

gratis

**Vooronderzoek
ziekteverzuim in de sectoren
Verpleeghuizen en Bejaardenoorden**

eind-rapport

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA

F.C. Verboon
E. de Kleijn
B.G.M. Puite

Amsterdam, juni 1992

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

ISN-nr. 14.130
plaats 49-356
datum 02 FEB. 1993



Inhoud

Inleiding	5
1 Schets van de problematiek	7
1.1 Verzuim als maatschappelijk probleem	7
1.2 Verklaringsmodel	7
1.3 De sector Verpleeghuizen	9
1.4 De sector Bejaardenoorden	9
1.5 Bronnen van gegevens	10
2 Het ziekteverzuim in de verpleeghuizen	11
2.1 De omvang van het ziekteverzuimvolume	11
2.2 De verzuimfrequentie	12
2.3 Het verzuim in de grote steden	13
2.4 Zwangerschaps- en bevallingsverlof	13
2.5 Het verzuim binnen de verschillende personeelscategorieën	14
2.6 Langdurig zieken	14
2.7 Diagnoses bij WAO-toetreding	15
2.8 Genoemde achtergronden van het ziekteverzuim	16
2.9 Reeds ontwikkeld verzuimbeleid	17
3 Profiel van een sector: verpleeghuizen	19
3.1 Beschrijving van de sector	19
3.1.1 De capaciteit	19
3.1.2 Aard en beheer van de verpleeghuizen	20
3.1.3 Samenwerking	21
3.1.4 Patiëntencategorieën en zorgfuncties	22
3.1.5 Organisatie-structuur	24
3.1.6 Sector-financiering	26
3.2 Personeel in de Verpleeghuizen	26
3.2.1 Het personeelsbestand	26
3.2.2 Het personeelsverloop	28
3.2.3 Functiedifferentiatie	29
3.3 De arbeidsomstandigheden	29
3.3.1 De inhoud van het werk	30
3.3.2 Beleving van de arbeidssituatie	30
3.3.3 Beleving van de arbeidssituatie naar personeelscategorie	32
3.3.4 De arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden	33
3.3.5 Fysieke belasting	35
3.3.6 Werktijden en dienstroosters	37
3.3.7 Arbozorg	38

4	Ziekteverzuim in de Bejaardenoorden	39
4.1	De omvang van het ziekteverzuimvolume	39
4.2	De verzuimfrequentie	39
4.3	Het verzuim in de grote steden	40
4.4	Zwangerschaps- en bevallingsverlof	41
4.5	Langdurig zieken	41
4.6	Diagnoses bij WAO-toetreding	42
4.7	Genoemde achtergronden van het ziekteverzuim	42
4.8	Reeds ontwikkeld verzuimbeleid	43
5	Profiel van een sector: Bejaardenoorden	45
5.1	Beschrijving van de sector	45
5.1.1	De capaciteit	45
5.1.2	Aard en beheer van bejaardenoorden	46
5.1.3	Samenwerking	46
5.1.4	Bewoners en zorgfuncties	47
5.1.5	Organisatiestructuur	47
5.1.6	Sector-financiering	49
5.2	Het personeel in de sector Bejaardenoorden	49
5.2.1	Het personeelsbestand	49
5.2.2	Personeelsverloop	50
6	Gemeenschappelijke aspecten van beide sectoren	53
6.1	De financiële aspecten rond ziekteverzuim	53
6.2	Samenwerking met de BVG	54
6.3	De arbeidsmarkt	55
7	Secundaire analyses: een samenvatting	57
7.1	Inleiding	57
7.2	Samenvatting	58
7.2.1	Vergelijking sectoren	58
7.2.2	Invloed van achtergrondkenmerken	59
7.2.3	Verzuimverschillen tussen organisaties	62
7.3	Conclusie	62
8	Samenvatting en conclusies	65
8.1	Opzet en uitvoering van het vooronderzoek	65
8.2	Hoogte van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid	66
8.3	Achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid	67
8.4	Beleidsstrategieën	69
8.5	Toegankelijkheid van de sectoren	70
8.6	Mogelijkheden tot verder onderzoek	71
	Literatuur	77

Inleiding

Dit rapport is de neerslag van een vooronderzoek uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De centrale vraagstelling voor het gehele onderzoek is als volgt geformuleerd:

Wat zijn de achtergronden van ziekteverzuim en invalidering in zowel de sector Verpleeghuizen als de sector Bejaardenoorden en wat zijn de interventie-mogelijkheden?

