

VERZUIMMAATREGELEN ZORGSECTOR:

Turen of Sturen?

auteur(s):
I. Halewijn

datum:
8 september 1997

NIA TNO rapport:
3546.362/hai

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

NR. 44644
plaats 68-274

Leeswijzer voor de snelle lezer:

Indien u in korte tijd een beeld wilt krijgen van de onderbouwing en uitwerking van de aanbevelingen kunt u voorliggende notitie als volgt doornemen:

Hoofdstuk 1: § 1.1 en § 1.4

Hoofdstuk 2: § 2.4

Hoofdstuk 3: § 3.3

Hoofdstuk 4: in zijn geheel

Hoofdstuk 5: in zijn geheel

Turen of sturen?

"Wat we zien hangt grotendeels af van wat we zoeken"

J. Lubbock

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	1
1.1	Projectdoelstelling en aanpak	1
1.2	Sociale zekerheid en arbowetgeving in de bergversnelling	2
1.3	Consequenties voor de zorgsector	6
1.4	Aanbevelingen voor de aanpak	7
2	EEN MODEL VOOR SECTOR-MAATREGELLEN	9
2.1	Model	9
2.2	Voorbeelden uit de literatuur	10
2.3	Actoren zorgsector	12
2.4	Aanbevelingen voor de aanpak	15
3	VERZUIMINDICATOREN IN DE ZORGSECTOR	16
3.1	Beschikbare gegevens	16
3.1.1	Verzuimgegevens-bestanden	16
3.1.2	literatuurgegevens	17
3.1.3	gegevens pilot-onderzoek	17
3.1.4	gegevens peilstation-enquête	17
3.1.5	gegevens Strategie arbeidsomstandighedenbeleid Arbeidsinspectie	18
3.2	Analyse gegevens	18
3.2.1	analyse verzuimgegevens-bestanden	18
3.2.2	analyse literatuur-gegevens	21
3.2.3	analyse gegevens pilot-onderzoek	24
3.2.4	analyse peilstation-gegevens	25
3.2.5	analyse gegevens Strategie arbeidsomstandighedenbeleid Arbeidsinspectie	27
3.3	Aanbevelingen voor aanpak	28
4	UITWERKING SECTORMAATREGELLEN	30
4.1	Monitoring op sectorniveau	31
4.2	Incentives verzuim- en arbo-beleid instellingsniveau ontwikkelen	32
4.3	Reïntegratie bevorderen/schadelast beperken	33
4.4	Preventie-maatregelen	33
4.5	Beïnvloeding ondernemingsbeleid	34
4.6	Infrastructuur	34
4.7	Plan van aanpak sectormaatregelen	35
5	TOT SLOT	37
6	BRONNEN	40
	Bijlage 1 Mogelijke maatregelen: voorbeelden uit de literatuur	42

1 INLEIDING

1.1 Projectdoelstelling en aanpak

De sociale partners in de zorgsector (lees: CAO-Z-sector) willen gezamenlijk maatregelen treffen om het ziekteverzuim in de zorgsector verder terug te dringen. De werkgroep Ziekteverzuim van sociale partners heeft NIA TNO advies gevraagd bij de keuze en uitwerking van deze maatregelen. Het streven is erop gericht gezamenlijk een pakket aan maatregelen te ontwikkelen dat tegelijk met of binnen de nieuwe CAO-Zorgsector (vanaf maart 1998) van kracht wordt.

Deze notitie vormt het kader waarbinnen strategiebepaling en besluitvorming over sectormaatregelen door sociale partners op sectorniveau verder gestalte zal krijgen. De notitie geeft de verschillende vragen weer die in dat kader gesteld kunnen, en misschien wel moeten, worden en geeft een deel van de antwoorden. Het geeft tevens weer hoe een iteratief, strategisch beleidsvormingsproces met de sociale partners en vertegenwoordigers van verschillende organisaties is opgestart en moet resulteren in een gezamenlijk plan voor sectormaatregelen.

De verschillende vragen en bijbehorende antwoorden, die samen het kader vormen voor de sectorspecifieke verzuimmaatregelen, worden beschreven in de verschillende hoofdstukken:

A. De vraag naar het "WAAROM?" van sectormaatregelen om het verzuim in de zorgsector terug te dringen:

Een beschrijving van de context waarbinnen het initiatief van sociale partners gestalte heeft gekregen, gevormd door de ontwikkelingen rond de sociale zekerheid en arbeidsomstandighedenwetgeving, nu en in de nabije toekomst (Hoofdstuk 1, Inleiding).

B. De vraag naar "WAT?" zijn sectormaatregelen:

Om een idee te krijgen over de soort maatregelen die genomen kunnen worden is allereerst in de literatuur naar voorbeelden gezocht. Het hier beschreven model en de tabel met voorbeelden zijn bediscussieerd met sociale partners op sectorniveau en hebben richting gegeven aan de keuze van maatregelen (Hoofdstuk 2, Een model voor sector-maatregelen).

C. De vraag naar "WIE?" zijn de spelers:

Bepalend in de ontwikkeling van sectorbeleid zijn de spelers in het veld. De actoren die een rol spelen binnen de zorgsector worden beschreven in § 2.3 "Actoren zorgsector". In gesprekken met verschillende actoren zijn de mogelijkheden verder verkend.

D. De vraag voor "WELKE?" sectormaatregelen te kiezen:

Op basis van beschikbare indicatoren voor hoogte van het verzuim, verzuimbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid en de aanwezigheid van verzuimbevorderende factoren zijn conclusies getrokken over prioriteiten in een eventuele sectorale aanpak (Hoofdstuk 3, Verzuimindicatoren in de zorgsector).

E. De vraag naar "HOE?" de sectormaatregelen uit te voeren:

De verschillende gekozen sectormaatregelen worden qua inhoud verder uitgewerkt in Hoofdstuk 4, Uitwerking sector-maatregelen. Tevens worden in § 4.7, Plan van aanpak sector-maatregelen, aanbevelingen geformuleerd hoe de verschillende maatregelen procesmatig kunnen worden aangepakt.

De rol van NIA TNO in dit ontwikkeltraject was die van procesbegeleider en leverancier van expertise. Expertise op het terrein van verzuimanalyse, effectief verzuim- en arbeidsomstandighedenbeleid en effectieve reïntegratie, sectorbeleidsadvisering en implementatie-ontwerp. Hierbij is een zogenaamde ontwikkel- of leer-strategie gevolgd: samen de te beantwoorden vragen en de weg waarlangs die vragen beantwoord gingen worden in kaart brengen en vervolgens met de sociale partners op zoek gaan naar de antwoorden op die vragen. Er is een breed scala aan onderzoeks- en advies-methodieken ingezet: literatuur-onderzoek, gegevens-analyse, pilot-onderzoek, evaluatie-onderzoek, enquête, half-gestructureerde interviews, actoren-analyse en discussie- en brainstorm-bijeenkomsten. Deze notitie vormt de weerslag van al deze activiteiten. Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen geen beschrijving van de onderzoeks-methodologie op te nemen. Per hoofdstuk worden in een kader de aanbevelingen voor sociale partners samengevat in de vorm van criteria voor sectormaatregelen.

1.2 Sociale zekerheid en arbowetgeving in de bergversnelling

De ontwikkelingen op het terrein van sociale zekerheid en arbeidsongeschiktheid gaan hard. Het lijkt wel op een wielerrace. Vroeger was het een gezapige "vlakke rit". Niemand had er voordeel bij om zich erg druk te maken, iedereen betaalde dezelfde premie, en kwam tegelijkertijd aan. Nu wordt een bergetappe gereden. De beste klimmers (die druk bezig zijn met preventie en slimme verzekeringsvormen) lopen uit op het peloton van de bedrijven en instellingen die niet precies meer weten waar ze aan toe zijn. Achteraan ontwikkelt zich een "trein" van bedrijven die niets doen en hopen dat zij behouden de eindstreep bereiken voordat de tijdregistratie gesloten is. Het is alleen onduidelijk of de klim langzaam is ingezet, of juist de afdaling.

Deze veranderingen hebben zowel betrekking op de positie van de gebruikers en betalers van sociale zekerheid, op de "aanbieders" ervan, en op de hele organisatie eromheen. Hieronder worden de belangrijkste veranderingen in het kort op een rijtje gezet, met name de regels rond arbeidsongeschiktheid.

Het is niet helemaal terecht om zeggen dat pas de laatste jaren de ontwikkelingen in de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid als een probleem gezien worden. In ieder geval vanaf het begin van de jaren tachtig werd met bezorgdheid tegen de grote groei van vooral het aantal arbeidsongeschikten

aangekeken, maar tot grote ingrepen leidde dat pas eind jaren tachtig, en daarna kwam het tempo er echt in.

De positie van de WAO'ers.

- De eerste verandering was in 1987. Tot dat jaar werd bij het bepalen van het arbeidsongeschiktheidspercentage rekening gehouden met de kansen die iemand heeft op de arbeidsmarkt. Omdat ook toen al veel ouderen, arbeidsongeschikten en werklozen weinig kans maakten op een baan, was het gemakkelijk (en aantrekkelijk) om in de WAO te komen. In dat jaar is ook voor het eerst het WAO percentage verlaagd.
- In 1992 gingen enkele wetten in die veel meer met zich mee brachten. Het belangrijkste was dat het principe werd ingebracht dat men niet beoordeeld wordt op wat men niet kan, maar op wat men wel kan. Dat betekent dat bij het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt gekeken wat voor werk men zou kunnen doen, met handicap, en dat men geen uitkering krijgt wanneer men in theorie ander werk zou kunnen doen. Probleem is alleen dat niet nagegaan wordt of dat werk ook beschikbaar is, zodat veel voormalig arbeidsongeschikten hun uitkering kwijtraakten, en er geen werk voor in de plaats kregen. Een andere belangrijke verandering is dat de duur van de arbeidsongeschiktheid beperkt is, zodat de uitkering van de meeste WAO'ers na een aantal jaren stopt (het "WAO gat").

Door dit alles is de positie van de arbeidsongeschikten er niet beter op geworden. Wel heeft dit tot gevolg gehad dat het aantal WAO'ers inderdaad sinds een aantal jaren aan het dalen is. In de praktijk zijn er maar heel weinig mensen die een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, en vooral de jongere WAO'ers raken bij herkeuring hun uitkering kwijt. Om dit te compenseren heeft de overheid een aantal voorschriften en subsidiemogelijkheden ontwikkeld die de kansen voor arbeidsongeschikten zouden moeten vergroten. Deze worden in 1998 samengenomen in een "Wet op de reïntegratie". In het kader van deze wet kan ieder bedrijf dat een arbeidsongeschikte in dienst neemt rekenen op een bepaalde subsidie die men vrij kan inzetten, bij voorbeeld om de lagere productiviteit van iemand te compenseren, of om aanpassingen in de arbeidsomstandigheden aan te brengen.

De veranderingen voor de bedrijven en instellingen.

Voor bedrijven en instellingen zijn het tot op heden vooral de regels rond ziekteverzuim die gevolgen hebben gehad.

- Sinds 1996 moeten de bedrijven en instellingen zelf het hele eerste jaar ziektewet betalen, nadat sinds 1993 al de eerste zes of twee weken voor eigen rekening kwamen. Eerder waren alle ziektegevallen verzekerd bij de bedrijfsverenigingen. Dat kan niet meer. Bedrijven kunnen kiezen om zich particulier te verzekeren, of om zelf het risico te dragen. Bovendien zijn bedrijven verplicht om aangesloten te zijn bij een arbodienst, en om samen met deze dienst de begeleiding van zieke werknemers goed op te pakken.
- Tot 1998 is het zo dat bedrijven en instellingen maar gedeeltelijk verantwoordelijkheid dragen voor ziektegevallen die langer dan een jaar duren. Daarna neemt de UVI (de opvolger van

bedrijfsvereniging) de begeleiding en betaling over. In 1998 gaat dat veranderen. Vanaf dat moment wordt de WAO premie afhankelijk van het aantal arbeidsongeschikten in de afgelopen vijf jaar, zodat het voor bedrijven geld oplevert om een arbeidsongeschikte terug aan het werk te brengen. Bovendien kan een bedrijf er voor kiezen een lagere WAO premie te gaan betalen zelf het loon van een arbeidsongeschikte door te betalen, of om hiervoor een particuliere verzekering af te sluiten.

De medespelers in het sociale-zekerheidsveld.

Met alle veranderingen zijn de spelers in het geheel sterk veranderd.

- Vroeger waren *de bedrijfsverenigingen* erg belangrijk. Zij betaalden de ziekte- en WAO uitkering, en beoordeelden en begeleiden de zieke werknemers. Bedrijven hadden in de praktijk nauwelijks iets met hen te maken. Omdat werkgevers en werknemers het bestuur vormden van de bedrijfsvereniging, konden zij vaak de uitvoering van de sociale zekerheid sturen en bij voorbeeld stimuleren dat een groep oudere werknemers bij een bedrijfsreorganisatie een soepele WAO beoordeling kregen.

Omdat dit leidde tot een veel te groot (oneigenlijk?) gebruik van sociale regelingen zijn de bedrijfsverenigingen in 1996 opgeheven, en vervangen door "uitvoeringsinstellingen" (UVI's). Deze UVI's zijn volledig onafhankelijk, en bij voorbeeld mogen werkgevers en werknemersorganen niet vertegenwoordigd zijn in het bestuur ervan. Verder moeten de UVI's met elkaar concurreren, en vanaf 2000 zal ieder bedrijf zelf een UVI kunnen uitkiezen waar het zijn sociale verzekeringen onderbrengt. Er zijn op dit moment (1997) vijf UVI's: het GAK, Cadans (vooral in midden- en klein bedrijf, en in de gezondheidszorg), het SFB (vooral in de bouw), het USZO (vooral overheid) en het GUO (vooral in de landbouwsector). De verwachting is dat nog wel enkele UVI's met elkaar of met commerciële verzekeraars zullen fuseren.

