

ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

T.J. VEERMAN

44-96

WORDT NIET UITGELEEND

NI A

ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

HET ONDERZOEK WAARVAN DIT RAPPORT DE RESULTATEN BEVAT IS UITGEVOERD IN OPDRACHT VAN DE BEDRIJFSVERENIGING BVG, UITVOERINGSORGAAN SOCIALE VERZEKERINGSWETTEN; AAN DE FINANCIERING VAN HET ONDERZOEK IS MEDE BIJGEDRAGEN DOOR HET DEPARTEMENT VAN WVC

ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

RESULTATEN VAN EEN ONDERZOEK NAAR
ACHTERGRONDEN, ALSMEDE AANBEVELINGEN
VOOR AANPAK VAN HET PROBLEEM

T.J. VEERMAN

AMSTERDAM/LEIDEN, JANUARI 1989

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN NIA
WERKGROEP ARBEIDSVRAAGSTUKKEN EN WELZIJN A&W

2de druk

ISBN 90-6365-014-O

INHOUD

<i>Overzicht van deelrapporten</i>	7
<i>Voorwoord</i>	9
<i>De opzet van dit rapport</i>	11
1 Achtergrond en opzet van het onderzoek	13
1.1 Voorgeschiedenis	13
1.2 Vraagstelling en onderzoeksopzet	13
1.3 Het belang van vergelijkend onderzoek	14
1.4 Globale fasering van het onderzoek	15
1.5 Resumé	16
2 Een denkkader over ziekteverzuim	17
2.1 Theoretisch kader	17
2.2 Het model belasting/belastbaarheid	21
2.3 Het "beslissingsmodel"	21
2.4 Stress en "burnout"	22
2.5 Preventie van ziekteverzuim en "stress"	25
2.6 Resumé	26
3 Gehanteerde gegevens	29
3.1 Vergelijkende analyse van individuele verzuimgegevens	29
3.2 Studie naar bronnen van cijfermateriaal over ziekteverzuim in de kwartaire sector	30
3.3 Diagnose-registratie	31
3.4 Literatuurstudie	32
3.5 Sleutelinformanten	32
3.6 Vragenlijst-onderzoek onder een steekproef van uitvoerend personeel	33
3.7 Vragenlijst-onderzoek onder de instellingen voor gezinsverzorging	36
3.8 Organisatie-onderzoek binnen acht instellingen en interviews met verzekeringsgeneeskundigen en langdurig zieken	36
3.9 Resumé	39
4 Portret van de sector gezinsverzorging	41
4.1 Schets van de gezinsverzorging in Nederland	41
4.2 De werknemerspopulatie in de gezinsverzorging	43
4.3 Enige kenmerken van de werksituatie	46
4.4 Enige kenmerken van de instellingen	49
4.5 Resumé	50
5 Analyse en localisering van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging	53
5.1 Hoogte, ontwikkeling en structuur van het verzuim	53
5.2 Nadere analyse van individuele verzuimcijfers	57
5.3 Diagnoses bij WAO-toetreding en bij langdurig verzuim.	63
5.4 Resumé	68

6	Arbeidsbelasting als oorzaak van verzuim	71
6.1	De fysieke werkbelasting	71
6.2	De psycho-sociale werkbelasting	73
6.3	Organisatie-aspecten	75
6.4	Resumé	77
7	Factoren die de belastbaarheid bepalen	79
7.1	Belastbaarheid van reeds aanwezig personeel	79
7.2	Werving, selectie en introductie van nieuw personeel	83
7.3	Resumé	85
8	De verzuimdrempel	87
8.1	Verzuimgelegenheid	87
8.2	Verzuimbehoefte	89
8.3	Resumé	91
9	De hervattingsdrempel	93
9.1	De aard van het werk	93
9.2	Sociale en organisatie-aspecten	95
9.3	De rol van de BVG	98
9.4	Resumé	100
10	Algemene en organisatorische aspecten	103
10.1	Professionaliteit van de werksoort	103
10.2	De positie van het middenkader	105
10.3	Middelen en motieven tot verzuimbeleid	106
10.4	Resumé	108
11	Conclusies en aanbevelingen	109
11.1	Inleiding	109
11.2	Algemene aspecten van het verzuim	110
11.3	De werkbelasting	112
11.4	De belastbaarheid	116
11.5	De verzuimdrempel	122
11.6	De hervattingsdrempel	124
11.7	Algemene aspecten	127
12	Overzicht van aanbevelingen	129
12.1	De conclusies in vogelvlucht	129
12.2	Overzicht van aanbevelingen	130
	Literatuur	139
	Bijlage:	
	Plan van aanpak ziekteverzuim	141

OVERZICHT VAN DEELRAPPORTEN

In het kader van het onderzoek "Ziekteverzuim in de gezinsverzorging" is een serie tussen- en deelrapporten samengesteld, waarop deze eindrapportage grotendeels is gebaseerd. Dit zijn de volgende rapporten:

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.

Bovengenoemde rapporten zijn verkrijgbaar voor f 12,50 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.

Van het voor u liggende rapport zijn extra exemplaren verkrijgbaar onder bestelnr. 014 voor f 22,50 per stuk (excl. verzend- en administratiekosten).

VOORWOORD

In dit rapport zijn de resultaten samengevat van een diepgaand onderzoek naar de achtergronden van het hoge ziekteverzuim in de gezinsverzorging. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG); aan de financiering ervan is mede bijgedragen door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

In de loop van het project zijn de onderzoekers bijgestaan door een Begeleidingscommissie, die bestond uit de volgende personen:

de heer Chr.G. Sluyter, adjunct-directeur Wetsuitvoering BVG (voorzitter)
mr. M.W.J.P. Pompe, arts, medisch adviseur BVG
drs. A.W. Schuringa, chef afdeling Bedrijfsinformatie BVG
de heer H.C. Beudeker, chef staf Wetsuitvoering BVG
drs. H.J. Klaassens, Ministerie van WVC, afdeling Gezinsverzorging
de heer A.A. Bal, CFO (tevens vertegenwoordigend Abva-Kabo)
de heer J. Kloosterman, directeur KSA 's-Gravenhage
de heer J.W.M. Stuyt, VOG (Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector; voorheen WMD)
drs. G.A.P. Rutten, Centrale Raad voor Gezinsverzorging.

Voor het welslagen van een onderzoek speelt een Begeleidingscommissie steeds een belangrijke rol: deze commissie is het forum waaraan onderzoekers hun tussen- en eindresultaten voorleggen en waarin belangrijke keuzemomenten van het onderzoek worden besproken. In dit project hebben de onderzoekers de samenwerking met hun Begeleidingscommissie als bijzonder prettig ervaren. Niet alleen tijdens de vergaderingen, maar ook daarbuiten hebben de leden van de commissie hen met raad en daad terzijde gestaan en belangrijke delen van het onderzoeksmateriaal aangedragen. Voor deze actieve inzet zijn de onderzoekers de Begeleidingscommissie zeer erkentelijk.

Het project is uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) te Amsterdam en de Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn (A&W) van de Rijksuniversiteit te Leiden. Binnen beide instituten hebben vele medewerkers een bijdrage geleverd aan het onderzoek. De kern van het projectteam werd gevormd door:

- vanuit het NIA: mw. drs. R. van Amstel, ir. H.J. Kruidenier, mw. drs. D. Lenshoek, drs. T.J. Veerman;
- vanuit A&W: mw. dr. H.S. Merens-Riedstra, drs. J. Swaan, dhr. F.C. Verboon.

Vele statistische analyses zijn op bekwaam wijze verricht door drs. A.H. Nieuwland (A&W). Secretariële ondersteuning werd verleend door mw. S. van der Lugt en mw. M. Haak (NIA) en mw. M. Brugman (A&W). Daarnaast hebben vele medewerkers tijdens de voorbereiding en uitvoering van het project praktische hulp, commentaar en advies geboden; voor deze "sociale ondersteuning" - waarvan het grote belang ook in dit rapport wordt aangetoond - zeggen de onderzoekers hun collega's dank.

Ook buiten de beide onderzoeksinstituten is veel werk verzet ten behoeve van dit project. Medewerkers van de BVG hebben een belangrijke bijdrage geleverd met name door de registratie van diagnose-gegevens, door het beschikbaar stellen van gegevens uit het "Klein Systeem" en door het benaderen van langdurig zieken t.b.v. interviews. Door bureau Veldkamp Marktonderzoek bv te Amsterdam is de praktische uitvoering van de enquête onder werknemers vlot en deskundig verricht. De tekstverwerking van enkele vragenlijsten was in vertrouwde handen bij mw. I. de Graaf van bureau Astra-Com te Oegstgeest.

De belangrijkste bijdrage aan dit onderzoek is echter die van "het veld", van de gezinsverzorging zelf. De bereidheid om hetzij via vragenlijsten, hetzij via interviews mee te werken aan dit onderzoek is bijzonder groot geweest. De goede informatie-voorziening naar het veld toe, met name ook via leden van de Begeleidingscommissie, heeft daartoe zeker bijgedragen.

Response-percentages van 90% respectievelijk 85%, die bereikt werden bij de enquêtes onder uitvoerend personeel resp. onder instellingen, zijn in sociaal-wetenschappelijk onderzoek hoogst uitzonderlijk. Wij beschouwen dit als een teken dat voor de thema's ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden binnen de gezinsverzorging grote belangstelling leeft en dat het veld zelf duidelijk behoefte heeft om over deze thema's gehoord te worden. Dit lijkt een goede voedingsbodem voor actief beleid tot verlaging van ziekteverzuim en tot optimalisering van arbeidsomstandigheden.

Het belang van een dergelijk beleid, waartoe in dit rapport een groot aantal aanbevelingen wordt gedaan, stijgt ons inziens uit boven dat van de sector gezinsverzorging alleen. De overheid heeft de laatste jaren enkele belangrijke wettelijke regels gesteld in de vorm van de Arbeidsomstandigheden-wet (Arbo-wet) en de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW). Voor de acceptatie van deze wettelijke regels binnen het bedrijfsleven is van groot belang dat juist ook daar waar de overheid zelf een bijzondere verantwoordelijkheid draagt (de kwartaire sector), de uitvoering van Arbo-wet en WAGW actief ter hand wordt genomen. Wanneer dit gebeurt - bijvoorbeeld in een sector als de gezinsverzorging - kan daarvan een positieve uitstraling naar andere sectoren uitgaan.

DE OPZET VAN DIT RAPPORT

Aan het slot van ieder hoofdstuk wordt een kort resumé gegeven, zodat de lezer zich snel kan oriënteren op de onderwerpen die in ieder hoofdstuk aan de orde komen.

De hoofdstukken behandelen de volgende onderwerpen.

In hoofdstuk 1 wordt een schets gegeven van de voorgeschiedenis, vraagstelling, algemene opzet en fasering van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 beschrijft het algemene denkkader over ziekteverzuim, dat in de eerste fase van het project is ontwikkeld en de leidraad vormde voor de latere fasen. Verder bevat dit hoofdstuk een aantal uitkomsten van de literatuurstudie die binnen het project is verricht.

In hoofdstuk 3 worden de vele verschillende gegevensbronnen en onderzoeksmethoden beschreven die in dit onderzoek zijn gehanteerd. Dit hoofdstuk geeft aldus de empirische verantwoording van het rapport.

Hoofdstuk 4 bevat een "portret" van de sector gezinsverzorging, mede in vergelijking met andere delen van de kwartaire sector. Dit hoofdstuk is vooral bedoeld voor hen die minder bekend zijn met deze werksoort.

In hoofdstuk 5 beginnen we met het stellen van de "verzuimdiagnose". Aan de hand van een aantal cijfermatige gegevens wordt de hoogte en structuur van het verzuim in de gezinsverzorging, vergeleken met andere sectoren, nagegaan.

In de daarop volgende vijf hoofdstukken worden vele factoren besproken die van invloed kunnen zijn op het ziekteverzuim; het belang van deze factoren wordt daarbij mede getoetst aan gegevens die in verschillende delen van het onderzoek zijn verzameld.

Hoofdstuk 6 behandelt mogelijke factoren op het gebied van de arbeidsbelasting in de gezinsverzorging.

Hoofdstuk 7 is gewijd aan mogelijke verklaringen in de sfeer van de belastbaarheid van het personeel.

In hoofdstuk 8 wordt de "verzuimdrempel" besproken.

Hoofdstuk 9 gaat over de mogelijke "hervattingsdrempel" en de begeleiding van (langdurig) zieken.

In hoofdstuk 10 komt een aantal meer algemene en organisatorische aspecten van de verzuimproblematiek aan de orde.

Hoofdstuk 11 vat de belangrijkste conclusies van het totale onderzoek samen, en biedt daarbij een aantal aanbevelingen voor maatregelen die het ziekteverzuim kunnen terugdringen.

In hoofdstuk 12 worden de globale uitkomsten van het onderzoek nogmaals in vogelvlucht beschreven, evenals de strekking van de aanbevelingen.

1 ACHTERGROND EN OPZET VAN HET ONDER- ZOEK

In dit hoofdstuk wordt de voorgeschiedenis van het onderzoek en de algemene vraagstelling geschetst. Daarna komt de globale onderzoeksopzet aan de orde, waarbij speciaal wordt stilgestaan bij het belang van vergelijkende onderzoeksmethoden. Tenslotte vatten we de fasering van het project samen.

1.1 Voorgeschiedenis

Ziekteverzuim is een maatschappelijk, sociaal en organisatorisch probleem dat in Nederland al sinds vele jaren aandacht krijgt, zowel in de vorm van wetenschappelijk onderzoek als in allerlei beleidsmaatregelen. Toch is er in die grote aandacht jarenlang een zekere eenzijdigheid te bespeuren geweest: meestal stond het particuliere bedrijfsleven in het brandpunt van de belangstelling, en slechts zelden vormde de kwartaire sector onderwerp van studie en beleid. Toch omvat de kwartaire sector (die bestaat uit de overheid plus de gepremieerde en gesubsidieerde sector) ongeveer een derde deel van de Nederlandse werknemers.

Binnen de toenmalige Stichting CCOZ (Coördinatie Onderzoek Ziekteverzuim; inmiddels opgegaan in het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA) was dit aanleiding om eindelijk de verzuimproblematiek in de kwartaire sector aan nadere studie te onderwerpen. Dit plan ondervond belangstelling vanuit de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG), die uitvoerder is van onder meer de Ziektewet en de WAO voor grote delen van de kwartaire sector. In onderling overleg werd besloten om het onderzoek speciaal te richten op de gezinsverzorging, aangezien in die sector van een zorgwekkend hoog verzuim sprake is. Vragen daarover waren reeds gesteld binnen de ledenraad van de BVG, hetgeen mede aanleiding was tot deze toespitsing van het onderzoek.

Na verdere uitwerking van dit onderzoeksplan werd contact opgenomen met het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), dat als financier en regelgever direct bij de gezinsverzorging is betrokken. Ook het ministerie bleek geïnteresseerd in een dergelijk onderzoek, en was bereid om bij te dragen in de kosten daarvan.

Bij de voorbereidingen van het project werd al vanaf een vroeg stadium samenwerking gezocht met de Werkgroep Arbeidsvraagstukken en Welzijn (A&W) van de Rijksuniversiteit te Leiden, een onderzoeksgroep waar reeds een aantal jaren ervaring bestond met de ziekteverzuim-problematiek in een onderdeel van de kwartaire sector (nl. het onderwijspersoneel). De uitvoering van het onderzoek geschiedt dan ook in een samenwerkingsverband tussen Stichting CCOZ, c.q. het NIA, en de Werkgroep A&W. Met de uitvoering is per november 1986 aangevangen.

1.2 Vraagstelling en onderzoeksopzet

De algemene vraagstelling van het onderzoek luidt:

Welke factoren zijn bepalend voor het ziekteverzuim in de gezinsverzorging? In hoeverre zijn deze factoren specifiek voor die sector, en in hoeverre

zijn dezelfde factoren ook elders in de kwartaire sector aanwezig? Voor zover dat laatste het geval is: veroorzaken deze factoren ook elders een hoog verzuim? In hoeverre zijn de relevante factoren veranderbaar; door wie?

Juist omdat tot nu toe zo weinig specifieke kennis bestaat over de achtergronden van verzuim in de kwartaire sector, terwijl die achtergronden mogelijk toch wat anders liggen dan in het particuliere bedrijfsleven, is een opzet gekozen waarin veel tijd werd ingeruimd voor een serie voorstudies. Die voorbereidende studies hadden een ruimer blikveld dan alleen de gezinsverzorging: er is ook gekeken naar andere delen van de kwartaire sector, en naar andere beroeps- en personeelscategorieën die wellicht enige overeenkomsten met de gezinsverzorging vertonen.

Vanwaar die aandacht voor andere sectoren en beroepsgroepen?

We vermeldde reeds dat de kwartaire sector een tamelijk achtergebleven terrein is in ziekteverzuim-onderzoek; cijfers en studies in deze sector waren tot voor kort schaars.

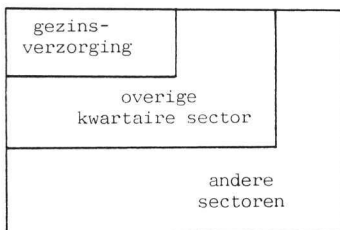
Voor onderzoek naar verzuim in de gezinsverzorging betekent dat een grote handicap, omdat we niet kunnen beschikken over goed vergelijkingsmateriaal. De kwartaire sector heeft immers enkele specifieke kenmerken die sterk afwijken van het bedrijfsleven, waardoor ook de verzuimproblematiek in deze sector wellicht anders ligt. Enkele van die specifieke kenmerken zijn:

- *de financieringswijze*: de kwartaire sector werkt grotendeels niet op commerciële basis, maar ontvangt geld uit de collectieve middelen;
- *de aard van het werk*: de kwartaire sector is een dienstverlenende sector, waarbij diensten vaak worden verricht in "persoonlijke" vorm, in direct contact met de cliënt;
- *de personeelsopbouw*: het personeelsbestand omvat veel meer vrouwen en parttimers dan het particuliere bedrijfsleven.

De verzuimproblematiek in de kwartaire sector, dus ook in de gezinsverzorging, kan daardoor specifieke aspecten hebben. Daarom mag in onderzoek en beleid niet zomaar worden teruggevallen op de ervaringen met ziekteverzuim in het bedrijfsleven (al kunnen ook daaruit nuttige wenken voortkomen). Om deze reden is in de voorstudies ook aandacht besteed aan gegevens over andere delen van de kwartaire sector en aan literatuur die meer algemene achtergronden van verzuim in dienstverlenende beroepen kan belichten.

1.3 Het belang van vergelijkend onderzoek

In de onderzoeksopzet, althans binnen de verschillende voorstudies, is dus veel plaats ingeruimd voor *vergelijkend* onderzoek tussen de gezinsverzorging en andere sectoren. Wij willen hierbij nog even stilstaan, omdat daarmee kan worden duidelijk gemaakt welke soort conclusies uit welke delen van het onderzoek kunnen worden getrokken. We kunnen een vergelijkende opzet als onderstaand schetsen:



Wanneer we alleen *binnen* het blok gezinsverzorging onderzoek verrichten, kunnen we daaruit ook alleen maar conclusies trekken over factoren die binnen deze sector variabel zijn. Zo kan men personen of instellingen met hoog en laag verzuim binnen deze sector pogen te vergelijken, en na-

gaan op welke kenmerken zij verschillen. Dat kan zeer nuttige inzichten opleveren. Maar het is niet zeker dat men daarmee ook antwoord krijgt op de vraag waarom de sector *als totaal* gemiddeld een hoog ziekteverzuim heeft: verschillen in verzuim tussen personen en instellingen zouden deels ook toevallige variatie rond een structureel hoog gemiddelde kunnen zijn, en zo'n structureel hoog gemiddelde zou deels ook kunnen liggen aan factoren die binnen de sector geen variabelen, doch constante gegevensheden zijn. Op deze zaken krijgt men pas zicht door de sector als geheel te vergelijken met andere sectoren. Een vergelijkende opzet kan dus leiden tot verder strekkende, soms ook meer structurele conclusies.

We noemen het belang van een vergelijkende onderzoeksopzet hier zo nadrukkelijk, omdat het totale onderzoek slechts ten dele van vergelijkende aard was. Een groot deel van het onderzoeksmateriaal - met name enquêtes, groeps- en individuele interviews; zie verder hoofdstuk 3 - is uitsluitend binnen de gezinsverzorging verzameld. Hoewel de uitkomsten van dat materiaal kwantitatief erg 'hard' lijken, mag men zich daarop niet blind staren: er kunnen meer factoren in het spel zijn dan die welke uit dit materiaal blijken. Ook in de conclusies van dit rapport zullen dan ook enkele zaken aan de orde komen die verder strekken dan de uitkomsten van dat materiaal alleen. De wetenschappelijke verantwoording daarvan ligt in de hier geschetste vergelijkende methode.

Het feit overigens dat althans in de voorstudies binnen dit project veel vergelijkende gegevens zijn verzameld, betekent ook dat dit project een meerwaarde heeft boven de waarde voor de sector gezinsverzorging. Het vergelijkend cijfermateriaal, de uitkomsten van de literatuurstudie en het ontwikkelde denkkader over ziekteverzuim zijn opbrengsten van dit project die ook van waarde zijn voor later onderzoek in andere delen van de kwartaire sector.

1.4 Globale fasering van het onderzoek

Tot slot van dit hoofdstuk schetsen we nog globaal de volgorde waarin verschillende delen van het project zijn uitgevoerd. Een gedetailleerde beschrijving van die delen is te vinden in hoofdstuk 3.

In november 1986 is het project aangevangen. Na enige algemene voorbereidingen werd een reeks voorstudies verricht, te weten:

- januari-juni 1987: secundaire analyse van ziekteverzuim-gegevens uit de gezinsverzorging, in vergelijking tot andere sectoren (gerapporteerd juni 1987);
- december 1986-augustus 1987: verzameling en bestudering van bronnen van cijfermateriaal over ziekteverzuim in de kwartaire sector (gerapporteerd september 1987);
- januari-september 1987: literatuurstudie naar theorieën over en mogelijke achtergronden van ziekteverzuim, met speciale aandacht voor aspecten die in de kwartaire sector van belang kunnen zijn (gerapporteerd september 1987);
- maart-oktober 1987: gesprekken met een aantal sleutelinformanten die vanuit verschillende functies informatie en visies konden geven op mogelijke achtergronden van de problematiek;
- september-oktober 1987: registratie van diagnose-gegevens door rayonkantoren van de BVG, en analyse van deze gegevens.

De uitkomsten van genoemde voorstudies, alsmede een reeks hypothesen over mogelijke oorzaken van ziekteverzuim in de gezinsverzorging, is neergelegd in een algemene interimrapportage (november 1987).

Najaar 1987 is op grond van de tot dan toe gedane bevindingen de opzet

ontwikkeld voor empirisch onderzoek in het veld van de gezinsverzorging zelf. Dit empirisch onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode december 1987-september 1988, en omvatte de volgende onderdelen:

- survey-onderzoek onder een steekproef van uitvoerend personeel (veldwerkperiode: februari-april 1988);
- survey-onderzoek onder alle instellingen voor gezinsverzorging (veldwerkperiode: februari-april 1988);
- organisatie-onderzoek binnen acht instellingen (veldwerkperiode: mei-juni 1988);
- gekoppeld aan dit organisatie-onderzoek tevens een reeks interviews met langdurig zieken uit dezelfde acht instellingen, alsmede met de desbetreffende rayonkantoren van de BVG (veldwerkperiode: juli-september 1988).

1.5 Resumé

De kwartaire sector was tot voor kort een relatief achtergebleven terrein in studies over ziekteverzuim. Bij de BVG bleek interesse te bestaan voor een studie op dit terrein, met bijzondere toespitsing op de problematiek van het hoge verzuim in de gezinsverzorging. Het departement van WVC bleek bereid om bij te dragen in de financiering van dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIA in nauwe samenwerking met de Rijksuniversiteit te Leiden.

Het project heeft als algemene vraagstelling:

Welke factoren zijn bepalend voor het ziekteverzuim in de gezinsverzorging? In hoeverre zijn deze factoren specifiek voor die sector, en in hoeverre zijn dezelfde factoren ook elders in de kwartaire sector aanwezig? Voor zover dat laatste het geval is: veroorzaken deze factoren ook elders een hoog verzuim? In hoeverre zijn de relevante factoren veranderbaar; door wie?

In de onderzoeksopzet is grote nadruk gelegd op vergelijkende onderzoeksmethoden, waardoor het onder meer mogelijk wordt niet slechts conclusies te trekken over de gezinsverzorging zelf maar op enkele punten ook vergelijkingen tussen deze werksoort en andere werksoorten te maken.

2 EEN DENKKADER OVER ZIEKTE- VERZUIM

Er bestaat veel wetenschappelijke literatuur over ziekteverzuim, zowel wat betreft theoretische analyses als empirische onderzoeksgegevens. Deze literatuur biedt vele nuttige aanzetten voor dit onderzoek; om enige lijn te brengen in die veelheid is het nodig, een algemeen denkkader te presenteren waarbinnen deze geplaatst kan worden. Dit hoofdstuk begint met dat denkkader. Vervolgens worden enkele belangrijke theorieën geschetst die voor de verklaring van ziekteverzuim relevant zijn. Tenslotte bieden we een kort overzicht van factoren die blijkens empirische onderzoeksliteratuur samen kunnen hangen met ziekteverzuim.

2.1 Theoretisch kader

Wie zich verdiept in de achtergronden van ziekteverzuim, komt al snel tot een schier eindeloze lijst van mogelijke oorzaken van verzuim. Inderdaad is ziekteverzuim een verschijnsel waarop zeer vele factoren tegelijk inwerken. Het is dan ook zelden of nooit mogelijk, één bepaalde factor aan te wijzen als oorzaak; ook binnen de gezinsverzorging, zo zal in dit rapport blijken, gaat het om een grote variëteit aan factoren die gezamenlijk tot een hoog verzuim leiden.

Om enige ordening in deze grote verscheidenheid aan te brengen is een theoretisch denkkader nodig, waarbinnen de verschillende factoren geïnterpreteerd kunnen worden. Tot op dit moment bestaat er niet één integrale verzuim-theorie die alle aspecten bevredigend omvat. Mede dank zij de literatuurstudie die binnen dit project is uitgevoerd kunnen we echter (delen van) verschillende theorieën samenvoegen tot een algemeen denkkader, dat we in dit hoofdstuk zullen schetsen. Dit denkkader heeft als leidraad gefungeerd in de opzet van verschillende onderdelen van het onderzoek en zal in de structuur van dit rapport ook zijn terug te vinden.

Voorafgaand daaraan zijn enkele kanttekeningen nodig over het begrip ziekteverzuim als zodanig. Wat ziekteverzuim is, lijkt op het eerste gezicht een gemakkelijk te beantwoorden vraag. Men verzuimt, is afwezig van het werk, wegens ziekte. Ook wordt ziekteverzuim wel eens gedefinieerd als "verzuim met een beroep op de Ziektewet".

Achter deze definities zitten echter twee problemen. Ten eerste zijn "ziekte" en "verzuim" niet identiek. Niet elke ziekte leidt tot verzuim: er zijn voorbeelden genoeg van mensen die ondanks ziekte toch doorwerken. Omgekeerd hoeft niet elk verzuim op somatische, 'harde' ziektebeelden te berusten: er wordt in dat kader vaak gesproken van "zwart" of "grijs" verzuim. "Zwart verzuim" en "ziek doorwerken" zijn elkaars spiegelbeeld. Beide verschijnselen wijzen erop dat men ziekteverzuim niet te gemakkelijk moet verwarren met ziekte in de medische zin van het woord.

Bovendien is dat begrip "ziekte" zelf ook niet eenduidig. Duidelijk is, dat men bij "ziekte" in ieder geval niet alleen aan lichamelijke kwalen hoeft te denken. We zullen in dit rapport zien dat met name in de kwartaire sector een groot, en nog groeiend, deel van het (langdurig) ziekteverzuim een 'psychische' diagnose krijgt. In de praktijk noemt men iemand veelal gezond wanneer hij of zij redelijk kan functioneren op zijn/haar maatschappelijke plaats; ziek is degene die merkbaar in dat functioneren wordt belemmerd. Gezondheid en ziekte zijn dus geen kenmerken van personen,

maar van een verhouding tussen persoon en omgeving: ziekte is het niet kunnen voldoen aan de (lichamelijke en/of psychische) eisen die de omgeving aan het functioneren van de persoon stelt. Die eisen, welke kenmerkend zijn voor een bepaald soort werk, zijn daardoor medebepalend voor het verzuim. Ziekteverzuim is dan ook op te vatten als een verstoring van het evenwicht tussen mens, werk en gezondheid.

Ons algemeen denkkader over ziekteverzuim omvat nu twee delen:

- a. Factoren die het *ontstaan* van een verzuimgeval kunnen verklaren. Inzicht hierin kan aanbevelingen opleveren voor preventief beleid, c.q. voor het voorkomen van ziekmeldingen.
- b. Factoren die, gegeven dat een verzuimgeval eenmaal is ontstaan, de voortdurende daarvan dan wel de *werkhervatting* bepalen. Inzicht hierin kan aanbevelingen opleveren voor beperking van de verzuimduur, die - zeker in de gezinsverzorging - sterk bepalend is voor de totale omvang van het ziekteverzuim.

Voor de onder a. genoemde factoren bestaan verschillende theorieën, die vaak als concurrerend worden gezien, maar die in feite goed met elkaar te combineren zijn in een algemener raamwerk. We doelen hier op respectievelijk het *model belasting/belastbaarheid*, het zogenaamde "*beslissingsmodel*" en theorieën over de verschijnselen *stress* en "*burnout*". Verderop in dit hoofdstuk wordt op deze theorieën nader ingegaan; we geven hier een korte schets van elk ervan.

In het *model belasting/belastbaarheid* wordt de nadruk gelegd op discrepanties tussen de eisen die het werk stelt (belasting) en de capaciteiten van werknemers om aan die eisen te voldoen (belastbaarheid). Wanneer belasting en belastbaarheid langdurig uit evenwicht zijn zonder dat voldoende hersteltijd in acht wordt genomen, kan ziekte daarvan het gevolg zijn. Ziekte moet hierbij in de ruime betekenis van het woord worden opgevat, nl. als onvermogen om aan fysieke en psychische eisen van het werk te voldoen. Het model belasting/belastbaarheid specificeert overigens niet, welke elementen in een concrete werksituatie relevante onderdelen van de belasting en de belastbaarheid vormen.

In het "*beslissingsmodel*" wordt benadrukt dat in veel gevallen, wanneer er eenmaal van gezondheidsklachten sprake is, de werknemer een zekere beslissingsvrijheid heeft om zich al dan niet ziek te melden. Dit maakt ook inzichtelijk dat ziekte en ziekteverzuim geen identieke begrippen zijn; er zijn mensen die bij gezondheidsklachten toch ziek doorwerken, anderzijds kan het voorkomen dat men reeds bij geringe klachten zich ziek meldt ("grijs" en "zwart" verzuim). Een centraal begrip hierin is de "verzuimdrempel". Hoe hoger de verzuimdrempel is die iemand ervaart, des te moeilijker zal betrokkene zich ziekmelden ook wanneer er gezondheidsklachten zijn.

Een hoge verzuimdrempel leidt niet altijd tot een laag verzuim. Wel zal dan het aantal frequente, korte verzuimgevallen gewoonlijk laag zijn, maar als gevolg van ziek doorwerken (gebrek aan hersteltijd, in termen van het model belasting/belastbaarheid) kunnen aandoeningen verergeren en op den duur uitlopen in meer langdurig verzuim.

Theorieën rond de verschijnselen *stress* en "*burnout*" (= emotioneel "opgebrand" zijn) bieden een goede aanvulling op het model belasting/belastbaarheid. In deze theorieën wordt o.a. onderscheid gemaakt tussen "stressoren", d.w.z. factoren in de (werk)omgeving die tot zowel psychische als lichamelijke gezondheidsklachten kunnen leiden, en "coping-capaciteit",

d.w.z. de mogelijkheden die men heeft om de stressoren effectief op te vangen en te neutraliseren. De stressoren zijn op te vatten als elementen van de belasting, en de coping-capaciteit als een element van de belastbaarheid. Het nuttige van deze theorieën is nu, dat daarin veel onderzoek is gedaan naar de invloed van mogelijke stressoren en naar "coping", die ons kunnen helpen om concrete invulling te geven aan het model belasting/belastbaarheid.

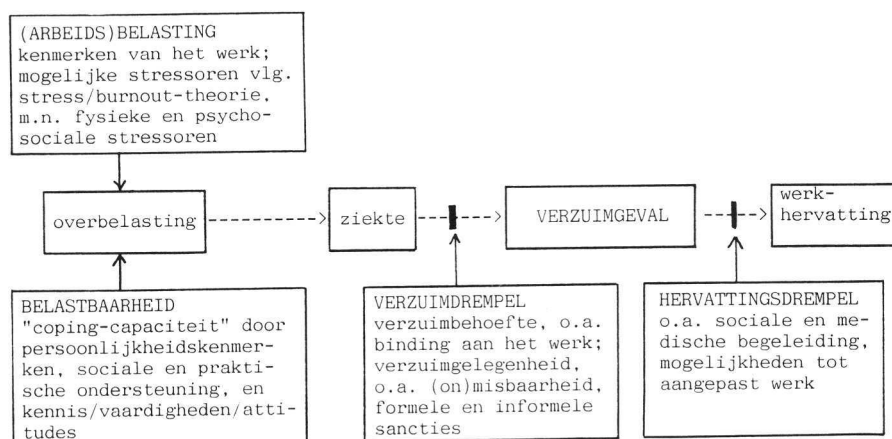
Over de onder b. genoemde factoren, die de verzuimduur c.q. het moment van werkhervatting bepalen, zijn geen kant en klare theorieën voorhanden. Uit veel onderzoek naar reïntegratie van langdurig zieken en naar de problematiek van WAO'ers is echter bekend dat er vele niet strikt medische factoren zijn die mede bepalend zijn voor werkhervatting. Analoot aan het begrip "verzuimdrempel" zullen we voor deze factoren de samenvattende term "hervattingsdrempel" hanteren. Naarmate de hervattingsdrempel hoger is, is het moeilijker om aan het slot van een ziektegeval weer aan het werk te gaan.

Op grond van het voorgaande komen we tot een algemene benadering van ziekteverzuim, waarin vier kernbegrippen centraal staan:

- de *(arbeids)belasting*, waarbij de stress/burnout-theorieën belangrijke aanwijzingen geven over mogelijke belastende factoren ("stressoren");
- de *belastbaarheid*, waarbij vanuit de stress/burnout-theorieën gegevens over "coping-capaciteit" relevant zijn;
- de *verzuimdrempel*, die bepaalt hoe ernstig de balans tussen belasting en belastbaarheid verstoord moet zijn voordat men zich ziek meldt;
- de *hervattingsdrempel*, die bepaalt in hoeverre er in de loop van of aan het einde van een ziektegeval belemmeringen zijn om weer aan het werk te gaan.

In schema 1 is aangegeven hoe deze vier blokken van factoren inwerken op het ontstaan en verloop van een verzuimgeval.

Schema 1. Denkkader voor ziekteverzuim-onderzoek



Volgens dit schema zal het ziekteverzuim in het algemeen hoger zijn naarmate de (arbeids)belasting hoger is en de belastbaarheid van het personeel lager is.

Voor wat betreft de verzuimdrempel ligt de zaak meer gecompliceerd. Bij een zeer lage verzuimdrempel zal het verzuim (en vooral de frequentie van korte verzuimgevallen) gewoonlijk hoog zijn, maar dat wil niet zeggen dat een zeer hoge verzuimdrempel ook tot lager ziekteverzuim leidt. Bij zo'n hoge drempel zal men nl. geneigd zijn om bij ziekte te blijven doorwerken. Te lang ziek doorwerken kan op den duur de aandoening verergeren (er wordt, in termen van het model belasting/belastbaarheid, te weinig "hersteltijd" in acht genomen) en na verloop van tijd tot meer langdurig verzuim leiden.

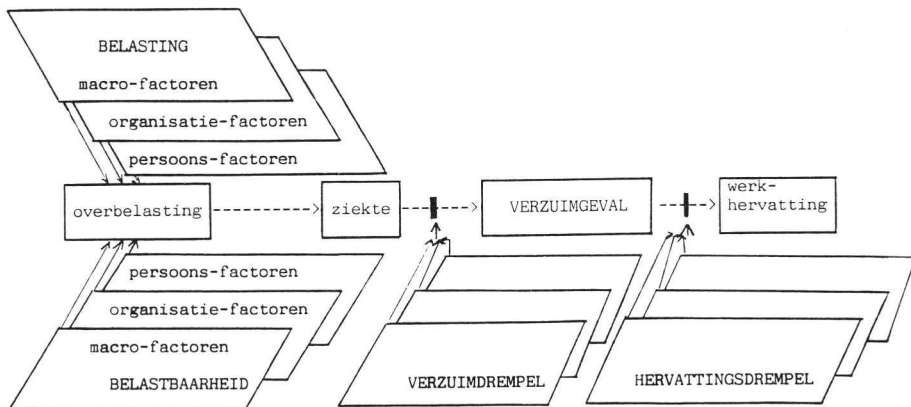
Voor de hervattingsdrempel geldt een soortgelijke complicatie. Is deze drempel hoog, dan zullen verzuimgevallen gemiddeld lang duren; is deze drempel echter zeer laag, dan is er het risico dat men weer aan het werk gaat voordat de aandoening "uitgezeikt" is, zodat er een reële kans is op hernieuwde uitval wegens ziekte.

Aan bovengenoemd model is nog toe te voegen dat de relevante factoren zich op *verschillende niveaus* kunnen bevinden. We onderscheiden daarin:

- factoren op *individueel niveau*;
- factoren op het niveau van de *arbeidsorganisatie*, i.c. de instelling;
- factoren op *macro-niveau*, d.w.z. op het niveau van de sector gezinsverzorging als totaal of nog ruimer (bijv. de kwartaire sector als geheel).

Dit duidt tevens aan dat ziekteverzuim niet een puur persoonsgebonden verschijnsel is, hoezeer ieder afzonderlijk ziektegeval ook door individuele omstandigheden veroorzaakt lijkt te worden. Verzuim is mede een instellings- en sector-gebonden verschijnsel, d.w.z. tussen instellingen zijn er verschillen in ziekteverzuim die niet verklaarbaar zijn doordat de ene instelling "toevallig" meer personen met hoog verzuim heeft dan de andere; en tussen sectoren zijn verschillen in verzuim die evenmin verklaard kunnen worden doordat in de ene sector toevallig meer hoog-verzuimende personen en instellingen voorkomen dan in de andere.

Met dit onderscheid naar drie niveaus ziet het denkkader er als volgt uit:



We zullen nu nader ingaan op de drie bestaande theorieën waarop het voorgaande denkkader is gebaseerd. Daarna volgt een opsomming van factoren die blijkens wetenschappelijke literatuur kunnen samenhangen met ziekteverzuim.

2.2 Het model belasting/belastbaarheid

Het model belasting/belastbaarheid, dat van oorsprong voornamelijk uit bedrijfsgeneeskundige benaderingen is voortgekomen, sluit direct aan op het idee van ziekteverzuim als verstoring van evenwicht tussen mens en werk. Taken die een mens krijgt opgelegd en de fysieke omgeving waarin deze moeten worden verricht (lawaai, vochtigheidsgraad, temperatuur e.d.) worden in het model aangeduid als de uitwendige belasting, ook wel 'draaglast' genoemd. Tegenover die draaglast stelt de mens een bepaalde belastbaarheid, 'draagkracht'. De verhouding draaglast-draagkracht bepaalt uiteindelijk de feitelijke inspanning die de mens moet opbrengen om de taken te verrichten. Deze feitelijke inspanning wordt aangeduid als de functionele belasting.

Wanneer we afzien van omgevingsfactoren waarvan de invloed altijd schadelijk is (zoals giftige stoffen), stelt het model dat in de werksituatie gestreefd moet worden naar een zodanige afstemming van de uitwendige belasting op de individuele belastbaarheid dat een optimale functionele belasting resulteert. Zoveel mogelijk voorkomen dient te worden, dat iemand over- of onderbelast wordt; beide, zowel over- als onderbelasting, zijn nl. in principe schadelijk en hebben op den duur negatieve gevolgen voor de werkprestatie en de gezondheid. De factor tijd speelt hierbij een belangrijke rol; eenmalige en/of kortdurende over- of onderbelasting zal binnen zekere grenzen geen schadelijke gevolgen hebben, wanneer daarop een redelijke hersteltijd volgt. Herhaalde en/of langdurige over- of onderbelasting, zonder dat voldoende hersteltijd is ingebouwd, heeft echter wel negatieve gevolgen. Omdat die gevolgen, met name ten aanzien van gezondheid en welbevinden, zich vaak pas op lange termijn manifesteren, is het zaak om eventuele over- of onderbelasting in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen; tijdig ingrijpen kan dan erger voorkomen.

Het model belasting/belastbaarheid specificeert zelf niet, op welke elementen van draaglast en draagkracht men speciaal moet letten. Vaak ziet men toepassingen waarin fysieke elementen in dit model worden ingevuld; de draaglast wordt dan bijvoorbeeld gemeten in aantallen kilo's, de af te leggen weg, aantallen buk- en tilhandelingen e.d., terwijl men de draagkracht uitdrukt in bijvoorbeeld maximale spierkracht of uithoudingsvermogen van mensen. De mate van functionele belasting, dus de zwaarte van de feitelijke inspanning, wordt dan afgemeten aan fysiologische maten zoals hartslagfrequentie, bloeddruk, lichaamstemperatuur, zuurstofopname e.d.. Er is echter niets op tegen om in de algemene begrippen belasting en belastbaarheid ook niet-fysieke elementen in te vullen; wanneer bepaald werk ook mentale of sociale eisen stelt, kunnen ook deze erin ondergebracht worden. In die zin is het model belasting/belastbaarheid een *formeel*, nog niet ingevuld model. Verderop in dit hoofdstuk zullen we aangeven dat die invulling gedeeltelijk uit andere bronnen gehaald kan worden, met name uit theorieën over stress en 'burnout'.

2.3 Het "beslissingsmodel"

Het zogenaamde beslissingsmodel, dat van oorsprong uit sociologische kringen afkomstig is, sluit met name aan bij het gegeven dat niet elk geval van ziekte ook leidt tot verzuim. In veel ziektegevallen heeft de betrokkene een zekere vrijheid om zich al dan niet ziek te melden (en aan het einde

van het ziektegeval ook: om zich al snel of pas laat weer beter te melden). In het beslissingsmodel wordt hiervoor de term "verzuimdrempel" gehanteerd; deze drempel geeft het punt aan waarop de gezondheidsklachten een zekere grens overschrijden, waarboven men zich ziek zal melden. Wie zich al bij de minste of geringste klacht ziek meldt, heeft een lage verzuimdrempel; wie zelfs met bijvoorbeeld griep en hoge koorts toch nog blijft doorwerken, heeft een hoge verzuimdrempel. Deze drempel is niet een zuiver subjectieve, persoonlijke zaak maar wordt ook beïnvloed door omstandigheden buiten de persoon.

Aan de verzuimdrempel worden twee aspecten onderscheiden: verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte. Bij de *verzuimgelegenheid* gaat het om regelingen en omstandigheden die min of meer los van de persoon bestaan. Allereerst kunnen formele regelingen rond ziekteverzuim een rol spelen (wachtdagen, inhouding van een deel van het inkomen); in de Nederlandse situatie, waar doorgaans vanaf de eerste ziektedag volledige doorbetaling van loon plaatsvindt, leggen deze regelingen echter weinig beperkingen aan de verzuimgelegenheid op. Regelingen rond controle op verzuim kunnen wel variëren, en daarmee de verzuimgelegenheid beïnvloeden: bij snelle en strenge controle op verzuim zal de verzuimdrempel over het algemeen hoger zijn.

Ook informeel kunnen er sancties op verzuim bestaan; zowel collega's als leidinggevenden kunnen informeel normen hanteren over welke soorten verzuim wel en niet gerechtvaardigd zijn. Men spreekt soms van de 'verzuimcultuur' binnen een organisatie. Tenslotte is ook van belang de (on)misbaarheid van de persoon binnen de organisatie. Als betrokkene weet (of denkt) dat zijn/haar werk niet adequaat door anderen zal worden overgenomen, zodat het werk zich alleen maar opstapelt of de cliënt uiteindelijk de dupe wordt, is er maar beperkte gelegenheid tot verzuim.

De *verzuimbehoefte*, het tweede element van de verzuimdrempel, verwijst vooral naar de subjectieve waardering van het werk. Vaak ontmoet men hier de term "binding met het werk", of ook wel "identificatie met het werk"; hoe sterker de binding, des te geringer de verzuimbehoefte en des te hoger de verzuimdrempel. Aan deze binding zijn drie aspecten te onderscheiden:

- de ideële binding: identificatie met de doelstelling van de organisatie en met het maatschappelijk nut van het werk;
- de instrumentele binding: identificatie met de inhoud van het werk op zich;
- de sociale binding: de verstandhouding met collega's en leidinggevenden, alsmede (in vele dienstverlenende beroepen) de identificatie met de cliënt.

Door verschillende omstandigheden kan dus de verzuimdrempel in een bepaalde werksituatie verhoogd of verlaagd worden. Het is daarbij echter niet zo dat het ziekteverzuim altijd lager zal zijn naarmate de verzuimdrempel hoger is. Een zeer hoge verzuimdrempel kan ertoe leiden dat men bij gezondheidsklachten langer doorwerkt dan medisch gezien wenselijk is; men neemt dan, in termen van het model belasting/belastbaarheid, te weinig herstelltijd in acht, waardoor de kwaal op den duur kan verergeren en er alsnog een (langduriger) verzuimgeval uit voortvloeit. De verzuimdrempel werkt dan ook vooral in op de verzuimfrequentie (het aantal korte tot zeer korte verzuimgevallen); bij een hoge drempel zal men vaak een lage verzuimfrequentie zien, maar is de drempel te hoog, dan ontstaan op den duur meer langdurige ziektegevallen, zodat het totale verzuimpercentage niet lager wordt.

2.4 Stress en "burnout"

In het dagelijks spraakgebruik wordt met "stress" meestal bedoeld op psychische verschijnselen: een gevoel van gespannenheid of overspanning. In het wetenschappelijke gebruik is de betekenis van "stress" echter veel ruimer. Theorieën rond dit begrip zijn niet alleen bedoeld om psychische verschijnselen te beschrijven, maar ook om onder meer psycho-somatische en somatische ziektebeelden te verklaren.

"Burnout" is een relatief nieuw begrip, dat verwant is aan het begrip stress, maar specifiek van toepassing wordt geacht voor dienstverlenende beroepen waarin men "met mensen werkt". Met burnout wordt bedoeld op een toestand van emotionele en lichamelijke uitputting; deze kan zich zowel uiten in fysieke klachten (o.a. uitputting, vermoeidheid, hoofdpijn, verkoudheid, spijsverteringsstoornissen) als in psychische en gedragsmatige verschijnselen (o.a. snel geïrriteerd raken, boosheid, huilen, achterdocht, zelfoverschatting, cynisme, veel in vrije tijd werken). In de Verenigde Staten is de laatste tien jaar veel onderzoek rond dit verschijnsel gedaan.

De stress-theorie zoals die tegenwoordig in veel sociaal-wetenschappelijk onderzoek wordt toegepast, heeft haar wortels in de biologie. In het *fysiologische stress-model* wordt beschreven hoe het organisme (van mens en dier) reageert op allerlei uiteenlopende schadelijke, bedreigende prikkels ("stressoren") vanuit de omgeving. Er blijkt een algemeen syndroom van fysiologische reacties op die prikkels te bestaan, dat wordt aangeduid als het "General Adaptation Syndrome". Dit syndroom vertoont drie fasen:

- de alarmfase: als eerste reactie treedt er een algehele mobilisatie van afweerkrachten van het individu op: het organisme bereidt zich voor op "vechten of vluchten", o.a. door plotselinge verhoging van de polsslag en stijging van de adrenaline-spiegel. Parallel aan de fysieke reacties zijn er geestelijke: men is plotseling alert, "schrikt wakker".
- Na de alarmfase volgt de fase van weerstand. Men poogt effectief weerstand te bieden tegen de bedreigende prikkel, hetzij door deze te bestrijden, hetzij door ervoor op de vlucht te gaan. Wanneer de weerstand effectief is, nemen de stress-verschijnselen in intensiteit af en keert het organisme terug naar evenwicht.
- Indien het organisme lange tijd geconfronteerd blijft met een ernstige stressor en niet naar een evenwichtstoestand kan terugkeren, bereikt het uiteindelijk het derde stadium, de uitputtingsfase. De energie is dan uitgeput geraakt, de lichamelijke en geestelijke weerstand gebroken; op deze uitputting van het weerstandsvermogen kan ziekte volgen.

In *psychologische stress-modellen* is vooral aandacht besteed aan gedrag in de weerstandfase, het zgn. "coping-gedrag" ofwel stress-hantering. Stress-hantering kan in het algemeen omschreven worden als het dynamisch aanpassingsproces van het individu aan de eisen van de omgeving. Slaagt dit proces, dan wordt het evenwicht tussen individu en omgeving hersteld; mislukt het proces echter, dan kunnen de zogenaamde aanpassingsziekten het gevolg zijn (vergelijk bovengenoemde "uitputtingsfase"). Effectieve stress-hantering is afhankelijk van een aantal omstandigheden: eerdere ervaringen met soortgelijke situaties, het beeld dat het individu van zichzelf heeft, en de beschikbaarheid van middelen om de bedreiging, de stress de baas te kunnen. Er zijn twee hoofdvormen van stress-hantering: probleem-georiënteerd en emotie-regulerend.

Probleem-georiënteerd handelen is direct gericht tegen de bron van stress zelf: men poogt de onaangename, stressvolle situatie te veranderen. Het blijkt dat reeds wanneer mensen het gevoel hebben controle te kunnen uitoefenen op situaties om hen heen, er aanmerkelijk minder spanningen en

problemen optreden. Uiteraard moet men dan ook wel over de nodige middelen beschikken om inderdaad probleem-georiënteerd te kunnen handelen, bijvoorbeeld kennis van en ervaring met het probleem (hetgeen bijv. door scholing en training kan worden aangeleerd), emotionele of praktische steun van anderen, eventueel ook materiële hulpmiddelen.

Emotie-regulerend handelen is erop gericht de eigen reacties op het probleem onder controle te krijgen; bijvoorbeeld door afleiding te zoeken, het probleem te verdringen of te ontkennen, problemen "van zich af te leren zetten". Ook de regulering van emoties is tot op zekere hoogte aan te leren en kan door sociale ondersteuning van anderen (collega's, leidinggevers, partner) worden verbeterd.

In *sociologische stress-modellen* wordt vooral de sociale omgeving bestudeerd en de rol die de persoon vervult in de (arbeids)organisatie. Als drie belangrijke bronnen van stress worden daarbij aangegeven rolconflict, rol-ambigüiteit (rolonduidelijkheid) en roloverlading (rolbelasting). Vooral rolconflict en -ambigüiteit blijken daarbij oorzaak te kunnen zijn van stress en alle gevolgen van dien.

Rolconflict doet zich voor wanneer de roldrager (bijv. een helpende in de gezinsverzorging) voor een keuze staat, omdat het voldoen aan een bepaalde rolverwachting het voldoen aan andere bemoeilijkt of uitsluit. Wanneer bijvoorbeeld een cliënt bepaalde werkzaamheden van een helpster verwacht die direct indruisen tegen de instructies van de leidinggevende, is er sprake van rolconflict.

Rol-ambigüiteit betekent dat het de roldrager ontbreekt aan heldere informatie over wat er precies van hem/haar verwacht wordt.

Roloverlading houdt in dat een persoon niet kan voldoen aan de verwachtingen, hetzij omdat de tijd ontbreekt (kwantitatieve overlading), hetzij omdat men er de externe voorzieningen voor mist of de persoonlijke capaciteiten er niet voor heeft (kwalitatieve overlading).