Nader toegespitst betekent deze vraagstelling voor beide sectoren:

1. een inventarisatie en analyse van achtergronden van de problematiek;
2. een inventarisatie en analyse van bestaande interventie-praktijken;
3. de ontwikkeling van een aanvullend interventie-instrumentarium.

De vraagstelling voor dit vooronderzoek vormt een verdere concretisering van de bovengenoemde eerste twee punten. Deze vraagstelling luidt als volgt:

Wat is uit de literatuur en bronnen bekend over hoogte en achtergronden van verzuim en invalidering, in het bijzonder voor wat betreft de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden? Ten tweede welke beleidsstrategieën worden in het veld gehanteerd om deze verschijnselen te bestrijden? Ten derde in hoeverre is het veld toegankelijk voor onderzoek, zowel voor wat betreft bereidheid om aan onderzoek mee te werken, als voor wat betreft de beschikbaarheid van relevante (verzuim- en invaliderings-)gegevens?

Een belangrijk aanknopingspunt in het onderzoek vormt het gegeven dat we hier met twee verschillende sectoren of werksoorten te maken hebben. Dit levert de mogelijkheid van het hanteren van een vergelijkende onderzoeksmethode. Bovendien is het aannemelijk dat binnen de beide sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden een zekere diversiteit van soorten instellingen zal voorkomen, zodat hier waarschijnlijk gebruik kan worden gemaakt van contrasterende analyses.

Hoofdstuk 1 heeft betrekking op de verzuimproblematiek in algemene zin, zowel algemeen maatschappelijk, als in de onderhavige sectoren Bejaardenoorden en Verpleeghuizen. Daarnaast zal een schets worden gegeven van een veel gehanteerd verzuim-verklaringsmodel, met daarin een aantal concepten die richting geven aan het kijken naar de problematiek.

Er is voor gekozen de twee sectoren zo zelfstandig mogelijk te behandelen, zowel qua beschrijving van de verzuimproblematiek als qua schets van een aantal kencijfers. Deze beschrijvingen vindt u in de hoofdstukken 2 tot en met 5. Uiteraard zijn er ook overeenkomsten in het functioneren van beide velden. In hoofdstuk 6 worden een aantal gemeen-

schappelijke aspecten beschreven, zoals de arbeidsmarkt en de financiering van het verzuim. Niet in de laatste plaats zal enige aandacht worden geschonken aan de rol van de bedrijfsvereniging voor de gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen (BVG) als partner in de verzuimproblematiek.

Hoofdstuk 7 is gewijd aan een samenvatting van een in het kader van dit vooronderzoek uitgevoerde secundaire analyse op ziekteverzuimdata van het ziekteverzuim-informatiesysteem van het NIA. Gezien de omvang van de rapportage over dit deelonderzoek is gekozen voor een aparte publikatie.

Tot slot zal in hoofdstuk 8 gepoogd worden een antwoord te formuleren op de oorspronkelijke vraagstelling voor dit vooronderzoek. Tevens zijn in dit hoofdstuk enkele suggesties opgenomen voor de richting en mogelijkheden van verder onderzoek.

1 Schets van de problematiek

1.1 Verzuim als maatschappelijk probleem

Wat ziekteverzuim is, lijkt op het eerste gezicht een gemakkelijk te beantwoorden vraag. Veel gehanteerde definities zijn bijvoorbeeld 'afwezigheid van het werk wegens ziekte' of 'verzuim met een beroep op de ziektewet'. Achter deze definities schuilen echter een tweetal problemen. Ten eerste leidt niet iedere ziekte tot arbeidsverzuim, omdat de ziekte bijvoorbeeld niet ernstig genoeg is voor de persoon in kwestie (men denke hierbij ook aan diverse vormen van ziek doorwerken); kortom ziekte is niet identiek met verzuim. Ten tweede moet bedacht worden dat niet elk beroep op de ziektewet ook daadwerkelijk op ziekte berust; men spreekt in verband hiermee wel van 'grijs' of 'zwart' verzuim. De verschijnselen 'zwart/grijs' verzuim en 'ziek doorwerken' wijzen erop dat men ziekteverzuim niet te gemakkelijk moet verwarren met ziekte in strikt medische zin.

