DEELRAPPORT
ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING: UITKOMSTEN VAN EEN ORGANISATIE-ONDERZOEK

W 603

R.J. van Amstel, D.E. Lenshoek

Amsterdam, september 1988

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
De Boelelaan 30-32
1083 HJ AMSTERDAM

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr. 11582
plaats 49-143
datum 30 JULI 1992

In het kader van het onderzoek "Ziekteverzuim in de gezinsverzorging" is een serie tussen- en deelrapporten verschenen.

Veerman, T.J. en A.H. Nieuwland, **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Interimrapport: Vergelijkende analyses van verzuimcijfers over het jaar 1986**. Amsterdam/Leiden, juni 1987.
Bestelnr.: W600.

Swaan, J., **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Interimrapport: Verkennende literatuurstudie naar achtergronden van ziekteverzuim**. Amsterdam/-Leiden, september 1987.
Bestelnr.: W601.

Verboon, F.C. en T.J. Veerman, **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Interimrapport: Bronnen van cijfermateriaal over ziekteverzuim in de kwartaire sector**. Amsterdam/Leiden, september 1987.
Bestelnr.: W602.

Amstel, R.J. van en D. Lenshoek, **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging: uitkomsten van een organisatie-onderzoek**. Amsterdam, september 1988.
Bestelnr.: W603.

Swaan, J., **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging: uitkomsten van de survey onder uitvoerend personeel**. Amsterdam/Leiden, september 1988.
Bestelnr.: W604.

Verboon, F.C., **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging: uitkomsten van de enquête onder instellingen**. Amsterdam/Leiden, september 1988.
Bestelnr.: W605.

Veerman, T.J., **Ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Resultaten van een onderzoek naar achtergronden, alsmede aanbevelingen voor aanpak van het probleem**. Amsterdam, Leiden, januari 1989.
Bestelnr.: 014.

Bovengenoemde rapporten W600 t/m 605 zijn verkrijgbaar voor f 12,50 per stuk en rapport 014 voor f 22,50 per stuk (excl. verzend- en administratiekosten). Bestellingen, gaarne onder vermelding van het bestelnummer, te richten aan:

NIA
afd. Verkoop
Postbus 5665
1007 AR AMSTERDAM

tel. 020 - 5498611.

INHOUD

	Pag.
Verschenen rapporten	3
Voorwoord	7
Korte weergave van het rapport en conclusies	
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond en doel van het organisatie-onderzoek	9
1.2 Opzet en uitvoering van het onderzoek	11
1.2.1 Onderzoeksopzet	11
1.2.2 Uitvoering van het onderzoek	12
1.3 Opzet van het rapport	15
2 De meningen van het management	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Oorzaken van het verzuim	18
2.3 Reeds genomen maatregelen	19
2.4 Gewenste maatregelen	22
3 De meningen van de leidinggevenden	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Oorzaken van het verzuim	27
3.3 Gewenste maatregelen	29
4 De meningen van de uitvoerenden en ondernemingsraadleden	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Oorzaken van het verzuim	35
4.3 Gewenste maatregelen	38
5 De ervaringen van langdurig zieken	45
5.1 Inleiding	45
5.2 De aandoening	46
5.3 Contacten met het werk	48
5.4 Contacten met de BVG	54

Pag.

6 De mening van de verzekeringsgeneeskundige en de AMD 59

6.1 Inleiding 59

6.2 Na de ziekmelding 60

6.3 Oorzaken van het verzuim 65

6.4 Reïntegratie 70

6.5 Maatregelen 72

6.6 Slotopmerkingen 77

7 De onderzochte instellingen onderling vergeleken 79

7.1 Inleiding 79

7.2 De veronderstellingen vooraf 80

7.3 De resultaten van de vergelijking 82

VOORWOORD

In het voor u liggende rapport worden de resultaten weergegeven van een organisatie-onderzoek dat in de zomer 1988 bij een achttal instellingen voor gezinsverzorging is uitgevoerd. Dit onderzoek vormt één van de deelonderzoeken van het project 'Ziekteverzuim in de gezinsverzorging'. Voor het organisatie-onderzoek zijn per instelling groepsinterviews gehouden met het management, de leidinggevenden, de uitvoerenden en de ondernemingsraad, alsmede individuele interviews met een aantal langdurig zieken en de rayon-verzekeringsgeneeskundige en assistent Medische Dienst onder wie de instelling ressorteert. Met deze groepen is steeds uitvoerig gesproken over de oorzaken van het (hoge) ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging, de maatregelen die hiervoor binnen de instelling al eventueel zijn genomen, de ervaringen die men hiermee heeft opgedaan en de maatregelen die men op dit gebied het meest gewenst acht.
Om inzicht te krijgen in hoe over deze zaken in 'het veld' wordt gedacht, wordt in dit rapport steeds per onderscheiden groep uitvoerig weergegeven welke meningen hierover door hen naar voren zijn gebracht. De lezer die echter snel een overzicht wil hebben van de belangrijkste bevindingen, wordt verwezen naar de korte weergave die voor in het rapport is opgenomen.

KORTE WEERGAVE VAN HET RAPPORT EN CONCLUSIES

1. Inleiding

In opdracht van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) heeft het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) in samenwerking met de Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn (A & W) van de Rijksuniversiteit Leiden, eind 1986 tot medio 1988 een onderzoek uitgevoerd naar de achtergronden van het (gemiddeld hoge) ziekteverzuim bij de uitvoerenden krachten in de gezinsverzorging (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters).

Eén van de deelonderzoeken van dit project betreft een organisatie-onderzoek bij een achttal instellingen voor gezinsverzorging waarbij, via (groeps)interviews met de verschillende geledingen, is nagegaan hoe de factoren die het verzuim kunnen beinvloeden in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging op elkaar inspelen.

Alvorens in te gaan op de belangrijkste bevindingen uit dit organisatie-onderzoek en de conclusies die hieraan kunnen worden verbonden, worden de opzet en uitvoering van dit onderzoek kort weergegeven.

2. Opzet en uitvoering van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek kan als volgt worden verwoord:
"welke organisatie-kenmerken verklaren waarom de ene instelling in de gezinsverzorging te kampen heeft met een aanmerkelijk hoger verzuim van de uitvoerenden dan de andere instelling."

Om dit te kunnen nagaan is bij de selectie van de te onderzoeken instellingen de volgende procedure aangehouden. Op grond van een analyse van verzuimgegevens was reeds bekend dat het verzuim mede samenhangt met de regio en het werkgebied van een instelling; dat wil zeggen instellingen in de "Randstad-provincies" hebben gemiddeld genomen een hoger verzuim van uitvoerenden dan instellingen in het oosten van Nederland, en instellingen in de steden hebben gemiddeld genomen een hoger verzuim dan zg. plattelandsinstellingen. Om ervoor te zorgen dat bij het onderzoek de verschillen in verzuim niet aan deze twee meer algemene achtergrondkenmerken van instellingen zouden

kunnen worden toegeschreven, is bij de selectie getracht op deze twee punten een gelijke verdeling aan te houden. Dit heeft ingehouden dat naast bijvoorbeeld een stedelijke instelling met een hoog verzuim in het westen van Nederland, tevens een stedelijke instelling in hetzelfde deel van Nederland is geselecteerd met een laag verzuim. Schematisch kunnen de acht in het onderzoek betrokken instellingen, als volgt worden weergegeven:

	onderzochte instellingen met een:	
	hoog verzuim	laag verzuim
- oosten van Nederland, platteland	1	1
- westen van Nederland, platteland	1	1
- oosten van Nederland, stad	1	1
- westen van Nederland, stad	1	1
TOTAAL	4	4

Om te kunnen nagaan hoe in de dagelijkse praktijk van een instelling de factoren die het verzuim kunnen beinvloeden "op elkaar inwerken", zijn bij iedere instelling steeds afzonderlijke groepsgesprekken gevoerd met een vertegenwoordiging van:
- het management;
- de ondernemingsraad;
- de leidinggevenden;
- de uitvoerenden.

Tevens zijn per instelling nog individuele interviews gehouden met:
- enkele langdurig zieke helpsters- of verzorgsters (d.w.z. langer dan 12 weken afwezig wegens ziekte), en
- de rayon-verzekeringsgeneeskundige en assistent Medische Dienst (AMD) onder wie de betrokken instelling ressorteert.

De gespreksduur van ieder (groeps)interview bedroeg gemiddeld circa 1,5 uur. Voorafgaand aan het gesprek heeft iedere deelnemer een in-

troductiebrief gekregen waarin het doel van het onderzoek nader was uiteengezet en een overzicht van de onderwerpen die in het gesprek aan de orde zouden worden gesteld.

Aan de gesprekken bij de acht instellingen die voor het organisatie-onderzoek zijn geselecteerd, hebben in totaal 153 personen deelgenomen (17 personen behorend tot het management, 24 ondernemingsraadleden, 32 leidinggevenden, 46 uitvoerenden, 18 langdurig zieken, 8 verzekeringsgeneeskundigen en 8 AMD-en).

3. De bevindingen uit het onderzoek

In het onderzoek hebben de volgende 4 vragen centraal gestaan:

1. Welke factoren worden met name als oorzaak gezien van het (hoge) ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging?

2. Welke maatregelen hebben de instellingen reeds genomen om dit verzuim terug te dringen?

3. Zijn er tussen de instellingen verschillen aan te geven in de begeleiding van langdurig zieken, en de mogelijkheden voor reïntegratie?

4. Welke organisatie-kenmerken verklaren waarom de ene instelling te maken heeft met een veel lager verzuim dan de andere instelling?

Aan de hand van deze vragen worden onderstaand de bevindingen uit het organisatie-onderzoek kort samengevat.

1. **Welke factoren worden met name als oorzaak gezien van het (hoge) ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging?**

In alle gesprekken, dus ongeacht of men werkzaam is bij een instelling met een relatief laag verzuim of bij een instelling met een hoog verzuim, wordt als belangrijkste bron voor het ziekteverzuim aangewezen de zware fysieke belasting van het werk voor de uitvoerenden.

Het werk bestaat voornamelijk uit zware huishoudelijke arbeid die vaak meerdere keren per dag bij verschillende cliënten moet worden gedaan. Meerdere keren per dag bij verschillende cliënten, omdat door de grotere hulpvraag en de huidige subsidiëring van de gezinsverzorging per cliënt minder verzorgingsuren kunnen worden toegewezen dan vroeger en uitvoerenden die bijvoorbeeld meer dan 3 à 4 uur per dag werken daardoor vaak al bij minimaal 2 cliënten moeten worden ingezet. Echter niet alleen het feit dat men meerdere keren op een dag min of meer hetzelfde zware huishoudelijke werk bij een cliënt moet doen, wordt als fysiek belastend gezien. Ook het feit dat voor deze werkzaamheden niet veel uren worden toegekend en derhalve onder een behoorlijke tijdsdruk moet worden gewerkt, wordt als (zeer) belastend ervaren. In vrijwel ieder gesprek worden dan ook naast opmerkingen over het continu huishoudelijk werk op een dag ("keukens en ramen komen je dan toch je neus uit?") tevens opmerkingen gemaakt over de druk waaronder moet worden gewerkt ("aan de sociale kant van het werk komt men nauwelijks meer toe, want men wil, ook al zijn er niet veel uren voor, het huis toch netjes achterlaten").
Een ander aspect van werkbelasting dat eveneens in vrijwel ieder gesprek als oorzaak wordt genoemd waarom veel uitvoerenden de werksituatie op den duur niet meer aankunnen, is de meer psychosociale kant van het werk. Het is een eenzaam beroep want men werkt alleen bij een cliënt en kan daardoor tijdens het werk geen beroep doen op collega's of de leidinggevende, terwijl de cliënt-situaties voor de uitvoerenden de laatste jaren veel zwaarder zijn geworden. Dit laatste doordat mensen vrij snel uit het ziekenhuis worden ontslagen en thuis nog veel nazorg nodig hebben of hulpbehoevende bejaarden vaak nog lang zelfstandig moeten blijven wonen in afwachting op een plaats in een bejaarden- of verzorgingstehuis.
Dat dergelijke belastende aspecten van het werk op den duur een overbelasting kunnen veroorzaken, wordt door het management van de instellingen met name geweten aan het feit dat veel uitvoerenden ooit onder heel andere werkomstandigheden zijn begonnen in de gezinsverzorging en dit tempo en verzwaring van het werk niet meer aankunnen. Soortgelijke argumenten worden eveneens vaak door de verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en naar voren gebracht, met veelal nog de toevoeging dat

het werk voor deze vrouwen slechts een bijbaantje is en problemen in de thuissituatie dan net de extra belasting kunnen vormen waarom men uitvalt. Door de leidinggevenden wordt in dit verband daarentegen meer gewezen op het feit dat ook nu nog velen met verkeerde verwachtingen over het werk in de gezinsverzorging gaan werken, terwijl door de uitvoerenden zelf de oorzaak van deze overbelasting meer wordt toegeschreven aan de tijdsdruk waaronder men moet werken, de extra cliënten die men daar bovenop nog krijgt toegewezen om voor collega's in te vallen en het feit dat men met name in zware cliënt-situaties geen beroep kan doen op collega's of de leidinggevende.

Bovengenoemde verklaringen voor het ziekteverzuim onder uitvoerenden worden bij alle onderzochte instellingen naar voren gebracht, ongeacht het feit of men als instelling met een laag of met een hoog verzuim te kampen heeft. Het enige verschil is hooguit dat de instellingen met een hoog verzuim onder hun uitvoerenden hieraan vaker nog toevoegen dat ook het feit dat cliënten nogal eens "overvragen" - meer werkzaamheden verlangen dan feitelijk is geïndiceerd - de overbelasting kunnen veroorzaken. Als uitvoerende durft men deze extra huishoudelijke klussen vaak niet te weigeren, uit schuldgevoel of om ruzie met de cliënt te vermijden, en men mist dan een duidelijke stellingname van de instelling en/of van de eigen leidinggevende hiertegen. Bij de onderzochte plattelandsinstellingen met een hoog verzuim wordt in dit kader tevens nog opgemerkt dat ook de afstanden die men moet afleggen om van de ene cliënt naar de andere cliënt te gaan, vaak extra belastend zijn. Men is veelal wel ingedeeld naar bepaalde dorpen, maar desondanks moeten er op een dag, naast de fysieke zware werkzaamheden die men bij de cliënten verricht, ook nog heel wat kilometers worden afgefietst.

Tenslotte valt in dit verband op dat bij de instellingen zelden argumenten naar voren worden gebracht als "gebrek aan controle" of "men blijft ook wel erg gemakkelijk thuis" ter verklaring van het ziekteverzuim. Daarentegen wordt door de verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en juist wel opgemerkt dat de omgeving van de onderzochte instellingen met een hoog verzuim veelal gekenmerkt wordt door een lager arbeidsethos en geringere sociale controle dan gemiddeld.

2. Welke maatregelen hebben de instellingen reeds genomen om dit verzuim terug te dringen?

In de praktijk blijken er vooral door de instellingen met een laag verzuim initiatieven te zijn ontplooid om met name de belastbaarheid van de uitvoerenden te verhogen; d.w.z. er voor te zorgen dat zij de werksituaties beter aankunnen. Het merendeel van deze instellingen heeft bijvoorbeeld een voor alle uitvoerenden verplichte cursus over de techniek van het tillen gegeven, regels of onderlinge afspraken gemaakt over het (aantal) toe te wijzen cliënten per uitvoerende en/of strengere procedures opgesteld ten aanzien van sollicitanten. Daarnaast heeft het merendeel van de instellingen met een laag verzuim regels of onderlinge afspraken over het contact tussen de instelling en de zieke en blijkt er al langer de regel te bestaan dat een uitvoerende zich bij ziekte moet afmelden bij de eigen leidinggevende en de (eerste) cliënt. Weliswaar zijn dergelijke initiatieven ook wel bij de instellingen met een hoog verzuim onder de uitvoerenden ontplooid, maar vaak blijken het dan meer maatregelen "op papier", die in praktijk niet stringent worden nageleefd.
Overigens moet in dit verband worden opgemerkt dat in geen van de acht onderzochte instellingen een gedetailleerde verzuimregistratie aanwezig is, op grond waarvan bijvoorbeeld bovengenoemde maatregelen zijn genomen of zijn geëvalueerd. Ze zijn gebaseerd op vermoedens van het management, ervaringen van de leidinggevenden of soms op een enquête onder het personeel. Per periode heeft men veelal wel een overzicht van het verzuimpercentage binnen de instelling, maar een nadere uitsplitsing naar bijvoorbeeld reden van verzuim en functiegroep ontbreekt feitelijk bij allen. Door een aantal instellingen wordt hieraan echter direct toegevoegd dat men dit ook node mist, "want pas dan kan je in feite een beleid hiervoor voeren en je ook veel beter richten op de probleemgroepen".

3. Zijn er tussen de instellingen verschillen aan te geven in de begeleiding van langdurig zieken, en de mogelijkheden voor reintegratie?

Uit de gesprekken met de langdurig zieken komt naar voren dat een klein deel van hen bij hun ziekte niets heeft vernomen van de instelling, de leidinggevende, collega's of cliënten. Het grootste deel van de langdurig zieken hoort echter wel iets. Dit betreft dan vooral bezoek of telefoon van de leidster, en telefoon van cliënten. Bezoek van collega's of bloemen van de instelling komen veel minder vaak voor. Alleen wanneer er sprake is van veel onderling contact in een groep (meestal is dat niet het geval), dan krijgt men wel bezoek van collega's. Wel wordt er veelal contact onderhouden door "een goede vriendin die ook bij de instelling werkt".
De frequentie van de contacten die men heeft bij ziekte loopt sterk uiteen: van één keer bezoek van leidinggevende, tot (bijna) wekelijks telefonisch contact. Er lijken, wat dat betreft, geen vaste regels te zijn bij de onderzochte instellingen.
Verschillen in reïntegratie doen zich tussen de instellingen nauwelijks voor. Nagenoeg alle ondervraagden zeggen dat het mogelijk is om bij werkhervatting na langdurige ziekte voor de helft van de werktijd te beginnen. De mogelijkheid om "makkelijke" gezinnen te krijgen is kleiner; het is echter niet zo dat dit varieert per instelling. Het lijkt eerder samen te hangen met de leidinggevende die men heeft.
Instellingsgebonden verschillen zijn derhalve, zowel wat betreft de begeleiding bij ziekte als wat betreft de mogelijkheden voor reïntegratie, niet aan te geven. Voor zover zich op deze punten verschillen voordoen lijken deze meer persoonsgebonden te zijn, en vooral samen te hangen met de leidinggevende die men heeft.

4. Welke organisatie-kenmerken verklaren waarom de ene instelling te maken heeft met een veel lager verzuim dan de andere instelling?

Wordt bovenstaande vraag in de gesprekken bij de instellingen met een laag verzuim aan de betrokkenen voorgelegd, dan komt bijna stee-

vast het antwoord dat men zelf het verzuim helemaal niet zo laag vindt en wel degelijk de nodige zorgen hierover heeft of zeker nog wel bepaalde verbeteringen zou willen aanbrengen in de feitelijke organisatie van de werkzaamheden. Ten tweede wordt door hen vrijwel altijd benadrukt dat er niet slechts één en een eenvoudig recept is voor de bestrijding van de kwaal, oftewel dat het niet één simpele maatregel zal kunnen zijn waarmee het ziekteverzuim kan worden teruggedrongen, maar dat het meer een combinatie van factoren is die mogelijk verklaart waarom het verzuim bij hen lager is dan bij andere instellingen. Een combinatie van factoren die door hen veelal als volgt wordt verwoordt: "Er is hier persoonlijke aandacht voor de uitvoerenden", "èchte persoonlijke belangstelling voor de individuele helpster of verzorgster". Vergelijking met de instellingen met een hoog verzuim onder hun uitvoerenden geeft aan dat bovenstaande zich onder andere in de volgende punten laat vertalen:

- **er wordt bij de planning door de leidinggevenden zo veel mogelijk rekening gehouden met de individuele werklast van de uitvoerende**
  (Bijvoorbeeld aan de hand van regels die hierover door de instelling zijn opgesteld zoals: "bij een 40-urige werkweek maximaal 3 à 4 cliënten, bij 25 uur per week maximaal 3, bij minder uren maximaal 2 cliënten per week. En een vergoeding van de reistijd die ook hooguit 12 weken in een jaar meer dan 5 kilometer mag zijn". Of door meer onderlinge afspraken die hierover door de leidinggevenden zijn gemaakt en die in praktijk een soort algemene gedragsregel van hen lijkt te zijn zoals: "voor onszelf houden wij maximaal 2 adressen per dag aan en als leidinggevende nemen we ook wel eens de vrijheid om je helpsters na zware cliënt-situaties eens een middagje of een paar uur vrij te geven").

- **er wordt vrij veel aandacht besteed aan en ruimte gegeven voor deskundigheidsbevordering in de vorm van cursussen, contactbijeenkomsten en groepswerkbesprekingen**
  (waardoor uitvoerenden meer ondersteuning krijgen, beter worden voorbereid op de cliënt-situaties die ze tegen kunnen komen).

- **er is een differentiatie naar type hulpverlening**
  (waardoor in feite de uitvoerenden kunnen worden ingezet in cliënt-situaties die zijzelf wensen, waarvoor ze ook zijn opgeleid).

- **er is een vrij strenge sollicitatieprocedure, een duidelijke proef-periode en een voorkeur voor niet te grote uren-contracten**
  (waardoor er in feite voor wordt gezorgd dat uitvoerenden niet met verkeerde verwachtingen over het werk worden aangenomen en daarbij nog in de praktijk wordt getest of men deze werkzaamheden inderdaad ook aankan).

- **er is ruimte voor "informele" personeelsactiviteiten**; niet alleen door de instelling van een personeelsvereniging, maar ook door het organiseren van groepsuitstapjes, festiviteiten, speciale attenties van de instelling bij jubilea, e.d.

Het bovenstaande roept de vraag op door welke omstandigheden deze instellingen meer ruimte kunnen creëren voor hun personeel en eisen kunnen stellen aan hun sollicitanten. Komt dit omdat men bijvoorbeeld over een ruimer budget kan beschikken, een groter personeelsaanbod heeft, men geen wachtlijst heeft van nieuwe cliënten, e.d. Dit blijkt geenszins het geval te zijn. Het lijkt erop dat bij deze instellingen een duidelijke keuze is gemaakt voor de werkomstandigheden van het personeel en de prioriteit vooral wordt gelegd bij een goede begeleiding en ondersteuning van de uitvoerenden. Een indruk die door de AMD-en min of meer wordt verwoord met "er is daar een soepele stijl van leidinggeven door het management waarin de leidinggevenden de mogelijkheid wordt geboden om naar hun eigen inzichten zaken te regelen. Er heerst bij die instellingen een gemoedelijke sfeer".

Tenslotte blijkt uit de gesprekken dat, ongeacht of men werkzaam is bij een instelling met een vrij laag verzuim of bij een instelling met een hoog verzuim, er veel wensen leven over hoe bepaalde zaken in het werk en de werkomstandigheden van de uitvoerenden feitelijk zouden moeten worden verbeterd. Bij de instellingen met een hoog verzuim wordt door alle vier een pleidooi gehouden voor:

- meer oog bij de planning voor de individuele werklast van een uitvoerende, waarvoor de leidinggevenden ook de ruimte moeten krijgen;

- een regelmatige interne scholing die vooral is gericht op de situaties die de uitvoerenden in de praktijk tegenkomen;

- contact met de zieken en er als instelling op toezien dat dit ook in praktijk gebeurt;

- als instelling bij iedere cliënt een soort hulpverleningsplan opstellen waarin duidelijk wordt vastgelegd welke werkzaamheden wel en welke niet door de uitvoerenden zullen worden verricht en waarbij tegelijkertijd bepaalde eisen worden gesteld aan het materiaal waarmee de uitvoerenden zullen moeten gaan werken.

- een betere salariëring; niet omdat daarmee de werkomstandigheden zullen verbeteren, maar omdat de huidige salariëring achter is gebleven bij de ontwikkelingen die zich in het werk in de gezinsverzorging hebben voorgedaan en het zonder uitzondering door alle betrokkenen in deze sector als onrechtvaardig wordt beschouwd dat deze verzwaring van de functie niet als zodanig wordt gehonoreerd.

De eerste drie punten refereren aan zaken die in feite bij de onderzochte instellingen met een laag verzuim reeds grotendeels aanwezig zijn. Door hen wordt bij deze punten steeds met klem geadviseerd om er als instelling goed op toe te blijven zien dat deze zaken in de praktijk door iedereen ook worden nageleefd.
De laatste twee punten worden eveneens door alle vier onderzochte instellingen met een laag verzuim bepleit, om redenen dat alleen een duidelijk hulpverleningsplan het zogenaamde overvragen van cliënten zal kunnen tegengaan (en ook de mogelijkheid biedt om als instelling controle uit te oefenen op de apparatuur waarmee moet worden gewerkt) en een betere salariëring vooral de waardering zal kunnen uitdrukken voor het werk dat de uitvoerenden in de praktijk moeten verrichten.
Door de instellingen met een laag verzuim wordt tevens nog bepleit om de uitvoerenden veel meer in teams te laten werken omdat men

veelal zelf heeft ervaren dat het hen veel ondersteuning geeft in het dagelijkse werk en men veelal ook enthousiaster tegen het werk aankijkt.

Tot welke aanbevelingen het voorgaande zou moeten leiden voor de gezinsverzorging in het algemeen, wordt in dit rapport niet verder ingegaan, maar wordt verwezen naar het overkoepelende rapport van dit project. In dat eindrapport worden namelijk de diverse deelonderzoeken in onderlinge samenhang nader geanalyseerd en kan derhalve ook een zekere prioriteitsstelling hierbij worden aangegeven.

-*-*-

1 INLEIDING

In opdracht van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) heeft het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) in samenwerking met de Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn (A&W) van de Rijksuniversiteit Leiden, eind 1986 tot medio 1988 een onderzoek uitgevoerd naar de achtergronden van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Aan de financiering van dit onderzoek is mede bijgedragen door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).
Eén van de deelonderzoeken van dit project betreft een organisatie-onderzoek binnen een aantal instellingen voor gezinsverzorging. Hiervan wordt in dit rapport verslag gedaan.

1.1 Achtergrond en doel van het organisatie-onderzoek

Ten behoeve van het onderzoek naar de achtergronden van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging zijn in de periode november 1986 - april 1988, de volgende deelonderzoeken uitgevoerd:

1. Een analyse op statistische verzuimgegevens in de gezinsverzorging en een aantal andere werksoorten.
2. Een literatuurstudie en gesprekken met een aantal sleutelinformanten.
3. Een survey onder (een steekproef van) uitvoerend personeel in de gezinsverzorging.
4. Een survey onder alle instellingen voor gezinsverzorging in Nederland.

De analyse van de verzuimgegevens heeft onder andere laten zien dat het ziekteverzuim in de gezinsverzorging ver boven het landelijk gemiddelde ligt (in 1987 was het gemiddelde verzuimpercentage in de gezinsverzorging circa 13% tegenover circa 8% landelijk). Dit blijkt vooral te worden veroorzaakt door het grote aantal zeer langdurige ziektegevallen, die ook vaak uitmonden in arbeidsongeschiktheid. Het verzuim blijkt met name hoog bij de uitvoerende krachten (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters). De meest voorkomende oorzaken van het langdurig verzuim zijn rug- en spierklachten, maar ook psychische klachten blijken vaak oorzaak van langdurig ziekteverzuim (met name bij jongeren). Uit deze analyse is tevens naar voren gekomen dat het verzuimpercentage in de gezinsver-

zorging sterk organisatiegebonden is, zeker vergeleken met andere sectoren. De survey-onderzoeken onder de instellingen voor de gezinsverzorging en het uitvoerend personeel hebben in dit verband laten zien dat hierbij de volgende factoren een rol spelen:*

- de grootte van de instelling (hoe groter de instelling, hoe hoger het verzuim);
- de urbanisatiegraad (instellingen in stedelijke gebieden hebben een hoger verzuim);
- de mate van informele activiteiten onder het personeel (bij instellingen waar zulke activiteiten plaatsvinden is het verzuim lager);
- de kwaliteit van het personeelsaanbod (hoe slechter de kwaliteit door de instelling wordt geacht, hoe hoger het verzuim);
- het percentage leidinggevenden van MBO-niveau binnen een instelling (hoe hoger dit percentage, hoe lager het verzuim);
- het percentage leidinggevenden binnen een instelling dat vroeger uitvoerende is geweest (hoe hoger dit percentage, hoe lager het verzuim);
- de retributiegelden als percentage van de loonsom (hoe hoger dit percentage, hoe lager het verzuim);
- de mate waarin men personeelsselectie op 'teamgeest' van belang acht (hoe belangrijker een instelling dit acht, hoe lager het verzuim);
- het percentage gediplomeerden onder de uitvoerenden (hoe meer gediplomeerden, hoe lager het verzuim in de instelling als geheel);
- het aanwezig zijn van een wachtlijst van cliënten (bij instellingen waar dit voorkomt is het verzuim hoger);
- het al of niet gecombineerd zijn van een instelling met andere vormen van dienstverlening (gecombineerde instellingen hebben een lager verzuim).

---

* Voor meer informatie over de resultaten die uit bovengenoemde onderzoeken naar voren zijn gekomen, wordt verwezen naar de rapporten die van elk afzonderlijk zijn verschenen.

Om na te kunnen gaan hoe bovengenoemde factoren - maar mogelijk ook nog andere factoren die het verzuim kunnen beïnvloeden - in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging op elkaar inspelen, was ter afronding van het totale project een organisatie-onderzoek gepland binnen een aantal instellingen. In dit onderzoek zou via (groeps)interviews met de verschillende geledingen binnen een instelling niet alleen moeten worden nagegaan op welke wijze de diverse factoren elkaar in de praktijk blijken te beïnvloeden, maar tevens antwoord moeten worden verkregen op de vraag waarom de ene instelling in de gezinsverzorging te kampen heeft met een aanmerkelijk hoger verzuim onder de uitvoerenden, dan de andere instelling.