Niet in alle situaties en bij alle personen leiden rolconflict, -ambigüiteit en -overlading tot stress-reacties. Dit is enerzijds afhankelijk van bepaalde persoonlijkheidskenmerken (sommige mensen zijn meer "stress-bestendig" dan andere), anderzijds van de mate van sociale ondersteuning vanuit de omgeving (met name ondersteuning en hulpbereidheid van de directe chef is van belang, maar ook die van collega's en anderen). In deze factoren herkennen we weer elementen van het "coping-gedrag" dat reeds bij de psychologische stress-modellen aan de orde kwam.

Burnout ("opgebrand zijn") is, zoals reeds opgemerkt, de benaming van een syndroom dat sterk aan stress-reacties doet denken. In tegenstelling tot stress is rond het burnout-begrip geen echte theorie ontwikkeld. Dat is echter geen groot probleem, want waarschijnlijk kan men burnout vooralsnog beschouwen als een bepaalde vorm van stress, waarop in principe de verschillende stress-theorieën van toepassing zijn. Het specifieke van burnout bestaat uit twee punten: de symptomen, en het soort beroepen waar deze symptomen worden aangetroffen.

Kenmerkend voor de symptomen zijn de emotionele aspecten ervan, met name:

- toegenomen gevoel van emotionele uitputting, zich emotioneel "leeg" voelen;
- men ontwikkelt negatieve, cynische attitudes en gevoelens ten opzichte van cliënten;
- de neiging om ook zichzelf negatief te beoordelen, het gevoel 'niets goed te doen'.

Samen met deze emotionele symptomen kunnen ook verschijnselen van lichamelijke vermoeidheid en uitputting optreden.

De meeste slachtoffers reageren op de eerste vermoeidheidstekenen met een verhoogde activiteit, en functioneren aanvankelijk op zeer hoog niveau. Daarom lijkt het beeld van "opbranden" goed gekozen: alvorens de vlam uitdooft zien we nog enige opflakkingen van verhoogde activiteit.

De specifieke beroepen waar het burnout-syndroom wordt aangetroffen zijn hulp- en dienstverlenende beroepen, waarin men "met mensen werkt"; te denken valt aan leraren, verplegend en verzorgend personeel, maatschappelijk werkenden. Het type persoon dat binnen die beroepen het meest kwetsbaar is voor burnout, is zeer productief, heeft een hoog energieniveau, hooggestemde idealen en verwachtingen. Mensen in de hulpverlening willen anderen helpen, soms ten koste van de eigen gezondheid. Sommigen onder hen baseren hun zelfwaarde-gevoel al te sterk op het bereiken van onrealistische doelstellingen. Frustraties over het niet kunnen realiseren van de hoge idealen zijn een kenmerk van burnout. Wanneer werkers geen positieve, of (tenminste) relevante feedback krijgen over de resultaten van hun inspanningen, kan ook dat gevoelens van frustratie en ontoereikendheid veroorzaken of versterken.

2.5 Preventie van ziekteverzuim en "stress"

In de literatuur is veel onderzoek aangetroffen rond ziekteverzuim, stress en burnout. Daaruit zijn lange lijsten op te stellen van kenmerken en factoren die met deze verschijnselen samenhangen. Interessant zijn vooral kenmerken die met *laag* ziekteverzuim samengaan en maatregelen/strategieën die stress en burnout kunnen verminderen. We geven in deze paragraaf daarvan een kort, puntsgewijs overzicht. Lang niet alle punten uit deze lijsten zijn direct relevant voor de gezinsverzorging, maar tezamen geven zij wellicht toch suggesties voor de richting waarin oplossingen voor een hoog ziekteverzuim gezocht kunnen worden.

In de literatuur over ziekteverzuim is een overzicht aangetroffen van 32 factoren die over het algemeen samengaan met een laag verzuimpercentage. Wij sommen deze hieronder op.

- veel taakvariatie, afwisseling in het werk
- veel vrijheid, autonomie, zelfstandigheid in het werk
- veel verantwoordelijkheid in het werk
- hoog niveau binnen de organisatie-hiërarchie
- hoge scholingsgraad, opleidingsniveau
- kleine bedrijfsgrootte
- goede fysieke werkomstandigheden
- sterke mate van sociaal leiderschap
- veel invloed op/participatie in beslissingen
- grote mate van taakstelling, -duidelijkheid
- veel satisfactie met collega's
- kleine groeps/afdelingsgrootte, kleine span of control van de baas
- veel satisfactie met salaris, loon
- veel satisfactie met promotiemogelijkheden
- niet in morgendienst werken bij ploegendienst
- invoering variabele werktijden
- verkorting van de duur van de werkweek
- aanwezigheid verzuimcontrole
- eigen-risicodracht van het bedrijf voor de Ziektewet
- beperkte ziekengelduitkeringen
- toepassing aanwezigheidspremies
- geringe bedrijfsproblemen en arbeidsonzekerheid

- geringe wachttijden voor medische behandelingen
- jonge leeftijd
- ongehuwd zijn
- gering aantal kinderen (alleen bij vrouwen)
- geringe mate van neuroticisme
- geringe stedelijke mentaliteit
- weinig riskante gewoonten (roken, drinken)
- weinig belastende thuissituatie
- weinig sportblessures
- geringe woon-werkafstand, reistijd

Wat betreft stress en burnout zijn in de literatuur de volgende mogelijke maatregelen aangetroffen.

(a) *supervisie-strategieën:*

- vrijaf geven na drukke tijden
- ondersteuning door collega's
- voorzien in promotiemogelijkheden
- terugkoppeling/feedback over het werk geven
- verdeling van werk op basis van bekwaamheden
- werken met een omschreven hulpverleningsplan
- delegeren van verantwoordelijkheden

(b) *organisatiestrategieën:*

- deskundigheidsbevordering
- taakvariatie, naar omvang en zwaarte
- verbeteren van communicatie, vooral naar boven toe
- wijzigen en afwisseling brengen in verschillende rollen en functies
- terugkoppeling naar uitvoerenden over hun werk
- werkindeling van leidinggevendenden
- training van leidinggevend personeel
- zorgvuldige selectie van personeel

(c) *coping-technieken, therapieën:*

- zelfkennis aanleren
- bevoegdheden delegeren
- open relaties cultiveren
- plezierige vrijetijdsbesteding
- zichzelf realistische doelen stellen
- samenwerking met collega's
- interactie met cliënten
- op gezette tijden aan lichamelijke conditie werken
- therapie om de realiteitszin te vergroten
- therapie op rationeel-emotioneel gebied

2.6 Resumé

Over ziekteverzuim bestaan verschillende theoretische benaderingen, welke echter geen van alle een integrale aanpak van het verzuim omvatten. Door combinatie van enkele theorieën is in dit hoofdstuk een meer integrale benadering ontwikkeld, waarin vier concepten centraal staan:

- a. de *arbeidsbelasting*, waarin - naast andere elementen - ook onderdelen van de "stress"- en "burnout"-theorieën aanwijzingen kunnen geven over mogelijk belastende factoren ("stressoren");
- b. de *belastbaarheid* van personeel, waarbij - naast andere elementen - vanuit de stress- en burnout-theorieën gegevens over de zogenaamde "coping-capaciteit" relevant zijn;
- c. de *verzuimdrempel*, welke bepaalt hoe ernstig de balans tussen belasting en belastbaarheid verstoord moet zijn voordat men zich ziek meldt.

In de verzuimdrempel, welk begrip ontleend is aan de "beslissingstheorie" van ziekteverzuim, is onderscheid te maken tussen verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte;

- d. de *hervattingsdrempel*, de bepaalt in hoeverre er - los van de aard van de aandoening - in de loop van of aan het eind van een ziektegeval belemmeringen zijn om weer aan het werk te gaan.

De relevante factoren binnen deze vier concepten kunnen zich voordoen op verschillende niveaus (individueel niveau, de arbeidsorganisatie, macro-niveau).

In dit hoofdstuk is een nadere beschrijving gegeven van de verschillende theorieën en modellen waaraan wij bouwstenen hebben ontleend voor het ontwikkelde denkkader: het model belasting/belastbaarheid, het "beslissingsmodel" en de theorieën rond de verschijnselen stress en burnout.

Tenslotte is een overzicht gegeven van factoren die blijkens onderzoeksliteratuur over het algemeen samengaan met een laag ziekteverzuim, en van factoren c.q. maatregelen die stress en "burnout" kunnen beperken.

3 GEHANTEERDE GEGEVENS

In het voorgaande hoofdstuk zijn vele factoren genoemd die van belang kunnen zijn voor het ziekteverzuim. Binnen dit project hebben wij langs verschillende wegen gepoogd het ziekteverzuim in de gezinsverzorging in kaart te brengen en oorzaken ervan vast te stellen. In dit hoofdstuk beschrijven we deze methoden van data-verzameling.

In de kop van iedere paragraaf is voorzover nodig tevens aangegeven, met welke afkortingen in de rest van dit rapport aan de verschillende gegevensbronnen zal worden gerefereerd.

3.1 Vergelijkende analyse van individuele verzuimgegevens (ZVIS 1986 resp. ZVIS 1987)

Het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden beschikt over een Ziekteverzuim-Informatiesysteem (ZVIS), waarbinnen o.a. voor ca. 160 bedrijven en instellingen een registratie wordt gevoerd van ziekteverzuim en een reeks persoons- en functiekenmerken van alle personeelsleden. Op het data-bestand uit het ZVIS over 1986 zijn statistische analyses uitgevoerd, teneinde na te gaan

- welke risicogroepen en -factoren zich ten aanzien van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging voordoen, voor zover dat is vast te stellen uit de in het ZVIS beschikbare gegevens;
- in hoeverre deze risicogroepen en -factoren specifiek zijn voor de gezinsverzorging, dan wel zich ook in andere sectoren voordoen.

In deze analyses is nagegaan welke persoons- en functiekenmerken samengaan met een verhoogd verzuimrisico, alsmede in hoeverre ziekteverzuim een bedrijfs/instellingsgebonden verschijnsel is (d.w.z. in hoeverre er tussen bedrijven/instellingen significante verschillen in verzuim optreden die niet aan de invloed van bekende persoons- en functiekenmerken zijn toe te schrijven).

De analyses volgden de vergelijkende opzet, waarvan wij het belang in hoofdstuk 1 schetsten. Het bestand ZVIS 1986 werd daartoe opgesplitst in vier onderdelen:

- gezinsverzorging; 13 instellingen met totaal 5.116 personeelsleden;
- overige BVG-sector: 50 instellingen (totaal 10.015 personeelsleden); het betreft hier met name instellingen in de gezondheidszorg (o.a. verpleeghuizen) en de maatschappelijke dienstverlening (o.a. bejaardenoorden);
- overig kwartaire sector: 16 instellingen (totaal 3.227 personeelsleden); dit betreft in hoofdzaak administratieve organen (openbaar bestuur, sociale zekerheid, bedrijfsorganisaties);
- profit-sector: 82 bedrijven/vestigingen (totaal 22.222 personeelsleden); dit omvat particuliere bedrijven in zeer uiteenlopende sectoren van nijverheid en handel.

Voor het merendeel van de analyses is binnen deze bestanden nog nadere selectie gepleegd. De vergelijking van de gezinsverzorging met de drie andere sectoren wordt nl. doorkruist doordat de gezinsverzorging een zeer specifieke werknemerspopulatie kent: het betreft vrijwel alleen vrouwen, vrijwel alleen Nederlanders, en vrijwel alleen personeel dat in dagdienst werkt. Dit zijn drie gegevens die voor ziekteverzuim van belang kunnen

zijn. Het zou misleidend kunnen zijn om deze specifieke werknemerspopulatie te vergelijken met populaties waar het merendeel uit mannen bestaat (profit-sector en 'overig kwartair'), waar wel een zeker percentage buitenlanders werkt (profit-sector) of waar vrij vaak in nacht- of ploegendienst gewerkt wordt ('overig BVG', met name intramurale gezondheidszorg). De vergelijkende analyses zijn daarom geschied op de volgende selectie van personen uit de vier deelbestanden: uitsluitend de vrouwen, uitsluitend werknemers van Nederlandse nationaliteit en uitsluitend werkers in reguliere dagdienst.

Deze sterk gereduceerde, maar veel zuiverder vergelijkbare bestanden omvatten de volgende aantallen instellingen/bedrijven en personen:

- gezinsverzorging: 13 instellingen, 4.901 personen;
- overig BVG: 50 instellingen, 6.295 personen;
- overig kwartaire sector: 15 instellingen, 992 personen;
- profit-sector: 81 bedrijven/vestigingen, 3.752 personen.

In de analyses (zie Nieuwland en Veerman, 1987) zijn de volgende kenmerken betrokken:

- a. *Ziekteverzuim-maten*: het totale verzuimpercentage (= totaal aantal verzuimde kalenderdagen / totaal aantal mensdagen, x 100); de verzuimfrequentie (= totaal aantal ziekmeldingen per personeelslid op jaarbasis), en het langdurig verzuimpercentage (= idem als het verzuimpercentage, maar dan berekend op alleen die ziektegevallen die 43 kalenderdagen of langer duurden). Voorts wordt door een aantal instellingen het eventuele zwangerschap- en bevallingsverlof (dat meetelt in de verschillende ziekteverzuim-maten) ook afzonderlijk geregistreerd, zodat een analyse mogelijk was van het aandeel van deze soorten verlof in het totale verzuimvolume.
- b. *Persoons- en functiemarken*: leeftijd; aantal dienstjaren bij dit bedrijf/deze instelling; eventuele uitdiensttreding in de loop van 1986, en reden van vertrek; burgerlijke staat; opleiding vakonderwijs; aantal werkuren per week; personeelssoort (beambte versus handarbeider); leidinggevend niveau. De kenmerken geslacht, nationaliteit en soort dienstrooster (dag- versus ploegendienst), die ook binnen het ZVIS worden geregistreerd, waren reeds geneutraliseerd door bovenbeschreven selectie van de bestanden.

Enkele aanvullende analyses op gegevens uit de gezinsverzorging, waartoe in de loop van het onderzoek aanleiding was, zijn nog verricht op het ZVIS-bestand over het jaar 1987. Binnen dit bestand komen 19 instellingen voor gezinsverzorging voor, met in totaal 8.463 personeelsleden. Daarnaast heeft het bestand ZVIS 1987 een zeer belangrijke rol gehad als steekproef-kader voor de enquête onder werknemers; zie daarover paragraaf 3.6..

3.2 Studie naar bronnen van cijfermateriaal over ziekteverzuim in de kwartaire sector (bronnenstudie en Klein Systeem BVG)

Eveneens in het kader van de vergelijkende onderzoeksoepzet is nagegaan wat er vanuit bestaande statistieken en gegevens-bestanden bekend is over het ziekteverzuim in een aantal deelsectoren binnen de kwartaire sector (waaronder de gezinsverzorging zelf). Dit betrof de volgende deelsectoren:

- Gezondheidszorg (intramuraal resp. extramuraal);
- Maatschappelijke dienstverlening;
- Sociaal-cultureel werk;
- Onderwijs.

Deze deelsectoren werden gekozen omdat zij op enkele punten (personeels-samenstelling, financieringswijze en persoonlijk-dienstverlenende aard van het werk) enige gelijkenis vertonen met de gezinsverzorging.

Over al deze deelsectoren bleken ziekteverzuim-gegevens te achterhalen. Dat was vooral te danken aan het zgn. Klein Systeem van de BVG (dat voor diverse (onderdelen van) sectoren de enige bron van gegevens bleek). In dit Klein Systeem worden, op basis van gegevens uit de Ziektewet-administratie van de BVG, bepaalde verzuimmaten berekend c.q. geschat; met name geeft dit systeem inzicht in de duur van verzuimgevallen. De Klein Systeem-gegevens bestrijken de periode 1984-1986. Helaas bleek het wegens technische wijzigingen niet mogelijk om ook voor 1987 verzuimgegevens aan het Klein Systeem te ontleenen, zodat geen trend-analyse over vier jaren mogelijk was.

Voor de meeste andere bronnen van verzuimgegevens geldt dat zij (vooralsnog) weinig of geen continuïteit hebben, zodat ook daaruit maar weinig trendmatige gegevens zijn af te leiden. Verder lopen verschillende bronnen nogal uiteen in aard en gedetailleerdheid van informatie, en in de wijze van berekening van diverse verzuimgegevens.

Naast bronnen-onderzoek t.a.v. verzuimgegevens is, teneinde ook enig inzicht te krijgen in de medische achtergronden van verzuim in de kwartaire sector, ook studie verricht naar gegevens over diagnoses bij AAW/WAO-, respectievelijk AAW/IP-toekenningen bij de BVG resp. het ABP. Deze diagnoses konden worden vergeleken met landelijke gegevens over diagnoses bij AAW/WAO-instroom (ontleend aan de GMD), zodat het specifieke diagnose-patroon van de kwartaire sector kon worden achterhaald.

3.3 Diagnose-registratie

Over diagnoses bij ziekteverzuim bestaan maar zeer weinig harde gegevens. Uit bestaande bronnen is niets af te leiden over diagnoses in de gezinsverzorging, in vergelijking tot diagnose-patronen in andere werksoorten. Toch werden deze gegevens van groot belang geacht om een beter, meer gedifferentieerd beeld te krijgen van de achterliggende problematiek in de gezinsverzorging.

Dank zij bereidwillige medewerking van de BVG is in de periode van 1 september 1987 tot 16 oktober 1987 op alle 15 rayonkantoren van de BVG een registratie bijgehouden van diagnoses en enkele andere gegevens voor iedere uitkeringsgerechtigde Ziektewet (zowel werknemers uit de gezinsverzorging als uit andere werksoorten binnen de BVG), die voor eerste medische controle verscheen bij de rayon-verzekeringsgeneeskundige (rayon-VG). Vastgelegd werden, naast de diagnosecode, geboortedatum, geslacht, aantal werkuren per week en (indien werkzaam in de gezinsverzorging) beroep.

Bij deze diagnose-registratie gaat het reeds om vrij langdurige ziektegevallen. Dit is gevolg van de controle-systematiek van de BVG, waarbij het eerste deel van het ziektewet-traject wordt gecontroleerd door huisarts-VG'en gevallen pas na een aantal weken worden overgedragen aan de rayon-VG. In de diagnose-registratie bleek de eerste medische controle door de rayon-VG gemiddeld in de 18e ziekteweek te hebben plaatsgehad.

In de diagnose-registratie werden gegevens over in totaal 2038 ziektegevallen verzameld, waarvan 472 betrekking hadden op werknemers uit de gezinsverzorging.

Zoals te verwachten was, betroffen vrijwel alle gevallen uit de gezinsverzorging vrouwelijke werknemers. Omwille van vergelijkbaarheid tussen de gezinsverzorging en andere werksoorten zijn bij de analyse van de diagnoses alleen gegevens over vrouwen gebruikt. Dit betrof in totaal 1758 ver-

zuimgevallen: 468 van werknemers uit de gezinsverzorging, 1290 van werknemers in andere delen van de BVG-sector.

3.4 Literatuurstudie

Vanwege het tot nu toe beperkte inzicht in achtergronden die wellicht specifiek in de kwartaire sector van belang zijn voor ziekteverzuim is een daarop toegespitste literatuurstudie verricht. In het bijzonder was deze gericht op:

- theorievorming rond ziekteverzuim;
- theorieën en empirische literatuur rond stress en 'burnout', waarvan de relevantie reeds in hoofdstuk 2 werd aangegeven;
- empirische studies over ziekteverzuim, voor zover deze (mede) betrekking hadden op populaties in de kwartaire sector;
- literatuur over de gezinsverzorging, met speciale aandacht voor aspecten die (o.a. blijkens de overige literatuur) van belang kunnen zijn voor verzuim. Hierbij is zowel wetenschappelijke literatuur bestudeerd als zogeheten "grijze" literatuur (d.w.z. scripties en soortgelijke, niet 'officieel' gepubliceerde studies).

Naast inhoudelijke uitkomsten van de literatuur werd ook aandacht besteed aan gehanteerde onderzoeksmethoden en vragenlijsten, die wellicht bruikbare suggesties konden bevatten voor het verdere onderzoek in de gezinsverzorging.

In deze studie is gebruik gemaakt van zowel Nederlandse als buitenlandse literatuur. Basis voor de literatuurselectie vormden:

- eerdere in Nederland verrichte literatuurstudies, waaruit titels werden geselecteerd die voor de kwartaire sector relevant waren;
- on-line literatuursearch in een aantal internationale literatuurbestanden;
- literatuurverwijzingen in reeds bekende publicaties;
- enkele gespecialiseerde bibliotheken, waaronder die van het NIA, de Centrale Raad voor Gezinsverzorging en het Nationaal Ziekenhuis-instituut.

Langs deze wegen werden enige honderden titels van mogelijk relevante publicaties verzameld. Een groot aantal daarvan is in de uiteindelijke literatuurstudie verwerkt (zie Swaan, 1987).

3.5 Sleutelinformanten

In de oriënterende fase van het project zijn gesprekken gevoerd met een reeks sleutel-informanten die inzicht konden geven in (bepaalde aspecten van) de gezinsverzorging en in factoren die van mogelijk belang zijn voor het ziekteverzuim. Bij de selectie van deze informanten is gepoogd om enerzijds diverse geledingen binnen de werksoort zelf te horen, anderzijds een aantal functionarissen te spreken die vanuit hun functie bekend zijn met zowel de gezinsverzorging als andere werksoorten. Dit laatste kwam wederom voort uit de wens, zo veel mogelijk *vergelijkend* materiaal te verzamelen.

Ten behoeve van de gesprekken met informanten werd eerst een algemene groslijst van gesprekspunten opgesteld waarover wij informatie wilden hebben. Per punt werd nagegaan, welke soorten informanten daarover inlichtingen zouden kunnen geven. Daaruit resulteerde een per informant specifieke gesprekspunten-lijst.

De informanten werden gezocht en benaderd deels via reeds bestaande contacten van NIA en A&W, deels door tussenkomst van leden van de

Begeleidingscommissie. In totaal werden 17 gesprekken gevoerd, die gemiddeld ca. 1,5 uur duurden. Deze gesprekken waren veelal zeer openhartig, ondanks het feit dat er ten behoeve van interne verslaglegging steeds bandopnames werden gemaakt.

De gesprekken zijn gevoerd met de volgende functionarissen:

- Rayon-verzekeringsgeneeskundige + assistent medische dienst van een BVG-rayon;
- Bedrijfsgeneeskundige die een instelling voor gezinsverzorging onder zijn hoede heeft;
- Arts die aanstellingskeuringen verricht ten behoeve van een instelling voor gezinsverzorging;
- Ergonoom die bekend is met de sector gezinsverzorging;
- Bestuurslid werknemersorganisatie A;
- Bestuurslid en beleidsmedewerker werknemersorganisatie B;
- Cursusleider werknemersorganisatie B;
- Bestuurslid werkgeversorganisatie;
- Ministerie van WVC;
- Management (directeur + staffunctionaris Personeelszaken) van een instelling in de Randstad;
- Management van een instelling te plattelande;
- Management van een instelling waar team-gerichte organisatie is ingevoerd;
- Management van een instelling waar zowel gezinsverzorging als wijkverpleging plaatsvindt;
- Deskundige t.a.v. opleidingsstructuur op het terrein van gezins/bejaardenzorg;
- Staffunctionaris deskundigheidsbevordering van een willekeurige instelling;
- Leidinggevende (traditioneel) van een willekeurige instelling;
- Leidinggevende alpha-hulp van een willekeurige instelling.

De uitkomsten van gesprekken met deze informanten zijn van grote waarde geweest voor de inhoud en vormgeving van latere delen van het onderzoek, die hieronder worden beschreven.

3.6 Vragenlijst-onderzoek onder een steekproef van uitvoerend personeel (werknemers-enquête)

3.6.1 Gehanteerde vragenlijst

Teneinde een aantal veronderstellingen te toetsen die waren voortgevloeid uit bovengenoemde deel-onderzoeken, zijn verschillende empirische onderzoeken in het veld verricht: een werknemers-enquête, een enquête onder instellingen (zie 3.7) en een organisatie-onderzoek (zie 3.8).

In de werknemers-enquête is een aantal kenmerken en ervaringen van individuele uitvoerenden gemeten. Daartoe werd de vragenlijst "Arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging" ontwikkeld. De elementen van deze uitgebreide vragenlijst werden ontleend aan of ontwikkeld op basis van:

- de Vragenlijst Organisatie-stress (VOS-D) (zie Bergers e.a., 1986);
- de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981);
- Vragenlijst Reorganisatie (Fieret) (Fieret, 1982);
- standaard demografische gegevens;
- eigen ontwikkelde specifieke vragen.

De vragenlijst is opgebouwd uit een aantal rubrieken, die direct of indirect voortvloeiden uit het eerder geschetste theoretisch kader. De rubrieken

zijn de volgende (tussen haakjes is het aantal vragen/items per rubriek vermeld):

- a. Demografische persoonsvariabelen (3)
- b. Belasting:
 - fysiek (15)
 - psychisch (6)
 - werktijden (4)
 - adressen/cliënten (3)
 - reistijden (2)
 - tijdgebrek (4)
 - onbetaald overwerk (7)
 - belasting buiten het werk (2)
- c. Rolonduidelijkheid (8)
- d. Rolconflict (4)
- e. Beslissingsmogelijkheden (1)
- f. Zinvolheid van het werk (12)
- g. Ongewenste omgangsvormen/intimiteiten (18)
- h. Thuisituatie (8)
- i. Belastbaarheid:
 - ondersteuning door leidinggevende (7)
 - ondersteuning door collega's (5)
 - ondersteuning door cliënt (5)
 - ondersteuning door thuis (2)
 - contactfrequentie met leidinggevende (3)
 - contactfrequentie met collega's (2)
- j. Scholing, deskundigheidsbevordering (7)
- k. Aanstellingskeuring (1)
- l. Ontspanning buiten het werk (1)
- m. Arbeidssatisfactie (5)
- n. Burnout (9)
- o. Gezondheidsklachten (18)
- p. Medische consumptie (4)
- q. Ziekteverzuim (4; niet ontleend aan vragenlijst, maar objectief geregistreerd via het ZVIS - zie 3.6.2)
- r. Verzuimdrempel c.q. ziek doorwerken (1)
- s. Verzuimbehoefte:
 - werkmotivatatie (algemeen) (10)
 - werkmotivatatie (gezinsverzorging) (15)
- t. Wisseling van cliënt (2)

Een concept-versie van deze vragenlijst werd begin 1988 voorgelegd aan een aantal uitvoerenden. Naar aanleiding van hun opmerkingen werden enkele delen van de vragenlijst aangepast.

3.6.2 Steekproef

Aan het Ziekteverzuim-Informatiesysteem (ZVIS) van het NIA namen in 1987 19 instellingen voor gezinsverzorging deel, met in totaal ruim 5.000 uitvoerende personeelsleden. Van al deze personeelsleden wordt een individuele registratie bijgehouden van ziekteverzuim alsmede een aantal persoons- en functiekenmerken.

Uit het ZVIS-bestand werd eind 1987 per instelling een steekproef van uitvoerenden getrokken. Deze was aselekt, op één aspect na: er is gezorgd dat de steekproef per instelling dezelfde spreiding in ziekteverzuim had als de totale instelling, zodat optimale representativiteit zou worden bereikt op dit cruciale punt. Bovendien konden van de uiteindelijke respondenten de feitelijke ziekteverzuim-gegevens over 1987 uit het ZVIS worden ontleend

en gekoppeld aan de vragenlijst-gegevens van de betreffende personen. Daar het ZVIS geen naam- en adresgegevens van werknemers bevat maar alleen willekeurige personeelsnummers, moesten eerst de adressen van uitvoerenden in de steekproef worden achterhaald via de instellingen. Per 31 december 1987 waren 16 instellingen bereid en in staat om deze gegevens, waarvan de vertrouwelijke behandeling werd gegarandeerd, aan het NIA te leveren. De meeste instellingen hebben tevens het personeel uit de steekproef op de hoogte gebracht van het onderzoek en hen geadviseerd, aan de enquête mee te werken. Deze grote medewerking van instellingen is zeker een stimulans geweest voor de hoge respons die uiteindelijk is bereikt.

Het streefgetal in deze enquête was 25 ingevulde vragenlijsten per instelling. Daartoe werd per instelling een hoofdstekproef van 45 uitvoerenden getrokken; voor het geval een te groot aantal van hen niet zou deelnemen aan het onderzoek, werd tevens een reserve-steekproef van 15 achter de hand gehouden.

3.6.3 Procedure

De eerste benadering van respondenten gebeurde telefonisch, medio februari 1988. Daarbij werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek en werd de juistheid van naam en adresgegevens gecontroleerd. Aan degenen die tot medewerking bereid waren werd de vragenlijst "Arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging" toegestuurd. Aan degenen die niet wens-ten mee te werken werden enkele telefonische vragen gesteld. Gezien de aard van de populatie werd de telefonische benadering door uitsluitend vrouwelijke enquêteurs verricht. Grote aandacht is besteed aan de instructie van deze enquêteurs.

Elke enquêteur kreeg ca. 20 adressen te benaderen. Voor het geval de bereidheid tot medewerking tegenviel - i.c. minder dan 18 van de benaderde personen bereid werden gevonden - kreeg elke enquêteur tevens enkele reserve-adressen.

Ca. 60 personen uit de totale steekproef hadden geen telefoon; zij werden direct schriftelijk benaderd met de vragenlijst. Het materiaal was hier overigens hetzelfde als dat voor degenen die aanvankelijk telefonisch werden benaderd.

Indien een uitvoerende ca. twee weken na het toezenden van de vragenlijst deze nog niet had geretourneerd, werd een herinneringsbrief gezonden.

3.6.4 Respons

In de telefonische voorselectie werd slechts 1% weigeringen genoteerd. Aan 600 respondenten werd na telefonisch contact een vragenlijst toegezonden; daarvan werden 565 retour ontvangen. Deze extreem hoge respons duidt op de zorgvuldigheid waarmee de telefonische benadering is uitgevoerd. Van de 58 vragenlijsten die zonder voorafgaand telefonisch contact werden verstuurd, werden er 29 retour ontvangen.

De totale response in deze enquête bedroeg derhalve 594 vragenlijsten, oftewel ruim 90% van het verstuurd aantal. Een dergelijk hoog responspercentage is in sociaal-wetenschappelijk onderzoek een grote uitzondering, en verhoogt de betrouwbaarheid van de uitkomsten sterk.

Bovendien werd van vrijwel alle instellingen een veel groter aantal vragenlijsten ontvangen dan het nagestreefde minimum van 25; doorgaans werden er 35 à 40 ontvangen. Dit maakte het mogelijk om de uitkomsten ook per instelling te aggregeren tot redelijk betrouwbare instellings-kenmerken, en daarop een aantal statistische analyses toe te passen.

3.7 Vragenlijst-onderzoek onder de instellingen voor gezinsverzorging (instellingen-enquête)

Uit eerdere delen van het onderzoek was reeds gebleken dat het ziekteverzuim in belangrijke mate verschilt tussen instellingen. Daarom werd ook onder instellingen een enquête uitgevoerd, waarbij een aantal feitelijke gegevens is opgevraagd die mogelijk met het verzuim zouden samenhangen. Begin 1988 werd hiertoe een vragenlijst ontworpen waarin de volgende elementen aan de orde kwamen (tussen haakjes is vermeld het aantal vragen/items per element):

- a. Procedure van ziekmelding (5)
- b. Wijze van vervanging van zieke uitvoerenden (19)
- c. Controle en spoedcontroles door de BVG (5)
- d. Afspraken m.b.t. contact met langdurig zieken (7)
- e. Mogelijkheden tot gedeeltelijke of lichtere werkhervatting (3)
- f. Personeelsomvang en -opbouw, urenbesteding uitvoerenden (waaronder percentage ziekte-uren over 1987), opbouw van het middenkader, personeelsverloop (16)
- g. (Problemen met) personeelsaanbod (3)
- h. Procedures en criteria m.b.t. selectie van uitvoerend personeel (32)
- i. Aanstellingskeuringen (10)
- j. (Wens tot) aansluiting bij een Bedrijfsgezondheidsdienst (3)
- k. Mate waarin uitvoerenden in teamverband werken (3)
- l. Mogelijkheden tot informeel contact binnen de instelling (5)
- m. Eventueel gevoerd ziekteverzuim-beleid en effecten daarvan (4).

Aan de vragenlijstgegevens zijn later nog enige kenmerken toegevoegd die uit andere bron werden verkregen, nl.:

- uit het Klein Systeem van de BVG werden het (geschatte) verzuimpercentage en de verzuimfrequentie uit 1986 toegevoegd;
- aan administratieve gegevens van het departement van WVC over 1986 werden ontleend: de loonsom van uitvoerenden, het percentage ziekte-uren van uitvoerenden, ontvangen retributies, verzorgingsniveau, aanwezigheid van een wachtlijst van cliënten, aantal AAW-doorverwijzingen;
- uit een overzicht van de Centrale Raad werd afgeleid welke instellingen gecombineerd zijn met andere werksoorten (bijv. algemeen maatschappelijk werk of kruiswerk).

Tenslotte werd aan de hand van adressen van instellingen de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats vastgesteld.

Aangezien het aantal instellingen voor gezinsverzorging vrij beperkt is (nl. 233 per begin 1988) was het niet nodig een steekproef te trekken, maar konden *alle* instellingen met de vragenlijst benaderd worden. De vragenlijsten werden medio februari 1988 verzonden.

Uiteindelijk zijn van 199 instellingen ingevulde vragenlijsten ontvangen; de instellingen-enquête leverde dus een respons van ruim 85 % op. Dit is een zeer hoog cijfer, zeker voor een enquête op organisatie-niveau. De hoge respons, te zamen met het feit dat dit geen steekproef maar de totale populatie omvat, betekent dat de uitkomsten van de instellingen-enquête als zeer betrouwbaar kunnen worden beschouwd en een representatief beeld opleveren.

3.8 Organisatie-onderzoek binnen acht instellingen (organisatie-onderzoek) en interviews met verzekeringsgeneeskundigen en langdurig zieken (hervattings-interviews)

Uit bovengenoemde gegevensbronnen werd een groot aantal samenhangen afgeleid tussen ziekteverzuim en bepaalde persoons-, functie- en organisa-

tekenmerken. Het betrof daarbij veelal statistische samenhangen tussen afzonderlijke factoren en verzuim.

Teneinde na te gaan hoe dergelijke factoren - en mogelijk nog andere factoren die niet direct uit statistische analyse voortkwamen - in de dagelijkse praktijk van instellingen op elkaar inwerken, was ter afronding van het project een organisatie-onderzoek gepland binnen een aantal instellingen. In dit onderzoek zou via (groeps)interviews met verschillende geledingen binnen instellingen tevens worden nagegaan in hoeverre de betrokkenen in het veld zelf de achtergronden van ziekteverzuim herkenden en hoe zij dachten over mogelijkheden om het verzuim te verlagen. Dit onderzoek is binnen acht instellingen verricht.

In de loop van het onderzoek was duidelijk geworden dat vooral het langdurig ziekteverzuim in de gezinsverzorging hoog is, hetgeen zou kunnen duiden op problemen bij de begeleiding en reïntegratie van langdurig zieken (= de "hervattingsdrempel" uit het algemeen denkkader; zie hoofdstuk 2). Gekoppeld aan het organisatie-onderzoek zijn daarom interviews gehouden op de acht betrokken rayon-kantoren van de BVG alsmede met een aantal langdurig zieken uit de acht instellingen.

3.8.1 Selectie van instellingen

De instellingen voor het organisatie-onderzoek werden geselecteerd op drie gecombineerde criteria:

- Ziekteverzuim: vier instellingen met een relatief hoog verzuim, tegenover vier met een relatief laag verzuim;
- Regio: vier instellingen in het westen (evt. zuiden) des lands tegenover vier in het oosten (evt. noorden);
- Urbanisatiegraad: vier instellingen in steden tegenover vier te plattelande.

Bij de selectie is gebruik gemaakt deels van verzuimcijfers per instelling over 1986, deels van de inmiddels ontvangen vragenlijsten uit de instellingen-enquête; een aantal leden van de Begeleidingscommissie was bij de selectie behulpzaam. De uiteindelijke keuze werd eind maart 1988 gemaakt. Voor iedere der acht geselecteerde instellingen werden een of twee 'reserve-instellingen' gekozen voor het geval niet alle acht tot medewerking bereid zouden zijn. Uiteindelijk moest in drie gevallen een beroep worden gedaan op deze reserve-instellingen: voor enkele instellingen vormde de (aanzienlijke) investering in werkuren en organisatorische voorbereiding een belemmering tot deelname.

3.8.2 Procedure organisatie-onderzoek

Binnen elke instelling dienden vier (groeps)interviews plaats te vinden, nl. met het management, de ondernemingsraad, leidinggevenden en uitvoerenden. In twee gevallen bleek het niet mogelijk, een interview met de ondernemingsraad te hebben: één instelling had geen OR, in een ander geval was de OR pas kort in functie en voelde zich nog niet in staat om al een mening over dit onderwerp naar voren te brengen.

De samenstelling van de te interviewen groepen uit het management en de OR werd aan management en OR zelf overgelaten. De samenstelling van groepen vanuit leiding en uitvoerenden gebeurde eveneens door de instellingen zelf, echter op basis van nauwkeurige richtlijnen van de onderzoekers. Deze richtlijnen behelsden een brede spreiding van de gespreksgroepen naar een aantal kenmerken. Bij leidinggevenden betrof het een spreiding naar aantal jaren ervaring, opleidingsniveau en aantal werkuren per week; bij uitvoerenden spreiding naar functie, aantal werkuren, leeftijd en leidinggevende. Door de instellingen is aan deze richtlijnen over

het algemeen goed de hand gehouden, zodat binnen dit deel van het onderzoek een zeer brede doorsnee van diverse geledingen is gehoord.

In totaal zijn daarbij 119 personen geïnterviewd, namelijk:

- 17 personen behorend tot het management,
- 24 leden van ondernemingsraden,
- 32 leidinggevendenden,
- 46 uitvoerenden.

De interviews hebben plaatsgehad in de periode 17 mei 1988 tot 9 juni 1988. Per instelling werden de groepsinterviews op één dag achtereenvolgens gehouden door twee onderzoekers, die afwisselend de rol van gespreksleider en verslaggever vervulden. Ter ondersteuning van de verslaglegging werd van (vrijwel) alle interviews tevens een bandopname gemaakt.

Aan iedere instelling werden ongeveer een week voor de interview-dag lijsten met gespreksonderwerpen toegestuurd, die in de vier groepsinterviews aan de orde zouden komen. Dank zij deze procedure hadden de deelnemers aan de interviews zich doorgaans zeer goed (soms ook schriftelijk) voorbereid op de gesprekken.

Aan de leidinggevendenden en uitvoerenden die aan de gesprekken deelnamen, werd na afloop een korte schriftelijke vragenlijst voorgelegd, zodat de samenstelling van de groepen naar een aantal achtergrondkenmerken achteraf gecontroleerd kon worden.

3.8.3 Procedure hervattings-interviews

Om meer zicht te krijgen op processen die zich afspelen na ziekmelding (in de loop van een langdurig verzuimgeval) en op eventuele factoren die de reïntegratie van langdurig zieken bemoeilijken, zijn twee reeksen interviews gehouden: enerzijds met rayon-verzekeringsgeneeskundigen (RVG'en) en assistenten medische dienst (AMD'en) van de BVG, anderzijds met een aantal uitvoerenden die op dat moment of zeer kort tevoren langdurig ziek waren. Deze interviews waren gekoppeld aan het organisatie-onderzoek; de geïnterviewde RVG'en en AMD'en waren degenen die deze acht instellingen onder hun hoede hadden, de langdurig zieken waren eveneens uit deze acht instellingen afkomstig.

In deze interviews werd, naast informatie over de acht betrokken instellingen, ook veel inzicht verkregen in de processen die zich in het algemeen afspelen in de loop van een verzuimgeval.

De RVG'en van de betreffende BVG-rayons zijn in eerste instantie schriftelijk op de hoogte gesteld door de Medische Dienst van de BVG, met het verzoek om aan een interview te willen meewerken. Na telefonische afspraak werd het interview met RVG en AMD gevoerd door een van de onderzoekers. De acht gesprekken vonden plaats in de periode juli/augustus 1988.

De selectie van langdurig zieken is geschied vanuit de ziektewet-administratie van de BVG. Teneinde selectiviteit te voorkomen werd het niet wenselijk geacht, deze keuze via de betrokken instellingen te laten verlopen. Bovendien kon langs deze weg een zekere spreiding worden aangebracht naar gevallen met verschillende diagnoses. Gestreefd werd naar drie interviews per instelling, met langdurig zieken uit verschillende diagnose-categorieën.

Een nadeel was dat deze procedure technisch erg tijdrovend bleek, en wellicht ook op respondenten wat omslachtig overkwam; de respons was althans lager dan op grond van eerdere ervaringen was verwacht. In eerste

ronde werden 37 langdurig zieken aangeschreven, hetgeen tot slechts 10 gerealiseerde interviews leidde. Daarom werd in tweede ronde nogmaals een aantal langdurig zieken geselecteerd en aangeschreven. Uiteindelijk zijn 18 interviews gerealiseerd met langdurig zieken uit zeven instellingen. Van hen hadden inmiddels 9 pas weer het werk hervat of zouden dat zeer binnenkort doen; de overigen waren nog steeds ziek thuis zonder concreet zicht op werkhervatting.

De interviews werden aan de hand van een algemene gesprekspuntenlijst gevoerd bij respondenten thuis, in de periode juli-september 1988. Van ieder gesprek werd een bandopname gemaakt ten behoeve van de interne verslaglegging.

De respondentengroep als totaal vertoont een goede spreiding naar leeftijd, functie, contractomvang, aantal dienstjaren en diagnosegroep. Daarmee wordt een kwalitatief goed beeld verkregen van de problematiek van de langdurig zieken. Gezien het beperkte aantal interviews kunnen uiteraard geen kwantitatieve conclusies worden getrokken.

3.9 Resumé

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de verschillende bronnen van gegevens, waaruit in het onderzoek is geput. Dit zijn achtereenvolgens:

- Vergelijkende analyse van individuele verzuimgegevens. Uit het bestand van het Ziekteverzuim-Informatiesysteem (ZVIS) zijn verzuim- en persoonsgegevens van ca. 5000 personeelsleden uit de gezinsverzorging geanalyseerd en vergeleken met de overeenkomstige gegevens van ca. 11000 vrouwelijke werknemers uit andere sectoren.
- Studie naar bronnen van cijfermateriaal over ziekteverzuim in de kwartaire sector, waarbinnen o.m. gebruik is gemaakt van het "Klein Systeem" van de BVG.
- Diagnose-registratie: najaar 1987 is gedurende een zestal weken op de rayonkantoren van de BVG een registratie gevoerd van diagnosegegevens van werkneemsters uit zowel de gezinsverzorging als andere delen van de BVG-sector.
- Literatuurstudie: in wetenschappelijke literatuur - zowel theoretische als empirische - is gepoogd mogelijke achtergronden van ziekteverzuim in kaart te brengen die wellicht juist in de kwartaire sector van belang zijn.
- Met 17 sleutelinformanten, die vanuit verschillende functies bekend zijn met de gezinsverzorging en veelal ook met andere sectoren, zijn uitvoerige gesprekken rond het thema ziekteverzuim gehouden.
- Onder een steekproef van ca. 600 uitvoerende personeelsleden uit de gezinsverzorging is een uitvoerige werknemers-enquête (deels telefonisch, deels schriftelijk) gehouden.
- Een instellingen-enquête (schriftelijk) is gehouden, waaraan 85% van de instellingen hebben deelgenomen. Naast de vragenlijst-gegevens zijn daarbij enkele administratieve gegevens over de instellingen vanuit andere bronnen toegevoegd.
- Binnen acht instellingen is een organisatie-onderzoek gehouden, waarbij (groeps)interviews werden afgenomen bij vier geledingen: het management, de leidinggevendenden, de ondernemingsraad en uitvoerenden.
- Met 8 rayon-verzekeringsgeneeskundigen en 8 assistenten medische dienst van de BVG, alsmede met 18 langdurig zieken uit de gezinsverzorging, zijn "hervattings-interviews" gehouden teneinde zicht te krijgen op factoren die de hervattingsdrempel beïnvloeden.

4 **PORTRET VAN DE SECTOR GEZINSVERZORGING**

In dit rapport zal soms worden ingegaan op specifieke omstandigheden en termen die in het veld van de gezinsverzorging gemeengoed zijn, maar voor buitenstaanders niet altijd begrijpelijk zijn. Daarom beginnen we dit hoofdstuk met een (zeer ruwe) schets van deze werksoort.

Vervolgens wordt een schets gegeven van de werknemerspopulatie in de gezinsverzorging. Mede dank zij gegevens uit het ZVIS kunnen we daarbij de kenmerken van deze populatie vergelijken met andere sectoren, zodat aangegeven kan worden in hoeverre hier van een specifieke populatie sprake is.

Tenslotte worden aan de hand van de werknemers-enquête enkele kenmerken beschreven van de dagelijkse werksituatie van uitvoerenden in deze sector, en beschrijven we aan de hand van de instellingen-enquête enige kenmerken van de instellingen.

4.1 **Schets van de gezinsverzorging in Nederland**

Hoewel de gezinsverzorging in Nederland wortels heeft die teruggaan naar het begin van deze eeuw, kwam de ontwikkeling van deze werksoort op grote schaal pas op gang rond het einde van de Tweede Wereldoorlog. Sindsdien is er veel veranderd.

De sector is in omvang enorm gegroeid, mede dank zij een steeds intensiever subsidiëring door de overheid, die in de loop van de vijftiger jaren op gang kwam. In de loop van de jaren '80 is deze groei tot stilstand gekomen. Momenteel gaat er in de sector ca. 1,5 miljard gulden per jaar om, waarvan ruim 80% afkomstig is van overheidssubsidies. Ongeveer 80.000 mensen (veelal part-time werkende, gehuwde vrouwen; alpha-hulpen niet meegerekend) vinden hun werk bij instellingen voor gezinsverzorging.

Ook de aard van het werk verschoof. Lag aanvankelijk het accent op verzorging van zieke huisvrouwen in het gezin (vaak relatief kortdurende hulp voor een groot aantal uren per week), tegenwoordig worden de meeste uren besteed aan langdurende hulp aan bejaarden en chronisch zieken, in de vorm van huishoudelijke hulp gedurende een beperkter aantal uren per week. De vraag of de meer huishoudelijke taken van de gezinsverzorging de kern van het werk vormen, dan wel juist de meer verzorgende en begeleidende taken, is overigens punt van veel discussie. Velen signaleren de laatste jaren een tendens naar (nog) meer huishoudelijke, in plaats van verzorgende en begeleidende taken.

De hulp en verzorging wordt verleend door uitvoerend personeel in dienst van instellingen voor gezinsverzorging (dit met uitzondering van de alpha-hulpen, die eenvoudige huishoudelijke hulp verlenen in dienst van de cliënt zelf, waarbij de instelling voornamelijk een bemiddelende rol speelt). Het *aantal instellingen* is in de jaren '60 en '70 drastisch gereduceerd door fusies en schaalvergroting. Per eind 1988 zijn er 225 instellingen voor gezinsverzorging in Nederland. Vele instellingen voor gezinsverzorging zijn overigens gecombineerd met andere werksoorten; dit betreft ruim de helft van alle instellingen voor gezinsverzorging. In vier op de vijf gevallen betreft het een combinatie met het algemeen maatschappelijk werk, in de overige gevallen combinaties met diverse andere werksoorten, bijvoorbeeld

het kruiswerk. Binnen al deze *gecombineerde instellingen* voor maatschappelijke dienstverlening is doorgaans wel een duidelijke organisatorische scheiding aangebracht tussen de afdeling gezinsverzorging en andere werksoorten.

Het vrij geringe aantal instellingen ten opzichte van de ca. 80.000 uitvoerende personeelsleden impliceert dat instellingen, in termen van aantal werknemers, gemiddeld groot zijn. Een personeelsomvang van tussen de 350 en 450 is normaal; er komen instellingen voor (in de grote steden) van meer dan 1000 werknemers. Instellingen voor gezinsverzorging behoren daardoor in hun regio vaak tot de grootste werkgevers voor de vrouwelijke beroepsbevolking (zeker voor gehuwde, part-time werkende vrouwen).

Toch is dat niet direct zichtbaar, want kenmerkend is de *decentrale werkwijze*: het werk gebeurt gespreid over de hele regio, bij cliënten thuis, en "de instelling" bestaat qua huisvesting meestal uit een bescheiden kantoor-tje waar directie, staf, administratie en leidinggevend en hun werkplek hebben. Zou al het personeel van de instelling in een gebouw werken, dan zou de omvang van deze instellingen ook fysiek veel duidelijker zichtbaar zijn.

De decentrale werkwijze betekent dat uitvoerenden gewoonlijk solitair, op zichzelf, werken zonder dagelijks contact met collega's of leidinggevend en. De cliënt daarentegen is wel steeds bij het werk aanwezig. Dit solitaire karakter van het werk, in het dagelijks bijzijn van cliënt, is een zeer bepalende karakteristiek van de gezinsverzorging. De werkplek ligt niet in, maar buiten het bedrijf.

De manier waarop dit decentrale werk precies is georganiseerd kan sterk variëren tussen en ook binnen instellingen. Dat komt mede door de grote vrijheid die het financieringssysteem instellingen laat. Sinds 1984 voeren zij zelfstandig het beheer over hun budget - dat hoofdzakelijk wordt gevormd door overheidssubsidies, en daarnaast door retributies (eigen bijdragen van cliënten), ziekengelden en enige eigen inkomsten (rente, giften). Aan de besteding van het budget zijn zeer globale randvoorwaarden gesteld, waarvan we hier slechts een willen noemen: per instelling is een maximum-percentage van het budget vastgesteld dat besteed kan worden aan de "overhead" (materiële kosten plus salariskosten van management, leiding en administratie). In de praktijk betekent de financieringssystematiek dat instellingen grote vrijheid hebben in zaken als interne organisatie en personeelsopbouw.

De uitvoerenden vormen in aantal veruit de meerderheid (ca. 93% van het personeel). In financiële termen is hun aandeel minder groot: ca. 73% van het budget gaat op aan salariskosten van uitvoerenden. Dat komt onder andere door het zeer hoge percentage part-timers (waaronder velen met slechts enkele werkuren per week) onder uitvoerenden, maar ook door hun lage uurloon - dat dicht in de buurt van het minimumloon ligt, zeker voor ongediplomeerden (het overgrote deel van de uitvoerenden is ongediplomeerd). Momenteel wordt aan enige verbetering van de lonen gewerkt, al is bepaald niet iedereen tevreden over omvang, prioriteit en tempo van deze verbetering.

Wat betreft de salariskosten is nog van belang dat personeel met een werkweek van 16 uur of meer onder de verplichte pensioenvoorziening (PGGM) valt; voor de overigen geldt geen pensioenplicht.

Direct boven de uitvoerenden staan de leidinggevend en - veelal vrouwen met een opleiding op MBO- of HBO-niveau en een fulltime of grote parttime betrekking. Zij vormen het "middle management" binnen instellingen en zijn degenen die meestal het dagelijks werk van uitvoerenden organise-

ren en plannen. In de planning en administratie is de vierweekse periode de standaard-tijdseenheid: de instelling als zodanig administreert vele gegevens (bijv. urenbesteding van uitvoerenden) per periode, ook de uitvoerenden verantwoorden via werkbriefjes hun tijdsbesteding per periode.

De wijze waarop het werk is georganiseerd, en de onderlinge functionele verhouding tussen leidinggevende, uitvoerende en cliënt, kan sterk verschillen. Vanouds had de leidster zelfstandig een vrij frequent contact met de cliënten; zij was dus ook zelf direct bij de hulpverlening betrokken, en de verhouding leidster/uitvoerende/cliënt vormde ongeveer een driehoek. Er is nu een zekere verschuiving waarneembaar naar een "lijn-verhouding" leidster → uitvoerende → cliënt, waarbij de leidster minder direct in de dagelijkse hulpverlening is betrokken. Verder zijn er enkele ontwikkelingen gaande naar meer teamgerichte werkvormen, waarin uitvoerenden meer onderling regelen (en de leidster meer "team-coördinator" wordt) dan in de traditionele, meer versnipperde werkwijze. Zulke werkvormen zijn echter nog lang geen gemeengoed.