- De *commerciële verzekeraars* worden steeds belangrijker. Van oorsprong verzekeren zij specifieke risico's die niet door de WAO verzekerd worden als het WAO gat, en de arbeidsongeschiktheid van zelfstandigen. Sinds de veranderingen in de ziekte- en WAO kan een bedrijf bij hen ook het hele eerste ziekte- en WAO jaar verzekeren. Vanaf 1998 kan een bedrijf er ook voor kiezen om iedereen die korter dan vijf jaar ziek is bij hen onder te brengen, in plaats van bij de UVI.

Sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden.

De veranderingen in de sociale zekerheid hangen samen met ontwikkelingen op het terrein van arbeidsomstandigheden. Nadat een tijdlang de wetgeving steeds uitgebreider en gedetailleerder werd, bestaat nu de tendens om steeds meer over te laten aan sociale partners, die zelf uitmaken wat wel en niet acceptabel is. Verder bestaat de tendens om geen boetes op te leggen in het geval van bij voorbeeld een bedrijfsongeval, maar dat de benadeelde werknemer zijn werkgever financieel aansprakelijk stelt. Met andere woorden: minder overheid, en meer overlaten aan zelfregulering en aan het onderhandelingspel van werkgever en werknemer. Dezelfde tendensen doen zich voor op het terrein van sociale zekerheid.

Opgaven en problemen voor bedrijven en instellingen.

Met dit alles hebben bedrijven en instellingen er een aantal opgaven bij gekregen:

- Hoe zet ik een verzuimbeleid op dat het ziekteverzuim zoveel mogelijk beheersbaar houdt tegen zo laag mogelijk kosten? Belangrijk hierbij is de rol van de arbodienst: kun je het beste een goedkoop contract afsluiten, met weinig diensten, of een uitgebreider contract, dat wellicht het verzuim beter kan aanpakken?
- Kan ik het verzuimrisico zelf dragen, of moet ik dit herverzekeren? In het laatste geval: waar en met welke verzekeringsvorm?
- In de komende jaren gaan bovenstaande vragen ook voor het WAO risico gelden: hoe houdt ik het beheersbaar, en wat doe ik met de risico's?
- Meer in het algemeen: hoe ga ik om met arbeidsgehandicapte werknemers? Hebben de wettelijke "instrumenten" mij nog wat te bieden, of zit ik alleen maar vast aan voorschriften?
- In de komende jaren komt daar de vraag nog bij: bij welke UVI kan ik mij het beste aansluiten? Wat breng ik onder bij een commerciële verzekeraar, en wat doe ik bij de UVI?

Dit zijn keuzes die gemaakt moeten worden door iedere individuele instelling. Op centraal niveau (werkgevers- en werknemersorganisaties) kunnen deze keuzes ondersteund worden. Een paar voorbeelden hiervan:

- Centrale "inkoop" van verzekeringen. Zo kan een WAO verzekering, zeker van een kleine instelling, zeer hoog uitpakken, omdat het risico voor een verzekeraar moeilijk te berekenen is. Onlangs heeft de Vereniging van Verzekeraars zelfs laten weten dat de verzekeraars niet in staat zijn om concurrerende premievormen aan te bieden. Collectieve verzekeringen kunnen veel goedkoper zijn.
- De kans op reïntegratie, en daarmee de hoogte van de premies, hangt vaak samen met de arbeidsmarkt. Op centraal niveau is deze arbeidsmarkt beïnvloedbaar, voor een individuele instelling veel minder. Het zelfde geldt voor de arbeidsomstandigheden: een belangrijke factor bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid, en op centraal niveau beïnvloedbaar.
- Tenslotte hebben vooral werknemersorganisaties vaak een belangrijke kritische rol waar het gaat om te voorkomen dat beslissingen alleen maar op financiële gronden genomen worden.

1.3 *Consequenties voor de zorgsector*

De gezondheids- en welzijns-zorgsector neemt vanwege haar specifieke kenmerken van de financiering, van de aard van het werk en van de personeelsopbouw een unieke plaats in Nederland [Everts, 1989]. Deze specifieke kenmerken hebben ieder ook hun specifieke invloed op arbeidsongeschiktheid en verzuim in de sector.

De sector bestaat voornamelijk uit particuliere instellingen waarvan de financiering structureel en in belangrijke mate plaats vindt uit collectieve middelen. De overheid is alleen financier, en geen werkgever. Behoudens de substitutievrijheid staan de werkgever binnen de vastgestelde budgetten weinig alternatieve wegen ter beschikking ten aanzien van de afstemming tussen arbeidsvoorwaarden-ontwikkeling, personeelsomvang en geleverde diensten (kwantiteit en kwaliteit). De mogelijkheden voor prioritering zijn gering, ook wat betreft de middelen voor de ontwikkeling van arbo- en verzuimbeleid. De laatste jaren wordt het financiële beleid van de overheid vooral gekenmerkt door bezuinigingen en ombuigingen, wat gepaard gaat met vele wets- en stelselherzieningen terwijl de zorgvraag, qua omvang en qua niveau, toeneemt.

Met aan de ene kant een toenemende zorgvraag en aan de andere kant afnemende/gelijkblijvende financiering, komt in een zo arbeidsintensieve sector de verhouding tussen personeelsomvang en te leveren diensten onder druk te staan. Dit heeft geresulteerd in een hogere werklast per medewerker en inkrimping van de dienstverlening. Nieuwe onderzoeks- en behandelmethoden stellen toenemende eisen aan de professionalisering van het personeel. Met de invoering van de 36-urige werkweek en het hoge verzuim binnen sommige instellingen naast de extern gevoelde druk kwaliteit te leveren, zal de ervaren werkdruk alleen maar toenemen. Daarbij speelt dan ook nog een eventueel personeelstekort (kwantitatief) of bezettingsprobleem (kwalitatief).

In dienstverlening waar personen centraal staan, en vaak vanuit idealisme voor het zorgvak gekozen is, is de binding richting cliënt vaak groter dan richting werkgever. Maar gezien de randvoorwaarden waaronder gewerkt moet worden begint die binding af te nemen en kunnen medewerkers afhaken, vooral vanwege een gevoel tekort te schieten ten opzichte van de cliënten. Het hier beschreven fenomeen van teleurgesteld worden in verwachtingen wordt ook wel burn-out genoemd [Schaufeli, 1992].

De personeelsopbouw in de zorgsector kenmerkt zich door een grote hoeveelheid parttimers en vrouwen. Dit betekent in ieder geval dat zwangerschaps- en bevallingsverlof een aanzienlijk aandeel van het verzuimcijfer vormt. Daarnaast zal de combinatie werk-gezin voor een groot deel van de medewerkerspopulatie gelden. Er is in de literatuur overigens geen aanleiding gevonden te veronderstellen dat ten gevolge van deze kenmerken het verzuim in de zorg- en welzijnssector hoger is dan in andere sectoren. Als er onder vrouwelijke en parttime medewerkers sprake is van een hoger verzuim, hangt dat vooral samen met het functie-niveau. Vrouwelijke en parttime medewerkers werken vooral op uitvoerende niveaus in de zorgsector.

Toch lukt het vele instellingen ondanks, of misschien wel dankzij, deze starre kaders succesvol te opereren, wat onder andere valt af te leiden uit een "gezond" verzuimcijfer, tevreden medewerkers en tevreden klanten. Dat succes hangt in hoge mate samen met de manier waarop men op drie terreinen weet te opereren:

- op het terrein van financiën (denk daarbij aan het goed weten te mobiliseren van allerlei subsidiestromen, bijvoorbeeld ten aanzien van beleidsontwikkeling, opleidingen, reïntegratie en arbeidsmarkt (Melkert-banen); het gebruik maken van de mogelijkheid geleden schade te verhalen op aansprakelijke derde(n) via de Veegwet);
- op het terrein van de werkorganisatie (denk daarbij aan nieuwe vormen in de organisatiestructuur, in planningssystematiek en in verpleegkundige taakverdeling) en
- op het terrein van personeelsbeleid (werving- en selectie, personeelsbegeleiding, leeftijdsbewust personeelsbeleid).

Deze terreinen eisen steeds meer aandacht en professionalisering binnen de bedrijfsvoering van zorg-instellingen, zeker gezien de recente en toekomstige ontwikkelingen op het terrein van sociale zekerheid en arbowetgeving (zie § 1.2).

1.4 *Aanbevelingen voor de aanpak*

De sectorgewijze aanpak van arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wint in Nederland steeds meer terrein. De achterliggende redenen hiervoor zijn twee-ledig:

- a. hetzelfde type van problemen en knelpunten komt in meerdere organisaties voor, en het bundelen van kennis en kunde op sector-niveau leidt tot een meer effectieve en efficiënte inzet van tijd en financiering en tast de concurrentie-positie niet aan;
- b. de overheid ziet de kwaliteit van de arbeid binnen de organisaties en de daarvoor benodigde stimulering en financiering van sectorgewijze activiteiten steeds meer als een verantwoordelijkheid van betreffende sociale partners.

Voor met name de zorgsector komt daar nog een belangrijke derde reden bij:

- c. gezien de specifieke kenmerken van de sector, met name ten aanzien van de centrale financiering, lopen instellingen tegen knelpunten aan die niet door een individuele organisatie zijn te beïnvloeden (zoals arbeidsmarkt, beloningsstructuur). Het zijn juist de sociale partners op sectorniveau die de speelruimte voor de individuele lidinstellingen kunnen beïnvloeden, niet in het minst via de CAO.

Om het verzuim in de zorgsector te beïnvloeden zijn er twee sporen mogelijk: ten eerste via beïnvloeding van het verzuim- en arbobeleid sec, en ten tweede via optimale benutting van de speelruimte voor instellingen (qua financiën, arbeidsmarkt en ontwikkeling professie) en van de professionalisering van werkorganisatie en financieel en personeelsbeleid binnen instellingen (het ondernemingsbeleid). Gezien de aandacht die arbo- en verzuimbeleid de afgelopen jaren reeds gekregen hebben is winst - naast intensivering van dit spoor - ook via het tweede spoor te behalen.

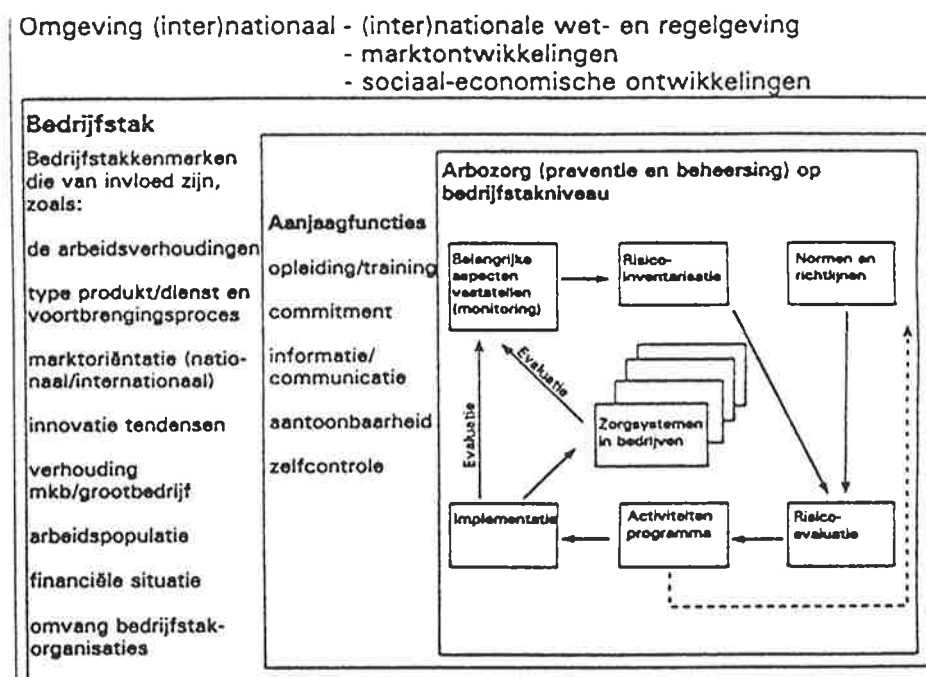
samenvatting criteria voor sectormaatregelen

- invloed willen hebben betekent: nu aanhaken bij de ontwikkelingen en de sectorgewijze aanpak systematisch en structureel invullen
- maatregelen ook richten op beïnvloeding ondernemingsbeleid op het terrein van financiering, arbeidsmarkt, personeelsbeleid en sociaal beleid;
- dat betekent dat zowel korte, middellange als lange termijn maatregelen onderdeel zullen uitmaken van de aanpak;
- alleen dan kiezen voor sectormaatregel als dat voordelen biedt boven louter op instellingsniveau, en de effectiviteit maximaal gewaarborgd is op instellingsniveau.

2 EEN MODEL VOOR SECTOR-MAATREGELEN

2.1 Model

Om de uitgebreide mogelijkheden voor maatregelen op sectorniveau in kaart te brengen is eerst een kort (Nederlands) literatuur-onderzoek uitgevoerd naar voorbeelden van sectormaatregelen op het gebied van verzuim of arbeidsomstandigheden. Er is vooral gezocht naar zoveel mogelijk verschillende soorten maatregelen. Uit de literatuur-search blijkt dat weinig materiaal via de bestaande kanalen beschikbaar is. Sector maatregelen zijn veelal opgenomen in beleidsnotities en jaarplannen van sectororganisaties en worden niet via reguliere kanalen (bibliotheken) verspreid. Voor de toepassing in het kader van deze notitie levert dat overigens geen belemmeringen op. De verdere uitwerking van de maatregelen vindt u beschreven in bijlage 1. De maatregelen zijn ingedeeld naar onderstaand model [Nossent, 1994]:



Het model is afgeleid van het algemeen model zorgsystemen. In het model wordt gesproken van 3 beïnvloedingsmogelijkheden vanuit sectororganisaties, namelijk:

1. via integratie in algemene sectorspecifieke ontwikkelingen, rond bijvoorbeeld personeelsbeleid, opleidingsbeleid en dergelijke;
2. via de zogenaamde aanjaagfunctie: gericht op het enthousiasmeren en motiveren van instellingen en het aantoonbaar maken van arbo- en verzuim-inspanningen, vaak via intermediaire organisaties;

3. via het faciliteren van de aanpak binnen instellingen zélf: een sectorspecifieke beheerscyclus met de fasen van risico's inventariseren, risico's evalueren, activiteiten programmeren en uitvoeren en monitoren.

