboscan, RI&E en Werk in Beeld

7. *Organisaties met leidinggevend en met een actieve stijl van leidinggeven bij verzuim, hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met actieve stijl wordt bedoeld:

- regelmatig contact met zieke medewerker
- ondernemen van activiteiten om medewerker terug naar het werk te halen
- aanbieden van aangepast werk
- voeren van verzuimgesprekken en daarin afspraken maken met zieke medewerker
- aandragen van oplossingen bij dreigend verzuim
- regierol bij werkhervatting

8. *Organisaties met leidinggevend en met adequate kennis, vaardigheden en attitude op het gebied van AVR-beleid hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met adequaat wordt bedoeld:

- kennis van procedures met betrekking tot verzuim en re-integratie
- kennis van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- vaardig in uitvoering van AVR-beleid
- voorbeeldgedrag laten zien

9. *Organisaties met een zakelijke verzuimcultuur hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met zakelijke verzuimcultuur wordt bedoeld:

- aanspreken op verantwoordelijkheden wat betreft verzuim en verzuimbeleid
- minder tolerantie ten aanzien van verzuim
- afspreken van gedragscodes
- verzakelijken van verzuimaanpak:
 - o afrekenbaar maken van inspanningen
 - o sturen op financiële cijfers
 - o expliciteren van verzuimoorzaken
 - o onderkennen van arbeidconflicten
 - o onderkennen van disfunctioneren
 - o niet eindeloos herplaatsen in eigen functie
- controle op naleving procedurele maatregelen

10. *Organisaties met een goede samenwerking met de arbodienst hebben een relatief laag ziekteverzuim*

Met goede samenwerking wordt bedoeld:

- afspraken over taken en verantwoordelijkheden tussen alle betrokkenen bij verzuim zijn duidelijk en worden nageleefd
- afspraken over adequate ondersteuning door arbodienst zijn duidelijk en worden nageleefd
- (inhoud van) contract of maatwerk; evt. ander diensten
- spreekuur bedrijfsarts/-verpleegkundige

Bovenstaande verwachtingen zijn beschreven vanuit het organisatieniveau, omdat vanuit de literatuur over ziekteverzuim wordt gerapporteerd over organisaties, of geen onderscheid wordt gemaakt tussen het niveau van de organisatie (=stichting of zorggroep) of locaties (=verpleeg- en verzorgingshuizen). Bij de beschrijving van de resultaten van de interviews met sleutelpersonen maken we een nader onderscheid tussen beïnvloedende factoren op *organisatieniveau* en factoren op *locatieniveau* (zie hoofdstuk 3).

Vooruitlopend op de analyses van de interviews met sleutelfiguren blijkt namelijk dat het

AVR-beleid organisatiebreed uniform is, maar dat de implementatie van het AVR-beleid op de diverse locaties van de organisatie op een andere manier of in een ander tempo plaats kan vinden. Daarnaast zijn elementen als leiderschapstijl individueel bepaald, en ook de cultuur kan tussen locaties verschillen. Bij de bespreking van de verwachtingen over welke factoren van invloed zijn op een laag ziekteverzuim (zie hoofdstuk 5) komen we hier op terug.

3 Factoren van invloed op een laag verzuim van verpleegkundigen en verzorgenden

In dit hoofdstuk gaan we na op welke factoren organisaties met een laag c.q. recent dalend ziekteverzuim en organisaties met een hoog c.q. recent stijgend ziekteverzuim van elkaar verschillen (onderzoeksvraag 2), en wat de slaag- en faalfactoren zijn als het gaat om succesvolle implementatie van AVR-beleid (onderzoeksvraag 3).

3.1 Methode

We hebben grofweg vier soorten organisaties onderscheiden, met een variërend ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel:

- (a) ‘good practices’ met een structureel laag ziekteverzuim in de afgelopen vijf jaar;
- (b) organisaties met een recente daling in het ziekteverzuim, die zich in de afgelopen twee jaar heeft gecontinueerd;
- (c) organisaties met een recente stijging in het ziekteverzuim in de afgelopen twee jaar;
- (d) organisaties met een structureel hoog ziekteverzuim in de afgelopen vijf jaar (‘bad practices’).

De organisaties zijn geselecteerd op basis van Vernet-verzuimgegevens over verpleegkundig en verzorgend personeel, met waarborging van de anonimiteit. Vernet (www.vernet.nl) is een organisatie die gespecialiseerd is in het berekenen van verzuimcijfers en in de directe kosten van het verzuim. Het NIVEL heeft schriftelijk toestemming gevraagd aan de deelnemende organisaties om verzuimgegevens te mogen gebruiken. Er is gestreefd naar een spreiding van de hierboven genoemde soorten organisaties.

3.1.1 Deelnemende organisaties en locaties

In een steekproef zijn zestien organisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland door het NIVEL aangeschreven met het verzoek om aan het onderzoek deel te nemen. Het betrof zowel grote organisaties (meer dan 1.000 werknemers), middelgrote organisaties (250 tot 1.000 werknemers) en kleine organisaties (tot 250 werknemers). In een intakegesprek met de directie is het onderzoek in hoofdlijnen besproken.

Negen organisaties waren *niet* bereid aan het onderzoek naar ziekteverzuim deel te nemen. Hiervoor werden meerdere redenen aangegeven: te druk met certificering en kwaliteitszorg (drie keer genoemd), hoge werkdruk in de organisatie als gevolg van de voorbereidingen op de zorgzwaartebekostiging (drie keer genoemd), druk bezig met reorganisatie (twee keer genoemd), er vindt al ander onderzoek plaats in de organisatie (twee keer genoemd) en onderzoek naar verzuim heeft geen prioriteit omdat ‘alles goed op orde is’ (één keer genoemd).

Respons

Zeven aangeschreven organisaties waren bereid aan het onderzoek deel te nemen; daarnaast heeft één organisatie zich spontaan aangemeld voor deelname, vanuit het idee dat er op gebied van ziekteverzuim in de organisatie nog het een en ander te verbeteren valt. Van deze acht deelnemende organisaties zijn één of meerdere locaties in het onderzoek betrokken, in totaal gaat het om zestien locaties (verpleeg- en verzorgingshuizen). In bijlage 2 is per organisatie (zorggroep of stichting), per locatie (verpleeg- of verzorgingshuis) en per categorie, zoals hierboven omschreven, een overzicht van de verzuimcijfers voor de periode 2003 tot en met 2007 te vinden. Uiteindelijk zijn de volgende locaties bestudeerd (1) vijf locaties met een structureel laag ziekteverzuim (2) vier locaties met een recente daling in het ziekteverzuim (3) vier locaties met een recente stijging in het ziekteverzuim en (4) drie locaties met een structureel hoog in het ziekteverzuim. Het bleek gemakkelijker om locaties met een laag ziekteverzuim bereid te vinden deel te nemen aan het onderzoek ('good practices') dan locaties met een hoog ziekteverzuim, zodat er iets meer locaties met een structureel laag of recent dalend ziekteverzuim in het onderzoek participeren.

3.1.2 Dataverzameling

Van alle deelnemende organisaties zijn relevante beleidsstukken met betrekking tot ziekteverzuim, zoals het AVR-beleid, overzichten van verzuimregistraties en het verzuimprotocol bestudeerd en geanalyseerd. Tevens zijn diverse kwalitatieve interviews gehouden met sleutelpersonen op organisatieniveau: leidinggevenden (directeur, lid van de Raad van bestuur, hoofd sector zorg) en sleutelpersonen op locatieniveau: personeelsfunctionarissen (managers personeelszaken, personeelconsulenten, AVR-medewerkers, HRM-adviseur), teamleiders, zorgcoördinatoren en uitvoerende verpleegkundigen en verzorgenden (eerste verantwoordelijk verzorgende, lid arbocommissie). In totaal zijn 51 sleutelpersonen geïnterviewd, verspreid over de zestien locaties.

Data-analyse

De interviews zijn gestructureerd en geanalyseerd aan de hand van een checklist die aan het eind van de literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) is geformuleerd. Aan de sleutelpersonen is gevraagd of de factoren, zoals die uit de literatuurstudie naar voren kwamen, daadwerkelijk een rol spelen op het ziekteverzuim binnen de deelnemende organisaties. Ook is aan de vraag gesteld wat volgens hen veranderd zou moeten worden om het ziekteverzuim (nog meer) te verlagen.

Alle interviews zijn op audioband opgenomen en duurden gemiddeld één tot anderhalf uur. De afgenomen interviews zijn letterlijk uitgetypt en vervolgens kwalitatief geanalyseerd met ondersteuning van het softwareprogramma MaxQDA. Als eerste analysestap zijn de uitgeschreven interviews van de sleutelpersonen gecodeerd aan de hand van een codelijst, die afgeleid was uit de verwachtingen. Er zijn op grond van tussentijdse inzichten codes toegevoegd. In een tweede analysestap is bekeken welke thema's telkens terugkeren in de interviews met sleutelpersonen, welke thema's specifiek zijn voor bepaalde groepen sleutelpersonen (bijvoorbeeld voor leidinggevenden) en voor typen locaties (good practices, locaties met een recent dalend ziekteverzuim, locaties met een recent stijgend ziekteverzuim en bad practices).

3.2 Resultaten

In de volgende paragrafen worden de resultaten van interviews met sleutelpersonen uit alle lagen van de organisatie besproken. We gaan hierbij op zoek naar factoren die bijdragen aan een laag ziekteverzuim. Bij de beschrijving van de resultaten gaan we ook in op de verschillen tussen organisaties met een *structureel laag* ziekteverzuim, organisaties met een *recente daling* van het ziekteverzuim, organisaties met een *recente stijging* van het ziekteverzuim en organisaties met een *structureel hoog* ziekteverzuim. In de kwalitatieve interviews met sleutelfiguren werd overigens al snel duidelijk dat een recente stijging van het ziekteverzuim in veel gevallen van “toeval” afhankelijk is (bijvoorbeeld als er sprake is van langdurig ‘onvermijdbaar’ verzuim als gevolg kanker en hersenbloeding), en niet als gevolg van veranderingen in het AVR-beleid. Bovendien kan bij kleinere organisaties of locaties, één langdurig zieke medewerker meer of minder, tot een substantiële stijging respectievelijk daling in het ziekteverzuim leiden. Dat neemt niet weg dat we het één en ander kunnen leren van organisaties uit de middencategorieën, als het gaat om het in kaart brengen van beïnvloedende factoren op het gebied van verzuim.

Bij de presentatie van de resultaten beginnen we met een beschrijving van een casus voor elk van de vier onderscheiden categorieën. Het voordeel van casuïstiek is dat meteen inzichtelijk wordt hoe complex ziekteverzuim is en op welke manier factoren op elkaar kunnen inwerken. We hebben van elke categorie één organisatie genomen die als archetype voor elk van de vier onderscheiden typen dient. We hebben hierbij gebruik gemaakt van de documentatie van de organisaties (zoals het jaarverslag, notitie arbobeleid, verzuimprotocol, gedragscode) en van de verkregen informatie uit interviews met sleutelpersonen op alle niveaus van de organisatie.

3.3 Casus A: organisatie met een structureel laag verzuim (‘good practice’)

Bij deze grote fusieorganisatie bestaande uit een aantal locaties, met zowel somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg, ligt het verzuim al jarenlang lager (rond de 4,5% in 2007) dan het landelijk gemiddelde voor de V&V sector (5,4% in 2007). Het management is van mening dat het verzuimpercentage nog lager kan (het streven is 3%) en dat er nog winst te behalen valt in het kortdurend verzuim.

Het AVR-beleid kan worden omschreven als een duidelijk, streng en zakelijk beleid, waarbij heel helder is omschreven wat de rechten en plichten zijn van de werknemer en wat de verantwoordelijkheden zijn van de werkgever. Door de jaren heen is het beleid aangescherpt door de wisselwerking tussen teamleiders en het hoger management. Binnen de organisatie is sprake van een streng en strak hoger management, waarbij de lijnen duidelijk worden neergezet. Deze strenge aansturing van het hoger management vertaalt zich in het gedrag van het lager management, dat zeer actief is als het gaat om verzuim.

Er is binnen de organisatie heel veel op papier gezet over het AVR-beleid (til-, transfers- en verzuimbeleid) en de implementatie van het beleid heeft op alle niveaus van de organisatie plaats gevonden. Er vinden risico-inventarisaties plaats, werkplekonderzoeken en preventief wil het hoger management door het lager management op de hoogte gehouden worden over het werkklimaat op de afdeling. De procedure rondom ziekmelden is heel duidelijk voor werknemers.

Vervolg Casus A

Nieuwe werknemers krijgen op de introductiedag een boekje over het verzuimbeleid mee en dat ligt ook op de koffietafels.

De visie van de organisatie is: 'Werken is gezond, en van werken word je beter'. Zieke, bijna zieke of zich opvallend gedragende medewerkers worden wekelijks besproken in een Sociaal Medisch Team (SMT) waar de bedrijfsarts, de maatschappelijk werkster, de personeelsfunctionaris en locatiemanagers aan deelnemen. Het hoger management is verantwoordelijk voor het ziekteverzuim en neemt beslissingen, de bedrijfsarts en personeelszaken hebben een adviserende rol. De verantwoordelijkheden zijn duidelijk afgebakend, en dat wordt door de sleutelpersonen als één van de succesfactoren voor het lage verzuim genoemd. De bedrijfsmaatschappelijk werkster is in dienst van de organisatie, en heeft als taak er voor te zorgen dat het verzuim van medewerkers zo kort mogelijk is en om de re-integratie in het arbeidsproces zo positief mogelijk te laten verlopen. De stap naar de bedrijfsmaatschappelijk werkster is laagdrempelig: werknemers worden door teamleiders doorverwezen als er signalen zijn dat er iets aan de hand is, maar medewerkers kunnen zelf ook een afspraak maken.

De locaties (de verpleeg- en verzorgingshuizen binnen de organisaties) worden van bovenaf door het hoger management aangestuurd en er is weinig vrijheid voor eigen invulling van het beleid. Toch zijn er verschillen in ziekteverzuim waarneembaar tussen locaties en er zijn verschillen tussen afdelingen: de ene leidinggevende heeft een hoger ziekteverzuim dan de andere. Sommige managers zitten 'er boven op', vanuit warmte en visie, en gaan in gesprek met een frequent verzuimende medewerker om te achterhalen wat de oorzaak van verzuim is. Soms ligt dat aan de kinderopvang die niet geregeld kan worden, en dan moet aan het probleem worden gewerkt. Het gevolg is dat het ziekteverzuim merkbaar daalt. Andere managers vinden het lastig om duidelijk te zijn naar werknemers, hen te confronteren met het ziekteverzuim en er wordt niet altijd respectvol gecommuniceerd.

In het verleden waren veel teamleiders omhoog gegroeid, zonder duidelijke reden. De laatste jaren is streng bekeken welke teamleiders competent zijn: een enkeling is gedegradeerd en een enkeling gepromoveerd. Het hoger management acht grote verschillen in verzuim tussen locaties niet wenselijk en om die reden wordt organisatiebreed gestart met intervisietrajecten voor teamleiders en zorgcoördinatoren, waar in de rol van het lager management, de positie, de beïnvloeding van het werkklimaat en de werkdruk aan de orde komen. Zorgcoördinatoren richten zich vooral op de sfeer binnen de teams en de sfeer voor de cliënten. Teamleiders en medewerkers spreken elkaar aan op elkaars verantwoordelijkheid als het gaat om verzuim. Teamleiders houden verzuimgesprekken, functioneringsgesprekken en bekijken samen met de medewerker de mogelijkheden voor scholing.

Directe leidinggevendens weten precies wie er ziek is en proberen zieke medewerkers weer zo snel mogelijk aan het werk te krijgen. De verzuimcijfers zijn ook bekend bij de medewerkers, hangen op het prikbord en tijdens elk werkoverleg wordt er over gesproken. De bedrijfsarts houdt spreekuur op locatie, zodat medewerkers ook eerder langs lopen bij de leidinggevende en betrokken blijven bij het werk. Er wordt snel actie ondernomen als het vermoeden bestaat dat het ziekteverzuim langer gaat duren. Het voordeel van een grote organisatie is dat er meer mogelijkheden zijn om mensen te re-integreren op een andere werkplek.

De organisatie probeert voor medewerkers een aantrekkelijke werkgever te zijn, en is steeds op zoek naar elementen die 'goed werkgeverschap' bevorderen, bijvoorbeeld een 'kindervakantiefeest' waar kinderen elke vakantie naar toe kunnen, zodat medewerkers door kunnen werken tijdens vakantie en dat levert voordelen op voor de organisatie. De werkdruk wordt als hoog ervaren en er is een tekort aan goed opgeleid personeel. Teamleiders houden bij de dienstenindeling zo veel mogelijk rekening met de wensen van het personeel om stress, bijvoorbeeld voor kinderopvang, te voorkomen. Het gevolg hiervan is dat medewerkers zich vaak ook flexibel opstellen richting de organisatie.

Vervolg Casus A

Medewerkers ervaren de organisatie als een ‘tweede thuis’ en voelen zich betrokken bij de organisatie en bij de cliënten. Medewerkers voelen zich verantwoordelijk voor elkaar, signaleren als het niet goed gaat met een collega en melden dit bij de teamleider. Er lijkt over het algemeen sprake te zijn van een open communicatie.