In de praktijk noemt men iemand ziek, indien de betreffende persoon merkbaar psychisch en/of fysiek belemmerd wordt in het functioneren op zijn of haar maatschappelijke plaats. Veerman (1989) meent dat het in dit verband beter is om over ziekte te spreken in termen van een relatie tussen persoon en omgeving:

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.
(Veerman, 1989)

Veerman concludeert dan ook, dat ziekteverzuim opgevat moet worden als een verstoring van het evenwicht tussen mens, werk en gezondheid.

1.2 Verklaringsmodel

Op grond van veel verricht onderzoek op het gebied van verzuim zijn al meerdere verklaringstheorieën en -modellen ontwikkeld (b.v. Philipsen en Vroege). Met name een combinatie van het beslissingsmodel enerzijds en het belasting-belastbaarheidsmodel anderzijds leidt ons inziens tot een omvattend denkkader, waarvan het model in schema 1 wordt weergegeven. Hierbij moet dan wel bedacht worden dat de relevante factoren binnen de vier kernconcepten zich op verschillende niveaus kunnen bevinden. We onderscheiden daarin:

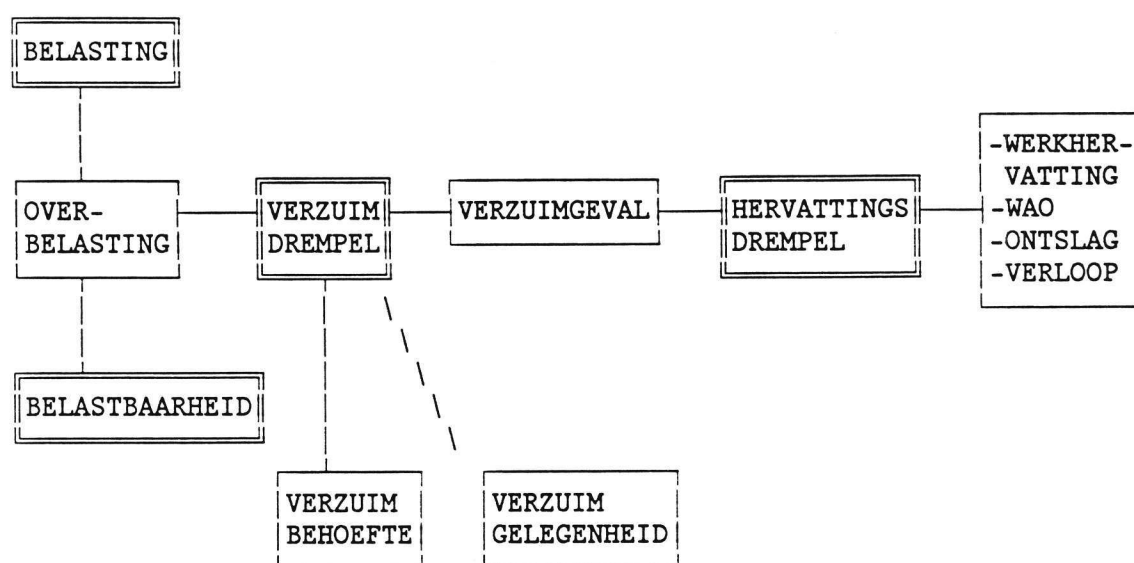
- factoren op individueel niveau;
- factoren op het niveau van de arbeidsorganisatie, i.c. de instelling;
- factoren op macroniveau, d.w.z. op het niveau van de sector Verpleeghuizen en Bejaardenoorden als totaal of nog ruimer (b.v. de kwartaire sector als geheel).

Indien er een discrepantie optreedt tussen belasting enerzijds en belastbaarheid anderzijds, zal volgens dit schema het ziekteverzuim beïnvloed worden. Dit betekent dat het ziekteverzuim in het algemeen hoger zal zijn naarmate de (arbeids)belasting hoger en de belastbaarheid van het personeel lager is.

Voor wat betreft de verzuimdrempel ligt de zaak gecompliceerder. 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 op de langere termijn ook tot een laag verzuim zal leiden. Integendeel een te hoge verzuimdrempel kan leiden tot het zgn. 'ziek doorwerken' en ontnemt de mogelijkheid van een tijdige hersteltijd, zodat het uiteindelijk resulterende verzuim langduriger zal zijn.

Indien de hervattingsdrempel te hoog of te laag is, ontstaan er eveneens problemen. Te hoog betekent een onnodig lange verzuimduur en te laag betekent een te snelle hervatting van de werkzaamheden, met een reële kans op hernieuwde uitval.