2.2 Voorbeelden uit de literatuur

De voorbeelden van beïnvloedingsmaatregelen die in de literatuur zijn gevonden worden samengevat in onderstaande tabel (voor een toelichting op de maatregelen met voorbeelden wordt de lezer verwezen naar bijlage 1):

maatregelen gericht op kenmerken sector	maatregelen gericht op aanjaagfunctie	maatregelen gericht op systeem/proces binnen instelling
<ul style="list-style-type: none"> * sectorbeleid ontwikkelen * sociaal beleid ontwikkelen * maatregelen evalueren 	<ul style="list-style-type: none"> * voorlichting/informatie ontwikkelen en verstrekken * infrastructuur verbeteren * kennistransfer sturen * overleg met Arbeidsinspectie * voorbeeldprojecten * overleg sociale partners sectorniveau * CAO-afspraken * subsidie-regelingen * kosten/baten * erkenningsregeling/keurmerk invoeren * normen/richtlijnen ontwikkelen * onderzoeksprogrammering 	<ul style="list-style-type: none"> * sectorinformatie verzuim/arbo genereren * verzuimaanpak invoeren * verzuim analyseren * verzuimoorzaken aanpakken

Uit het overzicht en de in bijlage 1 gepresenteerde voorbeelden kan geconcludeerd worden dat maatregelen gericht op de aanjaagfunctie het meest gevarieerd en het meest toegepast lijken. Deze activiteiten passen ook goed bij de rol die sector-organisaties in het algemeen ten opzichte van hun leden vervullen. Maatregelen die het systeem binnen instellingen faciliteren zijn er te over, en het zou te ver voeren om daarvan een overzicht te geven. Vanuit sectororganisaties geïnitieerde maatregelen betreffen vaak ofwel de ontwikkeling van handboeken ofwel de aanpak van specifieke risico's, projecten die in de regel gefinancierd worden via een van de sectorfondsen.

Van de maatregelen gericht op kenmerken van de sector bestaan weinig voorbeelden, terwijl hiervan wel in het algemeen het meeste effect op verzuim verwacht kan worden. Dit zijn ook de maatregelen die pas op de langere termijn effecten zullen opleveren.

Uit een evaluatie-onderzoek naar de arbo-activiteiten van MKB-branches [Evers & Tushuizen, 1995] blijkt dat activiteiten die op branche-niveau worden ondernomen rond arbo- en verzuimbeleid vooral een stimulerende functie hebben op aangesloten bedrijven. Met name voor kleine bedrijven (tot 35 medewerkers) lijkt de ondersteuning van de branche van belang te zijn, mede gezien het feit dat staffuncties in dergelijke bedrijven nauwelijks ontwikkeld zijn.

Maatregelen die het zorgsysteem binnen bedrijven ondersteunen, in dit geval het laten ontwikkelen en verspreiden van handboeken arbo- en verzuim, hadden wisselend succes. De handboeken hadden vooral een functie in gedachtenordering, als naslagwerk en informatiebron, en veel minder als handreiking voor implementatie. De handboeken zijn te weinig specifiek voor de steeds wisselende situatie in de afzonderlijke bedrijven. Begeleidende activiteiten, zoals regionale bijeenkomsten, opleidingen, workshops of individuele begeleiding per bedrijf e.d., waarin de vertaling wordt gemaakt naar de specifieke situatie van de deelnemers, zijn daarbij noodzakelijk.

Het onderzoek maakt ook duidelijk dat het belangrijk is de branche-aanpak te differentiëren. Bijvoorbeeld t.a.v. bepaalde kenmerken van leden, zoals bedrijfsgrootte, mate van stafondersteuning, subsector. Daarnaast zijn er verschillende doelgroepen te onderscheiden binnen de instellingen: directies/managementteams, stafdiensten, middenkader en medewerkers. Traditioneel is de ondersteuning van branche-organisaties vooral gericht op het ondersteunen van de directie/werkgever. Daar waar gekozen wordt voor een bredere doelgroepenbenadering zijn de activiteiten succesvoller. Arbo- en verzuim zijn onderdelen van de totale bedrijfsvoering: een integrale aanpak, bijvoorbeeld samen met milieu- en kwaliteit verdient dan ook de voorkeur.

In een onderzoek waarin bedrijfstakprojecten geïnventariseerd en geëvalueerd zijn [Verschuren & de Feijter, 1994] worden deze bevindingen nog eens bevestigd. Ook wordt al geconstateerd dat er weinig maatregelen systematisch worden geëvalueerd. Uitspraken over meest en minder effectieve maatregelen zijn dan ook niet te doen. Wel wordt vanuit de ervaringen van sociale partners een aantal aandachtspunten geformuleerd:

1. ontwikkel als sectororganisatie een (samenhangende en gezamenlijke) visie op arbeidsomstandigheden in de sector;
2. zet als sectororganisatie een infra-structuur op voor het stimuleren van de zorg voor arbeidsomstandigheden;
3. formuleer concrete, meetbare doelstellingen;
4. creëer draagvlak voor de maatregelen bij de leden;

5. stimuleer de zelfwerkzaamheid van leden;
6. ga uit van de knelpunten die leden ervaren bij de invoering van bepaalde maatregelen;
7. werk gefaseerd;
8. geef veel aandacht en energie aan de implementatie van maatregelen.

2.3 Actoren zorgsector

Actoren die op het terrein van arbo- en verzuim en breder, sociaal beleid, binnen de zorgsector een rol spelen, zijn:

Instellingen zelf: De (partijen binnen) instellingen zijn de belangrijkste actor in het terugdringen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Op dit niveau moeten de daadwerkelijke concrete maatregelen om verzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen danwel te beperken gestalte krijgen. Op dit niveau vindt ook differentiatie plaats naar individuele gevallen. Instellingen zijn er bij gebaat om hun ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheidsinstroom zo laag mogelijk te houden: vanwege de verstoringen in het primair proces, verlies aan kwaliteit en productiviteit, en vanwege de kosten (vervanging, herverzekeringspremie, WAO-premie, Arbodienstcontract). Daarbij spelen verschillende groepen hun eigen rol: werkgever, staf, middenkader en medewerkers. De werkgever is primair verantwoordelijk voor de arbeidsongeschikten, voor wie (nog) niet is vastgesteld dat er geen mogelijkheden tot reïntegratie in het eigen bedrijf zijn. Hij wordt daarbij bijgestaan door de arbodienst en de UVI.

Verzekeraars: Ziekteverzuim, WAO-aanvulling en volgend jaar ook arbeidsongeschiktheid kunnen/moeten verzekerd worden bij particuliere verzekeraars. Altis PGGM neemt de herverzekering ziekteverzuim voor een groot aantal instellingen in de zorgsector (\pm 45%) voor haar rekening. Bovendien richt Altis PGGM zich expliciet op de doelstelling om een effectieve bijdrage te leveren aan de reductie van het ziekteverzuim van haar klanten. Naast deze beleidsdoelstelling is dit mede in het belang van Altis PGGM omdat dan minder hoeft te worden uitgekeerd, de premie lager kan worden vastgesteld en daarmee een betere positie kan worden verkregen ten opzichte van andere verzekeraars. Daarbij moet gedacht worden aan preventief beleid (arbeidsomstandighedenbeleid), versterken van de reïntegratie-inspanningen en verbetering van de medische zorg. Ook (collectieve) ziektekostenverzekeraars kunnen daarbij een rol spelen. Van hen kan verlangd wor-

den hun meerwaarde te bewijzen t.o.v. andere verzekeraars door actief mee te werken aan de beperking van verzuim. Het bekorten van wachtlijsten in de curatieve sector is daar een voorbeeld van.

Arbodiensten: Met de invoering van TZ/Arbo begin 1994 is bepaald dat alle organisaties in Nederland verplicht zijn zich voor een aantal taken te laten bijstaan door een deskundige dienst en daartoe dus een contract met een arbodienst dienen te sluiten. Voor de sector Gezondheidszorg is die verplichting op 1-1-1996 ingegaan. Met name de arbodiensten Avios Arbozorg en ArboUnie spelen een belangrijke rol in de zorgsector, en worden geacht bij het ontwikkelen van arbozorg en verzuimbeleid binnen instellingen een pro-actieve rol in te nemen. Tot nu toe krijgt dat vooral gestalte in de vorm van basispakketten die instellingen afsluiten. Arbodiensten zijn hard bezig hun dienstverlening uit te breiden en op die manier hun concurrentiepositie te versterken. Zij hebben dus commercieel belang bij het terugdringen van het ziekteverzuim. In het eerste jaar van ziekte zijn zij tevens de eerste partij voor begeleiding bij reïntegratie bij de eigen werkgever. Daarnaast hebben zij een toetsende rol in het kader van de risico-inventarisatie en -evaluatie, wat kan conflicteren met hun commerciële/dienstverlenende rol naar dezelfde klantorganisaties.

Inspectie-organen: Arbeidsinspectie en Inspectie Volksgezondheid hebben een taak in de opsporing en handhaving van Arbowetgeving, Kwaliteitswetgeving en Hygiëne codes. Zij kunnen een belangrijke incentive vormen voor instellingen beleid te ontwikkelen en te implementeren op het gebied van Arbeidsomstandigheden, Verzuim en Kwaliteit. Daarnaast hebben zij een belangrijke rol bij het monitoren van ontwikkelingen op deze terreinen, waartoe zij hun contacten met instellingen op gestructureerde wijze beheren.

Werkgeversorganisaties: De Nederlandse Zorgfederatie en haar aangesloten verenigingen (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuizen, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg) behartigen de belangen van de aangesloten leden. Zij kunnen onder andere als CAO-partij en via bestuursfunctie in sectorfondsen strategisch beleid op sectorniveau mee vormgeven.

Werknemersorganisaties: ABVAKABO, CFO/SBG en FHZ behartigen de individuele en collectieve belangen van de aangesloten leden en ondernemingsraden en kunnen een belangrijke rol spelen bij ziekteverzuimbeheersing. Kunnen onder andere als CAO-partij en via bestuursfunctie in sectorfondsen strategisch beleid op sectorniveau mee vormgeven.

UVI's: Met de herziening van het stelsel sociale zekerheid zijn sinds 1-1-1996 bedrijfsverenigingen losgekoppeld van de uitvoeringsorganisaties (UVI's). Cadans is daarin de opvolger van de voormalige BVG. Uitvoeringsorganisaties hebben de taak sociale verzekeringswetten uit te voeren (WW, WAO, AAW en ZW). Kerntaken zijn: gevalsbehandeling en het doen van uitkeringen, premie-heffing en incasso, bemiddeling, en reïntegratie, waaronder het bewaken van de kwaliteit van reïntegratie-plannen en het toekennen van subsidies. Ook hier zal een zekere marktwerking gaan ontstaan omdat sectororganen en (clusters van) organisaties vanaf het jaar 2000 vrij zijn in de keuze van de uitvoeringsorganisatie. De inschatting is dat er uiteindelijk enkele uitvoeringsorganisaties zullen overblijven, dus de marktwerking zal beperkt blijven. Daarnaast bestaat de mogelijkheid UVI's onder te brengen in holdings die ook commerciële activiteiten ontplooiën, bijvoorbeeld met een bank, een verzekeraar en een arbodienst. Ten aanzien van reïntegratie is de UVI verantwoordelijk voor de arbeidsongeschikten met een werkgever, waarvoor vaststaat dat ze niet meer bij deze werkgever aan de slag kunnen, én voor de arbeidsongeschikten die geen werkgever (meer) hebben en een uitkering van de UVI ontvangen.

sectorraad Zorg en Welzijn: privaatrechtelijke sectorraden hebben per 1-1-1997 de taak het Lisv te adviseren over het sluiten van contracten met UVI's. Deze adviezen zijn niet bindend. Omdat de sectorraden nog maar kort bestaan moet de feitelijke uitvoering van taken en verantwoordelijkheden van sectorraden in de praktijk nog vorm krijgen.

Arbeidsvoorziening: In het verlengde van de privatisering van sociale verzekeringen wordt Arbeidsvoorziening een belangrijke partij op de markt voor bijvoorbeeld sectororganen en verzekeraars, met name waar het de financiële belangen rond geslaagde reïntegratie betreft. Hier is dan ook de ontwikkeling te zien van samenwerking tussen Regionale Bureaus Arbeidsvoorziening (RBA's) met sectorraden, UVI's, Gemeentelijke Sociale Diensten, uitzendbureaus en mogelijk sociale werkplaatsen.

onderzoeks- en adviesbureaus: Expertise op het terrein van de verbetering van verzuim- en arbo-beleid, en meer in het algemeen rond verbetering van de bedrijfsvoering is bij uitstek aanwezig bij een aantal onderzoeks- en adviesbureaus die specifiek ervaring hebben in de zorgsector. Over het algemeen betreft het commerciële organisaties die op bepaalde expertise-gebieden met elkaar concurreren. In dit kader moeten in ieder geval worden genoemd (in alfabetische volgorde):

ADG, Bakkenist, KPMG, NIA-TNO, NZi, Twijnstra Gudde en Zorgconsult.