1.2 Opzet en uitvoering van het onderzoek

1.2.1 Onderzoeksopzet

In overleg met de begeleidingscommissie van het project is besloten om, gezien de financiële ruimte voor dit deel van het onderzoek en gezien de nog beschikbare onderzoekstijd, voor het organisatie-onderzoek 8 instellingen te selecteren. Wanneer bij deze selectie naast het criterium 'hoogte van het ziekteverzuim' nog een aantal andere criteria zouden worden aangehouden, dan zou ook met een dergelijk aantal al een redelijk inzicht kunnen worden verkregen in de achtergronden van het ziekteverzuim bij instellingen.

Op grond van de analyse van de verzuimcijfers over 1986 is besloten als selectiecriteria aan te houden:

- **de hoogte van het verzuim** (dat wil zeggen, hoger dan het gemiddelde versus lager dan het gemiddelde);
- **de regio** (dat wil zeggen, instellingen in het oosten van Nederland versus instellingen in het westen van Nederland);
- **de urbanisatiegraad/het werkgebied** (dat wil zeggen, instellingen in de steden versus instellingen op het platteland).

Met het criterium 'urbanisatiegraad' zou tevens de factor 'instellingsgrootte' in het onderzoek kunnen worden meegenomen, aangezien in de (grote) steden veelal ook de grotere instellingen te vinden zijn.

Tenslotte is besloten om binnen de instellingen de volgende geledingen te onderscheiden waarmee een afzonderlijk groepsgesprek zou moeten plaatsvinden:

- het management;
- de ondernemingsraad;
- de leidinggevenden;
- de uitvoerenden.

Aan de instellingen zou worden verzocht om deze gespreksgroepen zelf samen te stellen; echter wel aan de hand van bepaalde richtlijnen van de onderzoekers betrekking hebbende op de grootte van de groep en de spreiding binnen de groep. Tevens zouden per instelling nog individuele interviews worden gehouden met circa drie langdurig zieke helpsters of verzorgsters, alsmede met de rayon-verzekeringsgeneeskundige en assistent Medische Dienst (AMD) onder wie de instelling ressorteert. Voor de adressen van langdurig zieken zouden niet de instellingen zelf worden benaderd maar de BVG, om een eventuele ongewenste selectiviteit hierbij te voorkomen. Vanzelfsprekend zouden deze interviews ook niet op de instelling, maar bij de betrokkenen thuis plaatsvinden.

1.2.2 Uitvoering van het onderzoek

Aan de hand van eerdergenoemde selectiecriteria zijn eind maart 1988, in overleg met een aantal leden van de begeleidingscommissie, de instellingen geselecteerd voor het onderzoek. Voor elk daarvan werden één of enkele 'reserve-instellingen' gekozen voor het geval niet alle acht tot medewerking bereid zouden zijn.

Met de instellingen werd eerst telefonisch contact gezocht en vervolgens werd hen een introductiebrief toegezonden waarin om medewerking aan het onderzoek werd gevraagd. Bij deze brief was een formulier gevoegd waarop men kon aangeven op welke dag men bij voorkeur de gesprekken wilde laten plaatsvinden.

Uiteindelijk moest in drie gevallen een beroep worden gedaan op een 'reserve-instelling'. De reden waarom men van medewerking afzag lag veelal op het financiële vlak; de gesprekken zouden in totaliteit teveel werkuren gaan kosten. Over het algemeen kan echter de bereidheid tot medewerking groot worden genoemd; zeker wanneer wordt bedacht dat-naast het bovengenoemde financiële aspect - van de instellingen ook nogal wat organisatorische inspanning werd gevraagd.

Wanneer met de instellingen de dag was overeengekomen waarop bij hen zou worden langsgekomen voor de interviews, werd hen een tweede brief gestuurd met nadere aanwijzingen over de organisatie van een en ander en de wijze waarop bij voorkeur de gespreksgroepen zouden moeten worden samengesteld. Bij deze brief waren tevens introductiebrieven gevoegd voor de betrokken deelnemers aan de gesprekken.
Ongeveer één week voordat de interviews zouden plaatsvinden werd nogmaals contact opgenomen met de betrokken instellingen om te vernemen of alles conform de afspraak was verlopen, en werd hen tevens voor de diverse gesprekspartners een overzicht toegestuurd van de onderwerpen die in het interview aan de orde zouden komen. (De introductiebrief, 'tweede brief' en de overzichten van de gesprekspunten, zijn opgenomen in bijlage 1).
De rayon-verzekeringsgeneeskundigen (RVG-en) van de rayons waaronder de deelnemende instellingen vallen zijn in eerste instantie schriftelijk benaderd door het hoofd van de Medische Dienst van de BVG, met het verzoek om aan het onderzoek te willen meewerken. Vervolgens is telefonisch contact opgenomen om met de RVG en de AMD een afspraak te maken.

De benadering van de langdurig zieken is via de BVG gelopen om - zoals reeds in de vorige paragraaf is opgemerkt - de anonimiteit van betrokkenen te waarborgen, en om een mogelijk subjectieve selectie van respondenten door de instellingen te voorkomen. Het was de bedoeling om per instelling drie langdurig zieken te interviewen. Daartoe zouden per instelling zes langdurig zieken worden aangeschreven door de BVG; er was dus rekening gehouden met een non-respons/weigering van 50%. Voor de selectie van langdurig zieken zijn de volgende criteria opgesteld: tenminste 13 weken ziek, en bij voorkeur afkomstig uit de diagnosecategorieën "psychische aandoeningen" of "aandoeningen van het bewegingsapparaat". Met name bij de kleinere instellingen was deze indeling niet altijd haalbaar en zijn enkele keren ook langdurig zieken met andere diagnoses aangeschreven.
Degenen die zijn aangeschreven ontvingen een introductiebrief van de BVG, een toelichtende brief van het NIA en een antwoordformulier, waarbij werd verzocht dit ook in te sturen als men niet aan het onderzoek wilde meewerken (de brief van het NIA en het antwoordformulier zijn opgenomen in bijlage 1).

Van de voorgenomen planning moest om twee redenen uiteindelijk worden afgeweken. In de eerste plaats omdat een aantal (kleine) instellingen geen zes langdurig zieken hadden die aan de gestelde criteria voldeden, en in de tweede plaats omdat de respons lager was dan verwacht. In eerste instantie zijn bij de acht instellingen in totaal 37 langdurig zieken aangeschreven. Hierop lieten 15 langdurig zieken weten aan het onderzoek te willen deelnemen. Negen langdurig zieken stuurden het formulier in, maar wilden niet meedoen. Van 13 langdurig zieken werd niets vernomen. Van vier toezeggingen kon geen gebruik worden gemaakt, omdat het hier geen uitvoerenden, maar leidinggevenden betrof; één andere toezegging niet, omdat deze vrouw langdurig in het ziekenhuis was opgenomen. In totaal zijn bij de eerste gespreksronde 10 langdurig zieke uitvoerenden geïnterviewd. De geïnterviewden werden eerst telefonisch benaderd voor het maken van een afspraak, en vervolgens thuis bezocht.
In overleg met de BVG is besloten een tweede wervingsronde te houden in de hoop om toch drie langdurig zieken per instelling te krijgen. Hiertoe heeft de BVG een aantal zieken die in de eerste ronde al waren benaderd, en niet gerespondeerd hadden, een herinneringsbrief gestuurd. Verder is een nieuwe selectie van langdurig zieken gemaakt die zijn aangeschreven op gelijke wijze als die uit de eerste ronde.
In totaal hebben bij de tweede ronde zestien personen gereageerd. Van vier aanmeldingen kon geen gebruik worden gemaakt: éénmaal omdat het een staffunctionaris betrof in plaats van een uitvoerende en drie maal omdat er bij de desbetreffende instelling al voldoende respondenten waren. Vier mensen gaven te kennen dat ze niet wilden meewerken aan het onderzoek. Acht langdurig zieken die zich hadden aangemeld voor deelname, zijn in de tweede ronde geinterviewd. In totaal hebben dus achttien langdurig zieken aan het onderzoek meegewerkt. Bij vijf instellingen zijn er drie langdurig zieken geïnterviewd. Bij de andere drie instellingen - die alle drie beduidend kleiner zijn - zijn respectievelijk twee, één en geen langdurig zieken geïnterviewd.

De gesprekken op de instellingen hebben plaatsgevonden in de periode 17 mei tot 9 juni 1988. Voor elk (groeps)interview was ongeveer 1,5 uur uitgetrokken. Op twee van de acht instellingen kon geen interview worden afgenomen bij de ondernemingsraad. (In één geval omdat deze zichzelf

een jaar daarvoor had opgeheven; in het andere geval omdat de ondernemingsraad pas sinds kort was ingesteld en men het nog niet wenselijk achtte om al een mening over dit onderwerp naar voren te brengen). De gesprekken met de verzekeringsgeneeskundigen en AMD'en van de betrokken instellingen hebben plaatsgevonden in de periode 6 juli tot 16 augustus. Met de langdurig zieken zijn tussen 8 augustus en 19 september gesprekken gevoerd.

Uiteindelijk hebben aan de gesprekken voor het organisatie-onderzoek 153 personen deelgenomen (17 personen behorend tot het management, 24 ondernemingsraadleden, 32 leidinggevenden, 46 uitvoerenden, 18 langdurig zieken, 8 verzekeringsgeneeskundigen en 8 AMD'en.).

1.3 Opzet van het rapport

In het hiernavolgende wordt van de bevindingen uit het organisatie-onderzoek als volgt verslag gedaan.
Eerst wordt steeds per onderscheiden geleding weergegeven welke meningen door hen naar voren zijn gebracht omtrent de oorzaken van het ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging in het algemeen en binnen de betrokken instelling in het bijzonder, de maatregelen die hiervoor binnen de instelling al eventueel zijn genomen, de ervaringen die men hiermee heeft opgedaan en de maatregelen die men op dit gebied in feite het meest gewenst acht. Vervolgens wordt bekeken op welke punten de betrokken instellingen zich qua organisatie en qua omstandigheden waaronder zij moeten werken (bijvoorbeeld de omvang en aard van de hulpvraag, het personeelsaanbod) van elkaar onderscheiden, en in dit geval met name de instellingen met een vrij laag verzuim ten opzichte van de instellingen met een hoog verzuim.
In het samenvattend hoofdstuk dat voor in het rapport is opgenomen zijn de belangrijkste bevindingen op een rij gezet en de conclusies die hieruit op grond van dit onderzoek kunnen worden getrokken. Tot welke aanbevelingen dit zou kunnen leiden voor de gezinsverzorging in het algemeen, wordt verwezen naar het overkoepelende rapport waarin de resultaten van de diverse deelonderzoeken in onderlinge samenhang nader worden geanalyseerd.

Het bovenstaande houdt in dat in hoofdstuk 2 de meningen over dit onderwerp worden weergegeven van het management; in hoofdstuk 3 komen vervolgens de leidinggevenden aan het woord. Hoofdstuk 4 geeft de meningen weer zoals deze door de uitvoerenden en leden van de ondernemingsraad over dit onderwerp naar voren zijn gebracht, en in hoofdstuk 5 worden de ervaringen beschreven van degenen die ten tijde van het onderzoek al geruime tijd ziek waren. In hoofdstuk 6 wordt vervolgens de visie van de betrokken verzekeringsgeneeskundigen en assistenten Medische Dienst belicht: welke rol vervult men in het geheel, welke knelpunten ervaart men hierbij in relatie tot de betrokken instelling en welke maatregelen zouden naar hun oordeel moeten worden genomen om het ziekteverzuim in de gezinsverzorging terug te dringen. In hoofdstuk 7 tenslotte worden de onderzochte instellingen onderling met elkaar vergeleken en wordt nader ingegaan op de vraag op welke punten de instellingen met een vrij laag verzuim zich met name onderscheiden van de 'hoog verzuimers'.

2 DE MENINGEN VAN HET MANAGEMENT

2.1 Inleiding

Aan de gesprekken met het management hebben in totaal 17 personen deelgenomen: 6 personen in de functie van directeur/trice van de betrokken instelling, 5 personen vanuit hun functie als hoofd van de gezinsverzorging, 4 personen die (onder andere) de afdeling Personeelszaken in het takenpakket hebben, 1 administrateur en 1 persoon die met name is belast met de deskundigheidsbevordering. Bij drie instellingen is het gesprek met één persoon gevoerd (één keer was de gesprekspartner de directrice van de instelling, tevens hoofd van de gezinsverzorging; één keer was de gesprekspartner het hoofd van de gezinsverzorging binnen de instelling en één keer is het gesprek gevoerd met alleen het hoofd Personeelszaken, tevens belast met de deskundigheidsbevordering). Bij de overige vijf instellingen waren voor deze gesprekken twee tot vijf personen namens het management aanwezig.
Alle gesprekspartners hebben minimaal één week voor het gesprek een overzicht toegestuurd gekregen van de onderwerpen die aan de orde zouden komen. In de praktijk bleek dat men zich (mede daardoor) vaak terdege had voorbereid op het komende interview; niet alleen bovengenoemde personen maar ook de leidinggevenden, uitvoerenden en ondernemingsraadleden die in de volgende hoofdstukken aan het woord komen.

In de gesprekken met het management is steeds eerst ingegaan op de organisatiestructuur van de betrokken instelling, de hulpsoorten die worden aangeboden (bijvoorbeeld 7x24 uur, avond- en weekendhulp, hulpverlening alleen binnen kantooruren), het personeelsaanbod en de sollicitatieprocedure, en de interne overlegstructuur. Vervolgens is steeds de vraag voorgelegd of het landelijk beeld omtrent het ziekteverzuim in de gezinsverzorging overeenkomt met dat in de eigen instelling en welke oorzaken daarvoor bij deze instelling kunnen worden aangewezen. Daarna is steeds nagegaan welke maatregelen mogelijk al binnen de instelling hiervoor zijn genomen en welke maatregelen men op dit gebied feitelijk het meest gewenst acht.
Op de specifieke organisatiekenmerken van de betrokken instellingen wordt in hoofdstuk 7 nader ingegaan, wanneer zij onderling met elkaar

worden vergeleken. Onderstaand worden de meningen van de managementleden van de acht instellingen weergegeven over de oorzaken van het hoge verzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging en de maatregelen die naar hun oordeel genomen zouden moeten worden om dit verzuim naar een aanvaardbaar niveau terug te dringen.

2.2 Oorzaken van het verzuim

In het gesprek met het management is steeds de vraag voorgelegd of het landelijke beeld omtrent het verzuim, dat wil zeggen veel langdurige ziektegevallen vanwege rug- en spierklachten of psychische klachten, overeenkomt met het verzuim in hun eigen instelling. Uit de antwoorden hierop komt het opmerkelijke gegeven naar voren dat men veelal wel het vermoeden heeft dat dit ook bij de eigen instelling het geval is maar dat men het eigenlijk niet precies zou kunnen aangeven. Per periode heeft men weliswaar een overzicht van het verzuimpercentage binnen de instelling, maar een wat gedetailleerde registratie naar reden van verzuim en functiegroep ontbreekt feitelijk in alle acht onderzochte instellingen. Door een aantal instellingen wordt hieraan echter direct toegevoegd dat men dit ook node mist "want dan kan je je veel beter richten op de probleemgroepen".

Ondanks dit gebrek aan een gedetailleerde verzuimregistratie zijn er wel degelijk vermoedens omtrent de oorzaken van het hoge verzuim, waarbij vooral de fysieke werkbelasting van de uitvoerenden wordt benadrukt. Fysieke werkbelasting in de zin dat een uitvoerende per week nogal veel cliënten toegewezen kan krijgen waarbij het aantal verzorgingsuren per cliënt, in tegenstelling tot vroeger, krap is geïndiceerd ("veel cliënten en veel wisseling van cliënten betekent een grote werklast", "het tempo is verhoogd: meer gezinnen in minder tijd") of waarbij vooral wordt gewezen op het feit dat het werk in de gezinsverzorging grotendeels huishoudelijk werk betekent wat op den duur rug- en spierklachten kan veroorzaken. Door een drietal instellingen wordt in dit verband (ook) gewezen op de belasting door de thuissituatie van veel uitvoerenden ("in feite een dubbele belasting door ook nog de zorg voor het eigen gezin"), en door één plattelandsinstelling wordt het vermoeden uitgesproken dat de geografische afstanden eveneens een rol kunnen spelen. Het werkgebied van een uitvoerende is weliswaar geconcentreerd rond één

dorp, maar de reisafstanden tussen de cliënten kunnen desondanks groot zijn.
Als oorzaak van het ziekteverzuim wordt in mindere mate door het management gewezen op de psycho-sociale belasting van het werk, hoewel in drie gesprekken het solitaire karakter wel wordt benadrukt ("er is tijdens het werk geen collegiaal contact; men werkt, bijvoorbeeld in vergelijking met een verzorgingstehuis, geïsoleerd") en in twee gesprekken in dit verband de verzwaring van de cliëntsituatie naar voren wordt gebracht ("de aard van de hulpverlening is zwaarder geworden en ook op ongediplomeerden wordt een groter beroep gedaan, want ook zij worden bijvoorbeeld ingezet voor stervensbegeleiding").
In vier gesprekken is daarnaast nog op een aspect gewezen dat meer betrekking heeft op de belastbaarheid van de uitvoerenden, namelijk het feit dat het voor degenen die een groot aantal jaren geleden zijn gaan werken in de gezinsverzorging soms moeilijk is om aan de veranderingen in deze werksoort te wennen, zich aan te passen ("veel vrouwen die zo'n 15 jaar geleden begonnen, kunnen en willen niet meegroeien met de nieuwe ontwikkelingen", "de regelgeving is heel wat strakker geworden; onbetaald verlof om lange vakanties op te nemen is er bijvoorbeeld niet meer bij").
Tenslotte is in dit kader toch wel opmerkelijk dat in geen van de gesprekken met het management de oorzaak van het hoge verzuim wordt afgedaan met verklaringen zoals 'gebrek aan controle' of 'men blijft tegenwoordig ook maar makkelijk thuis'. Hooguit door één instelling wordt indirect iets in deze richting gesuggereerd, maar dan als mogelijke verklaring waarom bij hen het verzuim vrij laag is ("men is hier erg gezagsgetrouw en de sociale controle is hier nogal groot"). Kritiek op het controlesysteem van de verzekeringsartsen wordt feitelijk maar door één instelling geuit en dan meer als verklaring waarom het verzuim soms naar hun indruk langer is dan eigenlijk nodig ("wanneer de controlearts zegt 'dan en dan terugkomen', dan wordt dat opgevat als niet eerder mogen werken of hoeven te werken").

2.3 Reeds genomen maatregelen

Aan het management is steeds de vraag voorgelegd of er in het verleden wel eens initiatieven zijn ontplooid om het ziekteverzuim terug te dringen, en zo ja, welke ervaringen men hiermee heeft opgedaan. In alle

gesprekken worden wel één of meerdere maatregelen genoemd die door de instelling op dit gebied zijn genomen; het merendeel vooral gericht op het direct of indirect verhogen van de belastbaarheid van het personeel (en daarmee van de instelling). Zo zijn bij zes instellingen scherpe richtlijnen opgesteld bij de selectie van personeel ("er vinden twee sollicitatiegesprekken plaats waarin ook de arbeidsvoorwaarden worden doorgenomen zoals wat er van hen wordt verwacht, en dergelijke. Daarna volgt nog een keuring waarin extra aandacht wordt besteed aan de conditie van de rug en ook wordt gekeken naar bijvoorbeeld stressbestendigheid", "om degenen te weren die er te makkelijk over denken, wordt eerst een informatiebijeenkomst gehouden. De praktijk laat zien dat dan al een deel afvalt omdat het hen tegenvalt of te zwaar lijkt", "sollicitanten van ouder dan 45 jaar worden niet meer opgeroepen", "om te voorkomen dat men het niet als een baan ziet maar als iets wat men erbij doet, is nu als uren-eis gesteld: minimaal drie ochtenden en liefst 20 uur of meer"). Door vier instellingen wordt daarnaast vermeld dat men alle uitvoerenden verplicht een tilcursus heeft laten volgen, terwijl het in één instelling al lange tijd regel blijkt dat iedereen jaarlijks één à twee (korte) cursussen volgt. Door één instelling wordt in dit verband nog naar voren gebracht dat ook de leidinggevenden aan een cursus hebben deelgenomen die vooral op hun eigen taak en functioneren was gericht. Tenslotte blijkt in één instelling als beleid te zijn ingevoerd dat geen aangepaste (lichtere) functies meer worden gecreëerd, om redenen dat de belasting voor de overigen anders zwaarder wordt en men ook als instelling het gevaar loopt om onder het personeel een te grote pool uitvoerenden te creëren die in feite niet volledig inzetbaar is.

In twee instellingen blijken ook nog maatregelen te zijn genomen om de fysieke werkbelasting te verminderen. In het ene geval door de personeelsstop voor uitvoerenden toch maar weer op te heffen, waardoor de vacatures weer konden worden opgevuld en de werkdruk op de anderen kon worden verminderd ("het ziekteverzuim loopt nu weer terug, dus kennelijk is de druk inderdaad minder geworden"). In het andere geval door regels te stellen aan het aantal cliënten per week voor een helpster, en regels ten aanzien van de reisafstanden ("bij een 40-urige werkweek geldt maximaal drie à vier cliënten, bij 25 uur per week geldt maximaal drie cliënten en bij minder uren geldt maximaal twee cliënten per week. Een

nadeel is wel dat het veel GAW (geen of ander werk)-uren kan opleveren, maar nu we door een toename van aanvragen dit maximale aantal cliënten soms moeten overschrijden, zie je toch weer het verzuim stijgen. Met betrekking tot de reisafstand geldt dat het woon-werkverkeer maximaal vijf kilometer mag zijn en men hooguit gedurende 12 weken moet accepteren dat meer kilometers moeten worden afgelegd. Deze extra reistijd wordt echter wel als werktijd vergoed"). Door een derde instelling wordt in dit verband tenslotte benadrukt dat men altijd al het aantal verzorgingsuren per cliënt ruimer mag indiceren dan andere instellingen om het gebrek aan aanvullende voorzieningen in de regio (zoals bijvoorbeeld 'tafeltje-dek-je') op te vangen, met als gevolg dat bij hen het probleem van 'meer gezinnen in minder tijd' niet zo speelt.

Maatregelen om met name het contact tussen de instelling en de zieke te verbeteren, kunnen worden opgevat als maatregelen voor verlaging van de hervattingsdrempel, dat wil zeggen voorkomen dat men langer verzuimt dan feitelijk nodig is. Door twee instellingen wordt naar voren gebracht dat men duidelijk regels over dit contact heeft opgesteld en in dit verband moet worden opgemerkt dat dit in twee andere instellingen in feite al langer de algemene gedragsregel van de leidinggevenden blijkt te zijn. ("Er is extra aandacht besteed aan het vaker opzoeken van de zieke door de leiddinggevende en de zieke wordt altijd uitgenodigd om de groepsbijeenkomsten bij te wonen", "in de derde week krijgt men een bloemetje uit de personeelspot", "in een rayon wordt nu uitgetest of het zinvol is dat ook de hoofdleidster regelmatig contact onderhoudt met de zieken").
Tenslotte hebben twee instellingen maatregelen genomen om de verzuimdrempel te verhogen, dat wil zeggen voorkomen dat men zich niet te gemakkelijk ziek meldt. In het ene geval is er mede op initiatief van het desbetreffende rayonkantoor van de BVG een intensieve controle ingesteld, dat wil zeggen gedurende een half jaar "iedere dag" controle. Een en ander heeft echter niet geleid tot een daling van het verzuim en slechts in één geval bleek sprake van misbruik ("In feite zijn toen alle vooroordelen ontkracht dat het verzuim voornamelijk aan misbruik te wijten was en ook het vlotter controleren bleek geen andere resultaten op te leveren"). Bij de andere instelling worden sinds kort door de hoofdleidster individuele gesprekken gevoerd met frequent verzuimers om de mogelijke achterliggende problemen 'bespreekbaar te maken'.

2.4 Gewenste maatregelen

Mede op grond van de ervaringen met reeds genomen initiatieven om het ziekteverzuim te beïnvloeden, worden door het management de volgende maatregelen het meest gewenst geacht (of geadviseerd) om met name het grote aantal langdurige ziektegevallen onder uitvoerenden in de gezinsverzorging terug te dringen. Ook in dit geval betreffen het vooral suggesties om de belastbaarheid van de uitvoerenden te verhogen (met name via interne deskundigheidsbevordering), op de tweede plaats gevolgd door suggesties voor verlaging van de hervattingsdrempel (met name via een frequenter en blijvend contact tussen instelling en zieke), en op de derde plaats suggesties om de fysieke werklast van de uitvoerenden te verminderen. Daarnaast wordt door een aantal instellingen nadrukkelijk geadviseerd om vooral een betere, gedetailleerde registratie van het verzuim op te zetten om inzicht te krijgen in de redenen van verzuim en de mogelijke probleemgroepen binnen de instelling ("want pas dan kun je hiervoor een beleid voeren").

a. Suggesties met betrekking tot de belastbaarheid

Bij zes van de acht instellingen wordt door het management vooral gewezen op het belang van optimalisering van de deskundigheidsbevordering voor àlle uitvoerenden, met de toevoeging dat ergonomische cursussen niet alleen eenmalig verplicht behoren te zijn maar ook regelmatig herhaald moeten worden. ("We hebben de tilcursus nu niet herhaald, maar het had wel moeten gebeuren. Dat lijkt dwingend, maar het is echt nodig want een verkeerde tilhouding sluipt er zo weer in"). Bij optimalisering van de deskundigheidsbevordering wordt echter niet alleen aan tilcursussen gedacht. ("Ook cursussen over bijvoorbeeld dementerende bejaarden, kankerpatiënten, psychiatrische patiënten. Om uitvoerenden beter voor te bereiden op wat hen te wachten staat, waarmee ze geconfronteerd kunnen worden", "groepswerkbesprekingen als aanvulling op de individuele werkbespreking om de werkmotivatie te versterken/te trachten helpsters weerbaarder te maken, zich assertiever op te stellen", "meer interne opleidingen en toegesneden op wat men zelf vraagt; dus opleiding 'op maat'"). Door één instelling wordt in dit verband opgemerkt dat zaken zoals bijvoorbeeld groepswerkbesprekingen en individuele werkbesprekingen

als 'bijzonder verlof' worden geregistreerd, terwijl het in feite erkend zou moeten worden als een essentieel onderdeel van het werk.
Tenslotte wordt door twee instellingen nog de suggestie naar voren gebracht om de uitvoerenden wat meer verantwoordelijkheden te geven, bijvoorbeeld bij de planning ("niet alleen krijgt men dan meer inzicht in het geheel maar ook meer binding mèt het geheel"), en door één instelling wordt nogmaals benadrukt om bij de sollicitatiegesprekken vooral duidelijk te zijn over de inhoud van de functie ("aan de hand van een functieomschrijving die wat specifieker is voor het type hulpverlening waarvoor men wordt ingezet om verkeerde verwachtingen hierover te voorkomen").

b. Suggesties met betrekking tot de hervattingsdrempel

Bij vrijwel alle acht instellingen wordt door het management gewezen op het belang van regelmatig contact tussen de instelling en de zieke, hierover eenduidige richtlijnen op te stellen en er als instelling ook goed op toe te zien dat deze regels in de praktijk worden aangehouden. ("Persoonlijk contact is belangrijk, want het laat blijken dat men geïnteresseerd in je is", "de bezoekfrequentie goed aanhouden, niet laten verslappen", "dergelijke maatregelen ook evalueren en nagaan of het nog steeds goed loopt, niet is verwaterd"). Door twee instellingen wordt daarbij geadviseerd om ook de PZ-functionaris in het contact met de zieke te betrekken ("die kan namelijk achterhalen of er een probleem van de instelling bij speelt, bijvoorbeeld een spanningsveld tussen de uitvoerende en de leidinggevende").
Tenslotte zijn vier instellingen van mening dat ook een bedrijfsarts of de controle-arts in dit verband een rol zouden kunnen spelen. Twee instellingen verwachten vooral nut van het inschakelen van een BGD ("het wordt dan wat professioneler, mensen die nu uit de boot vallen kan je dan beter opvangen", "ze kunnen zowel voor de mensen een steun in de rug zijn, als ook ons als instelling attenderen op/adviseren bij bepaalde zaken"). Twee andere instellingen wijzen daarentegen vooral op de rol van de controle-arts ("je vraagt je af in hoeverre ze wat dwingender zouden mogen zijn qua hulp of qua doorverwijzingen. Nu hebben we wel eens de indruk dat mensen onnodig lang wachten om hulp in te schakelen voor hun genezing", "ze moeten zich bewust zijn dat hun afspraak voor een volgend bezoek wordt opgevat als niet eerder mogen werken of hoeven te werken").

c. Suggesties met betrekking tot de werkbelasting

Naast suggesties om de belastbaarheid van de uitvoerenden te verhogen en de hervattingsdrempel te verlagen, worden bij vier instellingen door het management ook nog suggesties gedaan om de (hoge) werkbelasting te verminderen. De wensen/adviezen hebben in dit geval betrekking op aspecten rond de planning of op vermindering van de werkdruk in het algemeen. Rond de planning worden de volgende adviezen naar voren gebracht: "Als instelling regels opstellen omtrent het maximaal aantal cliënten voor een uitvoerende per week, en regels over de reisafstanden. Bij ons wordt overschrijding van het aantal kilometers in extra werkuren uitgedrukt en je merkt dat deze honorering van de reistijd motiverend werkt", "uitvoerenden bij de planning betrekken of op zijn minst inzicht geven in de planning; want dat vermijdt ook ongenoegen hierover", "er zou een objectieve meting moeten komen van de werklast en werkdruk; op handelingsnivaeu. Dus inzicht krijgen in wat een uitvoerende feitelijk aankan en inzicht in de hoeveelheid werk die objectief gezien geëist kan worden". Om de werkdruk voor de uitvoerenden meer in het algemeen te verminderen, worden door twee instellingen nog de volgende wensen geuit: "een royale toekenning van capaciteit (helpsters). Want nu krijg je steeds de spiraal van invallen -> extra belasting voor de helpster -> uitval", "bij een zware cliëntsituatie de helpster ondersteuning kunnen geven via een tweede helpster", "geen verdere bezuiniging meer op het personeel waardoor het werk dat er is door steeds minder mensen moet worden gedaan".