Leidsters zorgen doorgaans ook voor de "intake", het bepalen van de hulpbehoeften van een (potentiële) cliënt. Dat gaat via een systematische indicatiestelling, tegenwoordig volgens het zgn. LIER-systeem (Landelijk Indicatie- en Registratiesysteem). Aan de hand van dit LIER-systeem wordt na ten minste elke 6 maanden opnieuw bezien of de indicatie nog adequaat is (herindicatie); zulks is althans voorgeschreven in de subsidie-regeling.

In sommige instellingen is de intake gecentraliseerd bij één leidster, in andere verzorgt iedere leidster de intake van cliënten in haar eigen werkgebied.

De gezinsverzorging poogt het hulpaanbod af te stemmen op behoeften van cliënten. Mede om die reden komen in veel instellingen nieuwe werkvormen, werkdifferentiaties op gang - bijvoorbeeld hulp ook buiten de traditionele kantooruren, 7 x 24-uurs-bereikbaarheid, "hulp op maat". Al deze differentiaties, die met een bonte verzameling van verschillende namen worden aangeduid, betekenen vaak grote organisatorische omschakeling. Zij brengen bijv. andere kwalificatie-eisen voor het personeel mee, alsmede vaak meer contact en overleg met andere vormen van dienstverlening (wijkverpleging, huisartsen, de intramurale zorg e.a.).

Cliënten hebben geen wettelijk *recht* op gezinsverzorging. Ook wanneer er een objectieve indicatie van de hulpbehoefte is vastgesteld, hoeft dat niet tot feitelijke hulpverlening te leiden. In de praktijk geldt het beginsel van "op = op": is het instellingsbudget uitgeput (de beschikbare personeelsformatie reeds geheel ingezet), dan kunnen er cliënten op een wachtlijst geplaatst worden. Tussen instellingen kunnen grote verschillen bestaan in de mate waarin het budget toereikend is voor de hulpvraag.

Heeft een instelling geen capaciteit meer beschikbaar, dan kunnen cliënten in bepaalde gevallen subsidie krijgen om zelf een huishoudelijke hulp aan te trekken; deze subsidie komt vanuit de AAW (Algemene Arbeidsongeschiktheidswet). De instelling voor gezinsverzorging bemiddelt daarin, c.q. kan cliënten doorverwijzen naar de AAW.

4.2 De werknemerspopulatie in de gezinsverzorging

Wie zijn nu die vele werknemers in de gezinsverzorging? In hoeverre wijkt de samenstelling van de beroepspopulatie hier af van die in andere sectoren? Deze vragen zijn ook voor het ziekteverzuim relevant, omdat het hoge verzuim mede veroorzaakt zou kunnen worden door de specifieke populatie-samenstelling.

Op basis van de ZVIS-gegevens over 1986 kunnen we de personeelsopbouw in de gezinsverzorging vergelijken met die in drie andere sectoren: de rest

van de BVG-sector, de overige kwartaire sector en het particuliere bedrijfsleven (de profit-sector).

In de eerste plaats valt dan op dat het personeel in de gezinsverzorging op drie punten zeer specifiek is: het betreft vrijwel uitsluitend vrouwen, vrijwel alle zijn van Nederlandse nationaliteit, en vrijwel allen werken in reguliere dagdienst (i.t.t. ploegendienst). Tabel 4.1 geeft op dit punt een vergelijking met de andere sectoren.

Tabel 4.1 Werknemerspopulaties naar geslacht, nationaliteit en werkrooster (bron: ZVIS 1986)

sector →	gezins- verzorging	overig BVG	overig kwartair	profit
% vrouwen	97	77	32	18
% buitenlanders	1	1	1	7
% dagdienst	100	70	93	76

Wanneer we geen rekening zouden houden met deze specifieke kenmerken, zou de vergelijking tussen de gezinsverzorging en andere sectoren op alle andere punten (incl. het ziekteverzuim) daardoor geheel doorkruist worden. Daarom is de rest van deze paragraaf voor alle vier sectoren alleen gebaseerd op gegevens van Nederlandse vrouwen in dagdienst.

Tabel 4.2 geeft enkele andere kenmerken van de werknemerspopulaties.

Tabel 4.2 Werknemerspopulaties (Nederlandse vrouwen in dagdienst) naar enkele kenmerken (bron: ZVIS 1986)

sector →	gezins- verzorging	overig BVG	overig kwartair	profit
Gemiddelde leeftijd	39,7	32,5	34,1	29,2
% gehuwden	76	47	51	39
Gem. dienstjaren	7,0	5,1	6,9	5,2
% personeelsverloop	11,7	12,9	9,2	16,0
Gem. werkuren per week	17,6	30,0	32,6	32,1
% zonder vakopleiding	68	20	38	57

In verhouding tot andere sectoren omvat het personeelsbestand in de gezinsverzorging veel gehuwde vrouwen van gemiddeld wat hogere leeftijd, die gemiddeld ook vrij veel dienstjaren bij de instelling hebben. Het personeelsverloop is zeker niet hoog te noemen. Het gemiddeld aantal werkuren per week is opvallend laag. Er wordt dan ook maar door weinigen in de gezinsverzorging full-time gewerkt: terwijl in alle andere sectoren meer dan de helft een werkweek van meer dan 32 uur heeft, is dat in de gezinsverzorging slechts 12 %. Tenslotte telt de gezinsverzorging een bijzonder hoog

percentage personeel zonder vakopleiding, zeker in vergelijking tot de overige BVG- en kwartaire sector.

Drie van de hier genoemde kenmerken splitsen we nu nog wat verder uit, omdat zij verder in dit rapport nog meermalen ter sprake zullen komen: de leeftijdsverdeling, het personeelsverloop en het aantal werkuren per week. De leeftijdsverdeling kan van belang zijn, omdat hoog ziekteverzuim in beroepen waar veel vrouwen werken soms mede wordt toegeschreven aan het aandeel van zwangerschaps- en bevallingsverlof. Aannemende dat dit vooral zou gelden voor de leeftijdsgroepen tot 36 jaar geven we in de volgende tabel de percentages personeel tot en vanaf die grens. Het aandeel van deze leeftijdsgroep blijkt in de gezinsverzorging slechts ongeveer de helft te bedragen van dat in andere sectoren.

Tabel 4.3 Leeftijdsverdeling (Nederlandse vrouwen in dagdienst) naar sector (bron: ZVIS 1986)

sector →	gezins- verzorging	overig BVG	overig kwartair	profit
% ≤ 35 jaar	32	65	61	74
% > 35 jaar	68	35	39	26

Vervolgens bezien we het personeelsverloop nader. Het verlooppercentage in de gezinsverzorging bleek niet opvallend te zijn; de reden van vertrek daarentegen is in deze werksoort vaak een andere dan elders, zo toont tabel 4.4.

Tabel 4.4 Vertrokken personeel (Nederlandse vrouwen in dagdienst) naar reden van vertrek (bron: ZVIS 1986)

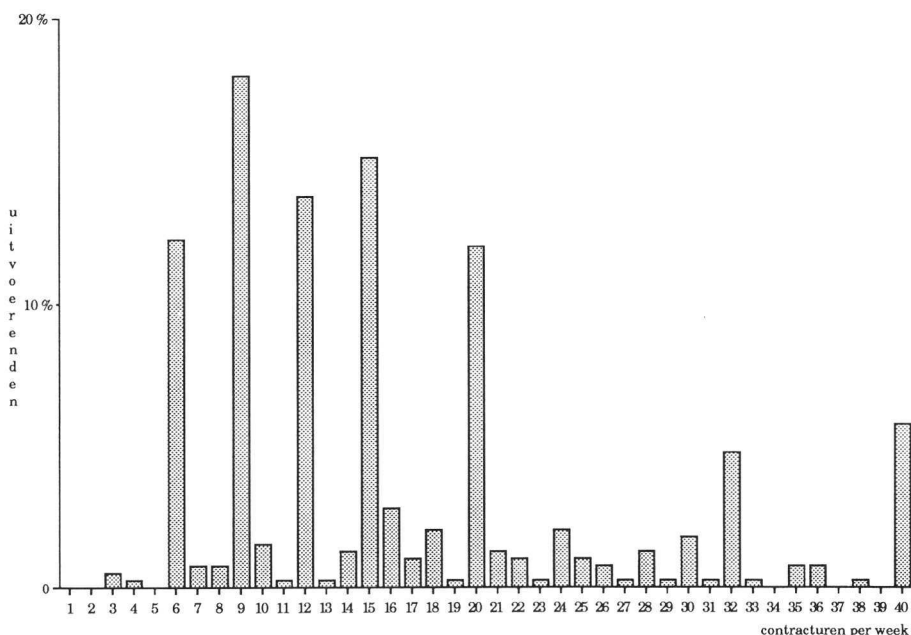
sector →	gezins- verzorging	overig BVG	overig kwartair	profit
neemt ontslag	57 %	71 %	74 %	83 %
krijgt ontslag	3	11	12	8
pensioen, VUT	5	3	3	1
overlijden	0,5	0,5	2	0
volledig WAO	21	7	4	5
andere reden	6	7	4	3
onbekend	8	1	0	1
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %
% personeelsverloop	11,7	12,9	9,2	16,0

In de gezinsverzorging verdwijnt naar verhouding veel personeel via de WAO. Dit hangt uiteraard nauw samen met het ziekteverzuim, en wij ko-

men daarop in het volgende hoofdstuk nog terug. Daarentegen is het aantal ontslagen op initiatief van werkgever in de gezinsverzorging gering in vergelijking tot andere sectoren.

Tenslotte bezien we het aantal werkuren per week iets nader; nu niet in vergelijking tot andere sectoren, maar uitsluitend voor de gezinsverzorging afzonderlijk. Bij tabel 4.2 werd al geconstateerd dat het personeel doorgaans een part-time dienstverband heeft. De omvang van dat dienstverband heeft een opmerkelijke verdeling, die in grafiek 4.1 in beeld wordt gebracht.

Grafiek 4.1 Aantal werkuren per week in de gezinsverzorging (uitvoerend personeel) (bron: werknemers-enquête)



Het aantal werkuren per week in de gezinsverzorging vertoont "pieken" op bepaalde aantallen uren, met name bij de kleine contracten (< 16 uur). Die pieken liggen op bepaalde "ronde" aantallen uren: 6, 9, 12 en 15 uur per week - getallen dus die alle deelbaar zijn door 3. Vanaf de 16 uur per week zijn er minder scherpe pieken op 20, (24), 32 en 40 uur per week, die alle deelbaar zijn door 4. Aangezien de inzet bij cliënten veelal per dagdeel wordt gepland, zijn er kennelijk twee soorten dagdelen: drie-urige en vier-urige.

4.3 Enige kenmerken van de werksituatie

In de werknemers-enquête is aan uitvoerenden een groot aantal vragen gesteld over hun werksituatie en meningen/ervaringen daaromtrent. Aan de hand van de antwoorden is een nader beeld te geven van een aantal

aspecten van de werksituatie. Dat wij die aspecten in deze paragraaf noemen wil niet automatisch zeggen dat zij ook van belang zijn voor het ziekteverzuim; dat komt in latere hoofdstukken aan de orde.

Ruim twee-derde van de uitvoerenden besteedt alle of de meeste werktijd aan *huishoudelijke* taken; slechts bij een minderheid vormen verzorgende en begeleidende taken een aanzienlijk deel van het werk. Stofzuigen, ramen lappen en bedden opmaken horen tot vrijwel ieders takenpakket; ook kleding wassen en strijken zijn vaak onderdeel van het werk. Ruim de helft van de uitvoerenden zegt dat zwaar werk zoals sjouwen soms of altijd voorkomt. Bijna de helft doet wel eens de grote schoonmaak bij cliënten, en ongeveer een derde verricht soms reparaties in het huis van een cliënt. Bijna de helft doet soms of altijd aan huiselijke ziekenverzorging (wassen, verschonen). Gezien het feit dat ruim een derde van de uitvoerenden in de afgelopen maanden bij ernstig zieke cliënten heeft gewerkt, is het niet onbegrijpelijk dat de uitvoerenden veelal ook aan huiselijke ziekenverzorging doen. Dit gegeven onderstreept dat de gezinsverzorging te zien is als onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg, en een cliëntengroep bedient welke voor een groot deel samenvalt met die van de wijkverpleging.

Het werk van uitvoerenden beperkt zich niet altijd tot de formele werktijden: er wordt door sommigen nogal wat "onverplicht meerwerk" verricht. Vrij velen doen buiten werktijd wel eens inkopen voor de cliënt, en worden wel eens thuis opgebeld of opgezocht door een cliënt. Slechts een minderheid neemt wel eens de was, naai- of verstelwerk mee naar huis, of gaat in weekends en/of vakanties een cliënt helpen; maar hoge uitzondering is dat toch bepaald niet.

De beschikbare werktijd wordt door bijna driekwart van het personeel beoordeeld als "meestal of altijd voldoende". De overigen ervaren wel eens tijdsgebrek; zij lossen dat meestal op door iets over te slaan of sneller te werken dan normaal, maar in ca. de helft van de gevallen ook door langer door te werken.

Wat betreft de (formele) werktijden zijn, aanvullend op het slot van de vorige paragraaf, nog twee gegevens van belang. Ten eerste maakt ca. 20% wel eens betaalde uren, doorgaans beperkt tot enkele uren per week. Ten tweede zou ca. 10% van de uitvoerenden eigenlijk wel meer uren willen hebben, waarbij vooral de groep die nu 15 uur per week werkt relatief vaak de wens tot uren-uitbreiding te kennen geeft.

Behalve met eigenlijke werktijd hebben veel uitvoerenden te maken met reistijden. Ongeveer de helft van hen moet minstens eens per week meer dan een kwartier lopen of fietsen om van huis bij de cliënt te komen. Daarnaast heeft 16% nog minstens eens per week meer dan een kwartier reistijd van de ene cliënt naar de andere.

De meeste uitvoerenden (ruim drie op de vier) hebben nl. meer dan één vast cliënt-adres per week - doorgaans 2 à 3. Een kwart werkte daarnaast in de enquête-week nog op een of meer inval-adressen, bijv. om in te vallen voor een zieke collega. Het werken op meerdere adressen per week wordt door 16% als vervelend ervaren, door 40% juist als plezierig.

Vrijwel allen zeggen goed tot zeer goed met de cliënten te kunnen opschieten, al zegt een op de drie dat zich soms ook conflicten met de cliënt voordoen.

Een bijzonder probleem dat zich in de omgang met cliënten kan voordoen is dat van de ongewenste intimiteiten; 17% van de uitvoerenden zegt daar ooit last van te hebben gehad (over het algemeen niet meer dan één keer).

Soms is dat, al wat langer geleden, want 8% zegt dat dit in 1987 wel eens is voorgekomen. De meest voorkomende vormen van zulke intimiteiten zijn flirtgedrag, uitnodigingen met "bijbedoelingen" en vervelende sexueel getinte opmerkingen. Over het algemeen heeft men over deze ervaringen met de leidinggevende gesproken, en meestal ook met de cliënt zelf.

De relatie tussen uitvoerende en leidinggevende wordt over het algemeen als positief ervaren: veruit de meeste uitvoerenden zeggen goed tot zeer goed met de leidinggevende te kunnen opschieten, over problemen te kunnen praten, en meestal of altijd steun en waardering te ontvangen. De feitelijke contactfrequentie met de leidinggevende lijkt echter nogal gering: ca. 37% heeft (bijna) nooit een individuele werkbespreking met de leidinggevende, 40% wordt (bijna) nooit door de leidinggevende opgebeld en eveneens 40% belt ook zelf (bijna) nooit op naar de leidinggevende. Hoewel de tevredenheid met de begeleiding gemiddeld genomen groot is, is deze toch minder groot dan de tevredenheid met het werk *in het algemeen*; daaruit volgt dat de begeleiding naar verhouding een minder bevredigend aspect van het werk vormt.

Groepsbesprekingen met de collega's komen veel meer voor dan individuele werkbesprekingen met alleen de leidinggevende. De frequentie van groepsbesprekingen is meestal beperkt tot eens per 2 maanden of minder. Meer dan de helft van de uitvoerenden heeft buiten het werk om geen contact met collega's. Het solitaire karakter van het werk is ook op andere punten terug te vinden: op diverse vragen naar sociale ondersteuning en waardering door collega's wordt minder positief geantwoord dan op de overeenkomstige vragen m.b.t. leidinggevend en cliënten - op één uitzondering na: conflicten met collega's komen zo goed als nooit voor, in ieder geval minder vaak dan met cliënten of leidinggevend. Dat de collega's gevoelsmatig nogal ver weg staan blijkt ook uit het feit dat relatief veel respondenten de vragen over hun collega's niet hebben beantwoord.

In de vragenlijst waren enkele series vragen opgenomen die in eerder onderzoek reeds zijn gehanteerd, zodat enkele vergelijkingen mogelijk zijn tussen de gezinsverzorging en andere beroepen. Het betreft hier items uit de Vragenlijst Organisatie-Stress (VOS-D), waarvoor normcijfers bekend zijn over o.a. de groep "dienstverlenende functies". Op de volgende aspecten is een vergelijking mogelijk:

- *rolonduidelijkheid*, d.i. de mate van onzekerheid over de te vervullen taken, over wat van iemand verwacht wordt of over hoe het werk gewaardeerd wordt;
- *rolconflict*, d.i. de mate waarin iemand werkzaamheden moet verrichten die onderling moeilijk te verenigen zijn, tegenstrijdige opdrachten krijgt, of het werk anders moet doen dan men zelf zou willen c.q. werk moet doen dat men liever niet zou doen;
- *ondersteuning door de chef/leidinggevende*, d.w.z. kunnen opschieten met de chef, met problemen bij de chef terecht kan, zich door hem/haar gewaardeerd voelen;
- *ondersteuning door collega's*;
- *beslissingsmogelijkheden* over het eigen werk;
- *arbeidssatisfactie*;
- *mate van gezondheidsklachten*.

Op vier van deze zeven punten wijken uitvoerenden in de gezinsverzorging significant af van de normgroep:

- de *ondersteuning door de leidinggevende* is in de gezinsverzorging hoger dan in de normgroep;

- de *ondersteuning door collega's* is in de gezinsverzorging lager;
- de *mate van rolconflict* is in de gezinsverzorging hoger;
- de *arbeidsatisfactie* is in de gezinsverzorging lager.

Let wel dat het hier vergelijkende uitspraken betreft, en geen absolute. Men mag dus niet concluderen dat bijv. de arbeidssatisfactie in de gezinsverzorging laag is (integendeel, de meerderheid zegt tevreden tot bijzonder tevreden te zijn), maar alleen dat deze *lager* is dan in de normgroep van de VOS-D.

Voor wat betreft rolonduidelijkheid, beslissingsmogelijkheden en gezondheidsklachten zijn geen verschillen aantoonbaar tussen de gezinsverzorging en de normgroep.

4.4 Enige kenmerken van de instellingen

Zoals reeds werd opgemerkt zijn instellingen voor gezinsverzorging, gerekend naar aantal werknemers, groot. Zij zijn in hun bedrijfsvoering ook tamelijk autonoom, sinds de financiering op budget-basis plaatsvindt.

In deze paragraaf worden enkele gegevens over de instellingen vermeld zoals die voortkwamen uit de instellingen-enquête. Daarbij wordt speciaal aandacht besteed aan enkele punten die direct in relatie staan tot de ziekteverzuim-problematiek.

In ruim de helft van de instellingen is de gezinsverzorging gecombineerd met andere werksoorten; meestal is er een combinatie met het algemeen maatschappelijk werk. In dergelijke gecombineerde instellingen is de gezinsverzorging dan wel verreweg de grootste "poot" wat betreft aantallen werknemers. Bij gecombineerde instellingen is gewoonlijk wel een organisatorische scheiding aangebracht tussen de afdeling gezinsverzorging en andere afdelingen; de organisatorische combinatie houdt dus niet in dat het werk ook op de "werkvloer" geïntegreerd is met andere vormen van hulpverlening.

Iets meer dan de helft van alle instellingen zegt dat bij hen teams van uitvoerenden functioneren, die een belangrijk deel van hun eigen werk organiseren en plannen. Bij nadere beschouwing blijkt dat het doorgaans slechts één of enkele teams betreft, waarin maar een zeer gering percentage van het personeel werkzaam is. Instellingen waar overwegend in teams wordt gewerkt zijn een hoge uitzondering.

De leidinggegenden binnen de instellingen blijken voor ongeveer twee-derde van HBO-niveau te zijn en voor ongeveer een derde van MBO-niveau. De getalsverhouding tussen HBO- en MBO-leidinggegenden loopt tussen instellingen vrij sterk uiteen.

De personeelsvoorziening van de gezinsverzorging levert nogal eens problemen op, zo blijkt ook uit de instellingen-enquête. Slechts ongeveer een op de drie instellingen zegt op dit punt geen problemen te ondervinden. De overigen vinden merendeels dat het personeelsaanbod vooral in kwalitatieve zin te wensen overlaat. Bijna 30% van alle instellingen meldt kwantitatieve problemen bij de personeelsvoorziening, eventueel naast kwalitatieve.

De overgrote meerderheid van de instellingen laat al het nieuw aangestelde personeel medisch keuren; slechts 15% maakt wel eens een uitzondering (bijv. voor kort-tijdelijke contractanten). Doorgaans laat men de keuringen verrichten door één of enkele vaste huisartsen, soms ook door een bedrijfsgezondheidsdienst. Keuring door willekeurige huisartsen komt maar weinig voor (ruim 10% van de instellingen).

Slechts weinig instellingen (ruim 10%) zijn aangesloten bij een bedrijfsgezondheidsdienst (BGD). Van de overige instellingen acht bijna driekwart aansluiting bij een BGD - afgezien van de kosten - wel wenselijk, en heeft ruim de helft ook wel eens aansluiting bij een BGD overwogen.

Over de controle-systematiek van de BVG - althans over het moment van eerste controle - is men kritisch: de overgrote meerderheid acht dat moment te laat of veel te laat. De meeste instellingen zouden controle wensen na een week ziekte of reeds eerder (derde, eventueel tweede ziektedag). Van de mogelijkheid tot het aanvragen van spoedcontroles is men vrijwel altijd op de hoogte, hoewel niet alle instellingen daarvan ook feitelijk gebruik maken: door 30% zijn er in 1987 geen spoedcontroles aangevraagd.

De meeste instellingen zeggen dat binnen hun organisatie er uitdrukkelijke afspraken bestaan over het onderhouden van contacten met langdurig zieken. Meestal bestaat deze afspraak eruit dat de leidinggevende van een zieke *periodiek* contact dient te onderhouden.

In vrijwel alle instellingen komt het wel eens voor dat een uitvoerende, na een ziekteperiode, overgaat tot gedeeltelijke werkhervatting als aanloop tot volledige hervatting. Hervatting in lichtere cliënt-situaties is iets minder gebruikelijk: ruim een op de drie instellingen zegt dat dit nooit of zelden voorkomt.

Bij 45% van de instellingen zijn ooit doelgerichte maatregelen getroffen teneinde het ziekteverzuim te verlagen. Deze maatregelen hebben niet altijd het gewenste effect: ongeveer de helft van de desbetreffende instellingen zegt dat er (nog) geen verlaging van het verzuim uit is voortgekomen.

4.5 Resumé

In dit hoofdstuk is een schets gegeven van de gezinsverzorging in Nederland, waarbij o.m. een aantal uitkomsten van de enquêtes onder werknemers en onder instellingen is beschreven.

De gezinsverzorging is ondergebracht in 225 instellingen, die wat betreft aantal werknemers vaak groot zijn (in totaal zijn er ca. 80.000 uitvoerenden werkzaam).

De werkwijze is zeer decentraal - bij cliënten thuis -, uitvoerenden verrichten hun werk solitair. Hun werk wordt begeleid en gepland door de leidinggevendenden (het "middle management" in de gezinsverzorging). Naast traditionele hulp overdag komen tegenwoordig steeds meer nieuwe werkvormen voor, mede vanuit het gegeven dat het cliëntenbestand steeds sterker is verschoven naar bejaarden en langdurig zieken. De gezinsverzorging wordt dan ook gezien als onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg.

De uitvoerenden in de gezinsverzorging zijn vrijwel allen Nederlandse vrouwen, gemiddeld van hogere leeftijd dan werkneemsters in andere sectoren. Ongeveer driekwart van de uitvoerenden is ongediplomeerd. Er wordt hoofdzakelijk in (kleine) deeltijd gewerkt; de meerderheid heeft een werkweek van 15 uur of minder. Zij verrichten merendeels huishoudelijke, en daarnaast soms ook verzorgende, werkzaamheden bij doorgaans een, twee of drie verschillende cliënt-huishoudens per week.

Vergeleken met andere dienstverlenende beroepen blijkt de arbeidssatisfactie in de gezinsverzorging iets lager en de mate van "rolconflict" hoger. De mate van sociale ondersteuning door leidinggevendenden is in de gezinsverzorging groter dan elders, de sociale ondersteuning door collega's echter lager.

De instellingen voor gezinsverzorging zijn doorgaans groot: de modale instelling telt tussen de 300 en 500 uitvoerende werknemers. De instellingen hebben, sinds invoering van budget-financiering, een relatief grote vrijheid van management.

Ruim de helft van de instellingen is organisatorisch gecombineerd met andere werksoorten (vooral vaak met het algemeen maatschappelijk werk).

Een meerderheid van de instellingen heeft problemen met de personeelsvoorziening; soms in kwantitatieve zin, vaker echter acht men het personeelsaanbod vooral kwalitatief onvoldoende.

In het kader van ziekteverzuim is van belang dat slechts ruim 10% van de instellingen is aangesloten bij een bedrijfs-gezondheidsdienst. Wel laten vrijwel alle instellingen nieuw aangesteld personeel medisch keuren.

De meeste instellingen achten de eerste ziektewet-controle door de BVG te laat. De voorkeur gaat uit naar eerste controle binnen of direct na de eerste ziekteweek.

Binnen een meerderheid van de instellingen zijn er uitdrukkelijke afspraken over contacten met langdurig zieke werknemers. Gedeeltelijke werkhervatting na langdurige ziekte komt bij vrijwel allen wel eens voor; hervatting in lichtere cliënt-situaties komt minder vaak voor.

Tenslotte heeft bijna de helft der instellingen wel eens doelgerichte maatregelen tot verlaging van het ziekteverzuim genomen, maar daarvan heeft wederom de helft (vooralsnog) geen resultaat kunnen waarnemen.

5 ANALYSE EN LOCALISERING VAN HET ZIEKTEVERZUIM IN DE GEZINSVERZORGING

Wie achtergronden van ziekteverzuim op het spoor wil komen, dient allereerst het verzuim zelf nauwkeurig onder de loupe te nemen. Hoe hoog is het verzuim, ook in vergelijking tot andere werksoorten? Is er door de jaren heen stijging of daling opgetreden? In hoeverre is hoog verzuim toe te schrijven aan de frequentie, dan wel aan de duur van verzuimgevallen? In 5.1 worden deze vragen beantwoord.

Vervolgens wordt in 5.2 het verzuim nader gelocaliseerd: nagegaan wordt of bepaalde personeelscategorieën zijn aan te wijzen waar het verzuim opvallend hoger is, en in hoeverre er tussen instellingen verschillen in verzuim zijn.

Tenslotte wordt in 5.3 de medische achtergrond van het verzuim besproken aan de hand van enige diagnose-gegevens.

5.1 Hoogte, ontwikkeling en structuur van het verzuim

Een globaal beeld van de hoogte en ontwikkeling van het verzuim is ontleend aan de cijfers die de Centrale Raad voor Gezinsverzorging periodiek samenstelt over de urenbesteding van uitvoerenden. Daaruit is het percentage ziekte-uren over de periode 1977-1986 af te leiden. Op grond van gegevens van het departement van WVC (betreffende 93% van alle instellingen) kon een schatting gemaakt worden van het percentage ziekte-uren in 1987.

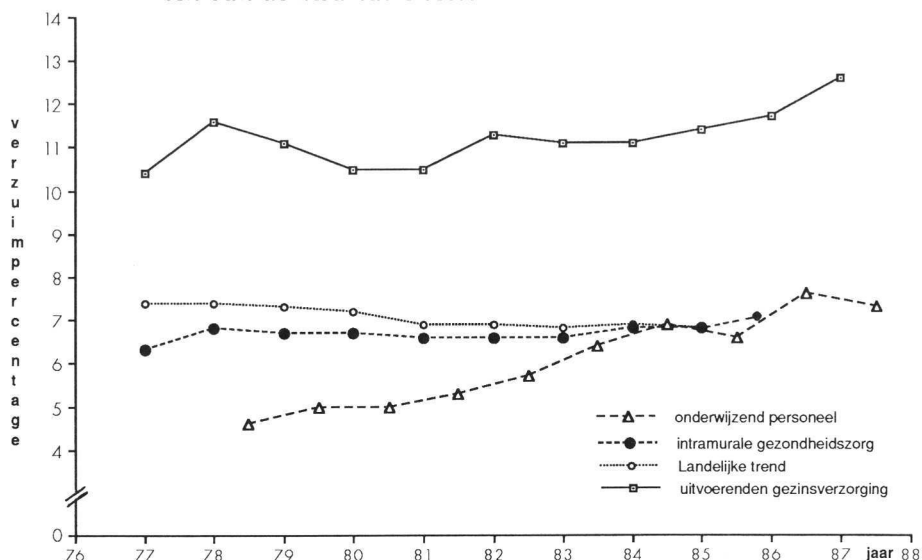
Als vergelijkingsmateriaal voor de gevonden ontwikkeling kunnen de tijdreeksen dienen die voor twee andere delen van de kwartaire sector bekend zijn, nl. de intramurale gezondheidszorg en het onderwijzend personeel. Verder is een berekening bekend van de landelijke ontwikkeling in het ziekteverzuim van 1977 tot 1985. In grafiek 5.1 zijn de verschillende tijdreeksen in beeld gebracht. De gegevens over de landelijke trend, gezondheidszorg en onderwijs betreffen overigens niet alleen uitvoerend personeel maar ook leidinggevend, hetgeen deze cijfers ietwat flatteert (leidinggevend hebben doorgaans een wat lager verzuim).

De landelijke trend in het ziekteverzuim laat sinds 1977 een geringe daling in het verzuim zien, die zich met name van 1980 op 1981 heeft voorgedaan. Sindsdien ligt het verzuimpercentage in Nederland tamelijk stabiel rond de 7%.

De gezinsverzorging wijkt in twee opzichten van het landelijk beeld af. Ten eerste is het ziekteverzuim van uitvoerenden in deze sector voortdurend zeer hoog. Ten tweede is van stabiliteit nauwelijks sprake. In 1978 trad een duidelijke piek op; sinds 1984 is opnieuw sprake van stijgend verzuim, een trend die zich in 1987 versterkt heeft voortgezet. Daarmee is in 1987 vermoedelijk het hoogste verzuim in de geschiedenis van de gezinsverzorging bereikt, met een verzuimpercentage van naar schatting 12.6%.

Ook de twee andere tijdreeksen uit de kwartaire sector volgen niet de landelijke trend. Bij het onderwijzend personeel is een vrijwel continue stijging in het verzuim opgetreden, met vooralsnog een eenmalige terugval in het schooljaar 1985/86. In de intramurale gezondheidszorg deed zich in de periode 1976-1978 een verzuimstijging voor, waarna een min of meer stabiel

Grafiek 5.1 Ontwikkeling van het verzuim: landelijke trend en enkele delen van de kwartaire sector



niveau werd bereikt; pas in 1986 is weer een lichte stijging zichtbaar. Bij de genoemde cijfers moet aangetekend worden dat deze voor de gezinsverzorging alleen het *uitvoerend* personeel betreffen, en voor de andere sectoren het totale personeel.

De verzuim-ontwikkeling in de BVG-sector over de periode 1984 - 1986 is nader te analyseren dank zij de Klein Systeem-gegevens. Daarbij kan een vergelijking getrokken worden tussen de gezinsverzorging en de BVG-sector als totaal, en wordt tevens een beeld gekregen van de verzuimfrequentie (gemiddeld aantal ziekmeldingen per werknemer per jaar) resp. de verzuimduur (gemiddeld aantal kalenderdagen per ziektegeval).

De gegevens over de gezinsverzorging zijn daarbij berekend door samenvoeging van de CIB-groepen 'gezinszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening', aangezien ongeveer de helft van de gezinsverzorging binnen het Klein Systeem in laatstgenoemde categorie is ingedeeld. Dit betekent dat in de cijfers ook een klein aantal werknemers buiten de gezinsverzorging is meegewogen (m.n. maatschappelijk werkenden). Dit gegeven, plus het feit dat in deze cijfers niet alleen uitvoerenden maar ook management, leidinggevend en administratieve medewerkers zijn opgenomen, verklaart dat de verzuimpercentages uit tabel 5.1 lager uitkomen dan die volgens grafiek 5.1.

Tabel 5.1 leidt tot twee belangrijke conclusies. Het hogere verzuim in de gezinsverzorging blijkt voor het overgrote deel te worden veroorzaakt door de veel langere *gemiddelde verzuimduur* in vergelijking tot de BVG als totaal, en niet zozeer door een hogere verzuimfrequentie. Verder blijkt de stijging in het ziekteverzuim - zowel voor de BVG-totaal als voor de gezinsverzorging - van 1984 op 1986 eveneens geheel voor rekening te komen van de gemiddelde verzuimduur: de verzuimfrequentie is in beide gevallen zo goed als ongewijzigd.

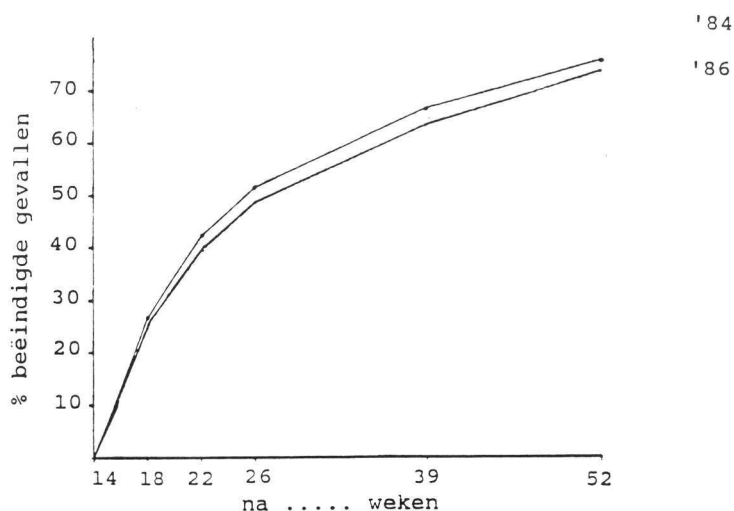
Tabel 5.1 Verzuimcijfers BVG-totaal en gezinsverzorging, 1984-1986 (bron: Klein Systeem)

	BVG totaal			Gezinsverzorging		
	verzuim- %	meldings- frequentie	gem.ver- zuimduur	verzuim- %	meldings- frequentie	gem.ver- zuimduur
1984	7.0	1.56	15.7	9.8	1.63	21.3
1985	7.0	1.55	15.6	10.0	1.65	20.6
1986	7.2	1.55	16.6	10.0	1.63	22.3

De ontwikkeling van de verzuimduur is aan nadere analyse onderworpen. Allereerst bespreken we de uitkomsten daarvan voor de BVG als totaal. Opmerkelijk is daarbij dat toename in de verzuimduur zich over een zeer breed front heeft voorgedaan. Het klein systeem bevat uitsplitsingen van de gemiddelde duur naar deelsector, en daarbinnen naar geslacht en leeftijd; binnen vrijwel al deze categorieën is in 1986 sprake van een toename in de gemiddelde ziekte duur. Zoals we verderop zullen zien, geldt dat eveneens voor de gezinsverzorging.

Bij nadere beschouwing blijkt dat met name de langdurige verzuimgevallen in 1986 nog langer zijn gaan duren (hetgeen ook betekent dat langdurige gevallen in 1986 vaker dan in 1984 uitmonden in WAO-toetreding). Een manier om dit te laten zien zijn grafieken van de "cumulatieve herstelpercentages" van langdurige ziektegevallen. Bij deze grafieken gaat men uit van ziektegevallen die reeds een bepaalde duur hebben bereikt, en geeft dan weer hoeveel procent van deze gevallen na bijv. 4, 8, 12 (enz.) weken is beëindigd.

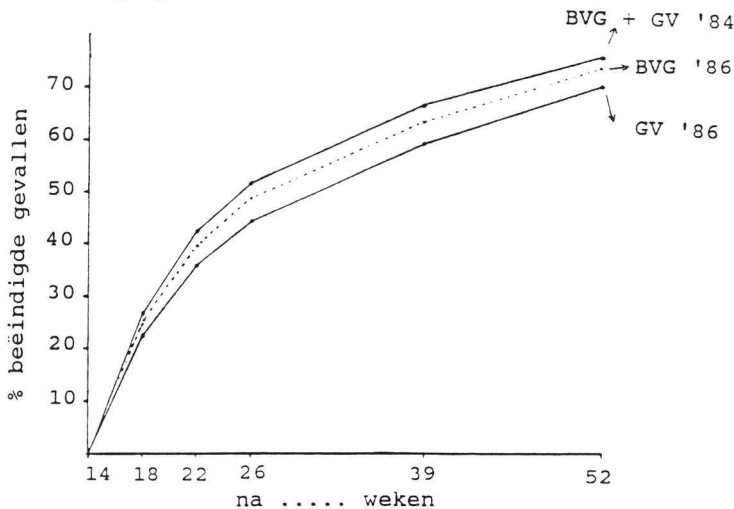
Grafiek 5.2 Cumulatieve herstelcurves van 14-weeks-gevallen, BVG totaal



In grafiek 5.2 is uitgegaan van gevallen die tenminste 14 weken geduurd hebben. Men ziet dan dat de cumulatieve herstelcurve voor 1986 duidelijk onder die van 1984 ligt, waarbij het grootste verschil optreedt vanaf ongeveer het midden van het Ziektewet-jaar (de 26e tot 39e ziekteweek). Daarna wordt het verschil weer iets geringer, maar ook aan het einde van het ziektewetjaar blijken in 1986 minder van de 14-weeks-gevallen beëindigd te zijn dan in 1984.

Op dezelfde wijze analyseren wij nu de ontwikkeling in de verzuimduur binnen de gezinsverzorging. Evenals in de totale BVG-sector blijkt in 1986 een verlenging van de duur van vooral de lange ziektegevallen te zijn opgetreden. We laten dat wederom zien aan de hand van de cumulatieve herstelcurves van ziektegevallen die tenminste 14 weken duurden. Ook hier blijkt dat in 1986 deze 14-weeks-gevallen later werden beëindigd, c.q. vaker in WAO-toetreding uitmondde, dan in 1984. Er is echter nog een opmerkelijk feit. In 1984 kwam de herstelcurve in de gezinsverzorging nog vrijwel exact overeen met die in de totale BVG; in 1986 echter blijkt de herstelcurve in de gezinsverzorging lager te liggen dan in de totale BVG. In grafiek 5.3 zijn beide curves voor 1986 weergegeven; voor 1984 vallen zij samen.

Grafiek 5.3 Cumulatieve herstelcurves van 14-weeks-gevallen, gezinsverzorging en BVG-totaal



De verlenging van de langdurige gevallen tussen 1984 en 1986 blijkt in de gezinsverzorging meer dan dubbel zo groot te zijn als in de BVG-sector als geheel. Ook het aantal 14-weeks-gevallen dat niet binnen het ziektewetjaar eindigt (en gewoonlijk zal overgaan in de WAO) is in de gezinsverzorging sterker toegenomen. Men moet bij dit alles bedenken dat in de gezinsverzorging ook het aantal gevallen van tenminste 14 weken naar verhouding veel hoger ligt dan in de rest van de BVG-sector.

Het voorgaande betrof vergelijkende gegevens over de hoogte en de ontwikkeling van het verzuim. In de bronnenstudie is daarnaast nog een aantal gegevens uit andere sectoren aangetroffen die geen tijdreeksen bevatten, maar wel iets zeggen over de hoogte van het verzuim.

Ten eerste werden in andere delen van de kwartaire sector enkele functie-categorieën aangetroffen met een opmerkelijk hoog verzuimpercentage (in dezelfde orde van grootte als de gezinsverzorging). Dit betreft: het civiel personeel (waaronder veel huishoudelijk personeel) en de ongediplomeerde verplegenden/verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg, alsmede het huishoudelijk personeel in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De oorzaken van het hoge verzuim in deze personeelscategorieën zijn onbekend, maar het valt wel op dat het hier functies betreft waar - evenals in de gezinsverzorging - huishoudelijke werkzaamheden een belangrijk element in het werk vormen en/of het scholingsniveau zeer laag is. Dit zou erop kunnen duiden dat deze twee kenmerken van het werk een rol spelen in het ziekteverzuim.

Ten tweede vermelden wij een tweetal sectoren die enige verwantschap met de gezinsverzorging vertonen. In de *intramurale bejaardenzorg* bestaat het werk, evenals in de gezinsverzorging, grotendeels uit verzorging van bejaarde cliënten. Volgens gegevens van het klein systeem is het verzuimpercentage hier in 1985 en 1986 7.5%, dus aanmerkelijk lager dan in de gezinsverzorging. Het *kruiswerk* omvat grotendeels, evenals de gezinsverzorging, ambulant, solitair werk bij hulpbehoevende, vaak oudere cliënten. Het ziekteverzuim in het kruiswerk is in de jaren 1984-1986 echter niet hoog, maar zelfs opmerkelijk laag (tegen de 6 %). Opvallend is daarbij de zeer lage verzuimfrequentie, gecombineerd met een relatief lange gemiddelde ziekte duur. Dit duidt erop dat in het kruiswerk maar zeer weinig kortdurende verzuimgevallen voorkomen.

5.2 Nadere analyse van individuele verzuimcijfers

De tot nu toe behandelde gegevens betreffen alleen cijfers op groepsniveau; zij bieden daardoor nauwelijks mogelijkheden om te analyseren, met welke individuele kenmerken het verzuim samenhangt en in hoeverre er tussen instellingen significante verschillen in verzuim bestaan. Gegevens uit het ZVIS bieden die mogelijkheid echter wel. In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten samengevat.

Alle hier vermelde uitkomsten zijn gebaseerd op gegevens van Nederlandse werkneemsters die in dagdienst werken, gesplitst naar vier sectoren: de gezinsverzorging, de rest van de BVG-sector, de overige kwartaire sector en de profit-sector (bedrijfsleven). Voor nadere beschrijving van het materiaal zij verwezen naar hoofdstuk 3.1.

In tabel 5.2 wordt een vergelijking van deze vier populaties gegeven naar drie verzuimmaten: het verzuimpercentage, de verzuimfrequentie en het langdurig verzuimpercentage (veroorzaakt door gevallen van langer dan 6 weken).

Tabel 5.2 *Vergelijking van verzuim in vier sectoren (Nederlandse vrouwen in dagdienst) (bron: ZVIS 1986)*

sector →	gezins- verzorging	overig BVG	overig kwartair	profit
verzuimpercentage	12,0	9,3	10,4	8,7
verzuimfrequentie	1,8	2,0	2,6	2,1
langdurig verzuim%	7,9	5,8	6,4	4,8

Ook bij beperking tot Nederlandse werknemers in dagdienst blijkt de gezinsverzorging een hoog verzuim te vertonen in vergelijking tot andere sectoren, waarbij wederom het grote belang van het langdurig verzuim wordt onderstreept. De verzuimfrequentie blijkt juist lager te liggen dan elders, maar dit is goeddeels een kunstmatig effect: in de gezinsverzorging werken zeer velen in kleine deeltijdbanen, veelal op minder dan vijf dagen per week, waardoor ook de kans dat zij zich op een willekeurige dag ziek zullen melden lager is. Houdt men rekening met dit "deeltijd-effect", dan is de verzuimfrequentie in de gezinszorg niet lager dan elders.

Vaak wordt verondersteld dat het ziekteverzuim van vrouwen voor een aanzienlijk deel zou bestaan uit *zwangerschaps- en bevallingsverlof*. Ook in de gezinsverzorging wordt dit verlof - dat weliswaar onder de Ziektewet ressorteert, maar toch nauwelijks als ziekte kan worden beschouwd - door sommigen aangevoerd als mogelijke oorzaak van het hoge verzuim.

Binnen het ZVIS registreert een aantal bedrijven en instellingen (voornamelijk instellingen uit de BVG-sector) dit verlof afzonderlijk. Daardoor is een schatting mogelijk van het aandeel van dit verlof in het totale ziekteverzuim. Wij geven hier een *maximumschatting*, omdat niet zeker is dat alle betrokken instellingen volledig betrouwbare opgave doen van het zwangerschaps- en bevallingsverlof.

Volgens deze schatting is in de gezinsverzorging maximaal ca. 5 % van het totaal aantal ziekte-dagen van vrouwen toe te schrijven aan deze vormen van verlof. In de rest van de BVG-sector beslaat het zwangerschaps- en bevallingsverlof naar schatting maximaal 14 % van het aantal ziekte-dagen van vrouwen.

Het verschil in ziekteverzuim tussen de gezinsverzorging en de overige BVG-sector is dus niet aan deze factor te wijten, integendeel: zou men dit verlof buiten beschouwing laten, dan zou het verschil nog groter worden. De oorzaak daarvan is gelegen in de leeftijdsopbouw, die in hoofdstuk 4.2 al werd vermeld: het percentage vrouwen in de vruchtbare leeftijd is binnen de gezinsverzorging veel geringer dan elders.

5.2.1 Samenhang tussen verzuim en achtergrondkenmerken

We bespreken nu de samenhang van een aantal persoons- en functiekenmerken met het verzuim, en bezien daarbij steeds of deze samenhang (dan wel het ontbreken daarvan) in de gezinsverzorging anders ligt dan in andere sectoren. Achtereenvolgens komen aan de orde: leeftijd, burgerlijke staat, aantal dienstjaren, aantal werkuren per week, niveau van vakopleiding, functie en personeelsverloop.

De *leeftijd* heeft in de gezinsverzorging een specifieke samenhang met het verzuim. Terwijl in andere sectoren doorgaans het verzuim van ouderen hoger is dan dat van jongeren, is er in de gezinsverzorging nauwelijks verschil tussen jong en oud. Dit leidt tot een belangrijke conclusie: het hoge verzuim in de gezinsverzorging is niet te verklaren uit de hogere gemiddelde leeftijd in deze sector. Weliswaar is het personeel in de gezinsverzorging over het algemeen ouder dan elders, maar doordat de jongeren even hoog verzuim hebben als de ouderen zou het totale verzuim op hetzelfde niveau liggen wanneer de leeftijdsopbouw anders zou zijn.

Bij de jongeren - tot en met 40 jaar - is het verzuimpercentage in de gezinsverzorging steeds hoger dan bij hun leeftijdgenoten in alle andere sectoren. Boven de 40 jaar is het verzuimpercentage in de gezinsverzorging weliswaar niet laag, maar ook niet opvallend hoger dan in andere sectoren. Dit kan erop duiden dat de problematiek onder jongeren in de gezinsverzorging anders (specifieker) van aard is dan onder ouderen.

Wat betreft *burgerlijke staat* vinden we in alle sectoren, dat gehuwden een hoger verzuimpercentage hebben dan ongehuwden. Het feit dat de gezinsverzorging veel gehuwde werknemers telt vormt dan ook deels een verklaring voor het hoge verzuim, maar verklaart niet alles: binnen alle categorieën van burgerlijke staat (ongehuwd, gehuwd, gehuwd geweest) treffen we in de gezinsverzorging een hoger verzuim aan dan in alle drie de andere sectoren.

Met het *aantal dienstjaren* vertoont het verzuim een kromlijinig verband: tot de 10 dienstjaren is het verzuim hoger naarmate men langer in dienst is bij de instelling, vanaf 10 dienstjaren daalt het verzuim weer naarmate de diensttijd langer is. Mogelijk wordt rond het 10e dienstjaar voor velen een soort "breekpunt" bereikt in de gemiddelde loopbaan, waarna de sterksten overblijven. In vergelijking met andere sectoren valt vooral op dat in de gezinsverzorging degenen met weinig dienstjaren een veel hoger verzuim hebben dan hun "diensttijd-genoten" elders.

Wat betreft het *aantal werkuren per week* blijkt, in tegenstelling tot hetgeen vaak wordt verondersteld, dat het verzuim van full-timers in geen der sectoren hoger is dan gemiddeld. In de gezinsverzorging komen de hoogste verzuimpercentages voor bij een werkweek van tussen de 13 en 24 uur; ook de (omvangrijke) groep met 9 tot 12 uren per week heeft geen lager verzuimpercentage dan gemiddeld. Ook in andere sectoren vindt men onder bepaalde categorieën deeltijdwerkers (vooral 13 tot 16 uur per week) een relatief hoog verzuim. In de gezinsverzorging legt het vrij hoge verzuim van deeltijdwerkers echter veel meer gewicht in de schaal omdat in deze sector veel meer in deeltijd gewerkt wordt dan elders.

Ten aanzien van het *niveau van vakopleiding* geldt ongeveer hetzelfde. Bij degenen zonder vakopleiding is het verzuim in alle sectoren hoger dan gemiddeld; in de gezinsverzorging is het percentage ongediplomeerden echter veel groter dan elders, zodat zij in het totale verzuim binnen de gezinsverzorging veel zwaarder meewegen. Dit ondersteunt het vermoeden dat het gemiddeld lage opleidingsniveau in de gezinsverzorging sterk medebepalend is voor het hoge verzuim.

Wat betreft *functie* blijkt het hoge verzuim vooral geconcentreerd te zijn bij de uitvoerenden. Bij andere functiecategorieën (management, leiding, administratie, en - indien aanwezig - algemeen maatschappelijk werk) is het verzuimpercentage duidelijk lager dan bij uitvoerenden. Dit wil overigens niet zeggen dat men het verzuim in deze andere functiecategorieën (waar we verzuimpercentages tussen de 7.4% en 8.5% aantreffen) nu ook echt laag te noemen is.

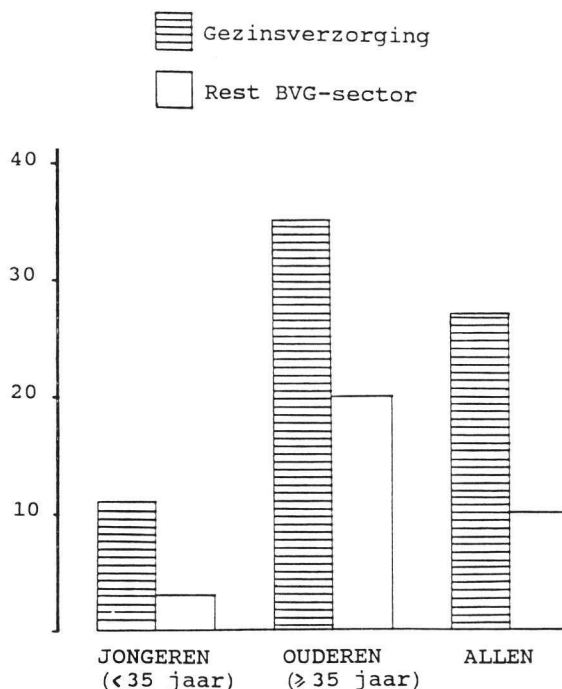
Helaas is het bij de ZVIS-gegevens niet mogelijk om binnen de grote categorie uitvoerenden (die ruim 90% van het personeelsbestand omvat) nader onderscheid naar functie te maken, bijvoorbeeld tussen helpsters en verzorgsters. De uitkomsten van de werknemers-enquête leveren echter geen significante samenhang op tussen functie en verzuim (althans op individueel niveau), zodat vrijwel zeker geen grote verschillen bestaan tussen helpsters en verzorgsters.