2.4 Aanbevelingen voor de aanpak

Evaluatie-gegevens over sectormaatregelen zijn schaars, maar vormen niettemin een goede basis voor het formuleren van sectormaatregelen voor de zorgsector. De gegevens pleiten voor een geïntegreerde, systematische en structurele aanpak op verschillende niveaus: maatregelen gericht op kenmerken van de sector als geheel, op de intermediaire organisaties en op individuele instellingen. Sociale partners op sectorniveau zijn bij uitstek in de gelegenheid de belangen van de verschillende actoren aan elkaar te knopen en de actoren te activeren tot maatregelen.

samenvatting criteria voor sectormaatregelen

- maatregelen moeten bijdragen aan zelfwerkzaamheid instellingen;
- lidinstellingen worden betrokken bij het ontwikkelen van activiteiten (draagvlak);
- maatregelen gaan ervan uit dat werkgevers en werknemers op instellingsniveau gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en uitvoering van verzuim- en arbo-beleid;
- sociale partners op sectorniveau hebben vooral een regierol;
- maatregelen komen voort uit een (samenhangende en gezamenlijke) visie van sociale partners op arbeidsomstandigheden in de sector;
- coördinatie en een centraal aanspreekpunt als kader voor sectormaatregelen is noodzakelijk;
- er worden concrete, meetbare doelstellingen voor sector-maatregelen geformuleerd;
- naast ontwikkeling is ook de implementatie en evaluatie van maatregelen essentieel voor effectief sectorbeleid;
- de maatregelen maken onderdeel uit van een gefaseerde, structurele en systematische aanpak.

3 VERZUIMINDICATOREN IN DE ZORGSECTOR

3.1 Beschikbare gegevens

Om een indicatie te verkrijgen van welke verzuimproblematiek sprake is binnen de zorgsector, zijn verschillende bronnen van gegevens naast elkaar gezet en geanalyseerd. Het betreffen gegevens over verzuimcijfers, relevante literatuur-gegevens, de gegevens uit het pilot-onderzoek naar arbeidsvoorwaardelijke prikkels, de gegevens uit de peilstation-enquête en evaluatie-gegevens van inspectie-projecten. Met de analyse wordt de vraag beantwoord of er reden is voor een sectorale aanpak, gezien de hoogte van het verzuim en de verzuim-bevorderende factoren?

3.1.1 Verzuimgegevens-bestanden

Allereerst zijn de beschikbare verzuimgegevens-bestanden op een rijtje gezet. In onderstaande tabel worden de beschikbare bestanden samengevat, waarbij wordt aangegeven welke informatie beschikbaar is en wordt aangegeven welke knelpunten of bijzonderheden zich daarbij eventueel voordoen.

bron	informatie	knelpunten/bijzonderheden
Jaarverslag BVG/Cadans	jaarlijks (maandelijks), %/f/-duur, 1993-1996, onderverdeling subsectoren, verdere analyse leeftijd, sexe, dienstverband mogelijk	- onderrapportage kortdurend verzuim - ex-medewerker Cadans is voornemens een peilstation op zetten i.s.m. AWOB
NZi-loonkosten-statistiek	jaarlijks, %/f/duur, 1993-1996, onderverdeling sexe, functies, leeftijd, dienstverband	- berekeningsgrondslag? - 80% van de instellingen betrokken -t/m 1996 alleen incl. zwangerschapsverlof

bron	informatie	knelpunten/bijzonderheden
SVr-CTSV overzicht	jaarlijks, %/f/duur, 1993-1996, onderverdeling diagnose-categorieën, vergelijking andere sectoren	-verdere analyse? -onderrapportage kortdurend verzuim
CBS Kwartaalonderzoek ziekteverzuim	per kwartaal, %/f/duur,	-vanaf 4e kw. 1995 -werkt met zelfrapportage -verdere analyse subsectoren?
Avios Arbozorg	gegevens vanaf 1e ziektedag, op instellingsniveau, %,f,-duur, onderverdeling diagnose-categorieën	- nog geen analyse gegevens beschikbaar op korte termijn
Altis PGGM	gegevens vanaf 1e ziektedag, op instellingsniveau, %,f,-duur, onderverdeling sexe, functie, leeftijd	- nog geen analyse gegevens beschikbaar op korte termijn

In § 3.2.1 worden de gegevens uit de beschikbare bestanden geanalyseerd.

3.1.2 literatuurgegevens

Er is op het terrein van verzuim en arbo zeer veel literatuur voorhanden, ook specifiek gericht op de zorgsector. In het kader van deze notitie is pragmatisch gekozen voor die literatuur die een bijdrage kan leveren aan de strategie-bepaling en besluitvorming over sectormaatregelen van sociale partners. Daarom is vooral gekozen voor overzichtsliteratuur.

3.1.3 gegevens pilot-onderzoek

In de periode januari-november 1997 is bij 8 pilot-instellingen een arbeidsvoorwaardelijke verzuimprikkel ingevoerd en zijn de resultaten daarvan geëvalueerd. De complete rapportage van het onderzoek is op te vragen bij mw. J. den Engelsman-Volmer (NZf).

3.1.4 gegevens peilstation-enquête

In april/mei 1997 is een enquête gehouden onder de 121 leden van het peilstation Nederlandse Zorgfederatie met betrekking tot de stand van zaken verzuimbeleid. In totaal hebben 89 leden de ingevulde enquête binnen de gestelde termijn geretourneerd. In paragraaf 3.2.4 worden alleen die

gegevens samengevat die relevant zijn voor het in deze notitie voorliggende vraagstuk. De complete rapportage van het onderzoek is op te vragen bij mw. J. den Engelsman-Volmer (NZf).

3.1.5 *gegevens Strategie arbeidsomstandighedenbeleid Arbeidsinspectie*

In 1990 is door een projectgroep van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een verkenning van de bedrijfstak intramurale gezondheidszorg ontwikkeld, op basis waarvan, samen met de bij de intramurale gezondheidszorg betrokken sociale partners, een strategie is opgesteld om te komen tot verbetering van de arbeidsomstandigheden in de sector [Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1993]. Op dit moment, na 5 jaar uitvoering van de strategie, wordt een aantal projecten geëvalueerd. De evaluatie-gegevens van de inspectie-projecten IMG 4 en IMG 5 worden in de volgende paragraaf gepresenteerd. De eerste inspectie-projecten zijn in 1993 gestart. Het betroffen brede VGW-inspecties (IMG 4) in zorg-ondersteunende en patiënt-gebonden afdelingen van grote instellingen en alle afdelingen van kleine instellingen en inspecties van het arbozorg-systeem (IMG 5). Bij de start van de strategie werd als belangrijkste knelpunt geconstateerd dat het binnen de instellingen vooral ontbreekt aan een gericht arbeidsomstandighedenbeleid.

3.2 *Analyse gegevens*

3.2.1 *analyse verzuimgegevens-bestanden*

Als we de beschikbare gegevens van BVG/Cadans op een rijtje zetten komt het volgende beeld naar voren rond het ziekteverzuim (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof):

Subsector	percentage				gemiddelde frequentie				gemiddelde duur			
	'93	'94	'95	'96	'93	'94	'95	'96	'93	'94	'95	'96
Ziekenhuizen	5.8	5.3	5.9	5.4	1.86	1.46	1.46	1.19	11.4	12.8	14.1	15.7
Psych. Ziekenhuizen	6.6	6.0	6.6	5.3	2.00	1.62	1.56	1.31	12.0	13.1	14.5	13.8
Zwakzinnigeninrichtingen	6.4	6.0	6.9	*	1.86	1.46	1.45	*	12.9	14.8	16.3	*
Verpleeghuizen	7.5	6.7	7.6	7.2	1.99	1.59	1.59	1.49	13.5	15.2	16.3	16.5
Tehuizen en Dagverblijven Gehandicapten	6.7	5.8	6.9	6.6	1.80	1.44	1.51	1.33	13.3	14.7	15.1	16.8
totaal	6.6	5.9	6.8	6.1	1.86	1.49	1.51	1.33	12.8	14.3	15.1	15.7

* gegevens niet apart beschikbaar

(bron: Jaarverslag BVG 1994, 1995, Verzuimoverzicht zorgsector Cadans 28-2-1997)

De vergelijking van bovenstaande cijfers geeft het volgende aan:

- in alle subsectoren lijkt sprake te zijn van een licht dalende trend qua percentage, vooral verklaard door een dalende gemiddelde meldingsfrequentie. Hierbij zou sprake kunnen zijn van het effect van onderrapportage: instellingen melden met name hun kortdurend verzuim niet volledig richting Arbodienst, verzekeraar en UVI. De gemiddelde duur blijft nagenoeg gelijk of stijgt zelfs. Dit wordt bevestigd door een onderzoek dat begin jaren '80 is uitgevoerd: die trend was toen al zichtbaar en heeft zich de afgelopen 10 jaar doorgezet [Smulders et al, 1985];
- in de subsectoren verpleeghuizen en de sector dagverblijven en tehuizen voor gehandicapten liggen de verzuimcijfers boven het gemiddelde van de totale sector;
- het meeste effect op de totale cijfers is te verwachten via een beperking van de duur van het verzuim;
- de gepresenteerde gegevens geven gemiddelden aan: het beleid differentiëren voor hoog en laag verzuiminstellingen ligt voor de hand. Gegevens over de spreiding van verzuim-percentage over instellingen zijn daarvoor noodzakelijk.

Met de gegevens van het kwartaal-onderzoek ziekteverzuim van het CBS [Keij-Deerenberg, 1996] wordt bevestigd dat de sector gezondheids- en welzijnszorg ten opzichte van andere bedrijfstakken hoog scoort. Gemiddeld bedroeg het verzuimpercentage in het eerste kwartaal 5.8%, voor de gezondheids- en welzijnszorgsector bedroeg het percentage maar liefst 8.8%. Daarbij moet wel aangetekend worden dat de percentages inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof berekend zijn, en dat dat voor de gezondheids- en welzijnszorgsector "ongunstig" uitpakt. Exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof bedroeg het verzuimpercentage gemiddeld in het eerste kwartaal 5.3%, voor de gezondheids- en welzijnszorgsector bedroeg het percentage 7.5%. Dit ligt hoger dan het cijfer dat Cadans presenteert. Dit heeft te maken met het feit dat het CBS uitgaat van zelfrapportage van bedrijven en instellingen, waar wellicht minder sprake is van onderrapportage, dat het CBS-cijfer alleen het eerste kwartaal betreft en dat het CBS een cijfer presenteert voor de hele zorg- en welzijnssector (incl. bijv. thuiszorg- en welzijns-instellingen).

Dat de zorgsector hoger scoort ten opzichte van andere sectoren is overigens niet nieuw. Uit een vergelijking van de verzuimgegevens met andere bedrijfstakken komt naar voren dat in 1970 het verzuimpercentage van de BV Gezondheid nog ruim onder het gemiddelde van alle bedrijfstakken lag (5.5 versus 6.7 gemiddeld), in 1978 die verhouding nog gunstiger lag (5.8 versus 8.7 gemiddeld) maar in 1986 boven het gemiddelde uitsteeg (8.1 versus 7.4 gemiddeld).

De belangrijkste diagnose-categorie voor het ziekteverzuim wordt gevormd door zwangerschap- en bevalling (in 1995 41,5 % binnen de zorgsector, t.o.v. 25 % landelijk). Het betreft dus zowel het verlof zélf als het aan zwangerschap en bevalling gerelateerde verzuim [bron: Stand Ziekengeldverzekering 1995, CTSV]. Psychische afwijkingen (20%) en Ziekten der bewegingsorganen (19.5%) zijn de op 1 en 2 na grootste diagnose-categorie. Deze scores vergelijkbaar met de landelijke cijfers (17.5% resp. 22.4%). In een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van arbeids-

omstandigheden in Nederland [Koningsveld & Mossink, 1997] wordt vastgesteld dat het grootste deel van de maatschappelijke kosten van arbeidsgebonden uitval wordt veroorzaakt door twee diagnose-categorieën: psychische ziekten en ziekten aan het bewegingsapparaat. 39.2 % van de maatschappelijke kosten (kosten werkgebonden verzuim, WAO-uitval en medische gevolggkosten) komt voor rekening van psychische ziekten en 40.3 % voor rekening van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voor diagnose-categorie psychische ziekten wordt de mate van werkgebondenheid t.a.v. ziekteverzuim op 40% ingeschat (minimaal 25%, maximaal 60%), en t.a.v. de WAO op 44% (minimaal 35%, maximaal 58%). Voor aandoeningen van het bewegingsapparaat komt deze schatting neer op 40% (tussen 30-60%) resp. 40% (tussen 30-67%).

Uit de NZi-loonkostenstatistiek (ziekteverzuimpercentage op basis van werkdagen) blijkt een vrij constant beeld naar voren te komen rond de leeftijdscategorieën met het hoogste verzuimpercentage. In de jaren 1992 t/m 1996 scoort de groep 25-29 jaar en 30-34 jaar in alle sectoren (algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verstandelijk gehandicapten, verpleeghuizen) bovengemiddeld (de groep 30-34 jaar het hoogst). In de categorale en psychiatrische ziekenhuizen scoort ook de leeftijdscategorie 35-39 jaar bovengemiddeld. Een verklaring kan gezocht worden in twee richtingen:

- a. Aan zwangerschap en bevalling en gezinssituatie gerelateerd verzuim zal met name in deze leeftijdscategorieën voorkomen, de leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen en werk met gezin combineren.
- b. Het is bekend dat psychische aandoeningen in de vorm van burnout-verschijnselen met name in de leeftijdscategorie 30 á 40 jaar voorkomen, aan het begin en in het midden van de loopbaan [Schaufeli, 1990].

Voor de algemene, categorale en psychiatrische ziekenhuizen scoorden in de jaren '92 en '93 ook de leeftijdsgroepen 50-59 jaar en 60 jaar en ouder bovengemiddeld.

Kijkend naar de personeelscategorieën valt het bovengemiddelde verzuimpercentage binnen de hotelfuncties en binnen het verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel op. Ook dit is een constant beeld over 1992 t/m 1996 en voor alle sectoren. Daarnaast scoren binnen de psychiatrische ziekenhuizen de leerling-verpleegkundige, -opvoedkundige en -verzorgenden personeelsleden bovengemiddeld.

Vrouwen vertonen een bovengemiddeld verzuim ten opzichte van mannen en dat betreft dan met name de vrouwen met een parttime dienstverband. Na correctie voor de rol van zwangerschap- en bevallingsverlof en het gemiddeld lagere functie-niveau van vrouwen (met een parttime functie) blijft van het verschil in verzuimpercentage tussen mannen en vrouwen weinig tot niets over.