Tenslotte wordt in een vijftal gesprekken nog een opmerking gemaakt over de salariëring in de gezinsverzorging, wat naar de indruk van het management wel degelijk indirect met het verzuim te maken heeft. ("Staat in geen verhouding meer tot het werk dat er voor moet worden gedaan", "de functie is zwaarder geworden maar het komt in het salaris niet tot uitdrukking", "een hogere salariëring geeft een hogere status. Nu wordt het ook door hen zelf als zeer laag ingeschat: 'het is net iets beter dan werken in een schoonmaakbedrijf'").

3 DE MENINGEN VAN DE LEIDINGGEVENDEN

3.1 Inleiding

Aan de gesprekken met de leidinggevenden hebben in totaal 32 personen deelgenomen waaronder vier mannen. De betrokken instellingen was verzocht om zelf de gespreksgroep samen te stellen aan de hand van richtlijnen van de onderzoekers. Hierin was aangegeven dat bij voorkeur de groep uit zes à zeven leidinggevenden zou moeten bestaan, met een zekere spreiding naar aantal jaren ervaring als leidinggevende, opleidingsachtergrond en aantal werkuren per week. Dit laatste hield in: bij voorkeur de helft met minder dan vijf jaar ervaring en de helft met meer dan vijf jaar ervaring, de helft met een HBO-opleiding en de helft met een MBO-opleiding, de helft in deeltijd werkzaam en de helft met een fulltime dienstverband.
In de praktijk bleek een aantal van zes à zeven leidinggevenden niet haalbaar: In de wat grotere instellingen namen meestal vijf personen aan het gesprek deel; in de kleinere instellingen waren voor het gesprek meestal twee à drie leidinggevenden aanwezig. Wel bleek de verzochte spreiding vrij goed te zijn aangehouden: Van de totale groep geïnterviewde leidinggevenden werkt iets meer dan de helft (55%) meer dan vijf jaar in deze functie; eveneens ruim de helft (62%) heeft een HBO-opleiding; en 21% werkt 20-24 uur per week, 45% werkt 25-34 uur per week en 34% is meer dan 34 uur per week werkzaam.

Na afloop van ieder gesprek is steeds aan de deelnemers verzocht of zij nog een vragenlijst wilden invullen voor een aantal aanvullende achtergrondgegevens. Aan de hand hiervan kan de groep geïnterviewde leidinggevenden ook nog als volgt worden gekarakteriseerd: Ongeveer de helft (49%) is ouder dan 40 jaar. Iets meer dan de helft is korter dan vijf jaar in dienst bij de betrokken instelling. Circa twee derde heeft in het verleden een geheel ander beroep uitgeoefend variërend van receptioniste, verkoopster tot spelleidster of leraar. Van de ondervraagde leidinggevenden is 17% vroeger eerst helpster of verzorgster geweest in de gezinsverzorging; op één na heeft men bij de betrokken instelling echter wel altijd de functie van leidinggevende uitgeoefend. Vrijwel allen werken binnen de gebruikelijke kantooruren - dat wil zeggen tussen

8.00 uur en 18.00 uur - ; ongeveer een kwart drie à vier dagen, de overigen werken vijf dagen in de week. Ruim twee derde geeft leiding aan 16 à 25 helpsters/verzorgsters; slechts één heeft 10 à 15 uitvoerenden onder haar hoede, de overigen geven leiding aan meer dan 25 uitvoerenden. Vrijwel allen (90%) organiseren groepsbesprekingen met hun uitvoerenden waaronder ruim de helft minimaal één keer per maand. Op twee na hebben de leidinggevenden maandelijks ook nog afzonderlijk contact met haar of zijn uitvoerenden: Mondeling gemiddeld één keer per maand en telefonisch gemiddeld twee keer per maand. Op de vraag hoe goed men in het algemeen kan opschieten met de uitvoerenden waaraan men leiding geeft, antwoorden allen 'goed' of 'zeer goed'. Bijna twee derde doet zelf geen intake meer; in vier van de acht onderzochte instellingen is namelijk al langere tijd een centrale intake en in twee instellingen is dat sinds kort ingesteld. Ruim een derde van de geïnterviewden legt per week hooguit twee huisbezoeken af bij cliënten, bijna de helft tussen de vier à acht per week en slechts 14% komt wekelijks bij veel cliënten (dat wil zeggen bij 10 of meer). In dit verband kan nog worden opgemerkt dat meer dan de helft ook uitsluitend huisbezoeken bij cliënten aflegt op verzoek van de uitvoerende of de cliënt. Het aantal cliënten dat men gemiddeld genomen onder haar of zijn hoede heeft verschilt per leidinggevende aanzienlijk: Een kwart heeft een case-load van 70 of meer cliënten waaronder 11% zelfs 100 of meer; 21% heeft tussen de 50 à 60 cliënten, 24% tussen de 40 à 45 en eveneens 24% tussen de 30 à 35 cliënten. Tenslotte blijkt door 55% van de geïnterviewden de regel te worden aangehouden dat een uitvoerende op gezette tijden van cliënt wisselt; 45% laat in principe een uitvoerende haar of zijn eigen cliënten houden.

Op de vraag hoe tevreden men is over het werken in de gezinsverzorging antwoordt ruim de helft met 'tevreden', 21% met 'een beetje tevreden', 17% met 'een beetje ontevreden' of 'ontevreden' en de overigen zijn noch tevreden, noch ontevreden.

In gesprekken met de leidinggevenden is steeds eerst de vraag voorgelegd om de inhoud van hun functie bij de betrokken instelling weer te geven, bijvoorbeeld aan de hand van een beschrijving van een gewone, doordeweekse werkdag. Vervolgens is steeds het ziekteverzuim van uitvoerenden

nader besproken, de activiteiten die men zelf ontplooit wanneer één van de uitvoerenden zich ziek meldt, en de maatregelen die men het meest gewenst acht om dit verzuim in positieve zin te beïnvloeden; mede op grond van eventuele ervaringen in het verleden.
De inhoud van de functie en met name de eventuele verschillen hierin tussen de betrokken instellingen, wordt in hoofdstuk 7 nader geanalyseerd wanneer de instellingen met een relatief laag verzuim onder uitvoerenden worden vergeleken met de instellingen met een hoog verzuim. Onderstaand worden eerst de meningen weergegeven van de totale groep geïnterviewde leidinggevenden over de oorzaken van het hoge verzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging en de maatregelen die naar hun oordeel hiervoor zouden moeten worden genomen.

3.2 Oorzaken van het verzuim

Evenals in de gesprekken met het management wordt ook in alle gesprekken met de leidinggevenden vooral de fysieke werkbelasting van de uitvoerenden naar voren gebracht als oorzaak van het hoge verzuim. Met name de aard van het werk wordt hierbij benadrukt als reden waarom zo vaak verzuim wegens rug- en spierklachten voorkomt: "het werk is voor circa 95% huishoudelijk werk en dat is fysiek zwaar, want juist de zware klussen zijn voor de helpsters", "continu huishoudelijk werk en steeds stofzuigen en ramen zemen, is zwaar". In vrijwel alle gesprekken wordt naar voren gebracht dat de eigen thuissituatie dan net de extra belastende factor kan vormen vanwege de werkzaamheden die ook daarin nog moeten worden gedaan naast die in het huishouden van de cliënten, en/of de soms problematische situatie die zich thuis kan voordoen, bijvoorbeeld vanwege een WAO-afkeuring of werkloosheid van de man. Soms worden in één of twee gesprekken daarnaast nog andere aspecten genoemd die op den duur een te hoge werkbelasting kunnen vormen zoals het veel grotere aantal cliënten per uitvoerende vanwege een krappere indicering qua verzorgingsuren ("soms drie gezinnen op een middag en dan kom je in tijdnood, onder tijdsdruk"), of het te lang blijven doorlopen met name bij psychische klachten ("ze accepteren het niet zo makkelijk dat ze ziek zijn, want ziek zijn moet je in hun ogen kunnen zien"), of het in de praktijk meer taken verrichten voor een cliënt dan is geïndiceerd en feitelijk in die tijd niet haalbaar is ("ze zijn geneigd meer te doen omdat ze het net zo goed willen doen als in hun eigen huishouden").

Door één instelling wordt in dit verband nog een geheel andere kant belicht, namelijk een zekere onvrede met de werkbelasting met gevolgen voor de werkmotivatie. In de betrokken instelling zijn sinds kort de bejaardenverzorging en gezinsverzorging - die voorheen gescheiden waren- samengevoegd, en men bespeurt een duidelijke onvrede bij uitvoerenden wanneer zij, tegen hun zin, in voor hen geheel ander type cliëntsituaties moeten worden ingezet.
Evenals in de gesprekken met het management wordt dus ook door de leidinggevenden vooral de werkbelasting naar voren gebracht als oorzaak van het verzuim onder de uitvoerenden, en in mindere mate gewezen op de belastbaarheid van hen; dat wil zeggen een eventueel te geringe uitrusting qua opleiding en vaardigheden om de steeds zwaardere cliëntsituaties in de gezinsverzorging aan te kunnen. Worden dergelijke factoren echter genoemd, dan belichten de leidinggevenden vaak een ander facet hiervan. Door het management is namelijk vooral naar voren gebracht dat een groot aantal uitvoerenden het huidige werk niet meer aankan omdat zij circa 15 jaar geleden onder heel andere werkcondities in de gezinsverzorging zijn begonnen te werken en niet met de nieuwe ontwikkelingen zijn meegegroeid; door de leidinggevenden wordt in dit verband vooral gewezen op het feit dat ook nu nog veel uitvoerenden in dienst treden met verkeerde inschattingen/verwachtingen over het werk ("ze willen graag werken, hebben op alles 'ja' gezegd tijdens de sollicitatie, maar in de praktijk valt de zwaarte van het werk en het solistische karakter hen toch tegen", "in de regio is geen ander werk voor hen; de gezinsverzorging is voor hen in feite een negatieve beroepskeuze. En wanneer ze dan ook nog geen waardering van hun cliënten krijgen ...."). Door twee instellingen wordt in dit verband ook nog een ander aspect belicht dat de belastbaarheid nadelig kan beïnvloeden, namelijk wanneer in een instelling niet wordt gezorgd voor een vaste begeleiding van de uitvoerende. In beide instellingen is als gevolg van reorganisaties of langdurige uitval van een paar leidinggevenden, geen aandacht aan dit punt geschonken en men bemerkt hierover een duidelijke onvrede bij de uitvoerenden ("men wordt het zat steeds die wisseling van leidinggevenden").
In dit kader kan tenslotte nog worden opgemerkt dat evenals in de gesprekken met het management, door de leidinggevenden zelden wordt verwezen naar het controlesysteem als oorzaak van het ziekteverzuim. In twee gevallen wordt door hen hooguit gesuggereerd dat het afspraak-

systeem van de controle-arts het verzuim soms onnodig kan verlengen ("je hebt toch wel eens de indruk dat men zich te makkelijk verschuilt achter de nog geplande afspraak met de controle-arts als reden waarom men nog niet is begonnen te werken"). Door een andere groep leidinggevenden wordt daarentegen naar voren gebracht dat men de indruk heeft dat men juist eerder te snel van de controle-arts moet gaan werken.

3.3 Gewenste maatregelen

In het vorige hoofdstuk is reeds uitvoerig ingegaan op de initiatieven die er binnen de betrokken instellingen zijn ontplooid om het ziekteverzuim in gunstige zin te beïnvloeden, zoals een verplichte tilcursus voor de uitvoerenden, strengere richtlijnen bij de selectie van personeel, regels voor bij de planning en regels omtrent de frequentie van contact tussen de instelling en de zieke. Aan de leidinggevenden is gevraagd welke maatregelen zij vooral op dit gebied gewenst achten, of op grond van hun eigen ervaringen vooral als advies zouden willen meegeven aan andere instellingen. Bij het grote aantal suggesties die op deze vraag naar voren zijn gebracht, vallen vooral twee zaken op. Allereerst dat de leidinggevenden vooral het accent leggen op vermindering van de werkbelasting van de uitvoerenden (via een zorgvuldiger planning en duidelijkere afspraken over de inhoud van het werk bij de cliënten), terwijl het management vooral het accent legt op verhoging van de belastbaarheid van de uitvoerenden (via een verbetering van de deskundigheidsbevordering en strengere normen bij de selectie van personeel). Ten tweede valt op dat de leidinggevenden hun eigen rol hierbij zeker niet verdoezelen. Men beseft wel degelijk dat hun functioneren van invloed is, maar men merkt hier tegelijkertijd bij op dat verbeteringen alleen mogelijk zijn indien men van de instelling meer ondersteuning krijgt, en meer ruimte, bij zaken zoals planning, begeleiding van de uitvoerenden, en dergelijke.

a. Suggesties met betrekking tot de werkbelasting

In alle gesprekken wordt door de leidinggevenden naar voren gebracht dat bij de planning reeds veel zaken kunnen worden voorkomen die een te hoge werkbelasting kunnen opleveren, wanneer bij deze planning namelijk veel beter wordt gekeken naar de werklast per individu. Veelal op grond van eigen ervaringen wordt hiervoor geadviseerd als instelling een

maximaal aantal cliënten per uitvoerende aan te houden ("maximaal twee adressen per dag, want drie is teveel") en/of meer afwisseling voor een uitvoerende aan te brengen qua type cliënt ("je moet je helpsters beschermen en ze niet te veel adressen geven omdat er een wachtlijst is", "om te voorkomen dat helpsters door invaladressen toch meer adressen krijgen dan als regel is gesteld, zou je iets van 'noodhulpen' moeten creëren", "je moet zorgen dat de helpsters wat afwisseling krijgen; het arbeidsklimaat verbeteren. Bij zware cliëntsituaties bijvoorbeeld 's middags een wat makkelijker gezin om bij te kunnen komen").
In vier gesprekken wordt nog een tweede mogelijkheid geopperd om iets aan de werkbelasting te doen, namelijk door als instelling zowel intern als extern duidelijkere richtlijnen op te stellen over welke werkzaamheden wel en welke niet bij een cliënt behoren te worden gedaan en bijvoorbeeld een contract met de cliënt hierover op te stellen. Men signaleert nu dat, ondanks de folder die men hierover verstrekt, cliënten nogal eens extra werkzaamheden van de uitvoerende verlangen, en de uitvoerende mede daardoor overbelast raakt. ("De instelling moet duidelijk stellen wat men wel en wat men niet bij een cliënt hoeft te doen, want de uitvoerenden zelf durven vaak geen 'nee' te zeggen").

b. Suggesties met betrekking tot de belastbaarheid

Naast meer aandacht voor de werkbelasting, worden in een aantal gesprekken ook nog suggesties gedaan om de belastbaarheid van de uitvoerenden te verhogen via het geven van cursussen, strengere selectieeisen bij de aanname van personeel en/of een betere ondersteuning van de uitvoerenden.
In vijf van de acht gesprekken wordt geadviseerd om de opleiding te verbeteren ("want je merkt dat gediplomeerden meer aankunnen"), waarbij in drie gesprekken vooral wordt gewezen op een verplichte cursus over 'omgaan met je lijf', die in feite ook meerdere keren zou moeten worden gegeven ("een cursus over bukken, wringen, tillen, etc., en rijden met rolstoelen"). Door één groep leidinggevenden wordt hierbij benadrukt dat dergelijke cursussen ook vooral gericht moeten zijn op de situaties zoals de uitvoerenden die in de praktijk tegenkomen.
In vier gesprekken worden onder andere nog suggesties gedaan om als instelling beter te gaan selecteren op het personeel dat aangenomen wordt ("want daarmee kan je al heel wat voorkomen"), door bijvoorbeeld

goed te letten op de motivatie van de sollicitant, een zwaardere aanstellingskeuring ("want soms denk je wel eens hoe kan deze zijn aangenomen"), of bij grotere contracten de mensen langzaam hun uren te laten opvoeren zodat ook zij zelf beter kunnen inschatten hoeveel uur per week feitelijk voor hen haalbaar is.
Qua ondersteuning/begeleiding van de uitvoerenden wordt door één groep met nadruk gadviseerd om vooral te voorkomen dat bijvoorbeeld bij ziekte van een leidinggevende de groep uitvoerenden over allerlei andere groepen wordt verdeeld ("geen instabiliteit in de begeleiding, maar een vaste vervanging"). Door een andere groep wordt in dit verband opgemerkt dat voor de uitvoerenden ook groepswerkbesprekingen een goede ondersteuning kunnen zijn, maar dat in de praktijk lang niet alle leidinggevenden weten hoe zij dergelijke besprekingen goed moeten leiden. Door hen wordt daarom geadviseerd om leidinggevenden te trainen in groepswerk en ook in de opleiding voor leidinggevende hieraan meer aandacht te besteden.
Door zes groepen wordt in dit verband naar voren gebracht dat het formeren van teams van uitvoerenden een oplossing kan zijn om uitvoerenden beter in hun werk te ondersteunen en indirect ook mogelijkheden biedt om hen wat meer afwisseling in het werk te geven ("en als groep durven ze ook duidelijker stelling te nemen bij overvragen van cliënten", "ook als leidinggevende is het makkelijker om met een team om te gaan"). Bij drie instellingen heeft men reeds ervaring opgedaan met één of meer teams en hoewel het effect op het verzuim nog niet zo duidelijk is, ("wel van invloed op het kort verzuim, niet zozeer op lang verzuim") zou men het andere instellingen wel willen adviseren omdat men bemerkt dat de betrokkenen meer plezier in het werk hebben ("het verhoogt de werkmotivatie"). Hierbij wordt door hen echter wel de kanttekening geplaatst dat men als leidinggevende er dan goed op moet toezien dat men als team niet met tè veel cliënten wordt belast en met name dat binnen het team bepaalde personen niet worden overbelast ("namelijk degenen die nooit 'nee' durven te zeggen").

c. Suggesties met betrekking tot de verzuimdrempel en hervattingsdrempel
In vier gesprekken worden naast suggesties om de werkbelasting te verlagen en de belastbaarheid te verhogen, tevens nog adviezen gegeven die betrekking hebben op de ziekmeldingsprocedure, het contact tussen de

instelling en de zieke en met name tussen de leidinggevende en de zieke, en de contacten tussen de instelling en de controle-arts.
Bij twee instellingen (met een laag verzuim) wordt bijvoorbeeld als een belangrijk punt gezien dat bij hen als officiële regel geldt dat de zieke zich niet alleen moet afmelden bij de eigen leidinggevende, maar ook bij de (eerste) cliënt.
Door twee groepen leidinggevenden wordt in dit verband gewezen op het belang van een regelmatig persoonlijk contact met de zieke ("niet alleen informeren wanneer ze weer kunnen beginnen, maar ook èchte belangstelling tonen naar hoe het met ze gaat", "eerlijk zijn met je uitvoerende; ook bepraten wanneer je ze van 'smoesjes' verdenkt"). En in twee gesprekken wordt naar voren gebracht dat er thans geen contact is tussen de controle-arts en de leidinggevende, maar dat dit in feite wel beter zou zijn. In het ene geval omdat men de indruk heeft dat het met name bij psychische klachten soms lang duurt voordat men aandringt op behandeling; daarentegen in het andere geval omdat men vindt dat de mensen soms te snel weer aan het werk worden gestuurd, doordat de controle-arts niet voldoende beseft wat het werk precies inhoudt.

Tenslotte wordt evenals door het management, door een groot aantal leidinggevenden gewezen op de zeer lage salariëring, waardoor het voor hen niet onbegrijpelijk is dat de werkmotivatie onder de uitvoerenden vaak niet hoog is ("een minimumloon", "een beter salaris drukt ook een soort waardering uit voor het werk dat ze doen; dit salaris werkt demotiverend"). In dit verband wordt door een leidinggevende gesuggereerd om ook het beroepsbeeld over de gezinsverzorging naar buiten toe te verbeteren ("want er is nu te weinig waardering voor wat ze doen; ze worden als werksters gezien").

4 DE MENINGEN VAN DE UITVOERENDEN EN ONDERNEMINGSRAADLEDEN

4.1 Inleiding

Bij zes van de acht bezochte instellingen heeft naast een gesprek met het management, een groep leidinggevenden en een groep uitvoerenden, ook nog een gesprek plaatsgevonden met de ondernemingsraad. Bij twee instellingen is dit niet mogelijk geweest omdat er geen ondernemingsraad meer was, of omdat deze pas kort daarvoor was ingesteld en men het zelf nog niet wenselijk achtte om reeds een mening hierover naar voren te brengen.
Aan de gesprekken met de zes ondernemingsraden hebben in totaal 24 personen deelgenomen. De ondernemingsraden hadden hiervoor zelf hun afvaardiging samengesteld. In vijf van de zes gesprekken is de voorzitter van de betrokken OR één van de gesprekspartners geweest; in één gesprek was de voorzitter vertegenwoordigd via de eerste en tweede secretaris. Vrijwel alle geïnterviewde OR-leden (20 van de 24) zijn als uitvoerende bij de betrokken instelling werkzaam. Om deze reden worden in dit hoofdstuk de gegevens uit de gesprekken met de OR-leden en de gegevens uit de gesprekken met de uitvoerenden gezamenlijk weergegeven.

Aan de gesprekken met de uitvoerenden hebben in totaal 46 personen deelgenomen, waaronder één man. De betrokken instellingen was verzocht om zelf de gespreksgroep samen te stellen aan de hand van richtlijnen van de onderzoekers. Hierin was aangegeven dat bij voorkeur de groep uit zes à zeven uitvoerenden zou moeten bestaan die onder verschillende leidinggevenden ressorteren. Tevens was verzocht om ook een zekere spreiding aan te brengen naar functie, aantal werkuren per week en leeftijd; dat wil zeggen bij voorkeur zou de helft als helpster werkzaam moeten zijn en de helft als verzorgster, de helft minder dan 16 uur per week in dienst moeten zijn en de helft meer dan 16 uur, en de helft jonger dan 40 jaar en de helft ouder.
In de praktijk bleek het verzochte aantal gesprekspartners vrij goed haalbaar: Vrijwel altijd hebben vijf à zeven uitvoerenden aan het gesprek deelgenomen. Ook de verzochte spreiding bleek vrij goed te zijn aange-

houden: Hooguit één à twee personen werken onder dezelfde leidinggevende, vrijwel de helft is als helpster werkzaam waarvan het merendeel ongediplomeerd, 42% werkt minder dan 16 uur per week, en iets meer dan de helft (53%) is ouder dan 40 jaar.

Na afloop van ieder gesprek is steeds aan de deelnemers verzocht of zij nog een vragenlijst wilden invullen voor een aantal aanvullende achtergrondgegevens. Aan de hand hiervan kan de groep geïnterviewde uitvoerenden ook nog als volgt worden gekarakteriseerd: Circa driekwart is gehuwd of woont samen. 40% Van de geïnterviewden heeft thuiswonende kinderen. Ruim de helft (55%) werkt al 10 jaar of langer in de gezinsverzorging. Eveneens ruim de helft is al 10 jaar of langer in dienst bij de betrokken instelling, ruim een kwart (27%) is er korter dan vijf jaar geleden in dienst getreden. Ruim de helft (56%) is daarvoor eerst buiten de gezinsverzorgig werkzaam geweest, waaronder bijna een derde in de verpleging of bejaardenverzorging en circa een kwart in een geheel andere branche als bijvoorbeeld verkoopster, naaister of onderwijzeres. Vrijwel alle geïnterviewden werken uitsluitend binnen de gebruikelijke kantooruren (dat wil zeggen tussen 8.00 en 18.00 uur); bijna twee derde (64%) werkt vijf dagen per week, 31% werkt drie of vier dagen per week en twee personen werken twee dagen per week. Slechts 3 van de 46 uitvoerenden waarmee is gesproken, hebben per week één werkadres, 33% heeft twee vaste werkadressen per week, 29% heeft drie adressen en 20% heeft vier vaste werkadressen per week. De overigen (9%) hebben per week meer adressen te bezoeken. Vier op de tien hebben de week voorafgaand aan het interview ook nog moeten invallen voor een collega; voor de meesten betekende dit nog één extra werkadres naast de eigen vaste werkadressen. Slechts 20% van de geïnterviewden heeft bij de betrokken instelling steeds met dezelfde leidinggevende te maken gehad; de overigen hebben ook ervaringen met andere leidinggevenden van de instelling. Op de vraag hoe vaak men per maand persoonlijk contact heeft met de eigen leidinggevende, antwoordt slechts 18% met 'geen één keer'; 76% heeft daarentegen minstens één à twee keer per maand mondeling contact met haar of zijn leidinggevende. Circa driekwart (76%) geeft aan dat men daarnaast ook nog groepsbesprekingen heeft; de meesten één keer per maand. Verder blijkt ruim twee derde van de geïnterviewden minstens één

à twee keer per maand buiten de groepswerkbesprekingen ook nog contact te hebben met één van de collega's. Tenslotte geven vrijwel allen aan dat men goed tot zeer goed kan opschieten met de eigen leidinggevende en circa driekwart brengt naar voren dat men (zeer) tevreden is over het werken in de gezinsverzorging; slechts vier personen stellen hierover eerder ontevreden te zijn.

In de gesprekken met de OR en met de uitvoerenden is eerst steeds ingegaan op hun functioneren binnen deze instelling in de dagelijkse praktijk. Vervolgens is steeds het ziekteverzuim aan de orde gesteld, de factoren die daaraan in hun ogen debet zijn, en de maatregelen die naar hun oordeel zouden moeten worden genomen om deze oorzaken weg te nemen. Onderstaand worden hun meningen en wensen omtrent het ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging weergegeven.

4.2 Oorzaken van het verzuim

Evenals door het management en de leidinggevenden, maar met nog meer nuances toegelicht, wordt door de uitvoerenden en OR-leden vooral de huidige werkbelasting van de uitvoerenden naar voren gebracht als reden waarom zovelen van hen op den duur voor een korte of langere periode uitvallen. Grofweg kan hierin onderscheid worden gemaakt naar een fysieke (over)belasting door de aard van het werk en de frequentie van deze werkzaamheden, en een meer psychische (over)belasting vanwege de tijdsdruk waaronder het werk moet worden gedaan.
Ter illustratie van het eerste: In vrijwel alle gesprekken wordt benadrukt dat niet alleen de aard van het werk fysiek belastend is ("veel zwaar huishoudelijk werk waarvoor je ook vaak slecht of gebrekkig materiaal tot je beschikking hebt"), maar ook het feit dat per cliënt steeds minder uren worden toegewezen waardoor men meerdere cliënten op een dag heeft waarbij steeds dat(zelfde) zware huishoudelijk werk moet worden gedaan ("je bent bekaf wanneer je weer thuis bent", "keukens en ramen komen je neus uit"). Over degenen die hele dagen werken wordt in dit verband opgemerkt dat men, wanneer men zich niet zo goed voelt, wel gedwongen is om zich dan ziek te melden want "een ochtendje kom je wel door, maar een hele dag hou je dan niet vol".

Maar los van het hele of halve dagen werken wordt in vrijwel alle gesprekken naar voren gebracht dat het vele huishoudelijke werk dat bij de cliënten moet worden gedaan met daarnaast nog de werkzaamheden in het eigen huishouden, de overbelasting voor hen kan vormen ("thuis heb je ook nog je eigen huishouden en daardoor heb je helemaal geen tijd meer voor ontspanning, terwijl je dat wel nodig hebt").
Tevens wordt in vrijwel ieder gesprek opgemerkt dat het vele huishoudelijke werk bij een cliënt ook veroorzaakt wordt doordat of de cliënten nogal eens extra werkzaamheden verlangen die men zelden durft te weigeren ("ze proberen je altijd overdreven te laten poetsen en je moet dan wel heel sterk in je schoenen staan om dat af te wijzen", "de cliënt denkt dat je alleen bij hen werkt en probeert je van alles en nog wat 'even' te laten doen. Weiger je het, dan krijg je of een schuldgevoel of ruzie"), of doordat de uitvoerenden zelf meer doen dan feitelijk nodig is ("ook al zijn er weinig uren voor, je wilt het toch netjes achterlaten").
Met betrekking tot het zogenaamde overvragen van de cliënt wordt in een aantal gesprekken nog toegevoegd dat dit vaak speelt wanneer men voor een andere collega moet invallen; "omdat je dan min of meer wordt uitgespeeld tegenover haar doordat ze zeggen dat zij die werkzaamheden wèl doet", of "omdat ze dan eisen dat je ook àlles doet terwijl je in feite alleen maar komt om de meest noodzakelijke dingen op te vangen". Bij vier instellingen wordt daarnaast nog als probleem van het invallen naar voren gebracht dat het voor de betrokken uitvoerende weer een extra werkadres betekent bij het vaak al maximale aantal vaste adressen dat men per week heeft.
Bij twee (plattelands)instellingen wordt tenslotte nog als fysiek belastend genoemd dat de afstanden tussen de cliënten vaak groot zijn waardoor er naast de toch al zware fysieke werkzaamheden bij de cliënten, per dag ook nog heel wat kilometers moet worden afgefietst.
Meer betrekking hebbend op de psychische belasting van het werk wordt in vrijwel alle gesprekken naar voren gebracht dat door het toewijzen van steeds minder uren per cliënt de werkdruk c.q. tijdsdruk enorm is toegenomen ("het werk is hetzelfde gebleven, maar je hebt er nu minder tijd voor", "je hebt in feite geen tijd meer om met je cliënt even rustig te praten, maar je wilt dat toch blijven doen, want ook die hulp

hebben ze nodig", "het is nu hulp op maat, maar wel een heel klein maatje").
In een aantal gesprekken wordt daarnaast nog gewezen op het feit dat de zogenaamde lichtere cliëntsituaties bij de alpha-hulpverlening zijn ondergebracht waardoor voor de gezinsverzorging voornamelijk de zware, moeilijke cliënten zijn overgebleven en een afwisseling van lichte en zware cliënten in feite voor de uitvoerenden niet meer mogelijk is ("dus je hebt ook geen ontspannende cliënten meer waarbij je 'even op verhaal kunt komen'").