Tenslotte blijkt het *personeelsverloop* in de gezinsverzorging van zeer groot belang te zijn voor het verzuim. Niet omdat het verloop hoog zou zijn (in vergelijking met andere sectoren is dat niet het geval), maar omdat het verzuim van uitdiensttreders extreem hoog is, ook vergeleken met andere sectoren: het verzuimpercentage van degenen die in 1986 de instelling verlieten, bedroeg 41%. Bij nadere analyse blijkt wat hiervan de oorzaak is:

uitdiensttreding geschiedt in de gezinsverzorging, veel vaker dan elders, via de WAO. In ons bestand bleek 2.7% van de werknemers in de gezinsverzorging in de loop van 1986 in de WAO te zijn beland; binnen de rest van de BVG-sector was dat maar 1.0%. Die vergelijking met de overige BVG-sector is extra relevant omdat men mag aannemen dat de wijze van uitvoering van de WAO in de gezinsverzorging en de rest van de BVG-sector identiek is en dus geen oorzaak van het verschil in percentage WAO-toetreders kan vormen.

Men zou nog kunnen veronderstellen dat de hoge WAO-toetreding in de gezinsverzorging veroorzaakt wordt door de specifieke leeftijdsopbouw (veel oudere werknemers). Dit blijkt niet het geval: zowel onder als boven de 35 jaar is de WAO-instroom in de gezinsverzorging veel hoger dan in de overige BVG-sector. Juist bij de jongeren (onder de 35 jaar) is dit verschil extra groot: onder hen is het percentage WAO-toetreders in de gezinsverzorging bijna vier maal zo groot als in de rest van de BVG-sector. In grafiek 5.4 is dit weergegeven.

Grafiek 5.4 Aantal WAO-toetredingen per 1000 werknemers (bron: ZVIS 1986)



5.2.2 Multivariate analyses van verzuimrisico's

In het voorgaande hebben we beschreven in hoeverre bepaalde persoons- en functiekenmerken in de gezinsverzorging samenhangen met het ziekteverzuim, en in hoeverre die samenhangen specifiek zijn voor de gezinsverzorging. De verschillende achtergrondkenmerken die we daarbij aan de orde stelden, zijn echter ook onderling sterk met elkaar verweven. Dat kan

leiden tot "schijn-samenhangen", die soms een wat misleidend beeld kunnen oproepen. Om een (fictief) voorbeeld te noemen: we zagen dat sommige categorieën part-timers een hoger verzuim hebben dan (vrijwel) full-timers. Maar ook bleek, dat degenen zonder vakopleiding een hoger verzuim vertonen dan degenen die wel enige vakopleiding hebben gehad. Het is nu best mogelijk dat full-timers vaker een vakopleiding hebben dan part-timers. In dat geval zou achter het schijnbare verband tussen part-time werk en verzuim zich wellicht alleen de factor "vakopleiding" verschuilen.

Teneinde de *afzonderlijke* samenhangen tussen achtergrondkenmerken en verzuim te bepalen - los dus van indirecte "schijn-samenhangen" - zijn bepaalde multivariate analyses uitgevoerd. We zullen niet ingaan op de wetenschappelijke kanten van deze analyses, maar alleen in hoofdlijnen samenvatten wat de belangrijkste uitkomsten zijn.

Voor wat betreft het *verzuimpercentage* blijken er in de gezinsverzorging nauwelijks kenmerken te zijn die met een hoog verzuimrisico samengaan. Wel zijn er enkele kenmerken die met een verlaagd risico ten aanzien van het verzuimpercentage vertonen. Met name valt op dat alle functiegroepen *anders* dan uitvoerende - dit betreft functies in management, leiding, administratie en algemeen maatschappelijk werk - naar verhouding een laag verzuimrisico vertonen, rekening houdend met hun overige kenmerken. Men kan deze conclusie omdraaien: de uitvoerenden (meer dan 90% van het personeel) vormen als totaal een hoog-risico-groep.

Uit de analyses komt verder nogmaals wel naar voren dat uitdiensttreders in de gezinsverzorging een uitermate hoog verzuimrisico vertonen - in het bovenstaande zagen we al dat dit komt doordat uitdiensttreding relatief vaak via de WAO verloopt - en dat ook het personeel dat 7-9 dienstjaren bij de instelling heeft, een wat hoger verzuim vertoont.

Uit deze analyse blijkt al met al dat het ziekteverzuim binnen de gezinsverzorging, gezien naar persoons- en functiekenmerken, een *breed* probleem is dat zeer grote delen van het personeel betreft. Er zijn binnen dat personeel nauwelijks specifieke deelgroepen (behalve dan de zeer grote groep der uitvoerenden) aan te wijzen die "er uit springen" met een hoog verzuimrisico. De verschillende persoons- en functiekenmerken samen verklaren slechts ongeveer 2% van de verschillen in verzuimpercentage tussen personen (uitgezonderd dan het kenmerk "uitdiensttreding", dat op zichzelf reeds 13% van de verschillen in verzuim verklaart). Daarin verschilt de gezinsverzorging duidelijk van de drie andere sectoren: in elk van die drie bleek het wel mogelijk om het verzuimrisico nader te localiseren bij bepaalde categorieën onder het personeel, en verklaren de verschillende persoons- en functiekenmerken (exclusief het kenmerk "uitdiensttreding") tussen de 8% en 12% van het ziekteverzuim.

Dezelfde analyses zijn eveneens uitgevoerd ten aanzien van de *verzuimfrequentie*. De belangrijkste uitkomst is hier dat de jongeren een hogere verzuimfrequentie dan gemiddeld vertonen en ouderen een lagere, ook wanneer men rekening houdt met andere verschillen tussen jongeren en ouderen. Hetzelfde vinden we in andere sectoren eveneens; kennelijk is het een algemeen verschijnsel (dat ook uit ander onderzoek naar ziekteverzuim wel bekend is) dat jongeren frequenter, maar korter ziek zijn en ouderen minder vaak, maar langer.

Verder vinden we wederom dat de verzuimfrequentie lager is bij kleine deeltijders, en hoger bij grote deeltijders en full-timers. Ook dit is een vrij algemeen verschijnsel, dat in andere sectoren ook wel wordt aangetroffen. Zoals al eerder gezegd is dit een min of meer kunstmatige samenhang: deeltijdwerkers werken vaak op minder dan 5 dagen per week, zodat de

kans groter is dat zij "tussen de werkdagen in" ziek zijn (en zich dan niet ziek melden).

5.2.3 *Verschil in verzuim tussen organisaties*

Men hoort wel eens de opmerking, dat er tussen bedrijven en instellingen soms zeer grote verschillen in ziekteverzuim bestaan, zo groot dat deze bijna onmogelijk aan toeval geweten kunnen worden.

Langs statistische weg is door middel van een bepaalde techniek (variantie-analyse) goed na te gaan of dat inderdaad het geval is. Wij hebben deze analyse uitgevoerd op alle 13 instellingen voor gezinsverzorging binnen het ZVIS-bestand van 1986, en op een beperkt aantal (grote) instellingen/bedrijven uit de drie andere sectoren.

Daarbij werden de verschillen in verzuim tussen instellingen eerst "geschoond" van het effect van leeftijd, burgerlijke staat, aanstellingsomvang en opleidingsniveau van het personeel; eventuele verschillen in verzuim tussen organisaties zoals die uit de analyses naar voren komen, kunnen dus niet op deze factoren worden teruggevoerd.

In de analyses is verder ook rekening gehouden met de factor "uitdiensttreding", die (zoals we hierboven zagen) een bijzonder grote rol speelt in het verzuim.

In de gezinsverzorging blijken inderdaad statistisch significante verschillen in verzuimpercentage tussen instellingen te bestaan: de verschillen tussen de 13 instellingen zijn ruwweg 4 maal zo groot als men op grond van toeval zou mogen verwachten. Dit verschil tussen instellingen blijkt in de gezinsverzorging tevens sterker te zijn dan met name in de overige BVG-sector.

Er is in de gezinsverzorging bovendien een opmerkelijk sterke interactie tussen het instellings-verschil en de factor "uitdiensttreding". Vrij vertaald wil dat zeggen dat in sommige instellingen de uitdiensttreders een veel hoger verzuim hebben dan in andere instellingen. Dit zou erop kunnen duiden dat in sommige instellingen veel vaker afvloeiing via de WAO voorkomt dan in andere.

Ook de verzuimfrequentie blijkt in de gezinsverzorging instellingsgebonden te zijn, maar dit resultaat is niet erg opmerkelijk; anders dan we bij het verzuimpercentage vonden is hier het verschil tussen instellingen minder sterk dan in de drie andere sectoren.

In een later stadium van het onderzoek is nog nagegaan, in hoeverre de verschillen tussen instellingen zich speciaal bij bepaalde verzuimduren voordoen. Deze analyse werd verricht op de 19 instellingen voor gezinsverzorging in het ZVIS-bestand over 1987. Daarbij bleek dat vooral het *middellange verzuim* (gevallen van 8 - 42 kalenderdagen) sterk instellingsgebonden is. Ook het korte en langdurige verzuim verschilt significant tussen instellingen, maar toch in geringere mate dan het middellange verzuim.

Samenvattend kunnen we stellen dat het verzuimpercentage (met name wat betreft het middellange verzuim), en vermoedelijk ook de mate waarin personeelsverloop plaatsvindt via de WAO, in de gezinsverzorging sterk organisatiegebonden is, vergeleken met andere sectoren. Ook de verzuimfrequentie is organisatiegebonden, maar dat geldt in de gezinsverzorging juist minder sterk dan elders.

Het is niet mogelijk om langs statistische weg te bepalen wat de oorzaken zijn van de grote verschillen tussen instellingen. Op grond van de instel-

lingen-enquête zal daarover in het vervolg van dit rapport nog het nodige worden opgemerkt. We merken echter hier reeds op, dat twee instellingsgebonden kenmerken al in de bronnenstudie een sterke samenhang met het verzuim bleken te vertonen, nl. urbanisatiegraad en grootte. In de grote steden en in grote instellingen (twee kenmerken die vaak samengaan) is het ziekteverzuim aanmerkelijk hoger dan elders.

5.3 Diagnoses bij WAO-toetreding en bij langdurig verzuim

In de voorgaande paragrafen is veel cijfermateriaal gepresenteerd over de hoogte, ontwikkeling en localisering van het ziekteverzuim. Uit die cijfers blijkt echter niet, wat er medisch gezien aan de hand is met betrokkenen. Diagnose-gegevens bij ziekteverzuim zouden meer licht kunnen werpen op de achtergronden van het ziekteverzuim.

Helaas zijn zulke diagnose-gegevens zeer schaars. Verreweg de meeste ziektegevallen worden niet door een verzekeringsgeneeskundige gezien, vooral omdat van alle ziektegevallen de meeste kort tot zeer kort zijn. Ook bij de langdurige gevallen is echter de diagnose nog vaak onbekend; zo is bij de BVG van de gevallen met een duur van meer dan 26 weken voor meer dan 30% de diagnose "onbekend" (Jaarverslag BVG 1985).

Pas bij de zeer lange gevallen die overgaan in de WAO is vrijwel altijd een diagnose geregistreerd. In deze paragraaf wordt eerst nagegaan wat er vanuit die diagnoses bij WAO-toetreding in de kwartaire sector bekend is (5.3.1). Daarin zullen we niet alleen cijfers over de BVG gebruiken, maar ook over het ABP, waar een groot aantal werknemers in de kwartaire sector verzekerd is tegen arbeidsongeschiktheid.

In het kader van dit onderzoek is door de BVG ook enige tijd een registratie van diagnoses bij langdurig verzuim uitgevoerd, op grond waarvan een beeld is verkregen van diagnose-patronen in de gezinsverzorging, vergeleken met andere delen van de BVG-sector. Aan de uitkomsten van deze registratie is paragraaf 5.3.2 gewijd.

5.3.1 Diagnoses bij WAO/IP-instroom

Werknemers die 52 weken een uitkering krachtens de Ziektewet hebben gehad, kunnen in aanmerking komen voor een uitkering uit de WAO. Alleen voor ambtenaren geldt een afwijkende regeling: zij vallen niet onder Ziektewet en WAO, maar hebben bij definitieve arbeidsongeschiktheid recht op een Invaliditeitspensioen (IP), dat door het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds wordt uitgekeerd. Een IP-uitkering begint niet precies na 52 weken ziekte; toekenning van een IP geschiedt soms eerder, maar vaak aanzienlijk later dan een jaar na aanvang van de ziekte.

Van vrijwel allen aan wie een WAO- dan wel een IP-uitkering is toegekend is een diagnose bekend die de aard van de arbeidsongeschiktheid aanduidt. Uit diagnosegegevens bij WAO- en IP-instroom kunnen we dus enig beeld krijgen van de aard van aandoeningen bij zeer langdurig ziekteverzuim. Dat het hier alleen om zeer langdurige gevallen gaat is niet erg bezwaarlijk; we zagen in vorige paragrafen al dat, zeker in de gezinsverzorging, vooral het zeer langdurig verzuim het probleem vormt en dat dan ook de WAO-instroom daar relatief hoog is.

In diagnosegegevens bij arbeidsongeschiktheid komen twee grote diagnosecategorieën voor, die vrijwel altijd samen meer dan de helft van het totaal aantal gevallen omvatten: *psychische ziekten* en *aandoeningen van het bewegingsstelsel*. Daarnaast is er een ruim scala van andere diagnoses die elk op zich meestal maar een klein percentage gevallen omvatten; in het volgende nemen we die samen tot de categorie "overige".

In tabel 5.3 zijn de diagnose-gegevens over 1985 uit de kwartaire sector (BVG en ABP) samengevat, met ter vergelijking ook de cijfers over alle bedrijfsverenigingen (BV'en) samen.

Tabel 5.3 Procentuele verdeling van WAO- resp. IP-instroom over diagnosegroepen, 1985

Diagnosegroep	BVG	ABP	Alle BV'en samen
Psychische ziekten	37,2	45,0	27,4
Bewegingsstelsel	32,4	22,5	32,0
Overige	30,4	32,5	40,6
Totaal	100 %	100 %	100 %

De kwartaire sector wordt gekenmerkt door het grote aandeel van de "psychische ziekten". Vooral bij het ABP is deze categorie zeer groot, maar ook in de BVG-sector vormen de psychische ziekten de grootste afzonderlijke categorie.

Aandoeningen van het bewegingsstelsel komen bij de BVG ongeveer even frequent voor als bij alle bedrijfsverenigingen samen; bij het ABP komt deze diagnose minder voor.

Psychische ziekten en aandoeningen van het bewegingsstelsel maken samen in de kwartaire sector een groter deel van de WAO/IP-instroom uit dan daarbuiten. Bij alle BV'en samen is dan ook het aandeel van de categorie 'overig' groter.

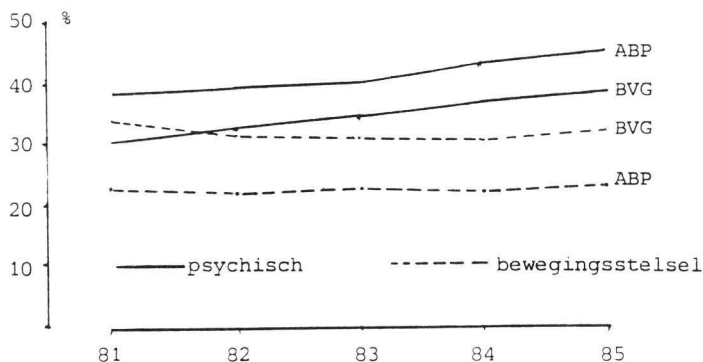
Binnen die categorie noemen we afzonderlijk nog de hart- en vaatziekten. Deze diagnosecategorie komt bij de BVG maar half zo vaak voor als bij alle BV'en samen (5.6% tegen 10.9%); bij het ABP echter juist vaker (13.1%). Dat heeft ongetwijfeld te maken met het hoge percentage vrouwen in de BVG-populatie. Uit cijfers van het ABP blijkt namelijk dat hart- en vaatziekten een vrij specifiek 'mannelijke' diagnose zijn: bij de IP-instroom van 1985 zijn onder mannen deze ziekten drie maal zo vaak de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid als onder vrouwen.

In de loop van de laatste jaren is er een verschuiving zichtbaar in de diagnoses binnen de kwartaire sector. Zowel bij de BVG als bij het ABP nemen de psychische ziekten een steeds groter aandeel van de WAO/IP-instroom voor hun rekening. Ook bij alle bedrijfsverenigingen samen is het aandeel van psychische ziekten iets aan het stijgen, maar veel minder dan in de kwartaire sector. Het aandeel van de diagnose "bewegingsstelsel" is door de jaren heen min of meer constant.

Het aandeel van de overige diagnoses neemt de laatste jaren overal af. Daarbinnen noemen we weer met name de hart- en vaatziekten: hun aandeel in de WAO/IP-instroom is vrij aanzienlijk aan het verminderen.

In grafiek 5.5 wordt de ontwikkeling van de percentages psychische ziekten, resp. het bewegingsstelsel, over de periode 1981 - 1985 in beeld gebracht.

Grafiek 5.5 Ontwikkeling van percentages psychische ziekten, resp. aandoeningen van het bewegingsstelsel, in WAO/IP-instroom.



Bij de BVG is sinds 1982 het aandeel van de psychische ziekten groter dan dat van het bewegingsstelsel. Bij het ABP is dit al sinds 1981 (en ook reeds lang daarvoor) het geval.

5.3.2 Diagnoses bij langdurig verzuim, met name in de gezinsverzorging

De bestaande bronnen van cijfermateriaal over diagnoses zijn niet uit te splitsen naar deelsectoren binnen de bedrijfsverenigingen. Toch is het voor een beter beeld van de achterliggende problematiek in de gezinsverzorging van belang, enig zicht te krijgen op de diagnosepatronen in die sector. Moeten we bij langdurig ziekteverzuim in de gezinsverzorging vooral denken aan psychische klachten, of ligt de problematiek vooral op het lichamelijke vlak?

Ter beantwoording van die vraag is door de BVG gedurende 6 weken in 1987 een diagnose-registratie bijgehouden van alle ziektegevallen die voor eerste controle op de rayonkantoren werden gezien. Voor de beschrijving van dit materiaal zij verwezen naar hoofdstuk 3.3.

Het gaat bij de navolgende gegevens om relatief langdurige ziektegevallen; de diagnose-cijfers hebben gemiddeld betrekking op een moment van circa 4 maanden na aanvang van het verzuimgeval.

In tabel 5.4 wordt de verdeling van diagnoses in de gezinsverzorging vergeleken met die in de rest van de BVG-sector.

Tabel 5.4 Verdeling van langdurige ziektegevallen naar diagnose (uitsluitend vrouwen)

Diagnosegroep	Gezinsverzorging %	Overig BVG %
Psychische ziekten	30	42
Bewegingsstelsel	43	30
Overige	27	28
Totaal	100%	100%

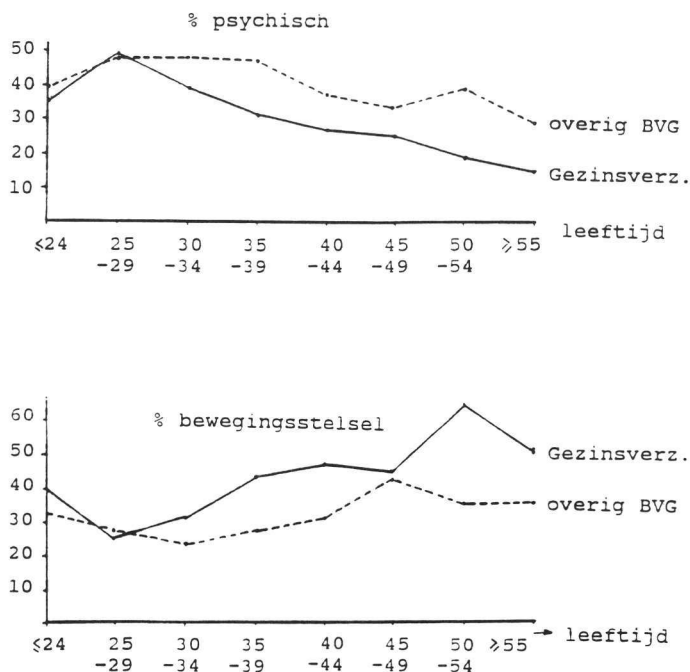
Het diagnose-patroon in de gezinsverzorging blijkt vrijwel het spiegelbeeld te zijn van dat in de overige BVG-sector. In de gezinsverzorging komt de diagnose "bewegingsstelsel" ongeveer 1.5 maal zo vaak voor als de "psychische" diagnoses, in de rest van de BVG ligt dat precies andersom. Zoals verderop zal blijken, is dit verschil voor een groot deel toe te schrijven aan het verschil in leeftijdsopbouw.

De meer specifieke diagnoses *binnen* de grote twee diagnose-groepen hebben in de gezinsverzorging en daarbuiten vrijwel dezelfde verdeling. Er zijn dus geen sector-specifieke diagnoses binnen de hoofdgroepen. De meest frequente diagnoses zijn:

- Binnen de *psychische* diagnoses betreft veruit het grootste deel, nl. ruim 75%, "situatieve of exogene reacties", waaronder vallen reacties op stress alsmede surmenage door overbelasting. Daarnaast betreft een kleine 20% "neurosen".
- Binnen de aandoeningen van het *bewegingsstelsel* zijn de belangrijkste: "overige en niet gespecificeerde rugaandoeningen" (33%), "pees- en spieraanhechtingsklachten" (21%) en "discopathie" (17%).

Het diagnosepatroon (d.w.z. de verhouding tussen het percentage 'psychisch' en 'bewegingsstelsel') hangt vrij sterk samen met de leeftijd: hoe hoger de leeftijd, hoe groter het aandeel van het bewegingsstelsel en hoe kleiner het aandeel van de psychische ziekten. Het verschil in diagnosepatroon tussen de gezinsverzorging en de overige BVG is grotendeels hierop terug te voeren: de langdurig zieken in de gezinsverzorging zijn gemiddeld aanzienlijk ouder. In grafiek 5.6 worden de aandelen van psychische ziekten resp. het bewegingsstelsel in de diagnoses naar leeftijd weergegeven.

Grafiek 5.6 Diagnose-patronen naar leeftijd (alleen vrouwen)



Tot het 30e jaar wijkt het patroon in de gezinsverzorging niet wezenlijk af van dat in de overige BVG: bijna de helft van de gevallen in deze leeftijdsgroep is psychisch van aard, ongeveer 30% betreft het bewegingsstelsel. Boven de 30 jaar is er wel verschil: daar ziet men in de gezinsverzorging een systematisch kleiner aandeel van de psychische ziekten, en een groter aandeel van het bewegingsstelsel.

Overigens is in *beide* sectoren onder de 35 à 40 jaar het aandeel 'psychisch' groter dan het aandeel van het bewegingsstelsel, boven die leeftijd ligt de verhouding andersom. Op grond hiervan zullen we in de verdere analyses twee leeftijdscategorieën onderscheiden: tot 40 jaar, resp. 40 jaar en ouder.

Behalve met de leeftijd hangt het diagnose-patroon ook samen met het aantal *werkuren per week*: hoe meer werkuren per week, hoe groter het aandeel van de psychische ziekten en hoe kleiner dat van het bewegingsstelsel. Dit geldt zowel binnen de gezinsverzorging als daarbuiten. Dit wordt niet veroorzaakt door de hogere gemiddelde leeftijd van kleine deeltijders: zowel boven als onder de 40 jaar is bij de kleine deeltijders (minder dan 16 werkuren per week) het aandeel van het bewegingsstelsel groter dan bij degenen die 16 of meer uren per week werken. Dit geldt in grote lijnen zowel binnen de gezinsverzorging als daarbuiten.

Binnen de gezinsverzorging is nog onderscheid te maken naar drie *beroepsgroepen*: gezins/bejaardenhelpsters, verzorgsters, en management/leiding/administratie. Ruim driekwart van de door de RVG'en geregistreerde gevallen heeft betrekking op helpsters, hetgeen goed overeenkomt met het aandeel van helpsters in de beroepspopulatie van de gezinsverzorging. Bij deze helpsters ligt het accent van de problematiek duidelijk op het bewegingsstelsel (48% van de gevallen). Bij de verzorgsters daarentegen zijn de psychische aandoeningen licht in de meerderheid (38%, tegen 34% bewegingsstelsel). Dit verschil in diagnosepatroon tussen beide beroepsgroepen is echter geheel toe te schrijven aan de factoren leeftijd en aantal werkuren per week: helpsters zijn doorgaans de wat oudere werkneemsters in (kleine) deeltijdbanen, verzorgsters zijn doorgaans jonger en hebben grotere banen.

Bij management, leiding en administratie tenslotte komt de diagnose "bewegingsstelsel" vrijwel niet voor (slechts 1 van de 27 gevallen); twee-derde betreft psychische diagnoses.

Nagegaan is ook, of in de BVG-rayons die in de *Randstad* werkzaam zijn, een afwijkend diagnosepatroon wordt gevonden. Aan het slot van paragraaf 5.2 werd al vermeld dat in de vier grote stedenover het algemeen een hoger verzuim wordt gevonden dan elders; het zou denkbaar zijn dat bepaalde specifieke ziektebeelden in de Randstad vaker voorkomen. Dit blijkt echter niet het geval: het diagnosepatroon in de Randstad is vrijwel gelijk aan dat in andere rayons. Dit geldt zowel in de gezinsverzorging als in de overige BVG-sector.

Door middel van variantie-analyse is onderzocht in hoeverre de hierboven genoemde achtergrondkenmerken onafhankelijk van elkaar samenhangen met het diagnosepatroon. De uitkomsten van deze analyse wijken nauwelijks af van het voorgaande, en zijn als volgt samen te vatten.

- De leeftijd en het aantal werkuren per week zijn verreweg de belangrijkste determinanten van het diagnosepatroon. Ouderen en kleine deeltijders krijgen significant vaker de diagnose 'bewegingsstelsel' en minder vaak een 'psychische' diagnose. Het effect van het aantal werkuren per week is sterker dan dat van de leeftijd. De effecten van beide factoren zijn onafhankelijk van elkaar: het is dus niet zo dat kleine deeltijders

- vaker klachten van het bewegingsstelsel hebben omdat zij ouder zijn, noch andersom.
- In de gezinsverzorging wordt, onafhankelijk van de andere factoren, vaker de diagnose 'bewegingsstelsel' gevonden. Binnen de gezinsverzorging is er geen werkelijk verschil in diagnosepatroon tussen helpsters en verzorgsters: het verschil dat op het eerste gezicht tussen beide functiegroepen bestaat, wordt volledig verklaard door leeftijd en aantal werkuren per week. Het omgekeerde geldt niet - d.w.z. de effecten van leeftijd en werkuren laten zich niet wegverklaren door het feit dat ouderen en kleine deeltijders vaker helpsters zijn. Bovendien treffen we ook buiten de gezinsverzorging het effect van leeftijd en werkuren aan. We moeten dus aannemen dat tussen helpsters en verzorgsters geen werkelijke verschillen in diagnosepatroon bestaan.
 - In de Randstad wordt geen ander diagnosepatroon aangetroffen dan in de rest van Nederland. Wel zien we binnen de Randstad-rayons een sterker effect van deeltijdwerk op het diagnosepatroon: parttimers hebben daar nog vaker dan elders klachten van het bewegingsstelsel.

Tenslotte is bij de diagnose-registratie ook vastgelegd of het langdurig verzuimgeval gevolg is van een *ongeval*. Bij ongeveer 4% blijkt daarvan sprake; dit ongevalspercentage is in de gezinsverzorging niet afwijkend van de rest van de BVG.

Daar er maar weinig ongevallen in deze registratie voorkomen (in totaal 82) kunnen geen harde conclusies worden getrokken over de aard van het ongeval. Toch valt op dat in de gezinsverzorging 8 van de 20 ongevallen worden aangemerkt als "huisongevallen" en er geen "bedrijfsongevallen" worden gemeld; in de overige BVG daarentegen is van het totaal aantal ongevallen wel een aantal geregistreerd als bedrijfsongeval. Wellicht wordt een ongeval in een cliënt-huishouden door de RVG soms geregistreerd als "huisongeval", hoewel men toch van een bedrijfsongeval zou moeten spreken.

5.4 Resumé

In de gezinsverzorging is sprake van een hoog ziekteverzuim, ook in vergelijking met andere delen van de kwartaire sector. Sinds 1984 is er sprake van (verdere) stijging in het verzuim; ook bepaalde andere delen van de kwartaire sector laten echter een stijging zien. In 1987 bedroeg het verzuimpercentage van uitvoerenden in de gezinsverzorging naar schatting 12,6%.

Het hoge verzuimpercentage in de gezinsverzorging wordt vrijwel geheel veroorzaakt door de lange gemiddelde verzuimduur, en vrijwel niet door een hogere verzuimfrequentie. De stijging in het verzuim van 1984 tot 1986 is eveneens toe te schrijven aan een toenemende verzuimduur en niet aan een toenemend aantal verzuimgevallen. Ook het aantal WAO-toetredingen (althans het aantal gevallen dat het einde wachtjaar WAO bereikt) is in de gezinsverzorging hoog, naar verhouding met name onder jongeren.

Het verzuim is met name hoog onder het uitvoerend personeel. Voor het overige hangt in de gezinsverzorging het verzuim *minder* dan in andere sectoren samen met persoons- en functiekenmerken; er zijn ook geen tekenen dat het verzuim van helpenden en verzorgenden verschilt. Daarentegen is de organisatiegebondenheid van het verzuimpercentage in de gezinsverzorging relatief hoog. Met name het middellange verzuim (8-42 kalenderdagen) blijkt sterk instellingsgebonden. De verzuimfrequentie is eveneens instellingsgebonden, maar niet in sterkere mate dan in andere sectoren het geval is.

In de kwartaire sector zijn "psychische ziekten" de grootste afzonderlijke diagnosegroep bij langdurig verzuim c.q. WAO-toetreding. Het aandeel van deze diagnosegroep is in de loop van de jaren '80 ook voortdurend toegenomen. Het aandeel van psychische ziekten in de kwartaire sector is groter dan elders. Aandoeningen van het bewegingsapparaat vormen de tweede grote diagnosecategorie. Het aandeel hiervan is in de loop van de jaren '80 min of meer constant gebleven.

In de gezinsverzorging blijkt, in tegenstelling tot de rest van de BVG-sector, het bewegingsstelsel de grootste diagnosecategorie bij langdurige ziekte te zijn (43% van de gevallen); de psychische ziekten - veelal overspanning of surmenage - komen op de tweede plaats (30%). Vooral onder de wat oudere werknemers in de gezinsverzorging alsmede onder werknemers met een klein contract komen naar verhouding veel klachten van het bewegingsapparaat voor. Na correctie voor deze factoren blijken er geen verschillen in diagnosepatroon te bestaan tussen helpenden en verzorgenden.

6 ARBEIDSBELASTING ALS OORZAAK VAN VERZUIM

Voorafgaand aan de verschillende veld-onderzoeken die binnen dit project zijn uitgevoerd was een lange lijst opgesteld van mogelijke verklaringen voor het hoge verzuim in de gezinsverzorging. Volgens deze verklaringen zou een aantal factoren een rol kunnen spelen in het ziekteverzuim. In dit hoofdstuk bespreken we factoren die wellicht via de *arbeidsbelasting* invloed hebben op het verzuim; de volgende hoofdstukken behandelen mogelijke determinanten van de belastbaarheid, de verzuimdrempel en de her-vattingsdrempel.

In 6.1 worden factoren besproken die de fysieke werkbelasting betreffen; in 6.2 factoren die op het psycho-sociale vlak liggen. Deze paragrafen gaan voor het merendeel over de individuele werksituatie van uitvoerenden. In 6.3 wordt daaraan toegevoegd een bespreking van factoren op organisatie-niveau die kunnen doorwerken op de arbeidsbelasting.

6.1 De fysieke werkbelasting

6.1.1 *Verhouding huishoudelijke / verzorgende werkzaamheden*

Naarmate men een groter deel van de werktijd besteedt aan huishoudelijke taken is weliswaar de ervaren fysieke belasting (in termen van "alleen maar zware taken" en "weinig afwisseling van inspannend en minder inspannend werk") groter, maar dat leidt niet tot hoger ziekteverzuim. Dit is in overeenstemming met de eerder gevonden indicaties dat er tussen helpenden en verzorgenden geen grote verschillen in verzuim bestaan, noch in diagnose-patronen. Vermoedelijk is het zo, dat (vrijwel) *alle* uitvoerenden belast zijn met huishoudelijke taken - inderdaad zeggen veruit de meesten dat zij bij cliënten altijd stofzuigen, ramen lappen, bedden opmaken - en de eventuele verzorgende taken daar nog naast komen.

De fysieke belasting door huishoudelijke taken is dus een tamelijk *constante* factor in de gezinsverzorging, de verhouding tussen huishoudelijke en verzorgende werkzaamheden is daardoor van minder belang.

Wel blijkt dat de mate van belasting door huishoudelijke taken *tussen instellingen* significant verschilt, en dat het gemiddeld verzuim - althans het verzuim door middellange ziektegevallen - van instellingen ook samenhangt met deze gemiddelde belasting door huishoudelijke taken.

6.1.2 *Werkuren per week*

Het aantal uren per week is een variabele die langs zeer veel verschillende wegen kan inwerken op het ziekteverzuim; we zullen deze dan ook nog vaak bespreken. Er zij aan herinnerd dat de *uiteindelijke* invloed van het aantal uren per week op het individuele verzuimpercentage vrijwel nihil is (ZVIS 1986; werknemers-enquête), maar dat zou een gevolg kunnen zijn van de verschillende, elkaar "uitdovende" effecten. Zo is het aantal werkuren sterk verweven met opleiding en leeftijd: gediplomeerden en jongeren hebben gemiddeld grotere contracten dan ongediplomeerden en ouderen.

In deze paragraaf gaat het er vooral om of een groter aantal werkuren ook samengaat met zwaardere fysieke belasting. Tot op zekere hoogte is dat het geval: hoe meer uren, hoe meer men "eigenlijke" huishoudelijke taken

verricht. Daarentegen is er geen samenhang met bepaalde andere belastende elementen, m.n. het verrichten van "oneigenlijke" taken en het afwisselen van lichter en zwaarder werk. Kortom, er is wel enige samenhang tussen aantal werkuren en fysieke belasting in de vorm van huishoudelijk werk, maar erg sterk is die niet.

In het organisatie-onderzoek werd er door velen op gewezen dat door de stringente indicatiestelling en planning de belasting hoog is, wellicht juist ook voor parttimers. Deze werken vaak maar enkele uren per week per cliënt, maar in die uren moet veel gedaan worden. Zowel cliënten als uitvoerenden houden daar soms het onbevredigende gevoel aan over dat het werk niet "af" is.

6.1.3 Aantal cliënt-situaties per week of per dag

Veelal wordt verondersteld dat het (toegenomen) aantal werkadressen per week een extra belastende factor vormt. Nu gaat een groter aantal adressen per week logischerwijs samen met een grotere contractomvang, en daardoor ook enigszins met de belasting door huishoudelijk werk (zie boven). Na correctie voor dat effect blijkt dat het aantal adressen *negatief* samenhangt met de huishoudelijke werkbelasting. Deze belasting blijkt dus groter naarmate men *minder* adressen per week heeft.

Ook de ervaren gezondheid en burnout hangen niet of nauwelijks samen met het aantal adressen per week. Dit klopt met het gegeven dat slechts 16% der uitvoerenden het werken op verschillende adressen als vervelend ervaart, en 40% als plezierig (werknemers-enquête).

Daarbij dient onmiddellijk te worden aangetekend dat in de werknemers-enquête de meeste uitvoerenden 2 à 3 adressen per week blijken te hebben; extreme aantallen van 6 of meer adressen per week komen maar sporadisch voor. Bij "meerdere adressen per week" gaat het in het voorgaande dus vooral om het verschil tussen één cliënt per week en 2 à 3 per week.

Voorts gaat het om adressen *per week*. In het organisatie-onderzoek werden echter veel opmerkingen gemaakt over de grote werklast bij meerdere adressen *per dag* of soms zelfs per dagdeel. Deze belasting lijkt veel zwaarder te tellen dan die door meerdere adressen per week.

Dit beeld wordt bevestigd door de rol van reistijden.

6.1.4 Reistijd woon/werk en werk/werk

Naast de eigenlijke werktijd bij cliënten brengt het werk voor vele uitvoerenden ook reistijden met zich mee, zowel van thuis naar cliënt als (ingeval van meerdere cliënten per dag) van de ene cliënt naar de andere. Doorgaans wordt de reis per fiets of lopend afgelegd. Deze reistijden, ongeacht of ze tot de formele werktijd worden gerekend of niet, zouden beschouwd kunnen worden als onderdeel van de totale fysieke belasting die het werk meebrengt.

Inderdaad blijken de reistijden samen te hangen met het ziekteverzuim, met name het verzuimpercentage. Dat ondersteunt de veronderstelling dat reistijd als fysieke belasting kan worden beschouwd. Van belang is dat *tussen instellingen* significante verschillen bestaan in gemiddelde reistijden (zowel woon/werk als werk/werk-reistijden), en dat deze verschillen ook samengaan met verschillen in het verzuimpercentage tussen instellingen (hoe meer reistijden, hoe hoger verzuim). Voor een deel zullen deze verschillen een natuurlijk gevolg zijn van de geografische aard van het werkgebied, maar zij zijn mede te beïnvloeden door de planning van het werk (geen werkadressen op grote afstand van het thuisadres, geen cliënten op een dag met onderlinge grote afstanden).

Een bijzonder aspect van de werk/werk-reistijd is dat deze tevens impli-

ceert dat betrokkene meer adressen op één dag heeft, hetgeen door uitvoerenden vaak als belastend wordt ervaren (zie boven). In dat kader is het relevant dat de werk/werk-reistijd een wat sterkere samenhang met het verzuim vertoont dan de woon/werk-reistijd. Deze "extra" verklaringskracht van de werk/werk-reistijd is wellicht toe te schrijven aan het effect van de meerdere adressen per dag.

6.1.5 Onverplicht overwerk en ziek doorwerken

Uitvoerenden zijn geneigd zich sterk te identificeren met de eigen cliënt, en verondersteld kan worden dat deze identificatie extra sterk is wanneer zij in slechts één cliënt-situatie werken. Dat kan leiden tot "onverplicht overwerk". Inderdaad blijkt er in één-client-situaties een duidelijke tendens tot meer onbetaald overwerk. Vooral de oudere uitvoerenden verrichten in de één-client-situatie meer "onverplicht overwerk". Dit overwerk leidt echter niet direct tot hoger ziekteverzuim; de correlatie tussen deze twee is niet significant.

Wel gaat onverplicht overwerk vaak samen met ziek doorwerken. Beide verschijnselen zijn te beschouwen als tekenen van een sterke identificatie met de cliënt. Op het ziek doorwerken, dat overigens wel samengaat met hoger verzuim, komen wij nog terug bij de bespreking van de verzuimdrempel (hoofdstuk 8).

6.2 De psycho-sociale werkbelasting

6.2.1 Rolonduidelijkheid

In stress-theorieën wordt vaak groot belang toegeschreven aan rolonduidelijkheid (niet weten wat er van iemand verwacht wordt) als psycho-sociaal belastende factor. Het is goed voorstelbaar dat dit element in de gezinsverzorging een factor van belang zou zijn. Het beroepsbeeld van de gezinsverzorging (zowel bij cliënten als bij uitvoerenden zelf) wordt immers door velen nogal vaag geacht; veel cliënten hanteren, bij gebrek aan dit beroepsbeeld, het meer bekende - maar onterechte - beeld van "werkster", of hebben allerlei uiteenlopende verwachtingen over hetgeen de gezinsverzorging wel en niet voor hen zou moeten doen. Daardoor zou ook de wisseling van cliënten, c.q. het werken in meer cliëntsituaties per week, extra belastend kunnen zijn: met iedere afzonderlijke cliënt moet dan immers een nieuwe "beroepsrol" ontwikkeld worden.

De rolonduidelijkheid in de gezinsverzorging blijkt niet zo groot als verwacht. In hoofdstuk 4 werd al vermeld dat deze onduidelijkheid niet groter is dan in een vergelijkingsgroep van dienstverlenende functies. Waarschijnlijk komt dat doordat er in de zin van *concrete taken* vaak duidelijkheid genoeg is: er zijn indicatie-stellingen en soms ook hulpverleningsplannen en takenlijstjes. Dit is uiteraard nog niet hetzelfde als een "beroepsbeeld" in algemene zin, maar schept tenminste duidelijkheid voor de dagelijks te verrichten taken. Voor zover er toch onduidelijkheden bestaan, werken deze niet direct door in het verzuim; er is geen correlatie op persoonsniveau tussen de ervaren rolonduidelijkheid en verzuim.

Langs indirecte weg heeft de eventuele rolonduidelijkheid wel enige effecten. Zo blijkt er tussen instellingen verschil te bestaan in de mate van onduidelijkheid, en deze hangt wel met verzuim samen: het verzuimpercentage is hoger naarmate de onduidelijkheid groter is.

Verder werkt het vage algemene beroepsbeeld ook door in de moeite die uitvoerenden hebben met het *wisselen van cliënt*. Naast de formele afspraken ontwikkelen uitvoerenden vaak hun eigen omgangsgewoonten met cliënten; dat maakt het moeilijk om "andermans gezin" over te nemen.

Niet zelden benutten cliënten de wisseling van uitvoerende ook om aan de nieuwkomer extra eisen te stellen. In het organisatie-onderzoek werden vele voorbeelden genoemd van dat soort "overvragen" (onder het motto: "de vorige helpster deed dit-en-dit ook"). Uit de werknemers-enquête blijkt dan ook dat er gemiddeld weinig enthousiasme bestaat voor roulatie-systemen (op gezette tijden wisselen van cliënt). De mening over roulatie is onder gediplomeerden echter positiever dan onder ongediplomeerden. Wanneer men aanneemt dat gediplomeerden via hun opleiding een duidelijker beroepsbeeld hebben ontwikkeld, vormt dit een indicatie dat de problemen die men heeft met het wisselen van cliënt inderdaad mede het gevolg zijn van de beroeps-onduidelijkheid.

Rolonduidelijkheid en "vaagheid" van het takenpakket (te weinig informatie vooraf over nieuwe cliënten, geen hulpverleningsplan, geen takenlijsten) lijken te kunnen worden teruggedrongen door geregeld contact met collega's en leidinggevers: hoe hoger de frequentie van deze contacten, hoe geringer de rolonduidelijkheid en "taakvaagheid" (werknemers-enquête).

6.2.2 Rolconflict

Anders dan rolonduidelijkheid is de mate van rolconflict - d.w.z. het moeten verrichten van onderling strijdige taken, het krijgen van strijdige instructies, het werk anders moeten doen dan men zelf zou willen - in de gezinsverzorging wel hoger dan in een vergelijkingsgroep van dienstverlenende functies (zie ook hoofdstuk 4); tevens hangt deze mate van rolconflict samen met ziekteverzuim, zowel wat betreft de verzuimfrequentie als het verzuimpercentage.

De kern van eventuele rolconflicten lijkt doorgaans te liggen in de omgang tussen uitvoerende en cliënt, waarbij eventuele vaagheid van te verrichten taken een ongunstige omstandigheid vormt. Juist wanneer er geen volgestrekte duidelijkheid naar cliënten toe bestaat over welke taken wel en niet zullen worden verricht, kunnen sommige cliënten gaan "overvragen". Tijdens het organisatie-onderzoek werden vele voorbeelden genoemd van cliënten die taken meer, anders of vaker gedaan wilden zien dan was afgesproken en/of dan de uitvoerende redelijk achtte. Bij een dergelijk rolconflict is het van groot belang dat de uitvoerende kan terugvallen op de steun van de leidinggevende.

We noemden zojuist rolonduidelijkheid als een omstandigheid die de kans op rolconflict kan vergroten; in de werknemers-enquête blijkt inderdaad dat er een positieve correlatie is tussen deze twee zaken. Dit impliceert dat rolonduidelijkheid, hoewel niet in directe zin een oorzaak van ziekteverzuim, wel van indirect belang kan zijn, nl. als mogelijke voedingsbodem van rolconflicten die wél tot hoger verzuim leiden.

6.2.3 Werken bij ernstig zieke cliënten

Verondersteld wordt vaak dat het omgaan met zieke, eventueel terminale cliënten een psychische belasting vormt, en dan in het bijzonder voor jonge, gezonde werknemers. Blijkens het onderzoek is deze factor echter van weinig betekenis voor het ziekteverzuim.

Weliswaar is er enig verband tussen de mate waarin men bij zieke cliënten werkt en gezondheidsklachten en 'burnout', maar dit verband is zo zwak dat het zich niet doorvertaalt in een hoger ziekteverzuim. Verder is dit verband niet specifiek voor jonge uitvoerenden - integendeel, juist onder hen is er geen verband tussen deze twee zaken.

Op organisatie-niveau is de samenhang zelfs omgekeerd: hoe meer er binnen een instelling gewerkt wordt bij zieke cliënten, hoe *lager* het ziekteverzuim.

6.2.4 Solitair werken

Ook het solitaire karakter van het werk wordt vaak als belastend beschouwd. Op deze materie gaan wij dieper in in hoofdstuk 7, omdat isolement ook beschouwd kan worden als een aspect van de belastbaarheid.

Solitair werken kan echter zeker ook een psychische belasting in zichzelf vormen, indien dit leidt tot de neiging om problemen in het werk te individualiseren en te wijten aan eigen falen. Men ziet dan immers niet dat vele collega's met dezelfde soort problemen kampen en betreft die problemen niet zozeer op de werksituatie, maar op de eigen persoon.

Of dit objectief gesproken het geval is laten we in het midden. Uit de werknemers-enquête blijkt echter wel dat subjectief isolement ("het gevoel overal alleen voor te staan") en gevoelens van falen ("het gevoel niets goed te doen") met elkaar samenhangen. Deze beide gevoelens - die deel uitmaken van het 'burnout-syndroom' - hangen tevens samen met het verzuimpercentage.

Als het waar is dat de solitaire werksituatie de gevoelens van isolement en van eigen falen bevordert, moet dit aspect van de werksituatie inderdaad beschouwd worden als een belastende factor.

6.3 Organisatie-aspecten

6.3.1 Omvang van de hulpvraag

Wanneer de hulpvraag van een instelling groter is dan het hulpaanbod dat de instelling, gegeven het budget, kan bieden, kan men verwachten dat de werkbelasting van het totale personeel hoger ligt. Dat zou dan kunnen resulteren in een hoger ziekteverzuim binnen de instelling als geheel.

Een mogelijke indicator van de verhouding tussen hulpvraag en instellingsbudget is het *verzorgingsniveau* van het werkgebied. Dit verzorgingsniveau geeft de verhouding aan tussen het aantal thuiswonende inwoners van het gebied (waarbij ouderen extra zwaar worden meegewogen) en het instellingsbudget. Het verzorgingsniveau blijkt echter geen samenhang met het instellingsverzuim te vertonen.

Het is echter sterk de vraag of het verzorgingsniveau wel een goede indicator vormt van de feitelijke hulpvraag. Een andere indicator, nl. het al dan niet aanwezig zijn van een wachtlijst van cliënten, vertoont wel een samenhang: bij instellingen met zo'n wachtlijst is het verzuim hoger. Dit vormt een teken dat de omvang van de hulpvraag inderdaad van invloed is op de werkbelasting van het personeel.

6.3.2 Specialisatie en differentiatie in hulpaanbod

In het organisatie-onderzoek werden aanwijzingen verkregen dat binnen instellingen met een laag verzuim vaker specialisatie naar type hulpverlening (langdurig/tijdelijk) bestaat, en vaker in hoofdzaak traditionele hulpvormen worden aangeboden (in tegenstelling tot instellingen met hoog verzuim waar meer gewerkt lijkt te worden met werkdifferentiaties als "hulp op maat", avond- en weekendhulp e.d.). Daarvoor zijn uiteenlopende achtergronden aan te voeren. Interne specialisatie naar type hulpverlening stelt uitvoerenden in staat om zich toe te leggen op juist die vormen van hulpverlening die hen het beste liggen. Invoering van werkdifferentiaties kan leiden tot een zekere instabiliteit binnen de organisatie; daarnaast is het huidige personeelsbestand grotendeels ingestroomd in een tijd dat de hulpverlening op meer traditionele leest geschoeid was, en heeft men soms moeite om de nieuwe ontwikkelingen te volgen. Ook worden werkdifferentiaties vaak ingevoerd ten behoeve van juist zwaar hulpbehoevende cliënten, zodat de invoering ervan kan duiden op een gemiddeld

zwaarder cliëntenbestand. Dit alles betekent niet dat het hanteren van werkdifferentiaties per definitie tot hoger verzuim leidt, maar wel dat invoering daarvan - zoals alle vormen van organisatie-verandering - grote zorgvuldigheid en voorbereiding van het uitvoerend personeel vraagt.

6.3.3 Teamverband

In vele opzichten zou het werken in teamverband invloed kunnen hebben op het ziekteverzuim. Op diverse punten in dit rapport zullen aspecten van teamgericht werken aan de orde komen.

In het kader van de (psycho-sociale) werkbelasting werd door ons verondersteld, dat naarmate uitvoerenden sterker in teamverband werken, zij een sterkere beroepsrol zullen ontwikkelen; daarmee zou de rol-onduidelijkheid in de omgang met cliënten verminderen en de psycho-sociale belasting geringer zijn.

Tegen deze verwachting in kon in de instellingen-enquête geen verband worden gevonden tussen ziekteverzuim en de mate waarin binnen een instelling in teamverband wordt gewerkt. Dat wil niet zeggen dat het werken in teamverband geheel irrelevant is voor het verzuim; eerder is het zo dat er vele effecten zijn, die echter soms verhogend, soms verlagend op het verzuim inwerken.

Voor wat betreft de rol-onduidelijkheid vonden wij in de werknemers-enquête, conform de verwachting, dat een hogere contactfrequentie met collega's en leidinggevendenden samengaat met geringere onduidelijkheid (zie 6.2). Op dit punt zou teamwork dus ook gunstig effect kunnen hebben. Kennelijk wordt dat effect echter uitgedoofd door andere effecten. Eén daarvan lijkt het volgende. In de instellingen-enquête gaf een onverwacht groot aantal instellingen te kennen, dat er bij hen in teamverband wordt gewerkt. Bij nadere beschouwing blijkt het dan echter steeds te gaan om slechts een of enkele teams, die slechts een klein deel van het personeel omvatten; en deze teams zijn vaak geformeerd rond de nieuwe werkdifferentiaties, die blijkens het bovenstaande kunnen duiden op extra werkbelasting. Het kenmerk "teamverband" uit de instellingen-enquête is dan ook eerder een indicator van het werken in nieuwe hulpverleningsvormen, en het ontbreken van samenhang tussen deze variant van teamwork en verzuim wil niet zeggen dat ook een meer integrale invoering van teamgericht werken zonder effect zou zijn. Een dergelijk effect is echter niet statistisch aantoonbaar om de eenvoudige reden dat er in den lande slechts zeer weinig instellingen zijn waar teamgericht werken op grote schaal is ingevoerd.

6.3.4 Vervanging bij ziekte

Soms kan ziekteverzuim binnen een organisatie "besmettelijk" zijn, wanneer voor vervanging van zieken een beroep moet worden gedaan op collega's. De ziekte van de één kan dan immers leiden tot overbelasting van de ander. Op grond daarvan kon worden verwacht dat naarmate er meer externe vervanging plaatsvindt, het verzuim lager is; externe vervanging voorkomt immers extra werkbelasting van collega's.