3.2.2 analyse literatuur-gegevens

Er is veel literatuur beschikbaar over de vele factoren die met ziekteverzuim kunnen samenhangen. De lijst van factoren wordt steeds langer en gevarieerder en wordt steeds bijgesteld. Gezien de doelstelling van deze notitie is het zinvol ordening aan te brengen in al deze factoren, en wel op de volgende wijze:

- a. factoren op maatschappelijk niveau, die voor alle organisaties en personen nagenoeg gelijk zijn;
- b. factoren op organisatie-niveau, die per organisatie kunnen verschillen, maar waaraan alle medewerkers binnen de organisatie zijn blootgesteld;
- c. factoren op individueel niveau, die per medewerker kunnen verschillen, maar wel verschillen in verzuim tussen organisaties kunnen verklaren.

Beïnvloedbare factoren vanuit sectororganisaties betreffen met name de factoren op maatschappelijk en organisatie-niveau.

Verzuim wordt in het algemeen multi-causaal bepaald en de vele factoren op vele niveaus beïnvloeden ook nog eens elkaar. Dé oorzaak van verzuim is dan ook meestal moeilijk aan te geven. Daarnaast zijn de verbanden tussen de onderzochte factoren en verzuimpercentage, verzuimfrequentie en verzuimduur lang niet altijd even eenduidig. Verbanden die in het ene onderzoek worden bevestigd worden in het andere onderzoek weer niet gevonden. Dit betekent tevens dat het beleid, met als doel het beheersen en verlagen van verzuim, gericht dient te zijn op meerdere maatregelen op verschillende niveaus [Smulders & Veerman, 1990].

In onderstaande tabel worden, op basis de resultaten van literatuuronderzoek, een aantal organisatie-gebonden factoren benoemd die samenhangen met een laag verzuimpercentage, een lage gemiddelde frequentie of een korte gemiddelde duur [Smulders, 1984b, Smulders en Veerman 90].

<p>laag verzuimpercentage</p>	<ul style="list-style-type: none"> . gunstige financieel-economische positie organisatie . betere kwaliteit van het werk . betere kwaliteit menselijke verhoudingen . lage automatiseringsgraad productieproces . minder hiërarchische organisatie (kleine organisatie, weinig gedifferentieerd) . goed functionerende topleiding en goed organisatieklimaat (sociale steun) . weinig beperkingen in de (beleids)autonomie . goede afstemming gevraagde en gevolgde opleiding
<p>lage gemiddelde frequentie</p>	<ul style="list-style-type: none"> . goede financieel-economische positie organisatie . betere kwaliteit van het werk . betere kwaliteit menselijke verhoudingen (sociale steun) . grotere aandacht voor individuele medewerker . hogere gemiddelde leeftijd personeelsbestand . goede afstemming gevraagde en gevolgde opleiding

korte gemiddelde duur	<ul style="list-style-type: none"> . goede financieel-economische positie organisatie . betere kwaliteit van het werk . lage automatiserings/mechaniserings/routiniserings-graad productieproces . weinig beperkingen in de (beleids)autonomie, veel zeggenschap afdelingsbeslissingen . goed functionerende topleiding en goed organisatieklimaat (sociale steun) . minder hiërarchische organisatiewijze (kleine organisatie, weinig gedifferentieerd) . management-aandacht verzuimproblematiek . kwalitatief goed personeels- en sociaal beleid . kleinere aandacht voor individuele medewerker . lagere gemiddelde leeftijd personeelsbestand . goede afstemming gevraagde en gevolgde opleiding
-----------------------	--

Met deze factoren kan een aanzienlijk deel van het verschil in verzuimgegevens tussen organisaties worden verklaard.

Uit literatuuronderzoek naar determinanten van verzuim in ziekenhuizen [Smulders e.a., 1985] blijkt:

- bij toenemende leeftijd neemt de gemiddelde verzuimduur toe en de frequentie af;
- bij toenemende lengte van het dienstverband neemt het verzuimpercentage toe;
- bij toenemend opleidingsniveau neemt de verzuimfrequentie af;
- bij toenemende taakvariatie neemt het verzuimpercentage af;
- sociaal leiderschap leidt tot afname van de verzuimfrequentie;
- bij toenemende werkveranderingen neemt de verzuimfrequentie toe;
- bij toenemende omvang van de organisatie nemen verzuimpercentage en frequentie toe;
- bij lichamelijk zware handelingen neemt het verzuim toe;
- over het algemeen blijken nachtdiensten verzuimverhogend te werken.

Kijkend naar risico-factoren die in het werk aanwezig zijn, geeft een vergelijkende Europese studie in de ziekenhuissector [Verschuren et al, 1995] aan dat er redelijke eenduidige opvattingen bestaan over de belangrijkste risico-factoren in het werk. Dit betreft:

- * fysieke belasting (zoals belastende werkhoudingen, tillen van patiënten, duwen/trekken van zware lasten) veroorzaakt mede uitval ten gevolge van bewegingsapparaat-klachten en ongevallen.
- * biologische agentia (zoals bloed en infectueus materiaal) veroorzaken infectie-ziekten en ongevallen (prik-accidenten).
- * toxische stoffen (zoals schoonmaakmiddelen, geneesmiddelen, narcose-middelen) veroorzaken vooral huid-aandoeningen en aandoeningen van de ademhalingswegen.
- * afwijkende werktijden/werkroosters (zoals avond- en nachtdiensten, ploegdiensten en weekenddiensten) hebben vooral invloed op het ontstaan van psychische aandoeningen.
- * toenemende eisen patiënten/publiek (zoals discrepantie in gevraagde en geboden dienstverlening, toenemende agressie/geweld) hangen samen met het ontstaan van psychische aandoeningen zoals burn-out-verschijnselen.
- * toenemende arbeidsdeling (zoals vergaande specialisatie, verdeling hoogwaardige en laagwaardige taken over verschillende functie-niveaus) draagt bij aan het ontstaan van psychische aandoeningen.
- * ontbreken van steun van collega's (werken op geïsoleerde plaats, weinig steun/feedback/teamwork) draagt bij aan het ontstaan van psychische aandoeningen.

Door de verschillende Europese landen wordt gerapporteerd dat deze risico-factoren vooral de lagere functie-niveaus treffen: de verpleegkundigen en verzorgenden, de laboratorium-medewerkers en het personeel van de facilitaire dienst.

Uit een onderzoek naar de arbeidssituatie van 12 beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg [Smulders, 1990] komt naar voren dat er twee beroepsgroepen uitspringen met een zeer negatief oordeel over hun arbeidssituatie: ziekenverzorgenden en keukenpersoneel. Op bijna alle arbeidskenmerken scoren ze boven-gemiddeld ongunstig.

Niet boeiend en onzelfstandig werk komt het meest voor bij huishoudelijke en keukenpersoneel en ziekenverzorgenden.

De tijdsdruk is het grootst bij verpleegkundigen en ziekenverzorgenden.

Lichamelijk zwaar werk komt het meest voor onder huishoudelijk- en keukenpersoneel, ziekenverzorgenden en fysiotherapeuten.

Hinder van het binnenklimaat wordt door ziekenverzorgenden het meest gevoeld.

Beloning en vooruitzichten worden het meest negatief beoordeeld door verpleegkundigen.

3.2.3 analyse gegevens pilot-onderzoek

Op het moment van schrijven van deze notitie waren de evaluatie-gegevens van het pilotonderzoek nog niet beschikbaar.

3.2.4 analyse peilstation-gegevens.

Hieronder worden de resultaten van het peilstation-onderzoek in het kort samengevat.

verzuimcijfers

Het gerapporteerde verzuimcijfer is gestegen ten opzichte van 1995 (1995: 6.9% en 1996: 7.2%, gemiddelde meldingsfrequentie van 1.7 in beide jaren totale zorgsector) en ligt hoger dan de verzuimgegevens uit de Cadans-bestanden. Dit kan te wijten zijn aan verschillen in definities en berekeningswijze en een eventuele onderrapportage van kortdurend verzuim in de landelijke bestanden, dat wel wordt meegenomen in de eigen registratie per instelling. Het gemiddelde verzuimpercentage was als volgt over de subsectoren verdeeld: Ziekenhuizen 6.0%, GGZ 6.6%, Gehandicaptenzorg 7.0% en Verpleeghuizen 8.0%.

53% van de instellingen typeren hun verzuim als problematisch, vooral om redenen van kosten verzuim en vervanging, discontinuïteit bedrijfsvoering en planning en kwaliteitsverlies. 84% van de instellingen schat in dat het verzuim nog verder omlaag kan.

registratie

93% van de instellingen hanteert een geautomatiseerd ziekteverzuimregistratie-systeem, al bestaan er nog veel wensen voor verbetering: gebruikersvriendelijkheid, grafische presentatie gegevens, verschillen in definities en rekenmethodiek met bijv. UVI (Cadans) en verzekeraar (Altis). Hoewel 96% aangeeft de verzuimgegevens regelmatig te analyseren, geeft maar een enkeling aan dit te doen naar afdelingen, en categorieën voor functie, leeftijd, soort dienstverband en dienstjaren of daarbij andere gegevensbronnen te hanteren (gegevens van spreekuur arbodienst, van leidinggevenden en van de risico-inventarisatie en evaluatie).

oorzaken

Als oorzaken worden door die instellingen, die aangeven onderzoek naar de oorzaken te hebben gedaan, voornamelijk de volgende categorieën gemeld:

1. klachten bewegingsapparaat/verminderde fysieke belastbaarheid (= aandoening)
/fysieke belasting (=oorzaak) 56%
2. psychische/ psycho-somatische problematiek (= aandoening) als gevolg van privé-
of werkproblemen (= oorzaak) 56%
werkdruk, stress, stijl van leidinggeven, werksfeer (=oorzaak) 32%

verzuimbeleid

Hoewel 99% van de respondenten aangeeft hun verzuimbeleid zelfs schriftelijk te hebben vastgelegd, en daarbij hoofdzakelijk leidinggevenden als verantwoordelijke voor de uitvoering ziet (84%), geeft van de tevreden instellingen (75%) toch maar 26% aan met name tevreden te zijn over de rol van leidinggevenden. Ook het verzuimprotocol wordt nog genoemd als bron van tevredenheid (bij 11%). Daarnaast worden nog allerlei andere redenen van tevredenheid genoemd door

een enkeling, die samen overigens bij lange na niet de 75% tevreden instellingen verklaren. 60% geeft aan dat belangrijke onderdelen van het verzuimbeleid nog onvoldoende worden opgepakt.

Mogelijkheden voor verbetering liggen in:

- vergroten draagvlak voor verzuimbeleid
- meer betrokkenheid ondernemingsraden (bij 46% actieve OR aanwezig)
- consequente uitvoering gemaakte afspraken (bijv. toepassing protocol)
- instructie/voorlichting leidinggevenden en medewerkers
- functioneren Sociaal Medisch Team (direct leidinggevenden betrekken)
- mogelijkheden reïntegratie (herplaatsen, vervangend werk, creatieve oplossingen)
- samenwerking Arbodienst
- aandacht voor preventie (werkdruk, fysieke belasting, klimaat, agressie en geweld en sexuele intimidatie).

partners

65% van de instellingen maakt gebruik van (gesubsidieerde) wettelijke reïntegratie-instrumenten (scholing, loonkostensubsidie, werkvoorziening).

65% van de instellingen heeft zich verzekerd voor loondoorbetaling bij ziekte (voornamelijk via Altis) waarbij bijna 75% heeft gekozen voor een volledige betaling na een bepaalde periode (voornamelijk na 26 weken). Diegenen die niet voor herverzekering hebben gekozen doen dit vanwege: voldoende financiële buffer, hoge kosten verzekering, behoud financiële prikkel.

48% van de instellingen heeft een contract met Avios en 28% met ArboUnie, en nog eens 23% met een andere arbodienst. 21% is niet tevreden, voornamelijk vanwege de weinig actieve opstelling van de arts bij terugkoppeling, reïntegratie en preventie/arbozorg.

sectororganen

Gevraagd naar ondersteuning vanuit sectororganen zouden 20% van de instellingen meer informatie willen ontvangen over wettelijke regelingen rond verzuim, 25% over beleidsalternatieven en 30% over ondersteuningsmogelijkheden. Van de Nederlandse Zorgfederatie-uitgaven is de handreiking Arbozorg het meest bekend (89% kent het, 61% heeft ermee gewerkt), gevolgd door Ziekteverzuimbegeleiding (71% kent het, 71% ermee gewerkt), Arbowedgeving in de gezondheidszorg (60% kent het, 60% ermee gewerkt) en Arbozorg boven het hoofd en onder de knie (53% kent het, 16% ermee gewerkt). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de manier van introductie in de sector.

Er worden een groot aantal suggesties gedaan voor verdere ondersteuning en voorlichting rond een groot aantal thema's. Opvallend daarbij zijn qua methode:

- van elkaar leren/bij elkaar in de keuken kijken (via Internet of via informatiebijeenkomsten)
- definities en methode voor registratie van Cadans, Altis en arbodiensten op elkaar afstemmen
- verzuimreferentiegegevens leveren
- kwaliteit van arbodiensten vergelijken
- voorlichting en advies over herverzekering ziekteverzuimkosten leveren

- mobiliteit tussen instellingen vergroten via transferpunten
- een mantelovereenkomst met een drietal arbodiensten sluiten
- het financiële kader gelijk houden danwel vergroten om werkdruk te kunnen aanpakken
- prikkels afspreken: in de CAO voor verzuim, bij directies en management voor nut goede arbeidsomstandigheden, eigen risico verzuim voor medewerkers, in de CAO voor gezond roosteren.

en qua thematiek:

- Verzuimoorzaken: omgaan met werkdruk en psychische belasting, tilbeleid,
- Verzuimbeleid: ziekteverzuim en poolers, kosten verzuim verhalen op derden, aanpak reïntegratie,
- Arbobeleid: omgang met AI, wijzigingen Arbowet, plan van aanpak RIE, bedrijfshulpverlening, registratie gevaarlijke stoffen.