Schema 1.1 Een conceptueel verzuimmodel



Mede aan de hand van de kernbegrippen uit dit model, t.w. belasting, belastbaarheid, verzuimdrempel en hervattingsdrempel, zal in hoofdstuk 8 de situatie in de beide sectoren op het vlak van de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek nader worden belicht.

1.3 De sector Verpleeghuizen

Het ziekteverzuim in de verpleeghuissector is het hoogste binnen de intramurale gezondheidszorg en is gedurende de afgelopen jaren jaarlijks gestegen. In 1991 is er, sinds lange tijd, weer sprake van een daling. De sector volgt hiermee de landelijke trend. Ook het verloop binnen deze sector is hoog. Aan de andere kant bestaat er een tekort op de arbeidsmarkt. Zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht kan men met name in de Randstad onvoldoende personeel krijgen. Daarbij is het tevens zeer moeilijk om voldoende leerlingen te werven voor de inservice-opleidingen.

Kortom, er is binnen de sector sprake van moeilijk vervulbare vacatures. Door het tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel en het hoge ziekteverzuim stijgt de werkdruk van het nog aanwezige personeel. Met minder mensen moet hetzelfde werk gedaan worden. De als hoog ervaren werkdruk vormt weer een risico voor de omvang van het ziekteverzuim. De kans is groot dat er een vicieuze cirkel ontstaat: de ene werknemer meldt zich ziek, als de andere weer is hersteld.

Op landelijk en ook regionaal niveau werden reeds verschillende initiatieven genomen om genoemde tendensen een gunstiger wending te geven. Er werden verschillende wervingsacties ondernomen die tevens het imago van werken in de gezondheidszorg moesten verbeteren. Het meest recente voorbeeld hiervan is de actie 'Wie zorgt die leeft'. Op het gebied van ziekteverzuimbeheersing is door de Nationale ZiekenhuisRaad in 1990 ten behoeve van de gehele intramurale gezondheidszorg een commissie Verzuimbeleid ingesteld die tot taak had ziekteverzuimbeheersings-instrumenten te ontwikkelen ten behoeve van het instellingsmanagement. Het verzuimbeheersings-instrument is inmiddels gerealiseerd en onder alle instellingen in de intramurale gezondheidszorg verspreid in de vorm van een handreiking. Deze handreiking werd in nauwe samenwerking met de BVG samengesteld. Vervolgtaken van de commissie liggen in een verdere implementatie van de handreiking.

1.4 De sector Bejaardenoorden

Binnen de sector Bejaardenoorden en dan met name bij de werkgeversorganisatie Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden tracht men momenteel een samenhangende visie op de ziekteverzuim-problematiek te ontwikkelen.

Mede door de specifieke financieringswijze van deze sector bleek het verschijnsel ziekteverzuim lange tijd niet als extreem problematisch te worden ervaren. Weliswaar is ziekteverzuim lastig voor de organisatie, maar het had tot voor kort geen grote budgettaire consequenties.

De stijging van het verzuim binnen de sector in de laatste jaren, tezamen met toenemende druk van overheidswege om tot verzuimbeperving te komen - zie de maatregelen in het kader van de Tussenbalans - heeft binnen de sector noodzakelijkerwijs een proces van beleidsvorming op gang gebracht, waarin ziekteverzuim als prominente kostenfactor figureert.

De gebruikte terminologie binnen de sector m.b.t. bejaardenoorden omvat steeds vaker het begrip verzorgingshuis. In het vervolg zullen we de termen bejaardenoord en verzorgingshuis willekeurig gebruiken zonder daarmee een inhoudelijk verschillende aanduiding te geven.