Veelal in tweede instantie zijn in de gesprekken nog een groot aantal mogelijke achtergronden van het verzuim naar voren gebracht die meer betrekking hebben op de belastbaarheid van de uitvoerenden; dat wil zeggen de mate waarin men zich in staat voelt, kan omgaan met de cliënt-situaties.
Zo wordt bij vier instellingen gewezen op het solitaire karakter van het werk waardoor een uitvoerende bij een moeilijke situatie niet even de hulp van bijvoorbeeld een collega kan inroepen ("het zijn vaak zware, moeilijke cliënten waar je dan alleen voor staat", "ook de geheimhouding is belastend; je mag er niet over praten, maar juist dàt zou je kunnen steunen. Maar je mag het niet ter bescherming van het gezin").
Eveneens bij vier instellingen is nog een ander belastend aspect van juist de zware cliëntsituaties naar voren gebracht, namelijk het feit dat uitvoerenden zich er - mede door de frequentie van het contact - persoonlijk betrokken bij voelen en er na afloop van het werk moeilijk afstand van kunnen nemen, of doordat uitvoerenden - mede door gebrek aan opleidingsachtergrond - niet goed raad weten met sommige situaties waarmee zij worden geconfronteerd ("ik moest bijvoorbeeld een cliënt wassen en dat durfde ik niet. Maar dat durf je dan niet te zeggen en dan knap je af").
Door drie instellingen wordt in dit verband weer op een heel ander aspect gewezen, namelijk de steun van de leidinggevende voor de uitvoerende ("heb je een gezin waarmee het niet klikt, dan knap je af; tenzij je leidster tijdig ingrijpt en er met je over praat", "wanneer je bij mutatie van de leidster steeds bij een andere groep wordt ingedeeld, dan is dat frustrerend, want je weet dan niet waar je aan toe bent. De

ene leidster wil het namelijk zó, en de ander verlangt weer heel andere dingen van je").
Bij twee instellingen wijst men ook nog op frustraties die een slechte samenwerking met andere hulpverleners bij een cliënt, teweeg kan brengen ("bijvoorbeeld de wijkverpleging, want die laten dan de smerige klussen voor jou als helpster over en dat frustreert; zeker wanneer je verder niet in het hulpverleningsplan wordt betrokken").
Door een OR van een instelling wordt in dit verband nog opgemerkt dat ook bepaalde achtergrondgegevens van de uitvoerenden zelf, een rol kunnen spelen. Van de betrokken regio is bekend dat de algemene gezondheidstoestand van de bevolking slechter is dan gemiddeld, en daarnaast is er sprake van grote werkloosheid ("en dat werkt door in je personeelsbestand").

Door drie instellingen wordt tenslotte nog een factor benadrukt die meer te maken heeft met een mogelijke oorzaak van een langer verzuim bij hen dan feitelijk noodzakelijk, namelijk het feit dat er bij hen nauwelijks of geen contact wordt onderhouden met de zieke ("je hoort of ziet nooit iemand van de instelling. Je hebt het gevoel dat het hen niet interesseert wanneer je weer terugkomt"). In dit verband moet echter worden opgemerkt dat niet alleen bij deze drie, maar uit de verhalen blijkt dat in feite ook bij twee à drie andere instellingen dit contact vaak te wensen overlaat en sterk afhankelijk is van de leidinggevende die men heeft. Het verschil hiertussen is echter dat het door laatstgenoemden minder expliciet als mogelijke oorzaak van verzuim naar voren wordt gebracht.

4.3 Gewenste maatregelen

Evenals op de vraag naar de mogelijke oorzaken van het ziekteverzuim komt ook op de vraag naar de oplossingen hiervoor, een stortvloed aan wensen of adviezen waardoor het werk voor de uitvoerenden bij de betrokken instellingen, minder belastend en veel plezieriger zou kunnen worden. In dit verband valt op dat in feite alle geïnterviewde ondernemingsraden hiervoor in het verleden ook al initiatieven hebben ontplooid en zelden naar voren brengen dat hieraan binnen de instelling

geen aandacht is besteed. Desalniettemin worden er ook door hen een groot aantal suggesties gedaan hoe de in de vorige paragraaf weergegeven knelpunten in feite zouden moeten worden aangepakt.

a. Suggesties met betrekking tot de belastbaarheid

Bij alle instellingen wordt gewezen op het belang van een goede ondersteuning van de uitvoerende in haar werk; met name door een leidinggevende, maar ook door de instelling als geheel en door collega's.
Met het oog op de rol van de leidinggevende wordt benadrukt dat het voor een uitvoerende vooral belangrijk is dat zij te maken heeft met één vaste leidinggevende ("want het is een soort vertrouwenspersoon voor je") en dat een instelling bij bijvoorbeeld langdurige uitval van de leidinggevende voor een vaste vervanging zorgt ("niet steeds verschillende leidsters, want dat is verwarrend, dan weet je niet waar je aan toe bent", "een vaste leidster kent ook de gezinnen waar je bent").
Daarnaast wordt in vrijwel alle gesprekken benadrukt dat ondersteuning van de leidinggevende voor een uitvoerende vooral betekent dat de leidinggevende voldoende tijd uittrekt - maar hiervoor ook van de instelling ruimte krijgt - voor individuele en groepswerkbesprekingen ("vaker individuele werkbesprekingen op vaste tijden", "zelfs al heb je een afspraak, dan nog merk je steeds dat ze op haar stoel zit te wippen: die jacht van ze, daar krijg je wat van", "... èn ze moeten je signalen goed opvangen, want wanneer je aangeeft dat het je teveel wordt dan moet er aandacht aan worden besteed"). Wat betreft de begeleiding door de leidinggevende wordt daarnaast nog gewezen op het belang van een goede informatieoverdracht over een cliënt ("óók bij invallen, want vaak moet je het maar zelf uitzoeken omdat 'ze' geen tijd heeft gehad om even een en ander uit te leggen") en door twee instellingen wordt nog gewezen op het feit dat de leidinggevende ook bij de introductie van een uitvoerende bij een cliënt, ondersteuning zou moeten bieden ("want cliënten beseffen vaak niet dat een uitvoerende ook een man of een buitenlandse kan zijn, en kunnen daar soms heel pijnlijk voor de betrokkene op reageren", "je moet er eigenlijk eerst samen met de leidster naar toe, want dan kennen ze je en er kan dan ook niet gesjoemeld worden met de werkzaamheden die je er gaat verrichten").

In een groot aantal gesprekken wordt ook het belang van ondersteuning door de instelling als geheel aangestipt. Met name om het in de praktijk gebleken 'overvragen' van de cliënt tegen te gaan ("de instelling moet een duidelijk beleid voeren over haar hulpverlening. Wat bied je voor werkzaamheden aan (en welke zeker niet), welke eisen stel je daaraan en welke omstandigheden sta je niet toe om je uitvoerenden in te laten werken", "paal en perk stellen aan overdreven poetseisen", "eisen stellen aan het materiaal waarmee moet worden gewerkt en bijvoorbeeld een uitleendepot instellen van goed materiaal"). In een aantal gesprekken wordt er daarnaast nog op gewezen dat het belangrijk is dat de instelling er ook op toeziet dat bijvoorbeeld groepswerkbesprekingen daadwerkelijk worden gehouden, wisseling van cliënten inderdaad plaatsvindt, en dergelijke. Kortom, dat de instelling nagaat of de regels die men hierover heeft opgesteld in de praktijk ook worden nageleefd. Bij één instelling wordt hierover opgemerkt dat de leidinggevenden hierop in feite ook beoordeeld zouden moeten worden. Tenslotte wordt bij een instelling nog naar voren gebracht dat niet alleen de reistijden en werkbesprekingen als werktijd moeten worden gehonoreerd, maar ook de meer representatieve verplichtingen van een uitvoerende, zoals bijvoorbeeld condoleancebezoek bij de familie van een overleden cliënt of ziekenhuisbezoek bij een opgenomen cliënt ("want ook dat hoort er fatsoenshalve bij en je doet het in feite ook namens de instelling. Het hoort bij je werk en is dus in feite werktijd", "het drukt ook waardering van de instelling uit voor het werk dat je doet").
Naast ondersteuning in het werk van de uitvoerende door de leidinggevende en door de instelling als geheel, wordt in vrijwel alle gesprekken nog op het belang gewezen van ondersteuning door collega's; met name via groepswerkbesprekingen. Degenen die hiermee ervaring hebben zijn hierover in het algemeen erg enthousiast ("je kan onderling je ervaringen uitwisselen en dat werkt verhelderend", "je merkt dat in een groep de 'stillen' makkelijker ontdooien dan in een indiviudeel contact met de leidster"). Bij vier instellingen wordt, op grond van eigen ervaringen of ervaringen van collega's binnen de instelling, naar voren gebracht dat het vormen van teams van uitvoerenden in dit opzicht ook een goede oplossing kan zijn, alhoewel hieraan wel een aantal haken en ogen/randvoorwaarden vastzitten: "Het vergt extra overleg (één keer per week teamoverleg) en

dat moet bijvoorbeeld 's ochtends in werktijd plaatsvinden, want plan je het 's middags, dan leg je een onterechte claim op degenen die alleen de ochtenden werken. Daarnaast betekent extra overleg minder uren voor het uitvoerende, hulpgerichte werk". "In de teams zitten gezinsverzorgsters en bejaardenverzorgsters. Maar die moeten wel scholing krijgen in elkaars werkterreinen, want anders is het voor hen veel te belastend om in zo'n cliëntsituatie te worden geplaatst".

Onder 'verhoging van de belastbaarheid van de uitvoerenden' kunnen ook suggesties worden gerekend die betrekking hebben op de scholing voor hen. Bij vier instellingen worden dergelijke suggesties met name door de OR-leden naar voren gebracht, waarbij vooral een pleidooi wordt gehouden voor praktische, interne scholingsmogelijkheden ("niet eenmalig, maar bijvoorbeeld ieder jaar een tilcursus geven; en aangepast aan de praktijk, dus niet bijvoorbeeld oefenen met een groene-kruis bed", "je moet je uitvoerenden leren dat ze niet alles moeten accepteren, ze weerbaarder maken", "een stageperiode inbouwen zodat iemand die net in dienst is een tijdje kan meelopen met een ervaren helpster").
Tenslotte wordt door een OR nog opgemerkt dat ook het creëren van kinderopvang een verbetering in dit opzicht kan betekenen ("want in deze branche met zoveel werkende huisvrouwen is het toch vreemd dat daar nog helemaal geen oog voor is?").

b. Suggesties met betrekking tot de werkbelasting

Naast pleidooien voor met name meer ondersteuning in het werk, worden in alle gesprekken nog een groot aantal suggesties naar voren gebracht op welke wijze de werkbelasting voor hen als uitvoerenden zou kunnen verminderen. Ook in dit geval wordt vooral de rol van de leidinggevende benadrukt, met name bij de planning.
Door veel uitvoerenden wordt namelijk gewezen op de persoonlijke aandacht die hierbij van de leidinggevende zou moeten zijn voor de individuele werklast en de toewijzing van de cliënten ("het doet je goed wanneer je merkt dat er rekening met je wordt gehouden bij de planning, bijvoorbeeld qua reisafstanden tussen de cliënten of doordat je na een zware cliënt 's ochtends een wat lichtere cliënt voor de middag krijgt toegewezen. Het is niet zozeer het ontzien, maar het feit dat er rekening

met je wordt gehouden", "er moet meer oog zijn voor waar men met name geschikt voor is qua opleiding, qua levenservaring of in fysiek opzicht. Puur huishoudelijk werk is door jongeren bijvoorbeeld makkelijker te doen").
In vrijwel gelijke mate wordt in de gesprekken ook gepleit voor een ruimere uren-indicering per cliënt ("om ook eens tijd te hebben om rustig te luisteren naar je cliënt").
Bij een aantal instellingen worden nog suggesties gedaan voor richtlijnen over het maximale aantal adressen per week voor een uitvoerende ("één gezin per dag wanneer je full-time werkt, want anders is het echt te zwaar", "een paar keer per week een dagdeel bij een cliënt. Dan kan je het werk bij die cliënt beter verdelen over die week, want anders prop je alles in één dagdeel", "twee gezinnen op een ochtend is absurd"), en/of suggesties om de extra belasting door inval-adressen te voorkomen ("het ziekengeld gebruiken om een soort invallerspool te creëren die ook bij bijvoorbeeld de acute hulpverlening kunnen worden ingezet"), en/of suggesties om de vooral psychische belasting van zware cliëntsituaties te verminderen ("vaker laten wisselen, bijvoorbeeld iedere maand neemt een ander het over", "twee uitvoerenden inzetten bij moeilijke gevallen; een soort duo-hulp. Niet alleen omdat je elkaar dan kunt steunen, maar ook elkaar kunt ontlasten bij vrije dagen. Je voelt je dan namelijk niet zo schuldig om vrij te nemen, want bij moeilijke situaties is de afhankelijkheidsband erg sterk").
Tenslotte wordt bij twee instellingen nog opgemerkt dat ook de hulpindicatie bij de cliënten vaker door de instelling geëvalueerd moet worden ("want bijvoorbeeld bij dementerende cliënten kan de situatie soms heel snel achteruit gaan en moet de hulp tijdig worden aangepast. In feite moet de uitvoerende dat aangeven, maar ze moet er dan wel in geschoold zijn om die verslechtering ook te kunnen signaleren").

c. Suggesties met betrekking tot de hervattingsdrempel en verzuimdrempel
Meer met het oog op de zieken wordt bij vier instellingen expliciet nog naar voren gebracht dat het contact blijven houden met de betrokkene, in dat geval belangrijk is ("want belangstelling van vooral de leidster doet wonderen", "voor je betrokkenheid met de instelling is het belangrijk om contact te hebben met je collega's; zeker wanneer je ziek

bent"). Overigens moet in dit verband worden opgemerkt dat bij twee andere instellingen dit contact al normaal aanwezig is en mogelijk om deze reden door de betrokken uitvoerenden niet meer als suggestie voor andere instellingen is genoemd.
Tenslotte worden bij één instelling nog kanttekeningen geplaatst bij het controlesysteem; echter enerzijds dat moet worden voorkomen dat men makkelijk kan wegblijven, anderzijds dat de controle-arts eigenlijk een vrouw zou moeten zijn ("want die voelt beter aan wat er is, en heeft meer begrip voor je als werkende huisvrouw"). Door een OR van een andere instelling wordt in dit verband daarentegen opgemerkt dat niet het controlesysteem maar juist de flexibele arbeidscontracten fraudegevoelig kunnen zijn ("want werk je het maximale aantal uren van je contract in een week waarin ook een feestdag valt, dan word je voor die feestdag voor het minimale aantal uren van je contract betaald. Meld je je echter tevoren ziek, dan wordt die feestdag tenminste voor het gemiddelde aantal uren berekend"). Niet alleen om deze reden maar vooral omdat flexibele contracten voor de uitvoerenden feitelijk nadelig zijn vanwege het voortdurend beschikbaar moeten zijn en daardoor nooit echt zeker zijn van vrije tijd, wordt door hen naar voren gebracht dat dergelijke contracten in feite niet meer zouden moeten worden opgesteld.

Tenslotte wordt evenals door het management en door de leidinggevenden ook in vrijwel alle gesprekken met de uitvoerenden en OR-leden opgemerkt dat het salaris van de uitvoerenden niet bepaald stimulerend is voor de motivatie ("het staat in geen enkele verhouding met het werk dat je doet", "een beter salaris werkt toch door, want het geeft het gevoel dat je echt gewaardeerd wordt").

5 DE ERVARINGEN VAN LANGDURIG ZIEKEN

5.1 Inleiding

Voor dit deel van het onderzoek zijn een aantal langdurig zieken werkzaam als uitvoerende in de gezinsverzorging, benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan een individueel gesprek. Het doel hiervan is na te gaan hoe bij langdurige ziekte het contact tussen de instelling en de uitvoerende verloopt, wat er wordt ondernomen om werkhervatting te bevorderen, hoe men de controle door de huisarts-verzekeringsgeneeskundige (HVG) heeft ervaren, etc. Kortom, het is de bedoeling meer inzicht te krijgen in het verloop van begeleiding en controle bij langdurige ziekte.

In totaal hebben achttien langdurig zieken, afkomstig uit zeven instellingen hun medewerking verleend aan dit deel van het onderzoek. De groep ondervraagde uitvoerenden kan aan de hand van een aantal variabelen als volgt worden gekarakteriseerd:

Functie: vijf van de achttien ondervraagden zijn gediplomeerd verzorgster of hebben de opleiding voor verzorgster bijna afgerond. Dertien vrouwen zijn ongediplomeerd; wel heeft één van deze helpsters een diploma voor ziekenverzorgster en één heeft een gedeelte van de opleiding voor verpleegkundige gevolgd.

Contractomvang: alle 5 verzorgsters zijn tussen de 20 en 36 uur werkzaam; van de 13 helpsters werken er acht 16 uur of minder en vijf helpsters werken 20 uur of meer.

Leeftijd: acht ondervraagden zijn jonger dan 40 jaar, deze zijn alle acht tussen de 21 en 27 jaar oud. De overige tien vrouwen zijn tussen de 40 en 61 jaar oud.

Werkervaring: in totaal hebben elf vrouwen minder dan 10 jaar ervaring met het werken in de gezinsverzorging, waarvan vier minder dan 5 jaar. De overige ondervraagden hebben respectievelijk twaalf (2), dertien (2), veertien (2) en bijna twintig jaar in de gezinsverzorging gewerkt. Vijf vrouwen uit deze groep met een relatief lang arbeidsverleden zijn bejaardenhelpster met een klein contract.

Ziekteduur: ten tijde van het onderzoek hadden 9 langdurig zieken het werk weer geheel of gedeeltelijk hervat of waren van plan dit binnen een week te doen. De helpster die het snelst het werk heeft hervat heeft dat na twee maanden gedaan. Ze heeft daarna nog twee maanden voor 50% van de tijd gewerkt, waarna ze het werk volledig heeft hervat. De meeste respondenten die het werk weer hebben hervat, hebben dat na vier à vijf maanden ziekte gedaan. Van degenen die nog ziek thuis zijn, zijn er zes die drie à vier maanden ziek zijn, de overige zijn al langer ziek (tot maximaal 6 1/2 maand). De verdeling van de groep respondenten over bovenstaande variabelen is redelijk gelijkmatig en conform het beeld dat zich algemeen voordoet bij de gezinsverzorging.

5.2 De aandoening

Tien ondervraagden hadden last van aandoeningen van de bewegingsorganen, dat wil zeggen rugklachten, last van gewrichten, spierklachten, tennisarm, e.d. Een aantal vrouwen geeft aan dat de klachten waarschijnlijk te maken hebben met overbelasting door het werk. Veelal zijn de klachten niet direct ontstaan door het werk, maar er wel door verergerd. Zes van de tien vrouwen met aandoeningen van de bewegingsorganen geven aan dat ze doorgewerkt hebben, terwijl ze al langere tijd klachten hadden. Soms heeft men al jaren pijn maar gaat het werken nog wel (als het een klein contract betreft), soms heeft men pas enkele maanden last. Doorgaans meldt men zich pas ziek als de aandoening dusdanige vormen aanneemt dat men niets meer kan ("'s morgens wilde ik uit bed komen, maar dat kon niet meer, want al mijn spieren zaten 'op slot'"). Eén helpster deelt mee dat ze niet ziek heeft doorgewerkt, omdat ze zich vlak voor een operatie (die vooraf was vastgesteld) had ziekgemeld. Bij enig navragen blijkt die operatie te zijn uitgevoerd, omdat ze al een jaar lang zulke ernstige pijnklachten had, dat lopen nagenoeg niet meer mogelijk was.
Zeven vrouwen tenslotte waren arbeidsongeschikt ten gevolge van psychische klachten. Drie daarvan zeggen te hebben doorgewerkt, terwijl ze dat eigenlijk niet meer aankonden. Waarschijnlijk is de grens voor ziek doorwerken bij psychische klachten moeilijker te trekken dan bij lichamelijke klachten. Een respondent was een jaar daarvoor overspannen geweest, had gedurende enkele maanden het werk weer volledig (c.q. 40 uur) hervat

en werd toen weer overspannen. Zij heeft de eerste keer het werk te snel hervat, terwijl ze nog niet hersteld was. Op twee uitzonderingen na zeggen alle betrokkenen, dat hun psychische klachten niet door het werk zijn veroorzaakt. Wel vindt men dat, wanneer men eenmaal last heeft van spanningen, het erg moeilijk is om nog open te staan voor (met name emotionele) problemen van cliënten, zonder daarbij iets van de eigen spanningen aan de cliënt te laten merken. Een vrouw geeft aan dat haar psychische problemen wel in eerste instantie door het werk zijn veroorzaakt en dat privé-problemen deze verergerd hebben. Vanuit de instelling wordt echter gesuggereerd dat de problemen niet door het werk zijn ontstaan; men wil ook dat zij dat "toegeeft".

Op het moment dat de gesprekken zijn gevoerd, zijn de respondenten minimaal 13 weken arbeidsongeschikt geweest, sommige zijn al veel langer ziek. Negen respondenten hebben op het moment dat het onderzoek plaats vond het werk al (geheel of gedeeltelijk) hervat. Een respondent heeft voor de halve werktijd hervat; zij zal bij het einde van de wachttijd voor de WAO waarschijnlijk een gedeeltelijke WAO-uitkering krijgen. Twee werkhervatters hebben hun contract laten aanpassen; dat wil zeggen ze gaan minder uren per week werken (eenmaal is dit gebeurd op aanraden van de VG). Voor één respondent betekent dit dat ze voortaan twee ochtenden gaat werken in plaats van drie; de andere respondent heeft een flexibel contract van 20-40 uur teruggebracht naar 20-25 uur. Een andere respondent geeft aan dat ze haar werkuren in het verleden al heeft teruggebracht van vijf naar twee ochtenden per week, omdat ze de arbeidsbelasting te groot vond ("maar ik wachtte dan wel elke keer tot er een cliënt naar het bejaardentehuis ging, en dan nam ik daar geen nieuwe voor in de plaats, want ik wilde ze ook niet in de steek laten"). In vijf gevallen is de werkhervatting gepaard gegaan met een "gewenningsperiode", dat wil zeggen dat men eerst één of meerdere weken voor de helft van het aantal uren gaat werken om te kijken of men het werk weer aankan. Meestal gebeurt dit op initiatief van de VG of de HVG. In twee gevallen heeft men bovendien in eerste instantie "makkelijke" gezinnen gekregen om mee te beginnen.
Van de niet-hervatters zijn er drie die waarschijnlijk in de WAO zullen komen en één respondent die gebruik zal maken van een VUT-regeling.

Aan alle betrokkenen is gevraagd of ze weten (of denken) dat bij de instelling waar zij werkzaam zijn rekening wordt gehouden met langdurig zieken die het werk weer hervatten, in de zin dat men voor minder uren kan beginnen of kan beginnen bij makkelijkere gezinnen. Slechts vier vrouwen antwoorden dat dat niet mogelijk is. In één geval had men bijvoorbeeld in eerste instantie gezegd dat betrokkene voor 50% kon beginnen. Het resultaat was dat ze bij een cliënt nu twee ochtenden werkte in plaats van drie, zodat ze nog zwaarder werd belast doordat ze meer werk in minder tijd moest doen). Twee vrouwen weten niet of er rekening wordt gehouden met werkhervatters na ziekte.
De overigen geven aan dat aangepast werk bij hun leidster (of hun instelling) wél mogelijk is. Een aantal uitvoerenden is van mening dat het niet eenvoudig is om makkelijke gezinnen te vinden en ook dat het voor een uitvoerende zelf moeilijk is om te beginnen als je niet helemaal gezond bent ("Je kunt nu eenmaal moeilijk tegen een zieke die jij moet helpen, zeggen 'zo ik ga even zitten, want mijn knie doet zo'n pijn' ").

5.3. Contacten met het werk

a. Contacten met de instelling als zodanig

In het deel van het gesprek waarin is gevraagd naar de contacten die men heeft bij langdurige ziekte, is allereerst gevraagd of de instelling contact heeft opgenomen. Dit is meestal niet het geval. Drie langdurig zieken hadden een bloemetje ontvangen van de instelling, één zieke had een bloemetje van de personeelsvereniging gekregen. (Omdat deze respondent normaliter zelf degene is die namens de personeelsvereniging langdurig zieken een bloemetje stuurt, had ze wel eerst haar leidster moeten attenderen op het feit dat zij nog niets had gehoord van de personeelsvereniging voor ze haar bloemen kreeg). De anderen hadden helemaal niets van de instelling gehoord. Een aantal vrouwen had ook niet verwacht dat de instelling iets van zich zou laten horen, maar de meesten zijn hierover toch enigszins teleurgesteld of vinden zelfs dat de instelling hiermee wat ongeloofwaardigs krijgt ("Ze hameren er altijd op dat je goed moet zijn voor anderen, dat is het doel van je werk, maar als hun eigen werkneemsters ziek worden gaat dat blijkbaar niet op"). Alle ondervraagden geven aan dat ze het wel op prijs zouden hebben gesteld wanneer

zij iets van de Stichting hadden gehoord. Iedereen vindt ook dat dat makkelijk kan, want de afdeling Personeelszaken weet precies wie er ziek is, en hoe lang.

b. Contacten met de leidinggevende

De leidinggevende neemt in een veel groter aantal gevallen contact op met langdurig zieken. In elf van de achttien gevallen heeft de leidinggevende meerdere malen gebeld of een bezoek afgelegd. Wel hebben sommige zieken er in eerste instantie wat moeite mee als de leidster vaak contact opneemt ("Ze belde elke twee weken op. Ik dacht dat ze me wilde controleren, maar toen ik daar naar vroeg, zei ze dat het uit belangstelling was"). Hieruit blijkt dat de intenties van het contact wel duidelijk moeten zijn, maar dat het verder zeer gewaardeerd wordt als men regelmatig iets van de leidster hoort. Eén langdurig zieke heeft éénmaal bezoek van de leidster gehad. Ze weet uit ervaring dat er weinig of niets gedaan wordt bij ziekte; zij heeft daarvoor zelf een oplossing gevonden door tijdens haar ziekte zelf regelmatig de leidster op te bellen, om haar ervan op de hoogte te stellen hoe het met haar ging.

Drie langdurig zieken hebben absoluut niets van de leidster gehoord en in drie gevallen heeft de leidster opgebeld, maar niet uit belangstelling. Wel om te vragen of de desbetreffende zieke alweer ingeroosterd kon worden en één keer om te zeggen dat ze eigenlijk niet geloofde dat betrokkene echt ziek was (dit betrof een bejaardenhelpster die wist dat haar cliënt in januari tóch van helpster zou wisselen. Met veel pijn en moeite heeft ze het volgehouden om tot zo lang te blijven werken, om haar cliënt niet in de steek te hoeven laten. De leidster vond het té toevallig dat zij zich meteen daarna ziekmeldde. Enige dagen later werd deze uitvoerende met hernia in het ziekenhuis opgenomen).

Deze laatste zes langdurig zieken zijn teleurgesteld dat ze geen belangstelling van hun leidster hebben ondervonden; meestal betekent dit tevens dat ze van hun werk (instelling, collega's) absoluut niets hebben vernomen. Eén vrouw geeft aan dat het feit dat ze slecht met haar leidster op kan schieten daar wel debet aan is, de andere vrouwen zeggen het allemaal wel goed met de leidster te kunnen vinden.

Er is in dit verband ook gevraagd of men vindt dat de leidinggevende en/of instelling voldoende rekening houden met de uitvoerenden, zowel bij het werk in het algemeen, als ook bij werkhervatting na ziekte en bij het organiseren van informele activiteiten. Hierbij springt één instelling er in positieve zin uit (dit betreft een instelling met een laag ziekteverzuim). Alle drie ondervraagden bij deze instelling hebben zeer duidelijk het gevoel dat er met hun wensen rekening wordt gehouden, zowel bij werkhervatting na langdurige ziekte als "normaal". Dit betreft dan het soort cliënt dat men krijgt, niet teveel cliënten per week (max. 3 bij 40 uur), zoveel mogelijk beperkt houden van de reisafstand, en dergelijke. Verder worden er informele activiteiten georganiseerd, zoals uit eten gaan met de groep, aandacht besteden aan verjaardagen en jubilea (overigens zaten deze drie ondervraagden alle drie in een andere groep, zodat dit niet aan één leidinggevende moet worden toegeschreven). Eén instelling komt in dit verband negatief naar voren; één van de ondervraagden heeft zelfs voor het gesprek een klachtenlijst opgesteld over de organisatie van het werk. Uitvoerenden bij deze instelling vinden dat er weinig rekening met hen wordt gehouden, de planning is slecht, de overdracht van cliënten is niet goed, cliënten worden slecht geinformeerd en problemen zijn niet bespreekbaar. Het is niet mogelijk om na ziekte makkelijkere gezinnen te krijgen ("Je bent ziek of je bent beter, een tussenweg is er niet, zei de leidster"). Een van de ondervraagden bij deze instelling kreeg gedurende de eerste drie weken nadat ze het werk had hervat, veertien verschillende adressen. Deze twee genoemde instellingen zijn uitersten. Ondervraagden uit de andere instellingen zijn over het algemeen eerder negatief dan positief over bijvoorbeeld de planning en organisatie, en over hoeveel rekening er met de uitvoerenden wordt gehouden. Er zijn onder meer klachten over het feit dat men zijn adressen niet op tijd krijgt, dat er niet voldoende tijd en aandacht aan de overdracht wordt besteed, en dat er geen rekening mee wordt gehouden wanneer men een bepaald soort cliënt (bijvoorbeeld jongere) verkiest. Er zijn ook wel klachten over de indicatiestelling; in de eerste plaats omdat er veel te weinig herindicaties zijn, terwijl dat met name bij bejaarden wel hard nodig is. In de tweede plaats heeft men vaak het gevoel dat er hulp wordt geboden aan mensen die het niet echt nodig hebben. ("Ik vind het niet nodig dat ik krulspelden in iemand z'n

haar moet zetten, daar heb je kappers voor"), terwijl er anderzijds lange wachtlijsten zijn.
Verder heeft een aantal geïnterviewden klachten over de administratie (bijvoorbeeld van vakantiedagen) die niet altijd even vlekkeloos verloopt.
Ook het feit dat cliënten door de instelling slecht op de hoogte worden gehouden over hoe vaak en wanneer ze hulp krijgen wordt door een aantal respondenten genoemd als bezwaarlijk, en belemmerend voor hun eigen funtioneren.
In het algemeen is men dus niet erg tevreden over een aantal aspecten van de planning, en heerst de mening dat er wel wat meer rekening met de uitvoerenden kan worden gehouden. Dit vindt men zelfs als men wel tevreden is over hoe het bij de eigen groep (of bij zichzelf) is geregeld: "Ik heb wel de indruk dat het niet allemaal even weloverwogen gaat. Er wordt zeker niet met iedereen evenveel rekening gehouden, het ligt er maar net aan of je je mond kunt roeren."
In twee gevallen wordt gezegd dat de leidster bij ziekte druk uitoefent om weer snel aan het werk te gaan; in de meeste andere gevallen is er eerder sprake van het tegendeel, en benadrukt de leidster dat men volledig hersteld moet zijn alvorens het werk te hervatten. (Op de mogelijkheden tot het doen van aangepast werk is in 5.1 al ingegaan).
Informele activiteiten worden in negen gevallen gehouden; een aantal anderen weet niet of er op dit vlak iets wordt gedaan. Meestal wordt er wel iets gedaan bij jubilea en huwelijken, soms ook bij verjaardagen, en in een aantal gevallen wordt er eenmaal per jaar een uitstapje of een etentje georganiseerd. Daarbij wordt vaak aangegeven dat "de leidster het organiseert, want die vindt het belangrijk dat we onderling contact hebben." Het hangt dus vaak van de individuele leidinggevende af óf en wát er georganiseerd wordt; dit heeft echter ook zijn schaduwzijden: "eerst hadden we een potje om bloemen te kopen als er iemand ziek was. Toen we een andere leidster kregen, werd het ziekenpotje opeens opgeheven." Andere activiteiten, zoals jubilea worden bijvoorbeeld bij ziekte van een leidinggevende, niet door iemand anders georganiseerd. Voor de betrokkenen is dit uiteraard erg vervelend wanneer het 12,5-jarig jubileum wordt "vergeten".