3.2.5 analyse gegevens Strategie arbeidsomstandighedenbeleid Arbeidsinspectie

In 1993 is de doelstelling van de strategie als volgt geformuleerd:

"Het streven dient erop gericht te zijn dat in 1996 alle instellingen een goed werkend arbozorgsysteem hebben ontwikkeld, dit betekent: een beleidsmatige aanpak van arbeidsomstandigheden, een goed functionerend overleg over arbozaken, een registratiesysteem voor ongevallen en beroepsziekten, verzuimbeleid, schriftelijke inventarisatie van arbo-risico's en tenslotte preventiezorg en sociaal-medische begeleiding door Arbodiensten. Daarnaast dienen uiterlijk in 1996 alle werkplekken aan de wettelijke normen voor veiligheid, gezondheid en welzijn te voldoen".

De resultaten van de eerste inspectie-projecten (IMG-4) laten het volgende beeld zien:

Qua arbeidsomstandighedenbeleid zijn bij de inspecties relatief veel tekortkomingen geconstateerd (zoals ook verwacht): de risico-inventarisatie ontbrak nog bij 40% van de instellingen, en bij 22% ontbrak het RIE plan van aanpak. Van een systematische en geïntegreerde aanpak van allerlei arbo-onderdelen was in de meeste instellingen nog geen sprake.

Ten aanzien van fysieke belasting ontbrak in de meeste instellingen een structureel beleid. Tiltrainingen alleen zijn niet genoeg! Nog belangrijker zijn de randvoorwaarden: voldoende personeel ingeroosterd om samen te tillen, onderhoud van tilhulpmiddelen op orde, voldoende (bouwkundige normen!) ruimte om te kunnen manoeuvreren met hulpmiddelen, arbo-vriendelijke inkoopprocedures?

Ten aanzien van psychische belasting ontbrak meestal preventief beleid rond tijdsdruk/werkdruk, agressie en geweld, alleenwerk en opvang emotionele gebeurtenissen. Positieve ontwikkelingen waren zichtbaar rond functiesamenstelling en autonomie, werkoverleg en ondersteuning collega's en leiding.

Daarnaast bleek dat het werken met gevaarlijke stoffen nog veel tekortkomingen kent.

Op het moment van schrijven van deze notitie waren de evaluatie-gegevens van IMG 5 nog niet beschikbaar.

3.3 *Aanbevelingen voor aanpak*

Uit de gegevens komt een eenduidig beeld naar voren dat door verschillende bronnen wordt bevestigd:

In de zorgsector is sprake van een ten opzichte van andere sectoren gemiddeld hoger verzuimpercentage (2% hoger). Het cijfer vertoont in ieder geval niet de sterke daling zoals in andere sectoren, maar dat kan ook aan een verschil in rapportage van kortdurend verzuim liggen. Voor een deel is het verschil in verzuim verklaarbaar door de specifieke kenmerken van de sector qua financiering, aard van het werk en de personeelsopbouw (zie § 3.2.1).

Risico-groepen betreffen met name parttime werkende vrouwen, de leeftijdsgroep 25 tot 35 jaar, de (leerling)-verpleegkundigen, -opvoedkundigen en -verzorgenden en de hotelfuncties (huishoudelijke dienst, keuken).

De geconstateerde toename van de verzuimduur (§ 3.2.1) lijkt samen te hangen met:

- de toenemende gemiddelde omvang van de organisaties (onder invloed van fusies);
- de krapper wordende speelruimte voor instellingen (financiering, arbeidsmarkt);
- de toenemende werklust per medewerker;
- de toenemende werkveranderingen;
- de afnemende taakvariatie in functies;
- de aanwezige fysieke belasting
- de geringe mobiliteit en toenemende vergrijzing van de medewerkers-populatie;

De specifieke financieel-economische positie, het functioneren van het topmanagement, het organisatie-klimaat en de mate van ontwikkeling van het personeels- en sociaal beleid verklaren daarnaast voor een deel de verschillen in verzuim tussen instellingen.

Gezien de verschillen in ontwikkelingsfase en in dynamiek van de verschillende subsectoren en lidinstellingen dient de aanpak van sectormaatregelen recht te doen aan die verschillen. Alleen dan kan er effectiviteit op instellingsniveau worden bereikt. Met andere woorden: een handboek sluit niet voldoende aan.

Dit betekent dat de aanpak van sociale partners met name gericht zou moeten zijn op:

- beperking van de gemiddelde verzuimduur: reïntegratie, aanpak fysieke belasting, aanpak werklust
- beïnvloeding van de speelruimte: financiering, arbeidsmarkt (mobiliteit), ontwikkeling personeelsbeleid, sociaal beleid, organisatiebeleid
- beïnvloeding van de aandacht voor verzuim- en arbo-beleid bij management en ondernemingsraden: via streefcijfers verzuim, via premie-reductie, via centrale afspraken met Arbodiensten, via voorlichting en informatie.

samenvatting criteria voor sectormaatregelen

- maatregelen moeten effect hebben op het verzuim, dus moeten specifiek zijn voor belangrijkste determinanten van het verzuim;
- maatregelen moeten mogelijkheid bieden voor maatwerk richting instellingen (subsectoren, ontwikkelingsfase beleid, verzuimproblematiek);
- zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande middelen, modellen en informatiestromen;
- er wordt monitoring op sectorniveau ontwikkeld; normeringssysteem;
- er worden maatregelen gericht op incentives verzuim- en arbo-beleid instellingsniveau;
- er worden maatregelen gericht op reïntegratie bevorderen/schadelast beperken;
- preventie-maatregelen betreffen fysieke belasting, psycho-mentale belasting en regelingen in verband met zwangerschap/bevalling/gezin;
- maatregelen ook richten op beïnvloeding ondernemingsbeleid op het terrein van financiering, arbeidsmarkt, personeelsbeleid en sociaal beleid.

4 UITWERKING SECTORMAATREGELLEN

Op basis van alle criteria uit de verschillende hoofdstukken die iets zeggen over de **keuze** van sectormaatregelen (samengevat in onderstaande tabel) worden hieronder een aantal sectormaatregelen in deelprojecten verder inhoudelijk uitgewerkt. Bij de keuze van deelprojecten is ook rekening gehouden met hoog ingeschatte haalbaarheid van maatregelen, met een hoge ingeschatte effectiviteit en met de verbinding tussen het sectorniveau en instellingsniveau. In het volgende hoofdstuk komt het proces om te komen tot een plan van aanpak verder aan de orde.

samenvatting relevante criteria voor keuze van sectormaatregelen ("welke?")

- alleen dan kiezen voor sectormaatregel als dat voordelen biedt boven maatregelen louter op instellingsniveau, en de effectiviteit maximaal gewaarborgd is op instellingsniveau;
- maatregelen moeten bijdragen aan zelfwerkzaamheid instellingen;
- maatregelen gaan ervan uit dat werkgevers en werknemers op instellingsniveau gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en uitvoering van verzuim- en arbo-beleid;
- sociale partners sectorniveau hebben vooral regierol;
- zowel korte, middellange als lange termijn maatregelen in de aanpak opnemen;
- maatregelen moeten effect hebben op het verzuim, dus moeten specifiek zijn voor belangrijkste determinanten van het verzuim;
- maatregelen moeten mogelijkheid bieden voor maatwerk richting instellingen (subsectoren, ontwikkelingsfase beleid, verzuimproblematiek);
- zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande middelen, modellen en informatiestromen;
- er wordt monitoring op sectorniveau ontwikkeld; o.a. ten bate van een normeringssysteem;
- er worden maatregelen gericht op incentives verzuim- en arbo-beleid instellingsniveau;
- er worden maatregelen gericht op reïntegratie bevorderen/schadelast beperken;
- preventie-maatregelen betreffen fysieke belasting, psycho-mentale belasting en regelingen in verband met zwangerschap/bevalling/gezin;
- maatregelen richten op beïnvloeding speelruimte/ondernemingsbeleid op het terrein van financiering, arbeidsmarkt, personeelsbeleid en sociaal beleid;
- coördinatie en een centraal aanspreekpunt als kader voor sectormaatregelen is noodzakelijk (infrastructuur).

4.1 *Monitoring op sectorniveau*

Door de overgang van het ziekteverzuimbeheer naar de private markt is een gat ontstaan in de monitoring van ziekteverzuim. De centrale registratie door de uitvoeringsorganen van de bedrijfsverenigingen is immers weggevallen.

Verzameling van gegevens op sectorniveau moet beleidsmatige stuurinformatie bieden voor het kiezen en evalueren van maatregelen en kan daarnaast gebruikt worden om referentiegegevens te ontwikkelen ten bate van de zelfwerkzaamheid van individuele instellingen. Een ander doel betreft de loonkosten-onderhandelingen: de ontwikkeling van loonkosten wordt afgezet tegen de verzuimontwikkeling binnen de marktsector. Tevens kan vanuit deze gegevens verzuimnormering ontwikkeld worden, dat kan worden ingezet als één van de incentives.

Daarvoor zijn de volgende criteria van belang:

- representatief;
- trendgegevens, dus over meerdere jaren gegevens kunnen vergelijken;
- vergelijkbaar met gegevens andere sectoren;
- uitgesplitste gegevens over de verschillende subsectoren;
- uitgesplitst naar percentage, gemiddelde frequentie en gemiddelde duur;
- uitgesplitst naar sexe, functie, soort dienstverband, duur dienstverband en grootte van de organisatie;
- uitgesplitst naar diagnose-categorieën;
- geschikt voor verzuimnormering (dat betekent dat zowel de gegevens van individuele instellingen als de sectorgegevens gebaseerd moeten zijn op dezelfde definitie e.d., bijvoorbeeld via een protocol).

Op dit moment zijn er verschillende opties mogelijk rond de monitoring van verzuim die sociale partners vanuit sectorniveau zouden kunnen ondersteunen. Genoemd dienen te worden:

- a. haalbaarheidsstudie opzet peilstation sector Bejaardenoorden
- b. verkenning Altis t.a.v. monitoring in samenwerking met Avios en ArboUnie
- c. ervaring NIA TNO met monitoring verzuim voor onderwijssector (Vervangingsfonds) met behulp van alle onderwijsinstellingen.

Optie a en b zijn nog in de verkennende fase en evaluatie-gegevens ontbreken nog. Het kiezen van één van de opties zal onderwerp zijn van gesprek en besluitvorming van sociale partners. Mogelijk dat daarbij ook andere partijen worden betrokken, zoals bijvoorbeeld de sectorraad Zorg en Welzijn.

Naast de monitoring van verzuim zijn er ook een aantal initiatieven voor de monitoring van arbo-risico's die interessant zijn voor sociale partners in de zorgsector. Met relatief geringe investeringen zijn specifieke gegevens over de zorgsector te genereren. Genoemd dienen te worden:

- a. de bestaande monitor fysieke/psychische belasting van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
- b. aansluiting bij de data-base risico-inventarisatie en -evaluatie NIA TNO,
- c. het bestaande werkgeverspanel ZARA van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- d. in diverse sectoren zijn initiatieven gaande de gegevens van het Periodiek ArbeidGezondheidskundig Onderzoek centraal aan te sturen en te verwerken.

4.2 Incentives verzuim- en arbo-beleid instellingsniveau ontwikkelen

Om instellingen aan te zetten tot een verdere ontwikkeling van hun verzuim- en arbobeleid wordt aanbevolen de volgende maatregelen als sociale partners verder te ontwikkelen:

1. in nauw overleg met Altis en betrokken arbodiensten na te gaan onder welke voorwaarden premie-reductie voor herverzekering verzuim mogelijk is;
2. per kwartaal verzuimcijfers en bijbehorende verzuim-normering te publiceren in veel gelezen sectorspecifieke tijdschriften; het verdient aanbeveling een vaste rubriek hiervoor te reserveren, waarin tevens nadere informatie over risico-factoren, en geslaagde projecten (vanuit de sectorfondsen) gepubliceerd kunnen worden;
3. de inspectie-evaluatiegegevens die in het najaar beschikbaar komen te publiceren met aanbevelingen voor de instellingen, zowel in werkgevers- als werknemers-organen;
4. een project "best practices" op te starten: bijvoorbeeld door te analyseren hoe bij 15 hoogverzuim en 15 laagverzuim-instellingen arbo- en verzuimbeleid gestalte heeft gekregen, met name ten aanzien van de relatie met het algemene organisatie-beleid. Deze instellingen kunnen in regionale groepen met elkaar van gedachten wisselen over de verdere aanpak van hun beleid. Het is daarbij raadzaam die subsectoren te kiezen waar nog veel winst te behalen is: verpleeghuizen en gehandicaptenzorg bijvoorbeeld;
5. een project verzuim-audit op te starten: via een eenvoudige quick-scan methode wordt instellingen de mogelijkheid geboden snel en eenvoudig zicht te krijgen op factoren die bij hun het ziekteverzuim beïnvloeden. Deze quick-scan methodiek biedt tevens aanwijzingen om tot reductie van het ziekteverzuim te komen. In de onderwijssector heeft NIA TNO daar goede ervaringen mee opgedaan.

4.3 Reïntegratie bevorderen/schadelast beperken

Ten aanzien van reïntegratie wordt aanbevolen de volgende maatregelen in gang te zetten:

1. Een reïntegratie-draaiboek uit te werken en dat aan te bieden aan de instellingen: gebleken is namelijk dat het instellingen vooral ontbreekt aan informatie over betrokken actoren en te gebruiken instrumenten.
2. Met betrokken actoren gezamenlijk na te gaan hoe de samenwerking verbeterd kan worden, en dat vast te leggen in een zogenaamd reïntegratie-convenant, wellicht via de sectorraad.
3. In dat reïntegratie-convenant expliciet op te nemen hoe de reïntegratie bij andere dan de eigen werkgever regionaal bevorderd kan gaan worden. Wellicht dat de in ontwikkeling zijnde regionale transferpunten daarvoor de aangewezen weg zijn.