1.5 Bronnen van gegevens

In dit rapport baseren we ons op verschillende bronnen. Naast een studie van de meest uiteenlopende schriftelijke bronnen, zoals Tweede Kamer stukken, departementale nota's, beleidsnota's uit de sectoren, CBS-statistieken, onderzoeksrapporten en 'grijze literatuur', is veel gebruik gemaakt van cijfermatige gegevens van de bedrijfsvereniging BVG, het NZI en het ziekteverzuim-registratiesysteem van het NIA. Daarnaast zijn met vertegenwoordigers van diverse geledingen uit de sectoren gesprekken gevoerd over het centrale thema ziekteverzuim en relevante thema's als organisatie en financiering van de beide sectoren. In de navolgende hoofdstukken zal veelvuldig worden verwezen naar diverse gegevensbronnen. Het moge duidelijk zijn, dat er een verschil bestaat tussen enerzijds 'harde' gegevens bijvoorbeeld bestaande uit - op wetenschappelijk verantwoorde wijze samengestelde - cijferreeksen en statistieken en anderzijds 'zachte' gegevens verkregen uit 'grijze' literatuur en gesprekken met betrokkenen uit de onderzoeksvelden. Met name bij deze laatste vorm van informatie-verwerving wordt weliswaar gepoogd gesprekken te voeren met informanten die zich in meer of mindere mate in sleutelposities in het veld bevinden, nochtans gaat het hierbij om een beperkt aantal meningen en opvattingen van deze personen. Dit betekent dat het onjuist zou zijn een absolute waarde aan deze informatie toe te kennen. Deze informatie moet vooral gezien worden als indicatief en als illustratie bij de diverse onderwerpen. Daar waar wij ons in dit rapport baseren op informatie uit deze informantengesprekken zal dit zoveel mogelijk worden vermeld.

2 Het ziekteverzuim in de verpleeghuizen

In dit hoofdstuk worden allereerst de kwantitatieve verzuimgegevens vermeld. De verpleeghuissector wordt daarbij vergeleken met de andere sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg en met de BVG-totaal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de verzuimgegevens van het NZI en de BVG.

Vervolgens wordt ingegaan op de achtergronden van het verzuim en de meest voorkomende diagnoses. Tot slot worden de reeds in het veld genomen initiatieven ter beïnvloeding van het verzuim weergegeven.

2.1 De omvang van het ziekteverzuimvolume

Het ziekteverzuimpercentage binnen de intramurale gezondheidszorg is de laatste jaren over de hele linie aan het stijgen. Daarbij ligt het ziekteverzuim binnen de verpleeghuissector het hoogst (zie tabel 2.1). Het ziekteverzuim binnen de intramurale gezondheidszorg ligt boven het BVG-totaal gemiddelde.

Tabel 2.1 Het verzuimpercentage van de verpleeghuizen vergeleken met de overige sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg, het gemiddelde verzuimpercentage van de intramurale gezondheidszorg, het BVG-gemiddelde en het landelijke verzuimpercentage over de periode 1987-1990

	1987	1988	1989	1990
Ziekenhuizen	7.1	7.1	7.6	8.3
Psych.ziekenhuis	6.9	7.6	8.4	9.4
Zwakz.instellingen	7.5	8.0	8.6	9.1
Verpleeghuizen	8.4	9.2	10.0	10.8
Intramurale gezondheidszorg	7.6	7.9	8.5	9.3
BVG totaal	7.6	7.8	8.2	8.9
Landelijk	8.1	8.5	8.8	9.1

Bron: NIA/BVG

In tabel 2.2 wordt de verdeling van het ziekteverzuim over de verschillende categorieën verpleeghuizen weergegeven. Daaruit blijkt dat het verzuim in de psycho-geriatrische verpleeghuizen door de jaren heen het hoogst is.

Tabel 2.2 De verzuimpercentages binnen de drie categorieën verpleeghuizen over de jaren 1987-1990

	1987	1988	1989	1990*
Verpleeghuizen				
- somatisch	7.4	7.7	8.9	9.8
- psycho-geriatrisch	8.8	9.1	9.7	10.5
- gecombineerd	7.9	8.7	9.3	9.6

Bron: Statistiek personeelssterkte, NZI

* voorlopige cijfers

2.2 De verzuimfrequentie

Het gemiddeld aantal ziekmeldingen per werknemer ligt binnen de intramurale gezondheidszorg hoger dan het landelijk gemiddelde en hoger dan het gemiddelde van de BVG-totaal (zie tabel 2.3). Over de hele linie is de gemiddelde verzuimfrequentie in 1990 licht gedaald.

Binnen de intramurale gezondheidszorg ligt de gemiddelde verzuimfrequentie het hoogst in de sector verpleeghuizen. In 1990 meldde een personeelslid zich gemiddeld 2,2 keer ziek.