Deze verwachting is door de instellingen-enquête duidelijk weerlegd. Interne vormen van vervanging gaan niet samen met hoger verzuim van instellingen als totaal. Eerder het omgekeerde lijkt het geval: instellingen die vaker externe vervanging gebruiken, in de vorm van uitzendkrachten, hebben een hoger verzuim. Het is echter niet aannemelijk dat de inzet van uitzendkrachten een oorzaak is van hoger verzuim; eerder de omgekeerde conclusie ligt voor de hand, nl. dat instellingen met een hoog verzuim (en dus hogere vervangingsbehoefte) vaker - naast de interne personeelsreserves - een beroep op uitzendkrachten moeten doen.

6.3.5 Planning van werkzaamheden

Een laatste organisatie-aspect dat van groot belang kan zijn voor de werkbelasting van individuele uitvoerenden is de planning. Door efficiënte planning kan de werklust soms direct verminderd worden - bijvoorbeeld door reistijden te minimaliseren, hetgeen voor verzuim van belang is. Soms ook kan een bepaalde werklust beter gespreid worden door de tijd. Vooral in het organisatie-onderzoek kwam het belang van de planning zeer duidelijk naar voren. Bij instellingen met een laag verzuim leek door alle leidinggevendenden meer rekening gehouden te worden met de individuele werklust en omstandigheden van de uitvoerende, en meer overleg met de uitvoerende zelf te worden gepleegd over de planning. Veelal bestonden er ook bepaalde normen voor de planning - bijv. een maximaal aantal adressen per dag, een maximum reisafstand - en werden die normen over het algemeen ook daadwerkelijk aangehouden.

6.4 Resumé

In dit hoofdstuk is nagegaan welke factoren in de arbeidsbelasting een rol spelen in het ziekteverzuim.

In de fysieke belasting is het vele huishoudelijke werk van belang. Deze factor vormt een algemene belasting in de gezinsverzorging, d.w.z. is bij vrijwel alle uitvoerenden aanwezig.

Het aantal werkuren per week hangt wel enigszins samen met de fysieke belasting, maar niet zeer sterk; de invloed van werkuren op verzuim is vrijwel nihil.

Het aantal werkadressen per week is, binnen zekere grenzen, evenmin van invloed op het verzuim. Dit wil niet zeggen dat het aantal adressen ongelimiteerd kan zijn, maar een aantal van 2 à 3 per week betekent geen automatische overbelasting. Meerdere adressen per dag echter worden wel als extra belastend ervaren.

Reistijden, zowel woon/werk als werk/werk, hangen wel duidelijk samen met het verzuim en kunnen daarom beschouwd worden als een vorm van (extra) fysieke belasting.

"Onverplicht overwerk" komt in de gezinsverzorging regelmatig voor, maar vormt niet een dusdanige extra belasting dat daaruit een hoger verzuim resulteert.

Wat betreft psycho-sociale belasting blijkt de rol-onduidelijkheid in de gezinsverzorging niet opvallend hoog te zijn. De mate van rol-onduidelijkheid heeft ook geen directe samenhang met verzuim. Wel kan onduidelijkheid een randvoorwaarde zijn waaronder andere oorzaken van verzuim beter kunnen gedijen. Een daarvan is rolconflict (het moeten verrichten van strijdige taken, het krijgen van strijdige instructies, het werk anders moeten doen dan men zelf zou willen). Deze is in de gezinsverzorging naar verhouding hoog, en blijkt ook een van de achtergronden van verzuim te zijn.

Het werken bij ernstig zieke cliënten wordt vaak geacht een psychische belasting te vormen, maar in dit onderzoek zijn daarvan slechts weinig tekenen te vinden. Deze factor speelt dan ook geen belangrijke rol in het verzuim.

Het solitair werken daarentegen, voorzover zich dat vertaalt in het gevoel "overal alleen voor te staan", blijkt wel van belang voor het verzuim en kan beschouwd worden als een vorm van psychische belasting.

De totale werkdruk van een instelling, af te meten aan de aanwezigheid van een wachtlijst van cliënten, blijkt op instellingsniveau samen te han-

gen met verzuim. Deze werkdruk kan als een vorm van belasting worden beschouwd.

Interne specialisatie van instellingen lijkt samen te gaan met een wat lager verzuim. Invoering van nieuwe werkdifferentiaties daarentegen kan een organisatorisch belastende factor zijn.

Werken in teamverband zou de psycho-sociale belasting kunnen verminderen en zo het verzuim verlagen. Deze veronderstelling is echter statistisch (nog) niet te toetsen, omdat slechts zeer weinig instellingen op grote schaal met teams werken.

Een goede interne planning van werkzaamheden kan bijdragen aan vermindering van, of althans betere spreiding van, de arbeidsbelasting, en kan daardoor een preventieve werking t.o.v. ziekteverzuim hebben.

7 FACTOREN DIE DE BELASTBAARHEID BEPALEN

In het voorgaande hoofdstuk is een groot aantal factoren besproken die mogelijk van invloed zijn op de arbeidsbelasting, en langs die weg het ziekteverzuim mede bepalen. Een aantal van die factoren blijkt inderdaad een samenhang met het verzuim te hebben, al is die samenhang niet altijd zeer sterk. De oorzaak daarvan is dat een hoge (objectieve) arbeidsbelasting niet direct hoeft te leiden tot overbelasting: indien de belastbaarheid van het personeel eveneens hoog is, kan deze een hoge belasting compenseren.

De belastbaarheid van een personeelsbestand kan vanuit twee invalshoeken bezien worden. Ten eerste zijn er factoren aan te wijzen die de belastbaarheid van het *reeds aanwezige* personeel beïnvloeden. Deze factoren worden in 7.1 besproken. Ten tweede kan door recrutering en selectie van *nieuw personeel* (selectie op belastbaarheid, geschiktheid) de belastbaarheid van het personeelsbestand als totaal worden beïnvloed. In 7.2 worden deze aspecten besproken.

7.1 Belastbaarheid van reeds aanwezig personeel

In onderzoek naar ziekteverzuim is tot op heden vrij weinig onderzoek gedaan dat direct gericht is op determinanten van de belastbaarheid - hoewel een aantal in de literatuur gevonden resultaten van eerder onderzoek zeker te interpreteren is als een effect van belastbaarheidsfactoren. Echter, in andere literatuur is hierover meer aangetroffen. In onderzoeken vanuit "stress"-theorieën wordt in toenemende mate aandacht besteed aan het begrip "coping": stress-hantering, kunnen omgaan met stressoren. Dit "coping"-begrip uit de stress-theorie nu blijkt vrijwel geheel samen te vallen met het begrip "belastbaarheid" uit de verzuim-theorie, en daardoor zeer waardevolle aanwijzingen te geven voor factoren die langs deze weg van invloed zijn op ziekteverzuim.

Kort samengevat blijkt uit stress-literatuur dat effectieve "coping" mede afhangt van kennis, vaardigheden, attitudes en (praktische) hulpmiddelen. Verder is sociale ondersteuning een cruciaal element van "coping", waarbij vooral ondersteuning door de directe chef een grote rol speelt. Wij zullen nu een aantal factoren bespreken die op deze punten betrekking hebben.

7.1.1 Opleiding en deskundigheidsbevordering

Vooropleiding en (interne) deskundigheidsbevordering kunnen belangrijk bijdragen tot verhoging van de belastbaarheid (en daarmee tot verlaging van het ziekteverzuim), zo luidde de veronderstelling vooraf. De uitkomsten van dit onderzoek nopen tot nuancering op dit punt. Scholing en deskundigheidsbevordering blijken niet in gelijke mate van belang; over het geheel genomen lijkt (externe) scholing van meer invloed dan (interne) deskundigheidsbevordering.

Wat betreft *scholing vooraf*, die is af te lezen aan diplomabezit (gediplomeerd helpenden, verzorgenden): deze blijkt inderdaad met lager verzuim samen te gaan. Dit effect is op individueel niveau slechts zwak; dat klopt ook met de eerder gevonden indicaties dat er tussen helpenden en verzorgenden geen grote verschillen in verzuim bestaan. Op organisatie-niveau

echter vinden we wel een duidelijk effect: naarmate het percentage gediplomeerden onder het uitvoerend personeel hoger is, is het verzuim lager. Dit effect loopt grotendeels via de factoren grootte en urbanisatiegraad; in grote steden en in grote instellingen is het percentage gediplomeerden gemiddeld geringer. Het feit dat in grote steden en binnen grote instellingen een hoger verzuim wordt aangetroffen is dan ook voor een deel terug te voeren op deze factor. Overigens is ook dit geen op zichzelf staande zaak, want juist deze instellingen kampen vaak met een gebrek aan aanbod van voldoende gekwalificeerd personeel. Op die kwestie komen we in 7.2 nog terug.

Verder noemden we in hoofdstuk 5 reeds dat een van de grootste verschillen tussen de gezinsverzorging en de overige kwartaire sector gelegen is in het percentage personeel met een vakopleiding. Dit verschil blijkt voor een belangrijk deel de verklaring te vormen van het hogere verzuim in de gezinsverzorging. In alle sectoren heeft personeel zonder vakopleiding, of met een opleiding op maximaal LBO-niveau, een hoog verzuim (in alle sectoren hoger dan 10 %); in de gezinsverzorging omvat deze categorie de grote meerderheid van het personeel, elders slechts een minderheid.

De rol van *interne deskundigheidsbevordering* blijkt veel geringer dan die van externe vakopleiding. In de instellingen-enquête kon geen verband worden aangetoond tussen deskundigheidsbevordering en verzuim. In de werknemers-enquête nog minder; voorzover daar verbanden werden gevonden lagen deze zelfs in de "verkeerde" richting. Naarmate men meer had deelgenomen aan introductiecursussen en deskundigheidsbevordering in het algemeen, bleek de 'burnout' en soms ook het ziekteverzuim hoger.

Deze bevindingen lijken bevreemdend. Er zijn wel argumenten aan te geven waarom deskundigheidsbevordering niet tot lager verzuim zou leiden: bijvoorbeeld dat instellingen pas een investering in deskundigheidsbevordering plegen wanneer het personeel duidelijk problemen krijgt met overbelasting, of dat degenen die cursussen hebben gevolgd daardoor ook in zwaardere cliënt-situaties worden geplaatst. Deze argumenten zijn echter slecht te rijmen met het feit dat externe opleidingen kennelijk wel tot een lager verzuim kunnen leiden.

De conclusie is derhalve dat de interne deskundigheidsbevordering gemiddeld genomen geen volwaardig alternatief vormt voor een erkende beroepsopleiding. In het organisatie-onderzoek werden daarvoor eveneens aanwijzingen gevonden. Iedere instelling doet wel *iets* aan deskundigheidsbevordering, maar in sommige gevallen is de opzet daarvan niet zeer professioneel en tamelijk vrijblijvend. Instellingen met laag verzuim hadden doorgaans een meer systematische opzet, waarin deskundigheidsbevordering niet alleen meer aandacht kreeg maar ook vaker verplicht en/of periodiek werd gegeven, soms in combinatie met een intensief begeleide proefperiode.

7.1.2 Sociale ondersteuning door leidinggevenden

In de literatuur wordt aan sociale ondersteuning een grote rol toebedeeld in de relatie tussen (over)belasting en gezondheidsklachten c.q. ziekteverzuim. In het bijzonder de steun van de directe chef - in dit geval: de *leidinggevende* - blijkt daarbij van belang. Ook in dit onderzoek is de sleutelpositie van leidinggevenden duidelijk naar voren gekomen.

Gemiddeld genomen is de relatie tussen uitvoerenden en leidinggevenden goed; in hoofdstuk 5 werd reeds vermeld dat de steun van de "chef" in de gezinsverzorging positiever wordt beoordeeld dan in een vergelijkingsgroep van dienstverlenende functies. In de werknemers-enquête bleek ver-

der dat naarmate men minder steun van de leidinggevende ervaart, een reeks andere negatieve verschijnselen vaker voorkomt: rolonduidelijkheid, gezondheidsklachten en 'burnout', rolconflicten, gebrek aan arbeidssatisfactie. Een *directe* samenhang tussen ziekteverzuim en gebrek aan steun van de leiding is wel aanwezig, maar statistisch gesproken vrij zwak; het indirecte effect, via de zojuist genoemde kenmerken, onderstreept echter de belangrijke rol die de leidinggevers spelen voor de dagelijkse werksituatie en het welbevinden van uitvoerenden.

Ook in het organisatie-onderzoek kwam de rol van de leiding uitvoerig ter sprake. Hoewel ook daar over het algemeen gunstig geoordeeld werd over de relatie uitvoerende-leidinggevende, was er toch een nuance-verschil tussen instellingen met laag en met hoog verzuim; in de laagverzuimende instellingen was de persoonlijke aandacht van leidinggevers voor hun uitvoerenden doorgaans groter, wat o.a. tot uiting kwam in zorgvuldiger planning. Een punt van belang is daarbij de stabiliteit in de relatie. Er werden soms gevallen genoemd waarin uitvoerenden gemiddeld eens per jaar of vaker waren gewisseld van leidinggevende, hetgeen uiteraard de opbouw van een stabiele werkverhouding niet bevordert. Overigens spelen deze kwesties van persoonlijke aandacht en stabiliteit in werkverhoudingen niet alleen een rol in de mogelijke preventie van ziekteverzuim, maar ook in de reïntegratie van langdurig zieken; dat komt nader aan de orde in het kader van de hervattingsdrempel (hoofdstuk 9).

Verondersteld werd dat sociale ondersteuning door de leiding gemakkelijker is naarmate de "sociale afstand" tussen leiding en uitvoerenden geringer is. In de instellingen-enquête zijn daarvoor inderdaad aanwijzingen gevonden. De mobiliteit tussen het uitvoerend en leidinggevend niveau, die een indicator van de sociale afstand vormt, hangt enigszins samen met het verzuim: hoe meer leidinggevers binnen een instelling vroeger een uitvoerende functie hebben gehad, hoe lager het verzuim. Ook het opleidingsniveau van leidinggevers kan hierin een rol spelen. Naarmate het percentage leidinggevers van MBO-niveau in een instelling groter is, is het verzuim lager. Daarvoor zouden verschillende verklaringen mogelijk zijn; één daarvan is gelegen in het geringere verschil in opleidingsniveau tussen (meestal ongediplomeerde) uitvoerenden en MBO-leidinggevers dan tussen uitvoerenden en HBO-leidinggevers, hetgeen mogelijk tot een geringere sociale afstand leidt. Opmerkelijk is dat de invloed van zowel mobiliteit als percentage MBO-leidinggevers blijkt te lopen *via* instellingsgrootte en urbanisatiegraad, m.a.w. het hoge verzuim in grote instellingen / in grote steden is mede toe te schrijven aan de geringere mobiliteit en het geringere percentage MBO-leidinggevers.

Een praktisch punt dat in het organisatie-onderzoek naar voren komt, is de *bereikbaarheid* van leidinggevers. Doorgaans beginnen de leidinggevers de werkdag met een spreekuur, waar zij ook voor uitvoerenden te bereiken zijn; de meesten gaan vervolgens huisbezoeken afleggen, waardoor zij dan vaak moeilijk bereikbaar zijn. Het feit dat uitvoerenden, wanneer er in de loop van de werkdag acute problemen ontstaan, niet direct bij de leiding terecht kan voor (telefonisch) advies wordt vaak als hinderlijk ervaren en versterkt het toch reeds aanwezige gevoel dat men er "helemaal alleen voor staat".

7.1.3 Sociale ondersteuning door collega's

Sociale ondersteuning door *collega's* kan in beginsel eveneens de belastbaarheid vergroten. In de gezinsverzorging is deze vorm van ondersteuning momenteel echter gering, ook in vergelijking tot de normgroep dienstverlenende functies van de VOS-D. Dit betekent niet dat de verstandhouding tussen collega's slecht zou zijn - het probleem is eerder dat

deze verstandhouding veelal *afwezig* is. Een relatief groot aantal respondenten binnen de werknemers-enquête vulde de vragen m.b.t. omgang met collega's niet eens in. Bij degenen die de vragen wel beantwoordden, vinden we nauwelijks samenhang tussen de mate van steun van collega's en indicatoren van de gezondheid - terwijl de steun van leidinggevendenden, zoals we zojuist aangaven, op diezelfde punten wel van invloed is. Voor vele uitvoerenden in de gezinsverzorging zijn "collega's" blijkbaar een weinig zichtbare categorie, als gevolg van de solitaire werkwijze.

Dit is echter geen vanzelfsprekendheid. Onderling contact kan wel gestimuleerd worden, en het blijkt dat zulke onderlinge contacten - zowel in formele als meer informele zin - effecten hebben.

Deskundigheidsbevordering is één van de wegen daartoe. In de werknemers-enquête wordt een sterke samenhang gevonden tussen deelname aan deskundigheidsbevordering en de contactfrequentie met leidinggevendenden en collega's, hetgeen ook samengaat met meer sociale ondersteuning door zowel leiding als collega's.

Het belang van onderling contact blijkt ook uit de instellingen-enquête: naarmate binnen een instelling meer sprake is van informele personeels-bijeenkomsten, is het ziekteverzuim lager. Dit effect komt langs twee wegen tot stand. Enerzijds via de instellingsgrootte en urbanisatiegraad - het effect van deze kenmerken op verzuim is mede toe te schrijven aan de mate van informele activiteiten -, anderzijds ook direct, buiten grootte en urbanisatie om.

Voorts blijkt het ziekteverzuim van instellingen lager naarmate de instelling meer belang hecht aan het "kunnen werken in teamverband" als criterium voor personeelsselectie. Zowel dit gegeven als de rol van informele bijeenkomsten verwijzen naar de "sociale cohesie" binnen een instelling. Naarmate instellingen meer oog hebben voor stimulering daarvan blijkt het verzuim lager.

Overigens geldt ook hier dat de "sociale cohesie" niet alleen van invloed is op de belastbaarheid, maar ook de hervattingsdrempel kan verlagen. Dit komt in hoofdstuk 9 aan de orde.

7.1.4 Materiële ondersteuning

De diagnose-gegevens, waaruit blijkt dat vele ziektegevallen in de gezinsverzorging voortkomen uit klachten van het bewegingsapparaat, wijzen op het belang van de fysieke werkomstandigheden. Over de ergonomische kwaliteit van cliënt-huishoudens lijken geen systematische gegevens te bestaan, wel leeft bij velen de indruk dat hieraan nogal eens iets short. Het gegeven dat de meeste ongevallen in Nederland plaatsvinden binnen huishoudens, geeft daarbij te denken. In ieder geval is duidelijk dat op "professionele" werkplekken (bijv. intramurale sector) makkelijker invloed is uit te oefenen op ergonomische aspecten (inrichting van de werkplek, werkhoogtes, lengte van stofzuiger-stangen e.d.).

Bovendien bestaat de indruk dat de voorzieningen van cliënt-huishoudens vaak op een lager niveau liggen dan het gemiddelde huishouden. In veel gevallen gaat het immers om bejaarde en/of minder draagkrachtige cliënten.

Voor zover wij van informanten vernamen bestaat er vanuit instellingen geen duidelijk zicht op, noch beleid ten aanzien van materiële voorzieningen. Volgens sommigen wordt er bij de intake wel op gelet, maar wat gedaan wordt met eventuele geconstateerde gebreken werd niet duidelijk. Slechts sporadisch lijken echt gevaarlijke situaties voor te komen (bijv. ongeaarde elektrische apparatuur in natte ruimten), waarbij men de cliënt moet dwingen tot reparatie. Vaker genoemd werden voorbeelden waarbij uitvoerenden zelf vervangende apparatuur meenemen (bijv. eigen stofzuiger meenemen naar cliënt) of veilig werkmateriaal lenen (bijv. een stabiele

trap bij de burelen lenen). Ondersteuning in materiële zin vanuit de instelling ontbreekt dus over het algemeen.

Ook in het organisatie-onderzoek kwamen soms de materiële faciliteiten aan de orde. Daarbij is enkele malen gerefereerd aan de maaltijdvoorziening. In sommige werkgebieden kan een beroep worden gedaan op externe voorzieningen (tafeltje-dek-je e.d.), in andere gebieden ontbreken zulke faciliteiten, zodat maaltijdbereiding vaker tot de taken van de gezinsverzorging behoort.

Het algemene beeld dat hieruit naar voren komt is dat de gezinsverzorging in feite geen materiële ondersteuning kent en hooguit kan terugvalen op andere voorzieningen die reeds in de regio bestaan. Dit is een belangrijk verschil met andere sectoren, waar de voorzieningen binnen het bedrijf zelf aanwezig zijn (intramurale sector), dan wel bepaalde eisen aan cliënt-huishoudens worden gesteld (kraamverzorging). Mede gezien het afwijkend diagnose-patroon in de gezinsverzorging moet dit aspect van belang geacht worden voor het ziekteverzuim.

In dit kader wijzen wij op de regels die de Arbeidsomstandighedenwet stelt t.a.v. de werkplek. Een bijzonder kenmerk van de gezinsverzorging is, dat de werkplek hier buiten de muren van het "bedrijf" ligt, waardoor dat bedrijf ook weinig grip heeft op de inrichting ervan. Hoewel ook de gezinsverzorging onder de bepalingen van de Arbowet valt (en instellingen dus mede verantwoordelijk zijn voor de werkplek van werknemers), maakt de externe ligging van de werkplek het voor instellingen moeilijk om juridische aansprakelijkheid voor die werkplek waar te maken. Voorzover deze aansprakelijkheid niet in praktijk wordt gebracht, zou de implicatie daarvan echter zijn dat de gezinsverzorging in feite goeddeels buiten de werkingssfeer van de Arbo-wet zou vallen.

7.2 Werving, selectie en introductie van nieuw personeel

Behalve door maatregelen t.a.v. zittend personeel kan de belastbaarheid van het personeelsbestand als totaal ook beïnvloed worden door de instroom van nieuw personeel. Naarmate die instroom uit meer belastbare personen bestaat, zal de belastbaarheid van het personeelsbestand hoger zijn. Een aantal aspecten hiervan wordt nu besproken.

7.2.1 Aanstellingskeuringen

Een voor de hand liggende factor is de medische keuring bij aanstelling. Men mag aannemen dat naarmate een groter deel van het personeel een keuring ondergaat, en de betrokken arts een beter inzicht heeft in de eisen die het werk in de gezinsverzorging stelt, de belastbaarheid van nieuw personeel beter gewaarborgd is.

Uit de instellingen-enquête blijkt dat deze aspecten geen verklaring vormen voor de verschillen in verzuim tussen instellingen. Vrijwel iedere instelling laat de keuringen verrichten door een of enkele *specifieke* artsen, met wie overlegd kan worden over de keuringseisen. Verder laten veruit de meeste instellingen *alle* nieuwe personeelsleden medisch keuren. De instellingen die dit niet doen, hebben overigens juist een lager verzuim dan gemiddeld. Dit laatste lijkt een gevolg van het feit dat instellingen die hun ziekteverzuim als problematisch ervaren, als een van de eerste maatregelen grijpen naar een meer stringente keuring.

Of de verrichte keuringen ook adequaat zijn, d.w.z. toegespitst op de eisen die de werksoort stelt, is in dit onderzoek niet te beoordelen. Wij moeten er echter op wijzen dat zelfs volstrekt adequate keuringen geen garantie bieden voor lager verzuim. Ten eerste is de *predictieve* waarde van keuringen beperkt. Het is medisch nauwelijks te voorspellen of iemand die mo-

menteel gezond van lijf en leden is, op een termijn van jaren al dan niet bepaalde klachten zal ontwikkelen. Ten tweede heeft invoering van meer stringente keuring slechts een traag effect. Het personeelsverloop in de gezinsverzorging is niet bijzonder hoog, en de doorstroming van personeel lijkt zich ook goeddeels te beperken tot een bepaald segment van het bestand: het meeste verloop (uitgezonderd verloop via de WAO) doet zich voor in de eerste één à twee jaar van het dienstverband. Men moet er dus van uit gaan dat een groot deel van het personeelsbestand nog vele jaren werkzaam zal blijven in de gezinsverzorging. Dit betekent overigens dat van *alle* factoren die in deze paragraaf aan de orde komen, de eventuele invloed zich pas langzaam manifesteert.

7.2.2 Omvang en aard van het personeelsaanbod

Adequate selectie van personeel is pas mogelijk als er ook voldoende aanbod is om uit te selecteren. Daardoor zal in het algemeen het ziekteverzuim hoger zijn naarmate het personeelsaanbod geringer is.

Inderdaad werd in de instellingen-enquête een samenhang gevonden tussen problemen met het personeelsaanbod en ziekteverzuim. Daarbij blijken problemen met de *kwaliteit* van het aanbod (bijv. deskundigheid, vooropleiding) van groter belang dan die met de kwantiteit. Dit is in overeenstemming met de bevinding dat het ziekteverzuim lager is naarmate het percentage gediplomeerd personeel hoger is. Een laag percentage gediplomeerden hoeft niet een gevolg te zijn van het personeelsbeleid (hoewel dat eveneens het geval kan zijn), maar kan ook duiden op een gebrek aan aanbod van gediplomeerd personeel. Opmerkelijk is verder dat instellingen die de kwaliteit van het aanbod te gering achten, meer belang hechten aan het selectiecriterium "bereidheid tot het volgen van cursussen" door helpenden. Kennelijk poogt men een gebrek aan gediplomeerd aanbod te compenseren door interne cursussen. In 7.1 werd echter al genoemd dat interne deskundigheidsbevordering niet het gunstige effect op verzuim heeft dat een vooropleiding wel lijkt te hebben.

Voorts is de aard van het personeelsaanbod afhankelijk van de regionale sociale structuur. Instellingen in werkgebieden met een zwakkere sociale structuur zullen ook hun personeel recruterende uit gemiddeld zwakkere groepen, waarvan de gezondheidstoestand gemiddeld wat slechter is (zie over dit laatste bijvoorbeeld het rapport "De ongelijke verdeling van de gezondheid", WRR 1987). Ook hiervoor zijn in de instellingen-enquête aanwijzingen gevonden. Wanneer men de ontvangen retributie-inkomsten t.o.v. de loonsom van uitvoerenden beschouwt als indicator van de welstand van het werkgebied, blijkt inderdaad dat het verzuim lager is naarmate de welstand hoger is. Deze factor is overigens nauw verbonden met de factoren urbanisatie en grootte; het effect van laatstgenoemde factoren kan mede worden toegeschreven aan hun samenhang met de welstand van het werkgebied.

7.2.3 Selectiecriteria

In de instellingen-enquête werd gevraagd, het belang aan te geven dat men hecht aan verschillende criteria bij personeelsselectie. Slechts weinige van deze criteria vertonen een samenhang met het verzuim. Het duidelijkste effect is dat van het criterium "in teamverband kunnen werken". Dit kan worden gezien als een teken dat instellingen die groot belang hechten aan sociale cohesie onder het personeel, een lager verzuim hebben. In 7.1 is daarop reeds ingegaan.

De door ons onderzochte selectieprocedures (i.c. de vraag, welke functionarissen gewoonlijk bij sollicitatiegesprekken aanwezig zijn) vertoonden geen van alle een samenhang met het instellingsverzuim.

In het organisatie-onderzoek werd er enige malen op gewezen dat naast selectie een goede *voorlichting* van aspirant-werknemers waardevol is. Volgens een aantal betrokkenen zijn er vrij veel sollicitanten die een verkeerd beeld hebben van het werk, en daardoor de neiging hebben om al weer spoedig "af te haken".

7.2.4 Inwerk- c.q. proefperiode

In het organisatie-onderzoek werd een (laag-verzuimende) instelling aangetroffen waar bijzondere aandacht werd besteed aan de proefperiode, welke tevens als selectieperiode werd gehanteerd. Iedere nieuwkomer doorloopt daarbij een systematisch "programma" van verschillende typen gezinnen en ontvangt daarbij intensieve begeleiding; aan het slot van de periode volgt een evaluatie. Deze variant is van belang omdat daarmee een aantal effecten kan worden bereikt: het (tweede) selectiemoment wordt verlegd naar een moment waarop het feitelijk functioneren van betrokkene beter kan worden beoordeeld; de periode kan worden gezien als een vorm van praktische voorlichting over de aard van het werk; en deze doet tevens dienst als een praktische "cursus".

7.3 Resumé

In dit hoofdstuk is een aantal factoren besproken die de belastbaarheid van personeel kunnen beïnvloeden en langs die weg effect kunnen hebben op het ziekteverzuim.

Opleiding en deskundigheidsbevordering kunnen de belastbaarheid verhogen. In de gezinsverzorging lijkt (externe) vooropleiding van grotere invloed op het verzuim dan (interne) deskundigheidsbevordering. Van belang lijkt vooral de vraag of instellingen systematisch, periodiek en voor alle personeelsleden deskundigheidsbevordering organiseren.

De sociale ondersteuning door de leidinggevende is over het algemeen hoog. Deze lijkt vooral goed wanneer er continuïteit is in de relatie leiding-uitvoerenden, wanneer de sociale afstand niet te groot is en de bereikbaarheid van de leidinggevers goed is.

Sociale ondersteuning door collega's in het dagelijks werk is vrijwel niet aanwezig. Informele contacten buiten het dagelijks werk kunnen wel de belastbaarheid verhogen.

De materiële ondersteuning is over het algemeen gering. Aan cliënt-huishoudens worden weinig eisen gesteld qua veiligheid en uitrusting.

Adequate werving, selectie en introductie van nieuw personeel kan de belastbaarheid van het personeelsbestand als totaal vergroten. Aanstellingskeuringen kunnen daarbij een kleine rol spelen.

Daar waar het personeelsaanbod gering is, valt ook weinig te selecteren; instellingen met een gebrekkig personeelsaanbod hebben daardoor een hoger verzuim.

Instellingen die bij de selectie nadruk leggen op het in teamverband kunnen werken, hebben een lager verzuim, vermoedelijk omdat binnen deze instellingen een sterkere sociale cohesie bestaat.

Goede voorlichting van nieuw personeel en een systematische inwerk- c.q. proefperiode kan een verzuimbeperkend effect hebben.

8 DE VERZUIMDREMPEL

De verzuimdrempel - d.w.z. de mate waarin men gezondheidsklachten heeft voordat men zich ziek meldt - wordt over het algemeen vooral van belang geacht voor de *verzuimfrequentie*. Bij een lage verzuimdrempel zouden meer, vooral kortstondige, verzuimgevallen optreden. Is de verzuimdrempel hoog, dan zullen velen ondanks gezondheidsklachten ziek doorwerken, met als gevolg een lage verzuimfrequentie. Wanneer dit ertoe leidt dat men geen 'hersteltijd' in acht neemt, kunnen de klachten verergeren, zodat uiteindelijk meer langdurig verzuim optreedt.

Op grond van deze uitgangspunten kunnen reeds enkele conclusies worden getrokken over de verzuimdrempel in de gezinsverzorging. De verzuimfrequentie is, zo bleek uit de vergelijkende analyses, niet opvallend hoog (hoewel ook niet lager dan in andere sectoren). Meer dan de helft van de uitvoerenden gaf in de werknemers-enquête aan, in de voorafgaande 6 maanden wel eens te zijn gaan werken terwijl men zich daar eigenlijk te ziek voor voelde. Het verzuim van deze groep is hoger dan gemiddeld.

Deze gegevens duiden erop dat de verzuimdrempel in de gezinsverzorging gemiddeld genomen niet lager is dan elders. Wij vermelden dit welbewust aan het begin van dit hoofdstuk, aangezien in het veld nogal eens andere gedachten leven. Dat kan twee negatieve consequenties hebben. Ten eerste wordt ziekteverzuim daardoor al snel een onbespreekbaar probleem: er hangt dan een aura van frauduleus gedrag omheen waarover men liever niet spreekt, hetgeen de oplossing van dat probleem niet ten goede komt. Ten tweede voert deze gedachte soms tot beleidsmaatregelen die zich richten op het (verder) verhogen van de verzuimdrempel. Indien dat geschiedt vanuit een situatie waarin de drempel niet laag was, is er een reële kans dat uiteindelijk het verzuimvolume stijgt: meer mensen zullen dan ziek doorwerken, eventueel tot schade van hun eigen gezondheid.

Aan de verzuimdrempel zijn twee aspecten te onderscheiden. De *verzuimgelegenheid* betreft de vrijheid die men voelt om zich al dan niet ziek te melden. De *verzuimbehoefte* betreft de neiging om van die vrijheid ook gebruik te maken, en verwijst o.a. naar de binding met het werk: hoe hoger deze binding, hoe minder neiging men zal hebben zich ziek te melden ook wanneer daartoe aanleiding en gelegenheid bestaat. Deze twee aspecten worden nu achtereenvolgens behandeld.

8.1 Verzuimgelegenheid

8.1.1 Controle op ziekmeldingen

De controle-systematiek van de BVG is een zeer "liberale": in het merendeel van de gevallen volgt niet binnen enkele weken controle door een rapporteur ziektewet of een verzekeringsgeneeskundige. In dit opzicht is de verzuimgelegenheid groot. De statistische analyses wijzen er echter direct op, dat hierin niet de oorzaak kan liggen van het hoge verzuim in de gezinsverzorging. Andere werksoorten binnen de BVG - die per definitie dezelfde controle-systematiek kennen - hebben een lager ziekteverzuim. Verder wijkt de verzuimfrequentie in de BVG-sector als totaal niet ongunstig af van die in andere sectoren.

Binnen veruit de meeste instellingen is het bekend dat er spoedcontroles c.q. selectieve controles kunnen worden aangevraagd. De mate waarin men daarvan gebruik maakt heeft echter geen verlagend effect op het ziekteverzuim. Integendeel, instellingen die vaker spoedcontroles aanvragen hebben juist een hoger verzuim (zowel qua frequentie als qua verzuimpercentage). De volgorde van oorzaak en gevolg is daarbij onduidelijk. Het is zeer wel denkbaar dat instellingen meer spoedcontroles aanvragen *omdat* zij kampen met hoog verzuim.

Over de controle-systematiek is op grond van dit onderzoek meer op te merken. Ruim 80 % van de instellingen acht het moment van eerste controle te laat; de voorkeur gaat uit naar eerste controle binnen of direct na de eerste ziekteweek. Verder lijken ook de werknemers vaak niet negatief te oordelen over snelle controle. Pas na eerste controle, zo is vaak de gedachtengang, is ziekteverzuim "gelegitimeerd"; voor dat moment zou ieder verzuimgeval in beginsel frauduleus kunnen zijn.

Langs deze wegen kan de controle-systematiek indirecte effecten op het verzuim hebben. Instellingen kunnen geneigd zijn een hoog verzuim toe te schrijven aan de liberale controle. Onder uitvoerenden kan het beeld postvatten dat verzuim vaak "zwart" of althans "grijs" is zolang er geen controle heeft plaatsgevonden, hetgeen de bespreekbaarheid van het probleem bemoeilijkt.

In het organisatie-onderzoek troffen wij een instelling waar pogingen tot verzuimbeleid waren gedaan o.a. door meer stringente controle. Het effect daarvan is vermeldenswaard. Tegen de verwachting in werden er vrijwel geen gevallen van "zwart" verzuim gevonden. Als gevolg daarvan werd het ziekteverzuim een bespreekbaar onderwerp binnen de instelling, wat het tot dan toe niet was.

8.1.2 Procedure van ziekmelding

De wijze waarop een ziekmelding moet worden doorgegeven, en met name de anonimiteit waarmee dat gebeurt, kan van invloed zijn op de verzuimgelegenheid. Geschiedt zo'n melding meer anoniem (bijv. bij een centrale administratie), dan is de gelegenheid wellicht ruimer dan wanneer men zich bij een 'bekende' moet melden.

In de meeste instellingen, zo blijkt uit de instellingen-enquête, is het regel dat uitvoerenden zich ziekmelden bij de eigen leidinggevende. De weinige instellingen waar dat niet het geval is, hebben geen afwijkend verzuimpatroon.

Bij ongeveer een op de drie instellingen dient de uitvoerende zich (tevens) zelf ziek te melden bij de *cliënt*. Deze instellingen blijken een significant lagere verzuimfrequentie te hebben. Daaruit mag worden afgeleid dat ziekmelding bij de cliënt (met wie velen immers een sterke binding hebben) tot een hogere verzuimdrempel leidt. Opmerkelijk is dat in de betreffende instellingen het verzuimpercentage niet lager is dan elders. Dit houdt in dat deze instellingen weliswaar minder verzuimgevallen hebben, maar dat de resterende gevallen gemiddeld van langere duur zijn, zodat het netto effect op het verzuimvolume ongeveer nihil is. Dit illustreert het verschijnsel dat reeds in de inleiding van dit hoofdstuk werd gesignaleerd: een hoge verzuimdrempel leidt vaak wel tot een ander verzuimpatroon (minder korte, meer lange gevallen) maar lang niet altijd tot een lager verzuimvolume.

Overigens is de procedure van ziekmelding naar onze indruk wel degelijk van belang ook voor het verzuimvolume, maar dan niet door de verzuimdrempel, maar door de kansen die systematische registratie van meldingen biedt tot verzuimbeleid door de organisatie. Daarop wordt in hoofdstuk 10 teruggekomen.

8.1.3 Vervanging bij ziekte

Ook de wijze waarop wordt voorzien in de vervanging van zieken kan van invloed zijn op de verzuimdrempel. Het is denkbaar dat indien er geen (directe) vervanging wordt geregeld of althans de hulp aan cliënt(en) wordt verminderd, de uitvoerende zichzelf meer als onmisbaar zal beschouwen en de ziekmelding zo lang mogelijk uitstelt. Ook is het denkbaar dat indien het vooral de eigen collega's zijn die onverwacht moeten inspringen, men een hogere verzuimdrempel zal ervaren dan wanneer anonieme derden voor vervanging zorgen.

Blijkens de instellingen-enquête is geen van deze veronderstellingen correct. De mate waarin vervanging plaatsvindt, heeft geen samenhang met het verzuim (noch wat betreft frequentie, noch wat betreft verzuimpercentage). De mate waarin vervanging geschiedt door collega's zonder uitbreiding van contract (derhalve via overuren) hangt enigszins *positief* met de verzuimfrequentie samen, wat juist niet op een hogere verzuimdrempel duidt. De mate waarin, reeds in de eerste ziekteweek, wordt vervangen door collega's met uitbreiding van contract gaat juist samen met een *lagere* verzuimfrequentie. Contractuitbreiding op zo korte termijn kan nauwelijks anders dan via een zekere flexibiliteit in de contracten (bijv. min-max-contracten). Aangezien een meerderheid van de instellingen aangeeft dat soms van deze vervangingsmethode gebruik wordt gemaakt, komt enige flexibiliteit in de contracten blijkbaar geregeld voor.

Slechts zelden doen instellingen een beroep op uitzendkrachten voor vervanging. De weinige instellingen die dit soms doen, hebben wel een hogere verzuimfrequentie en een hoger verzuimpercentage. Het is niet aannemelijk dat de gebruikmaking van uitzendkrachten oorzaak is van hoger verzuim; eerder ligt het omgekeerde voor de hand, nl. dat instellingen pas van deze mogelijkheid gebruik maken wanneer het verzuim zo hoog is dat het eigen personeelsbestand ontoereikend is voor de vervangingsbehoefte.

8.2 Verzuimbehoefte

De verzuimbehoefte betreft de vraag in hoeverre men, voor zover men de gelegenheid om zich ziek te melden aanwezig acht, geneigd is om ook van die gelegenheid gebruik te maken. Naarmate de binding met het werk en/of met de instelling sterker is, zal deze neiging geringer zijn; de verzuimdrempel is dan hoger, wat tot een lagere verzuimfrequentie (en eventueel meer "ziek doorwerken") zou moeten leiden. Aan de binding is weer een reeks aspecten te onderscheiden. Wij gaan hier achtereenvolgens in op de binding aan de cliënt, de sociale binding met collega's, en de aard van de werkmotivatatie (intrinsiek of meer financieel).

8.2.1 Binding met de cliënt

Reeds eerder is erop gewezen dat de binding met de eigen cliënt(en) veruit de sterkste sociale binding is die uitvoerenden in hun dagelijks werk ervaren. Zowel in de werknemers-enquête als in interviews komt dit duidelijk naar voren. In het bijzonder is de binding groot bij (oudere) uitvoerenden in één-client-situaties. Dit verklaart vermoedelijk mede het feit dat onder ouderen de verzuimfrequentie lager is.

Een grote binding kan zich o.a. uiten in meer "onverplicht overwerk" en in ziek doorwerken. Het is echter niet zo dat onverplicht overwerk en ziek doorwerken, via deze grote binding, leiden tot een lager verzuim. Integendeel, beide gaan samen met een *hogere* verzuimfrequentie. Verder gaat ziek doorwerken ook samen met een *hogere* verzuimpercentage. Hoewel daarvoor meerdere verklaringen te geven zijn duidt dit feit ook op het eerder beschreven verschijnsel dat (te lang) ziek doorwerken uiteinde-

lijk tot verergering van aandoeningen kan leiden, en daardoor tot meer langdurige verzuimgevallen. Van ziek doorwerken wordt dus uiteindelijk niemand beter.

Verder blijkt hier dat een sterke binding met de cliënt verschillende tegenstrijdige effecten heeft. Naast een hoge verzuimdrempel, die in eerste instantie ziekmeldingen kan voorkómen, leidt deze binding soms ook tot meer "onverplicht overwerk" en ziek doorwerken, wat op termijn een hoger verzuim meebrengt. Al met al is een zeer sterke cliëntbinding op den duur eerder ongunstig dan gunstig voor het verzuim.

Ziek doorwerken leidt vaak niet tot voorkoming, maar tot verschuiving van ziekmeldingen. Sommige uitvoerenden, zo bleek in interviews, zijn geneigd om door te werken totdat een bepaalde cliënt-situatie beëindigd is; zij schorten a.h.w. hun ziekmelding op. Dat dit o.a. te maken heeft met de binding met cliënten is ook statistisch aannemelijk te maken. Bij een aantal instellingen in het bestand ZVIS 1986 was (via afdelingscodes) onderscheid te maken tussen afdelingen voor langdurige en tijdelijke hulpverlening. In de langdurige hulpverlening bleek een lagere verzuimfrequentie te bestaan, maar een minstens even hoog verzuimpercentage. Dit kan mede duiden op het uitstel van ziekmeldingen, waardoor het verzuimpatroon enigszins parallel komt te liggen met het hulpverleningspatroon: in tijdelijke hulpverlening frequenter maar korter verzuim, in langdurige hulpverlening minder frequent maar langduriger verzuim.

Hoezeer een "uitstel" van ziekmelding tot misverstanden kan leiden bleek in een der interviews met langdurig zieken. Een uitvoerende kreeg last van rugklachten, maar wist dat haar cliënt over enkele maanden zou worden opgenomen in een verpleeghuis. Om deze cliënt niet in de steek te laten werkte zij ondanks de klachten door. Nadat de cliënt inderdaad was opgenomen, meldde de betrokken werkneemster zich volgens plan, en naar wij kunnen beoordelen terecht, ziek. Gevolg was echter dat de leidinggevende deze ziekmelding niet serieus nam: het was immers te "toevallig" dat iemand juist op zo'n moment ziek zou worden. Opmerkelijk aan dit geval is o.i. dat de betrokken leidinggevende kennelijk niet op de hoogte is geweest van de reeds langdurige gezondheidsklachten van de uitvoerende, en dat verzuim mede hierdoor kennelijk al snel in de verdachte hoek werd geplaatst.

8.2.2. Binding met collega's

In veel onderzoek naar ziekteverzuim wordt een grote rol toegedacht aan de binding met collega's als element van de verzuimdrempel. Binnen de gezinsverzorging blijkt deze binding echter nauwelijks van belang voor de *verzuimfrequentie*.

Eerder in dit rapport zagen wij reeds dat "collega's" in de werkbeleving van veel uitvoerenden een ver verwijderde, schijnbaar weinig relevante categorie vormen. Dat geldt ook voor de (geringe) binding met collega's als element van de verzuimdrempel. De mate van ervaren steun van collega's - die gemiddeld gering is - en de contactfrequentie met collega's heeft bij de werknemers-enquête geen enkele samenhang met het verzuim.

In de instellingen-enquête wordt een soortgelijk resultaat gevonden. De mate van informele activiteiten onder het personeel vertoont geen verband met de verzuimfrequentie van instellingen. Echter, deze informele activiteiten gaan wel duidelijk samen met een lager *verzuimpercentage*.

De conclusie hieruit is dat de verzuimdrempel reeds zodanig wordt gedomineerd door de binding met de cliënt, dat een eventuele binding met collega's daaraan niets meer toevoegt. Is er echter eenmaal een verzuimgeval, dan is contact/binding met collega's wel van invloed op de duur van het verzuim: hoe sterker de sociale cohesie binnen de instelling, hoe korter

gemiddeld het verzuim. In hoofdstuk 9 wordt op deze materie nader ingegaan.

Voor de binding met de leidinggevende geldt een zelfde redenering. De mate van steun die men van de eigen leidinggevende ervaart en de contactfrequentie met de leidinggevende gaan niet samen met een lagere frequentie van verzuim. Voor wat betreft de contactfrequentie is eerder het tegendeel het geval, maar hier liggen oorzaak en gevolg vermoedelijk omgekeerd: het verzuim is vaak een aanleiding tot (extra) contacten.

8.2.3 Aard van de werkmotivatie

In het algemeen wordt aangenomen dat een intrinsieke werkmotivatie een sterkere binding met het werk meebrengt dan een instrumentele c.q. financiële motivatie, en derhalve een hogere verzuimdrempel met zich brengt.

In de werknemers-enquête is uitgebreid gevraagd naar de aard van de werkmotivatie. Daarbij blijkt, wat betreft de motivatie om buitenshuis te werken *in het algemeen*, de intrinsieke motivatie ("me nuttig maken", "onder de mensen komen", "niet alleen maar thuis te zitten") gemiddeld een veel groter rol te spelen dan de financiële motivatie. Naarmate de intrinsieke motivatie sterker is, is de verzuimfrequentie lager; een sterkere financiële motivatie gaat samen met een hogere frequentie. Dit alles wijst inderdaad op het belang van de motivatie voor de verzuimdrempel.

Voorts is gevraagd naar de reden waarom men speciaal *in de gezinsverzorging* is gaan werken. Blijkens factor-analyse zijn daarbij drie complexen van motieven te onderscheiden:

- opnieuw het *intrinsieke* motief: "fijn en dankbaar werk", "had altijd al verzorgend werk willen doen"; dit motief komt het meest voor;
- een *gelegenheids*-motief: "daar kon ik parttime werken", "daar was toevallig een vacature";
- een *vergelijkend* motief: "andere banen waren minder leuk", "daar kon ik beter verdienen". Deze 'vergelijkende' motieven komen slechts zeer zelden voor. Het "beter kunnen verdienen" kan zich overigens alleen bij jeugdigen voordoen (waar de CAO-lonen gunstig afsteken bij de minimum-jeugdlonen). Voor zover 'vergelijkende' motieven genoemd worden blijkt dit wel met een duidelijk hogere verzuimfrequentie gepaard te gaan.

Al met al blijkt de soort werkmotivatie inderdaad van belang voor de verzuimdrempel: wanneer men vooral werkt omdat het werk zelf aantrekkelijk gevonden wordt (en dat is voor de meesten het geval), is het verzuim lager dan wanneer financiële overwegingen een belangrijker rol spelen.

8.3 Resumé

De verzuimdrempel is in de gezinsverzorging niet lager dan elders, blijkens het feit dat de frequentie van (kort) verzuim niet afwijkt van andere sectoren. Ook het feit dat "ziek doorwerken" vaak voorkomt duidt op een gemiddeld hoge verzuimdrempel.

Met name de sterke binding met de cliënt schept een hoge verzuimdrempel, maar kan ook leiden tot "ziek doorwerken" en het doen van onverplicht overwerk - twee zaken die op den duur het verzuimrisico verhogen.

De binding met de collega's (welke over het algemeen zwak is) en met de leidinggevende voegt in de huidige praktijk niets extra's toe aan de verzuimdrempel die reeds door de relatie uitvoerende-client wordt gevormd. De verzuimdrempel is wel lager naarmate de werkmotivatie minder werk-

inhoudelijk en meer financieel van aard is, hetgeen goed te rijmen is met het voorgaande.

Bij instellingen waar men zich, behalve bij de eigen leidinggevende, ook bij de eigen cliënt(en) ziek moet melden is de verzuimdrempel hoger; dit resulteert in een lagere verzuimfrequentie, maar niet in een lager verzuimpercentage en heeft derhalve een verzuimduur-verlengend effect.

De mate en wijze van vervanging bij ziekte lijkt voor de verzuimdrempel niet van groot belang. Wel blijkt de verzuimfrequentie lager wanneer vervanging plaatsvindt met uitbreiding van contracten (hetgeen duidt op gebruikmaking van flexibele contracten), wellicht doordat dit tot minder (onverwachte) overbelasting en irritatie bij collega's leidt dan vervanging bijv. via overuren.

De liberale controle-systematiek van de BVG is voor de verzuimdrempel niet van merkbaar belang. Wel leeft in het veld - bij instellingen, maar ook bij vele uitvoerenden - de wens tot snellere eerste controle. Hoewel dit niet direct zou leiden tot lager verzuim is een indirect effect denkbaar: verzuim wordt meer als legitiem gezien en daardoor bespreekbaar, wat een noodzakelijke voorwaarde voor effectief beleid is.

9 DE HERVATTINGSDREMPEL

In de voorgaande drie hoofdstukken is vooral de vraag aan de orde gekomen waarom uitvoerenden in de gezinsverzorging ziek worden c.q. zich ziek melden. Het ging daarbij dus om omstandigheden en factoren die het ontstaan van een verzuimgeval kunnen verklaren.

In hoofdstuk 5 werd geconstateerd dat het hoge verzuim in de gezinsverzorging vooral wordt veroorzaakt door de gemiddeld zeer lange duur van verzuimgevallen (niet zelden een heel Ziektewet-jaar), en niet zozeer doordat er in deze sector meer ziektegevallen zijn dan elders. In het kader van verzuimbesteding kan dan ook niet volstaan worden met de vraag: "Waarom worden mensen ziek?", al is die vraag voor preventief beleid zeker relevant. Even belangrijk is echter de vraag: "Waarom worden de zieken niet (eerder) beter?" Beperking van de verzuimduur, c.q. (vroegtijdige) reintegratie van langdurig zieken, zou - juist gezien de lange ziekteduren in de gezinsverzorging - een effectief middel tot verzuimbeleid kunnen zijn. Bovendien is langs deze weg soms vrij snel resultaat te boeken, terwijl andersoortige (preventieve) maatregelen, hoezeer ook van belang, hun effect vaak pas op middellange termijn openbaren.

Uiteraard wordt de verzuimduur voor een belangrijk deel bepaald door de aard van de aandoening. Daarnaast kunnen echter vele andere factoren een rol spelen bij de werkhervatting. Deze factoren vatten wij, analoog aan de term "verzuimdrempel", samen onder de noemer "hervattingsdrempel". In dit hoofdstuk wordt een aantal elementen van deze hervattingsdrempel besproken. Achtereenvolgens komen aan de orde: kenmerken van het werk, organisatie-aspecten en de rol van de BVG terzake van werkhervatting.

9.1 De aard van het werk

Bepaalde elementen van de werkbelasting en -planning die soms een rol spelen in het ontstaan van een verzuimgeval, zijn tevens van belang voor de hervattingsdrempel.

9.1.1 Fysieke en integrale belasting

Het vele huishoudelijke werk in de gezinsverzorging, samen met het feit dat de uitvoerende al het werk alleen aan moet kunnen, verhoogt de hervattingsdrempel. Met name personen die beperkingen in het bewegingsapparaat hebben zijn vrijwel niet inzetbaar: men moet in staat zijn om weer alle voorkomende werkzaamheden te verrichten binnen cliënt-huishoudens. Derhalve moeten de gezondheidsklachten (vrijwel) geheel verdwenen zijn vooraleer men weer aan het werk kan; zo niet, dan is de kans op hernieuwde uitval groot. Om deze reden ook zijn veel leidinggevers huiverig om uitvoerenden te vroeg weer in te zetten, hetgeen soms tot wrijvingen met verzekeringsartsen leidt.