4.4 Preventie-maatregelen

Ten aanzien van fysieke en psycho-mentale belasting is zeer veel expertise beschikbaar, evenals voorbeeldprojecten en dergelijke. Ook hier gaat het met name om de beschikbaarheid van informatie erover op instellingsniveau en de invulling van de randvoorwaarden om met maatregelen aan de slag te kunnen. Daarom wordt aanbevolen:

fysieke belasting

1. een ideeënboek met maatregelen en oplossingen uit de praktijk van de zorginstellingen uit te geven, waarin tevens wordt aangegeven bij welke instanties instellingen terecht kunnen voor informatie, advies en aanschaf hulpmiddelen;
2. het initiatief voor een arbokeurmerk bedden en tilhulpmiddelen te ondersteunen vanuit de sectororganisaties;
3. het initiatief te nemen voor verbetering van de ruimte-normering van gebouwen met het oog op het beperken van fysieke belasting;
4. na te gaan hoe arbo-advisering als eis bij de financiering van nieuwbouw en verbouw-projecten kan worden opgenomen.

psycho-mentale belasting

1. een ideeënboek met maatregelen en oplossingen uit de praktijk van de zorginstellingen uit te geven, waarin tevens wordt aangegeven bij welke instanties instellingen terecht kunnen voor informatie, advies en aanschaf hulpmiddelen; wellicht gecombineerd met die op het gebied van fysieke belasting;
2. subsidie-regeling te ontwikkelen danwel, indien reeds aanwezig, te promoten, die gericht is op het ondersteunen van instellingen bij de aanpak van hun psycho-mentale belasting.

regelingen in verband met zwangerschap/bevalling/gezin

Aanbevolen wordt de bestaande regelingen (vervangend werk regeling, verlofregeling e.d.) te koppelen aan preventie-beleid in het kader van verzuimbeleid en op die wijze te communiceren, bijvoorbeeld via een informatiepakket voor instellingen/medewerkers.

4.5 *Beïnvloeding ondernemingsbeleid*

Wellicht de meest effectieve, maar daarmee ook de meest lastige categorie van maatregelen. De beïnvloeding van financiële en personele speelruimte op sectorniveau is zeer complex. Aanbevolen wordt:

1. in de komende CAO-onderhandelingen de afspraken op deze terreinen in ieder geval te toetsen op hun consequenties voor verzuim en arbeidsongeschiktheid;
2. ontwikkelingen te starten die de koppeling van traditionele personeelsbeleids-instrumenten en verzuimbeleid tot doel hebben (bijvoorbeeld: leeftijdsbewust personeelsbeleid, loopbaan/mobiliteitsbeleid, van taakgericht naar mensgericht management en functionerings- en beoordelingssystematiek).

4.6 *Infrastructuur*

Op dit moment is in de zorgsector geen duidelijk herkenbare en samenhangende infra-structuur zichtbaar die gericht is op het stimuleren en ondersteunen van instellingen bij hun verzuim- en arbo-aanpak. Er is een aantal mogelijkheden een dergelijke infrastructuur op te tuigen.

De sectoren die aparte arbo-organisaties hebben opgericht, zoals de bouwsector met Stichting Arbouw, de landbouwsector met Stigas, de wergvervoersector met Stichting BGZ Wegvervoer en de onderwijssector met Centraal Orgaan-BedrijfsGezondheidsZorg zijn in staat heel efficiënt en effectief centraal te sturen. Het verdient aanbeveling te verkennen of een dergelijke organisatie in

de zorgsector op termijn bestaansrecht kan hebben. Te denken valt dan aan een initiatief dat wordt gedragen door werkgevers- en werknemersorganisaties, Avios, Altis, sectorraad Zorg en Welzijn en een relevant advies/onderzoeksbureau.

Daarnaast is het van belang via de verschillende fondsen (AWO, AWOZ en AWOB) lijnen uit te stippelen voor subsidiëring van juist die initiatieven, die de maatregelen van sociale partners ondersteunen en versterken. Hiervoor zouden meerjarenprogramma's kunnen worden ontwikkeld.

4.7 *Plan van aanpak sectormaatregelen*

Op basis van alle criteria die iets zeggen over het proces om tot een plan van aanpak te komen (samengevat in onderstaande tabel) worden hieronder aanbevelingen gedaan voor de verdere besluitvorming en strategie-bepaling.

samenvatting relevante criteria voor aanpak sectormaatregelen ("hoe?")

- invloed willen hebben betekent: nu aanhaken bij de ontwikkelingen en de sectorgewijze aanpak systematisch en structureel invullen
- lidinstellingen worden betrokken bij het ontwikkelen van activiteiten (draagvlak);
- maatregelen komen voort uit een (samenhangende en gezamenlijke) visie van sociale partners op arbeidsomstandigheden in de sector;
- er worden concrete, meetbare doelstellingen voor sector-maatregelen geformuleerd;
- naast ontwikkeling is ook de implementatie en evaluatie van maatregelen essentieel voor effectief sectorbeleid;
- de maatregelen maken onderdeel uit van een gefaseerde, structurele en systematische aanpak.

In dit hoofdstuk wordt een stappenplan uitgewerkt dat sociale partners in de verdere besluitvorming en strategiebepaling kunnen hanteren. Aangesloten wordt bij de in bovenstaande samenvatting gepresenteerde criteria.

STAP 1

Stel als sociale partners gezamenlijk vast welke ambities bestaan met betrekking tot de aanpak van het verzuim in de zorgsector.

STAP 2

Stel vast welke algemene kaders daarvoor vastgelegd dienen te worden in de centrale bedrijfstak CAO "Zorg" en branche-CAO's.

STAP 3

Stel vast welke concrete maatregelen, in welke volgorde, zullen worden ontwikkeld en wie het totale pakket volgt, bewaakt en evalueert.

STAP 4

Werk per gekozen maatregel basisdocumenten uit, op basis waarvan bij verschillende aanbieders projectvoorstellen worden aangevraagd.

De basisdocumenten bevatten in ieder geval:

- aanleiding/initiatief/besluitvorming;
- financieringsvorm en maximaal budget;
- doelstelling;
- opzet;
- verwachte resultaten;
- evaluatie;
- te betrekken actoren;
- implementatie-traject;
- kritische succesfactoren.

STAP 5

Kies met welke partners de projecten worden uitgevoerd op basis van een vergelijking van criteria. Voer de projecten uit.

STAP 6

Evalueer de projecten en de totale aanpak van sectormaatregelen ieder jaar op hun bijdrage aan de vooraf vastgestelde ambities en doelstellingen.

5 TOT SLOT

In een artikel "Waarheid en onwaarheid over het gebrek aan intensiverebedden" in de Vrij Nederland van 2 augustus 1997 beschrijft Elma Verhey de uit het leven gegrepen situatie van de intensive care afdeling van het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Enkele citaten uit het artikel wil ik u niet onthouden omdat ze zo raak typeren hoe het organisatieprobleem er in de dagelijkse praktijk uitziet, qua financiën:

'Het Antonius Ziekenhuis krijgt per jaar een budget voor zeventienhonderd hartoperaties, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar soort operaties. Van dat (totaal)bedrag moeten ook de aorta-operaties worden uitgevoerd, terwijl de kosten daarvan vele malen hoger zijn dan van een (gewone) omleidingsoperatie. In Nieuwegein weigeren artsen (tot nu toe) de keuze te maken tussen één aortaoperatie en bij wijze van spreken vijf omleidingsoperaties. Maar Langemeijer (anesthesist) vraagt zich af hoe lang zij en haar collega's dat nog zullen kunnen volhouden. Ze geeft een ander voorbeeld: de overheid wil de kosten van de gezondheidszorg terugdringen door verrichtingen die in dagbehandeling gedaan kunnen worden, ook daar te laten doen. Maar ziekenhuizen krijgen voor een dagbehandeling maar zeshonderd gulden in hun budget, en voor een ligdag achthonderd gulden, terwijl dagbehandeling dezelfde of soms zelfs meer personele kosten met zich meebrengt.'

qua werkorganisatie:

'Leusink (intensivist) komt vandaag drie bedden tekort. Dat betekent niets meer of minder dan dat er drie (geplande) operaties niet kunnen doorgaan. Als uitstel moet, dan moet het, maar alleen als het echt niet anders kan. Als ik de keten één keer doorbreek, loopt het systeem hier nog dagen in de soep. Een uitgestelde operatie kan ook de volgende dag niet even worden ingehaald - de bezetting van de operatiekamers en van het aantal intensiverebedden zijn weken van tevoren strak op elkaar afgestemd. Nieuwegein hanteert de vuistregel van vier verpleegkundigen op vijf patiënten. Een paar jaar geleden is geëxperimenteerd met drie op vijf. Maar de werkdruk bleek te hoog; het ziekteverzuim steeg met sprongen. Leusink houdt zijn hart vast hoe het na oktober van dit jaar moet, als de zesendertigjarige werkweek voor verpleegkundigen wordt ingevoerd. Het extra personeel dat daarvoor nodig is, is niet te krijgen, afgezien nog van de vraag wie het betaalt. Er komt maar gedeeltelijk extra budget voor beschikbaar. De strakke planning van de intensive care zorgt in Nieuwegein voor een bezettingspercentage van de bedden van vierennegentig. Veel efficiënter valt er niet te werken, denkt Leusink. Voor spoedgevallen moet er geïmproviseerd worden.'

en qua personeel:

'Tegenwoordig is het allergrootste probleem dat er geen gekwalificeerd verpleegkundig personeel te krijgen is. Nieuwegein heeft op dit moment tien vacatures op de intensive care. Volgens de Universiteit van Maastricht (onderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en

Arbeidsmarkt) zal er al in het jaar 2000 een tekort zijn van 100.000 verpleegkundigen en van 15.300 artsen, specialisten en apothekers. Daarnaast leert de ervaring dat vrouwelijke artsen vaker parttime willen werken en dat ook mannen steeds meer tijd willen voor hun gezin. De wens van de overheid, alle specialisten in dienst van het ziekenhuis, zal het probleem alleen maar vergroten, schat Langemeijer. Nu werken specialisten hier nog altijd zestig, zeventig uur per week. Wanneer iedereen in loondienst is, zal dat anders worden.'

Deze passages geven een goede illustratie van het kernprobleem waar het in de zorgsector om draait: hoe binnen de strakke financiële en personele kaders de werkorganisatie en bezetting rond te krijgen, zodat er geen patiënten in de kou hoeven te staan en zo efficiënt mogelijk gewerkt wordt. Het complexe probleem van verzuim is zowel oorzaak als gevolg in dit mechanisme. Het veroorzaakt onderbezetting met alle problemen van dien, en onderbezetting en ontoereikende werkorganisatie veroorzaken vervolgens ook weer verzuim. Dat is in met name hoofdstuk 3 voldoende onderbouwd.

In hoofdstuk 4 worden aanbevelingen gedaan voor maatregelen op sectorniveau. In onderstaande tabel worden deze maatregelen samengevat, met het model voor sectormaatregelen uit hoofdstuk 2 in het achterhoofd. De verbinding tussen sectorniveau en instellings-niveau wordt dan meteen duidelijk.

maatregelen gericht op kenmerken sector	maatregelen gericht op aanjaag-functie	maatregelen gericht op systeem-/proces binnen instelling
1a. monitoring verzuim- en arbo-risico-gegevens	1b. verzuimnormering + referentiegegevens arborisico's + evaluatiegegevens AI	1c. verzuimnormering + referentiegegevens arborisico's + evaluatiegegevens AI
	2a. voorwaarden ontwikkelen premie-reductie herverzekering verzuim	2b. mogelijkheden premiere-reductie benutten
	3a. best practices verzuim/arbo-beleid	3b. best practices navolgen
	4a. verzuimaudit ontwikkelen	4b. verzuimaudit laten uitvoeren
	5a. reïntegratiedraaiboek ontwikkelen	5b. reïntegratiedraaiboek invoeren
6. reïntegratie-convenant betrekken partijen		

maatregelen gericht op kenmerken sector	maatregelen gericht op aanjaagfunctie	maatregelen gericht op systeem-/proces binnen instelling
7. regionale transferpunten/mobiliteitscentra		
	8a. ideeënboek fysieke belasting ontwikkelen	8b. ideeënboek fysieke belasting toepassen
	9. arbokeurmerk bedden en tilliften ondersteunen	
10. ruimte-normering gebouwen aanpassen aan eisen fysieke belasting		
11. arbo-toets bij financiering (ver)bouw voorzieningen invoeren		
	12a. ideeënboek psycho-mentale belasting ontwikkelen	12b. ideeënboek psycho-mentale belasting toepassen
	13a. subsidieregeling aanpak psycho-mentale belasting	13b. subsidieregeling aanpak psycho-mentale belasting gebruiken
		14. informatie verstrekken over verlofregelingen
15. CAO-afspraken toetsen op consequenties verzuim/arbo		
	16a. personeelsbeleidsinstrumenten koppelen aan verzuimbeleid	
17. infrastructuur arbo/verzuim ontwikkelen voor zorgsector		
18. meerjarenprogramma's onderzoek & subsidie		

Aan sociale partners nu de uitdaging om van turen naar sturen over te stappen, de verdere strategie en besluitvorming te bepalen en maatregelen in gang te zetten....

6 BRONNEN

Creemers M. Arbozorg in het midden- en kleinbedrijf per branche aanpakken. *Arbeidsomstandigheden* 1996;72;464-466.

Ent L van de. Zorgsector: kwaliteit gaat voor prijs bij afsluiten mantelcontract. *Arbeidsomstandigheden* 1996;72;406-408.

Everts L. Who Cares. Utrecht, 1989 Afstudeerscriptie Rijksuniversiteit Utrecht.

Evers GE, Tushuizen T. Arbo-activiteiten van MKB-branches, een verkenning bij drie branches. Amsterdam, 1995.

Feijter M de, Evers GE. Arbo- en verzuimbeleid in de thuiszorg: een inventarisatie. Amsterdam, 1995.

FNV. Nota Vernieuw de bedrijven. Woerden, 1989.

Houtman ILD red. Trends in arbeid en gezondheid 1996. Amsterdam, 1997.

Keij-Deerenberg IM. Kwartaalonderzoek ziekteverzuim; methode en eerste uitkomsten. *Sociaal-Economische Maandstatistiek CBS*. 1996/12

Kompier MAJ, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW red. Aan de slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement. Alphen aan den Rijn, 1996.