Toch is men doorgaans, ondanks alle kritiek op de planning, redelijk (tot zeer) tevreden over de eigen leidinggevende. Een aantal uitvoerenden geeft aan dat de slechte planning niet de leidinggevenden moet worden aangerekend, omdat zij door de bezuinigingen ook niet zoveel keuze hebben om het werk anders, of beter, in te delen.

c. Contacten met collega's

Een andere vraag die aan de langdurig zieken is gesteld, is of ze iets van collega's hebben gehoord tijdens hun ziekteperiode. De verwachting was, dat dat niet zoveel zou voorkomen, omdat men tijdens het werk weinig onderling contact heeft.

In eerste instantie lijkt dit mee te vallen; tien respondenten zeggen bezoek te hebben gehad van collega's. Bij navraag blijkt het in zes gevallen om een goede vriendin te gaan, die ook in de gezinsverzorging werkt (maar doorgaans niet eens in dezelfde groep). Slechts vier vrouwen hebben bezoek gehad van een of meer collega's uit hun groep, en acht ondervraagden hebben helemaal niets gehoord van hun collega's. Dit houdt in dat er in totaal drie langdurig zieken zijn die niets van hun werk hebben vernomen, noch van de instelling, noch van de leidster of van collega's. (Twee maal is dit bij één instelling het geval). Eén respondent is hierover zeer teleurgesteld. Vlak voordat ze zelf ziek werd was ze op ziekenbezoek geweest bij een collega; ze had wel verwacht dat deze collega ook bij haar op bezoek zou komen.

Doorgaans vindt men het echter niet vreemd dat collega's niet langskomen. "Vaak weet men het niet dat je ziek bent, je ziet elkaar alleen bij werkbesprekingen, en dan kan het wel drie maanden duren voor ze weten dat je ziek bent." Ook vindt men vaak dat de bijeenkomsten niet frequent genoeg zijn om elkaar te leren kennen. Als de leidster niet tijdens de bijeenkomsten zegt wie er ziek is, komt men dat nauwelijks te weten.

d. Contacten met cliënten

Tot slot is gevraagd of cliënten contact hebben opgenomen tijdens de ziekteperiode van betrokkenen. Dit blijkt in tien van de achttien gevallen gebeurd te zijn, en in één geval heeft een cliënt regelmatig aan de leidster gevraagd hoe het met de helpster ging. Met name bij helpsters die lang bij een bepaalde cliënt zijn geweest, onderhouden cliënten

vaak een intensief contact bij ziekte van de helpster (als ze daartoe in staat zijn). Doorgaans is het de uitvoerenden formeel niet toegestaan hun telefoonnummer en adres door te geven aan cliënten, maar in een aantal gevallen doet men dat wel. Soms proberen cliënten zelf iemand via het telefoonboek te achterhalen.
Eén helpster heeft haar telefoonnummer niet aan cliënten gegeven, vanwege een eerdere slechte ervaring die ze daarmee heeft gehad. Ze is wel teleurgesteld dat ze nu ook niets van deze cliënt heeft gehoord.
Doorgaans wordt het erg op prijs gesteld als cliënten blijk geven van belangstelling bij ziekte; slechts één helpster geeft aan dat ze het nogal belastend zou vinden als cliënten, hoe goedbedoeld ook, haar rechtstreeks zouden benaderen om te vragen hoe het gaat. Een andere verzorgster vindt het feit dat ze zich bij al haar cliënten persoonlijk af moet melden erg moeilijk. "Men reageert vaak erg teleurgesteld, en je hebt dan het gevoel dat je ze echt in de steek laat."
Dit gevoel van "cliënten niet in de steek willen laten" speelt in alle gesprekken wel een rol, en is er waarschijnlijk ook mede-oorzaak van dat men nogal eens ziek doorwerkt.

Kort samengevat blijkt uit dit deel van de gesprekken dat de meeste uitvoerenden wel iets van hun leidster of cliënt horen als ze ziek zijn, maar dat men het individueel soms ook erg slecht kan treffen, al dan niet door toevallige omstandigheden. Ook is er een groot verschil in de frequentie van activiteiten die worden ondernomen ten aanzien van langdurig zieken. De een krijgt alleen eens in de drie weken haar vriendin op bezoek; de ander krijgt elke twee weken bezoek van iemand uit de groep én telefoontjes van cliënten. Tot op zekere hoogte zou hierin wat meer lijn kunnen worden gebracht. Verder valt op dat uit de gesprekken nauwelijks instellingsgebonden factoren in de verzuimbegeleiding naar voren komen. Het is dus niet zo dat bij instellingen met een hoog verzuim er minder vaak contact wordt opgenomen door de leidinggevende, of dat daar minder mogelijkheden voor reïntegratie zijn dan bij instellingen met een laag verzuim. Het lijkt waarschijnlijker dat de verschillen die zich voordoen toe te schrijven zijn aan persoonsgebonden factoren. Of anders gezegd: de inzet die de leidster heeft op dit gebied, en of men toevallig wel of geen onderling contact heeft in een groep zijn meer bepalend voor

de begeleiding die men krijgt tijdens en na ziekteverzuim dan factoren op instellingsniveau.

5.4 Contacten met de BVG

Geen van de respondenten heeft, voorafgaand aan het eerste bezoek aan de HVG, controle gehad. Eén ondervraagde vindt dat het vreselijk lang duurt tot de eerste (HVG-)controle, omdat je eigenlijk thuis moet blijven. Een ander durfde uit angst dat ze controle zou krijgen, gedurende enkele weken haar huis niet te verlaten, terwijl het gezien de aard van haar aandoening zeker niet nodig was om binnenshuis te blijven.

Eén respondent heeft, door een administratieve fout bij de BVG, nooit een oproep voor controle door de HVG gekregen. Ze heeft zich hersteld gemeld bij de instelling, én bij het desbetreffende rayonkantoor van de BVG. Ze heeft toen alsnog een oproep voor controle door de HVG gekregen ("maar daar stond ik na twee minuten weer buiten, want ik was weer beter").
De overige zeventien ondervraagden zij allen door een HVG gezien. Negen daarvan zijn neutraal tot positief over het contact met de HVG, dat wil zeggen men vindt de HVG vriendelijk tot zelfs veel vriendelijker en belangstellender dan de eigen huisarts. Eén ondervraagde had zich op het ergste voorbereid, en was erg opgelucht dat ze zich niet hoefde te verdedigen tegen de HVG over het feit dat ze ziek was.
Vier respondenten zijn gematigd negatief over de HVG. Hun klachten betreffen voornamelijk het feit dat de HVG alleen maar wat mompelt en dingen opschrijft, maar niet vertelt wat hij van hun situatie denkt. Ze hebben het gevoel niet serieus genomen te worden door de HVG, en vinden dat vernederend. Ook vindt een aantal vrouwen dat het bezoek aan de HVG veel te snel verloopt, zodat ze zich wat overrompeld voelen, niet voldoende gelegenheid hebben vragen te stellen.
Vier respondenten hebben tijdens het lopende ziektegeval problemen gehad met de HVG. In één geval betreft het onenigheid over het tijdstip van werkhervatting; de betrokkene is voor verdere controle verwezen naar een VG van het rayonkantoor, door wie zij in het gelijk werd gesteld. Twee langdurig zieken zijn onheus bejegend door de HVG. Zij voelen zich hier-

door gefrustreerd en vernederd, en weten daarnaast ook niet wat ze daar verder aan moeten doen. Drie vrouwen geven bovendien aan bij een vorig ziektegeval een negatieve ervaring met de HVG te hebben gehad. Twee daarvan hebben dit rechtgezet: door de eigen huisarts te vragen eens met de HVG te gaan praten, respectievelijk door het zelf (een jaar later) bij de HVG aan te kaarten. In beide gevallen heeft dit zijn vruchten afgeworpen, en hadden betrokkenen het gevoel daarna serieus genomen te worden door de HVG.
In totaal heeft dus eenderde van de ondervraagden nu of in het verleden een negatieve ervaring met de HVG opgedaan; slechts in twee gevallen is men naar aanleiding daarvan direkt bij het rayonkantoor terechtgekomen.

Acht ondervraagden zijn op het moment dat het interview plaatsvond al een of meerdere malen bij een RVG van het rayonkantoor op controle geweest; twee respondenten hadden een eerste oproep gekregen om kort na het interview op het rayonkantoor te komen.
Over de kwaliteit van het contact met de RVG is men over het algemeen tevreden. Degene die bij de HVG een slechte ervaring heeft gehad toont zich zelfs verbaasd dat het ook gewoon kan ("ik had me al op het ergste voorbereid, maar tot mijn verbazing was die dokter heel vriendelijk en belangstellend. Heel anders dan die vorige."). Een aantal respondenten is ook van mening, en waardeert het positief, dat het onderzoek bij de RVG uitgebreider is, dat hij iets vaker overleg pleegt met de huisarts of specialist, en vooral dat de RVG iets meer feedback geeft. De HVG doet vaak geen uitspraak over wat hij denkt over de gezondheidstoestand en over een eventuele werkhervatting; men ervaart dat nogal eens als "niet serieus genomen worden". De RVG zegt vaak wel wat hij denkt van werkhervatting (of eventueel, waarom daarvan nog geen sprake kan zijn). De reden dat men na drie maanden voor controle naar het rayonkantoor moet, is voor de meeste betrokkenen volstrekt onduidelijk, evenals (vaak) de status van de RVG (steevast wordt deze omschreven als "de bedrijfsarts"), danwel de HVG (de "controle-arts"). Twee ondervraagden zijn door de HVG voorbereid op het feit dat ze door het rayonkantoor zouden worden opgeroepen; voor een aantal anderen is het enigszins verrassend.

Waarom denkt men dat men opgeroepen is op het rayonkantoor?: "Omdat de controle-arts (HVG) toen (misschien) ook die röntgenfoto's heeft gezien, en dat hij mij toen heeft doorgestuurd" (dit is vrijwel zeker niet het geval geweest; de RVG heeft pas contact met de behandelend arts opgenomen). "Ik denk dat ze dan vinden dat het allemaal te lang gaat duren, en dat ze je dan hogerop sturen". "Om te kijken of je al weer kunt gaan werken". Een aantal ondervraagden zegt er geen flauw idee van te hebben waarom zij bij het rayonkantoor zijn opgeroepen.
Bij één respondent is er ook enige verwarring over het feit dat ze bij een vorig ziektegeval wel naar de RVG moest, en nu niet.
Het systeem van controle en beleiding is dus voor de meeste betrokkenen erg ondoorzichtig. Veelal is men daar blijkbaar niet goed over voorgelicht.

Tot slot zijn twee respondenten bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) geweest, en twee respondenten verwachten een oproep van de GMD. Dat dit te maken heeft met het krijgen van een (gedeeltelijke) WAO-uitkering, en de "afkeuring" is wel voor iedereen duidelijk. Over de naam van de GMD bestaat echter nogal wat verwarring: deze wordt wel aangeduid als "de Gemeentelijke Dienst", "een dokter van de gemeente", of simpelweg "weer een andere dokter". Eén respondent is er goed van op de hoogte wat het feit dat zij gedeeltelijk arbeidsongeschikt zal raken voor haar inhoudt, ook financieel. Anderen schatten de mogelijkheden van de GMD nogal optimistisch in: "De dokter zei toen, dat ik misschien nog wel ander werk mag doen, dus nu hoop ik maar dat ze daar nog wat voor mij hebben, want het bevalt me niets om thuis te zitten."
Kortom, ook over de taak en werkwijze van de GMD zou men iets beter voorgelicht kunnen worden.

Degenen die het werk hebben hervat, hebben dat in vijf gevallen gedaan op aanraden van de HVG en/of de RVG, of in overleg met de HVG. Als de HVG of RVG aangeeft dat men het werk weer kan hervatten, vindt men dat doorgaans zelf ook (soms pas naderhand: "De HVG zei dat ik beter een week voor de vakantie kon beginnen, omdat ik me dan beter zou voelen als ik op vakantie ging. Achteraf was dat ook zo").

Vier hervatters zijn op eigen initiatief gaan werken, dat wil zeggen twee hebben dat met de leidinggevende overlegd en twee met de huisarts. Eén daarvan vindt achteraf dat ze te vroeg is begonnen (zoals iedereen haar ook had voorspeld). Wel overlegt men dan, als de beslissing tot werkhervatting al is genomen, vaak nog even met de HVG over bijvoorbeeld het aantal uren dat men zal gaan hervatten. Meestal adviseert de RVG of de HVG dat men in eerste instantie beter voor 50% kan beginnen, om gedurende een of twee weken aan te zien of men het werk alweer aankan.
Geen van de werkhervatters heeft te maken gehad met bemiddeling van de AMD. Wanneer men bij werkhervatting ook makkelijke gezinnen heeft gekregen, is dit meestal op eigen initiatief of dat van de leidinggevende. Een en ander houdt in dat de HVG en/of de RVG in veel gevallen een belangrijke rol spelen bij het bepalen van het moment van werkhervatting.

Wanneer in de gesprekken wordt ingegaan op het systeem van controle en begeleiding door de BVG, dan komt als belangrijkste punt naar voren dat dit systeem voor de respondenten als ingewikkeld en moeilijk te begrijpen wordt ervaren. Over de controle door HVG-en lopen de meningen sterk uiteen; het ligt er voornamelijk aan of men toevallig een "aardige" HVG treft, en of het "klikt" tussen HVG en verzekerde. "Klikt" het echter niet, of voelt men zich onheus bejegend door de HVG, dan weet men doorgaans niet goed wat men daarmee aan moet. Over de controle door de RVG is niemand ontevreden. Degenen die echter een zeer goede relatie met de HVG hebben, vinden in enkele gevallen de RVG wel wat minder vriendelijk en betrokken. Verzekerden die niet positief oordelen over het contact met de HVG, doen dat daarentegen wel over het contact met de RVG. Dit zou wellicht kunnen wijzen op een wat meer neutrale, professionele benadering door RVG-en.
Vereenvoudiging van het controlesysteem, met daarnaast betere voorlichting over wat men te wachten staat aan controle en dergelijke, zou voor veel verzekerden verhelderend werken.

6 DE MENING VAN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE EN DE AMD

6.1 Inleiding

In totaal is er met acht rayon-verzekeringsgeneeskundigen (RVG) en acht assistenten Medische Dienst (AMD) gesproken over het ziekteverzuim binnen de gezinsverzorging. De RVG ging bij deze gesprekken doorgaans in op algemene (beleids)zaken. Door de rol die de AMD speelt als intermediair tussen werkgever, werknemer en de BVG kon deze vaak wat meer inzicht verschaffen in de achtergronden van het verzuim bij de instellingen.
In de gesprekken is ingegaan op een groot aantal aspecten van ziekteverzuim, sociaal-medische begeleiding, de ervaren knelpunten bij de betrokken instelling en maatregelen die genomen zouden kunnen worden om het ziekteverzuim in de gezinsverzorging te verlagen.
Het aantal instellingen voor gezinsverzorging dat onder de RVG, respectievelijk de AMD ressorteert verschilt nogal per rayon. De RVG-en hebben doorgaans meer instellingen onder hun hoede dan de AMD-en. Het aantal instellingen varieert voor de RVG-en van zeven tot twintig: gemiddeld heeft een RVG ongeveer 12 instellingen. Het aantal instellingen waarmee de AMD-en contact hebben loopt uiteen van vier tot 12; gemiddeld heeft een AMD met 8 à 9 instellingen voor gezinsverzorging contact. Ook de frequentie van het contact met instellingen varieert sterk. Voor de RVG-en geldt globaal dat zij met grote werkgevers frequenter contact hebben dan met kleine instellingen. Geen van de ondervraagde RVG-en had frequent contact of structureel overleg met een van de instellingen die in dit onderzoek zijn betrokken.
De contactfrequentie van de AMD-en met de onderzochte instellingen verschilt sterk. Eén AMD zei de betrokken instelling in het afgelopen jaar één keer bezocht te hebben; een andere AMD komt gemiddeld eenmaal per week bij de onderzochte instelling. De frequentie van het contact lijkt niet uitsluitend samen te hangen met de hoogte van het verzuim. In drie gevallen zegt de AMD geen frequent contact met de instelling te hebben, omdat het er allemaal wel goed loopt (dit betreft instellingen waar het verzuim laag is). Eén keer is er niet zo vaak contact omdat de instelling erg klein is. Met twee instellingen is er weinig contact

omdat deze instellingen erg gesloten zijn naar de BVG toe, en zelf nooit aangeven dat ze contact met de AMD willen: de spaarzame keren dat er dan contact is loopt dit volgens de AMD-en erg stroef en moeilijk. Bij twee (grote) instellingen (waar het verzuim hoog is) tenslotte, heeft de AMD zeer frequent contact. In één geval betreft dit alleen ad hoc overleg over concrete gevallen: de andere AMD is van plan met de instelling een meer structurele werkwijze te gaan volgen, waarbij er ook sprake van zal zijn dat de AMD een cursus "ziekteverzuimbegeleiding" gaat verzorgen voor de leidinggevenden.

6.2 Na de ziekmelding

Standaardprocedure

Wanneer een verzekerde zich ziekmeldt, treedt er een standaardprocedure in werking. Deze verloopt als volgt: men meldt zich ziek bij de instelling. De instelling geeft de melding door aan de BVG. De BVG stuurt de verzekerde een formulier toe, dat moet worden ingvuld en geretourneerd. Voor degenen die nog arbeidsongeschikt zijn wordt een oproep uitgezet bij een HVG (huisarts-verzekeringsgeneeskundige). De eerste medische controle bij de HVG vindt in de derde week plaats. Verdere controle door de HVG vindt met een frequentie van eens per drie à vier weken plaats. Na 13 weken wordt een verzekerde in principe (afhankelijk van de prognose) overgedragen aan het rayonkantoor. Tussen de 13e en de 26e week staat de verzekerde onder controle van het rayonkantoor. Afhankelijk van de prognose, kan in de 26e week melding aan de GMD plaatsvinden, waarna de verzekerde bij de GMD onder controle komt.

Controle

In de eerste drie weken nadat men zich heeft ziekgemeld krijgt ongeveer 5% van de verzekerden controle op naleving van de voorschriften van de Ziektewet. Een deel van deze controle is aselect, een deel select. Selecte controle wordt doorgaans uitgevoerd op verzoek van de werkgever. Het betreft dan veelal werkneemsters die zeer frequent verzuimen. Op één na zeggen alle ondervraagden dat, wanneer er een spoedcontrole plaatsvindt op verzoek van de werkgever, dit aan de verzekerde wordt

meegedeeld. Alle verzekeringsgeneeskundigen zijn van mening dat selecte controle nuttig kan zijn wanneer het notoire verzuimers betreft. Over aselecte controle is niet iedereen enthousiast. "Mensen die hard werken en bij één keer ziek zijn aselecte controle krijgen, zijn daar vaak kwaad over, omdat ze denken dat de werkgever ze wantrouwt". Dit vindt men een reden om geen aselecte controles te houden. Een andere verzekeringsgeneeskundige vindt dat werkgevers waar het verzuim hoog is, meer geneigd zijn om spoedcontroles aan te vragen. Men zou het beter vinden wanneer zo'n werkgever meer inzicht krijgt in de oorzaken van dat hoge verzuim, alsmede in de structuur ervan (de verhouding kort/lang verzuim, en welke groepen meer verzuimen dan andere).
Bij één rayonkantoor vindt men spoedcontroles alleen zinvol, wanneer dit gepaard gaat met de nodige publiciteit. Een instelling kan "acties met spoedcontroles" voeren. Als daaraan van tevoren de nodige ruchtbaarheid wordt gegeven heeft dit doorgaans wel effect (een daling van het kortdurende verzuim).

HVG, RVG en AMD

In de derde ziekteweek wordt iemand die ziek is doorgaans opgeroepen voor een eerste controle bij een huisarts-verzekeringsgeneeskundige (HVG). In principe wordt een verzekerde in de 13e week overgedragen door de HVG aan een verzekeringsgeneeskundige van het rayonkantoor. Hiervan wordt afgezien als de prognose van de HVG luidt dat iemand op korte termijn (circa voor de 22e week) weer arbeidsgeschikt zal zijn. Overdracht aan het rayonkantoor kan eerder plaatsvinden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van psychische problematiek ten gevolge van het werk (c.q. arbeidsconflicten). In dat geval wordt de AMD ingeschakeld om te bemiddelen tussen werkgever en werknemer. Het is van belang dat dit zo vroeg mogelijk gebeurt, voordat de zaak geëscaleerd is.
Met de overdracht van verzekerden wordt verder praktisch omgesprongen, mede afhankelijk van de capaciteit van het rayonkantoor. Eén verzekeringsgeneeskundige geeft bijvoorbeeld aan dat in de vakantieperiode (wanneer het rayonkantoor slecht bezet is) verzekerden langer onder controle bij de HVG blijven omdat er anders op het rayonkantoor achterstand ontstaat.

Het functioneren van de HVG-en valt onder verantwoordelijkheid van de RVG. Deze moet ook voor de werving en instructie van de HVG-en zorgdragen. Een "nieuwe" HVG krijgt doorgaans eerst instructie van de RVG, van de AMD en van een administratieve kracht. Verder krijgt de HVG een handleiding waarin hij een en ander kan naslaan.
De RVG-en hebben twee maal per jaar een gestructureerd overleg met de HVG-en. Hierin worden verzekeringsgeneeskundige onderwerpen besproken, of wordt een bepaalde werksoort toegelicht. Verder staat in de taakomschrijving van de RVG dat deze alle HVG-en eenmaal per jaar moet bezoeken. De meeste van de ondervraagde RVG-en hebben hiervoor geen tijd. HVG-en die per jaar maar weinig controles doen worden dan wel eens overgeslagen.
De meeste RVG-en zijn van mening dat "het allemaal wel loopt met de HVG-en". Als een HVG vragen heeft kan hij altijd contact opnemen met de RVG; meestal gebeurt dat ook wel als zich onduidelijkheden voordoen.
Bij één rayonkantoor wordt bijgehouden of en hoe vaak de AMD door de HVG-en wordt ingeschakeld. Wanneer een HVG bij een arbeidsconflict de AMD niet heeft ingeschakeld, of wanneer hij een arbeidsconflict niet als zodanig heeft herkend, wordt hij door de RVG op het bestaan en de functie van de AMD gewezen.
Eén RVG is van mening dat het systeem van begeleiding door middel van HVG-en niet optimaal is. Hij heeft de ervaring dat met name beginnende HVG-en weinig inzicht hebben in belasting en belastbaarheid, "maar je hebt er ook die leren het nooit, die blijven aldoor dezelfde fouten maken. De AMD moet nogal eens HVG-en instrueren dat ze mensen niet steeds te vroeg aan het werk moeten sturen omdat ze de arbeidsbelasting te laag inschatten".
Een andere RVG vindt juist dat de HVG-en de arbeidsbelasting redelijk goed inschatten, want "in hun hoedanigheid van huisarts komen HVG-en veel bij zieken thuis, en zo kunnen ze zich wel voorstellen wat het werken in de gezinsverzorging inhoudt".

Uit een eerder uitgevoerde analyse op verzuimgegevens in de gezinsverzorging en een aantal andere werksoorten is naar voren gekomen dat de feitelijke oproepduur op de rayonkantoren veel langer is dan 13 weken, namelijk 17,9 weken. Bij jongeren in de gezinsverzorging wordt eerder

opgeroepen naarmate men meer uren heeft. De eerdere oproep van jongere full-time gezinsverzorgsters zou verklaard kunnen worden door de diagnose: psychische gevallen worden eerder opgeroepen dan andere en deze komen meer voor onder jonge gezinsverzorgsters. Vrouwen in de gezinsverzorging worden gemiddeld na 18,7 weken opgeroepen, werkneemsters in andere sectoren van de BVG gemiddeld na 17,6 weken. Verder hangt het tijdstip van oproep samen met het rayon: bij rayonkantoren in de Randstad wordt gemiddeld na 19,3 weken opgeroepen, bij de overige is dit na 16,9 weken. Tot slot is de oproepduur afhankelijk van de diagnose: psychische aandoeningen worden na 16,7 weken opgeroepen, aandoeningen van het bewegingsstelsel na 18,2 weken en overige aandoeningen na 19,2 weken.
Het effect van de gestelde diagnose lijkt niet verwonderlijk: het komt overeen met het beeld dat door de verschillende RVG-en wordt geschetst. Het is dus een bedoeld effect.
Het effect van randstedelijkheid lijkt een onbedoeld effect, althans geen gevolg van een bewust beleid. Eerder lijkt dit een gevolg van het feit dat in de Randstad het aanbod van (langdurige) verzuimgevallen groter is dan elders, waar geen navenant grotere capaciteit van de rayons tegenover staat. (De rayons bevestigen dat zij plannen naar capaciteit, dat wil zeggen oproepen doen voor zover er ruimte in de agenda's is). Dit betekent dat juist in regio's waar aan inzet van rayons extra behoefte is wegens hoog verzuim, die inzet later komt dan gewenst zou zijn.
Ook het verschil tussen gezinsverzorging en andere sectoren, hoewel niet groot, lijkt geen beleidskeuze en is ongewenst omdat juist in deze hoog-verzuimende sector vroegtijdig ingrijpen, c.q. reïntegratiepogingen, op zijn plaats zou zijn.
Over het totale gemiddelde tijdstip waarop onderzoek bij de RVG plaatsvindt, zijn moeilijk uitspraken te doen. De 18 weken die we feitelijk zien, wijken nogal af van de 13 weken die als standaard worden genoemd. Het is mogelijk dat dit verwijst naar capaciteitsgebrek op de rayons, maar ook andere verklaringen zijn mogelijk:

- De 13 weken is geen harde grens: per geval kan ervan afgeweken worden. In principe kan die afwijking echter zowel naar beneden zijn (bijvoorbeeld bij een vermoede relatie met de werksituatie), als naar boven (bijvoorbeeld bij een aanvankelijk duidelijke prognose inzake werkher-

vatting), waardoor niet duidelijk is hoe dit in vijf weken verlenging kan resulteren.
- Als de 13-weeks-grens gebruikt wordt als criterium voor oproep zal het feitelijk onderzoek natuurlijk wat later zijn.
- Wellicht is er een seizoenseffect: de registratie vond plaats in september/oktober; veel gevallen die toen gezien zijn, hebben de 13-weeks-grens gehad juist in de vakantieperiode. Het kan zijn dat het najaar een "inhaaleffect" meebrengt en daardoor incidenteel langere wachttijden.

De GMD

Wanneer de prognose slecht is, of bij twijfelgevallen, moet een verzekerde in de 26e ziekteweek worden gemeld bij de GMD. Deze zogenaamde 6e-maands melding is ingevoerd als aanvullende maatregel in het kader van de stelselherziening. Van de 6e-maands melding wordt verwacht dat deze een positief effect heeft op reïntegratie, doordat interventie en bemiddeling in een vroeger stadium kunnen plaatsvinden.
De ondervraagde verzekeringsgeneeskundigen zijn unaniem van mening dat voor wat de BVG betreft er geen positief effect uitgaat van de 6e-maands melding bij de GMD. Dit is eenvoudig te verklaren: de AMD werkt effectiever dan de GMD door de bedrijfscontacten die men heeft, en doordat de AMD in een veel vroeger stadium met een werkgever kan gaan onderhandelen over reïntegratie. Alle ondervraagden zijn van mening dat reïntegraties die na de zesde maand tot stand komen (dus na bemiddeling door de GMD) te danken zijn aan het voorbereidende werk dat de AMD al heeft gedaan. Eén verzekeringsgeneeskundige merkt hierbij op dat de mogelijkheden van de GMD ook wel wat minder groot zijn dan die van de BVG, omdat de moeilijke gevallen bij de GMD gemeld worden.
Er is weinig contact of overleg met de GMD over reïntegratie. Doordat de overdracht aan de GMD vaak veel tijd in beslag neemt, gaat er wel eens een kans op reïntegratie verloren. Als een werkgever lang niets hoort over een langdurig verzuim is hij meestal niet meer zo gemotiveerd om iemand nog aan het werk te helpen. Twee AMD-en zien dit gebrek aan overleg met de GMD als een manco. Eén AMD heeft wel eens overleg met de arbeidsdeskundige (AD) van de GMD; in een aantal gevallen is de AD ook aanwezig bij het structureel overleg met een instelling. Dit heeft als

positief effect dat procedures soms iets gestroomlijnder verlopen. Het is de bedoeling van deze AMD om in de toekomst meer contact met de AD te hebben.
In het algemeen zijn de meningen over de GMD niet gunstig. Eén verzekeringsgeneeskundige ziet geen positieve effecten van de 6e-maands melding, "maar waar ik wel een positief effect van verwacht, is van de opheffing van de GMD en de voorgenomen gewijzigde structuur van de uitvoeringsorganen".