Dit feit is mede gevolg van de solitaire werkwijze. Waar men in vele andere beroepen aan collega's kan vragen om deeltaken over te nemen die men zelf (nog) niet kan verrichten, heeft de uitvoerende in de gezinsverzorging geen collega bij de hand. De enige die wel in de buurt is, is de cliënt - en deze zal de deeltaak vrijwel per definitie niet kunnen verrichten om de

eenvoudige reden dat die taak niet geïndiceerd zou zijn als cliënt deze zelf aan zou kunnen. De enige manier om aan dit mechanisme te ontkomen zou zijn, meerdere uitvoerenden op bepaalde cliënt-huishoudens in te zetten (bijv. in de vorm van duo-banen), zodat onderlinge taakverdeling mogelijk wordt.

Voorts impliceert dit alles dat naarmate een instelling scherpere indicatie c.q. selectie van cliënten toepast, de werkhervatting gemiddeld moeilijker zal zijn. Immers, men zal voorrang geven aan de zwaarste taken c.q. aan de meest hulpbehoevende cliënten. Het feit bij dat instellingen die een wachtlijst van cliënten hebben een hoger verzuim wordt gevonden (instellingen-enquête), is mede aan dit mechanisme toe te schrijven.

9.1.2 (Gebrek aan) lichtere cliënt-situaties

Bovengenoemd probleem zou deels omzeild kunnen worden als, tegen het einde van een ziektegeval, uitvoerenden voorlopig weer in lichtere cliënt-situaties het werk kunnen hervatten. Een kleine meerderheid van instellingen geeft in de enquête te kennen dat zo'n "lichtere" hervatting soms voorkomt.

In het organisatie-onderzoek wordt echter vaak als probleem genoemd dat "lichtere" cliënten nauwelijks meer bestaan. Naarmate de budgetten krapper zijn geworden ten opzichte van de (toenemende) hulpvraag zou er doorgaans alleen nog sprake zijn van zeer zware en gemiddeld zware cliënten. Lichtere cliënten vallen reeds bij de indicatie-stelling af, of staan op wachtlijsten. Dit verschijnsel maakt "lichtere" werkhervatting uiteraard moeilijk.

Daaraan kan worden toegevoegd dat een enkele instelling in het organisatie-onderzoek zich ook *principiële* verzet tegen lichtere werkhervatting, onder andere omdat op deze wijze de (nog-)niet-zieken voortdurend met de zwaarste cliënten belast zouden worden en op den duur een hoger ziekterisico lopen. Hier ligt een dilemma tussen preventief beleid (voor iedereen zwaardere en lichtere cliënten afwisselen) en reïntegratie-beleid (lichtere cliënten reserveren voor werkhervatters). De uitleg van het bovengenoemd beleid richting uitvoerenden blijkt overigens niet altijd te slagen. Eén der langdurig zieken uit deze instelling vertelde, bij haar leidinggevende gevraagd te hebben om lichter werk bij werkhervatting, hetgeen - volgens de woorden van de uitvoerende - was geweigerd met de uitspraak: "Of je bent beter, of je bent ziek, een tussenweg is er niet". Dit lijkt geen misverstand te zijn geweest. Betrokkene was op het moment van het interview inmiddels sinds drie weken aan het werk (36 uur per week) en had in die drie weken veertien verschillende cliënten toegewezen gekregen, waaronder enkele zeer zware (terminale patiënten).

9.1.3 Homogeniteit van de werksoort

De mogelijkheden tot werkhervatting in aangepast werk worden tevens beperkt door de homogeniteit van het werk in de gezinsverzorging. Is men ongeschikt voor het uitvoerend huishoudelijk werk, dan is er geen alternatief - bijv. zittend, eventueel administratief - werk binnen de instelling voorhanden.

Zou zulk werk wel beschikbaar zijn, dan doet zich een ander probleem voor. Door de lage scholingsgraad van uitvoerenden zijn zij doorgaans alleen inzetbaar in andere ongeschoolde functies, tenzij een bijscholing plaatsvindt.

De alternatieven zijn dus uiterst beperkt. Dit feit bemoeilijkt niet alleen de reïntegratie binnen het Ziektewet-jaar, maar maakt de gezinsverzorging eveneens moeilijk toegankelijk voor (her)opname van WAO'ers. De

uitvoering van de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) binnen de gezinsverzorging moet dan ook als bijzonder problematisch beoordeeld worden.

9.1.4 Gedeeltelijke werkhervatting

In tegenstelling tot aangepast (lichter) werk is gedeeltelijke werkhervatting binnen de gezinsverzorging een zeer reële mogelijkheid. Men is immers toch al gewend om (kleine) deeltijders in te plannen.

In de instellingen-enquête wordt inderdaad door vrijwel alle instellingen aangegeven dat gedeeltelijke werkhervatting wel eens voorkomt. Dit gegeven wordt bevestigd in alle interviews met de BVG-rayons (VG'en en AMD'en): zij zijn unaniem van mening dat reïntegratie van langdurig zieken binnen de gezinsverzorging, in dit opzicht, goed verloopt.

Bij deze gunstige omstandigheid zijn vanuit het organisatie-onderzoek wel twee kanttekeningen te plaatsen, die overigens slechts op uitzonderingssituaties betrekking hebben.

Ten eerste wordt de bedoeling van gedeeltelijke hervatting kennelijk niet altijd door de instelling begrepen. Enkele langdurig zieken meldden dat zij het werk gedeeltelijk hervatten bij de eigen cliënt, zonder dat de indicatie was gewijzigd of aanvullende hulp was geregeld. Zo moest door een der geïnterviewden eenzelfde takenpakket nu opeens in twee i.p.v. drie dagdelen worden uitgevoerd, hetgeen uiteraard niet als een "gedeeltelijke" werkhervatting werd ervaren.

Ten tweede is in enkele gevallen geconstateerd dat "therapeutische" werkhervatting werd ingezet als regulier werk. Uitvoerenden kregen daarbij hun oude takenpakket terug, maar nu op kosten van de Ziektewet.

Een dergelijke uitbreiding van de personeelsformatie via ziekengelden kan uiteraard niet de bedoeling van de Ziektewet zijn.

9.2 Sociale en organisatie-aspecten

Een aantal elementen van de hervattingsdrempel heeft te maken met sociale en organisatorische aspecten van het werk, waarvan enkele ook reeds in het voorgaande aan de orde zijn gesteld.

9.2.1 (Gebrek aan) sociale binding met de instelling

In hoofdstuk 8 is in het kader van de verzuimdrempel reeds beschreven dat de binding van uitvoerenden met hun werk in hoofdzaak bestaat uit binding met de *cliënt*. Deze binding vormt over het algemeen een hoge verzuimdrempel. Een van de wezenlijke verschillen tussen verzuimdrempel en hervattingsdrempel is nu, dat na verloop van een langdurig ziektegeval er geen cliënt meer is aan wie men gebonden is. Men heeft de cliënt al lang niet meer gezien, de hulpverlening is doorgaans door anderen overgenomen, en bij werkhervatting zal men veelal niet meer bij de oude cliënt(en) terugkeren.

De geringe sociale cohesie binnen vele instellingen wordt dan extra voelbaar. De interviews met langdurig zieken maken duidelijk hoezeer velen in een "sociaal hiaat" vallen. Van de 18 langdurig zieken hebben er vier een bloemetje gehad van de *instelling* als zodanig; vier hebben bezoek gehad van collega's uit de eigen groep; twaalf hebben een of meer keren bezoek of telefoontjes van de leidinggevende gehad. Bij vier geïnterviewden was in feite van geen enkele van deze contactvormen sprake, hetgeen vaak als zeer teleurstellend werd gevoeld.

Contact met collega's is er dus betrekkelijk zelden - behalve met goede vriendinnen die min of meer toevallig ook collega-uitvoerenden zijn (en

met wie men meestal geen *functionele* relatie heeft). De instelling als zodanig geeft doorgaans niet van belangstelling blijk, maar dat is niet onbegrijpelijk: in veel gevallen is de leidinggevende de persoon die, ook namens de instelling, het contact dient te onderhouden. Zo is gedurende een ziektegeval, evenals tijdens het regulier werken, de eigen leidinggevende de belangrijkste schakel met de organisatie. Ook deze blijkt niet in alle gevallen contact te hebben opgenomen, terwijl daar waar wel contact is opgenomen soms twijfel bij de zieke bestaat of dit contact uit menselijke belangstelling voortkwam dan wel gezien moest worden als een soort van controle. Een enkele leidinggevende liet, volgens een der interviews met zieken, expliciet weten te twifelen aan de ziekte van betrokkene.

Voor langdurig zieken is dit sociale hiaat niet alleen onprettig, het kan ook de hersteldmelding vertragen. Als de cliënt inmiddels nieuwe hulp heeft en men kennelijk door anderen niet gemist wordt, gezien de lage bezoekfrequentie, hoe nuttig of onmisbaar is men dan voor de instelling? Sommigen zien ook een innerlijke tegenspraak tussen de (naar cliënten toe) verzorgende, menselijke doelen van hun instelling en het door hen ervaren gebrek aan belangstelling tijdens ziekte, hetgeen twijfel kan zaaien aan de ideële doelstelling van de gezinsverzorging. "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", zo verwoordde een langdurig zieke dit.

Het feit dat sociale cohesie binnen een instelling van belang is voor de hervattingsdrempel blijkt ook uit de instellingen-enquête, waar de mate van informele personeelsactiviteiten van relatief grote invloed bleek op het verzuim. Bij instellingen waar men geregeld "informele bijeenkomsten" organiseert is het verzuimpercentage significant lager, de verzuimfrequentie echter niet. Dit betekent dat de duur van verzuimgevallen in deze instellingen korter is, hetgeen duidt op een lagere hervattingsdrempel.

Door verschillende VG'en/AMD'en van de BVG is spontaan hetzelfde element aangeroerd; enkele malen werd van laag-verzuimende instellingen opgemerkt dat er een goede/gezellige sfeer hing, hetgeen van belang werd geacht voor het ziekteverzuim.

9.2.2 De rol van de leidinggevende

Gesteld werd reeds dat tijdens een langdurig ziektegeval de leiding een sleutelrol vervult als contactpunt tussen de zieke en de instelling. Deze rol verdient daarom enige nadere aandacht, temeer omdat deze in een aantal opzichten verre van eenvoudig is.

Ten eerste kan er een spanning bestaan tussen de begeleidende rol en andere verplichtingen. Wij doelen daarmee niet zozeer op tijdgebrek - hoewel ook dat van belang kan zijn - maar vooral op de reguliere planningstaken. In 9.1 werd al gemeld dat het "reserveren" van lichtere cliënten ten behoeve van werkhervatters zich moeilijk laat verenigen met belangen van niet-zieken, die soms ook hard aan een lichtere cliënt-situatie toe zijn. Verder is het inplannen van een uitvoerende na langdurige ziekte lastig omdat er niet dagelijks nieuwe cliënten vrijkomen waarop werkhervatters direct kunnen worden ingezet. Zeker binnen instellingen waar niet geregeld van cliënt wordt gewisseld, zijn de mogelijkheden om iemand opnieuw in de werkroosters op te nemen beperkt. Ook de angst om iemand weer in te zetten die nog niet geheel is hersteld (met als mogelijk gevolg hernieuwde uitval en dito planningsproblemen) kan ertoe leiden dat een ex-zieke pas laat weer aan het werk wordt gezet.

Ten tweede hebben vele leidinggevers duidelijke moeite met het vinden van de juiste houding, de juiste "toon" tegenover zieken. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen enerzijds controle ("Ben je wel echt ziek?")

en zakelijke/planningstechnische opmerkingen ("Wanneer kun je weer aan het werk?"), zonder dat dit anderzijds overkomt als wantrouwen of pressie jegens de zieke. Daarentegen is ook een te meegaande houding ("Ziek eerst maar lekker uit") niet altijd de juiste: sommige uitvoerenden zien daarin een teken dat zij misbaar zijn, verzekeringsgeneeskundigen laten soms merken dat zij deze houding als onzakelijk, 'sociale academie-achtig' beschouwen. En niet in de laatste plaats: een houding die door de ene uitvoerende als prettig en belangstellend wordt ervaren, kan door een ander als controlerend en wantrouwig worden gevoeld.

Ten derde is de continuïteit in de leiding niet altijd gegarandeerd. Ook leidinggevendenden kunnen ziek worden of hun betrekking verlaten. Bovendien blijkt in sommige instellingen frequent "geschoven" te worden met leidinggevendenden. In al deze gevallen lijdt het contact tussen leiding en zieken daaronder. De gevallen waarin langdurig zieken niets hoorden van de leiding, bleken doorgaans veroorzaakt te worden door uitval (ziekte, vertrek) of wisseling van de leidinggevende.

Ten vierde zijn organisatorische afspraken geen garantie voor begeleiding. In de instellingen-enquête vonden wij, tegen verwachting, géén verband tussen ziekteverzuim en de vraag of er vaste regelingen bestonden m.b.t. contact met langdurig zieken. Ten dele zou dit verklaarbaar zijn doordat instellingen wellicht pas zulke regelingen treffen wanneer het verzuim zorgwekkend hoog is. In het organisatie-onderzoek bleken er echter meer verklaringen te bestaan. Soms was geregeld contact tussen leidinggevendenden en zieken een zo normaal onderdeel van de "bedrijfscultuur" dat expliciete afspraken daartoe gewoon overbodig zouden zijn geweest. Soms echter bleken bestaande afspraken niet in praktijk te worden gebracht. Een frappant geval kwam naar voren bij een der geïnterviewde zieken. Haar ziekte was aangevangen op de dag dat in een groepswerkbespreking was verteld dat bij ziekte de leidinggevende binnen zes weken langs zou gaan om eens te komen praten. Gedurende de vijf maanden die haar ziekte inmiddels had geduurd, was (tot haar verbazing) slechts éénmaal contact opgenomen - telefonisch.

Ten vijfde omvat de begeleiding van langdurig zieken bepaalde taken waartoe een leidinggevende niet is toegerust. Ten behoeve van de planning van werkhervatting heeft de leidinggevende behoefte aan vroegtijdig inzicht in de mate waarin, c.q. het moment waarop, een uitvoerende weer arbeidsgeschikt zal zijn. Veel contacten met de zieke hebben dit planningstechnische aspect in zich (hetgeen door de betrokken uitvoerende niet altijd als prettig wordt ervaren). In wezen betekent dit echter dat van de leidinggevendenden bedrijfs- en/of verzekeringsgeneeskundige vaardigheden worden vereist. Gezien de opleidingsachtergrond kan dit niet van hen worden verlangd. Tot op zekere hoogte zou dat probleem te ondervangen zijn wanneer de leidinggevende zou kunnen terugvallen op bedrijfs- en/of verzekeringsgeneeskundige expertise van derden. Die mogelijkheid is er echter zelden.

9.2.3 (Gebrek aan) bedrijfsgezondheidszorg

Blijkens de instellingen-enquête is ruim een op de tien instellingen aangesloten bij een Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD). Van de overige instellingen acht een ruime meerderheid aansluiting bij een BGD wenselijk, en heeft dat veelal ook overwogen.

In de enquête is niet gevraagd naar de redenen waarom men toch niet bij een BGD is aangesloten. In informant-gesprekken en organisatie-onder-

zoeken kwam echter duidelijk naar voren dat de financiën het grootste struikelblok vormen. Dat kan ook geen verbazing wekken. Doorgaans hanteren bedrijfsgezondheidsdiensten een tarief *per werknemer*. Waar de gezinsverzorging hoofdzakelijk (kleine) deeltijders omvat met een laag uurloon, betekent dit tarief een onevenredige investering ten opzichte van de loonsom. Deze investering zou bovendien ten laste moeten komen van de overhead-kosten (management, leiding, administratie en materiële kosten), waaraan per instelling een nauwkeurige limiet is gesteld. Het gevolg van een en ander is dat de meeste instellingen de begeleiding van zieken pogen op te vangen binnen de bestaande personeelsformatie. Daarmee vervalt de mogelijkheid voor leidinggevenden om bij hun planingsproblemen terug te vallen op bedrijfsgeneeskundige expertise.

9.2.4 Informatievoorziening en feedback

Binnen vele instellingen is de informatie over het eigen ziekteverzuim, en over de eigen langdurig zieken in het bijzonder, zeer beperkt. In het organisatie-onderzoek viel op dat het management van de meeste instellingen niet wist of het eigen verzuim hoog of laag was ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Om begrijpelijke redenen vindt vrijwel iedere instelling het eigen verzuim hoger dan wenselijk. Ook in de genoemde oorzaken van en mogelijke remedies voor het verzuim is er weinig verschil tussen hoog- en laag-verzuimende instellingen.

Door de VG'en en AMD'en wordt dit gebrek aan inzicht in het verzuim vrijwel unaniem als een gemis ervaren. Van instellingen kan moeilijk verwacht worden dat zij beleid ontwikkelen ten opzichte van een verschijnsel waarover zij nauwelijks informatie hebben. Voor zover er toch beleid wordt ontwikkeld, is er vaak weinig feedback over de resultaten van dat beleid. Ook binnen de instellingen zijn de mogelijkheden tot feedback vaak beperkt. Wanneer er al afspraken bestaan rond contact met langdurig zieken is het uiteraard nodig dat over die zieken informatie beschikbaar is, en dat bijv. leidinggevenden erop worden geattendeerd wanneer zij zouden vergeten om het afgesproken contact te onderhouden.

9.3 De rol van de BVG

In hoofdstuk 8 werd reeds opgemerkt dat het functioneren van het BVG-apparaat op zichzelf geen verklaring kan vormen voor het hoge verzuim in de gezinsverzorging. Immers, andere sectoren die eveneens onder de BVG ressorteren hebben een aanzienlijk lager ziekteverzuim.

Toch is in het kader van de hervattingsdrempel de rol van de BVG in de gezinsverzorging van bijzonder belang. In het voorgaande is aangegeven dat langdurig zieken - ook naar hun eigen gevoel - soms in een hiaat vallen. Voorzieningen en deskundigheden om hen te begeleiden ontbreken veelal. Juist in die situatie krijgt het functioneren van de BVG een bijzonder gewicht: taken en functies die in andere sectoren reeds door andere voorzieningen worden opgevangen, belanden in de gezinsverzorging bij gebrek aan andere voorzieningen mede bij de BVG.

In deze paragraaf worden enkele aspecten besproken van het functioneren van de BVG, die speciaal voor de gezinsverzorging van belang lijken.

9.3.1 Moment van werkhervatting

In vele werksoorten is het moment van werkhervatting een punt dat grotendeels tussen werknemer en werkgever wordt opgelost. In de gezinsverzorging ligt dit relatief moeilijk, mede doordat werkhervatting na langdurige afwezigheid een goede planning vereist. Zoals in 9.2 is vermeld,

betekent dit dat de leidinggevende zo vroeg mogelijk moet pogen in te schatten of en zo ja wanneer een uitvoerende weer aan het werk zou kunnen, maar daartoe is zij niet toegerust - voor zover zij al het geregelde contact onderhoudt dat nodig is om deze inschatting te maken. De uitvoerende zelf kan natuurlijk ook het initiatief nemen, maar is vanuit haar werk nauwelijks gewend om zelfstandige initiatieven te nemen; en wanneer de instelling (leidinggevende en/of collega's) niet laten blijken dat zij gemist wordt, bevordert dat niet de motivatie om op eigen initiatief het werk te hervatten.

In deze situatie komt aan de verzekeringsgeneeskundige de belangrijkste rol toe in het bepalen van het moment van werkhervatting. Goed overleg met de leidinggevende is daarbij essentieel, gezien de planningstechnische aspecten van hervatting. Dit overleg, dat bij zeer langdurige gevallen doorgaans door de AMD zal worden gevoerd, wordt door de AMD'en steeds van groot belang geacht. Indien een leidinggevende zich verzet tegen reïntegratie, is de kans op succes zeer gering.

Er zijn op dit punt twee relevante verschillen tussen het eerste deel van het Ziektewet-traject (vanaf ca. de derde ziekteweek) dat door de huisarts-VG wordt bestreken en het tweede deel, waarin de rayon-VG en AMD een rol spelen. Ten eerste wordt door verschillende geledingen betwijfeld of alle huisarts-VG'en genoeg inzicht hebben in de eisen die het werk in de gezinsverzorging stelt. Dit inzicht is uiteraard nodig om de arbeidsongeschiktheid en het moment van eventuele werkhervatting juist te kunnen beoordelen. Ten tweede is in dit deel van het traject doorgaans de AMD nog niet in beeld, terwijl we zojuist noemden dat een dergelijke functionaris een grote rol kan spelen in de voorbereiding van werkhervatting.

9.3.2 Opbouw van het ziektewet-traject

Globaal is het ziektewet-traject als volgt opgebouwd. Na de ziekmelding, die via de instelling op het rayonkantoor van de BVG belandt, zendt het rayonkantoor een vragenformulier aan de zieke. Na drie weken volgt een oproep voor controle door een huisarts-VG. Binnen deze eerste drie weken is er doorgaans geen controle; wel vindt er steekproefsgewijs 5% van de gevallen lekencontrole plaats (op naleving van de voorschriften Ziektewet), terwijl werkgevers in bepaalde gevallen ook speedcontroles kunnen aanvragen.

Na 13 weken wordt in principe het geval overgedragen aan de rayon-VG. Van deze grens van 13 weken kan, als daar aanleiding toe is, in beide richtingen worden afgeweken. Uit de diagnose-registratie bleek ons echter dat de feitelijke eerste controle door de RVG gemiddeld voor de BVG als totaal in de 17e ziekteweek plaatsvond, en voor de gezinsverzorging in de 18e ziekteweek. Hoewel dit mogelijk mede een seizoenseffect is, duidt dit er toch op dat gemiddeld het moment waarop de RVG in beeld komt later is dan de 13e week.

Wanneer er na 26 weken nog geen concreet zicht is op werkhervatting wordt het geval doorgegeven aan de GMD, teneinde een eventuele beoordeling van WAO-uitkering tijdig te kunnen voorbereiden.

Bij vele langdurig zieken blijkt deze procedure verwarring op te roepen. Velen begrijpen niet wanneer en waarom zij worden opgeroepen door nieuwe instanties - instanties die dan ook soms verkeerd benoemd worden (de RVG wordt soms aangeduid als "bedrijfsarts", de GMD als "GGD" of "gemeente-arts"). Dit gevoel in een doolhof te lopen lijkt soms de toch al wat passieve houding te versterken; sommigen wachten de loop der dingen gelaten af.

De eerste drie weken worden soms ervaren als een nogal "stuurloze" perio-

de. Een der geïnterviewde langdurig zieken had zelfs vele weken lang geen stap buiten de deur durven zetten, uit angst dat er juist op dat moment controle zou komen. Kennelijk door een administratieve fout was zij niet na drie weken voor controle opgeroepen.

Ook de aselechte controle binnen de eerste weken blijkt soms misverstand op te roepen. Men weet (veelal uit eigen ervaring) dat gewoonlijk geen lenkencontrole plaatsvindt; verschijnt er dan opeens een rapporteur Ziektewet voor aselechte controle, dan wekt dit soms de onterechte indruk dat de ziekmelding gewantrouwd wordt.

De ervaringen van langdurig zieken met de huisarts-VG zijn enigszins wisselend. In de meeste gevallen verloopt het contact prettig. Zowel in de interviews met zieken als in groepsinterviews met uitvoerenden werden echter ook enkele gevallen van zeer onheuse bejegening door huisarts-VG'en naar voren gebracht. Voor zover men ervaringen met rayon-VG'en heeft worden deze als positief of neutraal beschreven.

Wordt het ziektewet-traject door zieken als nogal versnipperd ervaren, ook op andere niveaus heeft de opbouw van dit traject gevolgen. Doordat zieken vaak pas na vele weken gezien worden door de rayon-VG, is het voor de rayons moeilijk om expertise over afzonderlijke instellingen op te bouwen. Zeker wanneer het kleinere instellingen betreft is het aantal zeer langdurige gevallen daartoe te gering. Vaak zijn mede daardoor de contacten tussen rayonkantoor (i.c. AMD) en instellingen, zo er al contacten zijn, slechts incidenteel.

9.3.3 Contact met instellingen

De mate van overleg tussen RVG/AMD en instellingen loopt bijzonder uiteen. Soms is er periodiek, gestructureerd overleg en neemt de AMD zelf actief deel aan voorlichting over ziekteverzuim binnen de instelling; soms is er geen enkel contact. Veel hangt daarbij af van de houding van instellingen. Hebben deze geen belangstelling voor contact, dan ontbreekt uiteraard elke basis voor instellingsgericht werken.

Door verschillende rayonkantoren werd als probleem bij het contact met instellingen voor gezinsverzorging genoemd dat er vaak geen "aanspreekpunt" bij de instellingen is. De personeelsfunctie is meestal slechts zwak ontwikkeld, zo is de indruk. Dit bemoeilijkt contact met instellingen over verzuimbeleid op organisatieniveau. Contact over reïntegratie in afzonderlijke gevallen vindt doorgaans plaats met de betrokken leidinggevende.

9.4 Resumé

Gezien het grote aantal langdurige ziektegevallen in de gezinsverzorging moet de hoge hervattingsdrempel als een belangrijke oorzaak van het verzuim beschouwd worden.

De primaire oorzaak van de moeilijkheden bij werkhervatting is de aard en homogeniteit van het werk zelf. Men moet weer alle voorkomende werkzaamheden zelfstandig aankunnen. Moeilijke taken kunnen niet met collega's gedeeld worden, tenzij op een cliënt-huishouden meer dan één uitvoerende wordt ingezet. Werkhervatting in lichtere cliënt-situaties is slechts beperkt mogelijk. Werkhervatting in een andere functie is vrijwel uitgesloten door de homogeniteit van de werksoort en de geringe scholingsgraad van het personeel. Daarentegen is gedeeltelijke werkhervatting, als aanloop tot volledige, vaak goed mogelijk; dit komt ook vaak voor. Terugkeer na langdurige ziekte kan ten eerste bemoeilijkt worden wanneer men in een "sociaal hiaat" valt. De kans daarop is groot, omdat de interne sociale cohesie van instellingen vaak gering is. Langdurig zieken

zijn sterk afhankelijk van de *persoonlijke* aandacht van derden (leidinggevers, collega's), omdat voor die aandacht weinig structurele regelingen bestaan. Waar deze bestaan, worden zij niet altijd nageleefd. De informele cultuur en "sfeer" binnen de instelling is dan van groot belang voor werkhervatting.

De rol van de leidinggevers jegens langdurig zieken is een essentiële. Zij zijn niet altijd voldoende toegerust voor deze rol. In bepaalde opzichten kan dat ook niet: bedrijfs- of verzekeringsgeneeskundige vaardigheden mogen van hen niet verlangd worden. Externe expertise in de vorm van een BGD is bij de meeste instellingen niet aanwezig. Aansluiting bij een BGD wordt door vele instellingen wel als wenselijk gezien, maar stuit op financiële problemen.

Doordat andere begeleidingsstructuren veelal ontbreken speelt de BVG in deze sector een extra grote rol voor wat betreft werkhervatting. Het ziektewet-traject is vrij sterk opgedeeld, hetgeen de opbouw van (bedrijfsgerichte) expertise op de rayon-kantoren bemoeilijkt. Voor langdurig zieken is het ziektewet-traject vaak zeer ondoorzichtig, hetgeen een eventueel aanwezige passieve houding t.a.v. werkhervatting versterkt. De mate van contact tussen BVG-rayonkantoren en instellingen verschilt zeer. De rayonkantoren missen bij instellingen vaak een "aanspreekpunt" over verzuimproblematiek.

10 ALGEMENE EN ORGANISATORISCHE ASPECTEN

In de voorgaande vier hoofdstukken zijn factoren aan de orde gekomen die van invloed kunnen zijn op het verzuim op micro-niveau: factoren die in het ontstaan en verloop van afzonderlijke verzuimgevallen een rol kunnen spelen. Weliswaar kwamen daarbij ook algemene en organisatorische aspecten aan de orde; er zijn echter ook enkele algemene aspecten die in dat kader minder duidelijk aan bod kwamen, maar wel een invloed kunnen hebben op het verzuimniveau. Met name in de instellingen-enquête en in het organisatie-onderzoek kwamen enkele van deze aspecten naar voren. In dit hoofdstuk worden zij behandeld.

10.1 Professionaliteit van de werksoort

In de gezinsverzorging is professionalisering een veelbesproken begrip. Vaak, zo menen velen, verrichten uitvoerenden hun werk met (te) vele goede bedoelingen en (te) persoonlijke binding met cliënten; in plaats daarvan zou een wat sterkere beroepshouding, die ook iets meer distantie van de cliënt als persoon zou meebrengen, gewenst zijn. Ook in dit onderzoek bleek op een aantal punten dat gebrek aan een dergelijke beroepshouding op den duur ongunstig kan zijn voor het ziekteverzuim.

Ook is ons echter gebleken dat professionaliteit beslist niet alleen een zaak is van de omgang tussen uitvoerende en cliënt. Met name in het organisatie-onderzoek bleek treffend hoe op vrijwel *alle* aspecten de persoonlijke omgang bepalend is en de beroepsmatige verhoudingen daaraan meestal ondergeschikt zijn.

De persoon van de leidinggevende blijkt, veeleer dan de functie van de leiding, bepalend voor veel relevante factoren. Het belang van persoonlijke aandacht voor uitvoerenden bij de planning wordt door velen benadrukt. Vrijwel alle uitvoerenden beschrijven hun verstandhouding met de leiding als goed tot zeer goed, en toch werd in interviews veel kritiek geuit op de planning; een teken dat met de goede relatie vooral de goede persoonlijke relatie wordt bedoeld, en niet zozeer de beroepsmatige. Bij langdurig zieken blijkt iets soortgelijks: de mate waarin de leidinggevende contact onderhoudt hangt van de persoon af. Dit blijkt zelfs te gelden in organisaties waar expliciete afspraken bestaan over periodiek contact met langdurig zieken. Ook verschillende AMD'en benadrukken dat de bereidheid van leidinggevendenden om een zieke "terug te nemen" doorslaggevend kan zijn bij reïntegratie. De gevallen waarin de leiding geen contact had opgenomen met langdurig zieken bleken doorgaans te worden veroorzaakt doordat de "eigen" leidinggevende inmiddels door een ander was vervangen; een teken dat dit contact inderdaad uitgaat van de persoon van de leidinggevende en niet van de functie.

In de omgang met collega's blijkt iets dergelijks. Bij langdurig zieken die bezoek van collega's hadden gehad betrof dat meestal een goede vriendin die toevallig ook in de gezinsverzorging werkt (meestal in een andere groep); deze komt dus niet als collega, maar als persoon op bezoek. Ook in groepsinterviews bleek dat eventuele contacten met collega's buiten het werk om veelal van dezelfde aard zijn.

Dat ook de aandacht vanuit de instelling-als-zodanig voor zieken van personen en niet van functies afhangt bleek in een interview met een zieke,

die toevallig juist degene was die normaliter zorgde dat zieken na verloop van tijd een bloemetje ontvingen namens de personeelsvereniging. In haar eigen geval bleef dat bloemetje uit - totdat zij zelf, via de leidster, de instelling hierop had geattendeerd.

Deze persoonsafhankelijkheid strekt zich ook tot buiten de instelling uit. Het contact met huisarts-VG'en is zeer persoonsafhankelijk; dit resulteert in een aantal zeer positieve, en enkele zeer negatieve ervaringen. Het contact met de (professionele) rayon-VG wordt steeds als veel neutraler beschreven.

De persoonlijke onderlinge verhoudingen zijn derhalve uiterst bepalend. Dat is op zichzelf geen negatieve constatering, gezien het feit dat deze verhoudingen doorgaans goed zijn. Maar zodra er in deze verhoudingen iets misloopt blijkt hoezeer een dergelijke situatie kwetsbaar is.

Juist gezien dit netwerk van persoonlijke afhankelijkheden is het begrijpelijk dat de goede sfeer, de prettige informele cultuur binnen een instelling regelmatig wordt genoemd als een belangrijke factor bij instellingen met een laag verzuim (hervattings-interviews), en dat de mate van informele activiteiten een belangrijke determinant van het verzuim bleek (instellingen-enquête). Ontbreekt die sfeer, dan zijn er vaak nauwelijks functionele, beroepsmatige structuren waarop men kan terugvallen. Nu geldt in *iedere* organisatie tot op zekere hoogte dat een goede sfeer gunstig is in termen van ziekteverzuim; maar in de gezinsverzorging lijkt dit extra sterk het geval te zijn.

Met het voorgaande is aangeduid dat professionalisering inderdaad van belang kan zijn voor verzuim, maar dat deze professionalisering ruimer gezien moet worden dan alleen het ontwikkelen van een beroepshouding bij uitvoerenden. Professionaliteit is ook een kenmerk van organisaties als zodanig.

Dit alles leidt tot de veronderstelling dat twee typen van instellingen een lager verzuimrisico lopen: ten eerste de instellingen met een *goede informele sfeer*, en ten tweede instellingen met een relatief *professionele structuur* die minder persoonsafhankelijk is. Beide typen kunnen ook samenvallen: een professionele structuur sluit natuurlijk een goede informele sfeer niet uit.

Op grond hiervan kunnen enkele gegevens uit de instellingen-enquête wellicht geïnterpreteerd worden. In kleinere instellingen is de kans op een informele sfeer waarschijnlijk groter dan in meer massale instellingen (hoewel ook binnen deze laatste een schaalverkleining, door opdeling in kleinere werkeenheden, mogelijk is); dit kan mede verklaren waarom het verzuim bij kleine instellingen lager is. Verder werd gevonden dat in *gecombineerde* instellingen (dit betreft ruim de helft van alle instellingen) het verzuim significant lager is, ook onafhankelijk van een reeks andere kenmerken waaronder de urbanisatiegraad. Dit lijkt merkwaardig omdat in gecombineerde instellingen (zeker de meest voorkomende vorm, nl. combinatie met algemeen maatschappelijk werk) de gezinsverzorging toch kwantitatief vervult de grootste "poot" vormt. Mogelijk wordt dit effect veroorzaakt doordat in zulke instellingen een meer uitgewerkte interne structuur aanwezig is; deze veronderstelling kon in dit onderzoek niet nader getoetst worden. Een en ander betekent uiteraard niet dat (gedwongen) combinatie van gezinsverzorging met andere werksoorten direct tot verzuimdaling zou leiden - de samenhang ligt daarvoor veel te complex.

Ook voor de schijnbaar paradoxale uitkomsten m.b.t. opleidingsniveau van uitvoerenden is wellicht een verklaring te geven in termen van organisatorische professionaliteit. In de *werknemers-enquête* kon geen verband wor-

den gevonden tussen opleiding/diplomabezit en ziekteverzuim. In de *instellingen-enquête* daarentegen komt het percentage gediplomeerde uitvoerenden naar voren als een van de belangrijkste determinanten van verzuim op instellingsniveau. Dit laatste kan niet het gevolg zijn van een lager verzuim van de gediplomeerden zelf; kennelijk heeft het percentage gediplomeerden een "uitstralingseffect" naar de totale organisatie, inclusief ongediplomeerd helpenden. Ook dat uitstralingseffect is wellicht te duiden als een vorm van professionalisering van de organisatie als geheel.

10.2 De positie van het middenkader

In de loop van dit rapport is veelvuldig gewezen op de belangrijke rol van het middenkader, de leidinggevendenden. In het organisatie-onderzoek bleek dat ook de leidinggevendenden zelf zich realiseren dat zij in verzuimbeleid een groot aandeel kunnen leveren. Een aantal aspecten van het middenkader verdient daarom nadere toelichting.

In de instellingen-enquête bleken twee aspecten van de vooropleiding c.q. werkervaring van het middenkader invloed te hebben op het verzuim van instellingen: hoe hoger het percentage leidinggevendenden van MBO-niveau, en hoe hoger het percentage dat vroeger als uitvoerende werkzaam is geweest, des te lager het verzuim. (Beide effecten lopen via de factoren urbanisatie en grootte; anders gesteld, het hoge verzuim in grote instellingen en in grote steden is mede verklaarbaar uit het lagere percentage MBO-leidinggevendenden en het lagere percentage ex-uitvoerenden in de leiding.) Men kan hierin een teken zien dat MBO-opleidingen blijkbaar in hogere mate vaardigheden en attitudes aanleren die wenselijk zijn, en dat voorafgaande ervaring als uitvoerende eveneens een pre vormt.

Inderdaad gaven sommige leidinggevendenden te kennen, behoefte te hebben aan vaardigheden die o.a. via scholing bereikt kunnen worden, zoals planningstechnieken of het leiden van groepsworkbesprekingen. Het is ons niet bekend of deze behoefte bij MBO-opgeleiden minder groot was dan bij anderen.

Er is echter meer aan de hand dan alleen vooropleiding en werkervaring. Twee andere factoren verdienen aandacht: de veranderende rol van de leiding, en de faciliteiten die de leiding ter beschikking staan.

De rol van de leidinggevende in relatie tot uitvoerende en cliënt is aan het verschuiven. Was deze vroeger te beschrijven als een driehoek, waarin de leidinggevende ook zelf een directe relatie tot de cliënt had, tegenwoordig is steeds meer sprake van een lijn-verhouding leidinggevende → uitvoerende → cliënt. De leiding heeft daarin steeds minder de rol van hulpverlener, en steeds meer die van personeelsmanager. Juist voor degenen die al langer geleden in de oude situatie zijn binnengekomen, is deze omschakeling niet altijd makkelijk. In dat opzicht geldt een argument dat vaak voor uitvoerenden wordt gehanteerd ("vroeger binnengekomen in een andere situatie met andere verwachtingen") ook voor de leiding. Een verschil in houding tussen leidinggevendenden, globaal te benoemen als "je bent er in de eerste plaats voor je cliënten" versus "je bent er in de eerste plaats voor je uitvoerenden", kwam in de groepsinterviews soms duidelijk naar boven. Aangezien MBO-leidinggevendenden juist de laatste jaren steeds meer worden aangesteld is wellicht dit probleem sterker aanwezig binnen instellingen met meer HBO- (en dus waarschijnlijk "oudere") leidinggevendenden.

Verder zijn voor de leiding, evenals voor uitvoerenden, bepaalde faciliteiten en werkomstandigheden nodig om goed te kunnen functioneren. In dit opzicht zouden wij vele vragen die ten aanzien van uitvoerenden hebben

gesteld, kunnen herhalen voor de leidinggegenden. Hebben zij genoeg tijd voor hun werk? Hebben zij, ingeval van problemen, iemand naast of boven zich op wie kan worden teruggevallen? In hoeverre is er bij hen sprake van rolconflict (bijv. afweging van belangen van cliënt versus die van uitvoerende)?

Hoewel in dit onderzoek de leidinggegenden minder centraal hebben gestaan dan het uitvoerend personeel, is op deze punten wel iets op te merken. Tijdgebrek komt bij de leiding vaak voor. Niet alleen zij zelf, maar ook de uitvoerenden maken daarvan gewag. Dit kan echter mede te maken hebben met de eerdergenoemde (verschuivende) rol van de leidinggevende. Wanneer deze geacht wordt èn aan cliënten, èn aan uitvoerenden veel persoonlijke aandacht te besteden - naast het nodige papierwerk - schiet de tijd inderdaad vaak tekort.

Ook voor de "sociale ondersteuning" is een parallel aan te wijzen tussen uitvoerenden en de leiding. Ondersteuning door collega's: in het organisatie-onderzoek bleek dat in laag-verzuimende instellingen de leiding doorgaans meer als collectief opereerde (meer gezamenlijk overleg, gezamenlijke planning), terwijl elders de onderlinge verhoudingen veel losser waren. Ondersteuning door directe chefs: het is vaak onduidelijk wie de directe chef van een leidinggevende is. Boven het middenkader is er in de gezinsverzorging nauwelijks een blauwdruk van een organisatiestructuur aanwezig; de grootte van de instelling is grotendeels bepalend voor de financiële ruimte voor management- en staf-capaciteit.

Met het voorgaande is aangeduid dat leidinggegenden eenzelfde soort problemen kunnen ervaren (werkdruk, rolconflict, gebrek aan steun van collega's, gebrek aan steun van chefs) die bij uitvoerenden een ongunstige invloed bleken te hebben. Het is aannemelijk dat zulke problemen ook op het functioneren van de leiding - en daarmee indirect op dat van uitvoerenden - een ongunstige invloed hebben.

10.3 Middelen en motieven tot verzuimbeleid

Een thema dat als een rode draad door het onderzoek heeft gelopen is het verschil tussen persoons- en organisatie-gebonden achtergronden van verzuim. Reeds vanaf de statistische analyses was duidelijk dat in de gezinsverzorging de persoonskenmerken relatief weinig gewicht in de schaal leggen, en de organisatie-verschillen daarentegen relatief groot zijn. In de werknemers- resp. instellingen-enquêtes werd dit bevestigd; statistisch gesproken zijn de uitkomsten van de instellingen-enquête sterker dan die van de werknemers-enquête. Dat is geenszins toe te schrijven aan verschillen in de gehanteerde methoden. In beide gevallen is sprake van (hoofdzakelijk) gestructureerd vragenlijst-onderzoek, een beredeneerde opzet van vragenlijsten, een hoge respons, en adequate en vergelijkbare analyse-technieken.

Bepaalde statistische verschijnselen, waarop we hier niet dieper in zullen gaan, kunnen hierin een rol spelen. Niettemin zijn er verschillen in ziekteverzuim tussen instellingen, die met zekerheid niet zijn terug te voeren op persoonskenmerken. Voor zulke verschillen zijn twee soorten verklaringen denkbaar, die elkaar niet uitsluiten: externe en interne verklaringen.

Externe verklaringen verwijzen naar de omstandigheden en middelen waarover instellingen beschikken, die mede bepalend zijn voor het ziekteverzuim. In dit onderzoek zijn verschillende omstandigheden aangegeven die van invloed kunnen zijn. Een te gering personeelsaanbod, een te laag budget ten opzichte van de hulpvraag, het werken in een sociaal zwak gebied, het arbeidsethos in de regio zijn zulke omstandigheden die de afzonderlijke instelling niet of nauwelijks in de hand heeft.

Interne verklaringen betreffen het instellingsbeleid zelf. In beginsel is de vrijheid op dat punt groot: het budget-systeem biedt veel ruimte voor het intern management, ook op aspecten die het verzuim beïnvloeden. Aanstellingsbeleid van uitvoerenden en leidinggevendenden, deskundigheidsbevordering, collegiale contacten tussen uitvoerenden, begeleiding van zieken, inspanningen tot reïntegratie van langdurig zieken zijn zaken die de instelling zelf goeddeels in de hand heeft.

Voor de interne aspecten doet zich de vraag voor in hoeverre men middelen heeft om beleid te voeren, en in hoeverre er motieven zijn om zulk beleid in praktijk te brengen.

Wat betreft de middelen hoeft niet alleen gedacht te worden aan financiële middelen, maar deze spelen zeker mee. Wij noemden reeds dat aansluiting bij een BGD, die door veel instellingen gewenst wordt, op grote financiële problemen stuit. Ook de financiële middelen om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken ontbreken veelal.

Daarnaast zijn er middelen die minder kosten meebrengen, maar vaak eveneens ontbreken. Opvallend vaak wordt door RVG'en/AMD'en aangevoerd dat instellingen meer inzicht zouden moeten krijgen in de omvang en structuur van het eigen verzuim, alvorens zij een verzuimbeleid gaan ontwikkelen. Ook het gemis van een professionele personeelsfunctionaris, met wie overleg over bijv. reïntegratie gevoerd kan worden, is meermalen genoemd.

Van belang is nu de vraag welke motieven een instelling - voor zover de beperkte middelen toereikend zijn - heeft om verzuimbeleid te voeren.

Uit gesprekken met sleutel-informanten bleek dat deze motieven vooral op de verzuimfrequentie, en minder op de verzuimduur betrekking hebben. De *ziekmelding* levert problemen op: een planningsprobleem (er moet vervanging geregeld worden) en een probleem in de voortgang van de hulpverlening (de cliënt moet verzekerd blijven van de nodige hulp). Na verloop van tijd is echter niet zozeer het ziektegeval, maar eerder de werkhervatting een probleem; ook werkhervatting vergt planning.

Instellingen zijn daardoor geneigd om, als zij verzuimbeleid willen voeren, dit vooral te richten op het aantal ziekmeldingen.

Het is niet onmogelijk dat zulk beleid geen, of soms juist een verlengende werking heeft op de duur van het verzuim. In de instellingen-enquête bleek dat instellingen die ooit doelgerichte maatregelen tegen het verzuim hadden genomen, daarvan lang niet altijd het gewenste resultaat hadden gezien. Bij instellingen die zeggen wel resultaat te hebben geboekt blijkt van 1986 op 1987 gemiddeld toch een stijging in het verzuimpercentage te zijn opgetreden in dezelfde orde van grootte als bij instellingen die geen verzuimbeleid hebben gevoerd. Wellicht komen op wat langere termijn betere resultaten naar voren - er zullen in de enquête zeker instellingen zijn geweest die juist *vanwege* het stijgend verzuim in 1987 maatregelen hebben genomen waarvan niet in datzelfde jaar effecten mogen worden verwacht.

Niettemin is in informant-gesprekken en in het organisatie-onderzoek enige malen naar voren gekomen dat beleid ter vermindering van *langdurig* verzuim, zeker voor zover dit kosten meebrengt, niet de hoogste prioriteit heeft. In financiële termen levert daling van het langdurig verzuim niet veel op (dit risico wordt voor het grootste deel afgedekt door de Ziektewet). Verzuimdaling kan zelfs een financieel probleem opleveren. Volgens de gangbare begrotingssystematiek in de gezinsverzorging worden Ziektewet-uitkeringen geraamd als inkomsten; de personeelsplanning wordt dus, naast overheidssubsidie en retributies van cliënten, mede gebaseerd op de

ziekengelden. Dit kan meebrengen dat daling van verzuim leidt tot "tegenvallende inkomsten" en tot personele overbezetting.

De financiële motivatie voor verzuimbeleid is daardoor zwak. In dit licht is het voor instellingen moeilijk om investeringen te plegen in verzuimbeleid. Dit verschijnsel is niet specifiek voor deze sector. Ook in het GAK-project verzuimadvisering wordt geconstateerd dat de bereidheid van bedrijven om zulke investeringen te doen beperkt is doordat de opbrengsten (besparing op loonkosten) relatief gering zijn.

In de gezinsverzorging komt daar een probleem bij. Vele mogelijke maatregelen in het kader van verzuim zijn, ook wat kosten betreft, persoonsgebonden. Aansluiting bij een BGD, scholing, individuele begeleiding zijn zaken die een investering per persoon vergen. Door de gemiddeld kleine contractomvang en het lage salarisniveau zijn die investeringen uitermate kostbaar in verhouding tot de loonsom.

10.4 Resumé

In dit hoofdstuk zijn enkele meer algemene omstandigheden aangegeven die van invloed kunnen zijn op verzuim c.q. de ontwikkeling van verzuimbeleid.

De gezinsverzorging wordt gekenmerkt door vooral persoonlijke, en niet zozeer beroepsmatige onderlinge verhoudingen. Daar waar professionaliteit in de organisatie minder groot is, worden met name langdurig zieken sterk afhankelijk van persoonlijke relaties. Het verzuim is dan ook lager in instellingen met een goede informele sfeer, en in instellingen met een meer professionele, uitgewerkte organisatie.

Vooraf kenmerken van het middenkader zijn in deze organisatie van belang. Bepaalde kenmerken (hoger percentage MBO-leidinggevenden, hoger percentage ex-uitvoerenden) gaan samen met een lager verzuim in de instelling als totaal.

Leidinggevenden ervaren soms problemen die analoog zijn met de problematiek van uitvoerenden, bijv. gebrek aan faciliteiten, hoge werkdruk, rolconflict (dilemma's in belangen van cliënten versus uitvoerenden), niet kunnen terugvallen op collega's of directe chef. Zulke problemen hebben een ongunstig effect op het instellings-verzuim als geheel.

De grote verschillen in ziekteverzuim tussen instellingen kunnen voortkomen uit externe en interne omstandigheden. Extern zijn o.a. van belang het personeelsaanbod, het budget in relatie tot de hulpvraag, het arbeidsethos in de regio. Interne omstandigheden zijn in beginsel vatbaar voor (instellings)beleid. Soms ontbreekt het aan middelen voor zulk beleid; niet alleen in financiële zin, maar ook wat betreft kennis van en inzicht in het eigen verzuim.

De motieven voor verzuimbeleid liggen vaak op het organisatorische, planningstechnische vlak. Daardoor neigen sommige instellingen ertoe verzuimbeleid vooral te richten op de verzuimfrequentie. De (organisatorische en financiële) motieven om beleid te richten op de verzuimduur zijn veelal zwakker, mede in het licht van de daartoe soms vereiste investeringen.

11 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden de conclusies uit het totale onderzoek samengevat. Aangezien diverse aanbevelingen direct voortvloeien uit bepaalde conclusies, worden deze ook direct daarop aansluitend vermeld.

Achtereenvolgens zullen aan de orde komen: algemene bevindingen t.a.v. de omvang, structuur en verdeling van het ziekteverzuim (11.2); vervolgens de factoren in de sfeer van werkbelasting, belastbaarheid, verzuimdrempel en hervattingsdrempel (11.3 t/m 11.6); en enkele meer algemene aspecten (11.7).

Ter inleiding wordt in 11.1 de gedachtengang uiteengezet waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd.

11.1 Inleiding

Bij het formuleren van aanbevelingen tot vermindering van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging is een aantal uitgangspunten gehanteerd die onderstaand worden weergegeven.

Ten eerste is als leidraad aangehouden het in hoofdstuk 2 uiteengezette denkschema over ziekteverzuim, waarin de elementen belasting, belastbaarheid, verzuimdrempel en hervattingsdrempel centraal staan. In de conclusies zal worden weergegeven waar, binnen elk van deze vier elementen, oorzaken voor het verzuim liggen. In de aanbevelingen trachten we wegen aan te geven waarlangs op die punten

- de belasting verminderd kan worden,
- de belastbaarheid verhoogd kan worden,
- de verzuimdrempel geoptimaliseerd kan worden
- de hervattingsdrempel verlaagd kan worden.

Ten tweede gaan wij ervan uit dat in principe personen en instanties op verschillende niveaus (landelijk, sectoraal, per instelling, individueel) kunnen bijdragen aan beperking van ziekteverzuim. Geconstateerd kan worden dat

- de werksoort gezinsverzorging als totaal een aanmerkelijk hoger ziekteverzuim vertoont dan andere werksoorten; dat zou aanleiding kunnen zijn tot maatregelen op landelijk of sectoraal niveau;
- binnen de werksoort er tussen instellingen aanzienlijke verschillen in verzuim bestaan, hetgeen aanleiding zou kunnen zijn tot beleid op instellingsniveau;
- ook binnen instellingen er verschillen in verzuim tussen individuen zijn, wat tot individu-gericht verzuimbeleid kan leiden.

Ten derde benadrukken wij het belang van een brede aanpak van de problematiek. Ziekteverzuim is een verschijnsel dat door vele factoren gelijktijdig wordt beïnvloed; wanneer er in een sector sprake is van verzuim dat over een breed front en gedurende een reeks van jaren hoog is - en dat is in de gezinsverzorging het geval - duidt dit erop dat bepaalde oorzaken diep zijn geworteld in de structuur en werkwijze van zo'n sector. Structurele en blijvende verzuimbeperving kan dan nooit via detail-maatregelen worden bereikt - er zit aan een persoon, organisatie of werksoort

niet een afzonderlijk verzuim-regelknopje dat men slechts hoeft bij te stellen. Voor wezenlijke daling van het ziekteverzuim zal een scala van maatregelen nodig zijn die gezamenlijk een integraal pakket vormen, en in sommige opzichten vrij ingrijpend kunnen zijn. Verschillende van de aanbevelingen moeten gezien worden in nauwe samenhang met andere aanbevelingen, en zouden als losstaande maatregel weinig of wellicht zelfs negatief effect kunnen sorteren.