3.3.1 Factoren die bijdragen aan een laag verzuim

Uit deze casus blijkt dat een streng, zakelijk en duidelijk beleid, in combinatie met een warme stijl van leidinggeven hebben geleid tot een laag ziekteverzuim. Andere factoren die bijdragen aan een laag verzuim zijn een duidelijke visie van de organisatie op verzuim, die bij alle lagen in de organisatie bekend is. Investeren in deskundigheidsbevordering en intervisietrajecten van het lager management ondersteunen het uitdragen van het beleid en het inschakelen van het bedrijfsmaatschappelijk werk bij problemen werkt preventief voor verzuim. Ook investeert deze organisatie in ‘goed werkgeverschap’ dat wil zeggen draagt zorgt voor goede werkomstandigheden en een prettig werkklimaat. Dit leidt er toe dat medewerkers zich gewaardeerd voelen en erg betrokken zijn bij de organisatie en bij de cliënten.

De meeste zojuist genoemde factoren zien we ook terug bij de andere ‘good practices’. Zo is in enkele ‘good practices’ het AVR-beleid geïmplementeerd in alle lagen van de organisatie en is veel energie gestoken om ‘alle neuzen dezelfde kant op te krijgen’. Uit de gesprekken met sleutelpersonen van andere organisaties met een structureel laag verzuim, is ook nog een aantal andere factoren naar voren gekomen die belangrijk kunnen zijn voor het voorkómen of reduceren van verzuim. ‘Blijvende aandacht’ is een voorwaarde om het ziekteverzuim (structureel) laag te houden, zo luidt de conclusie van geïnterviewde leidinggevend en personeelsfunctionarissen. Met ‘aandacht’ wordt bedoeld: het formuleren van beleid, nakomen van afspraken, aanspreken op gedrag, verzuim als terugkerend agendapunt op elk werkoverleg, regelmatig contact met de zieke werknemer, aandacht voor de sfeer, de manier van werken, het helpen bij het oplossen van problemen enzovoorts. Leidinggevend van organisaties met een structureel laag verzuim vinden het monitoren van ziekteverzuim zeer belangrijk, omdat monitoring handvatten kan geven voor beleid. Managers steken veel energie in het registreren van verzuim en kunnen zelf over deze gegevens beschikken.

3.4 Casus B: organisatie met een recente daling van verzuim

Deze kleine organisatie met kleinschalig psychogeriatrisch groepswoon, somatische verpleeghuiszorg en dag- en behandelcentra heeft de afgelopen jaren een flinke krachtsinspanning geleverd als het gaat om beleidsontwikkeling en toekomstvisie. Dat vertaalt zich in een drastische daling van het verzuim: van 9% in 2003 naar 5% in 2007, ondanks de ‘grote stad problematiek’ waar deze organisatie mee te maken heeft. Het management heeft het idee dat het verzuimpercentage nog wel wat omlaag kan, hoewel dat met de hoge leeftijd van het verplegend en verzorgend personeel moeilijk zal zijn.

Vervolg Casus B

Het AVR-beleid van de organisatie is gericht op het actief volgen van zieke medewerkers, gericht op terugkeer, het maken van afspraken, de vinger aan de pols blijven houden en de aandacht voor verzuim niet laten verslappen. Er is voortdurend contact tussen de leidinggevende en werknemer tijdens ziekte, en managers gaan een gesprek aan met de medewerker over wat er aan de hand is. 'Goed management' is het sleutelwoord als het gaat om ziekteverzuim. Drie jaar geleden heeft binnen deze organisatie een grootscheepse reorganisatie van het management plaats gevonden, waarbij alle managers zijn vervangen en de zittende managers op een andere plek binnen de organisatie terecht zijn gekomen of weg zijn gegaan. Daardoor kon de organisatie gericht nieuwe managers aannemen: betrokken en kritische managers, die de juiste afwegingen kunnen maken, verzuimgesprekken kunnen voeren, precies weten wat er aan de hand is op hun afdeling en daar sensitiviteit voor hebben.

Een ander werkzaam element voor de sterke daling van het ziekteverzuim is het kritisch zijn op de instroom, onder het motto 'geen nieuwe problemen in huis halen'. Verzuim betekent, volgens het management van deze organisatie, negen van de tien keer dat medewerkers de zaken niet op orde hebben en dat de balans werk en privé niet in evenwicht is. De kritische blik op de instroom uit zich in het opvragen van referenties over verzuim van de medewerker en door in sollicitatiegesprekken rechtstreeks de verzuimfrequentie te vragen. De opvatting leeft dat het beter is om langer vacatures te hebben en met 'flexlopers' te werken dan medewerkers die vaak ziek zijn binnen te halen. Het beleid is ook dat er in eerste instantie altijd wordt gewerkt met tijdelijke contracten en dat de proeftijd goed wordt geëvalueerd: bij twijfel worden medewerkers niet in vaste dienst aangenomen.

Beetje bij beetje is binnen de organisatie verzuimbeleid geformuleerd en zijn afspraken, zoals huisregels gemaakt. Het management heeft zich daarbij gefocust op de uitvoering van het beleid, en op het naleven van afspraken. Managers hebben er veel energie in gestoken om het beleid aan medewerkers duidelijk te maken en zijn bereid mee te denken met medewerkers als het gaat om de combinatie privé en werk. Het strenge ziekteverzuimbeleid leidt ertoe dat duidelijk is dat een medewerker 'echt' ziek is, met als gevolg dat de sfeer op de afdeling is verbeterd en er niet meer wordt geroddeld over collega's. Het nadeel van een streng beleid is dat managers hierin kunnen doorslaan, en dat medewerkers te lang doorwerken.

De organisatie investeert veel in de kwaliteit van zorg en is bezig met een certificeringstraject: 'Als verpleegkundigen en verzorgenden goed hun werk kunnen doen, trek je daar als organisatie nieuwe medewerkers mee aan'. Behalve goede managers werken op alle afdelingen twee verpleegkundigen en dat heeft de organisatie veel opgeleverd in kwaliteit maar ook in efficiency, want als zaken niet goed lopen kost dat veel tijd. Sindsdien is het verzuim nog meer gedaald en worden de extra kosten voor de verpleegkundigen terugverdiend.

Bij medewerkers heeft een cultuuromslag plaatsgevonden op het gebied van verzuim: medewerkers voelen de druk om bij ziekte weer aan de slag te gaan en ze hebben in die omslag mee moeten groeien. Inmiddels zijn medewerkers gewend aan het strenge verzuimbeleid en accepteren het. In het verleden kwam het namelijk wel eens voor dat medewerkers zich ziek meldden en bij een andere werkgever aan de slag gingen, maar dat heeft geleid tot ontslagen op staande voet. Medewerkers ervaren de zakelijkheid en duidelijk beleid als prettig en weten waar ze aan toe zijn. Er is een open communicatie.

3.4.1 Factoren die samenhangen met een recente daling van verzuim

Bij de eerste casus (A) hebben we al gezien dat een streng, zakelijk en duidelijk beleid, een duidelijke visie van de organisatie op verzuim en deskundige managers bij kunnen dragen aan een laag verzuim. Datzelfde geldt ook voor deze organisatie (B), waar competente managers zijn aangetrokken en een cultuuromslag heeft plaats gevonden op

het gebied van verzuim. Een andere overeenkomst met de vorige casus is de investering van organisaties om de werkomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden zo aantrekkelijk mogelijk te maken, en in de kwaliteit van zorg. Dat leidt er toe dat medewerkers het werk aantrekkelijker vinden en dat de binding met de organisatie wordt versterkt.

Dat het verzuim in deze organisatie recent is gedaald heeft te maken met de implementatie van verzuimbeleid in alle niveaus van de organisatie. Het verzuimbeleid wordt streng nageleefd, er zijn duidelijke afspraken gemaakt en het verzuimbeleid werpt langzaam haar vruchten af. Specifieke maatregelen zoals 'kritische selectie bij de poort' als het gaat om het aannemen van nieuwe medewerkers, hebben in deze organisatie ook bijgedragen aan een recente daling van het verzuim. Ook bij andere organisaties met een recente daling van verzuim spelen factoren als kristallisatie van verzuimbeleid en duidelijke aansturing door direct leidinggevend een rol.

3.5 Casus C: organisatie met een recente stijging van verzuim

Deze organisatie is begin dit jaar (in 2008) ontstaan uit een fusie tussen drie zelfstandige verpleeg- en verzorgingshuizen, die zowel somatische als psychogeriatrische zorg leveren. Deze drie verpleeg- en verzorgingshuizen zijn sterk verankerd in de regio en dat is ook het uitgangspunt geweest bij de fusie. Elke locatie wordt aangestuurd door twee regiomanagers. De nieuwe fusieorganisatie krijgt de komende jaren te maken met verbouw en nieuwbouw. Het verzuim is recentelijk gestegen door de fusieperikelen die de afgelopen jaren speelden en bedraagt 5% in 2007, terwijl dat in 2006 nog geen 4% was.

Het AVR-beleid is grotendeels up to date en afgelopen jaar is de RI&E geïnventariseerd. Op grond daarvan zijn actuele plannen gemaakt, wat wel en wat niet moet gebeuren. Als het gaat om aanpassing van de werkplek kan dat, als het gaat om bouwtechnische aanpassingen is de organisatie afhankelijk van bouwplannen. Het idee is dat een medewerker die zijn eigen werk niet kan doen, aangepast werk kan doen. Ziekteverzuim is onlangs door de directie van de organisatie aangewezen als speerpuntbeleid, en de organisatie wil een actief beleid gaan voeren ten aanzien van het voorkómen en beheersen van het ziekteverzuim.

In principe zitten managers er redelijk dicht op, als het gaat om verzuim. Als medewerkers langer dan vijf dagen ziek zijn, of er is sprake van frequent verzuim, dan wordt hij/zij opgeroepen door de bedrijfsarts. Managers proberen een gerichte vraagstelling mee te geven aan de bedrijfsarts, maar dat is nog in ontwikkeling. Sommige leidinggevend zeggen, volgens het hoger management, heel gemakkelijk dat een medewerker opgeroepen moet worden door de bedrijfsarts, zonder dat duidelijk is waarom. Op regioniveau is er structureel overleg over verzuim, over re-integratie en wordt casuïstiek doorgesproken. In principe wordt wekelijks aan de hand van verzuimoverzichten gekeken welke medewerker opgeroepen moet worden door de bedrijfsarts en of de organisatie op schema zit. In de praktijk wordt deze frequentie niet gehaald.

Tussen leidinggevend van de locaties zijn er grote fluctuaties als het gaat om frequent verzuim en in hoe dicht leidinggevend op verzuim zitten. De ene leidinggevende spreekt de medewerker wel direct aan op verzuimgedrag, en de andere leidinggevende is hier gemakkelijker in. Locaties vullen de rol van leidinggevende wisselend in. Dat heeft te maken met de grote beleidsvrijheid die de locaties hebben en het feit dat ze tot voor kort als zelfstandige organisaties functioneerden. Sommige leidinggevend zijn meer gericht op de zorg en minder op de medewerkers, maar dat is

Vervolg Casus C

tot nu toe vrijblijvend. Het management van de organisatie is van mening dat de verschillen tussen leidinggevend en te groot zijn en wil op dat gebied vooruitgang boeken: leidinggevend mogen afwijken van beleid, maar dan moeten ze hier wel een goede argumentatie voor hebben.

Managers hebben niet de regie in handen wat betreft verzuim. Soms spreekt een leidinggevende af met de bedrijfsarts dat de druk wordt opgevoerd om een medewerker weer aan het werk te krijgen: soms lukt dat en soms werkt het averechts en escaleert het. Als medewerkers verzuimen wordt samen naar een oplossing gezocht voor een balans tussen privéomstandigheden en werk, of wordt doorverwezen naar het maatschappelijk werk.

De reorganisatie heeft (tijdelijk) veel onrust bij medewerkers en onzekerheid met zich mee gebracht. Medewerkers voelen zich (nog) niet erg betrokken bij de nieuwe fusieorganisatie. Goede communicatie als fusieorganisatie is belangrijk en daar zal de komende tijd veel aandacht aan worden besteed. De organisatie bevindt zich in een ontwikkelingstraject, waarin het management keuzes zal moeten maken over wat centraal en decentraal wordt aangestuurd. Dat beleid moet duidelijk worden uitgedragen en consequent worden uitgevoerd.

Medewerkers ervaren dat sommige leidinggevend te begaan zijn met de medewerkers ('blijf maar lekker een dagje thuis') en irriteren zich aan medewerkers die zich in een korte periode twee keer ziek melden bijvoorbeeld voor hoofdpijn. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn van mening dat leidinggevend het gesprek zouden moeten aangaan met medewerkers die frequent verzuimen. Tot nu toe wordt er alleen een formulier ingevuld dat dan bij de bedrijfsarts terecht komt.

3.5.1 Factoren die samenhangen met een recente stijging van verzuim

Uit deze casus (C) zien we dat een aantal factoren voor een stijging in verzuim heeft geleid. De organisatie heeft net een fusie achter de rug, en dat heeft veel onrust en onzekerheid te weeg gebracht bij medewerkers. Dat heeft ertoe geleid dat medewerkers zijn vertrokken, zich niet betrokken voelen bij de nieuwe fusieorganisatie. Het uitdragen van een uniform AVR-beleid op alle niveaus in de organisatie, niet alleen op managementniveau, maar ook op uitvoerend niveau, is een volgende belangrijke stap. Leidinggevend gaan zeer verschillend om met ziekteverzuim ('willekeur') en leidinggevend, in dit geval regiomanagers hebben onvoldoende inzicht in de verzuimfrequentie van medewerkers en voeren geen actief verzuimbeleid ('vrijblijvendheid'). Een andere factor die bijdraagt aan een stijging van het verzuim is dat de bedrijfsarts pas in een laat stadium wordt ingeschakeld zonder dat de vraagstelling duidelijk is. De bedrijfsarts wordt medeverantwoordelijk gemaakt voor verzuim, en leidinggevend nemen in deze organisatie vaak een afwachtende houding aan.

Uit de gesprekken met sleutelpersonen van andere organisaties die tot deze categorie behoren is nog een aantal factoren naar voren gekomen die aan een recente stijging van het verzuim bijdragen. Een belangrijke factor is verslapping van de aandacht voor verzuim. Op het moment dat verzuim een 'project' is, daalt het ziekteverzuim in de organisatie zichtbaar, maar het verzuim neemt weer toe zodra de aandacht hiervoor verslapt. Een aantal leidinggevend en personeelsfunctionarissen geeft aan een verouderd werknemersbestand te hebben, dat zich volgens hen weer vertaalt in een hoger ziekteverzuimpercentage¹.

¹ Oudere werknemers (45 jaar en ouder) zijn overigens niet vaker ziek, maar als ze verzuimen duurt het herstel langer, zo blijkt uit de analyse van landelijke verzuimcijfers (www.vernet.nl).

3.6 Casus D: organisatie met een structureel hoog verzuim ('bad practice')

Het verzuim van deze grote organisatie, met een aantal locaties voor verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg, is structureel hoog, variërend van 9% in 2003 tot rond de 7% in 2007. Binnenkort vindt er een beleidsdag plaats waarin plannen worden gemaakt om het ziekteverzuim terug te dringen (bedrijfsfitness, kinderopvang, een kantine met gezonde voeding etcetera).

Er is geen duidelijk beleid op het gebied van verzuim. Onlangs heeft een RI&E plaatsgevonden; hieruit kwam onder andere naar voren dat medewerkers niet zo veel plezier in het werk hebben. Ook komen er veel meldingen van agressie door cliënten en van familieleden van cliënten; dat is een aandachtspunt voor het management. Verzuim krijgt vanuit het hoger management weinig aandacht binnen de organisatie, de greep op het verzuim is verslapt en er is de laatste jaren onvoldoende gebeurd om (kortdurend) verzuim terug te dringen.

Deze organisatie heeft problemen met de continuïteit van het management; er zijn veel interim-managers geweest. Een jaar geleden is de organisatie overgegaan van zorgcoördinatoren naar teamleiders, en de laag van zorgmanagers is eruit gehaald. Dat is een hele overgang, want nu zijn teamleiders verantwoordelijk voor het verzuim. Veel leidinggevenden zijn gewisseld en enkele huidige teamleiders hebben moeite met het houden van verzuimgesprekken en verzuimbegeleiding, en doen dit zo goed en kwaad als het kan. Teamleiders zijn aan het zoeken naar een nieuwe rol en verantwoordelijkheden.

Jaarlijkse evaluatiegesprekken met medewerkers vinden lang niet altijd plaats (het afgelopen jaar met een kwart van de medewerkers).

De ervaringen met de bedrijfsarts zijn niet positief: deze is soms te slap en heeft geen proactieve houding, aldus sommige geïnterviewde personeelsfunctionarissen. Zo wordt tegen een medewerker met rugklachten, gezegd: 'Kom over drie maanden maar terug'.

Tot voor kort was er sprake van een cultuur waarin verzuim 'normaal' was. Nu is de insteek: 'Je komt toch maar werken als je ziek bent' en dat zorgt voor incidenten tussen medewerkers en leidinggevenden. Medewerkers voelen zich gecontroleerd, niet verantwoordelijk voor elkaar en niet serieus genomen door de leidinggevende. De sfeer in de teams is een probleem, op veel afdelingen heerst onrust door de vele wisselingen van leidinggevenden en dat heeft een lange nasleep. Er is een strak beleid nodig, om te voorkomen dat teamleiders hun eigen gang gaan. Teamleiders worden individueel gecoacht en op afstand begeleid door de personeelsfunctionaris.