6.3 Oorzaken van het verzuim

Het grote aantal door verzekeringsgeneeskundige en AMD genoemde oorzaken van het hoge ziekteverzuim binnen de gezinsverzorging is in een aantal categorieën onder te brengen. In de eerste plaats ligt een aantal oorzaken van het hoge verzuim in de aard van het werk. Met name het feit dat het werk fysiek zwaar is wordt vaak genoemd. De laatste jaren zijn de meer verzorgende aspecten uit het werk weggevallen, het zware huishoudelijke werk neemt een steeds belangrijkere plaats in. Daarnaast is het emotionele beroep dat op de verzorgende wordt gedaan erg groot. Soms hebben verzorgsters een aantal malen bij terminale patiënten gewerkt, en kunnen ze daar niet goed tegen. Uitval ten gevolge van psychische klachten kan daarvan het resultaat zijn.
Het feit dat de cliënt-situaties steeds zwaarder worden wordt ook genoemd als een van de oorzaken dat het werk steeds zwaarder wordt. Bejaarden blijven langer zelfstandig wonen en moeten langer wachten op een plaats in een bejaarden- of verzorgingstehuis. Daarnaast worden mensen eerder dan vroeger gebruikelijk was uit het ziekenhuis ontslagen, waardoor ze thuis meer zorg nodig hebben.
Verzwaring van het werk door een groter aantal cliënt-situaties per week of per dag wordt door een aantal verzekeringsgeneeskundigen wel genoemd, maar anderen bestrijden dat dit het geval is. De indruk bestaat dat het aantal cliënten per verzorgster wisselt per instelling.
Vrijwel alle verzekeringsgeneeskundigen noemen de dubbele belasting die werkende vrouwen hebben (werk-eigen huishouden) als reden voor langdurige ziekte. Sommige verzekeringsgeneeskundigen menen dat dit vooral bij part-time werkenden een rol speelt, omdat vrouwen die full-time werken

betere voorzieningen treffen voor kinderopvang en het doen van de huishouding. Het valt echter te betwijfelen of uitvoerenden in de gezinsverzorging betaalde hulp zullen nemen om hun eigen huishouden te doen. Als het werkelijk zo is dat full-time werkenden minder vaak langdurig ziek zijn dan moet dit waarschijnlijk worden toegeschreven aan andere factoren zoals het feit dat dit wellicht vaker jongere vrouwen zijn zonder kinderen, die relatief gezonder zijn en in het eigen gezin minder zwaar worden belast.

Een tweede categorie oorzaken van het hoge verzuim binnen de gezinsverzorging wordt door de verzekeringsgeneeskundigen toegeschreven aan de werkneemsters zelf. Hierbij is doorgaans als eerste oorzaak genoemd de lage werkmotivatie van bepaalde groepen werkneemsters. Deze worden door de meeste verzekeringsgeneeskundigen als volgt omschreven: "Vrouwen met wat oudere kinderen die zich vervelen overdag, uitgekeken zijn op het eigen huishouden en wat depressief worden. De dokter of de dominee zegt dan dat ze een baantje moeten zoeken om er eens uit te zijn en dan gaan ze drie ochtenden per week als bejaardenhulp werken." Voor deze vrouwen zou het werk niet belangrijk genoeg zijn, en ze zouden zich snel ziekmelden als hun kinderen ziek zijn, of als ze een "tegenvaller" in het werk hebben. Overigens zeggen alle verzekeringsgeneeskundigen ook dat de laatste jaren dit soort werkneemsters niet meer worden aangenomen, en dat deze groep (oudere werkneemsters met kleine contracten) steeds kleiner wordt. Dat deze groep zo vaak, en zo uitgebreid wordt beschreven door de verzekeringsgeneeskundigen, kan te maken hebben met het feit dat zich onder de langdurig zieken relatief veel van deze vrouwen bevinden.
Ook wordt wel gerefereerd aan het feit dat het werken voor gehuwde vrouwen slechts een bijzaak is omdat zij doorgaans geen kostwinner zijn. Overigens geeft één verzekeringsgeneeskundige aan dat ook aan de werkmotivatie van vrouwen die wel uit financiële noodzaak werken (bijvoorbeeld bij werkloosheid van hun echtgenoot) getwijfeld moet worden.
Om kort te gaan, veel verzekeringsgeneeskundigen staan wat wantrouwend ten opzichte van oudere werkneemsters met kleine contracten, ofwel omdat deze niet intrinsiek gemotiveerd zijn om te werken, of omdat ze hun gezin belangrijker vinden dan het werk.

Een andere oorzaak van langdurig verzuim die aan de werkneemsters zelf wordt toegeschreven is het feit dat een aantal verzekeringsgeneeskundigen psychische klachten bij uitvoerenden in de gezinsverzorging voornamelijk relateren aan privé-omstandigheden. Bij werkneemsters in andere sectoren van de gezondheidszorg (zwakzinnigenzorg, geriatrie) zouden psychische klachten vaak wel te maken hebben met het werk: dit in tegenstelling tot de gezinsverzorging. Psychische klachten bij jongeren in de gezinsverzorging zijn volgens deze verzekeringsgeneeskundigen vaak neurotische problemen en houden verband met identiteits- of relatieproblemen. Bij ouderen houden psychische klachten vaak verband met de menopauze en/of de gezinssituatie.
Overigens verschillen de verzekeringsgeneeskundigen zeer sterk in hun inschattingen over de frequentie van psychische klachten bij de verschillende groepen. Door het ontbreken van goede cijfermatige overzichten is het voor de verzekeringsgeneeskundigen moeilijk om in te schatten wat de risicogroepen zijn. De ene verzekeringsgeneeskundige vindt dat vooral bij jongeren in de gezinsverzorging veel psychische klachten voorkomen; een andere VG vindt dat er wel veel jongeren zijn met psychische klachten, maar niet in de gezinsverzorging en een derde vindt dat psychische klachten vooral bij oudere werkneemsters een belangrijke rol spelen.
Deze meningen zijn zo weinig uniform dat hieruit eigenlijk nauwelijks conclusies te trekken zijn over risicogroepen voor psychische aandoeningen, of over verschillen hieromtrent tussen instellingen. Er valt alleen uit te concluderen dat de inschattingen iets zeggen over het beeld dat de verzekeringsgeneeskundigen hierover hebben.

Een derde groep oorzaken van hoog verzuim wordt door de verzekeringsgeneeskundigen (en de AMD-en) toegeschreven aan de organisaties en met name ook de rol van de leidinggevenden.
Eén oorzaak is volgens een aantal verzekeringsgeneeskundigen het aanstellingsbeleid. Men zou vaak niet kritisch genoeg zijn bij het aannemen van nieuw personeel, met name wanneer het personeelsaanbod klein is. Verder is de medische aanstellingskeuring vaak niet erg grondig. Naar de mening van veel verzekeringsgeneeskundigen is dit laatste zeker voor verbetering vatbaar; bij voorkeur moet de keuring worden uitgevoerd door een (bedrijfs)arts die goed op de hoogte is van de arbeidsbelasting.

Verder moet de instelling bij het aannemen van nieuw personeel selecteren op motivatie van de werkneemsters. Sollicitanten moeten daarbij ook beter worden voorgelicht over de aard van het werk. Nu hebben mensen die beginnen in de gezinsverzorging vaak een veel te rooskleurig beeld van wat het werk inhoudt en de arbeidsbelasting.
Daarnaast wordt een aantal malen genoemd dat de verhouding tussen leidinggevenden en uitvoerenden soms aanleiding kan geven tot verzuim, dan wel dat de handelwijze van leidinggevenden de verzuimduur kan verlengen. ("Leidinggevenden staan vaak niet open voor de problemen van de uitvoerenden"). Verder kunnen een slecht management en een slechte sfeer op het werk ook belangrijke bronnen van verzuim zijn.
De geringe belangstelling die leidinggevenden vaak hebben voor zieke werkneemsters kan op twee manieren invloed hebben op het ziekteverzuim. In de eerste plaats is de meldingsdrempel laag. Wanneer men zich ziekmeldt lokt dit volgens veel verzekeringsgeneeskundigen geen reactie uit bij de leidinggevende, ongeacht (bijvoorbeeld) de frequentie waarmee men zich ziekmeldt. Hierdoor wordt het mensen te makkelijk gemaakt om zich snel ziek te melden.
Daarnaast nemen leidinggevenden doorgaans geen contact op met mensen die ziek thuis zijn. Zieken leggen dit uit als een teken van desinteresse. Hierdoor zou de hervattingsdrempel verhoogd kunnen worden: immers wanneer men bij ziekte geen enkele belangstelling van de leidster of de instelling ondervindt ervaart men de noodzaak om snel weer aan de slag te gaan ook niet als erg groot.
Bij ziekteverzuim zou van de instelling wat meer betrokkenheid moeten uitgaan naar de zieke toe dan thans het geval is. ("Vaak is er een niet begrijpende houding van de werkgever jegens zieken. Met een empatischer benadering, door het tonen van wat meer belangstelling, zouden werkgevers veel langdurig zieken eerder in het zadel kunnen helpen").
Verder hebben een aantal verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en de ervaring dat de ziekteduur soms verlengd wordt doordat een instelling (c.q. de leidinggevenden) niet voldoende soepelheid betracht wanneer men na ziekte weer gedeeltelijk aan het werk wil, of aangepast werk wil gaan doen. Wanneer leidinggevenden hierbij niet voldoende willen bemiddelen, blijft men nog wel eens langer in de Ziektewet dan strikt noodzakelijk zou zijn.

Eén verzekeringsgeneeskundige vindt dat een gedeelte van het hoge ziekteverzuim ook toegeschreven kan worden aan het feit dat instellingen soms oneigenlijk gebruik maken van de Ziektewet. Hij heeft de indruk dat er gesaneerd wordt op kosten van de bedrijfsvereniging. De zwakkeren worden daarbij uit het arbeidsproces gestoten, en zijn op die manier de dupe van de bezuinigingen. Vooral mensen die allang in dienst zijn kunnen zich moeilijk aanpassen aan de eisen die aan hun gesteld worden ten gevolge van de bezuinigingen (dat wil zeggen de grotere werkdruk, meer en zwaardere cliënten, het wegvallen van de meer sociale aspecten uit het werk). Werkgevers kunnen of willen, dit niet opvangen en wentelen dit af op de bedrijfsvereniging. Een tweede vorm van oneigenlijk gebruik van de Ziektewet kan voorkomen wanneer een instelling iemand reïntegreert in het kader van arbeidstherapie. De betrokkene blijft dan voor 100% in de Ziektewet, en draait boven de sterkte mee. In de praktijk blijkt echter dat men niet altijd boven de sterkte meedraait, maar soms gewoon het eigen werk uitvoert.
Bij één rayonkantoor wordt sterk de nadruk gelegd op de rol van de organisatie in het verzuim. Wanneer bij een instelling het verzuim hoog is probeert men (dat wil zeggen, de verzekeringsgeneeskundige en AMD) te achterhalen of het management goed functioneert, of er beleid gevoerd wordt ten aanzien van ziekteverzuim. Vaak is het hoge verzuim aan dergelijke factoren toe te schrijven. Ook ziet men wel dat binnen een bepaalde groep het verzuim hoog is. Wanneer dat wordt geconstateerd probeert men, samen met de werkgever, te achterhalen of dit toe te schrijven is aan het disfunctioneren van de leidinggevende. Is dit het geval, dan wordt er bij de werkgever op aangedrongen hiervoor een oplossing te zoeken. De meeste werkgevers zijn bereid dit soort problemen aan te pakken, omdat men zelf ook naar een efficiëntere organisatie toe wil.

Tot slot zijn een aantal oorzaken van ziekteverzuim genoemd die betrekking hebben op een bepaalde cultuur, binnen de instelling, of in de omgeving.
Vaak wordt gerefereerd aan de sfeer binnen een instelling. "Als het gezellig is, en de sfeer is gemoedelijk dan is het verzuim vaak lager." Dit is niet toe te schrijven aan concrete beleidsmaatregelen, maar aan een bepaalde "cultuur" die er al dan niet is bij een instelling.

Verder wordt bij nagenoeg alle rayonkantoren de hoogte van het verzuim in verband gebracht met de geografische ligging van de desbetreffende instelling. Volgens een aantal verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en heeft dit te maken met het feit dat op het platteland het arbeidsethos beter is, maar ook de sociale controle groter. (Een andere plattelandsinstelling wordt gekenschetst als liggend in een moeilijk gebied, waar de cultuur een hoog verzuim in de hand werkt). In de stad verzuimt men dan vaak wat langer door gebrek aan sociale controle, of (door één verzekeringsgeneeskundige genoemd) doordat mensen in de stad mondiger zijn en zich niet zo snel arbeidsgeschikt laten verklaren door de verzekeringsgeneeskundige, dan wel hiertegen protest aantekenen. Bij een andere (stads)instelling is het verzuim volgens de AMD ondermeer hoog omdat er in dat stadsdeel een hoge werkloosheid is, en de woonomgeving slecht is door stank en lawaai van fabrieken en door de slechte behuizing.
Deze oorzaken van verzuim, waarbij men refereert aan omgevingsfactoren, of cultuur, zijn zeer divers en dikwijls moeilijk te concretiseren. Dit maakt het niet eenvoudig maatregelen voor te stellen waardoor deze effecten beïnvloed kunnen worden.

6.4 Reïntegratie

Wanneer een verzekerde is overgedragen aan het rayonkantoor, en de VG vindt dat reïntegratie in aanmerking komt, overleggen VG en AMD gewoonlijk eerst over wat iemand al mag/nog kan. De AMD gaat dan met de instelling, of soms ook met de leidinggevende, overleggen wat de mogelijkheden zijn. Wanneer er een reïntegratie tot stand komt verzorgt de AMD ook de follow-up, dat wil zeggen na verloop van tijd wordt geëvalueerd hoe de werkhervatting is verlopen en of er verdere aanpassingen nodig zijn.
Globaal genomen zijn er twee vormen van reïntegratie. De vorm die in de gezinsverzorging het meest voorkomt, is gedeeltelijke werkhervatting (artikel 30 Ziektewet). Volgens alle ondervraagden is de mogelijkheid om het werk voor een gedeelte te hervatten altijd aanwezig binnen de gezinsverzorging. Bij de instellingen is men gewend aan het inroosteren van een groot aantal part-timers; het inroosteren van iemand voor enkele dagdelen levert hierdoor meestal geen problemen op. Gedeeltelijke werk-

hervatting wordt ook vaak gehanteerd als overgangsmaatregel vóór men tot volledige werkhervatting overgaat.
Naast gedeeltelijke werkhervatting komt ook aangepast werk voor als middel om reïntegratie te bewerkstelligen. Hieronder kan bijvoorbeeld worden verstaan minder gezinnen per dag/week, lichtere gezinnen, extra begeleiding, of (op het platteland) ook wel een zo kort mogelijke woon-werk afstand. Over de mogelijkheden tot het doen van aangepast werk verschillen de meningen. Eén verzekeringsgeneeskundige vindt dat er binnen de gezinsverzorging redelijke mogelijkheden zijn voor aangepast werk, en dat wanneer aangepast werk niet wordt gerealiseerd, dit meestal een teken is van onwil van de werkgever. Bij een ander rayonkantoor is men echter van mening dat de werkgevers in het algemeen erg bereidwillig zijn, maar dat ze (door de bezuinigingen) bijna geen mogelijkheden meer hebben voor aangepast werk. Weer een ander vindt dat van aangepast werk binnen de gezinsverzorging helemaal geen sprake kan zijn, omdat het altijd het zwaardere huishoudelijke werk betreft. "Er zijn tegenwoordig alleen zware en heel zware gezinnen".
Eén verzekeringsgeneeskundige stipt aan dat de mogelijkheden voor reïntegratie door middel van aangepast werk bij de gezinsverzorging beperkter zijn dan bij andere sectoren van de gezondheidszorg. Dit is niet alleen toe te schrijven aan het feit dat er maar één soort werk is in de gezinsverzorging, maar ook doordat de uitvoerenden vaak laag opgeleid zijn. Er is daardoor geen mogelijkheid om iemand gedurende enige tijd totaal ander werk te laten doen (bijvoorbeeld administratief werk). In ziekenhuizen komen op deze wijze wel reïntegraties tot stand.
Door verschillende ondervraagden wordt benadrukt dat het bij reïntegratie van groot belang is dat er goed wordt ingespeeld op de beperkingen die iemand heeft. "Een uitvoerende met rugklachten moet je niet meteen bij een bedlegerige bejaarde plaatsen die uit bed getild moet worden". Vooral bij het onderhandelen over de soort aanpassing in het werk speelt de AMD een zeer belangrijke rol. Ook een goede follow-up is van groot belang, mede om vast te stellen of iemand al dan niet het gewone werk weer kan hervatten. Blijvende reïntegratie is vaak een zaak van onderhandeling met de werkgever; "is deze bereid iemand blijvend lichter werk te geven, in combinatie met een gedeeltelijke WAO-uitkering."

Naar aanleiding van het gesprek over reïntegratie deelt één verzekeringsgeneeskundige mee dat, behalve met langdurig zieken, zijns inziens de instellingen ook met oudere werkneemsters wat meer rekening moeten houden. Een groot aantal vrouwen gaat (blijvend) wat minder uren werken als ze te zwaar belast worden, of als de combinatie werk-eigen gezin te zwaar wordt. Instellingen zouden deze vrouwen wat meer moeten ontzien. Met name wat oudere full-timers worden vaak te zwaar belast doordat ze teveel gezinnen per week hebben. Instellingen onderkennen deze problemen vaak niet. De verzekeringsgeneeskundige vindt het de taak van de leidinggevende om hierop meer alert te zijn.

6.5 Maatregelen

In de gesprekken is uitgebreid ingegaan op de maatregelen die men zou kunnen nemen om het verzuim in de gezinsverzorging omlaag te brengen. Vaak worden daarbij al specifieke voorbeelden aangedragen van maatregelen die door bepaalde instellingen zijn genomen maar waarvan men vindt dat ze algemeen ingevoerd zouden kunnen worden.

Een groot aantal suggesties heeft betrekking op het verhogen van de belastbaarheid van uitvoerenden in de gezinsverzorging. In de eerste plaats moeten instellingen een duidelijk aannamebeleid voeren. Eén verzekeringsgeneeskundige geeft een voorbeeld van een instelling voor gezinsverzorging in zijn rayon waar dit goed geregeld is: "Geen contracten voor minder dan 16 uur, geen full-timers (is te zwaar), geen jongeren beneden 25 jaar (kunnen vaak de problemen niet aan)". De meeste instellingen hanteren wel een bovengrens (bijvoorbeeld maximaal 40 of 45 jaar) bij het aannemen van nieuw personeel. Vervolgens moet bij het sollicitatiegesprek goed worden nagegaan of men wel voldoende gemotiveerd is voor het werk. Bij vier rayonkantoren wordt ook benadrukt dat er bij de sollicitatie tevens goede voorlichting over het werk moet plaatsvinden ("er moet goed duidelijk gemaakt worden dat het geen sociaal werk is, of begeleiding, maar gewoon huishoudelijk werk").
Vervolgens moet er een goede aanstellingskeuring plaatsvinden. Tegenwoordig laten de meeste instellingen nieuwe medewerksters wel medisch keuren, maar verschillende verzekeringsgeneeskundigen vinden dat de

kwaliteit van deze keuringen nogal eens te wensen overlaat. De keuringen zouden verricht moeten worden door een bedrijfsarts, die goed op de hoogte is van de arbeidsbelasting. Eén verzekeringsgeneeskundige vindt dat niet alleen de aanstellingskeuring door een bedrijfsarts verricht moet worden, maar dat er bij instellingen ook een bedrijfsarts zitting zou moeten hebben in het sociaal-medisch team bij instellingen. Van een "medisch aanspreekpunt" binnen een instelling zou een preventieve werking kunnen uitgaan doordat men met beginnende klachten naar de bedrijfsarts kan gaan. Deze zou dan in een vroegtijdig stadium aanpassingen in het werk kunnen regelen. Volgens deze verzekeringsgeneeskundige is aansluiting bij een BGD voor instellingen voor gezinsverzorging zeker geen luxe. Andere verzekeringsgeneeskundigen zien hier niet zoveel heil in, omdat een bedrijfsarts in verband met de vele, solitaire werksituaties, nauwelijks invloed kan uitoefenen op de arbeidsomstandigheden.
Eén verzekeringsgeneeskundige vindt aanstellingskeuringen niet zo'n goed middel bij de selectie van personeel. In de eerste plaats omdat de keuringen wetenschappelijk niet goed onderbouwd zijn, en in de tweede plaats omdat er een soort onterechte discriminatie wordt teweeggebracht door aanstellingskeuringen. ("We kunnen niet allemaal de Olympische Spelen winnen, maar ook die mensen die wat later aan de finish komen moeten een kans krijgen"). Deze verzekeringsgeneeskundige is van mening dat werkgevers wat minder belastbare werkneemsters toch moeten aannemen, en dat het mogelijk is om hiermee rekening te houden bij het werk.
Bij werkneemsters die al in dienst zijn kan de belastbaarheid worden verhoogd door het geven van cursussen, zoals tiltechniek, omgaan met bepaalde ziektes, effectief schoonmaken. Verschillende verzekeringsgeneeskundigen leggen ook nadruk op het feit dat deze cursussen regelmatig herhaald moeten worden. Eén verzekeringsgeneeskundige vraagt verzekerden die bij hem komen of, en hoe vaak, er cursussen zijn bij de instelling. Als hij vindt dat een instelling op dit gebied niet actief genoeg is, seint hij de AMD, dat die dat een keer bij de instelling ter sprake moet brengen.
Eén AMD vindt het wel goed dat er aan deskundigheidsbevordering wordt gedaan, maar is daarnaast van mening dat "de wat oudere vrouwen die twee of drie ochtenden willen werken, moet je niet lastig vallen met cursussen en besprekingen, want dat willen ze niet. Nu krijgen ze dat

vaak opgedrongen, maar je kunt dat beter overlaten aan de jongere, meer gemotiveerde werkneemsters".
Een ander belangrijk facet waardoor de belastbaarheid verhoogd kan worden, is de mate van ondersteuning die werkneemsters krijgen. Vier ondervraagden geven aan dat het erg belangrijk is dat een uitvoerende de problemen die zij ondervindt, in het werk kan terugkoppelen, en dat er daadwerkelijk aandacht en ondersteuning voor is. Deze ondersteuning kan zowel van collega's afkomstig zijn (bijvoorbeeld door groepswerkbesprekingen) of van de leidinggevende. Twee maal wordt genoemd dat het ook van groot belang is dat een uitvoerende door de leidster wordt gesteund naar de gezinnen toe. In de praktijk is dit lang niet altijd het geval ("situaties waarbij een gezin zes verschillende verzorgsters krijgt in een half jaar, die er allemaal gillend weglopen. Het is de taak van de leidster om te zorgen dat dat niet kan gebeuren"). Daarnaast moeten uitvoerenden ook leren hoe ze zich mondiger kunnen opstellen tegenover cliënten.

Een klein aantal suggesties heeft betrekking op het verlagen van de arbeidsbelasting. Eén verzekeringsgeneeskundige zegt dat het nuttig zou zijn als de bezuinigingen wat teruggedraaid kunnen worden, zodat de belasting en de hoge werkdruk wat verminderd kunnen worden. Hij acht het niet waarschijnlijk dat dit zal gebeuren.
Eén keer is genoemd dat men wat soepeler moet omgaan met het geven van vrije dagen. Twee keer wordt aangegeven dat de belasting wat verminderd kan worden door de woon-werkafstand zo klein mogelijk te houden. Dit speelt met name bij plattelandsinstellingen een rol.

Verreweg het grootste aantal suggesties voor verlaging van het ziekteverzuim heeft betrekking op het beleid van de organisatie ten aanzien van werk en ziekteverzuim.
In de eerste plaats is een aantal malen genoemd dat de instellingen zakelijker te werk moeten gaan. Met werkneemsters moeten regelmatig functioneringsgesprekken worden gehouden, dat wil zeggen de begeleiding van uitvoerenden moet worden geprofessionaliseerd. ("Men is nu allemaal te lief en te aardig voor elkaar. Het werk moet meer benaderd worden zoals in een produktiebedrijf, met zorg als produkt").

Het bovenstaande hangt samen met een argument dat door veel ondervraagden is genoemd: professionalisering van het personeelsbeleid. Het is van belang dat er een goede personeelswerker is. Nu is dat met name bij kleinere instellingen vaak niet het geval, en dientengevolge is er bij die instellingen weinig kennis over (en aandacht voor) ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, verzekeringsgeneeskundige zaken en personeelsbeleid. Verder is het van belang dat het hoofd personeelszaken ook daadwerkelijk invloed kan uitoefenen op het beleid.

Een punt dat door een aantal AMD-en sterk wordt gepropageerd om het verzuim te doen afnemen, is het invoeren van een gestructureerde aanpak van het verzuim bij instellingen. Een aantal AMD'en zijn hiermee, met succes, aan de slag gegaan. In de eerste plaats moet men ervoor zorgen dat het ziekteverzuim uit de taboesfeer gehaald wordt, waar het nu vaak in zit. Ziekteverzuim moet een normaal bespreekbaar onderwerp worden. Hiertoe wordt onder meer aan leidinggevenden geleerd hoe zij met verzuim moeten omgaan. De verantwoordelijkheid voor de verzuimbegeleiding wordt voor een groot deel bij de leidinggevenden gelegd; personeelszaken vervult een meer superviserende rol. Van belang is daarbij dat er in de organisatie een duidelijk beleid is ten aanzien van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim, en dat management en leiding daar achter staan. Leidinggevenden moeten leren dat ze een wat kritischer houding moeten aannemen ten aanzien van verzuim. Daarnaast zijn ze verantwoordelijk voor regelmatig contact met de zieke. De frequentie en vorm van dit contact moet worden voorgeschreven, zodat langdurig zieken niet afhankelijk zijn van de goede wil van individuele leidsters zoals nu nog vaak het geval is. De AMD kan een instelling adviseren bij de invoering van een dergelijke verzuimaanpak. Van groot belang is vooral dat men aandacht <u>blijft</u> geven aan het ziekteverzuim, ook wanneer dit tot een aanvaardbaar niveau is gedaald. In het werk van leidinggevenden moet ziekteverzuim een structureel punt van aandacht zijn.
Eén AMD is van mening dat instellingen de verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding juist niet bij de leidinggevenden moeten leggen, maar bij iemand die wat hoger in de organisatie zit. In de eerste plaats omdat het, volgens hem, de verhouding tussen de leidster en uitvoerende kan schaden als de leidster zich kritisch moet opstellen ten aanzien

van het verzuim van de uitvoerende. Daarnaast heeft een staffunctionaris soms meer overzicht over het verzuim bij de hele instelling.
Door vier ondervraagden wordt aangegeven dat het van belang is dat binnen de instellingen gepraat wordt met mensen die lang of veel verzuimen om de achterliggende oorzaken van dit verzuim te achterhalen. De instelling moet daarbij in eerste instantie trachten zelf een oplossing te zoeken samen met betrokkene. In tweede instantie kan dan gevraagd worden of de BVG wil interveniëren.
Slechts één keer wordt naar voren gebracht dat meer en betere controle wenselijk is om het verzuim omlaag te brengen. Deze controle zou uitgevoerd moeten worden door lekencontroleurs met uitstelbevoegdheid (dat wil zeggen dat zij een einddatum voor de ziekte kunnen vaststellen).

Aan het eind van ieder gesprek is aan de verzekeringsgeneeskundige en de AMD gevraagd op welke manier hun functioneren effectiever zou kunnen verlopen. Hier scoorde de wens om de beschikking te hebben over betere verzuimcijfers onbetwist het hoogst. Met betere (dat wil zeggen recente, gedetailleerde en betrouwbare) cijfers zouden dan werkgevers in een vroeger stadium moeten worden benaderd dan thans het geval is. Daarnaast heeft één verzekeringsgeneeskundige behoefte aan epidemiologisch onderzoek naar de oorzaken van ziekteverzuim. Wanneer hierin meer inzicht is, kan de aandacht gericht worden op preventie. Ook bestaat er wel behoefte aan beter dossierbeheer en documentatie van casussen. Dit zou voor de verzekeringsgeneeskundigen tijdsbesparing kunnen opleveren.
Een aantal suggesties die zijn gedaan hebben betrekking op de taken en bevoegdheden van de AMD. Een aantal AMD-en zou uitbreiding van hun bevoegdheden willen hebben, in die zin dat ze sanctiemogelijkheden zouden willen hebben ten aanzien van werkgevers "die het niet goed doen", of althans maatregelen kunnen opleggen. Twee AMD-en zouden een wat andere taak willen hebben dan thans het geval is. Nu hebben AMD-en veel besprekingen over individuele gevallen. Eén AMD zou liever een meer voorlichtende rol spelen naar instellingen toe, een andere AMD zou graag meer geschoold willen worden in vergader- en onderhandelingstechnieken. Verder zou het functioneren van de AMD vaak efficiënter kunnen zijn als werkgevers eerder contact zouden leggen met de AMD, of wanneer er regelmatiger contact zou zijn. Wanneer de AMD betere administratieve onder-

steuning zou krijgen, zou er ook meer tijd vrijgemaakt kunnen worden voor contact met werkgevers.
Eén verzekeringsgeneeskundige vindt dat de BVG een kwalitatief betere begleiding moet geven bij ziekte. De HVG-en zijn hiertoe niet de aangewezen personen, dit zou moeten gebeuren door beroepskrachten (bijvoorbeeld bedrijfsartsen), in samenwerking met een bijgeschoolde AMD die meer bevoegdheden heeft.