Ten vierde staat voorop dat aan deze verschillende personen en instanties de *middelen* tot verzuimbeleid aangereikt moeten worden; de aanbevelingen die in dit hoofdstuk zijn neergelegd hebben daarop betrekking. Daarbij doet zich echter de vraag voor, in hoeverre de betrokkenen ook de *motieven* hebben om die middelen toe te passen. Wij willen daarbij het volgende aantekenen.

Het zal in de volgende aanbevelingen duidelijk worden dat wij op verschillende punten bepaalde investeringen gewenst achten (bijv. in materiële werkomstandigheden, in scholing en deskundigheidsbevordering, in sociaal-medische begeleiding) waarmee geld gemoeid is. Zulke investeringen zouden door afzonderlijke instellingen en/of op centraal niveau gedaan moeten worden. Nu hebben dergelijke investeringen zekere immateriële opbrengsten: de "winst" van een meer professioneel en bij de instellingen betrokken werknemersbestand bijvoorbeeld is van niet te onderschatten belang.

Echter, mede in het licht van de financiële omstandigheden en van het toenemend efficiency-besef moet worden opgemerkt dat het bedrijfseconomisch rendement van zulke investeringen een probleem kan vormen. Dit geldt bepaald niet alleen voor de gezinsverzorging; zoals eerder vermeld constateren ook medewerkers van het GAK-project "verzuimadvisering" dat de bereidheid van bedrijven om te investeren in verzuimbeleid beperkt is doordat de opbrengsten in termen van besparing op loonkosten relatief gering zijn (Bakker e.a., 1986). Een daling van het ziekteverzuim leidt niet direct tot financieel voordeel voor de afzonderlijke instellingen of voor de sector gezinsverzorging, omdat de baten (in de vorm van premieverlaging) worden gespreid over grotere gehelen, nl. de BVG-sector als totaal. Overwogen kan worden een stelsel te ontwikkelen waarbinnen de opbrengsten van verzuimbeleid meer direct ten bate van de desbetreffende instellingen komen, zodat ook het bedrijfseconomisch rendement van verzuimbeleid duidelijker wordt.

11.2 Algemene aspecten van het verzuim

Het ziekteverzuim in de gezinsverzorging is hoog, en is dat al sinds jaren. Het verzuimpercentage van uitvoerend personeel is in de laatste tien jaren steeds hoger dan 10 % geweest. Sinds 1984 is er bovenop het toch reeds hoge niveau een verdere stijging waar te nemen. Het geschatte verzuimpercentage van uitvoerenden in 1987 bedraagt 12.6 %.

Het hoge verzuim is derhalve geen conjunctureel verschijnsel, zodat ook verklaringen voor het verzuim niet in kortstondige factoren gezocht moeten worden. Zo zijn verwijzingen naar bezuinigingen, die in het kader van het verzuim soms te beluisteren vallen, zeker niet een voldoende verklaring - al is op voorhand niet uit te sluiten dat deze een rol spelen in de verzuimstijging van de laatste jaren. Er moeten echter meer structurele factoren werkzaam zijn die het hoge verzuim door de jaren heen kunnen verklaren. Dit hoofdstuk beschrijft met name zulke meer structurele factoren en poogt aanbevelingen voor remedies te geven.

Een tweede belangrijk gegeven is dat het hoge verzuimpercentage vrijwel geheel voor rekening komt van de lange duur van verzuimgevallen, en niet of nauwelijks van het aantal ziekmeldingen. De verzuimfrequentie in de gezinsverzorging is niet hoger dan die van vrouwen in andere sectoren. Van het totaal aantal ziekte-dagen wordt ongeveer twee-derde veroorzaakt door ziektegevallen van langer dan zes weken. Relatief vaak monden verzuimgevallen uit in de WAO. Onder jongeren in de gezinsverzorging (< 35 jaar) is de WAO-incidentie ca. vier maal zo hoog als onder hun leeftijdgenotes in de rest van de BVG-sector; onder ouderen ongeveer 1.5 maal zo hoog.

Dit impliceert dat twee soorten verklaringen nodig zijn. Ten eerste antwoorden op de vraag: "Waardoor worden werknemers (langdurig) ziek?". Deze vraag, hoe belangrijk ook voor preventie van verzuim, moet echter aangevuld worden met een tweede: "Waarom komen de zieken pas zo laat, of geheel niet, weer aan het werk?".

Het verzuim in de gezinsverzorging blijkt vooral te localiseren bij het uitvoerend personeel - waarmee niet gezegd is dat bij management, leiding en administratie het verzuim laag zou zijn, maar toch zeer duidelijk lager dan dat van uitvoerenden. Bovendien leggen de uitvoerenden, die meer dan 90 % van het personeel omvatten, veruit het grootste gewicht in de schaal.

Binnen het uitvoerend niveau blijkt het verzuim echter slechts weinig te verschillen naar persoons- en functiekenmerken. Daarin wijkt de gezinsverzorging duidelijk af van andere sectoren. Kenmerken die in andere sectoren wel een duidelijk verband vertonen met verzuim, blijken in deze sector van verwaarloosbaar belang. Dat geldt zelfs voor een kenmerk als de leeftijd, die vrijwel altijd sterk van invloed is op verzuim (ouderen hebben gewoonlijk het hoogste verzuim): in de gezinsverzorging is het verzuim onder ouderen en jongeren vrijwel even hoog. Ook andere kenmerken - bijv. dienstjaren, functie (helpende versus verzorgende), aantal werkuren per week - hebben vrijwel geen samenhang met het verzuim. Het verzuimrisico is derhalve *breed* verspreid in de gezinsverzorging; het is te beschouwen als een algemeen risico voor de beroepsgroep als geheel, dat niet nader te localiseren is bij bepaalde deelgroepen.

De zeer geringe invloed van persoons- en functiekenmerken levert een volgende belangrijke conclusie op. De opbouw van de beroepsbevolking in de gezinsverzorging is op diverse kenmerken een zeer specifieke (vrijwel alleen vrouwen, gemiddeld hoge leeftijd, zeer veel parttime werk), maar die opbouw verklaart *niet* het hoge verzuim in deze sector, om de eenvoudige reden dat het verzuim niet met deze kenmerken samenhangt. Bijvoorbeeld: al zouden in de gezinsverzorging veel meer jongeren werken dan nu het geval is, dan zou het verzuim daardoor nauwelijks veranderen, aangezien jongeren in deze werksoort een ongeveer even hoog verzuim hebben als ouderen.

Ook het aandeel van zwangerschaps- en bevallingsverlof in het "ziekte"verzuim verklaart niet het hoge verzuim in deze sector - integendeel. Als gevolg van de leeftijdsopbouw is in de gezinsverzorging het aandeel van zwangerschaps- en bevallingsverlof juist veel geringer dan onder vrouwen in andere sectoren.

Wel lijkt het opleidingsniveau enige verklaring te bieden voor het hoge verzuim: het merendeel van de uitvoerenden heeft geen vakopleiding genoten. Ook in andere sectoren blijken ongeschoolde werkneemsters een naar verhouding hoog verzuim te hebben. Beperkt men de vergelijking tussen gezinsverzorging en andere sectoren tot de categorie ongeschoold en laaggeschoold personeel, dan is de gezinsverzorging daarbinnen veel minder afwijkend dan wanneer men de totaalcijfers vergelijkt.

Feit blijft dat het verzuim in deze sector minder gebonden is aan persoons- en functiekenmerken dan in andere sectoren. De organisatie-gebondenheid daarentegen is in de gezinsverzorging sterker dan elders. Sommige instellingen hebben een verzuimpercentage van rond de 6 %, andere rond de 20 %. Met name in grote instellingen in de grote steden (twee kenmerken die vaak met elkaar samengaan) is het verzuim relatief hoog. Bij nadere analyse blijkt vooral het middellange verzuim (verzuimgevallen van 8-42 kalenderdagen) sterk instellingsgebonden te zijn. De verzuimfrequentie is in de gezinsverzorging eveneens organisatie-gebonden, doch - in tegenstelling tot het verzuimpercentage - niet in sterkere mate dan elders.

Uit diagnose-gegevens blijkt dat langdurig verzuim in de gezinsverzorging relatief vaak wordt veroorzaakt door aandoeningen van het bewegingsapparaat - rug, gewrichten, spieren - en minder vaak door psychische aandoeningen (de twee diagnosecategorieën die samen ca. 70 % van het langdurig verzuim omvatten). Met name onder ouderen is het aandeel van "bewegingsstelsel" relatief groot. Onder jongeren hebben de psychische aandoeningen (meestal aan te duiden als stress-reacties of 'surmenage') de overhand. Het feit dat het *relatieve* aandeel van klachten van het bewegingsapparaat groot is moet wel in relatie gezien worden met het feit dat het *aantal* langdurige ziektegevallen in de gezinsverzorging naar verhouding groot is. In deze sector komen psychische klachten dus, in absolute zin, niet minder vaak voor dan elders (integendeel zelfs), maar klachten van het bewegingsapparaat komen in absolute zin nog veel vaker voor, met name onder ouderen en werknemers met een kleine parttime baan. Opmerkelijk is dat, evenals bij het verzuimpercentage, ook bij de diagnose-verdeling geen wezenlijk verschil is aan te tonen tussen helpenden en verzorgenden: corrigeert men voor de verschillen in leeftijd en contractomvang, dan ligt bij helpenden en verzorgenden in gelijke mate de nadruk op klachten van het bewegingsstelsel.

11.3 De werkbelasting

Huishoudelijke werkzaamheden vormen een niet weg te denken kern van de werksoort. Deze werkzaamheden blijken echter tevens een bron van (over)belasting te zijn, zeker wanneer zij frequent (bij vele cliënten per week, maar vooral per dag), en/of langdurig (gedurende vele dienstjaren), worden uitgevoerd - veelal binnen huishoudens waarvan de ergonomische kwaliteit en de materiële uitrusting beperkt zijn. Huishoudelijk werk is fysiek zwaar werk, en extra zwaar bij herhaling van werkzaamheden. Daar komt bij dat veruit de meeste uitvoerenden (nl. 85 %) naast een of meer cliënt-huishoudens ook alle of de grootste verantwoordelijkheid dragen voor het eigen huishouden.

Vrijwel alle uitvoerenden verrichten huishoudelijk werk, met name gangbare huishoudelijke taken als stofzuigen, bedden opmaken, ramen lappen, de was doen en het wasgoed strijken. Daarin verschillen helpenden en verzorgenden ook nauwelijks van elkaar. Verzorgsters hebben gemiddeld weliswaar meer verzorgende/begeleidende taken dan helpsters, maar die taken komen niet in plaats van doch *naast* het huishoudelijk werk. Dit gegeven maakt inzichtelijk waarom klachten van het bewegingsapparaat zo frequent voorkomen, en waarom dat bij zowel verzorgenden als helpenden het geval is.

Bij preventie van ziekteverzuim dient dan ook grote aandacht te worden besteed aan de fysieke werkbelasting en arbeidsomstandigheden.

Aanbeveling 1: Het is gewenst om in beginsel *minimum-normen te bepalen voor de werkuitrusting en veiligheid van de werkplek van uitvoerenden*. Dit impliceert een zekere normering van cliënt-huishoudens, die immers de directe werkplek van uitvoerenden vormen. (De verantwoordelijkheid die werkgevers uit hoofde van de Arbo-wet dragen voor de werkplek van werknemers strekt zich ook uit tot werkplekken buiten het eigenlijke bedrijf.) Te denken valt aan zaken als hoogte van bedden bij bedlegerige cliënten, aanwezigheid en kwaliteit van werkmateriaal (bijv. stofzuiger met lange stang, veilig type huishoudtrap), veiligheid (bijv. geaarde apparatuur in 'natte ruimten'). Beoordeling van deze aspecten hoort *integraal onderdeel te zijn van intake en (her)indicatie*. Waar een cliënt-huishouden niet aan de normen voldoet, dient de nodige aanpassing onderdeel te zijn van de geboden hulpverlening. Elke instelling zou daartoe een *afdeling huishoudelijke voorzieningen* kunnen hebben, met daarbinnen o.m. een *depot van huishoudelijke apparatuur* die waar nodig aan cliënt-huishoudens ter beschikking wordt gesteld. Deze voorzieningen zouden, ook qua financiering, integraal onderdeel van het hulpverleningspakket kunnen vormen.

Aanbeveling 2: Bij de indicatiestelling en werkplanning is meer ruimte gewenst voor de afweging, in hoeverre bepaalde *deeltaken uit te besteden zouden zijn*. Kan het ramen lappen niet deels aan een glazenwasser worden overgelaten? Kan de was wellicht de deur uit? Is voor maaltijdvoorziening mogelijk een voorziening in de regio beschikbaar (tafeltje-dek-je); idem voor de boodschappenvoorziening; en zo niet, kan een instelling daarin zelf gaan voorzien, bijv. als onderdeel van de in aanbeveling 1 genoemde afdeling huishoudelijke voorzieningen? Er kunnen goede redenen zijn om toch te besluiten sommige werk niet uit te besteden, maar momenteel komt deze afweging slechts zelden ter sprake. Het zou wenselijk zijn dat de *financieringsystematiek* ruimte gaat scheppen voor *"uitwisseling" tussen personeelskosten van uitvoerenden en kosten van uitbesteding van werk*.

Bij de gegeven fysieke belasting komt dat sommige uitvoerenden, al dan niet uit vrije wil, een zwaardere werklust aangaan ("onbetaald overwerk") dan op grond van de indicatie nodig zou zijn. Een complicatie daarbij is dat velen zich waarschijnlijk niet realiseren hoezeer de fysieke belasting door huishoudelijk werk, en dus ook de extra belasting door het doen van extra werk, op de lange duur (na verloop van soms vele jaren) de gezondheid kan schaden. Ook het maken van een dagelijks of wekelijks werkplan, waarin afwisseling in soort belasting wordt aangebracht (bijv. staand en zittend werk afwisselen; niet bij *alle* cliënten op dezelfde dag stofzuigen) kan de fysieke werklust zo niet verminderen, dan toch beter spreiden. Het belang van beperking en spreiding van zwaar werk wordt, zo blijkt uit de werknemers-enquête, door lang niet alle uitvoerenden gezien.

Aanbeveling 3: Basiskennis van ergonomie, waaronder een periodiek herhaalde cursus tilvaardigheid, en van mogelijke risico's van huishoudelijk werk *is een vereiste voor alle personeelsleden in de gezinsverzorging*. Het is gewenst hierover indringend voorlichtingsmateriaal te produceren, bijv. in de vorm van een video-film, gericht op uitvoerenden. Indringendheid is nodig omdat sommige risico's zich pas op langere termijn manifesteren in gezondheidsklachten (er ligt hier een analogie met ongezonde leefwijzen, die wegens hun "uitgesteld" effect eveneens indringende methodieken van voorlichting vergen). Aan uitvoerenden dient voorlichting te worden gegeven over het belang van eigen werkplannen per dag en per week, waarin een zekere spreiding van werkzaamheden wordt aangehouden.

De totale fysieke belasting wordt tevens beïnvloed door het aantal werkuren per week en (samenhangend daarmee) het aantal werkadressen. Echter, het *gemiddeld* aantal uren c.q. adressen per werknemer in de gezinsverzorging lijkt niet zo groot dat daaruit het hoge verzuim verklaarbaar is. In ons onderzoek bleek full-time uitvoerend werk, en het werken

op meer dan drie à vier adressen per week, slechts vrij zelden voor te komen. Binnen de meest voorkomende range van 6 tot 32 uur per week en 1 tot 3 werkadressen per week varieert het verzuim niet sterk. Wel wordt het werken op meerdere adressen per *dag* - soms zelfs per dagdeel - vaak als belastend ervaren, althans in de traditionele vormen van zorg (bepaalde nieuwere vormen, zoals de wijkbejaardenzorg, brengen vanzelfsprekend een groter aantal adressen per dag mee, zonder dat dit als overbelastend beschouwd moet worden).

Dit betekent niet dat het aantal uren en adressen ongelimiteerd kan worden opgevoerd; het is echter moeilijk om op grond van dit onderzoek harde bovengrenzen aan te geven. Extreme gevallen dienen echter vermeden te worden.

Aanbeveling 4: Het is ongewenst dat uitvoerenden 100 % van hun contractomvang worden ingezet op uitsluitend uitvoerende werkzaamheden. Andere taakbestanddelen, zoals onderling overleg, deskundigheidsbevordering en (boven zekere grenzen) reistijden, vormen integraal onderdeel van het functioneren. Voor deze bestanddelen, die als "indirect productieve tijd" te beschouwen zijn, dient binnen de reguliere contractomvang en binnen de normale werktijden ruimte aangebracht te worden. In het bijzonder bij full-time uitvoerenden, voor wie de belasting door huishoudelijke werkzaamheden groot is, is dergelijke ruimte gewenst. Voor hen is het aan te bevelen om - naast de genoemde taakelementen - mogelijkheden tot andere *aanvullende werkzaamheden* te zoeken (bijv. in de organisatorische of administratieve sfeer), zodat het aantal uren zuiver uitvoerend werk beperkt blijft tot in de orde van grootte van 32 uur per week.

Aanbeveling 5: Er dienen ten behoeve van de werkplanning in beginsel normen te worden ontwikkeld voor het aantal werkadressen per week en per dag, welke alleen tijdelijk en/of alleen na voorafgaand overleg met de betrokken uitvoerende kunnen worden overschreden. Dergelijke normen zullen uiteraard gedifferentieerd moeten zijn naar contractomvang, alsmede naar de aard van de functie c.q. het type hulpverlening. Op grond van dit onderzoek is niet cijfermatig aan te geven bij welke aantallen uren/adressen zulke normen behoren te liggen. Wel blijkt het mogelijk om binnen instellingen in onderling overleg te komen tot richtlijnen op deze punten; alleen al het bestaan van zulke richtlijnen kan een goede stimulans vormen voor zorgvuldige planning.

De reistijden die een uitvoerende moet maken - zowel van thuis naar cliënt als eventueel tussen cliënten onderling - blijken duidelijk van invloed op het verzuim: hoe meer reistijd, hoe hoger verzuim. Dit kan worden beschouwd als een vorm van fysieke werkbelasting, temeer omdat er meestal per fiets of te voet wordt gereisd (ongeacht de weersomstandigheden). Ook blijken tussen instellingen significante verschillen in reistijden te bestaan, die van invloed zijn op het totale verzuim van die instellingen. Ten dele zijn reistijden een onvermijdelijk gevolg van de geografische omstandigheden, ten dele zijn zij door adequate werkplanning te beïnvloeden.

Aanbeveling 6: In de werkplanning is uitdrukkelijke aandacht gewenst voor de reistijden. Reistijden van huis naar cliënten dienen boven een zeker maximum, en reistijden van cliënt naar cliënt in hun geheel, *beschouwd te worden als werktijd* die een der reguliere onderdelen van het takenpakket vormt. Zulke reistijden zouden dan ook binnen de reguliere contractomvang ingepast behoren te worden (vgl. aanbeveling 4).

De voorgaande punten betreffen aspecten van de fysieke werkbelasting. Daarnaast is de psychische belasting van het werk in de gezinsverzorging een belangrijke factor achter het ziekteverzuim. Grotendeels is deze belasting - bijv. het solitair werken, omgang met soms "lastige" cliënten - dusdanig inherent aan deze werksoort dat directe verlichting ervan niet mo-

gelijk is; in plaats daarvan kan men zich beter richten op verhoging van de *belastbaarheid* van het personeel, waarop wij later zullen ingaan. Er zijn echter ook aspecten van de psychische werkbelasting die wel voor verlichting in aanmerking komen. Dat betreft de variatie in werkbelasting, het minimaliseren van de kans op rolconflicten en het tegengaan van werk dat als nutteloos of overbodig wordt gezien.

Aanbeveling 7: In de werkplanning van uitvoerenden dient zo veel mogelijk *variatie over en afwisseling van soorten werkbelasting* te worden ingebouwd. Verschillende "soorten" cliëntsituaties dienen zo veel mogelijk naast en na elkaar voor te komen in het totale werkpakket van een individuele uitvoerende. Naast een zorgvuldige werkplanning door de leidinggevende en/of het team van uitvoerenden kunnen daarbij een *systematische roulatie en het elimineren van "één-client-situaties"* behulpzaam zijn. Bij roulatie moet dan niet aan hoog-frequente wisselingen worden gedacht, maar in ordes van grootte van 9 à 12 maanden, terwijl dit ook niet als wet van Meden en Perzen gezien moet worden: afwijkingen van rotatie-schema's moeten in dringende gevallen uiteraard mogelijk blijven.

Rol-conflict en rol-onduidelijkheid zijn in de literatuur veel genoemde bronnen van psychische belasting. In dit onderzoek bleek vooral *rolconflict* - onderling strijdige taken, tegenstrijdige opdrachten bijv. van leidinggevende versus cliënt, het werk anders moeten doen dan men zelf zou willen - van belang te zijn voor verzuim. Het directe belang van *rol-onduidelijkheid* voor verzuim is niet groot, maar langs een indirecte weg is onduidelijkheid wel van invloed: deze vormt nl. een conditie waaronder rolconflict makkelijker kan gedijen.

Aanbeveling 8: Volstrekte *duidelijkheid over het takenpakket* dat bij elke cliënt moet worden verricht is uiterst gewenst. Daarbij valt schriftelijke *specificatie* van taken te overwegen, inclusief de frequentie waarmee bepaalde werkzaamheden zullen worden gedaan. Dit is geen pleidooi voor een onpersoonlijk keurslijf, maar voor een minimale duidelijkheid tussen cliënt, uitvoerende en leidinggevende; ontbreken van zulke duidelijkheid blijkt risico's van overbelasting en/of rolconflict met zich te brengen, alsmede problemen bij overdracht van cliënten. Bij wisseling van uitvoerende binnen een cliënt-situatie is het gewenst dat de "oude" en "nieuwe" uitvoerende met elkaar een *overdrachts-gesprek* hebben om onderling duidelijkheid te scheppen over eventueel gegroeide informele praktijken, o.a. teneinde "overvragen" door cliënten te voorkomen.

Is eenmaal een duidelijke taakspecificatie opgesteld - te beginnen bij de intake - dan mag van uitvoerenden vervolgens worden gevergd dat zij zich aan het geïndiceerde takenpakket houden; van leidinggevendens mag worden verwacht dat zij uitvoerenden steunen ingeval cliënten "overvragen". Uitvoerenden dienen gestimuleerd te worden in het vermijden van substantiële hoeveelheden onverplicht overwerk.

Aan uitvoerenden kan een grotere rol dan nu worden toebedeeld bij het *toetsen van eenmaal gestelde indicaties*. Zij zijn immers degenen die in de dagelijkse praktijk als eerste zicht hebben op de adequaatheid van gestelde indicaties en op eventuele toe- of afname van de hulpbehoefte. Zowel een te krappe indicatie (die bijv. tot voortdurend "overvragen" kan leiden) als een te ruime (waarbij de geboden hulp door de uitvoerende als overbodig wordt gezien) moeten door uitvoerenden vrijelijk gemeld kunnen worden aan de leidinggevende, en zo nodig door her-indicatie worden gevolgd.

Bij het punt van te ruime indicaties merken wij op dat het werken bij cliënten waar (naar het gevoel van de uitvoerende) in feite nauwelijks hulp nodig is, als zeer frustrerend kan worden ervaren. Waar een der belangrijkste redenen voor voldoening van het werk bestaat uit het gevoel 'nodig

te zijn' (werknemers-enquête), is het begrijpelijk dat werken waar geen hulp nodig is een van de meest genoemde demotiverende aspecten van het werk vormt. Overigens is niet alleen de psychische frustratie hierbij van belang, maar zal ook de hervattingsdrempel hoger zijn wanneer men het nut van het eigen werk niet ziet. Dit alles verklaart tevens waarom werken bij ernstig zieke cliënten - vaak beschouwd als extra belastend werk - niet samengaat met hoger verzuim; de noodzaak en het nut van de hulp zijn duidelijk. Op instellingsniveau blijkt dat naarmate er meer gewerkt wordt bij ernstig zieken, het verzuim zelfs lager is.

De mate van 'overbodige' hulp lijkt ook per instelling te verschillen, mogelijk als gevolg van verschillen in afweging van indicaties en/of in budgettaire ruimte. Wat dit betreft is een zekere toetsing/harmonisatie van indicatiestelling tussen instellingen het overwegen waard.

11.4 De belastbaarheid

De arbeidsbelasting in de gezinsverzorging is in bepaalde opzichten hoog, hetgeen één der algemene oorzaken is van het hoge verzuim in deze sector. Een hoge werkbelasting leidt echter niet noodzakelijkerwijs tot hoog verzuim. Indien de belastbaarheid van het personeel eveneens hoog is, is de resulterende "functionele belasting" dragelijk. De oorzaak van het verzuim in de gezinsverzorging moet dan ook mede gezocht worden in de sfeer van de belastbaarheid.

Voor het formuleren van aanbevelingen is dit een belangrijk punt. Immers, directe beïnvloeding van werkbelasting is in dienstverlenende sectoren maar beperkt mogelijk. Een zekere mate van fysieke en geestelijke belasting is en blijft inherent aan de gezinsverzorging. Huishoudelijk werk en de omgang met cliënten - waaronder ook "lastige" - zijn niet weg te denken elementen, hoezeer men ook pooft deze belasting te beperken of in de tijd te variëren en te spreiden (zie 11.3). Daarom moet ter beperking van het ziekteverzuim, behalve aan vermindering van belastende aspecten, groot belang gehecht worden aan het verhogen van de belastbaarheid. Er zijn enkele clusters van aspecten waarop de belastbaarheid van het personeel in de gezinsverzorging te wensen overlaat. Wij zullen deze achtereenvolgens bespreken en voor elk ervan enige aanbevelingen formuleren.

11.4.1 Professionaliteit

Werknemers in de gezinsverzorging verrichten hun werk over het algemeen met grote bewogenheid en met betrokkenheid bij de eigen cliënt. Dit is een groot goed. Die liefde en inzet voor het werk kunnen soms wel ten koste gaan van professionaliteit (d.w.z. het besef dat, naast persoonlijke betrokkenheid, het werk in de gezinsverzorging tevens een beroep is). Voor de belastbaarheid is het ontbreken van een beroepsmatige houding niet bevorderlijk. Wie niet kan terugvallen op een beroepsrol heeft daaraan ook geen steun en zal in de omgang met nieuwe cliënten steeds weer opnieuw een "rol" moeten ontwikkelen. De persoonlijke verhouding tussen cliënt en uitvoerende wordt daarmee nog meer doorslaggevend dan zij in dienstverlenende beroepen toch al is. Het begrip "rolonduidelijkheid" dat in 11.3 reeds werd aangevoerd heeft mede betrekking op het gemis van een *beroepsrol*. Ook bij cliënten ontbreekt veelal een beeld van zo'n beroepsrol; in plaats daarvan hanteert men vaak het beter bekende beroepsbeeld van "werkster", een aanduiding die door uitvoerenden vaak wordt vernomen en als grievend wordt ervaren. Een dergelijke "rolverwisseling" werkt ook potentieel rolconflict in de hand: een werkster is qua gezagsverhouding nu eenmaal niet dezelfde als een professioneel hulpverlener.

Aanbeveling 9: Het uitvoerend werk in de gezinsverzorging dient meer dan nu het geval is te worden beschouwd als c.q. ontwikkeld tot een beroep. De gewenste professionalisering impliceert een groot aantal aspecten, met name:

- a. *beroepsrol en -deskundigheden:* Scholing en deskundigheidsbevordering kunnen hiertoe bijdragen; daarop wordt in aanbeveling 10 teruggekomen. Ontwikkeling van en identificatie met een beroepsrol kan voorts worden gestimuleerd door *onderling collegiaal contact* en door (collectieve of individuele) *abonnementen op vaktijdschriften*. Wat deze laatste betreft, het gaat hier niet slechts om de informatieve waarde van vaktijdschriften, maar ook om de symbolische. Het overnemen van interessante artikelen in het personeelsblad van een instelling - vaak genoemd als goedkoop alternatief voor abonnements - voorziet juist niet in die symbolische waarde, nl. dat men een echt beroep heeft waar ook echte vakbladen voor bestaan.
- b. *enige distantie van individuele cliëntsituaties:* een beroep houdt ook in dat men in uiteenlopende cliëntsituaties toch volgens meer algemene gedragsregels te werk gaat. Zonder dat dit tot onpersoonlijke omgang met cliënten hoeft te leiden betekent dit een zekere distantie van individuele cliënten, o.m. om het risico van "onbetaald overwerk" en van het ontstaan van geheel eigen, persoonlijke werkwijzen (waardoor men onvervangbaar wordt) te verminderen. Enige distantie kan worden gestimuleerd door elke uitvoerende in *meerdere cliëntsituaties na elkaar (roulatie) en/of naast elkaar (meer dan één cliënt per week)* te plaatsen, *mits* dit gepaard gaat met adequate ondersteuning (diplomering, deskundigheidsbevordering, werkbegeleiding, onderling contact, goede overdracht van cliënten) en met directe betrokkenheid van uitvoerenden bij het maken van de werkplanning.
- c. *minimale omvang van contracten:* het lijkt onmogelijk om werkzaamheden die gedurende slechts bijv. 6 of 9 uur per week worden verricht te laten beschouwen als een volwaardig beroep. Bovendien is bij een dergelijke weektaak de benodigde investering in o.a. diplomering, deskundigheidsbevordering, begeleiding en overleg niet of nauwelijks rendabel te maken. *In principe is een ondergrens voor de contractomvang gewenst;* daarbij dienen niet alle aanstellingsuren per definitie aan direct uitvoerende werkzaamheden besteed te worden maar behoort binnen de contractuele weektaak enige ruimte voor taak-elementen als overleg, deskundigheidsbevordering etc. standaard te zijn (zie aanbeveling 4). Overigens verdienen uren die aan laatstgenoemde elementen worden besteed - elementen die als noodzakelijk onderdeel van de functie te beschouwen zijn - een positiever benaming dan de huidige verzamelterm "improductieve uren".
- d. *uiterlijke herkenbaarheid van het beroep:* bepaalde uiterlijkheden als insignes en wellicht uniforms kunnen bij de uitvoerende zelf, bij collega's en bij de buitenwereld helpen om een beroeps-identiteit op te bouwen. Ook in *naamgeving* van het werk kan de herkenbaarheid versterkt worden. In het bijzonder de huidige benaming "helpster" is een weinig gelukkige: het woord zelf heeft reeds dezelfde klank als "werkster" en wekt ondergeschikte, zelfs wat denigrerende associaties. Een *algemene benaming als verzorgster* voor alle uitvoerenden (waarbinnen dan te differentiëren zou zijn naar ongediplomeerd/gediplomeerd/gespecialiseerd) verdient de voorkeur - en zou ook gezien de niet zeer grote verschillen in werkzaamheden tussen helpsters en verzorgsters gerechtvaardigd zijn.

Aan deze aanbevelingen voegen wij een enkele opmerking toe. Professionalisering is een geveulegeld begrip in de gezinsverzorging, maar wordt dan meestal opgevat als professionalisering van het *uitvoerend* werk. Dit is een te beperkte opvatting. Het werken volgens bepaalde beroepsmatige, uitgewerkte richtlijnen is ook een kenmerk van organisaties als totaal. In hoofdstuk 10 werd beschreven dat enkele, soms paradoxale, uitkomsten van het onderzoek te interpreteren zijn in termen van de mate van professionaliteit van *instellingen* als zodanig. Verschillen in verzuim tussen instellingen worden mede veroorzaakt doordat sommige instellingen een veel professioneler, uitgewerkte interne organisatie en/of een sterkere interne sociale cohesie hebben dan andere.

11.4.2 Scholing en deskundigheidsbevordering

De zeer lage scholingsgraad in de gezinsverzorging is een der weinige punten die reeds in de statistische analyses als verklarende factor naar voren kwam: ongeschoolden hebben in het algemeen een relatief hoog verzuim, maar terwijl dit in andere sectoren een minderheid van de werknemers betreft gaat het in de gezinsverzorging om de ruime meerderheid. De nauwe relatie hiervan met het gebrek aan een beroepsrol moge duidelijk zijn. Ietwat gechargeerd is het beeld vaak - helaas ook bij potentiële nieuwe werknemers - dat als honderdduizenden huisvrouwen thuis (zonder vooropleiding) een huishouden kunnen verzorgen, men dit zonder meer ook wel in een aantal cliënt-huishoudens zal kunnen.

Vooropleiding en deskundigheidsbevordering lijken in dat licht meer luxe dan noodzaak. Voor zover dit wellicht enkele decennia geleden al het geval was, dan toch zeker niet meer nu en in de komende decennia.

Hierbij is op te merken dat een formele *vooropleiding*, blijkens ons onderzoek, meer effect op het ziekteverzuim heeft dan interne deskundigheidsbevordering. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt doordat in veel gevallen de deskundigheidsbevordering nogal vrijblijvend is opgezet. Dat laatste wordt mede in de hand gewerkt door de toenemende tijdsdruk op zowel uitvoerend als leidinggevend personeel.

Aanbeveling 10:

- a. Een basiscursus voor alle uitvoerenden, waarmee wordt opgeleid tot een *erkend basis-diploma*, is gewenst. Een dergelijk diploma, dat overigens geen "zwaar" diploma hoeft te zijn, behoeft niet in een vooropleiding behaald te worden maar kan in de loop van de eerste een à twee jaar van het dienstverband worden behaald, zodat de opleiding tevens een (verlengde) introductieperiode inhoudt.
- b. Voor alle uitvoerenden dient een systeem van *verplichte, periodieke deskundigheidsbevordering* te gelden. Dit is niet alleen in het belang van de professionalisering, maar heeft ook andere voordelen. Deskundigheidsbevordering in groepsverband kan een belangrijk *middel tot onderling sociaal contact* zijn in een functie die voor het overige sterk solitair wordt uitgeoefend. Nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen binnen de werksort rechtvaardigen een *geregelde bijscholing*, zodat niemand "achterop raakt". Bij sommige basis-vaardigheden blijkt het nodig, periodiek een *herhalingscursus* te doen; met name op het punt van tillen/bukken/(lichamelijke) werkhouding valt men anders al spoedig terug in oude, verkeerde gewoonten. Tenslotte kan deskundigheidsbevordering ook gezien worden als *periodieke "hersteltijd"* na een zekere periode van voornamelijk uitvoerend werk. Wanneer standaard gewerkt zou worden met roulatie-schema's zoals eerder aanbevolen, is het relatief eenvoudig om binnen die schema's periodiek ruimte voor deskundigheidsbevordering in te lassen.
- c. Naast algehele deskundigheidsbevordering voor allen verdient ook het volgen van *bestaande, erkende opleidingen* door individuele werknemers gestimuleerd te worden. Voor zover het hier opleidingen betreft die ook op andere segmenten van de arbeidsmarkt waarde hebben, moet wel gewaakt worden voor "brain drain" (d.w.z. het vertrek van pas-gediplomeerden naar betere functies).

11.4.3 Personeelsaanbod

Een kwantitatief en/of kwalitatief te gering personeelsaanbod blijkt een van de belangrijkste determinanten van het ziekteverzuim te zijn, zodat hieraan door ons een bijzonder belang gehecht wordt. Wanneer het aanbod dusdanig gering is dat er nauwelijks meer selectie op geschiktheid mogelijk is, raakt op den duur de belastbaarheid van het personeelsbestand als totaal in het gedrang. Verschillen in verzuim tussen instellingen hangen inderdaad mede samen met verschillen in het personeelsaanbod ter plaat-

se (en dan vooral de kwaliteit van het aanbod).

Het personeelsaanbod blijkt regionaal sterk te kunnen variëren; ook binnen het werkgebied van één instelling blijken soms aanzienlijke variaties voor te komen. Eén van de mogelijke oorzaken daarvan is de rol van het "imago" van de gezinsverzorging. Waar in de ene regio de gezinsverzorging te boek staat als nuttig, dankbaar werk (hetgeen blijkens de werknemers-enquête een belangrijke motivatie is om in deze sector te gaan werken) kan in andere regio's het beeld ontstaan dat het vooral zwaar, onaangenaam werk betreft.

Een gebrekkig personeelsaanbod is een omstandigheid die vooral op langere termijn een effect op ziekteverzuim heeft. Indien het waar is dat het personeelsaanbod voor deze werksoort allengs verslechtert - een stelling die door ons niet kwantitatief is onderzocht, maar die bij velen in het veld valt te beluisteren - is dit voor de ontwikkeling van het ziekteverzuim op langere termijn een zeer ongunstige zaak. In het kader van verzuimbeleid hechten wij daarom bijzonder belang aan verbetering van het personeelsaanbod.

Aanbeveling 11: Hoge prioriteit moet worden gegeven aan maatregelen die het personeelsaanbod voor de gezinsverzorging kunnen verbeteren, zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht.

Het kwalitatieve aspect valt grotendeels samen met hetgeen we in 11.4.2 opmerkten over diplomering en deskundigheidsbevordering. Vooral in de eerste een à twee jaar van het dienstverband is grote aandacht hiervoor gewenst mede om te voorkomen dat nieuw personeel vroegtijdig "afhaakt" (hetgeen de kwantitatieve personeelsproblemen verergert). In deze startperiode is intensieve praktijkbegeleiding, bijv. door een "mentor", gewenst. Een mentor-schap behoeft niet speciaal door leidinggevenden te worden uitgeoefend; juist ook ervaren en gediplomeerde uitvoerenden zouden hierin een taak kunnen vervullen.

Het kwantitatieve aspect is door drie strategieën te ondervangen, nl. *vergroting van het arbeidsaanbod, langer vasthouden van reeds aanwezig personeel, en het verminderen van personeelsbehoefte* in termen van het aantal personen.

a. *Vergroting van het arbeidsaanbod* is mede een zaak van *arbeidsvoorwaardenbeleid*. Momenteel recruteert de gezinsverzorging haar personeel grotendeels uit een laag- en ongeschoold segment van de arbeidsmarkt, dat dit werk niet als primaire bron van levensonderhoud nastreeft. Zodra de regio andere mogelijkheden tot bijverdiensten biedt (detailhandel, intramurale zorg, particulier huishoudelijk werk) blijkt de gezinsverzorging in die regio al gauw een gebrekkig personeelsaanbod te kennen en teruggevoerd te worden op een sterk gemotiveerde, maar meestal te kleine categorie vrouwen die zich inhoudelijk voelt aangetrokken tot verzorgende, persoonsgerichte werkzaamheden; en/of op een meer negatieve selectie van werknemers voor wie deze werksoort de enige is waar men als ongeschoolde een parttime dienstverband kan krijgen. *Verbetering van arbeidsvoorwaarden* tot een niveau dat concurrerend is met "aanpalende" sectoren is gewenst om voor de gezinsverzorging een ruimer arbeidsaanbod te scheppen - nu en vooral in de toekomst, mede in het licht van de toenemende behoefte aan extramurale zorg in de komende decennia.

Naast arbeidsvoorwaarden speelt het *imago van de gezinsverzorging* een rol. Naar onze indruk heeft dit beroep (voorzover het al beschouwd wordt als een beroep, zie boven) weinig positieve uitstraling en weinig bekendheid. Een public relations-campagne in enigerlei vorm zou daarin verbetering kunnen brengen, *mits* er een reële basis is om een positief beeld van werken in de gezinsverzorging te vormen. Een aantal aanbevelingen heeft overigens als neven-bedoeling om niet alleen het werk voor het nu aanwezige personeel zo aantrekkelijk en bevredigend mogelijk te maken, maar indirect ook een ruimer arbeidsaanbod te kweken.

Bij dit alles valt op dat tot op heden de gezinsverzorging voor het arbeidsaanbod bijna geheel is aangewezen op vrouwen. Het ligt voor de hand om,

waar het aanbod van vrouwen tekort schiet, de mannelijke arbeidsmarkt aan te spreken.

- b. *Langer vasthouden van personeel* is hopelijk mede een effect van de onder a. genoemde strategieën, maar valt ook langs andere wegen te stimuleren. Ten eerste merken we op dat personeelsverloop in deze sector - en daarmee de behoefte aan vervangende arbeidskracht - grotendeels juist veroorzaakt wordt door (langdurig) ziekteverzuim en WAO-toetreding. *Beleid ter preventie van langdurig verzuim en WAO kan dan ook zelfversterkend zijn*: door verminderde personeelsbehoefte wordt een van de oorzaken van het verzuim zelf verminderd.

Ten tweede blijken jongere werkneemsters in de gezinsverzorging vaak ontslag te nemen wanneer zij huwen of wanneer het eerste kind zich aandient. Voor hen kunnen meer mogelijkheden geschapen worden om (in deeltijd) te blijven werken. We denken daarbij met name aan *kinderopvang*. Instellingen voor gezinsverzorging zouden dergelijke opvang kunnen organiseren; ook zou het denkbaar zijn dat over dergelijke opvang, bij wijze van secundaire arbeidsvoorwaarde, regelingen in de CAO worden opgenomen. Overigens wordt ook in aanbeveling 17, vanuit een geheel andere invalshoek, nog op de kwestie van kinderopvang gewezen.

- c. *Vermindering van personeelsbehoefte* in de zin van aantallen personen is o.a. te bereiken door te *streven naar een grotere gemiddelde contract-omvang*. We doelen dan met name op terugdringen van het aantal zeer kleine contracten - hetgeen ook om andere redenen wenselijk is ten behoeve van verzuimbeleid (zie o.a. aanbeveling 9 c). Te berekenen is dat wanneer een ondergrens van 12 uur per week zou worden aangehouden, de personeelsbehoefte van de gezinsverzorging - gerekend in aantallen personen - met naar schatting 10% zou dalen; bij een ondergrens van 16 uur met 19%. Dit is uiteraard slechts een theoretische berekening, waarin niet is verdisconteerd dat sommigen niet meer uren kunnen of willen werken dan nu. Als algemene strategie willen wij instellingen er echter op wijzen dat er ook binnen hun nu aanwezige personeelsbestand wellicht meer "rek" te vinden is om personeelsgebrek te verzachten.

In dit kader ligt de *grens voor de verplichte pensioenverzekering* vanaf 40% werktijd, i.c. 16 uur per week, op een weinig gelukkig punt. Men ziet nu een duidelijke opeenhoping van personeel precies onder die grens, op 15 uur per week. Juist onder deze 15-urigen blijkt relatief vaak een wens tot contractuitbreiding te bestaan. De kosten van pensioenpremie bij 16 en meer uren vormt een financiële drempel voor werkgevers en werknemers, die juist in de gezinsverzorging - waar vele kleine deeltijdbanen voorkomen - nadelig is voor omvang en flexibiliteit van het personeelsaanbod. Mogelijkheden om deze drempel aan te passen aan de specifieke omstandigheden in de gezinsverzorging, dan wel de financiële "schok" bij overgang van 15 naar 16 uur te verminderen, verdienen aandacht.

11.4.4 Personeelsselectie, keuring, introductie

In het veld wordt groot belang gehecht aan goede aanstellingskeuringen en personeelsselectie. In dit onderzoek kon maar weinig direct verband worden aangetoond tussen keuring/selectie en ziekteverzuim. Vrijwel alle instellingen laten (vrijwel) alle nieuwe personeelsleden medisch keuren, en dat meestal door specifieke artsen (een of enkele specifieke huisartsen, bedrijfsartsen), met wie dus overleg over medische criteria mogelijk is. Van de overige criteria voor personeelsselectie kon eveneens geen verband met het verzuim worden aangetoond, uitgezonderd de selectie op 'teamwork' die later aan de orde komt.

Toch moet de invloed van selectie, keuring en introductie hoger worden ingeschat dan op grond van vragenlijst-onderzoek zou lijken. Vele instellingen zijn pas de laatste jaren tot meer stringente (ook medische) selectie overgegaan; een effect daarvan op het verzuim is pas na verloop van jaren te verwachten, aangezien de belastbaarheid van het 'zittende' personeel daarmee niet wordt veranderd. Meer algemeen gesteld: elke factor die te

maken heeft met de instroom van *nieuw* personeel zal pas op langere termijn een zichtbaar effect op het verzuim hebben, aangezien het personeelsverloop in de gezinsverzorging niet uitzonderlijk hoog is en deze doorstroming van personeel grotendeels beperkt is tot bepaalde segmenten van het personeelsbestand.

Verder is van belang dat, zolang het personeelsaanbod in deze sector mager is, er weinig te keuren en te selecteren valt; daarop werd in 11.4.3 reeds gewezen.

Voor wat betreft de *medische keuring* moet men geen wonderen verwachten, omdat de predictieve waarde ervan beperkt is: veel uitvoerenden ontwikkelen pas na een aantal dienstjaren gezondheidsklachten die in langdurig verzuim resulteren, en van medici kan niet worden gevergd dat zij zulke klachten reeds jaren tevoren voorspellen. Niettemin is gerichte keuring met name op aspecten van het bewegingsapparaat gewenst, gezien de hoge frequentie van klachten op dat punt.

Aanbeveling 12: Het ontwerpen van een *specifiek keurings-protocol* voor uitvoerenden in de gezinsverzorging is gewenst, waarbij met name grote aandacht aan het bewegingsapparaat dient te worden geschonken. Instellingen dienen keuringen zo veel mogelijk te laten verrichten door *een of enkele artsen*, aan wie goede voorlichting wordt gegeven over de aard van het werk en met wie periodiek overleg wordt gevoerd, zodat functiegerichte keuring kan plaatsvinden.

11.4.5 Sociale ondersteuning

Onderlinge sociale ondersteuning is een thema dat in de meer theoretische (stress-)literatuur vaak wordt aangevoerd als middel om belastbaarheid te verhogen. Ook op dit punt heeft het onderzoek de theorie gestaafd. De solitaire aard van het werk is een factor die het verzuim in deze werksoort mede beïnvloedt. Sociale ondersteuning door collega's is er in de *dagelijkse* werkpraktijk (bij cliënten thuis) niet. In hoeverre men buiten het dagelijks, uitvoerend werk contact heeft met collega's hangt echter ook af van de mogelijkheden die de organisatie daartoe schept. De mate van "informele personeelsactiviteiten" in een instelling blijkt van grote invloed op het verzuim van de instelling als totaal.

Het feit dat directe collega's vaak hooguit op afstand aanwezig zijn maakt de ondersteuning door de directe chef, i.c. de leidinggevende, extra belangrijk. Gemiddeld is deze ondersteuning in de gezinsverzorging groot. Het hoge verzuim is dan ook niet toe te schrijven aan een slechte verstandhouding tussen uitvoerenden en leidinggevenenden: deze relatie is doorgaans goed.

Aangezien echter deze relatie tevens de enige organisatorische relatie is waarop een uitvoerende bij problemen kan terugvallen, is deze vorm van ondersteuning ook zeer *kwetsbaar*. Zodra hier een probleem ontstaat, heeft de uitvoerende meestal ook niemand anders om op terug te vallen. De 'sociale afstand' tussen uitvoerenden en leidinggevenenden is om die reden van invloed op het verzuim. Het feit dat instellingen waar deze afstand geringer is (af te lezen aan een hoger percentage leidsters van MBO-niveau en een hoger percentage dat vroeger als uitvoerende werkzaam is geweest) een lager verzuim vertonen, is in dit licht te begrijpen.

De kwetsbaarheid van de relatie uitvoerende-leidinggevende blijkt ook tot misverstand te kunnen leiden. Bij sommigen bestaat de (ongegronde) indruk dat ziekteverzuim in de gezinsverzorging vaak het gevolg is van "arbeidsconflicten". Dat leidt tot de indruk dat zich in de gezinsverzorging relatief vaak arbeidsconflicten zouden voordoen. Deze indruk lijkt niet terecht; wel is het zo dat *wanneer* zich conflicten voordoen, deze veel meer ingrijpend zijn dan in andere werksoorten waar de relatie uitvoerende-lei-

ingrijpend zijn dan in andere werksoorten waar de relatie uitvoerende-leidinggevende minder kwetsbaar (want minder exclusief) is.

Op het punt van sociale ondersteuning is een reeks van aanbevelingen te formuleren.

Aanbeveling 13:

- a. Binnen instellingen voor gezinsverzorging verdient *elke reële mogelijkheid tot formeel en informeel contact tussen uitvoerenden te worden aangegrepen*, opdat de sociale cohesie binnen instellingen (die niet vanzelf groeit) wordt versterkt. Sociale cohesie c.q. ondersteuning is een belangrijk middel tot verhoging van belastbaarheid en daarmee tot preventie van gezondheidsklachten. In de traditionele werkwijze functioneert de uitvoerende sterk solitair, zodat onderlinge ondersteuning op geen enkele wijze in het werk is "ingebakken" maar bewust moet worden georganiseerd. Vele van onze aanbevelingen hebben mede ten doel onderlinge contacten tot stand te brengen en zo een sterkere sociale cohesie binnen instellingen te scheppen.
- b. In het ziekteverzuim blijkt de *steun door de "chef" (leidinggevende)* een grote rol te spelen. Uitvoerenden moeten zich dan ook verzekerd kunnen weten van de steun van de leiding wanneer zich in de omgang met cliënten problemen voordoen. Om een goede band te kunnen opbouwen is het gewenst zo veel mogelijk *continuïteit in de relatie leidinggevende-uitvoerende* aan te brengen: wisseling van leidinggevende dient alleen te gebeuren wanneer daarvoor dringende redenen zijn. Uiteraard zijn een eventuele verstoorde relatie, botsing van karakters e.d. zulke dringende redenen. Wanneer een leidinggevende tijdelijk uitvalt dient duidelijk te zijn wie haar taken waarneemt (vaste vervanging/achterwacht). In de dagelijkse werkpraktijk kan de *bereikbaarheid* van leidinggevendenden een probleem zijn. Aan deze bereikbaarheid, ook tijdens huisbezoek, is nog veel te verbeteren. Het instellen van een telefonisch "*alarmnummer*" voor uitvoerenden verdient overweging. Deze aanbeveling geldt voor uitvoerenden in de traditionele hulpverlening, maar tevens in het bijzonder voor nieuwe hulpvormen als de 7x24-uurs-hulp. Juist in dergelijke hulpvormen is de kans op acute probleemsituaties groot. Een 7x24-uurs 'alarmnummer' kan een belangrijke morele en praktische steun geven.
- c. Momenteel is de uitvoerende sterk afhankelijk van één leidinggevende; wanneer in deze exclusieve relatie problemen optreden heeft de uitvoerende nauwelijks mogelijkheden om zich tot anderen te wenden. Het verdient aanbeveling om binnen iedere instelling een *vertrouwenspersoon* aan te stellen waar werknemers in volstrekte vertrouwelijkheid terecht kunnen met problemen in de omgang met cliënten, collega's of leidinggevendenden, voor zover men over die problemen niet met de eigen leidinggevende kan of wil praten. Een dergelijke functie zou deel kunnen uitmaken van een meer algemene, professionele personeelsfunctie binnen instellingen; deze personeelsfunctie is in de meeste instellingen zwak ontwikkeld, vergeleken met andere bedrijven van soortgelijke omvang.
- d. Sociale c.q. *emotionele ondersteuning* is in het bijzonder gewenst voor uitvoerenden die te maken hebben met droevige situaties zoals ernstige ziekte of overlijden van een cliënt. Juist dit soort situaties is vaak moeilijk alleen te verwerken, maar vormt meer en meer onderdeel van het werk in de gezinsverzorging. Emotionele opvang van uitvoerenden in zulke situaties is bij dit werk dan ook meer en meer op zijn plaats.

11.5 De verzuimdrempel

In het algemeen is de verzuimdrempel binnen de gezinsverzorging hoog, met name door de sterke binding tussen uitvoerende en cliënt. Het feit dat de frequentie van (korte) verzuimgevallen, anders dan het verzuimpercentage, in de gezinsverzorging niet hoger is dan elders wordt vooral hierdoor

veroorzaakt. Een vrij groot aantal uitvoerenden werkt wel eens ziek door, hetgeen eveneens op een hoge verzuimdrempel wijst.

In instellingen waar de uitvoerende zich, behalve bij de eigen leidinggevende, ook bij de eigen cliënt ziek moet melden is de verzuimdrempel extra hoog. Dat leidt dan ook tot een lagere verzuimfrequentie, maar niet tot een lager verzuimpercentage.