De werkdruk wordt door medewerkers als hoog ervaren, vooral de psychische druk. Werknemers geven aan behoefte te hebben aan een vertrouwenspersoon in de organisatie bij wie ze met emotionele problemen, zoals het overlijden van cliënten, terecht kunnen. Medewerkers hebben het gevoel dat ze niet ziek mogen zijn. Het gevolg is dat sommige medewerkers weer aan het werk gaan voordat ze hersteld zijn. Teamleiders kennen cliënten soms niet en weten onvoldoende wat er de werkvloer speelt. 'Afspraak is afspraak' (bijvoorbeeld bij het hanteren van het tilprotocol) wordt niet nageleefd en medewerkers communiceren niet open met elkaar. Medewerkers voelen zich niet serieus genomen en niet 'gehoord'.

De organisatie heeft problemen om medewerkers in dienst te houden bij een krappere wordende arbeidsmarkt. Bovendien is de problematiek van veel werknemers groot (laaggeschoold, alleenstaande moeders, met financiële problemen, die genoodzaakt zijn om veel uren te blijven werken en met klein sociaal netwerk). Goede werknemers vertrekken vanwege het ontbreken van voldoende ontplooiingsmogelijkheden binnen de organisatie.

3.6.1 *Factoren die bijdragen aan een hoog verzuim*

Bij de vorige casus (C) hebben we al gezien dat onvoldoende aandacht voor verzuim door directe leidinggevenden en het inschakelen van de bedrijfsarts, zonder dat daaraan een vraagstelling aan ten grondslag ligt, kunnen samenhangen met een stijging van ziekteverzuim.

Andere factoren die bijdragen aan een structureel hoog verzuim, zo blijkt uit deze casus (D), zijn het ontbreken van een duidelijk verzuimbeleid op organisatieniveau en te weinig aandacht van het management voor verzuim. In deze organisatie speelt mee dat de laag van zorgmanagers is vervangen door teamleiders: de rol en verantwoordelijkheden van teamleiders zijn niet duidelijk en teamleiders zijn niet competent en kundig om verzuimgesprekken te voeren. Ook zijn in deze organisatie veel leidinggevenden in korte tijd gewisseld, dat voor een slechte sfeer op de afdelingen leidt en tot onrust. Medewerkers voelen zich niet ondersteund en serieus genomen en voelen zich niet verantwoordelijk voor elkaar. Er is geen open communicatie. Er zijn veel onvervulde vacatures en de organisatie heeft moeite om goed gekwalificeerd personeel aan te trekken. Dit heeft gevolgen voor de werkdruk en de kwaliteit van zorg. Een aantal van deze factoren, zoals onduidelijk verzuimbeleid, incompetent managers en het ontbreken van een open communicatie, zien we terug bij andere 'bad practices'.

Uit de gesprekken met sleutelpersonen van andere organisaties die tot deze categorie behoren is een aantal andere factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op het ziekteverzuim. Zo is de insteek van een organisatie dat niet alle verzuim 'ziekteverzuim' is, en dat werknemers zorgverlof of vakantiedagen kunnen opnemen bijvoorbeeld bij ziekte van een kind. Ook geven andere organisaties met een structureel hoog verzuimcijfer aan dat het monitoren van verzuim te wensen overlaat. Bij managers heeft dit over het algemeen géén prioriteit en wordt beschouwd als 'papier rompslomp'. Managers zijn van hun informatie over verzuim afhankelijk van 'het verzuimbureau' of van personeelszaken. Verder moet de omslag van tolerantie op het gebied van ziekteverzuim ('ziek maar lekker uit') naar verzakelijking ('je meldt je alleen ziek als je echt ziek bent') in organisaties met een hoog verzuim nog worden gemaakt. Leidinggevenden voeren niet de regie bij verzuim en verzuimbegeleiding gebeurt onvoldoende.

3.7 **Ideeën voor verdere daling van verzuim**

Bijna alle managers van de deelnemende organisaties hebben het idee dat het ziekteverzuim nog wel omlaag kan, óók managers van organisaties met een (zeer) laag ziekteverzuimcijfer. *'De winst zit in het kortdurend verzuim, dat zou nog wel omlaag kunnen.'* Een manier om frequent, kortdurend verzuim te verminderen is, volgens managers, door medewerkers te informeren, te laten begrijpen wat voor gevolgen verzuim heeft voor de organisatie, voor de medewerkers en voor de kwaliteit van zorg en zich hiervan bewust te worden. *'Maar dan moet de werkgever ook wel de ruimte bieden aan medewerkers om een uurtje later te beginnen met werken, op het moment dat ze zich niet goed voelen. Geven en nemen: als je als organisatie wil dat medewerkers betrokken zijn, zul je hierin moeten investeren'*, aldus een geïnterviewde leidinggevende.

Slechts een enkele leidinggevende is van mening dat de grens van wat hij/zij 'reëel' (haalbaar doel) acht qua ziekteverzuim, bereikt is. *'Het landelijk gemiddelde is niet de maatstaf, maar wat is nou echt onvermijdbaar verzuim, daar gaat het om'.*

Eén leidinggevende zou graag zien dat zijn/haar team in financiële zin beloond wordt voor een laag verzuim, zodat de motivatie van medewerkers om langer door te werken bij bijvoorbeeld migraine, dan groter is. De extra financiering zou dan gebruikt kunnen worden voor (meer) individuele aandacht voor cliënten.

Een andere, moeilijke discussie die in één deelnemende organisatie speelt is of medewerkers jaarlijks op een risicovolle skivakantie mogen gaan, zo vertelt een manager. Datzelfde geldt voor de grieprik voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Een enkele geïnterviewde leidinggevende vraagt zich af hoeverre de werkgever verantwoordelijk is voor de gezondheid van zijn medewerkers, en in hoeverre medewerkers hierop aangesproken kunnen worden. Zo wordt er in de organisatie wel gecommuniceerd over verzuim, maar nog nauwelijks over 'gezond gedrag'. *'Dat zijn mensen die te veel roken, te vet eten, te weinig lichaamsbeweging hebben, en daardoor een grotere kans op kanker, hart- en vaatziekten en diabetes'.* Leidinggevend en geven aan dat op het gebied van een gezonde leefstijl nog veel te winnen valt. *'We zijn op dit moment bezig met een vitaliteitsprogramma, om mensen niet alleen fysiek in beweging te krijgen en gezonder te laten eten, maar ook sociaal, dat mensen zich beter in hun vel voelen, zich vitaler gaan voelen. Dat heeft, als het als goed is, effect op de manier waarop ze in hun werk staan'.*

3.8 Conclusies

Aan de hand van een beschrijving van de vier soorten organisaties, die variëren wat betreft ziekteverzuim, hebben we in dit hoofdstuk een beeld geschetst welke factoren bepalend zijn voor laag ziekteverzuim. We kunnen concluderen dat een duidelijk en streng verzuimbeleid, gecombineerd met een warme stijl van leidinggeven en een prettige werkomgeving bijdragen tot een laag verzuim. Verder zien we een wisselwerking tussen leiderschap, werksfeer en verzuim: goed management vertaalt zich in een prettige werksfeer, waardoor het voor medewerkers aantrekkelijker is om bij de organisatie te werken en het verzuim lager is. Datzelfde geldt voor een hoog verzuim: reorganisaties en fusies, discontinuïteit van het management en onduidelijk beleid zorgen voor veel onrust in de organisatie; als deze onrust gepaard gaat met incompetent managers op het gebied van verzuim, zal de werksfeer minder prettig zijn en zijn medewerkers minder betrokken bij de organisatie. De combinatie van deze factoren kan leiden tot een stijging van het verzuim.

Een zakelijke verzuimcultuur en 'er boven op zitten', als het om ziekteverzuim gaat, zijn belangrijke factoren voor een (structureel) laag verzuimcijfer. Veel deelnemende organisaties hebben de afgelopen jaren een omslag gemaakt van een verzuimcultuur, waarbij het heel gemakkelijk was voor medewerkers om zich ziek te melden naar

verzakelijking van de verzuimcultuur, waarin de nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van werknemers (zorgen voor een goede balans werk-privésituatie), bewustwording (wat betekent het voor de organisatie als ik me ziek meld), gericht op terugkeer in het werk (als je ziek bent, kun je nog altijd iets doen) en verminderde tolerantie (niet alle verzuim is ziekteverzuim). Deze cultuuromslag is in de deelnemende organisaties al wel gemaakt op het niveau van de managers en teamleiders, maar bij een aantal organisaties moet die omslag naar de medewerkers nog worden gemaakt. Uit de informatie van sleutelpersonen komt naar voren dat een zakelijke verzuimcultuur geen garantie is voor een laag ziekteverzuimcijfer. De combinatie met duidelijk beleid met betrekking tot verzuim en goed leiderschap is belangrijk. In een aantal organisaties heeft, zoals we eerder hebben aangegeven, een reorganisatie of een fusie plaatsgevonden, met als gevolg dat verantwoordelijkheden in de organisatie zijn verschoven (van hoofd zorg naar teamleiders), leidinggevend zijn ‘vervangen’ of overgeplaatst en dat medewerkers hebben moeten wennen aan nieuwe teamleiders en managers.

De hoogte van het ziekteverzuim wisselt sterk tussen organisaties, tussen locaties, maar ook tussen leidinggevend, zo blijkt uit de interviews met sleutelfiguren. Chargerend gezegd: de ene leidinggevende heeft een hoger en langduriger ziekteverzuim dan de andere, of in ieder geval frequenter. De stijl van leidinggeven verschilt enorm tussen managers en teamleiders, van heel ‘invoelend’ naar ‘op afstand’ en zakelijk. Wel is veelvuldig naar voren gekomen dat het belangrijk is dat leidinggevend ‘voelsprietten’ ontwikkelen voor dreigend ziekteverzuim, door betrokken te zijn bij de medewerkers, weten wat er speelt binnen het team en door in gesprek te gaan met medewerkers wanneer de sfeer niet goed is. De manier van aansturen van medewerkers is van invloed op de werksfeer en indirect op het verzuim, zo is de mening van een de meeste geïnterviewde leidinggevend en personeelsfunctionarissen.

Het voeren van de regie door managers, het voeren van verzuimgesprekken en veelvuldig contact van leidinggevend met medewerkers, worden als belangrijke aspecten ervaren voor verzuim. Nog niet alle leidinggevend zijn gewend aan hun nieuwe positie in de organisatie en hun verantwoordelijkheden. Zo vinden sommige leidinggevend het moeilijk om duidelijk te zijn tegen een werknemer, of vinden het lastig om medewerkers te confronteren met frequent verzuim. Organisaties die een hoog verzuim kennen, geven vaker aan dat leidinggevend onvoldoende vaardigheden hebben, en zeggen veel te investeren in verzuimcursussen voor managers, gesprekstechnieken en coaching. In de interviews met sleutelpersonen van alle niveaus in de organisatie is ‘aandacht’ voor verzuim het toverwoord gebleken. Volgens de geïnterviewde personeelsfunctionarissen gaat het verzuim omlaag op het moment dat er aandacht voor is binnen de organisatie, maar als de aandacht voor verzuim verslapt is dat ook te meteen te zien aan de verzuimcijfers. In organisaties waar de aandacht voor verzuim verslapt, komt dit doordat andere beleidszaken, bijvoorbeeld de invoering van zorgzwaartepakketten en -besteding, prioriteit krijgen, aldus de geïnterviewde leidinggevend.

‘Goed werkgeverschap’ staat bij enkele organisaties, vooral bij organisaties met een structureel laag verzuim, hoog in het vaandel. Zo wordt er veel aan gedaan om medewerkers aan de organisatie te binden, zoals feesten, kinderopvang en een prettige

werksfeer, vanuit de gedachte is dat het voor medewerkers plezierig moet zijn om in de organisatie te werken. Dat zorgt er weer voor dat medewerkers loyaal zijn en zich verantwoordelijk voelen, zodat ze zich minder snel ziek zullen melden.

Sleutelpersonen van alle deelnemende organisaties denken nog winst te kunnen halen uit het kortdurend verzuim, en hebben plannen waarmee ze het verzuimcijfer naar verwachting nog verder naar beneden kunnen krijgen. De ervaring wordt gedeeld dat een laag ziekteverzuimpercentage erg belangrijk is voor het werkproces, de medewerkers en de kwaliteit van zorg.

We kunnen concluderen dat een streng, zakelijk en duidelijk beleid, gecombineerd met persoonlijke aandacht voor verzuim en de medewerkers en goed management van direct leidinggevendenden de hoofdingrediënten zijn van laag ziekteverzuim.

Een groot aantal van deze beïnvloedende factoren is ook naar voren gekomen bij de analyse van organisaties met een recent gedaald ziekteverzuim. Andere factoren die met een daling van het verzuim samen kunnen hangen zijn recent ingevoerde AVR-maatregelen, de omslag van een cultuur waarin verzuim ‘normaal’ is naar een zakelijke verzuimcultuur, een terugkerende rust in de organisatie als gevolg van verandering van management (bijvoorbeeld van managers zorg naar teamleiders), van specifieke maatregelen zoals strenge selectie bij het aannemen van nieuw personeel of van factoren, zoals “toevallig” relatief minder langdurige zieken.

4 Implementatie van AVR-beleid in pilotprojecten

4.1 Methode

Management- en adviesbureau BMC heeft, parallel aan het onderzoek van het NIVEL, een kwalitatief praktijkonderzoek verricht met de opdracht te onderzoeken welke factoren samenhangen met een structureel laag ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen. In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 4 (zie paragraaf 1.2), namelijk of de interventies op het terrein van Arbo- Verzuim en Re-integratiebeleid die binnen de pilotprojecten door BMC zijn uitgezet, duurzaam zijn gebleken.

4.1.1 *Deelnemende organisaties en locaties*

In de voorbereidingsfase heeft BMC de tien pilotorganisaties benaderd. Dit zijn de organisaties die zichzelf in 2004-2005 hadden aangemeld als ‘pilot’ en daarmee blijf hebben gegeven van een speciale interesse in de verdere ontwikkeling van het AVR-beleid. Het onderzoek is aan de hand van gesprekken nader toegelicht door de BMC-adviseurs aan management en staf.

Vier van de tien pilotprojecten hebben deelgenomen aan het onderzoek van BMC. De overige zes organisaties stonden wel positief tegenover het onderzoek, maar wilden of konden op dat moment niet aan het onderzoek deelnemen vanwege teveel ontwikkelingen, veranderingen en onrust in hun organisatie. De belangrijkste redenen om *niet* mee te doen zijn:

- organisatieontwikkelingen (invoeren zorgzwaartebekostiging, fusietrajecten en marktwerking);
- verhuizing, renovatie en reorganisatie;
- kwaliteitstraject (HKZ, Keurmerk) en
- te veel andere onderzoeken (RI&E, tevredenheidsmetingen).

Vier van deze zes organisaties geven aan graag op een later tijdstip deel te willen nemen aan het onderzoek.

4.1.2 *Dataverzameling*

Het kwalitatieve praktijkonderzoek bestond uit interviews met directie, leidinggevenden, staf, leden van de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging, en bestudering van relevante AVR-stukken. De interviews werden gestructureerd en geanalyseerd aan de hand van een checklist die aan het eind van de literatuurstudie van NIVEL wordt geformuleerd, zoals in hoofdstuk 2 beschreven. In de voorbereiding heeft er nauwe afstemming tussen BMC en NIVEL plaatsgevonden om tot deze checklist te komen.

4.2 Resultaten

In deze paragraaf vatten we de ontwikkeling en resultaten van de bezochte pilotorganisaties drie jaar later, zoals beschreven door BMC, samen. Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten van het deelonderzoek verwijzen we naar de separate rapportage, onder verantwoordelijkheid van BMC (BMC, 2008).

4.2.1 *Bevindingen en resultaten van de implementatiefase*

De pilotorganisaties zijn, zo meldt het BMC-rapport, naar aanleiding van de bevindingen en aanbevelingen uit de evaluatiefase in 2005 aan de slag gegaan met meerdere thema's. De thema's waren onder andere: het verder opzetten van het AVR-beleid, uitvoering van Risico Inventarisatie & Evaluatie, herziening van de rol van de arbodienst, het verzuim- en re-integratiebeleid en de cultuur in de organisatie.

De organisaties zijn goed van start gegaan met de implementatie rondom bovengenoemde thema's. De doorlooptijd van de begeleide implementatiefase was echter te kort om de activiteiten af te ronden. Er waren echter meerdere 'good practices' zichtbaar. In de kleine pilotorganisaties is een start gemaakt met de inventarisatie van de risico's. In deze kleine organisaties valt op dat maatregelen snel doorgevoerd kunnen worden. In de grote pilotorganisaties is een slag gemaakt met het structureren en centraliseren van het AVR-beleid. Het beeld van de middelgrote pilotorganisaties is divers. De middelgrote organisaties met een divisiestructuur hebben een vergelijkbaar proces doorgemaakt als de grote organisaties. De middelgrote organisaties die al vergevorderd waren in hun AVR-aanpak hebben vooral geïnvesteerd in de ontwikkeling van het middenmanagement. Alle pilotorganisaties hadden goede voornemens door te gaan met de geplande activiteiten.