6.6 Slotopmerkingen

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de maatregelen ter verlaging van het ziekteverzuim vooral betrekking hebben op het gevoerde (te voeren) beleid ten aanzien van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim. Bij één rayonkantoor is men bij bemiddeling en het nemen van maatregelen al sterk gericht op het bieden van oplossingen op instellingsniveau, dat wil zeggen men probeert te achterhalen of het verzuim is terug te voeren op bepaalde kernproblemen binnen de organisatie, en probeert deze dan aan te pakken.
De voorgestelde maatregelen hebben voor een deel betrekking op de aanpak van het ziekteverzuim en het invoeren van verzuimbegeleiding. Voor een deel ligt de nadruk ook op professionalisering, waarbij wordt geïmpliceerd dat dit onder meer bereikt moet worden door een andere, meer zakelijke benadering van het werken in de gezinsverzorging.
Daarnaast wordt benadrukt dat de aandacht met name ook op preventie gericht moet worden. Opvallend is dat hieromtrent door de verzekeringsgeneeskundigen veel verschillende aandachtspunten worden genoemd. Er is geen algemene beleidslijn over de wijze waarop preventie nader moet worden ingevuld: elke verzekeringsgeneeskundige heeft hierover andere denkbeelden. Dat geldt tot op zekere hoogte ook voor de maatregelen die zijn genoemd ter verlaging van het ziekteverzuim. Elke verzekeringsgeneeskundige geeft hieraan een iets andere invulling, afhankelijk van zijn interesses en denkbeelden.
Veel van de voorgestelde maatregelen hebben betrekking op de gezinsverzorging in het algemeen. Suggesties over wat de in dit onderzoek betrokken acht instellingen specifiek kunnen/moeten doen om het ziekteverzuim omlaag te brengen zijn voor de verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en moeilijk te geven omdat men in de meeste gevallen de instelling niet

erg goed kent, voor een deel komt dat omdat een aantal van de onderzochte instellingen tamelijk klein zijn. De verzekeringsgeneeskundigen (en ook de AMD-en) moeten hun aandacht en tijd verdelen over een groot aantal in het rayon gevestigde werkgevers. Kleine werkgevers zullen hierbij minder aandacht krijgen dan grote werkgevers. Ditzelfde geldt ook voor de problemen die zich voordoen bij de instellingen. Met instellingen waar het verzuim laag is, waar geen sprake is van arbeidsconflicten en waar allerlei zaken met betrekking tot werkhervatting en reïntegratie intern met de nodige souplesse worden geregeld, zal vanuit het rayonkantoor minder vaak contact worden opgenomen, terwijl anderzijds vanuit deze instellingen de behoefte aan contact met het rayonkantoor ook minder groot zal zijn.

7 DE ONDERZOCHTE INSTELLINGEN ONDERLING VERGELEKEN

7.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn steeds de meningen weergegeven over de oorzaken van het ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging en de mogelijke oplossingen daarvoor, van de diverse geledingen die bij een instelling in deze sector kunnen worden onderscheiden. Zo is in hoofdstuk 2 de visie hierover belicht van het management van de onderzochte instellingen, in hoofdstuk 3 hebben de ideeën hierover van de leidinggevenden centraal gestaan, in de hoofdstukken 4 en 5 zijn de uitvoerenden zelf aan het woord gekomen, en in hoofdstuk 6 zijn de meningen hierover weergegeven van degenen die van verzekeringsgeneeskundige zijde bemoeienis hebben met de onderzochte instellingen. Leggen we de meningen van de onderscheiden groepen naast elkaar, dan valt op dat door allen in feite vooral als bron voor het ziekteverzuim wordt aangewezen de zware fysieke belasting van het werk voor de uitvoerenden. Het zijn globaal gesteld vooral zware huishoudelijke werkzaamheden die bij de cliënten moeten worden gedaan - waarvoor per cliënt niet veel uren worden uitgetrokken - die niet alleen onder grote tijdsdruk bij de cliënt moeten worden verricht, maar ook bij meerdere cliënten per week (of per dag). Dat deze werkzaamheden op den duur een overbelasting kunnen veroorzaken wordt globaal genomen door het management, de verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en met name geweten aan het feit dat veel uitvoerenden ooit onder heel andere werkomstandigheden zijn begonnen in de gezinsverzorging en deze verzwaring van het werk niet aankunnen. Door de leidinggevenden wordt daarentegen meer gewezen op het feit dat ook nu nog velen met verkeerde verwachtingen over het werk in de gezinsverzorging gaan werken, terwijl door de uitvoerenden zelf de oorzaak voor deze overbelasting meer wordt toegeschreven aan de tijdsdruk waaronder men moet werken en het feit dat men tijdens het werk geen beroep kan doen op collega's of de leidinggevende. Bovengenoemde factoren kunnen worden beschouwd als meer algemene factoren die in de gezinsverzorging spelen en de vraag die dan opdoemt is waarom desondanks bij de ene instelling sprake is van een aanmerkelijk lager verzuim onder de uitvoerenden dan bij de andere instelling.

Bij de selectie van de instellingen is bewust gekozen voor een gelijke verdeling op dit punt; dat wil zeggen er is gesproken met vier instellingen met een relatief laag verzuim en met een qua regio en werkgebied vergelijkbare groep instellingen met een relatief hoog verzuim. De verwachting hierbij was dat door de instellingen met een laag verzuim vooral punten naar voren zouden worden gebracht waarom het voor hen niet onbegrijpelijk is waarom het verzuim bij hen veel lager is; en mede op grond daarvan veel adviezen zouden worden gegeven voor andere instellingen. In de praktijk bleek dit echter nauwelijks het geval: ook bij de instellingen met een laag verzuim werden heel wat knelpunten genoemd die voor de uitvoerenden bij de eigen instelling spelen en, evenals bij de instellingen met een hoog verzuim, veel suggesties naar voren gebracht hoe deze zouden moeten worden aangepakt. Hoofdstuk 4 geeft in feite eenzelfde beeld. Uit de vragenlijsten die de uitvoerenden hebben ingevuld komt naar voren dat vrijwel iedereen (zeer) tevreden is over het werken in de gezinsverzorging en goed tot zeer goed met de eigen leidinggevende kan opschieten; desondanks wordt door hen veel kritiek geuit op de organisatie van het werk en op veel punten gewezen die hierbij zeker verbeterd zouden moeten worden.
Bovenstaande geeft aan dat een hoog of laag verzuim bij een instelling niet aan één (simpele) factor kan worden toegeschreven en bij de vergelijking van de instellingen derhalve niet direct een opvallend verschil is te constateren dat volledig verklaard waarom de ene instelling te kampen heeft met een veel hoger verzuim dan de ander. De verschillen zijn voornamelijk aan te geven op grond van een combinatie van factoren en in dit geval ook meer gebaseerd op de uiteindelijke indruk van de onderzoekers dan op puur harde gegevens.

7.2 De veronderstellingen vooraf

Voorafgaand aan het veldwerk zijn een groot aantal hypothesen opgesteld die door het onderzoek bevestigd zouden kunnen worden. Voor een uitvoerige weergave van deze veronderstellingen wordt verwezen naar de interimrapportage (Veerman, 1987); onderstaand wordt hiervan een korte samenvatting gegeven.

Vooraf is verondersteld dat bij de instellingen met een relatief laag

verzuim één of meerdere van de volgende punten in de organisatie aanwezig zouden zijn:

- voor de vervanging van zieken zou geen beroep worden gedaan op collega's;
- er zou geen differentiatie zijn naar type hulpverlening of juist wèl een scherpe specialisatie binnen de instelling zijn naar langdurige en tijdelijke hulpverlening;
- er zou geen wachtlijst van cliënten zijn;
- de uitvoerenden zouden in een teamverband werken;
- de instelling zou een duidelijke stellingname hebben over wat cliënt en uitvoerende wel en niet van elkaar kunnen verwachten;
- er zou voor de instelling voldoende personeelsaanbod zijn;
- er zou vrij regelmatig contact zijn met de keuringsartsen;
- bij de selectie van personeel zou onder andere op de psychische geschiktheid van kandidaten worden gelet;
- het personeelsbestand van de instelling zou geen groot percentage (kleinere) deeltijders omvatten;
- de instelling zou voldoende ruimte geven voor adequate opleidingen en deskundigheidsbevordering;
- de sociale afstand tussen de leidinggevenden van de instelling en de uitvoerenden zou niet (te) groot zijn;
- de uitvoerenden zouden op gezette tijden wisselen van cliënt;
- er zou voor de uitvoerenden duidelijkheid zijn over haar of zijn vervanging bij ziekte;
- er zouden binnen de instelling "informele" personeelsactiviteiten plaatsvinden zoals festiviteiten, verenigingsleven, en dergelijke;
- bij de instelling zou men zich bij ziekte moeten melden bij de eigen leidinggevende;
- er zouden door de instelling wel eens spoedcontroles door de BVG worden aangevraagd;
- bij de instelling zou door de leidinggevenden vrij regelmatig contact worden onderhouden met de eigen zieken;
- er zouden in de hulpverlening van de instelling ook lichtere werksituaties aanwezig zijn;
- bij de instelling zou gebruik worden gemaakt van enige vorm van bedrijfsgeneeskundige begeleiding.

In de volgende paragraaf wordt bekeken of één of meerdere van bovengenoemde punten inderdaad aanwezig blijken te zijn bij de onderzochte

instellingen met een laag verzuim. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre dit ook de punten zijn waarop zij zich onderscheiden van de instellingen met een hoog verzuim en welke punten hierbij eventueel nog meer als kenmerkend voor instellingen met een laag verzuim naar voren komen.

7.3 De resultaten van de vergelijking

Voor de vergelijking is aan de hand van de gegevens uit de interviews eerst steeds per instelling nagegaan hoe in de praktijk de werkzaamheden binnen de instelling worden georganiseerd, welke interne overlegvormen er zijn, welke procedure wordt gevolgd bij een ziekmelding, en dergelijke. Vervolgens zijn deze gegevens naast elkaar gelegd en is voor de vier instellingen met een relatief laag verzuim bekeken op welke punten alle vier overeenkomen; en om de grens iets minder scherp te stellen op welke punten drie van de vier overeenkomen. Eenzelfde procedure is gevolgd voor de instellingen met een hoog verzuim onder de uitvoerenden.

Uit de vergelijking blijkt dat de vier onderzochte instellingen met een relatief laag verzuim de volgende kenmerken gemeenschappelijk hebben:
- er zijn weinig uitvoerenden met een full-time dienstverband en men heeft als instelling ook voorkeur voor wat kleinere contracten ("meer dan 32 uur is eigenlijk te veel");
- de uitvoerenden zijn ingedeeld naar vaste wijken/rayons;
- ongeveer de helft van de leidinggevenden heeft een MBO-opleiding;
- de leidinggevenden hebben elk 's ochtends een eigen spreekuur;
- de instelling heeft één of twee vaste keuringsartsen;
- bij de planning worden of (zoveel mogelijk) de regels van de instelling aangehouden over het maximale aantal adressen per week voor een uitvoerende, of er is bij de leidinggevenden in het algemeen veel aandacht bij de planning voor de individuele werklast van een uitvoerende;
- bij de instelling wordt door de leidinggevende een vrij frequent persoonlijk contact onderhouden met de eigen zieken.

Drie van de vier instellingen met een laag verzuim hebben daarnaast nog de volgende kenmerken met elkaar gemeen:
- de instelling biedt voornamelijk de traditionele hulp en niet bijvoorbeeld 7 x 24 uur, hulp op maat of avond-weekendhulp;
- er is hooguit pas sinds kort een wachtlijst van cliënten;

- er is binnen de instelling een differentiatie naar werksoort/type hulpverlening;
- door de leidinggevenden worden vrij regelmatig huisbezoeken afgelegd;
- de leidinggevenden houden naast hun rayonvergaderingen ook vrij regelmatig plenaire vergaderingen;
- door de leidinggevenden wordt per rayon, gezamenlijk gepland;
- de uitvoerenden hebben de ervaring dat men voldoende mogelijkheden heeft voor indivuele werkbesprekingen met de eigen leidinggevende;
- er worden door de leidinggevenden redelijk frequent groepswerkbesprekingen voor de uitvoerenden georganiseerd;
- de instelling heeft een personeelsvereniging en aan festiviteiten, en dergelijke, wordt aandacht gegeven.
- de instelling houdt verplichte cursussen voor de uitvoerenden of biedt hen ruime mogelijkheden voor het volgen van cursussen;
- er wordt door de instelling een introductiecursus gegeven en een vrij duidelijke proefperiode aangehouden (bijvoorbeeld een beoordeling na afloop, aan de hand van scoringslijsten);
- er wordt door de uitvoerenden geen uniform gedragen;
- de uitvoerenden moeten zich bij ziekte afmelden bij de eigen leidinggevende èn de cliënt;
- naar het oordeel van de AMD heerst er binnen de instelling een gemoedelijke sfeer mede samenhangend met de soepele stijl van leidinggeven van de zijde van het management en de regelmogelijkheden die de leidinggevenden hierdoor krijgen bij werkhervatting van langdurig zieken;
- om redenen dat er door de instelling zelf reeds voldoende aandacht wordt geschonken aan reïntegratiemogelijkheden, heeft de AMD weinig contact met de instelling.

Wanneer bovengenoemde kenmerken worden vergeleken met de punten die in de vorige paragraaf zijn weergegeven, dan blijken de volgende veronderstellingen door het onderzoek te worden ondersteund. Instellingen met een relatief laag ziekteverzuim onder uitvoerenden, hebben:
- een scherpe specialisatie binnen de instelling naar langdurige en tijdelijke hulpverlening;
- geen (grote) wachtlijst van cliënten;
- een vrij regelmatig contact met de keuringsarts (in dit geval: al lange tijd één (of meerdere) vaste keuringsartsen);

- bieden voldoende ruimte voor adequate opleidingen en deskundigheidsbevordering;
- binnen de instelling 'informele' personeelsactiviteiten zoals een personeelsvereniging, festiviteiten, en dergelijke;
- de regel dat een uitvoerende zich bij ziekte moet afmelden bij de eigen leidinggevende (maar bij de onderzochte instellingen óók bij de cliënt);
- houden vrij regelmatig contact met de zieken via hun eigen leidinggevenden.

De vraag die hierbij dan echter gesteld moet worden is of bij de instellingen met een hoog verzuim onder de uitvoerenden, deze kenmerken niet aanwezig zijn (en in feite ook niet de overige punten die in de vorige paragraaf zijn vermeld). Worden de vier betrokken instellingen hierop vergeleken, dan kan het volgende schema worden opgesteld.

Vergelijking van de instellingen met een laag verzuim versus de instellingen met een hoog verzuim op een aantal organisatiekenmerken

Organisatiekenmerken	aanwezig (+) of afwezig (-) binnen de:	
	instellingen met laag verzuim	instellingen met hoog verzuim
- geen (grote) wachtlijst van cliënten	+*	+
- één of twee vaste keuringsartsen	+	+
- uitvoerenden ingedeeld naar vaste wijken/rayons	+	+
- de leidinggevenden hebben 's ochtends eigen spreekuur	+	+
- leidinggevenden doen vrij regelmatig huisbezoeken	+	+
- leidinggevenden plannen (per rayon) gezamenlijk	+	+
- uitvoerenden vinden voldoende mogelijkheden te hebben voor individuele werkbespreking met de leidinggevende	+	+
- leidinggevenden organiseren redelijk frequent groepswerkbesprekingen	+	+
- uitvoerenden dragen in de praktijk geen uniform	+	+
- leidinggevenden in het algemeen onderhouden vrij frequent contact met de eigen zieken	+	--

Vervolg schema

Organisatiekenmerken	aanwezig (+) of afwezig (-) binnen de:	
	instellingen met laag verzuim	instellingen met hoog verzuim
- voor de planning zijn regels over het aantal adressen of er wordt door de leidinggevenden in het algemeen voldoende rekening gehouden met de individuele werklast	+	--
- de instelling houdt verplichte cursussen of biedt ruime mogelijkheden voor het volgen van cursussen	+	--
- er is een duidelijke proefperiode	+	--
- er is een personeelsvereniging, en dergelijke	+	--
- voornamelijk traditionele hulpverlening	+	--
(traditionele hulp + avond-weekendhulp)	(--)	(+)
- weinig uitvoerenden met full-time dienstverband en voorkeur voor kleinere contracten	+	--
(voorkeur voor grotere dienstverbanden)	(--)	(+)
- men moet zich bij ziekte afmelden bij de eigen leidinggevende èn de cliënt	+	--
(alleen afmelden bij eigen leidinggevende)	(--)	(+)
- leidinggevenden houden naast rayonvergaderingen ook vrij regelmatig plenaire vergaderingen	+	-
- circa de helft van de leidinggevenden met een MBO-achtergrond	+	-
- differentiatie naar type hulpverlening	+	--
(<u>geen</u> differentiatie)	(--)	(+)
- er wordt door de instelling zelf (voldoende) aandacht besteed aan reïntegratiemogelijkheden	+	-
- er is een gemoedelijke sfeer en soepele stijl van leidinggeven	+	-

* een '+' geeft aan: aanwezig bij minstens drie van de vier instellingen
een '--' geeft aan: bij geen of bij hooguit één instelling aanwezig
een '-' geeft aan: bij hooguit twee instellingen aanwezig

In tegenspraak met wat vooraf was verondersteld, blijkt uit dit schema dat bij alle vier onderzochte instellingen met een hoog verzuim onder hun uitvoerenden:

- er geen (grote) wachtlijst is van cliënten.

Bij drie van de vier onderzochte instellingen met een hoog verzuim is er daarnaast:

- geen differentiatie naar type hulpverlening;
- een vrij regelmatig contact met de keuringsartsen (in dit geval: al lange tijd één (of meerdere) vaste keuringsartsen);
- worden uitvoerenden bij voorkeur op grotere uren-contracten aangenomen;
- en is er de regel dat een uitvoerende zich bij ziekte moet afmelden bij de eigen leidinggevende.

Tevens hebben minstens drie van deze vier instellingen nog met de onderzochte instellingen waarbij sprake is van een relatief laag ziekteverzuim onder de uitvoerenden, gemeen dat:

- de uitvoerenden zijn ingedeeld naar vaste wijken/rayons;
- de leidinggevenden elk 's ochtends een eigen spreekuur hebben;
- er door de leidinggevenden vrij regelmatig huisbezoeken worden afgelegd;
- door de leidinggevenden (per rayon) gezamenlijk wordt gepland;
- de uitvoerenden de ervaring hebben dat men voldoende mogelijkheden heeft voor individuele werkbesprekingen met de eigen leidinggevende;
- er door de leidinggevenden redelijk frequent groepswerkbesprekingen voor de uitvoerenden worden georganiseerd, en
- er door de uitvoerenden geen uniform wordt gedragen.

De verschillen tussen de instellingen lijken op grond van deze vergelijkingen vooral de volgende punten te betreffen:

- **de mate van contact tussen leidinggevenden en de eigen zieken** (bij de instellingen met een laag verzuim lijkt dit contact frequenter, persoonlijker, en al met al door meer leidinggevenden te worden aangehouden dan bij de instellingen met een hoog verzuim)
- **de mate waarin bij de planning door de leidinggevende rekening wordt gehouden met de individuele werklast van de uitvoerende** (bij de instel-

lingen met een laag verzuim lijkt hiermee door alle leidinggevenden meer rekening te worden gehouden - of meer ruimte voor hen door de instelling te worden geboden - dan bij de instellingen met een hoog verzuim)

Voorbeeld:

Door leidinggevenden van een instelling met een laag verzuim worden de richtlijnen die men voor zichzelf aanhoudt bij het plannen, als volgt verwoord: "je moet bij het plannen proberen je mensen te ontzien qua aantal cliënten en qua aard van de cliëntsituaties. Qua aantal houden wij voor onszelf maximaal twee adressen per dag aan, want drie is te veel. Wanneer een cliënt plotseling uitvalt bespreken wij eerst met de uitvoerende wat ze zelf wil, dat wil zeggen meer uren bij een andere cliënt of een nieuwe cliënt. Bij uitvoerenden met grote contracten geef je ook wel eens vrij; met name bij degenen die altijd bereid zijn in te vallen, want dan vinden we 'voor wat hoort wat'. Een zware cliëntsituatie wordt vooraf doorgesproken met de uitvoerende, mede aan de hand van het intake-rapport en eventueel samen met de vorige uitvoerende. Deze tijd voor overleg krijgen zij ook doorbetaald";

- **de mate waarin binnen de instelling ruimte wordt gegeven voor deskundigheidsbevordering** (bij de instellingen met een laag verzuim worden meer mogelijkheden geboden voor het volgen van (korte) cursussen - en is dit in een aantal gevallen ook verplicht gesteld - dan bij de instellingen met een hoog verzuim)
- **het aanhouden van een duidelijke proefperiode** (bij de instellingen met een laag verzuim is vaker sprake van een soms vrij strenge proefperiode voor de kandidaten, in tegenstelling tot het merendeel van de instellingen met een hoog verzuim);

  Voorbeeld:

  "Tijdens de proefperiode krijgt men drie verschillende gezinnen en na afloop wordt men hierop beoordeeld mede aan de hand van scoringslijsten";
- **de aanwezigheid van 'informele' personeelsactiviteiten** (bij de instellingen met een laag verzuim is vaker sprake van bijvoorbeeld een personeelsvereniging, groepsuitstapjes e.d., dan bij de instellingen met een hoog verzuim)

- **de hulpverlening die de instelling biedt** (de instellingen met een laag verzuim leveren voornamelijk de traditionele hulp, in tegenstelling tot de instellingen met een hoog verzuim waarbij ook avond- en weekendhulp wordt verleend of 'hulp op maat')
- **de differentiatie naar type hulpverlening** (bij de instellingen met een laag verzuim werken de uitvoerenden óf in de langdurige óf in de tijdelijke hulpverlening, in tegenstelling tot het merendeel van de instellingen met een hoog verzuim waarbij de uitvoerenden in beide hulpsoorten worden ingezet)
- **de voorkeur van de instelling voor de grootte van het dienstverband** (de instellingen met een laag verzuim nemen bij voorkeur de uitvoerenden aan op wat kleinere contracten, in tegenstelling tot het merendeel van de instellingen met een hoog verzuim waarbij juist de voorkeur uitgaat naar de grotere urencontracten ("bij tijdelijke hulpverlening 20-40 uur per week"))
- **de meldingsprocedure bij ziekte** (bij het merendeel van de instellingen met een laag verzuim moet een uitvoerende zich bij ziekte afmelden bij de administratie, de eigen leidinggevende èn de (eerste) cliënt, in tegenstelling tot de instellingen met een hoog verzuim waarbij van de uitvoerende niet wordt verlangd dat men zich ook nog bij de cliënt afmeldt)
- **de mate van gezamenlijk overleg van alle leidinggevenden** (bij de instellingen met een laag verzuim is wat vaker sprake van (ook nog) plenaire vergaderingen van de leidinggevenden, dan bij de instellingen met een hoog verzuim)
- **de opleidingsachtergrond van de leidinggevenden** (bij de instellingen met een laag verzuim is wat vaker sprake van leidinggevenden met een MBO-opleiding dan bij instellingen met een hoog verzuim waarbij soms meer dan de helft van de leidinggevenden een HBO-opleiding als achtergrond heeft. Met name bij de stedelijke instellingen is dit een kenmerkend verschil)
- **de mate waarin door de instelling zelf aandacht wordt geschonken, ruimte wordt gegeven voor reintegratie** (de instellingen met een laag verzuim besteden, naar de indruk van de AMD-en, zelf meer aandacht aan mogelijkheden om hun (langdurig) zieken weer het werk te laten hervatten dan de instellingen met een hoog verzuim).

Tenslotte komt nog één verschilpunt naar voren dat echter ook aan toeval door de selectie zou kunnen worden toegeschreven, te weten de (sub)regio waarin de betrokken instellingen gevestigd zijn. Bij de selectie is het namelijk niet mogelijk geweest om binnen één regio zowel een instelling met een laag verzuim en een instelling met een hoog verzuim te selecteren. Naar de indruk van de verzekeringsgeneeskundigen en AMD-en wordt echter de omgeving van het merendeel van de instellingen met een hoog verzuim enigszins gekenmerkt door een lager arbeidsethos en geringere sociale controle dan gemiddeld. Met betrekking tot de instellingen met een laag verzuim wordt dit aspect door de verzekeringsgeneeskundige, AMD niet naar voren gebracht.

BIJLAGE

- introductiebrief voor de instellingen
- bevestigingsbrief voor de instellingen

  +

  introductiebrieven voor de deelnemers aan

  de gesprekken
- gesprekspuntenlijsten
- introductiebrief voor de langdurig zieken

  + antwoordformulier

BVG/32/TV/MH
020-5498491 , 11 april 1988

Geachte

Zoals u reeds bekend is, voert het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) in samenwerking met de Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn (A&W) van de Rijksuniversiteit Leiden een onderzoek uit naar de achtergronden van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Dit onderzoek wordt gefinancierd door de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). In de begeleidingscommissie van dit onderzoek hebben naast bovengenoemde instanties tevens nog zitting vertegenwoordigers namens de WMD, de CFO en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging.

Het onderzoek verloopt via verschillende deel-onderzoeken waarvan inmiddels zijn afgesloten (of reeds in de afrondingsfase verkeren):
- een analyse op statistische verzuimgegevens in de gezinsverzorging en een aantal andere werksoorten;
- een literatuurstudie en gesprekken met een aantal sleutelinformanten;
- een enquête onder een steekproef van uitvoerend personeel in de gezinsverzorging;
- een enquête onder alle instellingen voor gezinsverzorging.

Aan laatstgenoemde enquête heeft ook uw instelling medewerking verleend, waarvoor wij u langs deze weg nogmaals willen bedanken.

Voor de afronding van het onderzoek is een organisatie-onderzoek gepland binnen een beperkt aantal instellingen, waarin de nadruk zal liggen op het opsporen van achtergronden van het ziekteverzuim. Hiervoor willen wij nu uw medewerking vragen.
Via (groeps)interviews met de verschillende geledingen van een instelling zal in dit onderzoek worden nagegaan hoe allerlei factoren die het verzuim kunnen beïnvloeden, in de dagelijkse praktijk van de gezinsverzorging op elkaar inspelen. Mede aan de hand van deze gesprekken kan dan worden getracht belangrijke leerervaringen te destilleren voor de andere instellingen voor gezinsverzorging.

In overleg met de begeleidingscommissie is besloten voor dit deel van het onderzoek circa 8 instellingen te selecteren met een zekere spreiding naar grootte, werkgebied (dat wil zeggen, stad versus platteland) en zo mogelijk naar hoogte van ziekteverzuim (dat wil zeggen, hoger dan het gemiddelde versus lager dan het gemiddelde). Per instelling wordt dan gesproken met het management, de ondernemingsraad indien aanwezig, leidinggevenden en uitvoerenden.
De interviews worden op de instellingen zelf gehouden, en per instelling zo mogelijk allemaal op één dag. De gesprekken zullen elk hooguit 1,5 uur duren. Vooraf krijgen de deelnemers informatie over het onderzoek toegestuurd en een overzicht van de onderwerpen die in het gesprek aan de orde zullen komen.
Voor de samenstelling van de gespreksgroepen zijn tenslotte nog de volgende richtlijnen opgesteld:

1. Voor het gesprek met het management:
   De directeur en/of zijn of haar plaatsvervanger, alsmede de eventuele personeelsfunctionaris.

2. Voor het gesprek met de ondernemingsraad (indien in de instelling aanwezig):
   De voorzitter of secretaris, en circa 2 à 3 leden.

3. Voor het gesprek met de leidinggevenden:
   Aan het groepsinterview met de leidinggevenden zouden maximaal 6 à 7 personen moeten deelnemen op basis van vrijwilligheid. De instellingen kunnen hierover zelf hun kader polsen over hun bereidheid om aan zo'n gesprek deel te nemen en op die basis een groep van 6 à 7 leidinggevenden samenstellen. Bij deze samenstelling zal wel een zekere spreiding moeten worden aangehouden; bijvoorbeeld naar aantal jaren ervaring als leidinggevende, opleidingsachtergrond en aantal werkuren per week.

4. Voor het gesprek met de uitvoerenden:
   Aan het groepsgesprek met de uitvoerenden zouden eveneens 6 à 7 personen moeten deelnemen op basis van vrijwilligheid. Ook in dit geval kunnen de instellingen hiervoor zelf hun personeel benaderen omtrent hun bereidheid om hieraan deel te nemen en op die basis de groep samenstellen. Bij deze samenstelling zal een zekere spreiding moeten worden aangehouden naar leeftijd, aantal werkuren per week, als helpster of verzorgster werkzaam zijn, en dergelijke.

Tenslotte is het ook de bedoeling dat per instelling nog interviews worden gehouden met circa 3 langdurig zieken, maar deze zullen vanzelfsprekend bij hen thuis plaatsvinden.

Door middel van dit schrijven willen wij een beroep doen op uw medewerking aan dit onderzoek. Hoewel wij ons bewust zijn dat het voor uw instelling extra tijd en moeite zal betekenen, hopen wij desalniettemin dat wij op uw medewerking mogen rekenen. Uw ervaringen met de dagelijkse praktijk kunnen van groot belang zijn voor andere instellingen voor de gezinsverzorging.
Voor alle duidelijkheid willen wij in dit verband benadrukken dat de gegevens uit de gesprekken door ons volstrekt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Ook in publicaties over de resultaten van dit onderzoek zullen de instellingen en individuele personen die hieraan medewerking hebben verleend, op geen enkele wijze als zodanig herkenbaar

zijn. Het onderzoek is louter bedoeld om uit de naar voren gebrachte ervaringen belangrijke aandachtspunten te destilleren voor de instellingen in de gezinsverzorging in het algemeen.