Tabel 2.3 De verzuimfrequentie binnen de sector verpleeghuizen vergeleken met het gemiddelde van de overige sectoren in de intramurale gezondheidszorg, de intramurale gezondheidszorg als totaal, de BVG en het landelijk gemiddelde over de jaren 1987-1990

	1987	1988	1989	1990
Ziekenhuizen	2.01	1.95	2.04	1.98
Psychische ziekenhuizen	1.77	2.01	2.16	2.15
Zwakz.instellingen	1.84	1.91	1.93	1.86
Verpleeghuizen	2.12	2.22	2.30	2.20
Intramurale gezondheidszorg	2.01	2.04	2.13	2.06
BVG totaal	1.56	1.57	1.64	1.60
Landelijk	1.91	1.89	1.91	1.81

Bron: NIA/BVG

In tabel 2.4 wordt de gemiddelde verzuimfrequentie binnen de sector verpleeghuizen uitgesplitst naar de verschillende categorieën. Het gemiddeld aantal meldingen per werknemer is binnen de drie categorieën in de afgelopen drie jaar ongeveer gelijk gebleven. De gemiddelde verzuimfrequentie ligt in de psycho-geriatrische en de gecombineerde verpleeghuizen hoger dan in de somatische verpleeghuizen.

Tabel 2.4 De gemiddelde verzuimfrequentie binnen de drie categorieën verpleeghuizen over de jaren 1987-1990

	1987	1988	1989	1990*
Verpleeghuizen				
- somatisch	2.2	2.2	2.2	2.2
- psycho-geriatrisch	2.5	2.5	2.4	2.4
- gecombineerd	2.4	2.5	2.5	2.4

Bron: Statistiek personeelssterkte, NZI

* voorlopige cijfers

2.3 Het verzuim in de grote steden

Traditioneel is het ziekteverzuim in de grote steden hoger dan in de rest van het land. In tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het verzuimpercentage en de verzuimfrequentie in deze gebieden. Binnen de verpleeghuizen in de grote steden was het ziekteverzuimpercentage in 1990 opgelopen tot gemiddeld 11,5%, 2,4% boven het BVG-gemiddelde van 9,1%.

Tabel 2.5 Het verzuimpercentage en de verzuimfrequentie van in de 4 grote steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag

	Verzuimpercentage			Verzuimfrequentie		
	1988	1989	1990	1988	1989	1990
Verpleeghuizen	10.0	11.0	11.5	2.37	2.50	2.34
Intramurale gezondheidszorg	8.2	8.8	9.6	2.13	2.24	2.20
BVG totaal	8.1	8.5	9.1	1.67	1.75	1.70

Bron: BVG

2.4 Zwangerschaps- en bevallingsverlof

In een sector waar zoveel, over het algemeen jonge, vrouwen werkzaam zijn is het ook van belang te kijken naar het verzuim dat samenhangt met het zwangerschaps- en bevallingsverlof. In 1990 is dit type verzuim sterker gestegen door de uitbreiding van het zwangerschaps- en bevallingsverlof van 12 naar 16 weken. In de jaren 1988 en 1989 schommelde het verzuim veroorzaakt door zwangerschaps- en bevallingsverlof rond de 0,8%. In 1990 was dit gestegen tot 1,3% (zie tabel 2.6).

Een deel van de stijging van het verzuimpercentage in 1990 wordt dus veroorzaakt door de uitbreiding van het zwangerschaps- en bevallingsverlof. Maar ook het 'zuivere' ziekteverzuim is in dat jaar gestegen. Voor de verpleeghuizen geldt een stijging van 0,4%punt.

Tabel 2.6 *Het verzuimpercentage in- en exclusief het zwangerschaps- en bevallingsverlof in de sectoren verpleeghuizen, intramurale gezondheidszorg en BVG-totaal.*

	1988		1989		1990	
	Incl.	Excl.	Incl.	Excl.	Incl.	Excl.
Verpleeghuizen	9.2	8.3	10.0	9.1	10.8	9.5
Intramurale gezondheidszorg	7.9	7.0	8.5	7.6	9.3	8.0
BVG totaal	7.8	7.0	8.2	7.5	8.9	7.7

Bron: BVG

2.5 Het verzuim binnen de verschillende personeelscategorieën

Het ziekteverzuim is het hoogst onder het verplegend personeel. De leerlingen hebben relatief gezien een laag ziekteverzuim (zie tabel 2.7). Voor een groot deel hangt dit samen met de overwegend jonge leeftijd van de leerlingen. Wordt hiervoor gecorrigeerd, dan is het verzuim onder de leerlingen gelijk aan het verzuim onder het gediplomeerd verpleegkundig personeel (v.d. Windt, 1989).