4.2.2 *Ontwikkelingen en resultaten naar aanleiding van de pilots drie jaar later*

Uit dit kwalitatieve praktijk onderzoek van BMC blijkt dat de vier pilotorganisaties hun aandacht richten op alle AVR-gebieden. Daarbij is het verzuimbeleid sterk ontwikkeld en goed geborgd in de organisatie en is het re-integratiebeleid steeds meer een onderdeel geworden van het verzuimbeleid. De re-integratie richt zich voornamelijk op het intern re-integreren en versneld terugkomen tijdens de verzuimperiode. Arbeidsomstandigheden krijgen nu veel aandacht en stapsgewijs wordt er beleid ontwikkeld. De verankering van het arbo-beleid in de organisatie is nog volop in ontwikkeling.

Op het gebied van samenhang van de afzonderlijke AVR gebieden en het personeelsbeleid is een kleine progressie te zien. Organisaties zijn zich steeds bewuster van de positieve effecten van integraal beleid. Stafdiensten zijn bezig met het integraal formuleren van de visie en de uitgangspunten. Het opzetten van integraal beleid staat hoog op de agenda van de (middel)grote organisaties.

De aandacht en interventies voor wat betreft verzuimaanpak en verzuimbegeleiding zijn, althans voor de vier pilot-organisaties, duurzaam gebleken. De versterking van de regierol van de leidinggevende is een trend die ingezet en verder ontwikkeld is. Een succesvolle randvoorwaarde hierbij blijkt de inzet van een centrale (staf)functionaris, die coacht en adviseert. De rol ligt, afhankelijk van de organisatie, bij de verzuimcoördinator, de personeelsadviseur en arbodeskundige. Er is geconstateerd dat het steeds opnieuw geven

van prikkels en aandacht noodzakelijk is om het verzuimbeleid levend te houden in de organisatie en specifiek bij de leidinggevenden.

Concrete en overzichtelijke acties uit de implementatiefase in 2005, zoals het evalueren van het contract met de arbodienst, het verduidelijken en eventueel versterken van de rol van de arbo-commissie, het versneld oplossen van langlopende arboknelpunten, het interviewen van medewerkers over wat hen plezier in het werk verschaft en het geven van tilcursussen, zijn afgerond volgens planning. Deze resultaten leiden niet automatisch tot vervolg- of herhalingsacties. Vervolgacties zijn sterk afhankelijk van individuele functionarissen en bij wisselingen in de bezetting gaat de nieuwe functionaris uit van eigen inzichten en bevindingen. Dit betekent dat borging van acties nog de nodige aandacht vraagt.

De meeste organisaties vinden het lastig de arbobeleidscyclus volledig te doorlopen. Het plannen en uitvoeren vindt plaats, maar evaluatie en borging gebeuren nog onvoldoende, ondanks goede intenties. Organisaties die een werkend kwaliteitssysteem hebben, lukt het steeds beter om volgens de verbetercyclus plan-do-check-act te werken.

Vertaald naar het ziekteverzuimpercentage is bij de pilotorganisaties op korte termijn een (sterke) daling van het percentage te zien als gevolg van de gerichte interventies. Het ziekteverzuimpercentage hangt sterk samen met de meldingsfrequentie. Na twee tot drie jaar is in de kleine organisaties een lichte stijging te zien en in (middel)grote organisaties treedt stabilisatie op van het ziekteverzuim.

4.3 Conclusies

De vier pilot-organisaties, waar implementatie van AVR-activiteiten heeft plaats gevonden, zijn in staat gebleken concreet geplande acties uit het pilotproject succesvol af te ronden en positieve resultaten te boeken in het terugdringen van het ziekteverzuim. Opvallend is dat er binnen deze organisaties duurzame aandacht is voor AVR-onderwerpen en dat zij steeds op zoek zijn naar (nieuwe) maatregelen die het ziekteverzuim nog verder kunnen terugdringen of kunnen stabiliseren in dynamische tijden waarin de V&V sector verkeert.

5 Terugblik op verwachtingen

In paragraaf 2.4 hebben we, op grond van de literatuur, verwachtingen geformuleerd die gericht zijn op een succesvolle implementatie van AVR-beleid (paragraaf 5.1) en verwachtingen over ‘good practices’ op het gebied van ziekteverzuim (paragraaf 5.2). In dit hoofdstuk integreren we de informatie uit de kwalitatieve deelstudies van NIVEL en BMC en kijken we terug in hoeverre de verwachtingen zijn uitgekomen.

5.1 Succesvolle implementatie van AVR-beleid

Organisaties die bij implementatie van nieuw AVR-beleid een meervoudige implementatiestrategie gebruiken, hebben meer kans op een succesvolle implementatie: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Een belangrijke randvoorwaarde voor het doen slagen van de implementatie blijkt een duidelijke en uniforme visie op AVR-beleid te zijn en de mate waarin deze visie door alle managementlagen wordt uitgedragen. Een duidelijke visie heeft positief effect op het terugdringen van ziekteverzuim.

Medewerkers informeren over nieuw AVR-beleid en betrekken bij projectgroepen op het gebied van verzuim zijn effectieve manieren om het beleid te implementeren in de organisatie, zo blijkt uit de interviews met sleutelpersonen. In alle deelnemende organisaties biedt een functionaris op AVR-gebied - zoals een AVR-medewerker, ergocoach, transfercoach, preventiemedewerker, HRM-adviseur, verzuimconsulent, fysiotherapeut of arbocoördinator - ondersteuning bij de implementatie van AVR-beleid. De AVR-functionaris heeft een signalerende functie als het gaat om verzuim, voert werkplekonderzoek uit, geeft adviezen, houdt de werkbelasting in de gaten, en verzorgt cursussen en scholingen bijvoorbeeld op het gebied van tiltechnieken. Hij/zij coördineert en bewaakt het AVR-beleid in overleg met direct leidinggevenden, zoals teamleiders en managers. *‘Dat is het voordeel van een preventiemedewerker: zij bewaakt en initieert voortdurend de plannen, stelt ze bij en voert ook zelf een aantal zaken uit, zoals het promoten van griepvaccins voor medewerkers’.* De ervaringen met de AVR-functionaris zijn overwegend positief en worden als gezien als belangrijke schakel op het gebied van preventie van ziekteverzuim.

Organisaties met een open communicatieklimaat hebben meer kans op een succesvolle implementatie: er is geen directe relatie gevonden.

Communicatie is een belangrijk onderdeel van de implementatie van AVR-beleid. De wijze van communiceren is van invloed op de beleving van medewerkers om serieus genomen en gehoord te worden, en kan op die manier leiden tot een laag verzuim.

In de interviews met leidinggevendenden is aangegeven dat ‘*communiceren over waar je als organisatie mee bezig bent*’, erg belangrijk is. Communicatie over het verzuimbeleid en het informeren van medewerkers - wat is verzuim en hoe ga je daar als organisatie mee om - maken hier onderdeel van uit. De meeste geïnterviewde managers geven aan te communiceren over het AVR-beleid, maar de manier waarop en de mate waarin de communicatie plaats vindt, lopen nogal uiteen.

‘Verzuim’ staat in alle deelnemende organisaties op de agenda van het teamoverleg, maar bij de meeste organisaties wordt alleen het aantal ziekmeldingen genoemd en hoe hoog het verzuimpercentage de afgelopen maand was; bij een laag ziekteverzuim complimenteren de teamleiders de medewerkers, bij een hoog ziekteverzuim wordt hier nauwelijks dieper op ingegaan, in de zin van het zoeken naar oplossingen. Dat geldt zowel voor organisaties met een laag verzuim als voor organisaties met een hoog verzuim, en is een aandachtspunt.

5.2 ‘Good practices’ op het gebied van verzuim

Organisaties met een gestructureerd AVR-beleid hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Een gestructureerd AVR-beleid helpt de organisatie gericht te sturen op arbeidsomstandigheden en verzuimaanpak. Een duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden op het gebied van verzuim, een goede verzuimregistratie en het monitoren van verzuim, dragen bij tot laag verzuim.

Uit de bestudering van de AVR-stukken blijkt dat het AVR-beleid van de deelnemende organisaties op papier staat en dat de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van verzuim zijn geregeld. Er is veel materiaal over arbobeleid op schrift gesteld, zoals een transfer- en tilprotocol, een protocol ziekmelding en verzuimformulieren. Ook hebben, zoals eerder vermeld, alle deelnemende organisatie één of meerdere AVR-medewerkers in dienst.

Als het gaat om de registratie van verzuim en de wijze waarop verzuim wordt gemonitord, zien we verschillen tussen organisaties. Kortweg, voor organisaties met een laag verzuim is verzuimregistratie en het monitoren van verzuim een stuurmiddel, voor organisaties met een hoog verzuim wordt verzuimregistratie als ballast ervaren en wordt verzuim nauwelijks gemonitord.

Organisaties met een integraal personeelsbeleid hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er is geen directe relatie gevonden.

De integraliteit van het personeels- en AVR-beleid blijkt in dit onderzoek niet in alle organisaties direct van invloed te zijn op de verzuimcijfers. In de meeste kleine organisaties is het ziekteverzuimpercentage relatief lager en zijn het juist de kleine organisaties die het beleid beperkt en niet integraal beschreven hebben.

In de meeste deelnemende organisatie is het verzuimbeleid gekoppeld aan functioneringsgesprekken en loopbaanontwikkeling, maar tegelijkertijd zijn bijna alle geïnterviewde personeelsfunctionarissen van mening dat het personeelsbeleid (nog) niet integraal genoeg is. In de meeste organisaties vinden (jaarlijks) evaluatiegesprekken met medewerkers plaats. Niet alle organisaties gaan consequent om met het voeren van functioneringsgesprekken, zo blijkt uit de interviews met leidinggevend. In één organisatie met een structureel hoog verzuim is dat slechts voor een kwart van de medewerkers gebeurd. Volgens een andere geïnterviewde manager is het échte contact met medewerkers belangrijker dan evaluatiegesprekken. *'Functioneringsgesprekken zijn maar hulpmiddelen. Een goede manager weet echt wel of een medewerker ambities heeft. Die praat daar wel een keertje over bij de koffie. Het is ook wel eens goed om te kijken of een medewerker op de goede stoel zit, maar ik heb niet de illusie dat het verzuim daardoor minder wordt'*.

Organisaties die de arbo-beleidscyclus gebruiken, hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Organisaties met een goed-draaiende beleidsverbetercyclus (plan-do-check-act) op zowel organisatie- als locatieniveau, zijn beter in staat structurele aandacht aan AVR-beleid te geven. Een goed werkende arbo-beleidscyclus vergroot de tevredenheid van de medewerkers over de arbeidsomstandigheden. Medewerkers vinden het vooral belangrijk te merken dat knelpunten zichtbaar opgelost worden.

Uit de interviews komt naar voren dat de arbo-beleidscyclus in deelnemende organisatie vaak maar gedeeltelijk gebruikt wordt. Van tijd tot tijd wordt in organisaties wel een RI&E gehouden en de punten die daaruit naar voren komen worden meegenomen in een plan van aanpak. Ook wordt in de meeste deelnemende organisaties een medewerkertevredenheidonderzoek gehouden, variërend van jaarlijks onderzoek tot incidenteel. Organisaties geven aan de tevredenheid van de medewerkers erg belangrijk te vinden. Van de andere kant vindt er vaak geen evaluatie plaats van de punten die uit de analyses naar voren zijn gekomen, wordt te weinig gedaan met de uitkomsten van het onderzoek, en zou er meer uitgehaald kunnen worden, vooral op preventief gebied. Eén van de onderwerpen in het medewerkeronderzoek is 'belasting'. Deze uitkomsten hiervan worden wel serieus bekeken door het management. *'Als je een arbo-beleidscyclus goed afwerkt, en die daadwerkelijk wordt opgevolgd, dan werkt het prima. Dat geldt ook voor verzuim. Je maakt een goede analyse, gaat kijken welke punten je moet aanpakken, deze pak je dan aan en evalueer je. Dan zie je dat het effect heeft'*.

Organisaties die veel middelen en maatregelen hebben genomen, hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Alle deelnemende organisaties zetten meerdere middelen en maatregelen in ten behoeve van de preventie en de aanpak van het ziekteverzuim. Nieuwe impulsen blijken over het algemeen effect te hebben op het terugdringen van het ziekteverzuim op korte termijn. Succesvolle borging en het geven van continue aandacht spelen een rol in het stabiliseren van het ziekteverzuimpercentage.

Preventieve maatregelen

In de deelnemende organisaties wordt veel aandacht besteed aan preventieve maatregelen ter voorkoming van verzuim; dat geldt zowel voor organisaties met een laag verzuim als organisaties met een hoog verzuim. Leidinggevenden zien ‘gezond roosteren’ als één van de manieren om te voorkómen dat werknemers uitvallen wegens ziekte en proberen zo veel mogelijk rekening te houden met de wensen van verpleegkundigen en verzorgenden over het dienstrooster. Als medewerkers bijvoorbeeld last van hun rug hebben, wordt er op gelet dat ze geen diensten alleen draaien (nachtdiensten) en dat er voldoende roostervrije dagen zijn. Leidinggevenden sporen medewerkers ook aan hier op te letten en vinden dat ze hier een eigen verantwoordelijkheid hebben. Daarbij zien ze verschillen tussen medewerkers: *‘Sommige medewerkers lopen gewoon door en anderen geven op tijd aan als ze het niet meer trekken. Ik plan liever een roostervrije dag extra dan dat medewerkers zich ziek melden’.*

Eén organisatie met een laag verzuim heeft een ‘wensenschrift’ waarin medewerkers bijvoorbeeld kunnen aangeven dat ze een avond in de week vrij willen. Een andere organisatie, die een wisselend beeld laat zien in verzuimcijfers tussen locaties, is minder meegaand en vindt dat er soms een grens wordt bereikt wat voor de organisatie mogelijk is: *‘Ik vind dat wij zelf het nodige doen om werknemers niet onnodig te belasten met te zware diensroosters. Maar soms wil iemand helemaal geen avonddiensten meer draaien of nachtdiensten. Dan zeggen we: ga maar even bij de bedrijfsarts langs, om te regelen dat het op medische grondslag gebeurt. We proberen een beetje een drempel in te bouwen en dat het niet om willekeur gaat. Want sommigen vinden het wel lekker om vanwege privéredenen niet meer te ’s avonds te hoeven werken’.*

De Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) registratie heeft betrekking op de veiligheid van medewerkers, zoals valincidenten en verwondingen en agressie. Op het MIM-formulier wordt ingevuld of het incident voorkómen had kunnen worden en wat er aan gedaan is om te voorkomen dat het voorval zich nog eens voordoet. Op het moment dat zich op een bepaalde afdeling of team veel incidenten voordoen, bijvoorbeeld op het gebied van agressie, worden er, op initiatief van de personeelsfunctionaris, gesprekken gevoerd met de betreffende teamleider en medewerkers om te bekijken wat er aan de hand is en wordt een ‘agressie cursus’ aangeboden. In een enkele organisatie wordt de psycholoog ingeschakeld, als medewerkers niet goed weten om te gaan met een agressieve cliënt. De mogelijkheid bestaat om video-interactie toe te passen en om te bekijken wat medewerkers eventueel kunnen doen om de agressie van cliënten te beperken of te voorkómen.

In een enkele organisatie wordt jaarlijks een ‘voorlichtingsdag’ gegeven aan verpleegkundigen en verzorgenden om nek- en schouderklachten te voorkómen.

Procedurele maatregelen

Verpleeg- en verzorgingshuizen regelen in het kader van de arbo-eisen veel zaken om te voorkomen dat werknemers verzuimen, op het gebied van tillen, transfer en veiligheid.

Naast een verzuim- en transferprotocol zijn de volgende voorbeelden genoemd:

(plafond)tilliften, hoog-laag bedden, het gebruik van steps in lange gangen, het plaatsen van bordjes ‘slipgevaar’ in gangen waar net gedweild is, een goede medicijnmaler, aanpassen van de bureau-stoelverhouding, reguleren van de temperatuur enzovoorts. Het gebruik van tilliften wordt echter nogal eens nagelaten door medewerkers, zo komt in de interviews met verpleegkundigen en verzorgenden naar voren. Ook werkt de tillift niet goed bij een hoogpolig tapijt en het gebruik ervan kost relatief veel tijd. In de praktijk bestaan wel afspraken over het gebruik van tilliften, maar vooral jongere medewerkers zien de noodzaak er vaak onvoldoende van in.

Verder wordt aangegeven dat het voor arbotechnische zaken veel uitmaakt of er sprake is van een oud gebouw of nieuwbouw. *‘Er is een groot verschil tussen oudbouw en nieuwbouw natuurlijk. Je accepteert dat de fysieke belasting in de oudbouw wat hoger is en de werkdruk wat hoger ligt. Een deel zal zich oplossen als we de komende jaren naar de nieuwbouw gaan’.*

Re-integratiemaatregelen

Begeleiding en re-integratie van (langdurig) zieke werknemers is over het algemeen een tijdrovende en administratieve bezigheid, zo blijkt uit de interviews met managers. In de meeste organisaties zijn er protocollen voor en een heel duidelijke plan van aanpak: wat doe je in de eerste week en wat in de tweede week.