Daarentegen is de vraag of men collega's "opzadelt" met de vervanging niet van merkbaar belang voor de verzuimdrempel (en dus kennelijk ondergeschikt aan het belang van de cliënt); dit concluderen wij uit het feit dat de mate waarin, en de wijze waarop, in vervanging bij ziekte wordt voorzien vrijwel geen enkel verband houdt met de verzuimfrequentie.

Wel is de verzuimfrequentie hoger naarmate vervanging geschiedt door middel van overuren, en lager naarmate dit geschiedt door uitbreiding van het vaste contract van de vervanger; in deze laatste gevallen is vermoedelijk vaak sprake van flexibele arbeidscontracten. Binnen een flexibel contract wordt vervanging waarschijnlijk minder als (onaangename) verrassing, dus als onverwachte overbelasting gevoeld.

De sociale binding met collega's - die in vele arbeidsorganisaties als element van de verzuimdrempel wordt beschouwd - is over het algemeen zwak als gevolg van de solitaire werkwijze; deze binding voegt dan ook niets aan de verzuimdrempel toe boven de binding met cliënten.

Uit het belang van de binding met cliënten volgt tevens dat de verzuimdrempel met name hoog is bij de (vele) uitvoerenden die vanuit een inhoudelijke motivatie werken. Naarmate de motivatie meer in de financiële sfeer ligt is de drempel wel lager.

Beleid ten aanzien van de verzuimdrempel is het meest delicate onderdeel van verzuimpreventie, omdat zowel een te lage als een te hoge verzuimdrempel tot ongewenste effecten leidt. Organisaties die hinder hebben van hoog ziekteverzuim zijn veelal geneigd om als eerste maatregel de verzuimdrempel te verhogen. Wanneer men dat echter doet in een situatie waar de drempel al vrij hoog ligt, is het effect na enige tijd vaak (tegen de verwachting in) nul of negatief. Het aantal ziekmeldingen daalt aanvankelijk - doch ten koste van een groter aantal zieke doorwerkers, waarvan een deel na verloop van tijd ernstiger kwalen ontwikkelt met als gevolg een groter aantal langdurige ziektegevallen.

In de huidige situatie dient men binnen de gezinsverzorging zeer voorzichtig te zijn met het (verder) verhogen van de verzuimdrempel. Echter, in het vorenstaande hebben wij aanbevolen om juist meer distantie van uitvoerenden jegens cliënten te stimuleren. Wanneer dat lukt is er een risico dat ook het belangrijkste huidige element van de verzuimdrempel - de binding aan de cliënt - wordt verzwakt, zodat er *in die situatie* wel reden kan zijn om hierop beleid te voeren. Uitgangspunt daarbij dient te zijn dat wie inderdaad ziek is, *gelegenheid* krijgt om zich ook ziek te melden (en dus tijdig hersteltijd in acht te nemen), terwijl vermijdbare ziekmeldingen worden tegengegaan door sterkere *binding* aan collega's en de instelling als zodanig.

Aanbeveling 14: Instellingen voor gezinsverzorging dienen een volstrekt *duidelijk systeem voor vervanging* na te streven, waarin voor de uitvoerende en voor de cliënt helder is hoe er in geval van een ziekmelding wordt vervangen (en liefst: door wie in principe wordt vervangen). Vervangers moeten weten voor wie zij invallen. Indien de zieke daartegen geen bezwaar heeft (hetgeen nagegaan kan worden in het eerste contact met de leidinggevende) moet de vervanger desnoods met de betrokken uitvoerende contact kunnen opnemen bij eventuele onduidelikheden over de gebruikelijke gang van zaken binnen het cliënt-huishouden.

Gebruikmaking van een zekere mate van *flexibiliteit in arbeidscontracten* (bijv. min-max-contracten binnen redelijke grenzen) is een geschikte mogelijk-

lijkheid gewenst omtrent regelingen rond ziekte (ziektewet- en ziekenfonds-verzekering) en verlot ingeval van flexibele contracten; voorkomen moet worden dat betrokkenen op deze punten nadeel zouden ondervinden. Overigens is v.w.b. de Ziektewet de formele regeling duidelijk (de laatst verrichte arbeid is maatgevend voor de uitkering ZW); voorlichting aan werkgevers daarover is gewenst.

Aanbeveling 15: Op iedere ziekmelding dient in een of andere vorm gereageerd te worden door de instelling naar de uitvoerende toe, waarbij ervan uitgegaan moet worden dat wie zich ziek meldt ook inderdaad ziek is. Bij gerede twijfel aan een ziekmelding is spoedcontrole op zijn plaats. In de reactie jegens de zieke kan o.a. worden nagegaan of verder contact (door de leidinggevende, maar ook door collega's of door de vervanger, zie aanbeveling 14) al dan niet gewenst is.

Op de interne procedures rond ziekmeldingen wordt in 11.6 verder ingegaan.

Aanbeveling 16: Ten behoeve van de sociale binding is meer onderlinge samenwerking tussen uitvoerenden en sterkere betrokkenheid van uitvoerenden bij de werkplanning gewenst, bijv. in de vorm van teamverbanden die mede betrokken worden bij de werkplanning voor iedere periode. In dergelijke teamverbanden moet structureel ruimte worden ingebouwd voor vervanging bij ziekte, zodat een ziekmelding geen automatische (over)belasting voor teamgenoten meebrengt. Dit impliceert dat teams niet te klein moeten zijn: in zeer kleine teams is de buffer-capaciteit te gering en resulteert een ziekmelding te snel in overbelasting en irritatie bij collega's. Het opbouwen van buffer-capaciteit binnen teams kan o.a. plaatsvinden door enige flexibiliteit in contracten (zie aanbeveling 14). In de werkplanning voor iedere periode dient rekening te worden gehouden met de eventuele noodzaak van vervanging.

Het zal sommigen verwonderen dat wij hier geen algemene aanbevelingen doen rond het controle-beleid van de BVG. In het veld bestaat veel kritiek op het moment van eerste controle; zowel instellingen als vele uitvoerenden zouden graag een snellere eerste controle zien.

Daartoe is, in het kader van de verzuimdrempel, geen aanleiding. De gegevens duiden niet op een lage verzuimdrempel in de gezinsverzorging; bovendien is het niet waarschijnlijk dat het huidige controle-beleid een belangrijke factor achter het hoge ziekteverzuim is, aangezien andere sectoren die onder dezelfde BVG ressorteren een veel lager verzuim vertonen. Wel lijkt meer intensieve voorlichting over de controlesystematiek op zijn plaats, zeker nu in die systematiek veranderingen op til zijn. Zulke voorlichting zou zich bij voorkeur niet moeten beperken tot de werkgevers, maar ook op het middle management c.q. de leidinggevenden gericht kunnen zijn - ook zij hebben immers in hun dagelijkse werk te maken met de wijze van ziektewet-controle en -begeleiding.

Verderop komen we nog terug op de werkwijze van de BVG.

11.6 De hervattingsdrempel

De hoge hervattingsdrempel is een belangrijke oorzaak van het langdurig ziekteverzuim in de gezinsverzorging. De primaire achtergrond daarvan is gelegen in de aard en homogeniteit van de werksoort zelf: zodra iemand medisch (nog) niet geschikt is voor ook maar één aspect van het huishoudelijke werk, is zij/hij vrijwel niet inzetbaar als uitvoerende in deze werksoort. Alternatieven in de vorm van aangepaste werkinhoud zijn er vrijwel niet. Secundaire problemen die soms een rol spelen, zoals geringe bereidheid van leidinggevenden om een uitvoerende 'terug te nemen' uit angst voor herhaalde uitval, kunnen bij deze toch al lastige uitgangspositie een extra grote belemmering voor reïntegratie vormen.

Terwijl reïntegratie in deze werksoort op voorhand al moeilijk is, wat aan-

leiding zou kunnen zijn tot extra inzet op dit punt, ontbreekt nu juist vrijwel elke structuur voor begeleiding en reïntegratie van langdurig zieken. Wie eenmaal langdurig ziek is, is vaak afhankelijk van *persoonlijke* belangstelling en inzet van derden (leidinggevendenden, collega's). Ontbreekt deze, dan wordt werkhervatting sterk belemmerd. Ook bij de (veel voorkomende) aandoeningen van het bewegingsstelsel, hoe "hard" zulke aandoeningen aanvankelijk ook zijn, is er vaak aan het einde van een ziektegeval vaak speling in het moment van werkhervatting. Het belang van goede begeleiding en belangstelling voor zieken is dus beslist niet beperkt tot degenen die met psycho-sociale ziektebeelden thuis zitten.

Doordat *structurele* regelingen voor begeleiding en reïntegratie binnen vele instellingen niet aanwezig zijn, is het begrijpelijk dat de *informele* "sfeer" binnen instellingen van groot belang is voor beperking van langdurig verzuim. Helaas moet uit het organisatie-onderzoek geconstateerd worden dat ook daar waar wel expliciete afspraken bestaan over contacten met langdurig zieken, deze afspraken niet altijd in praktijk worden gebracht.

Een structuur voor begeleiding en reïntegratie is momenteel ook moeilijk te realiseren, doordat het aantal personeelsleden groot is ten opzichte van het aantal werkuren: individuele begeleiding is dan in verhouding tot de loonsom erg duur. Voor aansluiting bij een Bedrijfsgezondheidsdienst - hetgeen vele instellingen wel wenselijk vinden - ontbreken de middelen, vooral wanneer een BGD een tarief per persoon in rekening brengt. In het bedrijfsgeneeskundige hiaat poogt een aantal instellingen op eigen kracht te voorzien, waarbij men soms op ondersteuning van de BVG hoopt (en deze in een aantal gevallen ook krijgt). Ook het BVG-apparaat is echter maar beperkt toegerust voor deze taak, die juist in de gezinsverzorging specialistische kennis vereist. Doordat de meeste zieken niet verder in het ZW-traject komen dan hooguit tot een huisarts-VG is het "eigen" BVG-apparaat (de rayonkantoren) klein; de rayonkantoren krijgen slechts het topje van de ijsberg te zien, te weinig vaak om zelf de nodige expertise en specialisatie op te doen.

Het is dringend gewenst om aan alle bovengenoemde ongunstige omstandigheden iets te doen, mede omdat binnen deze omstandigheden onmogelijk zal kunnen worden voldaan aan de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers.

Een extra reden om hoge prioriteit te geven aan het verlagen van de hervattingsdrempel is dat hiermee *relatief snel* resultaat kan worden geboekt. Beïnvloeding van werkbelasting en belastbaarheid (preventief beleid) is in veel opzichten een zaak van lange adem, waarmee het volle effect ook pas op langere termijn zichtbaar wordt. Dit is geen reden om beleid op die punten achterwege te laten - integendeel zelfs - maar kan een psychologisch nadeel zijn; wie de nodige tijd en moeite in verzuimbeleid investeert wil daarvan vrij snel effect zien. Zo niet, dan dreigt de inzet na verloop van tijd te verslappen.

Aanbeveling 17: Het is gewenst om op termijn te streven naar *diversificatie van werkzaamheden binnen instellingen*, bijv. door binnen deze instellingen naast gezinsverzorging anderssoortige (bij voorkeur niet te zware, niet te hoog gekwalificeerde) taken tot ontwikkeling te brengen. Een aantal werknemers die momenteel niet zijn opgewassen tegen het uitvoerend werk in cliënt-huishoudens zou vermoedelijk wel in dergelijk ander werk te plaatsen zijn. Te denken valt aan *dagopvang van bejaarden* en mogelijkheden tot samenwerking/personeelsuitwisseling met intramurale instellingen. Verder noemden wij in aanbeveling 11.b de wenselijkheid van *kinderopvang* voor personeel in de instellingen; in dit kader is te overwegen, deze opvang door instellingen

zelf te laten verzorgen en niet alleen voor het eigen personeel open te stellen, maar ook voor daartoe geïndiceerde cliënten. In bepaalde gevallen kan het in de organisatie van het werk ook taakverlichting voor uitvoerend personeel betekenen, indien voor kinderen van cliënten een mogelijkheid tot opvang buiten de deur wordt geschapen. Het verdient aanbeveling om deze en andere mogelijkheden tot diversificatie van instellingen te bestuderen.

Aanbeveling 18: De binding tussen een instelling en langdurig zieke werknemers dient zo lang mogelijk in stand gehouden te worden. We doelen dan niet alleen op geregeld contact met en begeleiding van zieken, maar ook op mogelijkheden om groepsbesprekingen te blijven bijwonen en zo mogelijk gedeeltelijk het werk te hervatten (art. 30 ZW). *Gedeeltelijke hervatting* is makkelijker bij werknemers die oorspronkelijk in meer dan één cliënt-huishouden werken: men kan dan beginnen met voorlopig weer één adres. Dit is een extra reden om het aantal zeer kleine contracten, c.q. het aantal "één-client-situaties" te beperken.

De binding tussen instellingen en zieken wordt tevens beïnvloed door de algehele sociale cohesie binnen de instelling. Elke reële mogelijkheid tot formeel en informeel contact tussen uitvoerenden dient te worden aangegrepen, ook in het kader van de hervattingsdrempel.

Aanbeveling 19: Om de (toch al beperkte) mogelijkheden tot hervatting in relatie tot 'lichte' cliënt-situaties optimaal te benutten, is systematische roulatie van uitvoerenden over cliënten gewenst. Daarbij moet aan vrij laag-frequente wisseling (bijv. eens per 9 à 12 maanden), waarvan in dringende gevallen uiteraard kan worden afgeweken. Ook reeds bij laag-frequente roulatie komen, vergeleken met hetgeen momenteel gangbaar is, periodiek veel meer cliënt-huishoudens "vrij" (waaronder ook lichtere) waarin hervatting zou kunnen plaatsvinden. Het inplannen van werkhervatting, wat momenteel vaak een probleem is en verlengend kan werken op de verzuimduur, wordt op die wijze eenvoudiger.

Voorts dienen instellingen na te gaan in hoeverre bepaalde cliënten door meer dan één uitvoerende kunnen worden verzorgd (bijv. in de vorm van 'duo-banen' waarin twee uitvoerenden elk een deel van het takenpakket verzorgen). De huidige praktijk waarin een cliënt vrijwel altijd door slechts één uitvoerende wordt verzorgd is geen absolute noodzaak. Juist deze praktijk echter brengt mee dat zieken weer geheel fit moeten zijn alvorens van werkhervatting sprake kan zijn. Indien men een bepaalde taakverdeling met een collega kan treffen is het beter mogelijk werk te hervatten ook wanneer bijv. bepaalde bewegingen nog niet goed kunnen worden uitgevoerd.

Aanbeveling 20: In plaats van het huidige hiaat op het punt van begeleiding van langdurig zieken is het gewenst dat iedere instelling komt tot een professionele structuur die o.a. zorg draagt voor begeleiding en zo mogelijk reïntegratie van langdurig zieken. In een dergelijke structuur is voor leidinggeven een belangrijke taak weggelegd; dit sluit overigens goed aan bij de ontwikkeling in de taak van leidinggevende van sterk cliënt-gericht naar meer begeleidend richting uitvoerende.

Mede om een dergelijke structuur - waarvan de werklast meer door het aantal 'koppen' dan door het aantal werkuren bepaald wordt - financieel haalbaar te maken is beperking van het aantal werknemers, c.q. van het aantal zeer kleine contracten, gewenst.

Voor invulling van deze structuur bestaan verschillende mogelijkheden, waar-tussen wij op voorhand geen keuze willen maken. Aansluiting bij een BGD is een daarvan; grotere instellingen zouden echter ook een eigen, interne dienst kunnen opzetten. Tenslotte is het ook denkbaar dat de BVG aan instellingen een uitgebreider dienstenpakket aanbiedt (mede in het kader van de tendens tot bedrijfsgericht werken).

Aanbeveling 21: De BVG dient te streven naar zo groot mogelijke continuïteit in het Ziektewet-traject. De huidige situatie, waarin een belangrijk deel van

dat traject wordt bestreken door een sterk decentraal apparaat van huisarts-VG'en en pas in een laat stadium de "eigen" rayonkantoren in beeld komen (waarna een aantal gevallen al weer snel doorgaat naar de GMD), biedt geen optimale continuïteit en bemoeilijkt het opbouwen van sociaal-medische expertise over de sector gezinsverzorging. Bovendien wordt de huidige procedure door vele verzekerden als uiterst ondoorzichtig ervaren, die een eventueel reeds aanwezige passieve houding nog versterkt ("ik wacht maar af wat ze nu weer met me gaan doen"). Een snellere en daardoor meer continue inschakeling van de rayon-VG en AMD verdient aanbeveling.

11.7 Algemene aspecten

Naast bovengenoemde factoren zijn in dit onderzoek enkele meer algemene en organisatorische omstandigheden gevonden die belemmerend werken op de ontwikkeling van een effectief verzuimbeleid. Bij instellingen ontbreken vaak de middelen voor een adequaat beleid; niet alleen financieel, maar ook in de betekenis van kennis over en inzicht in het (eigen) ziekteverzuim. Bovendien is uit organisatorische overwegingen de aandacht sterk op de verzuimfrequentie gericht; prikkels om mede het langdurig verzuim te reduceren zijn minder sterk aanwezig.

Aanbeveling 22: Er is behoefte aan een *cursuspakket, gericht op leidinggeven, staf en management* in de gezinsverzorging, waarin de beginselen van integraal ziekteverzuim-beleid worden uiteengezet. Momenteel is binnen de meeste instellingen inzicht in de achtergronden van ziekteverzuim slechts beperkt aanwezig. Daardoor bestaat een begrijpelijke, doch weinig doelmatige neiging om - voor zover men verzuimpreventie wil aanvatten - zich overmatig te concentreren op het voorkomen van zo veel mogelijk *ziekmeldingen*, terwijl beleid t.a.v. de *verzuimduur* onderbelicht dreigt te blijven. Het feit dat van het verzuimpercentage van ruim 12 % ongeveer 4 % is toe te schrijven aan ziektegevallen van korter dan 6 weken en de overige ca. 8 % aan gevallen van 6 weken of langer (vaak tot en met WAO-toetreding) geeft echter aanleiding om juist ook ten aanzien van de verzuimduur beleid te voeren.

Aanbeveling 23: Ten behoeve van adequaat verzuimbeleid is het gewenst dat instellingen beschikken over een *juist cijfermatig inzicht in hun ziekteverzuim, alsmede over gestandaardiseerde vergelijkingscijfers* waarmee zij hun eigen verzuim kunnen vergelijken. Momenteel beschikken instellingen doorgaans slechts over het percentage ziekte-uren en vergelijken dit met het (hoge) landelijke percentage, waardoor te snel de indruk ontstaat dat men (ten opzichte van het landelijk cijfer) geen opvallend hoog ziekteverzuim heeft en dus weinig aanleiding ziet tot verzuimbepkend beleid. *Instellingen dienen in hun jaarverslagen inzicht te geven* in de hoogte van het verzuim, de ontwikkeling daarvan over enkele jaren, de mate waarin getracht is het ziekteverzuim te beperken en de beleidsvoornemens daaromtrent. Het uitbrengen van een Arbo-jaarverslag, waarin dergelijke elementen zijn verwerkt, is overigens voor de meeste instellingen een wettelijke verplichting welke voortvloeit uit de Arbo-wet.

Het inzicht in eigen verzuim wordt mede belemmerd doordat informatie over ziektegevallen uit de organisatie verdwijnt (nl. naar de BVG toe), terwijl - zeker voor het plannen van werkhervatting - die informatie juist *binnen* de instelling hard nodig is. Hierin zijn twee verbeteringen aan te brengen: een ruimere informatiestroom binnen de instelling, en een geregeld contact met de BVG.

Aanbeveling 24: Binnen instellingen kan een *uitgewerkte meldingsprocedure* van ziektegevallen een goede basis vormen zowel voor individuele begeleiding als voor het verkrijgen van inzicht in achtergronden van verzuim binnen de instelling meer in het algemeen. Door middel van korte formulieren kunnen

leidinggevers intern melding maken van ieder ziektegeval. Deze meldingen gaan vervolgens naar iemand op het naast-hogere niveau (bijv. personeelsfunctionaris, hoofdleidinggevende). Met iedere leidinggevende wordt aan de hand van de formulieren het ziekenbestand *periodiek doorgesproken*. Het naast-hogere niveau ziet erop toe dat afspraken over contacten met zieken worden nageleefd, *ook en vooral* als de betrokken leidinggevende uitvalt (bijv. door ziekte, ontslag of interne verschuivingen). Uiteraard moet op de vertrouwelijke behandeling van de persoonlijke gegevens die de formulieren omvatten, goed worden toegezien.

Daarnaast is *periodiek contact van instellingen met de BVG (AMD)* uiterst gewenst, waarbij zowel algemene aspecten van het verzuim als afzonderlijke gevallen ter bespreking kunnen staan. Voor dit contact is een vast "aanspreekpunt" binnen de instelling nodig; het ligt voor de hand dit te laten samenvallen met de bovenbedoelde functionaris die de interne meldingen verzamelt. Bij bespreking van afzonderlijke gevallen kunnen dan de gegevens uit interne meldingen aangevuld worden met gegevens en inschattingen (bijv. prognose werkherhervatting) van de BVG.

Naast het soms gebrekkige inzicht in het eigen verzuim speelt ook een rol dat instellingen een specifiek belang hebben bij terugdringing van het verzuim. Ziekteverzuim wordt vrijwel altijd als hinderlijk ervaren (zelfs ongeacht of het verzuim binnen een instelling objectief gesproken hoog of laag is), omdat het tot organisatorische rompslomp leidt (noodzaak om vervanging te regelen, verstoring van werkschema's) en omdat het de continuïteit van de hulpverlening (en dus het belang van de cliënt) schaadt. Deze beide argumenten betreffen specifiek de *ziekmelding*, waardoor men snel geneigd is om verzuimbeleid vooral te richten op terugdringing van het aantal meldingen. Is een verzuimgeval eenmaal langdurig geworden (na verloop van enkele weken), dan is het minder problematisch: de financiële gevolgen worden voor het grootste deel gedragen door de Ziektewet- en eventuele WAO-uitkeringen; het feit dat ZW-uitkeringen gewoonlijk als reguliere inkomsten worden begroot (waarop de personeelsformatie wordt gebaseerd) brengt zelfs een gewinning aan het heersende verzuimniveau mee: verzuimdaling resulteert immers in "teruglopende inkomsten" en eventueel personele overbezetting. Tevens betekent terugkeer van een langdurig zieke wederom een mogelijke verstoring van werkschema's, tenzij men wacht tot er een nieuwe, 'geschikte' cliënt-situatie vrijkomt. Dit laatste pogen wij mede te ondervangen via de aanbeveling tot systematische, periodieke roulatie.

Wij nemen echter aan dat in de toekomst de aandacht mede zal komen te liggen op de problematiek van het langdurig verzuim. Het inzicht dat de problemen rond onvoldoende personeelsaanbod (die door steeds meer instellingen worden gevoeld) mede gevolg zijn van een hoog (langdurig) ziekteverzuim en WAO-toetreding kan daartoe bijdragen. Voorts wordt in de dienstverlenende sector, ook in de gezinsverzorging, het belang van efficiency steeds duidelijker onderkend. Het feit dat een werksoort waar gemiddeld een op de acht werknemers ziek thuis zit weinig efficiënt omgaat met de beschikbare middelen, zal in de gezinsverzorging hopelijk eveneens de aandacht voor deze kant van het verzuimprobleem doen toenemen.

12 OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN

In het voorgaande hoofdstuk werd, gekoppeld aan de conclusies, een groot aantal afzonderlijke maatregelen voorgesteld ter vermindering van het ziekteverzuim. In dit slothoofdstuk worden de grote lijnen van de conclusies, en vervolgens die van de aanbevelingen, doorgenomen. Daarbij wordt ook aangegeven welke instanties welke rol zouden kunnen spelen in de totstandkoming van verzuimbeleid.

12.1 De conclusies in vogelvlucht

Het ziekteverzuim in de gezinsverzorging, met name dat van het uitvoerend personeel, is reeds jarenlang hoog en sinds 1984 nog verder stijgende. Dit komt niet door een groter aantal ziekmeldingen, maar uitsluitend doordat ziektegevallen gemiddeld zeer lang duren. Van alle ziektedagen wordt ca. 2/3 veroorzaakt door ziektegevallen die langer dan 6 weken duren. Anders gezegd: wanneer dit zeer langdurig verzuim niet zou worden meegerekend zou deze werksoort een verzuimpercentage van ruim 4 % hebben; het langdurig verzuim voegt daaraan echter ruim 8 % toe, hetgeen resulteert in een totaal verzuimpercentage van ruim 12 %.

Vele ziektegevallen lopen dan ook door tot in de WAO, waarbij vooral jongeren een (gezien hun leeftijd) hoog WAO-risico lopen. Vooral klachten van het bewegingsstelsel brengen veel langdurig verzuim met zich mee. Op de tweede plaats komen psychische klachten (stress-reacties, overspannenheid); deze vormen (met name onder jongeren) eveneens een bron van vele ziektedagen.

Het ziekteverzuim is opmerkelijk weinig gerelateerd aan persoons- en functiekenmerken, doch blijkt des te sterker instellingsgebonden te zijn. Het verzuim per instelling varieert van 5 à 6 % tot meer dan 20 %.

De oorzaken van het hoge verzuim zijn in enkele groepen onder te brengen.

Wat betreft de *werkbelasting* staat de grote fysieke belasting door het huishoudelijke werk voorop. Door de solitaire werkwijze moet een uitvoerende deze belasting ook geheel zelfstandig verwerken. Naast de huishoudelijke werkzaamheden vormen ook de reistijden een niet te onderschatten bron van fysieke belasting.

Tevens is er sprake van psycho-sociale belasting. Zeker daar waar geen zeer duidelijke afspraken tussen uitvoerende, leidinggevende en cliënt bestaan is er risico van rolconflict (het moeten verrichten van strijdige taken, het krijgen van strijdige instructies, werk anders moeten doen dan men zelf zou willen). Verder kan ook het solitair werken, voorzover zich dat vertaalt in het gevoel "overal alleen voor te staan", een bron van mentale werkbelasting.

Wat betreft de *belastbaarheid* speelt een rol dat het werk door velen met grote persoonlijke motivatie wordt verricht, maar vaak ten onrechte niet wordt gezien als een beroep, dat specifieke beroepsvaardigheden vergt. Investeren in opleiding en deskundigheidsbevordering worden vaak meer als luxe dan als noodzaak gezien. Verder wordt de belastbaarheid ne-

gatief beïnvloed doordat sociale ondersteuning in het dagelijks werk gering is (collega's en leidinggevendens zijn niet direct bij de hand). Ook materiële ondersteuning, bijv. in de vorm van adequaat werkmateriaal, schiet soms tekort. Daar waar sprake is van een gebrekkig personeelsaanbod is de belastbaarheid tevens geringer doordat dan minder personeelsselectie op geschiktheid mogelijk is.

De *verzuimdrempel*, d.w.z. de weerstand die men voelt om zich ziek te melden, is in de gezinsverzorging over het algemeen hoog. Vooral de sterke binding met de cliënt brengt voor de meeste uitvoerenden een hoge verzuimdrempel mee. Deze binding kan zelfs zo sterk zijn dat het verzuim daardoor op den duur wordt verhoogd, nl. wanneer er uit verantwoordelijkheidsgevoel jegens de cliënt meer werk wordt gedaan dan afgesproken, en/of bij gezondheidsklachten langer wordt doorgewerkt dan medisch gezien wenselijk is.

Is er eenmaal sprake van een (langdurig) verzuimgeval, dan blijkt de *hervattingsdrempel* vaak hoog. Doordat het werk zwaar is en solitair moet worden uitgevoerd is hervatting pas weer mogelijk wanneer iemand medisch weer 100 % fit is. Mogelijkheden tot (voorlopige) hervatting in aangepast werk zijn nauwelijks aanwezig. Daarnaast is het inplannen van werkhervatting soms lastig, zeker wanneer degene die de planning verzorgt (doorgaans de leidinggevende) niet vroegtijdig kan weten of iemand het werk zal kunnen hervatten en zo ja wanneer. Professionele begeleiding van langdurig zieken ontbreekt veelal.

Naast bovengenoemde vier groepen van oorzaken van verzuim zijn er enkele *algemene randvoorwaarden* die belemmerend werken op de ontwikkeling van een effectief verzuimbeleid. Bij instellingen ontbreken vaak de middelen tot zulk beleid, zowel financieel als in termen van kennis over en inzicht in het ziekteverzuim. De motieven tot eventueel verzuimbeleid zijn veelal wat eenzijdig gericht op verlaging van de verzuimfrequentie (immers, juist de ziekmelding wordt door de organisatie als storend voor de efficiency ervaren) en niet zozeer op beperking van de verzuimduur. Toch is juist dat laatste van groot belang, mede omdat ook langdurig verzuim en hoge WAO-instroom vormen van inefficiënt gebruik van (schaars) personeel betekenen.

12.2 Overzicht van aanbevelingen

In hoofdstuk 11 is een groot aantal aanbevelingen neergelegd. In grote lijnen zijn daarin zeven clusters te onderscheiden:

1. Begeleiding en reïntegratie van langdurig zieken verbeteren.
2. Beroepsrol, -kennis en -vaardigheden van uitvoerenden versterken.
3. Indicaties specificeren en intake mede richten op werkomstandigheden.
4. Werkplanning van uitvoerenden optimaliseren.
5. Interne sociaal-organisatorische samenhang binnen instellingen versterken.
6. Personeelsbeleid, -structuur en -aanbod versterken.
7. Randvoorwaarden voor adequaat (instellings)beleid scheppen (middelen, informatie, inzicht, stimulansen).

De volgorde van deze opsomming loopt van clusters waarvan op korte termijn effect is te verwachten naar maatregelen die op langere termijn resultaat zullen opleveren. Cluster 1 betreft de eenmaal ontstane ziektegevallen, en slaat dus op curatief beleid dat vrij snel effect op de verzuimduur kan

hebben. Clusters 2 tot en met 5 zijn gericht op verbetering van de balans belasting/belastbaarheid bij het reeds aanwezige personeel, en zijn meer preventief van aard; effecten daarvan zijn op middellange termijn te verwachten. Cluster 6 is eveneens preventief van aard, maar betreft vooral maatregelen t.a.v. de instroom van nieuw personeel. Deze hebben pas effect naarmate er door natuurlijk verloop een "verversing" van het personeelsbestand plaatsvindt - derhalve op de langere termijn. Cluster 7 betreft de algemene randvoorwaarden die de mogelijkheden tot effectuering van 1 tot en met 6 vergroten.

Het feit dat *effecten* in ongeveer deze volgorde te verwachten zijn, betekent niet dat de *maatregelen* ook in deze volgorde op korte, middellange en lange termijn getroffen kunnen worden. Begeleiding van zieken (cluster 1) kan ook maatregelen op langere termijn vergen; adequate selectie en introductie van nieuw personeel (behorend tot cluster 6) kan misschien reeds spoedig worden opgezet.

Binnen de verschillende clusters kunnen door vele partijen bijdragen geleverd worden tot verzuimbeleid. Het belangrijkste niveau waarop beleid gemaakt kan worden is dat van *de instelling* en de verschillende geledingen daarbinnen. Dit wil niet zeggen dat er een blauwdruk voor instellingsbeleid valt te geven. Per instelling kunnen de knelpunten zeer verschillend liggen, zodat ook verschillende prioriteiten gesteld moeten worden. In plaats van één blauwdruk zal dan ook gestreefd moeten worden naar afzonderlijke scenario's per instelling, toegespitst op de specifieke situatie. Niettemin is binnen zulke scenario's in beginsel aandacht nodig voor alle genoemde clusters. Een scenario dat bijv. uitsluitend curatief beleid omvat en geen aandacht schenkt aan preventieve maatregelen, is onvolledig.

Andere partijen (zoals de BVG, WVC, de Centrale Raad voor Gezinsverzorging, organisaties van werkgevers en werknemers) kunnen daaraan vooral in de voorwaardenscheppende sfeer bijdragen leveren. Zo zijn o.a. in de sfeer van financiering en subsidievoorwaarden faciliteiten en regelingen denkbaar. Op dit moment zou daarbij een rol voor het departement van WVC weggelegd zijn. Gezien de veranderende financieringswijze van de gezinsverzorging zal in de toekomst deze rol grotendeels toekomen aan de Ziekenfondsraad (ZFR); in de rest van dit hoofdstuk zullen wij daarom de gecombineerde aanduiding "WVC/ZFR" hanteren.

Wij behandelen nu de afzonderlijke clusters aan de hand van samenvattende schema's. Daarin is met steekwoorden aangegeven welke maatregelen binnen de clusters vallen. Voor een meer uitgebreide beschrijving van maatregelen wordt verwezen naar de betreffende nummers van aanbevelingen uit hoofdstuk 11.

Cluster 1. Begeleiding en reïntegratie van langdurig zieken verbeteren

maatregelen:

betrokken partijen:

	<i>zie aan- beveling nr.</i>	<i>uitvoeren- den</i>	<i>leidingge- venden</i>	<i>instel- lingen</i>	<i>WVC/ZFR</i>	<i>werkgevers/werknemers</i>	<i>BVG</i>	<i>Centrale Raad overigen</i>
a. Interne procedures: melding, contact/begeleiding zieken	15,18,20	x	x	x				
b. Externe sociaal-medische expertise en begeleiding	20			x	x		x	(1)
c. Continuïteit in Ziektewet-traject, contact AMD/VG-instelling	21,24			x			x	
d. Planningstechniek (bijv. roulatie, 'duo-banen')	19		x	x	x			
e. Diversificatie binnen instellingen bestuderen	17				x	x		x

(1) BGD'en

Voor de instellingen liggen binnen dit cluster diverse mogelijkheden; enkele daarvan zijn vooral gelegen op het werkterrein van de leidinggevenden, terwijl collega-uitvoerenden op het punt van contact met zieken een bijdrage kunnen leveren.

De BVG kan, o.a. in de vorm van meer bedrijfsggericht werken, eveneens een belangrijke rol spelen. Inschakeling van bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD'en) is een andere mogelijkheid, waarbij goede afstemming tussen BVG en BGD wel aandacht behoeft. Bij financiering van zulke externe dienstverlening, welke binnen de huidige subsidiewijze een probleem vormt, kunnen ook WVC/ZFR betrokken zijn.

Diversificatie van werkzaamheden binnen instellingen is een lange-termijn-kwestie, waarover op beleidsniveau gedachtenvorming zou kunnen plaatsvinden.

Cluster 2. Beroepsrol, -kennis en -vaardigheden van uitvoerenden versterken

maatregelen:

betrokken partijen:

	<i>zie aan- beveling nr.</i>	uitvoerenden	leidingge- venden	instellingen	WVC/ZFR	werkgevers/werknemers	BVG	Centrale Raad	overigen
a. Interne deskundigheidsbevoordeling, periodiek/systematisch	10b		x	x		x		x	(1)
b. Proef/leerperiode; basisdiploma met o.a. ergonomie	10a			x	x	x		x	
c. Beleid rond deelname aan opleidingen	10c			x		x		x	(2)
d. Intercollegiaal contact, abonnement vaktijdschrift	9a		x	x					
e. Minimale contractomvang, geen 1-cliënt-situaties, roulatie	9b,9c		x	x		x		x	
f. Herkenbaarheid/imago beroep, beroepssymbolen	9d			x		x		x	

(1) OR

(2) Overleg met opleidingsinstituten

Op alle punten binnen dit cluster zijn beleidsmogelijkheden voor de instellingen aanwezig, waarbij op diverse punten in het bijzonder door leidinggevend een rol gespeeld kan worden.

Bij vrijwel alle punten zijn ook centrale afspraken in CAO-vorm tussen werkgevers en werknemers mogelijk. Invoering van een basisdiploma zou tevens via de subsidievoorwaarden (WVC/ZFR, in overleg met sociale partners) gestimuleerd kunnen worden.

Cluster 3. Indicaties specificeren en intake mede richten op werk-omstandigheden

maatregelen:

betrokken partijen:

	<i>zie aan- beveling nr.</i>	<i>uitvoerenden</i>	<i>leidingge- venden</i>	<i>instellingen</i>	<i>WVC/ZFR</i>	<i>werkgevers/werknemers</i>	<i>BVG</i>	<i>Centrale Raad</i>	<i>overigen</i>
a. Ontwikkelen van normen voor cliënt-huishoudens	1	x	x	x	x	x	x	x	(1)
b. Instellen van afdeling materiële voorzieningen	1			x	x			x	
c. Specificatie van indicatie/te verrichten werkzaamheden	8		x	x				x	
d. Geregelde toetsing van indicaties, feedback uit praktijk	8	x	x	x	x				
e. Signaleren van onveilige en belastende situaties	3	x	x						

(1) NIA, ergonomen, bedrijfsartsen

Ook voor dit cluster geldt dat instellingen zelfstandig tot een aantal maatregelen kunnen komen. Waar het gaat om (her)indicatie en signaleren van inadequate indicatie alsmede van onveilige situaties ligt binnen de instellingen een rol voor de leidinggevenden voor de hand, waarbij een actieve betrokkenheid van uitvoerenden gewenst is.

Binnen instellingen kunnen ondernemingsraden, juist waar het de materiële omstandigheden betreft, initiërend optreden (veelal met de Arbo-wet in de hand); de werknemersorganisaties kunnen daarbij voorlichtend en stimulerend optreden jegens de ondernemingsraden.

Bij het ontwikkelen door instellingen van normen voor de uitrusting van cliënt-huishoudens is de praktijkervaring van uitvoerenden en leidinggevenden van grote waarde. Ook de BVG zou, zij het meer zijdelings, een inbreng kunnen hebben via de expertise van verzekeringsgeneeskundigen inzake belasting/belastbaarheid in het werk.

Ontwikkeling van normen, materiële regelingen en nadere richtlijnen voor indicatie kunnen op meer centraal niveau tevens worden aangesneden door de Centrale Raad en/of hun neerslag vinden in regelingen van WVC/ZFR. Materiële arbeidsomstandigheden kunnen tevens een punt van afspraken tussen werkgevers en werknemers vormen. De inhoud van eventuele normering vergt tevens ergonomische en arbeidsgeneeskundige inbreng.

Cluster 4. Werkplanning van uitvoerenden optimaliseren

maatregelen:

betrokken partijen:

	zie aan- beveling nr.	uitvoerenden	leidingge- evenden	instellingen	WVC/ZFR	werkgevers/werknemers	BVG	Centrale Raad	overigen
a. Uitvoerenden betrekken bij planning, vormen van teamwork	16		x	x					
b. Normen voor aantal adressen en reistijden	5,6			x		x		x	
c. Geen 1-cliënt-situaties, roulatie, afwisseling	7		x	x		x		x	
d. Vervanging helder regelen; bij wisseling: overdrachtgesprek	14		x						
e. Vergroten van mogelijkheden tot uitbesteding van werk	2			x	x			x	
f. Uitvoerenden (m.n. full-time) niet 100% inzetten op uitvoerend werk	4		x	x	x	x		x	
g. Periodieke deskundigheidsbevordering inplannen	10b		x	x	x	x			

Aspecten van de werkplanning liggen grotendeels binnen het bereik van de instellingen, en daarbinnen vaak bij de leidinggeevenden. Het vergroten van betrokkenheid van uitvoerenden bij planningsaspecten verdient daar-
bij grote aandacht.

Verschillende zaken lenen zich voor ontwikkeling op centraal niveau (bijv. globale richtlijnen voor adressen en reistijden, ontwikkeling van plan-
ningssystemen), waarin de Centrale Raad een functie kan vervullen. WVC/ZFR zou zowel in de sfeer van regelgeving als financiering op ver-
schillende punten randvoorwaarden kunnen aanbrengen.

De invulling van de weektaak (incl. eventuele regelingen rond aantallen
cliënten per week en periodieke wisselingen) alsmede deskundigheidsbe-
vordering kunnen ook onderwerp vormen van het CAO-overleg, zodat
werkgevers en werknemers hierin mede een rol kunnen spelen.

Cluster 5. Interne sociaal-organisatorische samenhang binnen instellingen versterken

maatregelen:

betrokken partijen:

	<i>zie aan- beveling nr.</i>	uitvoerende	leidinggevend	instellingen	WVC/ZFR	werkgemers/werknemers	BVG	Centrale Raad	overigen
a. Onderling overleg, evt. teamwork uitvoerenden versterken	16,13a	x	x	x					
b. Deskundigheidsbevordering in groepsverband	10b		x	x					
c. Steun & bereikbaarheid leiding, continuïteit/vaste vervanging	13b		x	x					
d. Vertrouwenspersoon; versterken personeelsfunctie	13c			x		x		x	
e. Informeel contact tussen uitvoerenden stimuleren	13a		x	x					

Uit de aard der zaak zijn deze intern-organisatorische maatregelen vooral van belang voor de afzonderlijke instellingen. Voorzover daarmee versterking van de organisatorische infrastructuur is gemoeid (versterking van de personeelsfunctie) is dat in eerste instantie een aangelegenheid van de instellingen zelf; op centraal niveau kunnen daartoe wel extra stimulanzen worden gegeven (bijv. in de vorm van voorlichting door de Centrale Raad).

Cluster 6. *Personeelsbeleid, -structuur en -aanbod versterken*

maatregelen:

betrokken partijen:

	zie aan- beveling nr.	uitvoeren	leidinggeven	instellingen	WVC/ZFR	werkgevers/werknemers	BVG	Centrale Raad	overigen
a. Minimum in contractomvang nastreven	11c,9c			x	x	x		x	
b. '16-uurs-drempel' wegnemen, flexibiliteit regelen	11c,14				x	x			(1)
c. Arbeidsvoorwaarden verbeteren	11a				x	x			
d. Imago van het beroep, PR-campagne	11a					x		x	
e. Mogelijkheden tot kinderopvang nagaan	11b			x		x			
f. Protocol voor aanstellingskeuring ontwikkelen	12						x		(2)
g. Eerste 1 à 2 jaar intensieve begeleiding	10a		x	x					

(1) Overleg met PGGM, SoZaWe

(2) Overleg met bedrijfsartsen/NVAB

Binnen dit cluster zijn diverse aanbevelingen ondergebracht met betrekking tot financiële kwesties dan wel arbeidsvoorwaarden; WVC/ZFR en werkgevers/werknemersorganisaties kunnen dan ook belangrijke bijdragen leveren tot versterking van de personeelsstructuur. Voor wat betreft de grens voor de verplichte pensioenverzekering (nu 16 uur per week) is uiteraard overleg met het pensioenfonds PGGM van groot belang; eventuele wijziging van deze grens kan alleen via het PGGM geschieden.

Op enkele punten kunnen instellingen ook zelfstandig beleid voeren. In de sfeer van voorlichting en ondersteuning kan de Centrale Raad een nuttige bijdrage leveren; in het bijzonder het versterken van het landelijk "imago" van het beroep lijkt een zaak voor de Centrale Raad. Voor wat betreft de ontwikkeling en invoering van keuringsprotocollen zijn bedrijfsartsen c.q. hun organisatie de eerst aangewezen instanties, waarbij overleg met de BVG gewenst is.

Cluster 7. Randvoorwaarden voor adequaat (instellings)beleid scheppen

maatregelen:

betrokken partijen:

	<i>zie aan- beveling nr.</i>	<i>uitvoerenden</i>	<i>leidinggevers</i>	<i>instellingen</i>	<i>WVC/ZFR</i>	<i>werkgevers/werknemers</i>	<i>BVG</i>	<i>Centrale Raad</i>	<i>overigen</i>
a. Cijfermatig inzicht in eigen verzuim verbeteren	23			x			x		(1)
b. Streefcijfers voor verzuim per instelling ontwikkelen	23			x			x		(1)
c. Cursus 'verzuimkunde' voor management en leiding	22						x	x	(1)
d. Arbo-/sociaal jaarverslagen maken	23			x					(2)

(1) NIA

(2) OR'en kunnen dit vragen

Wat betreft inzicht in en voorlichting over verzuim zijn vooral taken weggelegd voor de BVG, zeker wanneer een meer bedrijfsgerichte werkwijze wordt ontwikkeld. Wat betreft cursus-ontwikkeling kan de Centrale Raad een initiërende rol spelen. Voor de samenstelling van (Arbo-)jaarverslagen zijn uiteraard de instellingen zelf verantwoordelijk.

LITERATUUR

In onderstaande lijst worden enkele titels vermeld o.m. van publicaties waarnaar in de tekst van dit rapport is verwezen.

Uitgebreidere literatuuroverzichten zijn te vinden in Swaan (1987).

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

Bakker, P.W., P. de Bruin en H.P. van Rooyen, *Het GAK-project verzuim-advisering: praktijkervaringen in ruim 30 bedrijven*. Pag. 33-35 in: Steensma en Vrooland (red.), 1986.

Bergers, G.P.A., F.H.G. Marcelissen en Ch.J. de Wolff, *VOS-D, Vragenlijst Organisatiestress-D: Handleiding*. Intern rapport 86 AO 3, Psychologisch Laboratorium, K.U. Nijmegen, 1986.

Bruggen, M. v.d., *De duizendpoot in de Gezinsverzorging*. Scriptie arbeids- en bedrijfspsychologie. Nijmegen, 1983.

Fieret, G., *Werken in de gezinsverzorging*. Scriptie Arbeids- en Organisationspsychologie. Tilburg, 1982.

Grosfeld, J.A.M., *De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, 1988.

Kleber, R.J., *Stressbenaderingen in de psychologie*. Deventer, 1982.

Maslach, C. & S.E. Jackson, "The measurement of experienced burnout." *Journal of Occupational Behaviour* 2 (1981) 99-113.

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

Smulders, P.G.W., *Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek*. Leiden, 1984.

Smulders, P.G.W., *Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig*. Proefschrift. Maastricht, 1984.

Steensma, H.O. en V.Chr. Vrooland (red.), *Ziekteverzuimbeleid, werk en gezondheid: drie voorbeeldprojecten*. Stichting CCOZ, Amsterdam, 1986.

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

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

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

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.

WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid), *De ongelijke verdeling van gezondheid. Voorstudies en achtergronden V58*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

BIJLAGE

PLAN VAN AANPAK ZIEKTEVERZUIM

Op grond van het voorliggende rapport constateert de Begeleidingscommissie van het onderzoek dat een gerichte aanpak van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging de navolgende elementen zou moeten omvatten.

Daarbij kan tot verlaging van het ziekteverzuim in de gezinsverzorging door verschillende partijen een bijdrage worden geleverd: door de instellingen; door verschillende instanties die als financier en/of regelgever bij de gezinsverzorging betrokken zijn; door de bedrijfsvereniging BVG. De volgorde waarin de verschillende elementen hieronder worden vermeld houdt geen prioriteitsstelling in.

a. Door de instellingen voor gezinsverzorging zijn vele bijdragen te leveren. Op de volgende punten zijn maatregelen mogelijk:

1. Verbetering van de *begeleiding en tijdige reïntegratie van (langdurig) zieke werknemers*, zowel door daartoe de nodige interne procedures te ontwikkelen (waarbij met name de leidinggevenden een centrale rol zullen spelen) als door extern geregeld overleg te voeren met het rayonkantoor van de BVG en eventueel aansluiting te zoeken bij een bedrijfsgezondheidsdienst.
2. Versterking van de *beroepshouding* bij uitvoerenden, onder meer door een grote inzet in deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding voor allen, het stimuleren van intercollegiaal contact, het aanhouden van een minimale contractomvang.
3. Bij de *intake en indicatie* mede de materiële werkomstandigheden voor uitvoerenden in de beoordeling betrekken, waar nodig en mogelijk daarin verbetering (laten) aanbrengen; bij indicatiestelling de te verrichten werkzaamheden zo duidelijk mogelijk specificeren en de indicatie geregeld toetsen in samenspraak met de uitvoerende.
4. Uiterste *zorgvuldigheid in de werkplanning* met het oog op de werkbelasting van het personeel, waarbij een zo direct mogelijke betrokkenheid van uitvoerenden zelf bij de werkplanning gewenst is.
5. Versterking van het *intern contact* binnen de instelling (formeel en informeel) en van de bereikbaarheid van leidinggevenden.
6. Een *actieve personeelswerving*, intensieve praktijkbegeleiding van nieuw personeel en zo lang mogelijk behouden van zittend personeel.
7. Aanstelling van een *vertrouwenspersoon*, mede ter versterking van de personeelsfunctie binnen de instellingen.
8. Zo goed mogelijk *inzicht verwerven in de omvang en structuur van het ziekteverzuim* binnen de eigen instelling, en het periodiek rapporteren en evalueren van het terzake gevoerde beleid.

b. Op verschillende punten kan sturend worden opgetreden door financiers resp. regelgevende en coördinerende instanties: het *departement van WVC dan wel de Ziekenfondsraad, werkgevers- en werknemersorganisaties* en de *Centrale Raad voor Gezinsverzorging*. Onderlinge afstemming tussen deze instanties van activiteiten t.a.v. ziekteverzuim is

gewenst. Activiteiten kunnen met name betrekking hebben op de volgende punten:

1. Regelingen rond *begeleiding* van personeelsleden bij langdurige ziekte.
 2. Regelingen rond systematische, periodieke *deskundigheidsbevordering*, alsmede praktijkbegeleiding, diplomering, en het stimuleren van deelname aan opleidingen; het ontwikkelen van voorlichting over en materiaal ten behoeve van deze deskundigheidsbevordering, waarbij tenminste aandacht gewenst is voor *ergonomische aspecten* van huishoudelijk werk.
 3. Versterking van de *beroepshouding* bij uitvoerenden, onder meer door bovenbedoelde inzet in deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding voor allen, alsmede het stimuleren van intercollegiaal contact en het aanhouden van een minimale contractomvang.
 4. Ontwikkelen van minimum-normen voor de *materiële uitrusting van de werkplek* (i.c. het cliënt-huishouden) en de beoordeling daarvan bij intake (zie punt a.3), alsmede het ontwikkelen van mogelijkheden om waar nodig verbeteringen aan te brengen in de materiële werkomstandigheden.
 5. Een zekere normering van *aantallen werkadressen en reistijden per week* van uitvoerend personeel, en meer in het algemeen het ontwikkelen van adequate systemen voor personeels- en werkplanning.
 6. Voorkómen dat uitvoerenden (met name full-timers) voortdurend voor 100 % worden ingezet op puur uitvoerend werk.
 7. Stimuleren van *roulatie en afwisseling* binnen individuele werkschema's, en het zo veel mogelijk beperken van "één-client-situaties".
 8. *Versterken van de personeelsfunctie* binnen de instellingen (zie ook punt a.7).
 9. *Verbetering van het personeelsaanbod* in de werksoort, door (a) verbetering van arbeidsvoorwaarden, (b) streven naar een minimum in de contractomvang, (c) overleg met het PGGM over mogelijke wijziging van de grens voor verplichte pensioenverzekering, (d) nagaan van mogelijkheden tot kinderopvang voor personeel, (e) versterking van het imago van het beroep.
 10. *Versterking van het beroepsbeeld* van de gezinsverzorging, bijv. door een public relations-campagne en door het stimuleren van beroepssymbolen (insignes e.d.).
 11. *Voorlichting* aan instellingen over mogelijkheden tot *ziekteverzuimbeleid*, bijv. in de vorm van 'cursussen verzuimkunde'.
- c. Op het werkterrein van de *bedrijfsvereniging BVG* kunnen de volgende bijdragen aan verzuimbeleid worden geleverd.
1. Geregeld *contact met instellingen*, zowel in het kader van sociaal-medische begeleiding als van verzuimbeleid meer in het algemeen (zulks mede in het verlengde van het "bedrijfsgericht werken").
 2. Aanbrengen van meer *continuïteit in het Ziektewet-traject*.
 3. Bijdragen aan het ontwikkelen van een functiespecifiek *protocol voor aanstellingskeuringen* voor uitvoerend personeel in de gezinsverzorging.
 4. Inzicht van instellingen in hun eigen ziekteverzuim vergroten door goede en gedetailleerde *verzuimcijfers* aan de instellingen terug te rapporteren.
 5. Mede via het bedrijfsgericht werken *bijdragen aan inzicht in achtergronden van verzuim*, door voorlichting (eventueel cursussen) aan management en leidinggevenden.