De bezoeken aan de verschillende instellingen zullen zoveel mogelijk plaatsvinden in de maand mei 1988. Door middel van bijgaand datumbriefje kunt u aangeven welke dagen in deze maand voor uw instelling het meest geschikt zouden zijn. Via bijgevoegde portvrije antwoordenveloppe kunt u dit aan ons retourneren (liefst binnen een week), waarna wij telefonisch contact met u zullen opnemen om de definitieve datum voor de gesprekken vast te stellen. U krijgt dan van ons ook nadere informatie toegestuurd voor de samenstelling van de diverse gespreksgroepen, introductiebrieven voor de betrokkenen, en een overzicht van de onderwerpen die in de gesprekken aan de orde zullen komen.

Wij hopen dat wij op uw medewerking aan dit onderzoek mogen rekenen en danken u bij voorbaat voor de te nemen moeite.
Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u vanzelfsprekend altijd even telefonisch contact met ons opnemen (020 - 5498491).

Hoogachtend,

drs. T.J. Veerman
mevr. drs. R.J. van Amstel

ANTWOORDFORMULIER

Bijgaand zeggen wij medewerking toe aan het onderzoek onder instellingen voor gezinsverzorging.
Voor onze instelling zou één van onderstaande dagen* in de maand mei in aanmerking kunnen komen:

- .....
- .....
- .....

Voor het maken van nadere afspraken kunt u contact opnemen met:
....., telefonisch bereikbaar onder nummer: .....

* Indien de gesprekken op één dag zouden kunnen plaatsvinden, dan stellen wij ons de volgende dagindeling voor:
  09.00 - 10.30 uur gesprek met het management
  10.45 - 12.15 uur gesprek met de ondernemingsraad
  13.00 - 14.30 uur gesprek met leidinggevenden
  15.00 - 16.30 uur gesprek met uitvoerenden

NIA
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

Uw kenmerk
Uw brief van
Ons kenmerk BVG/35/TV/MH
Doorkiesnummer 020-5498491

Amsterdam , 25 april 1988

Betreft: Onderzoek achtergronden van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging.

Geachte

Allereerst willen wij u bedanken voor de toegezegde medewerking aan het organisatie-onderzoek binnen instellingen voor de gezinsverzorging. Tevens bevestigen wij bij deze de datum waarop wij uw instelling komen bezoeken voor het houden van de interviews, te weten:
mei 1988.

Onze voorkeur hierbij gaat uit naar onderstaande dagindeling:

09.00 - 10.30 uur	gesprek met het management (d.w.z. de directeur en/of zijn of haar plaatsvervanger, alsmede de eventuele personeelsfunctionaris).
10.45 - 12.15 uur	gesprek met de eventuele ondernemingsraad (d.w.z. de voorzitter of secretaris, en circa 2 à 3 leden).
13.00 - 14.30 uur	gesprek met leidinggevenden (d.w.z. bij voorkeur een groep van 6 à 7 personen, maar indien hiervoor minder leidinggevenden beschikbaar zijn dan mag deze groep natuurlijk minder deelnemers bevatten).
15.00 - 16.30 uur	gesprek met uitvoerenden (d.w.z. een groep van 6 à 7 personen).

Indien bovenstaande indeling u door omstandigheden echter minder goed uitkomt, dan gaan wij vanzelfsprekend accoord met een andere volgorde van de gesprekken op die dag.

Het is de bedoeling dat wij de resultaten van ieder gesprek samenvatten in aanwezigheid van, en in overleg met, de deelnemers. Hiervoor zou het plezierig zijn wanneer in de ruimten waarin de gesprekken worden gehouden een flipover met papier en viltstiften aanwezig is.

Telefoon 020/5498611
Telefax 020/46 23 10
Postbank 18 49 38
NMB Bank 69 78 11 506
Amrobank 43 36 86 006
Postadres
Postbus 5665
1007 AR Amsterdam
Bezoekadres
De Boelelaan 30/32
Amsterdam-Buitenveldert

In vervolg op onze brief van 11 april jl. zenden wij u bijgaand de aanwijzingen toe voor de samenstelling van de groep leidinggevenden en de groep uitvoerenden. Tevens hebben wij voor de deelnemers aan de gesprekken informatie bijgesloten over het onderzoek, te weten:

- een introductiebrief voor de leden van de ondernemingsraad (in 4-voud);
- een introductiebrief voor de leidinggevenden (in 8-voud);
- een introductiebrief voor de uitvoerenden (in 8-voud).

Wij gaan er van uit dat door u de diverse betrokkenen zullen worden benaderd voor medewerking aan het onderzoek en de introductiebrieven onder hen zullen worden verspreid.

Uiterlijk een week voordat wij bij u zullen komen, nemen wij nog telefonisch contact met u op. Tevens sturen wij u dan een overzicht toe van de onderwerpen die in ieder gesprek aan de orde zullen komen. Mocht u echter voor die tijd nog vragen hebben, dan kunt u vanzelfsprekend altijd even contact met ons opnemen (tel. 020 - 5498491).

Wij danken u bij voorbaat voor de te nemen moeite.

Hoogachtend,

p/o

drs. T. Veerman
mevr. drs. R. van Amstel

RICHTLIJNEN VOOR DE SAMENSTELLING VAN DE GESPREKSGROEP LEIDINGGEVENDEN

Algemeen

- De groep zal in principe uit 6 à 7 personen moeten bestaan. Omdat iemand altijd op het laatste moment verhinderd kan zijn, zou het plezierig zijn wanneer u 8 leidinggevenden benadert voor deelname aan het groepsinterview. (Indien in de instelling echter minder leidinggevenden beschikbaar zijn, dan zal vanzelfsprekend met een minder aantal deelnemers moeten worden volstaan).
- Voor de samenstelling van de groep zal een zekere spreiding moeten worden aangehouden naar:
  1. aantal jaren ervaring als leidinggevende;
     d.w.z. 3 à 4 met minder dan 5 jaar ervaring, en
     3 à 4 met meer dan 5 jaar ervaring
  2. opleidingsachtergrond;
     d.w.z. 3 à 4 met een HBO-opleiding, en
     3 à 4 met een MBO-opleiding
  3. aantal werkuren per week;
     d.w.z. 3 à 4 in deeltijd werkzaam, en
     3 à 4 full-time werkzaam

Schema

Het voorgaande zou tot de volgende samenstelling van de groep leidinggevenden kunnen leiden:

- minder dan 5 jaar werkervaring, HBO-opleiding, in deeltijd werkzaam	1x
- minder dan 5 jaar werkervaring, HBO-opleiding, full-time werkzaam	1x
- minder dan 5 jaar werkervaring, MBO-opleiding, in deeltijd werkzaam	1x
- minder dan 5 jaar werkervaring, MBO-opleiding, full-time werkzaam	1x
- meer dan 5 jaar werkervaring, HBO-opleiding, in deeltijd werkzaam	1x
- meer dan 5 jaar werkervaring, HBO-opleiding, full-time werkzaam	1x
- meer dan 5 jaar werkervaring, MBO-opleiding, in deeltijd werkzaam	1x
- meer dan 5 jaar werkervaring, MBO-opleiding, full-time werkzaam	1x
Totaal	—
	8 personen

Met nadruk willen wij erop wijzen dat bovenstaande de samenstelling van de groep zou kunnen zijn, maar dat dit vanzelfsprekend afhankelijk is van de mogelijkheden binnen uw instelling. U moet het schema daarom vooral zien als een hulpmiddel om in de gespreksgroep een bepaalde variatie aan te brengen.

RICHTLIJNEN VOOR DE SAMENSTELLING VAN DE GESPREKSGROEP UITVOERENDEN

Algemeen

- De groep zal uit 6 à 7 uitvoerenden moeten bestaan. Omdat iemand altijd op het laatste moment zou kunnen uitvallen, is het gewenst dat 8 uitvoerenden bereid worden gevonden om aan het groepsgesprek deel te nemen.
- Voor de samenstelling van de groep zal een zekere spreiding moeten worden aangehouden naar:
  1. als helpster of als verzorgster werkzaam;
     d.w.z. 3 à 4 helpsters, en
     3 à 4 verzorgsters
  2. aantal werkuren per week;
     d.w.z. 3 à 4 personen die minder dan 16 uur per week werkzaam zijn
     3 à 4 personen die meer dan 16 uur per week werkzaam zijn
  3. leeftijd;
     d.w.z. 3 à 4 personen jonger dan 40 jaar, en
     3 à 4 personen ouder dan 40 jaar

Indien mogelijk zou de groep moeten worden samengesteld uit uitvoerenden die onder zoveel mogelijk verschillende leidinggevenden ressorteren.

Schema

Het voorgaande zou tot de volgende samenstelling van de groep uitvoerenden kunnen leiden:

- helpster, minder dan 16 uur per week werkzaam, ouder dan 40 jaar	1x
- helpster, minder dan 16 uur per week werkzaam, jonger dan 40 jaar	1x
- helpster, meer dan 16 uur per week werkzaam, ouder dan 40 jaar	1x
- helpster, meer dan 16 uur per week werkzaam, jonger dan 40 jaar	1x
- verzorgster, minder dan 16 uur per week werkzaam, ouder dan 40 jaar	1x
- verzorgster, minder dan 16 uur per week werkzaam, jonger dan 40 jaar	1x
- verzorgster, meer dan 16 uur per week werkzaam, ouder dan 40 jaar	1x
- verzorgster, meer dan 16 uur per week werkzaam, jonger dan 40 jaar	1x
Totaal	—
	8 personen

Bovenstaand schema is uiteraard afhankelijk van de mogelijkheden hiertoe binnen uw instelling. U moet het daarom vooral zien als een hulpmiddel om een zekere spreiding aan te brengen in de samenstelling van de gespreksgroep uitvoerenden.

BVG/35/TV/MH
020-5498491

, 25 april 1988

Geacht ondernemingsraadlid,

Sinds vorig jaar doet het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging. Dit onderzoek wordt gefinancierd door de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Het NIA is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat zich richt op de problematiek van werk en gezondheid in arbeidssituaties en met name op de achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Het onderzoek verloopt via verschillende deelonderzoeken waarvan de meeste inmiddels zijn afgesloten (of reeds in de afrondingsfase verkeren).
Voor de afronding van het project is een organisatie-onderzoek gepland binnen een beperkt aantal instellingen, waarin de nadruk zal liggen op het opsporen van achtergronden van het ziekteverzuim. Uw instelling is één van de acht die wij voor dit deel van het onderzoek hebben gekozen. Voor dit onderzoek worden in de komende weken de interviews gehouden, en door middel van dit schrijven willen wij u hiervoor om medewerking vragen.

Het doel van het organisatie-onderzoek is om inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk van instellingen voor de gezinsverzorging, en na te gaan in hoeverre verschillende factoren die voor het ziekteverzuim van belang kunnen zijn in de praktijk op elkaar inwerken. Hiervoor willen wij groepsgesprekken voeren met de diverse betrokkenen in een instelling, dat wil zeggen uitvoerenden, leidinggevenden, de ondernemingsraad en het management. Aan de hand van deze gesprekken zal dan worden getracht een overzicht op te stellen van belangrijke ervaringen in de praktijk, waarmee instellingen in de gezinsverzorging rekening zullen kunnen houden.

Hiervoor is de inbreng van de ondernemingsraad van een instelling onmisbaar, aangezien u van nabij meemaakt waar de knelpunten kunnen zitten tussen de organisatie van een instelling en de praktische uitvoering van de werkzaamheden.

Wij stellen ons voor om in een gesprek met een vertegenwoordiging van de ondernemingsraad daarover van gedachten te wisselen. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u aan een dergelijk gesprek zou willen meewerken. Het gesprek zal ongeveer 1,5 uur duren. De datum, tijd en plaats zult u via het management van uw instelling vernemen. Ook de gesprekspunten die wij in dit gesprek aan de orde zouden willen stellen, ontvangt u nog van te voren via uw instelling.
Voor alle duidelijkheid willen wij in dit verband benadrukken dat de gegevens uit de gesprekken door ons volstrekt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Ook in publicaties over de resultaten van dit onderzoek zullen de instellingen en individuele personen die hieraan medewerking hebben verleend, op geen enkele wijze als zodanig herkenbaar zijn. Het onderzoek is louter bedoeld om uit de naar voren gebrachte ervaringen belangrijke aandachtspunten op te stellen voor de instellingen in de gezinsverzorging in het algemeen.

Wij hopen dat wij op u mogen rekenen.

Hoogachtend,

drs. T. Veerman
mevr. drs. R.J. van Amstel

BVG/35/TV/MH
020-5498491

, 25 april 1988

Geachte leidinggevende in de gezinsverzorging,

Sinds vorig jaar doet het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging. Dit onderzoek wordt gefinancierd door de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Het NIA is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat zich richt op de problematiek van werk en gezondheid in arbeidssituaties en met name op de achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Het onderzoek verloopt via verschillende deelonderzoeken waarvan de meeste inmiddels zijn afgesloten (of reeds in de afrondingsfase verkeren).
Voor de afronding van het project is een organisatie-onderzoek gepland binnen een beperkt aantal instellingen, waarin de nadruk zal liggen op het opsporen van achtergronden van het ziekteverzuim. Uw instelling is één van de acht die wij voor dit deel van het onderzoek hebben gekozen. Voor dit onderzoek worden in de komende weken de interviews gehouden, en door middel van dit schrijven willen wij u hiervoor om medewerking vragen.

Het doel van het organisatie-onderzoek is om inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk van instellingen voor de gezinsverzorging, en na te gaan in hoeverre verschillende factoren die voor het ziekteverzuim van belang kunnen zijn in de praktijk op elkaar inwerken. Hiervoor willen wij groepsgesprekken voeren met de diverse betrokkenen in een instelling, dat wil zeggen uitvoerenden, leidinggevenden, de ondernemingsraad en het management. Aan de hand van deze gesprekken zal dan worden getracht een overzicht op te stellen van belangrijke ervaringen in de praktijk, waarmee instellingen in de gezinsverzorging rekening zullen kunnen houden.

Hiervoor is de inbreng van leidinggevenden in de gezinsverzorging onmisbaar, aangezien u van nabij meemaakt waar de knelpunten kunnen zitten tussen de organisatie van een instelling en de praktische uitvoering van de werkzaamheden.

Wij stellen ons voor om in een gesprek met 6 à 7 leidinggevenden daarover van gedachten te wisselen. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u aan een dergelijk gesprek zou willen meewerken. Het gesprek zal ongeveer 1,5 uur duren. De datum, tijd en plaats zult u via het management van uw instelling vernemen. Ook de gesprekspunten die wij in dit groepsgesprek aan de orde zouden willen stellen, ontvangt u nog van te voren via uw instelling.
Voor alle duidelijkheid willen wij in dit verband benadrukken dat de gegevens uit de gesprekken door ons volstrekt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Ook in publicaties over de resultaten van dit onderzoek zullen de instellingen en individuele personen die hieraan medewerking hebben verleend, op geen enkele wijze als zodanig herkenbaar zijn. Het onderzoek is louter bedoeld om uit de naar voren gebrachte ervaringen belangrijke aandachtspunten op te stellen voor de instellingen in de gezinsverzorging in het algemeen.

Wij hopen dat wij op u mogen rekenen.

Hoogachtend,

drs. T. Veerman
mevr. drs. R.J. van Amstel

BVG/35/TV/MH
020-5498491

, 25 april 1988

Geachte helpster, verzorgster in de gezinsverzorging,

Sinds vorig jaar doet het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging. Dit onderzoek wordt gefinancierd door de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Het NIA is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat zich richt op de problematiek van werk en gezondheid in arbeidssituaties en met name op de achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Het onderzoek verloopt via verschillende deelonderzoeken waarvan de meeste inmiddels zijn afgesloten (of reeds in de afrondingsfase verkeren).
Voor de afronding van het project is een organisatie-onderzoek gepland binnen een beperkt aantal instellingen, waarin de nadruk zal liggen op het opsporen van achtergronden van het ziekteverzuim. Uw instelling is één van de acht die wij voor dit deel van het onderzoek hebben gekozen. Voor dit onderzoek worden in de komende weken de interviews gehouden, en door middel van dit schrijven willen wij u hiervoor om medewerking vragen.

Het doel van het organisatie-onderzoek is om inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk van instellingen voor de gezinsverzorging, en na te gaan in hoeverre verschillende factoren die voor het ziekteverzuim van belang kunnen zijn in de praktijk op elkaar inwerken. Hiervoor willen wij groepsgesprekken voeren met de diverse betrokkenen in een instelling, dat wil zeggen uitvoerenden, leidinggevenden, de ondernemingsraad en het management. Aan de hand van deze gesprekken zal dan worden getracht een overzicht op te stellen van belangrijke ervaringen in de praktijk, waarmee instellingen in de gezinsverzorging rekening zullen kunnen houden.

Hiervoor is de inbreng van helpsters en verzorgsters in de gezinsverzorging van groot belang, want u kunt tenslotte het beste beoordelen of en waar de problemen en knelpunten zich voordoen in de dagelijkse praktijk.

Wij stellen ons voor om in een gesprek met 6 à 7 helpsters en verzorgsters daarover van gedachten te wisselen. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u aan een dergelijk gesprek zou willen meewerken. Het gesprek zal ongeveer 1,5 uur duren. De datum, tijd en plaats zult u via het management van uw instelling vernemen. Ook de gesprekspunten die wij in dit groepsgesprek aan de orde zouden willen stellen, ontvangt u nog van te voren via uw instelling.
Voor alle duidelijkheid willen wij in dit verband benadrukken dat de gegevens uit de gesprekken door ons volstrekt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Ook in publicaties over de resultaten van dit onderzoek zullen de instellingen en individuele personen die hieraan medewerking hebben verleend, op geen enkele wijze als zodanig herkenbaar zijn. Het onderzoek is louter bedoeld om uit de naar voren gebrachte ervaringen belangrijke aandachtspunten op te stellen voor de instellingen in de gezinsverzorging in het algemeen.

Wij hopen dat wij op u mogen rekenen.

Hoogachtend,

drs. T. Veerman
mevr. drs. R.J. van Amstel

Gesprekspunten voor de interviews binnen de instellingen voor de gezinsverzorging.

Interview met het MANAGEMENT

1. Organisatiestructuur van de instelling.
1a. Korte karakteristiek van de inhoud van deze functie bij deze instelling
1b. Welke knelpunten ervaart men hierbij met name.

2a. Contacten met collega's buiten de instelling
2b. Interne overlegstructuren, dat wil zeggen:
- binnen het management
- met de ondernemingsraad
- met de leidinggevenden
- met de uitvoerenden

De analyse van de landelijke verzuimcijfers heeft laten zien dat het ziekteverzuim in de gezinsverzorging ver boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit blijkt vooral te worden veroorzaakt door het grote aantal zeer langdurige ziektegevallen, die ook vaak uitmonden in arbeidsongeschiktheid. Het verzuim is met name hoog bij de uitvoerende krachten (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters). De meest voorkomende oorzaak van het langdurig verzuim zijn rug- en spierklachten, maar ook psychische klachten zijn vaak oorzaak van langdurig ziekteverzuim (met name bij jongeren).

3. Komt het ziekteverzuim bij deze instelling overeen met het landelijke beeld (op welke punten wel, op welke punten niet).
3a. Door welke factoren/situaties in de dagelijkse praktijk wordt dit veroorzaakt.

4. Welke factoren/oorzaken spelen bij deze instelling met name een rol (en welke factoren spelen bij deze instelling in mindere mate).
4a. Redenen waarom de ene factor bij deze instelling een belangrijker oorzaak is van het ziekteverzuim onder uitvoerenden, dan de andere.

5. Zijn er initiatieven ontplooid bij deze instelling om het ziekteverzuim te verlagen, en zo ja, wat zijn de ervaringen hiermee.
5a. Welke initiatieven had men op dit punt nog meer willen ontplooien en waarom is dit in de praktijk niet gebeurd.
5b. Welke rol kan het management hierin met name spelen, en welke knelpunten ervaart men hierbij in de praktijk.

6. Wanneer we nu de problemen overzien die (bij deze instelling) ten grondslag liggen aan met name het langdurig ziekteverzuim onder uitvoerenden in de gezinsverzorging en men zou er drie mogen aanpakken: welke drie problemen zouden dat zijn en welke mogelijkheden ziet men daarvoor/op welke wijze zou men die willen oplossen.

Gesprekspunten voor de interviews binnen de instellingen voor de gezinsverzorging.

Interview met de ONDERNEMINGSRAAD

1. Korte beschrijving van de ondernemingsraad bij deze instelling (sinds wanneer ingesteld, hoeveel leden, hoe gekozen, taken en bevoegdheden, e.d.).

1a. Met welke problemen/knelpunten wordt men bij deze instelling met name geconfronteerd, als ondernemingsraad.

2a. Contacten met andere ondernemingsraden in de gezinsverzorging.

2b. Overlegmogelijkheden binnen de instelling, dat wil zeggen:
- met het management
- met de leidinggevenden
- met de uitvoerenden

De analyse van de landelijke verzuimcijfers heeft laten zien dat het ziekteverzuim in de gezinsverzorging ver boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit blijkt vooral te worden veroorzaakt door het grote aantal zeer langdurige ziektegevallen, die ook vaak uitmonden in arbeidsongeschiktheid. Het verzuim is met name hoog bij de uitvoerende krachten (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters). De meest voorkomende oorzaak van het langdurig verzuim zijn rug- en spierklachten, maar ook psychische klachten zijn vaak oorzaak van langdurig ziekteverzuim (met name bij jongeren).

3. Hoe komt het dat zoveel helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging langdurig verzuimen; wat zijn bij deze instelling daarvoor de belangrijkste oorzaken.

4. Welke rol zou de ondernemingsraad mogelijk kunnen vervullen ten aanzien van dit verzuim.

4a. Probeert men dit ook in de praktijk, en wat zijn de ervaringen hiermee.

5. Wanneer men de knelpunten die (bij deze instelling) met name het langdurig ziekteverzuim onder helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging veroorzaken zou aanpakken; welke drie knelpunten zou men dan met name willen oplossen, op welke wijze en welke rol zou men daarin als ondernemingsraad kunnen spelen.

Gesprekspunten voor de interviews binnen de instellingen voor de gezinsverzorging.

Interview met LEIDINGGEVENDEN

1. Korte karakteristiek van de inhoud van deze functie bij deze instelling respectievelijk de dagelijkse werkzaamheden van een leidinggevende

1a. Knelpunten, problemen in de dagelijkse praktijk.

2a. Contacten, overleg binnen de instelling, dat wil zeggen:
- met de collega's
- met de helpsters/verzorgsters
- met de ondernemingsraad
- met het management

De analyse van de landelijke verzuimcijfers heeft laten zien dat het ziekteverzuim in de gezinsverzorging ver boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit blijkt vooral te worden veroorzaakt door het grote aantal zeer langdurige ziektegevallen, die ook vaak uitmonden in arbeidsongeschiktheid. Het verzuim is met name hoog bij de uitvoerende krachten (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters). De meest voorkomende oorzaak van het langdurig verzuim zijn rug- en spierklachten, maar ook psychische klachten zijn vaak oorzaak van langdurig ziekteverzuim (met name bij jongeren).

3. Hoe komt het dat zoveel helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging langdurig verzuimen; wat zijn bij deze instelling daarvoor de belangrijkste oorzaken.

4. Ziet men al van tevoren aankomen dat iemand langdurig zal afhaken en wat kan men als leidinggevende daaraan eventueel nog doen.

5. Zijn er bij deze instelling wel eens pogingen ondernomen om het ziekteverzuim te verlagen, en wat zijn de ervaringen hiermee.

5a. Zouden andere maatregelen hiervoor eventueel beter zijn geweest. Welke, waarom en waarom zijn deze in de praktijk niet tot stand gekomen.

6. Wanneer we nu de problemen overzien die (bij deze instelling) met name het langdurig ziekteverzuim onder helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging veroorzaken en men zou er drie mogen aanpakken: welke drie problemen zouden dat zijn, hoe zou men die willen oplossen en welke rol zou men daarin als leidinggevende kunnen spelen.

Gesprekspunten voor de interviews binnen de instellingen voor de gezinsverzorging.

Interview met GEZINSHELPSTERS/VERZORGSTERS

1. Korte karakteristiek van de inhoud van deze functie bij deze instelling respectievelijk de dagelijkse werkzaamheden van een helpster/verzorgster

2a. Contacten, overleg binnen de instelling, dat wil zeggen:
- met de collega's
- met de leidinggevenden
- met de ondernemingsraad
- met het management

De analyse van de landelijke verzuimcijfers heeft laten zien dat het ziekteverzuim in de gezinsverzorging ver boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit blijkt vooral te worden veroorzaakt door het grote aantal zeer langdurige ziektegevallen, die ook vaak uitmonden in arbeidsongeschiktheid. Het verzuim is met name hoog bij de uitvoerende krachten (gezinshelpsters en gezinsverzorgsters). De meest voorkomende oorzaak van het langdurig verzuim zijn rug- en spierklachten, maar ook psychische klachten zijn vaak oorzaak van langdurig ziekteverzuim (met name bij jongeren).

3. Hoe komt het dat zoveel helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging langdurig verzuimen; wat zijn bij deze instelling daarvoor de belangrijkste oorzaken.

4a. Kent men zelf collega's die langdurig ziek zijn geweest?

4b. Ziet men van tevoren aankomen dat iemand langdurig zal afhaken en wat kan men als collega daaraan eventueel nog doen.

5. Zijn er bij deze instelling wel eens pogingen ondernomen om het ziekteverzuim te verlagen, en wat zijn de ervaringen hiermee.

5a. Zouden andere maatregelen hiervoor eventueel beter zijn geweest. Welke, waarom en waarom zijn deze in de praktijk niet tot stand gekomen.

6. Wanneer we nu de problemen overzien die (bij deze instelling) met name het langdurig ziekteverzuim onder helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging veroorzaken en men zou er drie mogen aanpakken: welke drie problemen zouden dat zijn, hoe zou men die willen oplossen en welke rol zou men daarin als helpster/verzorgster kunnen spelen.

NIA
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

Uw kenmerk
Uw brief van
Ons kenmerk BVG/35/TV/MH
Doorkiesnummer 020 - 5498 491

Amsterdam juni 1988

Geachte mevrouw,

Sinds vorig jaar doet het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) onderzoek naar het ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Dit onderzoek gebeurt in opdracht van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG). Het NIA is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat zich richt op de problematiek van werk en gezondheid in arbeidssituaties.

Voor de afronding van het project is een organisatie-onderzoek gepland binnen een beperkt aantal instellingen, waarin de nadruk zal liggen op het opsporen van achtergronden van het ziekteverzuim. De instelling waar u werkzaam bent is één van de acht die wij voor dit deel van het onderzoek hebben gekozen.

Eén van de doelen van het onderzoek is om na te gaan hoe het verband ligt tussen ziekte en de arbeidsomstandigheden. Degenen die het beste kunnen toelichten hoe dat in de praktijk wordt ervaren zijn helpsters en verzorgsters die op dit moment ziek thuis zijn, of dat net zijn geweest. Op ons verzoek heeft de BVG een aantal zieken uit de gezinsverzorging gekozen, waaronder u, en aan hen deze brief toegezonden. Wij willen hierbij een beroep op u doen om medewerking aan het onderzoek te verlenen.

Voor alle duidelijkheid willen wij in dit verband benadrukken dat de gegevens uit de gesprekken door ons volstrekt vertrouwelijk zullen worden behandeld. Ook in publicaties over de resultaten van dit onderzoek zullen de instellingen en individuele personen die hieraan medewerking hebben verleend, op geen enkele wijze als zodanig herkenbaar zijn.

Telefoon 020/5498 611
Telefax 020/46 23 10

Postbank 18 49 38
NMB Bank 69 78 11 506
Amrobank 43 36 86 006

Postadres
Postbus 5665
1007 AR Amsterdam

Bezoekadres
De Boelelaan 30/32
Amsterdam-Buitenveldert

Wij willen graag weten of u in principe bereid bent bij u thuis een gesprek van ca. 1 uur met een van de onderzoekers te voeren. Overigens bestaat de mogelijkheid dat er van uw bereidheid tot medewerking geen gebruik gemaakt zal worden, namelijk als per instelling meer dan het gewenste aantal langdurig zieken zich voor een gesprek opgeven.
Wanneer u bereid bent om aan het onderzoek deel te nemen, kunt u ons dit laten weten door bijgevoegd antwoordformulier op te sturen in de portvrije enveloppe. In verband met de organisatie van het onderzoek zouden wij het op prijs stellen als wij uw antwoord spoedig ontvangen. Laat u het ons ook weten indien u niet aan het onderzoek wilt deelnemen?

Mocht u nadere inlichtingen willen hebben over het onderzoek dan kunt u ons natuurlijk even bellen (020 - 5498 491).

Wij hopen dat wij op u mogen rekenen.

Hoogachtend,

drs. T. Veerman
mevr. drs. D. Lenshoek

A N T W O O R D F O R M U L I E R

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon:

0 Ja, ik ben bereid om een vertrouwelijk gesprek te hebben met een van de onderzoekers. U kunt met mij contact opnemen om een afspraak te maken.

Mijn functie in de gezinsverzorging is:

0 helpster

0 verzorgster

0 gespecialiseerd gezinsverzorgster

0 leidinggevende

0 anders, namelijk: _____

0 Nee, ik kan of wil geen medewerking aan dit onderzoek verlenen.

U kunt dit formulier, zonder postzegel, in bijgaande enveloppe toesturen aan:
NIA, t.a.v. mevr. D. Lenshoek,
Antwoordnummer 1316, 1000 SL Amsterdam