Re-integratie in het eigen werk, zo is de ervaring van geïnterviewde managers, gaat vaak goed en dat kan stapsgewijs. Moeilijker ligt het voor werknemers die niet terug kunnen naar hun eigen functie. Eén organisatie heeft een re-integratieadviseur die samen met de werknemer gaat bekijken of hij/zij bereid is ander werk te gaan doen. Andere organisaties schakelen een arbeidsdeskundige van een extern bedrijf in als ‘objectief deskundige’. Een leidinggevende: *‘Dan plaats je het buiten jezelf als werkgever. Als je als werkgever met een medewerker in gesprek gaat, ontstaat al snel iets van: ‘ze willen van me af’. Voor een medewerker is het gemakkelijker om zichzelf bloot te geven’.*

De meeste geïnterviewde leidinggevenden ervaren re-integratie van zieke werknemers als een pijnlijk proces: medewerkers zijn verknocht aan het beroep dat ze hebben gekozen.

Tegelijkertijd geven leidinggevenden aan dat het voor de organisatie belangrijk is om medewerkers sneller op een ander spoor, zoals een ander vak of omscholen, te krijgen.

Een citaat van een leidinggevende: *‘Medewerkers hebben de neiging om die keuze uit te stellen, en dat is logisch, want het is nogal ingrijpend. Maar wij constateren dat we weer eens naar ons langdurig ziektelijstje kijken van ‘het duurt te lang’. Er speelt dan nog onderzoek, en dan moet er weer advies worden gevraagd, en voordat je het weet is een medewerker dan al bijna een jaar ziek. Dat moeten we nog scherper krijgen’.*

In de meeste organisaties wordt in een maandelijks overleg met de locatiemanager, personeelsfunctionaris en teamleider per ziekmelding besproken welke acties er zijn ondernomen, wat hier het resultaat van is en wat er nog nodig is om de betreffende medewerker weer aan het werk te krijgen.

Organisaties met leidinggevenden met een actieve stijl van leidinggeven bij verzuim, hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

De wijze waarop de leidinggevende zijn of haar taken uitvoert is een cruciale factor in het terugdringen van het ziekteverzuim. Naast de rol van de direct leidinggevende blijkt het van belang te zijn dat op alle niveaus in de organisatie de visie op AVR en specifiek op ziekteverzuim uitgedragen wordt. Medewerkers geven aan dat het optreden van hun direct leidinggevende zeer bepalend is, maar dat de leidinggevende de organisatie daarbij nodig heeft.

Actieve stijl van leidinggeven

‘Goed management is echt de sleutel. Zij moeten het doen, anders red je het niet als organisatie’, zo is de mening van het hoger management. De stijl van leidinggeven, zo blijkt uit de interviews met leidinggevenden, personeelsfunctionarissen en verpleegkundigen en verzorgenden, wordt als één van de meest cruciale factoren beschouwd voor een laag ziekteverzuim. ‘Daar zie je af en toe fluctuaties in, verschil tussen de ene leidinggevende en de andere, hoe dicht ze er op zitten. De ene spreekt de medewerkers er direct er op aan, de andere denkt: och, het zit me wel gebakken’. Een ‘goede’ leidinggevende is iemand die er is voor de medewerkers en er voor gaat, maar wel duidelijkheid uitstraalt over het beleid ‘zo doen wij het hier’. ‘Het inleven in jouw medewerkers, luisteren, medewerker serieus nemen, je pappenheimers kennen, een vertrouwensband opbouwen, weten wat er speelt binnen je team’ is veelvuldig genoemd als middel om verzuim te hanteren en zo veel mogelijk te beperken. Een medewerker laat zich lovend uit over haar leidinggevende: ‘Je ziet dat ze aandacht heeft voor de mensen, ook voor de bewoners hier, en dat moet je gewoon hebben. Dan durf je ook bij zo iemand naar binnen te stappen. Ze is gewoon heel toegankelijk’.

Voeren van verzuimgesprekken

Het voeren van verzuimgesprekken wordt opgevat als een belangrijke factor om het ziekteverzuim te beïnvloeden, zo blijkt uit de interviews met managers en teamleiders. Doorgaans wordt er door de organisaties vanuit gegaan dat iemand twee keer per jaar ziek kan zijn, bij de derde keer valt het op en is iemand vaker ziek dan gemiddeld. Dan vindt er een verzuimgesprek plaats met de direct leidinggevende (teamleider); in een enkel geval is de personeelsfunctionaris bij het gesprek aanwezig ter ondersteuning van de teamleider. In het verzuimgesprek wordt aan de medewerker gevraagd wat er aan de hand is en hoe het komt dat hij/zij zo vaak ziek is. Soms komen medewerkers dan zelf tot inzicht en besluiten minder uren te gaan werken.

Verzuimbegeleiding

Bij verzuimbegeleiding is het ook van belang dat managers en teamleiders de ‘regie in handen hebben’ bij werkhervatting en de vinger aan de pols houden, zo luidt de opvatting van leidinggevenden en personeelsfunctionarissen. Dat werd nadrukkelijk benoemd door sleutelpersonen van organisaties met een laag ziekteverzuim. Deze ‘regierol’ bestaat dan uit regelmatig contact met de zieke werknemer, arrangeren van een gesprek met de medewerker van het verzuimbureau of de arbo-arts, het maken van duidelijke afspraken enzovoorts. In de praktijk vinden leidinggevenden het soms ‘lastig’ om met medewerkers

met psychische problemen om te gaan en welke eisen ze mogen stellen: *‘De ziekmelding is nu twee weken geleden. Voor zover ik begreep is het nu weer een beetje rustig in de relatie en ik vind het wel weer tijd dat ze komt werken. En ja, als ik mezelf bekijk, ik zou me niet kunnen voorstellen dat ik me voor zoiets ziek meld maar ja, je kunt niet alles met jezelf vergelijken. Ik heb haar net gebeld, maar ze was niet thuis....’*

Aanbieden van aangepast werk

Tussen organisaties onderling zijn grote verschillen, zo bleek uit de interviews met leidinggevenden, in de snelheid en de creativiteit waarmee leidinggevenden zieke werknemers aangepast werk aanbieden en gericht zijn op terugkeer van de werknemer in het arbeidsproces. Dit verschil komt overigens niet tot uitdrukking in het ziekteverzuimpercentage. Opvallend is dat sommige organisaties hun uiterste best doen om medewerkers ‘binnen boord te houden’, andere organisaties richten zich veel minder op de terugkeer van zieke medewerkers. Een voorbeeld: *‘Je hoopt dat ze binnen de stichting nog werk krijgt, wat voor haar natuurlijk een vertrouwde omgeving is. Ze is gewoon een voorbeeldmedewerker voor de stichting. En dat soort goede mensen raak je niet graag kwijt’*. Een ander voorbeeld van hoe met ziekteverzuim wordt omgegaan: *‘Als je hier niet uitvoerend verzorgend kunt werken, ben je per definitie arbeidsongeschikt. Als je dan wel in de huiskamer zit, heb je nog wel enige toegevoegde waarde, maar je bent toch veel minder inzetbaar dan je oorspronkelijke taak met zich mee zou brengen. Dus in de verzorging lig je er vrij snel uit hoor’*.

Over het algemeen wordt het door zieke medewerkers als zeer positief ervaren als er een nieuwe werkplek is gecreëerd en voelen medewerkers zich gewaardeerd. Ook heeft het ‘goed zorgen voor het personeel bij ziekte’ een positieve uitstraling op het team.

Aandragen van oplossingen bij dreigend ziekteverzuim

De geïnterviewde leidinggevenden zijn unaniem van mening dat de combinatie van werk en privéomstandigheden, bijvoorbeeld een ernstig ziek kind, er toe leiden dat medewerkers overbelast raken en zich ziek melden. *‘Vaak ligt de overbelasting in de thuissituatie, en dat is lastig om grip op te krijgen en aan te sturen’*, zo luidt de ervaring. Uit de gesprekken met leidinggevenden blijkt dat organisaties heel uiteenlopend omgaan met dreigend ziekteverzuim. Enkele organisaties gaan erg ver in het meedenken met medewerkers en het aandragen van oplossingen voor de combinatie van werk en privéomstandigheden van medewerkers; zij vinden het belangrijk om medewerkers hierin te ondersteunen bijvoorbeeld door het (tijdelijk) aanpassen van dienstroosters, een medewerker tijd te gunnen om de zaken thuis goed te regelen, verwijzen medewerkers met financiële of psychische problemen door naar de eerstelijnszorg en proberen gezamenlijk tot een oplossing te komen. Managers stellen zich wel de vraag hoever ze hiermee als werkgever moeten gaan, en waar de scheidslijn ligt tussen eigen verantwoordelijkheid van de werknemer en verantwoordelijkheid van de werkgever, en tussen privéomstandigheden en werk. *‘Vaak is het werk de druppel, maar loopt de emmer ergens anders vol. Als de kwaal voor 20% in de organisatie ligt en 80% buiten de deur, dat is gewoon moeilijk’*.

Sommige leidinggevenden gaan soepel om met ‘het samen iets regelen’ met werknemers in geval van nood, omdat ze uit ervaring weten dat dezelfde medewerkers dan ook klaar staan voor de organisatie als andere collega’s in problemen komen: *‘Die onderlinge*

solidariteit, die vanzelfsprekendheid, er is toch geen mooier motief om te zeggen, natuurlijk help ik mee'.

Eén organisatie stelt zich minder coulant op, vanuit de visie dat werknemers een verplichting zijn aangegaan met de werkgever, dat werknemers er zelf voor moeten zorgen dat ze hun werk naar behoren kunnen uitoefenen en dat de werkgever geen oplossingen hoeft aan te dragen voor privéproblemen. Uitgangspunt van het beleid is dat niet alle verzuim ziekteverzuim hoeft te zijn. Bij overlijden van een familielid moet verlof worden opgenomen, en er kan zorgverlof worden gegeven als een medewerker geen oppas heeft of een ziek kind thuis. *'Dat zijn omstandigheden die onder de verantwoordelijkheid van de werknemer vallen en daar hoeft de werkgever niet voor te zorgen. Ik als werkgever hoef niet zover te gaan dat ik diensten en roosters ga aanpassen, omdat dat beter uit zou komen. Werknemers leggen de verantwoordelijkheid te snel bij de werkgever neer'.*

Organisaties met leidinggevenden met adequate kennis, vaardigheden en attitude op het gebied van AVR-beleid hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Het vergroten van kennis en vaardigheden van de leidinggevenden staat hoog op de agenda van de meeste organisaties. Binnen organisaties waar leidinggevenden getraind zijn in vaardigheden zoals gespreksvoering, verzuimgesprekken, confronteren met gedrag en onderhandelen tijdens verzuimbegeleiding, is kort na de training veelal een daling van het ziekteverzuim te zien. Het effect op de langere termijn hangt samen met een blijvende actieve houding van de leidinggevende.

Kennis, vaardigheden en attitude met betrekking tot verzuim en re-integratie

Een aantal geïnterviewde leidinggevenden is van mening dat de manier van aansturen, de stabiliteit daarin, het gestructureerd werken en de plannen die er worden gemaakt gegarandeerd een effect hebben op verzuim. *'Het goed managen van teams, heeft zijn uitstraling op de werksfeer en dat zorgt weer voor een laag ziekteverzuim.*

Leidinggevenden spelen een belangrijke rol'.

De kwaliteit van leidinggevenden, het deskundigheidsniveau en gesprekstechnieken is een aantal organisaties met hoog verzuim benoemd als punt van aandacht. In een tweetal organisaties is de laag van managers zorg opgeheven, en vervangen door teamleiders. Voorheen lag de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim bij de manager zorg, na de reorganisatie zijn teamleiders verantwoordelijk voor de zorg, en dat is voor hen nieuw. Ook is een aantal zorgcoördinatoren bevorderd tot teamleider, en zij hebben hiermee een andere rol binnen de organisatie en het team gekregen. Niet alle teamleiders hebben zich nog voldoende weten aan te passen aan de nieuwe situatie, en krijgen daarbij ondersteuning van de personeelsfunctionaris, zo blijkt uit de interviews. Er wordt veel aandacht besteed aan coaching en begeleiding van leidinggevenden. *'Soms komt een leidinggevende naar me toe en zegt, ik weet niet wat ik met deze medewerker aan moet. Dat bespreek je dan met elkaar en spreek je stappen af.'*

Leidinggevenden zouden vooral geschoold moeten worden op communicatietechnieken en het leren omgaan met psychische klachten, zo vertelt een personeelsfunctionaris van een organisatie met hoog verzuim. *'Dat is volgens mij hier het overgrote deel van het*

verzuim. Daar is heel veel onduidelijkheid in. Men weet ook niet zo goed, wat is dan erg en wanneer kun je wel en wanneer niet werken. Als die kennis er zou zijn dan kan je daar makkelijker op aansturen. Dan wordt het ook duidelijker in een organisatie. Nu leeft het beeld: als je psychische klachten hebt, moet je gewoon aan het werk. Dat verhoogt het welzijn natuurlijk niet in een organisatie'.

Voorbeeldgedrag laten zien

Volgens een geïnterviewde manager is het belangrijk om het beleid goed op orde te hebben, maar beleid is alleen maar papier. Gedrag is uitermate belangrijk voor verzuim. *'Je hebt als teamleider altijd te maken met voorbeeldgedrag. Ik heb vaak migraine en dan werk ik altijd zo lang mogelijk door, omdat ik weet dat medewerkers zich anders ook ziek gaan melden bij migraine. Goed voorbeeld doet goed volgen'.*

Organisaties met een zakelijke verzuimcultuur hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Er is een trend waarneembaar naar verzakelijking van de aanpak van verzuim. De mate waarin de verzakelijking is doorgevoerd in het handelen van leidinggevend en uitvoerende medewerkers wordt zeer divers beleefd. Ook werd aangegeven dat het belangrijk is dat leidinggevend een meer zakelijke benadering hanteren zonder dat dit leidt tot verlies van zorg, begrip en respect voor medewerkers.

Zakelijke verzuimcultuur

De wijze waarop met ziekteverzuim wordt omgegaan en de opvattingen die er in de organisatie ten aanzien van verzuim leven (een 'zakelijke verzuimcultuur'), wordt door geïnterviewden sleutelpersonen gezien als één van de belangrijkste factoren voor een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel. In bijna alle deelnemende organisaties zijn duidelijke richtlijnen op papier opgesteld over de rechten en plichten van de werknemer en de werkgever over verzuim, bijvoorbeeld in de vorm van een verzuimprotocol. In de gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden bleek dat deze informatie ook bekend is.

De procedure van ziekmelding is in vrijwel alle deelnemende organisatie hetzelfde: een medewerker meldt zich altijd ziek bij de leidinggevende, en neemt in de loop van de dag zelf nog even contact op. De leidinggevende gaat na wat er aan de hand is, vraagt aan de medewerker wat hij/zij heeft gedaan om te herstellen en bespreekt de mogelijkheden om weer aan het werk te gaan, al dan niet op arbeidstherapeutische basis of ter ondersteuning van de zorg.

Ziekteverzuim is een grijs gebied, zo geven leidinggevend aan, en ligt heel gevoelig bij medewerkers. Dat blijkt inderdaad uit de gesprekken met medewerkers. Enerzijds zijn medewerkers het eens met een streng verzuimbeleid, vinden ze het verzuimbeleid rechtvaardig en accepteren ze het ook. *'Het beleid is zakelijk, maar ook noodzakelijk, want er zijn collega's die gaan zich voor elk klein dingetje ziek melden. En nu krijgen ze de kans niet meer om lang ziek te blijven'.* De meeste geïnterviewde verpleegkundigen en verzorgenden hebben geen moeite met het strenge verzuimbeleid en ervaren de contacten bij ziekte niet als 'pushen'. *'Het moet van twee kanten komen. Ik was allang blij dat ik*

weer wat kon doen, weer even onder de mensen'.

Van de andere kant vindt een aantal medewerkers dat de organisatie af en toe doorslaat: *'Je mag hier niet ziek zijn. Je hebt geen tijd om te herstellen'.*

De verzakelijking van de verzuimcultuur kan er ook toe leiden dat medewerkers het moeilijk vinden om zich ziek te melden en te lang doorwerken. *'Ik durf me niet goed ziek te melden. Het wordt je niet in dank afgenomen als je ziek bent, want ons ziekteverzuim is best hoog. Het is ook heel zwaar werk op de afdeling, en anderen moeten dan een stapje harder lopen. Ik probeer zo lang mogelijk door te gaan, totdat het echt niet meer gaat'.* Soms ervaren medewerkers het contact met de leidinggevende als controle: *'Vorig jaar had ik echt de griep en toen ben ik drie keer gebeld. Ik ben in al die jaren dat ik hier werk nooit ziek geweest en daar voelde ik me heel rot over. Het is alsof ze niet vertrouwen'.*

Bewustwording

Een andere factor die van invloed is op verzuim, is de bewustwording van medewerkers over het aantal keren dat ze verzuimen en wat dit betekent voor de organisatie.

'Medewerkers zijn zich vaak niet eens bewust dat ze zo vaak ziek zijn'. Een aantal organisaties, vooral de organisaties met een hoog ziekteverzuim, gaat hier erg ver in. Leidinggevend zijn van mening dat verzuim so wie so deel moet uitmaken van elk werkoverleg, en er voor zorgen dat medewerkers zich ervan bewust zijn: *'Bewustmaken, daar gaat het om. Je hebt rechten en plichten als werkgever, maar ook als werknemer natuurlijk. Je verhuurt je voor een bepaalde dienst met een bepaalde beloning. Wat moet je er dan voor leveren?'*

Aanspreken op verantwoordelijkheden

Medewerkers spreken elkaar ook aan op verzuim van collega's, bijvoorbeeld bij verzuim op de dag na een feestje.