Koningsveld EAP, Mossink JCM red. Kerncijfers maatschappelijke kosten van arbeidsomstandigheden in Nederland. 's-Gravenhage, 1997.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid projectgroep Marktstrategie Intramurale gezondheidszorg. Strategie arbeidsomstandighedenbeleid in de intramurale gezondheidszorg. 's-Gravenhage, 1993.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Projectgroep TZ/Arbo in het MKB. Brancheorganisaties en TZ/ARBO. 's-Gravenhage, 1995.

Nossent SM, Klein Hesselink DJ. Bedrijfstakorganisaties aan de arbo-slag. 's-Gravenhage, 1992.

Nossent SM, Verbeteren van arbeidsomstandigheden op bedrijfstakniveau: een model. Amsterdam, 1994. Paper.

Schaufeli WB. Opgebrand: over de achtergronden van werkstress; het burnout-syndroom. Rotterdam, 1992.

Smulders PGW. Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig, een vergelijkende studie. Leiden, 1984a.

Smulders PGW. Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek, de resultaten van 318 studies vergeleken. Leiden, 1984b.

Smulders PGW et al. Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen. 's-Gravenhage, 1985.

Smulders PGW, Veerman TJ red. Handboek ziekteverzuim; gids voor de bedrijfspraktijk. 's-Gravenhage, 1990.

Smulders PGW. De arbeidssituatie van twaalf broepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1990;68;247-255.

Vereniging VNO-NCW. De branche-organisatie als technologie-intermediair: Van kennis naar kunde. 's-Gravenhage, 1996.

Vereniging Fiad-Wdt, NFVLG, NVBW, Abvakabo en CFO. Papieren Consulent, Handboek geïntegreerd verzuim- en arbobeleid voor de gehandicaptensector. Hazerswoude, 1995.

Verschuren R, Feijter M de. Inventarisatie en evaluatie bedrijfstakprojecten. Amsterdam, 1994.

Verschuren R, Groot B de, Nossent S. Working conditions in hospitals in the European Union. Dublin, 1995.

Bijlage 1 Mogelijke maatregelen: voorbeelden uit de literatuur

MAATREGELEN GERICHT OP KENMERKEN SECTOR

sectorbeleidsontwikkeling

Arbodienstverlening neemt over het algemeen een zeer bescheiden plaats in binnen de bedrijfstak- of sectororganisaties [Nossent, 1992]. Gemiddeld besteden zij 5% van hun totale arbeidsformatie aan arbo-activiteiten.

In de agrarische sector, waar sprake is van veel kleine bedrijven (1-3 medewerkers) is zeer nadrukkelijk gekozen voor een accent op de centrale aanpak, waarbij de ontwikkelde instrumenten nauw aansluiten bij de knelpunten in de deelsectoren.

Binnen het project Ziekteverzuim/Arbeidsomstandigheden (1993-1996) van wat nu de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland heet, is een sectorbeleidsplan ontwikkeld voor de arbo- en verzuim-aanpak op centraal niveau.

sociaal beleid

De FNV-Dienstenbond heeft in 1989 een discussienota uitgebracht over het thema 'Vernieuw de bedrijven'. Arbeidsomstandigheden krijgen hierin een integraal plekje in het sociaal beleid van ondernemingen. Vanuit ondernemingsperspectief passeren allerlei thema's rond kwaliteit van de arbeid waaronder flexibilisering, taakverbreding, opleidingen, kinderopvang etc.

Driekwart van de bedrijfstakorganisaties geeft aan hun arbo-dienstverlening uit te voeren in samenhang met aangrenzende beleidsterreinen, voornamelijk met sociaal beleid [Nossent 1992]. Werknemersorganisaties doen dit vaker dan werkgeversorganisaties of productschappen.

effect-evaluatie

Effect-evaluatie van sectoractiviteiten wordt nauwelijks uitgevoerd [SZW, 1995].

Arbodienst Stigas evalueert de activiteiten samen met de sociale partners. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland volgde via een projectthermometer de stand van de ontwikkelingen per lidinstelling. Daarnaast is het project als totaal geëvalueerd door een onafhankelijk bureau.

MAATREGELEN GERICHT OP DE AANJAAGFUNCTIE

voorlichting/informatie

Van de 80 bevraagde [SZW, 1995] leveren 63 voorlichting aan hun leden, met name over wetgeving en de consequenties daarvan voor de leden. De methoden variëren: regionale bijeenkomsten, ledenvergaderingen, (rubrieken in) algemene periodieken en specifieke publicaties.

In het onderzoek naar arbo-activiteiten [Nossent, 1992] valt op dat informatieverzameling bij werknemersorganisaties vooral gericht is op wetgeving en arboliteratuur, bij werkgeversorganisa-

ties daarnaast ook op verzuim en arbeidsongeschiktheid en bij product- en bedrijfsschappen ook op beheersmaatregelen en arboknelpunten.

Studiedagen en brochures worden vooral door werknemers-organisaties ontwikkeld, en circulaire en vakopleidingen vooral door werkgevers-organisaties.

infrastructuur - mantelcontract

Van de 80 bedrijfstakorganisaties hebben 30 een mantelcontract met een arbodienst afgesloten [SZW, 1995].

De WoonZorgFederatie en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben met een aantal verschillende, landelijk werkende, arbodiensten een mantelcontract afgesloten. Niet de prijs, maar de kwaliteit van dienstverlening en de sectorale aanpak waren daarbij leidend. Reeds ontwikkelde sectorspecifieke instrumenten, zoals werkboeken e.d. maken onderdeel uit van het contract, opdat reeds opgedane kennis en ervaring niet verloren gaan. Verder verplichten de arbodiensten zich tot het opleveren van referentiegegevens en het ontwikkelen van sectorspecifieke instrumenten.

Arbodienst Stigas vertaalt de ervaringen in de sector over knelpunten en oplossingen naar hun aanpak op branche-niveau, bijvoorbeeld bij productontwikkeling, bij vaststelling van onderzoeksprioriteiten, bij belangenbehartiging, bij ontwikkeling van regelgeving en voorlichting.

kennistransfer

In het VNO-NCW rapport "De branche-organisatie als technologie-intermediair" worden de volgende branche-activiteiten gemeld, gericht op verspreiding van technologische kennis:

- doorverwijzen naar leveranciers;
- organiseren van informatie-bijeenkomsten met leveranciers;
- vergelijkend warenonderzoek en voorselectie van aanbod leveranciers;
- vertalen van functie-eisen van ondernemingen naar technische specificaties voor leveranciers;
- de weg wijzen binnen de publieke kennisinfrastructuur;
- contacten leggen tussen instellingen en research-centra;
- organiseren van symposia, kennisoverdrachtsprojecten;
- ontwerpen en /of organiseren van opleidingsactiviteiten;
- bevorderen van inter-branche en inter-instellings-contacten;
- de ontwikkeling van een branche-centrum voor technologie-vraagstukken. (Vergelijk St. Arbouw voor arbo- en verzuim-vraagstukken).

Dit soort branche-activiteiten zouden ook georganiseerd kunnen worden in het kader van verzuimbeleid. Enkele voorbeelden:

- * met leveranciers van tilhulpmiddelen en bedden afspraken maken over introductie en voorlichting;
- * samen met producenten/leveranciers nieuwe (arbo-vriendelijke) technologie ontwikkelen (St. Arbouw heeft daar veel in geïnvesteerd)

- * verzuimregistratie-systemen in kaart brengen en criteria voor keuze ontwikkelen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland heeft dat voor de sector Dagverblijven en Tehuizen voor Gehandicapten gedaan).
- * sectoraal cursusaanbod in kaart brengen en criteria voor keuze ontwikkelen
- * samen met aanbieder sectorspecifieke cursussen/trainingen ontwikkelen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland heeft dat voor het thema Bedrijfs hulpverlening gedaan).

overleg Arbeidsinspectie

Een aantal bedrijfstakorganisaties's overlegt met de Arbeidsinspectie (vooraf) over de inspectieprojecten binnen de sector [SZW, 1995]. Eisen en prioriteiten zijn vooraf helder, nog bestaande knelpunten kunnen voor de sectororganisatie aanleiding zijn nieuwe activiteiten op te starten en een inspectieproject vergroot de aandacht voor verzuim- en arbo bij de leden, waarbij de sectororganisatie kan aansluiten.

voorbeeldprojecten

Binnen het verzuim- en arboproject van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland werden succesvolle voorbeelden van verzuimbeheersing via de Verzuim- en Arbokrant naar alle lidinstellingen gecommuniceerd.

overleg sociale partners

Arbodienst Stigas overlegt regelmatig met de sociale partners in de agrarische sector over hun aanpak, de producten, prioriteitsstelling en effect-evaluatie.

Werknemersorganisaties overleggen meer met arbodiensten en opleidingsinstellingen, en producten en bedrijven meer met onderzoeksinstellingen dan dat werkgeversorganisaties dat doen [Nossent, 1992].

cao-afspraken

Overleg over arbeidsomstandigheden vindt het meest plaats in het kader van CAO-besprekingen [Nossent, 1992].

De CAO-afspraken rond arbo- en verzuim variëren: bijv. de financiering van trainings- en voorlichtingsactiviteiten, een aansluitingsverplichting bij de arbodienst, een verzuimprotocol, maar ook opleidingen van medewerkers [SZW, 1995].

subsidie-regelingen

Arbodienst Stigas heeft op basis van praktijkstudies aanbevelingen gedaan voor het subsidiëren van investeringen gericht op verbetering van werkomstandigheden. Ze maken onderdeel uit van de stimuleringsregeling duurzame landbouwbedrijven van het Ministerie van Landbouw.

kosten/baten

Er zijn geen voorbeelden gevonden in de literatuur van sectorspecifieke kosten/baten-modellen, ingezet als instrument voor lidinstellingen.

keurmerk/erkenning/regeling/kwaliteitskeur

Er zijn geen voorbeelden gevonden in de literatuur van sectorspecifieke keurmerken of erkenning/regelingen, ingezet als sector-instrument.

normering/richtlijnen

Uit het onderzoek van Nossent [1992] blijkt dit nagenoeg geen activiteit van bedrijfstakorganisaties te zijn.

St. Arbouw heeft veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van sectorspecifieke normen en richtlijnen, vooral gericht op het terugdringen van fysieke belasting.

onderzoek

In het onderzoeksrapport van VNO-NCW naar branche-activiteiten bij technologie-ontwikkeling wordt melding gemaakt van de belangrijke rol van medesturing van onderzoek bij publieke kenniscentra: in de vorm van het stimuleren van een topinstituut, het financieren van deeltijdhoogleraren, deelname aan overlegstructuren en programma-commissies, het opstellen van jaarprogramma's door leden van de branche en die programma's gezamenlijk te financieren en het verbeteren van de communicatie met onderzoekscentra.

MAATREGELEN GERICHT OP SYSTEEM INSTELLING

sectorale verzuim- en arbo-gegevens

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland verzamelt via de afgesloten mantelcontracten met arbodiensten en de centraal verwerkte risico-inventarisatie referentiegegevens voor verzuim en arbo-risico's. Lidinstellingen kunnen op deze wijze hun eigen prestaties (verzuimgegevens en arbo-risico-scores) vergelijken met die van collega-instellingen. Daarnaast bieden de gegevens een bron aan informatie voor centrale beleidsontwikkeling (=monitoring).

verzuimaanpak invoeren

In de sector Dagverblijven en Tehuizen voor Gehandicapten (nu: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) hebben de werkgevers en werknemers de beschikbare verzuimgelden (1993-1995) centraal aangewend. Hiertoe is besloten vanwege een belangrijk kenmerk van de lidinstellingen: in veel gevallen was er nauwelijks staf-ondersteuning in instellingen beschikbaar. Via een netwerk van arbo- en verzuimconsulenten kreeg drie jaar lang iedere lidinstelling ondersteuning op maat bij de ontwikkeling van arbo- en verzuimbeleid. Ontwikkelde instrumenten en stappenplannen zijn aan het eind van het project samengevat in het handboek "De papieren consulent".

Binnen verschillende sectoren zijn handreikingen ontwikkeld voor de invoering van verzuim

management binnen de instellingen:

Nederlandse Zorgfederatie, Vereniging van Ondernemingen Gepremieerde en Gesubsidieerde instellingen, Landelijke Vereniging Thuiszorg, AWOB, Nederlandse Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Binnen het onderzoek van SZW [1995] betrof het 10 van de 80 geïnterviewde bedrijfstakorganisaties's, die dergelijke handreikingen hadden ontwikkeld. De manier waarop dergelijke handreikingen in de sector zijn geïmplementeerd verschilt nogal:

- via het aanbieden van cursussen verzuimgesprekken;
- via regionale informatiebijeenkomsten;
- via sectorspecifieke cursussen;
- via toezending aan alle lidinstellingen.

verzuimoorzaken analyseren

In diverse sectoren zijn sectorspecifieke risico-inventarisaties ontwikkeld: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Nederlandse Zorgfederatie (Handreiking Risico-inventarisatie en evaluatie), AWOB (RIE-Verzorging), Landelijke Vereniging Thuiszorg (RIET). In het onderzoek van SZW [1995] komt naar voren dat 25 van de 80 bevraagde bedrijfstakorganisaties een risico-inventarisatie hebben (laten) ontwikkel(en)d.

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland heeft een vergelijkend warenonderzoek van verzuimregistratie-systemen uitgevoerd en criteria opgesteld waaraan een goed systeem moet voldoen.

verzuimoorzaken aanpakken

Voor de aanpak van psychische en fysieke belasting heeft de AWOB een stappenplan voor zelfwerkzaamheid laten ontwikkelen, zodat instellingen zelf aan de slag kunnen.

Daarnaast wordt de WEBAV (Welzijn bij de arbeid, versie verzorging) ontwikkeld.

Stigas gaat branche-specifieke voorlichtingsbladen over toxische stoffen ontwikkelen en heeft met leveranciers van persoonlijke beschermingsmiddelen afspraken over voorlichtingscampagnes gemaakt.