De grootte van de organisatie kan ook een rol spelen bij ziekmeldingen. Het voordeel van een kleine organisatie, zo werd aangegeven, is dat de betrokkenheid tussen medewerkers groter is ('dat je er voor elkaar bent') en dat mensen zich meer verantwoordelijk voelen. Van de andere kant is de sociale controle groter, en dat is een beetje een stok achter de deur voor medewerkers om zich minder snel ziek te melden. *'Het is hier een dorpsgemeenschap. Je wilt niet buiten de boot vallen, dan pas je wel wat meer op. Terwijl het bij een grotere organisatie waarschijnlijk minder opvalt als je vaker ziek bent.'*

Organisaties met een goede samenwerking met de arbodienst hebben een relatief laag ziekteverzuimpercentage: er zijn aanwijzingen voor gevonden.

Opvallend is dat organisaties kritisch kijken naar de rol en bijdrage van de arbodienst en duidelijk zijn in de verwachtingen. De ervaringen met de arbodienst zijn wisselend. Een proactieve, klantgerichte houding van de bedrijfsarts en een goede aansluiting bij de organisatie en interne afspraken, zijn genoemd als succesfactoren voor laag verzuim.

Afspraken over taken en verantwoordelijkheden

Over het algemeen komt uit de interviews naar voren dat organisaties met een laag verzuim de taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts duidelijk afgebakend

hebben, en dat het management verantwoordelijk is voor verzuim. Medewerkers die langdurig ziek zijn, gaan in bijna alle deelnemende organisaties na de tweede week van ziekmelding naar de bedrijfsarts. De arbo-arts wordt dan ingeschakeld als er vanuit de medische kant bekeken moet worden wat de mogelijkheden zijn om te integreren en wat de beperkingen zijn. Dat gaat in gezamenlijk overleg tussen leidinggevende en werknemer.

Enkele deelnemende organisaties proberen de arbodienst juist zo veel mogelijk buiten de deur te houden, vanwege de hoge kosten of omdat ze een laag ziekteverzuim hebben. *'Het is de vraag of je dan een spreekuur moet hebben'*. Zo heeft één organisatie een bedrijfsmaatschappelijk werkster in dienst genomen, waar medewerkers naar toe kunnen bij problemen. *'Korte lijnen, ook als het nodig is door te verwijzen naar de eerstelijns psycholoog. Want heel veel kan door het bedrijfsmaatschappelijk werk worden opgelost'*. De ervaringen met de maatschappelijk werkster zijn zeer positief, maar de onafhankelijkheid is wel een punt. *'We merken wel dat medewerkers en leidinggevenden daar een vraagteken bij zetten. Wat vertel je nog wel tegen je werkgever? Hier is dan extra communicatie voor nodig, om duidelijk te maken dat de gegevens vertrouwelijk zijn'*. In organisaties met een hoog verzuim komt het voor dat managers zich verschuilen achter het advies van de bedrijfsarts en medewerkers naar de bedrijfsarts sturen zonder aan te geven waarom.

Maatwerk

Over het algemeen zijn de ervaringen van de managers met de arbo-arts positief, op wat strubbelingen en meningsverschillen na. Sommige leidinggevenden betreuren het dat de bedrijfsarts niet proactief is, en in een enkel geval wordt de arbo-arts beschouwd als de vakantieman: *'Als je daar naar toe gaat, krijg je er nog twee weken bij'*. De meeste organisaties proberen een gerichte vraagstelling mee te geven aan de arbo-arts, maar dat is veelal nog in ontwikkeling: *'Sommige leidinggevenden zeggen heel gemakkelijk dat iemand opgeroepen moet worden, maar weten niet waarom'*. Ook wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de leidinggevende contact houdt met de arbo-arts, om samen een zo goed mogelijk traject uit te zetten. *'Als leidinggevende zoek ik op tijd contact met de bedrijfsarts, en leg het verhaal en mijn beeld bij hem neer. Het kan zijn dat het allemaal verkeerd is, dan maakt niet uit. Dan kun je er wel over communiceren'*. Met andere woorden, niet lijdzaam afwachten wat de arbo-arts bepaalt, maar ook zelf als leidinggevende het gezond verstand gebruiken.

Spreekuur

In sommige organisaties houdt de bedrijfsarts elke week spreekuur 'in huis'. Ook kunnen medewerkers op eigen verzoek naar de arbo-arts gaan, voor advies. Soms sturen leidinggevenden zieke medewerkers naar de arbo-arts als ze het niet vertrouwen of als iemand erg lang ziek is. *'De bedrijfsarts kan dan toch sneller beoordelen of iets werkgerelateerd is of dat het te maken heeft met privéproblemen, en of iemand aangepast werk kan doen'*, zo luidt de opvatting van enkele leidinggevenden.

5.3 Andere factoren van invloed op een laag verzuim

Uit de gesprekken met sleutelpersonen van het kwalitatieve deelonderzoek van het NIVEL is een aantal andere factoren naar voren gekomen die van invloed kunnen zijn op een laag verzuim. In deze paragraaf is, per topic, een weergave te vinden. Het gaat hierbij dus om factoren die wel belangrijk lijken voor verklaring van (variatie) in ziekteverzuim, maar die niet direct verband houden met de eerder geformuleerde verwachtingen. We maken hierbij onderscheid tussen organisatiekenmerken ('goed werkgeverschap' en combinatie privé-werk) en werkkenmerken (werksfeer, signaleren, werkdruk en zelfstandigheid in het werk).

Organisatiekenmerken

'Goed' werkgeverschap

In een aantal interviews met leidinggevendenden is uitdrukkelijk aangegeven dat het als organisatie belangrijk is om werknemers aan de organisatie te binden. *'Er is niks zo erg voor verpleegkundigen en verzorgenden als ze hun werk niet goed kunnen doen, wat zij belangrijk vinden. En als er goed gewerkt wordt, trek je ook nieuw personeel aan. Want die medewerkers spreken elkaar allemaal, op opleidingen, scholen en op verjaardagen'*. Onder 'goed werkgeverschap' wordt verstaan: het creëren van een goede werkplek, met voldoende formatie, zodat medewerkers prettig werken, waar medewerkers serieus worden genomen, maar ook zaken in de voorwaarden scheppende sfeer zoals genoeg personeel, genoeg begeleiding van nieuwe medewerkers en vrijwilligers. *'Het moet prettig zijn om hier te werken. Tijd voor ontspanning, zowel voor cliënten als voor medewerkers, zoals een jaarmarkt, een high tea voor vrijwilligers of een feestweek, zorgen ervoor dat het totale beeld van de organisatie positief is'*. Of af en toe en kleine attentie, niet in de vorm van een cadeau, maar een schouderklopje.

Zorgorganisaties zijn zich ook steeds meer bewust van het feit dat de spoeling op de arbeidsmarkt steeds dunner wordt en dat het belangrijk is voor organisaties om zich bij medewerkers te profileren. Eén voorbeeld hiervan is innovatiekracht van de organisatie: *'Voorop lopen met ons producten- en dienstenaanbod. Dat is eigenlijk wel de grootste onderscheiding. We zijn nu bezig met het openen van een nieuwe locatie, een beetje wijkgebonden zorg'*.

Als goede werkgever is het ook belangrijk om in gesprek te gaan met uitzendkrachten en stagiaires, over hun ervaringen met de organisatie, de kwaliteit van zorg en de manier van werken. *'Want mensen van buiten kijken toch met een hele andere blik naar je organisatie. Daar kun je toch wel wat van leren'*.

Een ander voorbeeld van een organisatie om medewerkers aan zich te binden is het 'kindervakantiefeest'. *'Dat duurt vijftien weken per jaar. Elke vakantie kunnen medewerkers hun kinderen daar naar toe brengen, met als effect dat ouders als het nodig is in vakanties meer uren kunnen werken en zich ook niet ziek melden'*. Nog een voorbeeld: het organiseren van een studiedag naar Frankrijk met leerlingen om de betrokkenheid bij elkaar te vergroten.

Medewerkers van de betreffende organisatie die 'goed werkgeverschap' hoog in het vaandel heeft, zeggen hierover: *'Je wordt gewoon gewaardeerd en dat merk je, waardoor je je misschien ook minder snel ziek meldt. Je krijgt elke dag wel een compliment'*. Een ander medewerker zegt: *'Er is een ideeënbus. Als je suggesties hebt, voor wat dan ook,*

dan kun je dat er in doen. Dat nemen ze echt serieus'.

Combinatie privé-werk

Ziekteverzuim hangt vaak af van de balans tussen de privésituatie en werk van een werknemer, zo wordt in de gesprekken met leidinggevend en personeelsfunctionarissen naar voren gebracht. De opvatting leeft dat ziekteverzuim vaak kan worden voorkómen, door een gesprek aan te gaan, en ad hoc te reageren. In de meeste organisaties wordt dan gekeken naar de achterliggende oorzaak van de ziekmelding, en wordt geprobeerd samen met de betreffende medewerker een oplossing te vinden, in de zin van aanpassing van de diensten of het aantal uren dat iemand werkt. *'We proberen altijd samen tot een oplossing te komen. Dan zie je dat de werknemer minder ziek is, en zij is daar dan net zo goed mee gebaat'.*

Werknemers bij wie de balans werk-privé-omstandigheden niet in evenwicht is, melden zich eerder ziek dan medewerkers die in geval van nood, bijvoorbeeld bij ziekte van hun kind, wel op anderen kunnen terugvallen, zo is de ervaring van het gros van de geïnterviewde leidinggevend. *'Als iemand veelvuldig ziek is, omdat de belasting te groot is dan kan iemand ook een keuze maken. Wil ik zoveel uur blijven werken, of misschien toch iets minder?'* In overleg met de bedrijfsarts wordt dan soms wel door de leidinggevende aan medewerkers geadviseerd om minder uren te gaan werken, maar dat is vaak moeilijk voor werknemers omdat ze dan in financieel opzicht niet rond kunnen komen.

Eén koepelorganisatie is van mening dat de achtergrond van verpleegkundigen en verzorgenden - namelijk vooral laagopgeleide, alleenstaande moeders met kleine kinderen, met een klein sociaal netwerk om op terug te vallen, voor wie de combinatie met een baan zwaar is - vaker leidt tot een hoog ziekteverzuim. Soms komen daar nog psychische problemen, financiële problematiek, criminaliteit of drugsproblemen bij. Ook komt het wel eens voor dat werknemers 'dubbele banen' hebben: voor Surinaamse en Antilliaanse werknemers is het heel normaal om naast hun baan ook nog voor een uitzendbureau te werken.

Werkkenmerken

Werksfeer

Alle geïnterviewde sleutelpersonen van alle lagen van de organisatie zien een goede werksfeer als een zeer belangrijke factor als het gaat om ziekteverzuim. Als de werksfeer goed is, zo luidt de opvatting, gaan medewerkers graag naar hun werk, melden zij zich uit loyaliteit en collegialiteit niet gauw ziek en is de betrokkenheid groot: *'Als je dan een dagje niet lekker voelt, dan denk je: het zal zo wel weer over gaan'. Dan ga je gewoon. Je weet ook dat die collega morgen alleen staat, als jij niet komt. Dan dupeer je ze, want zij moeten harder werken'.*

Sommige managers en teamleiders geven aan dat er tot voor kort geen 'aanspreekcultuur' was, en dat medewerkers heel erg hebben moeten wennen om zaken die niet goed lopen bespreekbaar te maken. Eén organisatie heeft een actief beleid gevoerd om te zorgen voor een goede werksfeer: *'Er zijn beoordelingsgesprekken gevoerd met medewerkers en sommigen is geadviseerd om een andere baan te zoeken. Die medewerkers pasten helemaal niet bij wat wij op de afdeling wilden.'*

Enkele geïnterviewde teamleiders van organisaties met een hoog ziekteverzuim geven

aan dat er wel teams zijn waarbij de sfeer niet prettig is, sommige medewerkers 'niet goed vallen' en er veel wordt geroddeld. Dat heeft, volgens de betreffende teamleiders, zijn weerslag op het ziekteverzuim en medewerkers vertrekken om die reden. *'De sfeer op de afdeling kan helemaal naar beneden worden gehaald, en daar zijn we nu alerter op. Openheid en transparantie staan hoog in ons vaandel. Het is nu ook meer bespreekbaar geworden in het team.'*

De meeste teams zijn, volgens de geïnterviewde teamleiders, erg op elkaar betrokken en houden rekening met elkaar. *'Het is belangrijk dat je als team goed met elkaar communiceert en lol maakt'*. De ervaring van één teamleider is: *'Hoe kleiner een team, hoe groter de kans is op een laag verzuim'*.

Signaleren

Op elkaar letten als teamgenoot en signaleren als het niet goed gaat met een collega, zijn erg belangrijk om te voorkómen dat een medewerker ziek wordt, aldus verpleegkundigen en verzorgenden die zijn geïnterviewd. *'Er wordt altijd gekeken als er iets niet lekker loopt, of wat verkeerd of gevaarlijk is: hoe kunnen we het anders gaan doen'*.

Medewerkers houden ook rekening met elkaar, bijvoorbeeld met een collega die een hersenbloeding heeft gehad, toch komt werken en af en toe een slechte dag heeft. Ook zijn er collega's die bij ziekte te lang doorwerken en die tegen zichzelf in bescherming moeten worden genomen. *'We hebben een collega, die moet je echt naar huis slepen als ze ziek is. Zij loopt gewoon door totdat ze er bij neervalt'*.

Ook wordt rekening gehouden met medewerkers die arbeidstherapeutisch werken, bijvoorbeeld met medewerkers met rugklachten wordt bij het tillen rekening gehouden. De zorgcoördinator heeft ook een belangrijk taak als het gaat om begeleiding op de werkvloer van medewerkers of signalen dat het niet goed gaat met een verzorgende of verpleegkundige, zo blijkt uit de interviews met zorgcoördinatoren. *'Medewerkers zeggen ook altijd tegen hun collega's als ze zich niet lekker voelen, dan kunnen anderen daar rekening mee houden, en dat gebeurt ook.'* Een organisatie heeft een communicatieschrift voor medewerkers.

De meeste medewerkers voelen zich ook verantwoordelijk voor elkaar, zo komt uit de gesprekken met teamleiders en zorgcoördinatoren naar voren. Als een medewerker signaleert dat het niet zo goed gaat met bijvoorbeeld een zwangere collega, wordt dit bij de teamleider gemeld en dan gaat deze een gesprek aan.

Een aantal werknemers geeft aan dat ze het werk psychisch als zwaar ervaren en dat ze er behoefte aan hebben bij iemand 'te kunnen spuien', bijvoorbeeld wanneer een cliënt is overleden met wie de vertrouwensband groot was of hoe ga je om met levensvraagstukken. Sommige organisaties hebben een geestelijk verzorger, een vertrouwenspersoon of een maatschappelijk werkster in huis, maar dat is geen gemeengoed. Verpleegkundigen en verzorgenden geven het aan het lastig vinden om met verlies of met collegiale spanningen om te gaan en zouden hier graag ondersteuning van de organisatie bij hebben. Volgens hen voorkomt dit ook ziekmeldingen. Een medewerker zegt hierover: *'Als cliënten overlijden, is er geen tijd om erbij stil te staan, terwijl de impact groot is vanwege de vertrouwensband. Er is geen manier om dit kwijt te raken, je kunt hier niet bij iemand terecht in de organisatie, teamleiders hebben het te druk. Het gevolg is dat je dit mee naar huis neemt en er de oorzaak van is dat sommige medewerkers 'vluchten' in ziekteverzuim'*.

Werkdruk

Vanuit de literatuur is bekend is dat een hoge werkdruk kan leiden tot hoog verzuim. Leidinggevenden van organisaties met een hoog ziekteverzuim geven vaker aan dat de hoge werkdruk als een probleem wordt ervaren dan leidinggevenden van organisaties met een laag ziekteverzuim. In de gesprekken met leidinggevenden en personeelsfunctionarissen is naar voren gekomen dat de werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden een blijvend punt van aandacht is en dat er veel aan wordt gedaan om er voor te zorgen dat het werktempo niet te hoog ligt. Wel verwachten managers dat de werkdruk nog verder zal toenemen, als gevolg van de steeds krapper wordende financiering (zorgzwaartebekostiging). Voorbeelden van manieren om de werkdruk in de gaten te houden zijn: de zorgzwaarte van cliënten in de gaten houden, inzetten van extra personeel bij drukte, zorgen voor voldoende vervanging bij ziekte, rekening houden met de mogelijkheden en onmogelijkheden van medewerkers, aanpassen van diensten, creëren van rustmomenten voor medewerkers tijdens het werk enzovoorts.

Verder wordt de zomerperiode, wanneer veel medewerkers met vakantie zijn, ervaren als een zeer drukke periode. Er is sprake van een vicieuze cirkel: als het ziekteverzuim hoog is, en er onvoldoende vervanging is, moeten andere medewerkers harder werken, waardoor de werkdruk toeneemt, en werknemers zich vaker ziek melden enzovoorts. Eén medewerker van een organisatie met een structureel laag ziekteverzuim zegt hierover: *'Ik denk dat de werkdruk veel uitmaakt. We hebben ook wel eens medewerkers die van een ander verzorgingshuis komen, dan zien ze het verschil. Dat is voor hen zo'n verademing om in een normaal werktempo te kunnen werken. Als het hier zo zou zijn, dat je moet hollen en vliegen, en je kon niet naar tevredenheid de mensen verzorgen, dan zat ik nu thuis en ging ik iets heel anders doen'*. Een andere medewerker vertelt: *'De werkdruk is gewoon te hoog. Vaak is het zelfs zo dat er op een groep één afdelingsassistent staat, helemaal in haar eentje. Ze is nog niet eens een verzorgende, een gediplomeerde'*. De meeste aan dit onderzoek deelnemende organisaties hebben openstaande vacatures voor functies in de zorg; en leidinggevenden benoemen dat het moeilijk is om aan personeel te komen en vooral voldoende gekwalificeerd personeel (niveau 3 en 4).

Een aantal andere geïnterviewde verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat ze cliënten soms niet (meer) de zorg kunnen bieden die nodig is; dat maakt dat de werkdruk als hoog wordt ervaren.

Zelfstandigheid in het werk

Een andere manier om het ziekteverzuim aan te pakken is medewerkers de ruimte en het vertrouwen te geven om het werk op hun eigen manier in te vullen, zo is de mening van geïnterviewde leidinggevenden van organisaties met een laag ziekteverzuim. In enkele organisaties wordt er gewerkt met kleinschalig wonen, waardoor de zelfstandigheid van medewerkers groot is. Dat bevordert de betrokkenheid en collegialiteit van medewerkers, met als resultaat dat het verzuim is gedaald. Ter illustratie: *'Bij kleinschalig wonen is het leeftempo heel anders. Als een cliënt in een ochtendjas aan tafel wil zitten, is dat prima. Niet iedereen hoeft om 10.00 uur gewassen en gestreken te zijn, en dat geeft een enorme rust. Voor medewerkers is dat ook prettig. Wat lastiger is, dat je wel als verzorgende wel vaak alleen staat. En als er dan dingen tegelijk moeten gebeuren, voelt dat ook als druk'*.

6 Beschouwing

Waarde en beperkingen van dit onderzoek

Naar ziekteverzuim in de gezondheidszorg is de afgelopen jaren al vrij veel onderzoek gedaan (Van Vuuren et al, 2001; Bakker et al, 2004; Reijenga et al, 2005). Dit onderzoek betreft een zinvolle aanvulling op eerdere studies op dit terrein. Ten eerste doordat gestart is met een literatuurstudie naar slaag- en faalfactoren voor de implementatie van AVR-beleid en naar factoren die ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen beïnvloeden. Op die manier zijn bestaande onderzoeksresultaten op een overzichtelijke manier samengevat en geïntegreerd. Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie is een aantal verwachtingen opgesteld die vervolgens getoetst zijn in interviews met personen van alle lagen in de organisaties. Daardoor kon een breed beeld gekregen worden van ziekteverzuim en de factoren die hierbij mee spelen, omdat alle lagen in de organisatie (van het hogere management tot en met de uitvoerende verpleegkundigen en verzorgenden) hun visie en ervaringen weergaven. De gesprekken verliepen in een open, vertrouwelijke sfeer, en de indruk bestaat dat geïnterviewden zich vrij voelden om hun ervaringen te delen. Bij de selectie van verpleeg- en verzorgingshuizen, hebben we gericht spreiding aangebracht in typen organisaties (structureel hoog, recent dalend, recent stijgend en structureel laag verzuim), om op die manier steekhoudende verklaringen te vinden voor variaties tussen organisaties in ziekteverzuim.

De onderzoeksactiviteiten van het NIVEL in ‘good and bad practices’ (zie hoofdstuk 3) vulden het onderzoek van BMC bij de pilotprojecten goed aan (zie hoofdstuk 4 en het separate rapport van BMC, 2008), mede omdat organisaties op een andere manier zijn geselecteerd. In de ‘good and bad practices’ gaat het om organisaties die zijn geselecteerd op grond van de fluctuaties in verzuimcijfers en die zich niet per definitie onderscheiden door een speciale interesse in AVR-beleid. Daarentegen hadden de organisaties die BMC onderzocht zich de afgelopen jaren wel duidelijk geprofileerd in hun AVR-beleid, bijvoorbeeld door deelname aan de projecten van (voormalig) SANT (zie voor meer informatie daarover SANT 2004 en 2005.). Dat bood een goede mogelijkheid om in de kwalitatieve fase ook te kijken naar een breed scala aan factoren die bijdragen aan een hoog of laag ziekteverzuim.

De onderzoeksopzet kent echter ook enige beperkingen. Het gaat hier om een kwalitatief design zonder controlegroepen, waarbij voorzichtigheid moet worden betracht bij het trekken van harde conclusies over bijvoorbeeld de effectiviteit van bepaalde AVR-maatregelen of de relatie tussen kenmerken van organisaties, werknemers en werkkenmerken enerzijds en arbeidsverzuim anderzijds. Dat neemt niet weg dat - onderbouwd door de literatuurstudie - vanuit de kwalitatieve interviews met leidinggevend en uitvoerende professionals, er wel duidelijke aanwijzingen zijn welke

factoren belangrijk zijn voor een laag ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden.

Aandachtspunten voor sociale partners

Dit rapport biedt inzicht in de factoren die (de variatie in) ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel beïnvloeden, en biedt handvatten voor de sociale partners en zorgorganisaties in de V&V branche om het AVR-beleid aan te scherpen en daarmee het verzuim structureel en branchebreed te verlagen.

Zo komt in het onderzoek naar voren dat het AVR-beleid in organisaties vaak wel op schrift staat maar dat de implementatie van AVR-beleid tussen organisaties zeer wisselend verloopt. De sociale partners zouden het gebruik van instrumenten ter ondersteuning van het AVR-beleid kunnen stimuleren en faciliteren.

Aandachtspunten voor verpleeg- en verzorgingshuizen

Verder ontbreekt het bij veel organisaties aan een integraal personeelsbeleid en wordt de arbo-beleidscyclus (plan-do-check-act) nauwelijks gebruikt. Managers van organisaties geven zelf ook aan te weinig gebruik te maken van de aandachtspunten die uit de risico-inventarisatie (RI&E) naar voren komen. Als dat wel gebeurt, vindt doorgaans geen evaluatie en borging plaats. Op dit punt is naar ons idee nog een slag te maken.

Directies en managers kunnen de resultaten van dit rapport ('good practices') gebruiken om het ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden duurzaam te reduceren. In deze studie is een overzicht te vinden van welke factoren aan de basis liggen voor zowel een hoog als een laag ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel. Als meest belangrijke factoren voor een laag verzuim zijn een duidelijke visie op verzuim ('waar staan we voor'), een zakelijke verzuimcultuur ('bewustwording') en een actieve stijl van leidinggeven ('er boven op zitten') naar voren gekomen. Daarnaast spelen andere factoren, zoals open communicatie en zorgen voor prettige werkomstandigheden en werksfeer, een belangrijke rol. Ook kunnen 'toevallige' omstandigheden, zoals een fusie of reorganisatie, een relatief oud werknemersbestand en schommelingen in langdurig verzuim er toe leiden dat verzuim tijdelijk stijgt of daalt.

Bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen voorwaarden scheppen voor een eenduidig verzuimbeleid, brede implementatie van verzuimbeleid naar direct leidinggevenden en monitoring van verzuim. Preventieve maatregelen (zoals een cursus omgaan met agressie), coachingstrajecten van direct leidinggevenden (voeren van verzuimgesprekken), verbetering van de kwaliteit van arbeid en investeren in 'goed werkgeverschap' (prettige werksfeer, waardering voor medewerkers) zijn instrumenten die kunnen bijdragen aan een duurzaam laag verzuim.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

In dit onderzoek zijn gegevens van Vernet, een onafhankelijke organisatie die verzuimgegevens registreert, gebruikt om organisaties te selecteren voor de vier onderscheiden verzuimcategorieën (structureel laag, recent dalend, recent stijgend en structureel hoog verzuim). Om nog meer inzicht te krijgen in welke factoren het meest bijdragen aan een (structureel) laag ziekteverzuim, zijn nadere analyses wenselijk. Interessant voor vervolgonderzoek zou kunnen zijn om verzuimbestanden (gegevens per duurklasse en ziektejaar) te koppelen aan recente inventarisaties over ervaren werkdruk

en werktevredenheid onder werknemers, zoals de MedewerkerMonitor. Deze monitor is onderdeel van de brede continue benchmark van ActiZ. Door de koppeling op organisatieniveau en werknemerskenmerken, kunnen meer harde conclusies worden getrokken over welke kenmerken van werknemers zelf het meest van invloed zijn op ziekteverzuim.

Literatuurlijst

- Asch van A, van den Bent A, van der Drift D, Gelderblom A, Leeninga I. *Implementatiefase: 10 pilots op weg*. Evalueren en implementeren van de CAO AG in de V&V. SANT, 2005.
- Bakker RHC, Knibbe JJ, Friele RD. Rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1997; 75:333-338.
- Van Beek APA, de Boer ME, van Nispen R, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument*, Utrecht: NIVEL 2005.
- Bekker S, van Essen G, Josten EJC, Meihuizen HE. *Tendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003*. Een onderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden. Tilburg: OSA, 2004.
- BMC (Can P, Hindriks H, Robben-Hoekstra MCJ). *Onderzoek goede praktijken AVR-beleid, Verpleging en Verzorging*, Amersfoort: BMC, 2008.
- Deursen van CGL, Binnendijk S, van der Giezen AM. *Arbeidsrisico's en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector*. Den Haag: Ministerie van SZW, 2000.
- Drift van der D, van Asch A. *Evaluatiefase: Samenvatting vanuit 10 pilots. Evalueren en implementeren van de CAO AG in de V&V*. Amersfoort: SANT, 2004.
- Essen van G, Josten EJC, Meihuizen HE. *Arbeid in zorg en welzijn. Integrerend OSA-rapport 2004*. Tilburg: OSA, 2004.
- Falke & Verbaan. *Inkoop AVR-dienstverlening in het post Arbo-tijdperk*. Eindhoven: Falke & Verbaan, 2004.
- Friele RD, Knibbe JJ, Beune HAT, Knibbe NE, Ooyen JWT, Keijsers GJ et al. *Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen*. Utrecht: NIVEL, 1995.
- Hingstman L, Kenens RJ, van der Windt W, Talma HF, Meihuizen HE, de Voogd-Hamelink AM. *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001*. Tilburg: OSA, 2001.
- Knibbe JJ, Hulshof NA, Stoop AP, Friele RD. *Kleine hulpmiddelen: hulp voor bewoners en zorgverleners?: een verkenning naar de mogelijkheden om met kleine hulpmiddelen de zelfstandigheid van ouderen in verzorgingshuizen te bevorderen en het werk van verzorgenden lichter te maken*. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Mathijssen S.W. (Prismant). Kerngegevens Verpleging en Verzorging. In: *Brancherapporten VWS*. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>>, 13 mei 2005.
- Messchendorp H.J., van der Weerd, Steenbeek R., Dinkgreve R., Meulenkamp T., Mettendaf A.. *Werk in beeld brancherapport 2002*. Medewerkersraadpleging CAO Arbeid en Gezondheid verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Prismant/Atos, 2002.
- Messchendorp H.J., Blok A.J., Koopman M.I., Wansink O., van Vliet M. *Werk in beeld brancherapport 2004*. Tweede meting medewerkersraadpleging verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Prismant/Atos, 2004.

- Putte van der D. *Pilots integraal verzuimmanagement Verpleeg- en verzorgingshuizen 2002/2003*. Verslag evaluatieonderzoek. Eindhoven: Falke & Verbaan, 2004.
- RegioMarge, 2008, *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012*, Utrecht: RegioMarge, 2008.
- Reijnga FA, Zwinkels W, van Vuuren T. *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector*. Een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen. Onderzoek uitgevoerd door TNO Arbeid in opdracht van Raad voor Werk en Inkomen. Den Haag, 2004.
- RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Doel en definitie*, Bilthoven: RIVM, 2008.
- SANT Organisatieadviseurs BV (D.van der Drift, A. van Asch, A. Gelderblom, A. van den Bent, I. Leeninga). *Evaluatiefase: samenvatting vanuit 10 pilots. Evalueren en implementeren van de CAO AG in de V&V*. Amersfoort: Sant: 2004.
- SANT Organisatieadviseurs BV (A. van Asch, A. van den Bent, D.van der Drift, A. Gelderblom, I. Leeninga). *Implementatiefase: 10 pilots op weg. Evalueren en implementeren van de CAO AG in de V&V*. Amersfoort: Sant: 2005.
- Smulders P. In: *Beroepszeer, waarom Nederland niet goed werkt* (red. G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers). Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2005.
- Stegeman, H. *De conjunctuurgevoeligheid van ziekteverzuim*. Den Haag: CPB, 2005.
- Vernet. *Kwartaalrapport Verpleeg- en verzorgingshuizen*, periode 2006-4. Vernet-verzuimnetwerk, 2007.
- Van Vuuren CV, Smit AA, van Gent MJ, Andriessen S. *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve organisaties*. Deel 1 en 2. Onderzoek uitgevoerd door TNO Arbeid in opdracht van OSA, Den Haag, 2001.
- Westert GP, Verkleij H (red.). Aantal moeilijk vervulbare vacatures en kortdurend verzuim. In: *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Toegankelijkheid\ Personeelsaanbod, 24 mei 2006.
- Wiegers T.A., Stubbe J.H., Triemstra M. *Ontwikkeling van een CQ-index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Van der Windt, van der W., JT Bos, Francke, AL. *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2007*, Utrecht: Prismant/NIVEL, 2007.

www.falkeverbaan.nl.

www.vernet.nl

Bijlage 1 Literatuuroverzicht

Bijlage 1 Literatuuroverzicht

Tabel 1. Kenmerken van het Arbo-, Verzuim- en Reïntegratiebeleid

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
Asch van e.a., SANT, 2005	Implementatiefase: 10 pilots op weg	-	<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - bewust kiezen voor bepaalde werkwijzen en medewerker betrekken (draagvlak) - bewust aandacht voor de rol van AVR-professionals - formuleren van centraal beleid - betrekken zelf prioriteiten laten stellen voor activiteiten - activiteiten op projectmatige wijze uitvoeren <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - een start gemaakt met de implementatie van (AVR-beleids-) activiteiten, maar de doorlooptijd (4 maanden) was te kort voor afronding en concrete resultaten - veel aandacht voor risico-inventarisatie, weinig voor plan van aanpak en uitvoering - AVR-professionals voldoen niet genoeg aan de gestelde eisen 	<p>Overige uitkomsten</p> <ul style="list-style-type: none"> - fysieke belasting heeft aandacht gehad in 9/10 pilot-instellingen

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR-beleid	Overige uitkomsten
<p>Drift van der e.a., SANT, 2004</p>	<p>Evaluatiefase: samenvatting vanuit 10 pilots</p>	<p>-</p>	<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - veel aandacht voor verzuim, minder voor reïntegratie; arbo-beleid is achtergebleven - de arbo-beleidscyclus wordt niet geheel uitgevoerd - geen samenhangend, integraal AVR-beleid aanwezig - implementatie van verbeterpunten door instrumentarium blijft achter - rol middenkader nog onvoldoende uitgewerkt - samenwerking met arbodienst is aandachtspunt 	<p>- RI&E en plan van aanpak krijgen in resp. 5 en 6 van de 10 pilot-instellingen onvoldoende aandacht</p> <p>- de thema's werkdruk en psychische belasting krijgen in 5/10 pilot-instellingen onvoldoende aandacht; fysieke belasting blijft een punt van aandacht in 9/10 instellingen</p>
<p>Essen van e.a., OSA, 2004</p>	<p>Arbeid in zorg en welzijn Integrerend OSA-rapport 2004</p>	<p>- wat de oorzaken zijn van de daling van het ziekteverzuim is niet met zekerheid te zeggen; mogelijke oorzaken zijn de verslechterde economische situatie en de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter</p>	<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p>- 77% van de instellingen hebben een RI&E</p> <p>- 81% van de instellingen hebben maatregelen genomen ter vermindering van de werkdruk</p> <p>- er is een toename van maatregelen ter vermindering van lichamelijke belasting (o.a. richtlijnen voor tillen); mate van toename is niet gerapporteerd</p> <p>- aantal medewerkers met klachten als gevolg van lichamelijke belasting is nog niet gedaald</p>

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
Messchendorp e.a., 2004	Werk in beeld Brancherapport 2004	-	<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - 74% van de medewerkers is bekend met ziek- en herstelmeldingsprocedure - 33% is op de hoogte van het verzuimprotocol van de afdeling - 14% is bekend met sociaal medisch team
Putte van der, Falke & Verbaan, 2004	Pilots Integraal Verzuimbeleid Verpleeg- en Verzorgingshuizen 2002/2003. Verslag evaluatieonderzoek	<ul style="list-style-type: none"> - verzuimdaling bij de pilot-instellingen is gemiddeld aanzienlijk groter dan de daling binnen zowel de sector Zorg als de branche V&V; niet duidelijk welke factoren daarop van invloed zijn geweest 	<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedures m.b.t. verzuim (incl. Wet Verbetering Poortwachter) ligt bij leidinggevend - voldoende kennis over taken en verantwoordelijkheden aanwezig - leidinggevend hebben beschikking over verzuimcijfers - leidinggevend hebben actieve stijl van leidinggeven door: regelmatig contact; verzuimgesprekken; vinden van aangepast werk; oplossen van verzuim - leidinggevend hebben voldoende instrumenten om verzuimbeleid uit te voeren - er is een goede samenwerking tussen leidinggevend en bedrijfsarts en tussen organisatie en arbodienst - leidinggevend hebben regierol bij werkhervatting - er is een actieve sturing op de balans tussen werk en persoon 	<ul style="list-style-type: none"> - verzuimcultuur is ten goede veranderd

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
Reijnga e.a., TNO Arbeid, 2004	Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	<ul style="list-style-type: none"> - lager ziekteverzuim door het inzetten van middelen en maatregelen; niet duidelijk welke maatregel het meest effect heeft gehad - lager ziekteverzuim door de Wet Verbetering Poortwachter; niet duidelijk hoeveel de wet heeft bijgedragen - lager ziekteverzuim als de verzuimbegeleiding in handen is van de direct leidinggevende 	<p>Faalfactoren</p> <p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investeren: arbozaken, verzuimverlagende interventies, preventieve maatregelen - professionaliseren: personeelsbeleid, trainen van vaardigheden, versterken rol van leidinggevenden, gebruik van experts, daadkrachtig optreden, functiedifferentiatie - structureren: taken en verantwoordelijkheden, registratie van verzuim, resultaatgerichte aanpak, monitoren van voortgang, inzicht in kosten-baten van arbeidsongeschiktheid, inzicht in werk aanpassingen en alternatieve werkzaamheden - communiceren: informeren van medewerkers, verbeteren van communicatie over arbeidsongeschiktheid, verbeteren van relatie met arbo dienst, afspraken maken - werken aan andere cultuur: werksfeer, verzakelijken van verzuimaanpak, aanspreken op verantwoordelijkheden inzake verzuim en verzuimbeleid, 	<ul style="list-style-type: none"> - preventieve maatregelen (bijv. tilcursus, leren omgaan met stress) vergroten de belastbaarheid van medewerkers - de verzuimduur is meer van invloed op het verzuimpercentage dan de meldingsfrequentie; het nemen van maatregelen gericht op werkherwinning lijkt de meeste winst te behalen

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
			<p>interventies om omgangsvormen inzake arbeidsomgeschiktheid en deze bespreekbaar en veranderbaar te maken</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementatie van een samenhangend, integraal pakket van preventieve, procedure en reïntegratiemaatregelen <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - te weinig aandacht voor personeelsbeleid: bureaucratisch, afstandelijk of gebrekkig personeelsbeleid, geen integrale aanpak - verzuimbegeleiding op afstand: niet bij leidinggevende, te grote span of control van leidinggevenden, ontkennen van rol van leidinggevende bij verzuimbegeleiding - slechte perspectieven: slecht geleide reorganisaties, fusies, bezuinigingsmaatregelen, ontbreken van perspectieven en doorgroefuncties - niet kunnen waarmaken: van verzuimmaatregelen bij werknemers (te weinig communicatie), betrokkenheid van directie/ 	

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziektervuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
Vuren van e.a., OSA, 2001	De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Deel 1 en 2	<ul style="list-style-type: none"> - doordat er sprake is van een pakket aan maatregelen en veranderingen kan niet worden aangegeven welke maatregel wel en welke geen effect heeft gehad op ziekteverzuim 	<p>management is niet expliciet, projecten of maatregelen die geen navolging vinden of onbekend zijn bij het personeel</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen maatwerk: maatregelen zijn niet specifiek genoeg (speelt met name bij de aanpak van psychische belasting) - sfeer ondergeschikt aan primaire proces maken: geen aandacht voor arbeidsoriëntatie in relatie tot werksfeer - verslappen van aandacht voor verzuim - reïntegratiemaatregelen worden nog niet op grote schaal ingezet 	<ul style="list-style-type: none"> - uit interviews met sleutelpersonen komt naar voren dat men van een open cultuur, goede sfeer, collegialiteit en betrokkenheid van medewerkers, en deskundige leidinggevenden 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 <p>Genomen maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aanscherpen verzuimprotocol en
			<p>Slaagfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - draagvlak voor en betrokkenheid bij nieuwe maatregelen op alle niveaus - deskundige goed opgeleide leidinggevenden - goede communicatie, openheid - impuls door trekker met een visie - veel aandacht voor welbevinden van personeel en goede sfeer - goede samenwerking bedrijfsarts - goed arbobeleid <p>Faalfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - onvoldoende draagvlak voor nieuwe 	

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Slaag- en faalfactoren AVR- beleid	Overige uitkomsten
			maatregelen <ul style="list-style-type: none"> - nog onvoldoende functionerende leidinggevendenden - geen goede communicatie over maatregelen / top down aanpak leidt tot problemen inde uitvoering - te snel veranderingen willen doorvoeren, teveel en te goed willen doen of juist een afwachtende houding - weinig aandacht voor welbevinden personeel - slechte ondersteuning door arbodienst - beperkt gebruik van hulpmiddelen door personeel 	verzuimbeleid <ul style="list-style-type: none"> - betere registratie van verzuim - preventie van fysieke klachten door hulpmiddelen, tilprotocol en tilspecialisten - werkdrukonderzoek - verbetering verzuimbeleid door leidinggevende - bewuster omgaan met inzet van arbeidstherapie - spreekuur bedrijfsarts / arboverpleegkundige in huis - maatregelen gericht op het meer bespreekbaar maken en zakelijker benaderen van verzuim

Tabel 2. Kenmerken van de organisatie

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Overige uitkomsten
Essen van e.a., OSA, 2004	Arbeid in zorg en welzijn Integrerend OSA-rapport 2004	- hoger verzuimpercentage bij grote organisaties	
Hingstman e.a., 2001	Rapport arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001	- hoger verzuimpercentage bij grote organisaties	
Messchendorp e.a., 2002	Werk in beeld Brancherapport 2002	- hoger verzuimpercentage in de 4 grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht) dan in de overige steden (10,05 vs. 7,62) - hoger verzuimpercentage in verpleeghuizen dan in verzorgingshuizen (8,56 vs. 7,64)	
Messchendorp e.a., 2004	Werk in beeld Brancherapport 2004	- hoger verzuimpercentage in de 4 grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht) dan in de overige steden (7,30 vs. 6,23) - hoger verzuimpercentage in verpleeghuizen dan in verzorgingshuizen (6,56 vs. 6,21)	
Reijnga e.a., TNO Arbeid, 2004	Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	- hoger meldingsfrequentie in grotere instellingen - meer verzuim in grotere instellingen	- mogelijke verklaringen voor verschillen tussen instellingen zijn: personeelssamenstelling, type organisatie en de organisatie van het werk
Vernet, 2007	KwartaalRapport Verpleeg- en Verzorgingshuizen periode 2006-4	- het hoogste verzuimpercentage is in instelling met 250-500 medewerkers; het laagste in instellingen met <100 medewerkers en met >500 medewerkers - het hoogste verzuimpercentage is in de grote steden; het laagste in Zuid West Nederland	

Tabel 3. Kenmerken van het werk

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Overige uitkomsten
Bekker e.a., OSA, 2004	Tendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003	<ul style="list-style-type: none"> - oorzaak langdurig en werkgerelateerde verzuim is met name lichamelijke belasting of werkdruk 	<ul style="list-style-type: none"> - bij afname werkdruk geen afname van gevoelens van (emotionele) uitputting
Deursen van e.a., 2000	Arbeidsrisico's en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	<ul style="list-style-type: none"> - grotere kans op langdurig verzuim (>12 maanden) door hoge werkdruk - grotere kans op langdurig verzuim (>12 maanden) door hoge lichamelijke belasting - grotere kans op langdurig verzuim (>12 maanden) door onregelmatige diensten - grotere kans op langdurig verzuim (>12 maanden) bij medewerkers met leidinggevende taken - kleinere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) door veel autonomie - kleinere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) door veel ontplooiings- en groeimogelijkheden - kleinere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) door goede werksfeer 	
Essen van e.a., OSA, 2004	Arbeid in zorg en welzijn Integrerend OSA-rapport 2004	<ul style="list-style-type: none"> - grotere kans op verzuim door hoge werkdruk 	
Messchendorp, e.a., 2002	Werk in beeld Brancherapport 2002	<ul style="list-style-type: none"> - minder vaak en minder lang verzuim bij medewerkers die <15 uur/week werken dan bij medewerkers die >15 uur/week werken - minder vaak en minder lang verzuim bij medewerkers met regelmatige diensten dan bij medewerkers met onregelmatige diensten 	<ul style="list-style-type: none"> - psychische gezondheid hangt samen met tevredenheid werk, tevredenheid organisatie en met werkaspecten (o.a. sociale klimaat en communicatie) - lichamelijke gezondheid hangt samen met psychische gezondheid en werkaspecten (o.a. werkdruk, lichamelijke belasting)

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Overige uitkomsten
Messchendorp e.a., 2004	Werk in beeld Brancherapport 2004	<ul style="list-style-type: none"> - minder vaak en minder lang verzuim bij medewerkers die <15 uur/week werken dan bij medewerkers die > 15 uur/week werken - minder vaak en minder lang verzuim bij medewerkers met regelmatige diensten dan bij medewerkers met onregelmatige diensten 	<ul style="list-style-type: none"> - hoe minder verzuim, hoe positiever het oordeel over werkaspecten
Reijnga e.a., TNO Arbeid, 2004	Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	<ul style="list-style-type: none"> - meer verzuim bij slechtere intrinsieke reward (zoals promotie, ontplooiing) - meer verzuim bij het verrichten van eentonig werk - meer verzuim bij het verrichten van veel huishoudelijk werk - kortere verzuimduur bij goede werksfeer - kortere verzuimduur bij veel autonomie - lager verzuimpercentage bij parttimers 	<ul style="list-style-type: none"> - geen bevestiging voor een significant verband tussen verzuim en fysieke belasting en werkdruk
van Vuuren e.a., OSA, 2001	De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn Deel 1 en 2	<ul style="list-style-type: none"> - oorzaken van ziekteverzuim zijn lichamelijke belasting en psychische belasting (waaronder werkdruk); arbeidsverhoudingen in mindere mate 	
Vernet, 2007	KwartaalRapport Verpleeg- en Verzorgingshuizen periode 2006-4	<ul style="list-style-type: none"> - hoogste verzuimpercentage in deeltijdklasse 40%-80%; laagste in deeltijdklasse <40% 	

Tabel 4. Kenmerken van de werknemer

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Overige uitkomsten
Bekker e.a., OSA, 2004	Tendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003	<ul style="list-style-type: none"> - oorzaak verzuim bijna altijd lichamelijke problemen (92%) 	
Deursen van e.a., 2000	Arbeidsrisico's en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	<ul style="list-style-type: none"> - grotere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) bij medewerkers met hogere leeftijd - grotere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) bij vrouwen - kleinere kans op langdurig verzuim (> 12 maanden) bij medewerkers met een hoger opleidingsniveau 	
Essen van, e.a., OSA, 2004	Arbeid in zorg en welzijn Integrerend OSA-rapport 2004	<ul style="list-style-type: none"> - hoogste verzuimpercentage in leeftijdklasse 46-55 jaar; laagste verzuimpercentage in leeftijdsklasse <26 jaar - oudere werknemers die verzuimen, verzuimen gemiddeld langer dan jongere werknemers - groter kans op verzuim bij slechtere gezondheid - hoger verzuimpercentage bij vrouwen dan bij mannen 	
Hingstman e.a., 2001	Rapport arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001		
Messchendorp, e.a., 2002	Werk in beeld Brancherapport 2002	<ul style="list-style-type: none"> - meeste verzuim bij V&V niet- leidinggevenden; minste verzuim bij directie en management - jongeren verzuimen vaker dan oudere medewerkers, maar minder langer 	<ul style="list-style-type: none"> - 46,3% van de medewerkers hebben in de afgelopen 12 maanden rugklachten gehad - voor 8,7% van de medewerkers met rugklachten in afgelopen 12 maanden zijn de klachten een reden geweest voor ziekmelding
Messchendorp e.a., 2004	Werk in beeld Brancherapport 2004	<ul style="list-style-type: none"> - meeste verzuim V&V niet- leidinggevenden; minste verzuim bij directie en management - jongeren verzuimen vaker dan oudere medewerkers, maar minder langer 	<ul style="list-style-type: none"> - 44% van de medewerkers hebben in de afgelopen 12 maanden rugklachten gehad - voor 8% van de medewerkers met rugklachten in afgelopen 12 maanden zijn de klachten een reden geweest voor ziekmelding

Auteur, jaar van uitgave	Titel publicatie	Beïnvloedende factoren ziekteverzuim	Overige uitkomsten
Reijenga e.a., TNO Arbeid, 2004	Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector	<ul style="list-style-type: none"> - meer verzuim bij vrouwen (en hogere WAO instroom) - meer verzuim bij laagbetaalden - meer verzuim bij medewerkers die worden belemmerd door een chronische aandoening - meer verzuim in de leeftijdklasse <35 jaar 	<ul style="list-style-type: none"> - mogelijke oplossing voor het verlagen van verzuim bij jongeren: maatregelen gericht op terugdringen van het kortdurend verzuim met het accent op het bieden van ontplooiingsperspectieven - mogelijke oplossing voor het verlagen van verzuim bij ouderen: maatregelen gericht op het voorkomen van langdurig verzuim met het accent op het verlagen van de hervattingsdrempel
Vernet, 2007	Kwartaalrapport Verpleeg- en Verzorgingshuizen periode 2006-4	<ul style="list-style-type: none"> - hoger verzuimpercentage bij vrouwen dan bij mannen - hoogste verzuimpercentage in leeftijdsklasse 46+ jaar; laagste verzuimpercentage in leeftijdsklasse < 26 jaar 	

Bijlage 2 Verzuimcijfers

Tabel 1: Verzuimcijfers van verplegend en verzorgend personeel van deelnemende organisaties (=zorggroep of stichting), exclusief zwangerschap

<i>Organisatie</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>
Totaal organisatie 1	5,22	5,41	7,56	8,89	7,76
Totaal organisatie 2	2,27	4,68	3,59	2,08	5,14
Totaal organisatie 3	4,53	4,14	4,99	5,34	5,90
Totaal organisatie 4	6,14	5,02	6,33	6,24	6,21
Totaal organisatie 5	5,00	4,96	6,42	8,08	9,02
Totaal organisatie 6	4,76	4,35	5,28	3,22	2,45
Totaal organisatie 7	5,39	4,66	4,85	4,73	5,50
Totaal organisatie 8	6,41	5,87	4,90	5,36	7,54
<i>Totaal V&V sector</i>	<i>5,4</i>	<i>5,4</i>	<i>5,8</i>	<i>6,1</i>	<i>6,5</i>

Bron: www.vernet.nl ©VERNET verzuimnetwerk

Tabel 2: Verzuimcijfers van verplegend en verzorgend personeel van deelnemende locaties (=verpleeg- en verzorgingshuizen), exclusief zwangerschap

<i>Locatie</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>
<i>(a) Structureel laag ziekteverzuim ('good practice')</i>					
Totaal locatie 1 (organisatie 1)	3,92	4,61	3,96	4,38	4,83
Totaal locatie 2 (organisaties 1)	3,18	4,05	3,20	4,51	5,47
Totaal locatie 3 (organisatie 2)	2,27	4,68	3,59	2,08	5,14
Totaal locatie 4 (organisatie 3)	3,83	4,36	4,26	5,31	4,35
Totaal locatie 5 (organisatie 7)	1,14	0,98	1,82	2,18	2,57
<i>(b) Recente daling van ziekteverzuim</i>					
Totaal locatie 6 (organisatie 1)	5,22	5,41	7,56	8,89	7,76
Totaal locatie 7 (organisatie 1)	3,51	4,20	7,02	5,29	4,67
Totaal locatie 8 (organisatie 5)	5,00	4,96	6,42	8,08	9,02
Totaal locatie 9 (organisatie 7)	2,08	5,90	7,66	5,98	4,85
<i>(c) Recente stijging van ziekteverzuim</i>					
Totaal locatie 10 (organisatie 6)	5,04	3,95	4,53	4,98	5,38
Totaal locatie 11 (organisatie 7)	6,68	3,25	4,60	2,94	4,74
Totaal locatie 12 (organisatie 7)	5,13	2,29	2,38	3,03	3,07
Totaal locatie 13 (organisatie 8)	8,43	5,10	3,79	5,38	9,12
<i>(d) Structureel hoog ziekteverzuim ('bad practice')</i>					
Totaal locatie 14 (organisatie 4)	7,54	5,72	8,03	8,05	6,21
Totaal locatie 15 (organisatie 7)	9,45	7,08	8,04	8,31	10,36
Totaal locatie 16 (organisatie 8)	6,65	8,44	5,35	10,44	8,09
<i>Totaal V&V sector</i>	<i>5,4</i>	<i>5,4</i>	<i>5,8</i>	<i>6,1</i>	<i>6,5</i>

Bron: www.vernet.nl ©VERNET verzuimnetwerk