Naast het verplegend personeel heeft ook het civiel personeel een hoog ziekteverzuim. Deze personeelscategorie valt onder het algemeen personeel.

Tabel 2.7 *Het ziekteverzuimpercentage van de verschillende personeelscategorieën*

	1985	1986	1987	1988	1989
Algemeen pers.	7.5	7.5	7.8	8.0	8.8
Verpl./verz. pers.	-	8.9	9.0	9.8	10.5
Leerl.verpl./verz.pers.	5.0	5.9	6.0	6.2	7.0
Paramed. en med. hulppers.	6.4	6.9	7.0	7.2	6.9
Med.soc. Wetensch. staf	2.9	4.1	4.8	3.8	4.9
Totaal	7.0	7.7	8.0	8.5	9.3

Bron: NZI

2.6 Langdurig zieken

Om een indicatie te krijgen van het aantal WAO-toetredingen per jaar kan men kijken naar het aantal verzuimgevallen met een maximale ziekteverzuimduur. Het is aannemelijk dat van deze mensen het overgrote deel zal doorstromen naar de WAO. Het aantal ziektegevallen per 100 werknemers met een maximale ziekteverzuimduur is in 1990 gestegen ten opzichte van de twee voorgaande jaren. Dit geldt zowel voor de sector Verpleeghuizen als voor de gehele intramurale gezondheidszorg en de BVG als totaal. Opvallend is de lichte daling in 1989 over de gehele linie en de daarop volgende sterke toename in 1990, met name bij de verpleeghuizen. In deze sector had in 1990 2.1 van de 100 werknemers een maximale ziekteverzuimduur.

Tabel 2.8 Aantal gevallen met een maximale ziekteduur per 100 werknemers

	1988	1989	1990
Verpleeghuizen	1.9	1.8	2.1
Intramurale gezondheidszorg	1.5	1.4	1.7
BVG totaal	1.7	1.6	1.8

Bron: BVG

2.7 Diagnoses bij WAO-toetreding

In de periode 1988-1990 is er bij de BVG sprake van een stijging van het aantal WAO-toetreders met psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. In 1990 vormden beide oorzaken 75,5% van de WAO-instroom (zie tabel 2.9). Psychische ziekten komen bij de BVG, in vergelijking met het landelijke beeld, vaker voor. Het aandeel van de klachten aan het bewegingsapparaat verschilt nauwelijks met het landelijke beeld.

Tabel 2.9 Procentuele verdeling naar diagnose van opgekomen WAO-gevallen bij BVG en landelijk

	BVG			Landelijk
	1988	1989	1990	1990
Psychische ziekten	38.6	38.7	39.5	31.1
Ziekten v/h bewegingsapparaat	34.2	35.7	36.0	35.1
Hart- en vaatziekten	4.9	3.9	3.7	8.0
Overige diagnoses	22.3	21.7	20.8	25.8
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0

Bron: BVG, jaarverslag 1990

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de diagnoses bij WAO-toetreding in de verpleeghuissector. De BVG beschikt wel over cijfers per CAO-groep. In tabel 2.10 wordt de procentuele verdeling naar diagnosegroep vermeld voor de CAO-Ziekenhuiswezen. Het aandeel psychische ziekten en overige ziekten schommelde gedurende de afgelopen jaren, waarbij de psychische ziekten steeds boven het totaalcijfer van de BVG ligt en de categorie overige ziekten eronder. In 1991 komen de gegevens meer overeen met het BVG gemiddelde en is het aandeel psychische ziekten zelfs wat lager.

De aandoeningen aan het bewegingsapparaat vormen een groeiende diagnosegroep. In 1990 kwamen de cijfers overeen met het landelijk gemiddelde en in 1991 lag het percentage aandoeningen aan het bewegingsapparaat boven het BVG totaal cijfer.

Tabel 2.10 Procentuele verdeling naar diagnosehoofdgroep CAO-Ziekenhuiswezen

	1987	1988	1989	1990	1991
Psychische ziekten	39.8	40.4	39.9	41.5	38.5
Ziekten aan het bewegingsapparaat	33.7	33.1	34.7	35.2	35.9
Overige ziekten	26.5	26.5	25.4	23.3	25.7
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: BVG

2.8 Genoemde achtergronden van het ziekteverzuim

Met betrekking tot de achtergronden van het hoge ziekteverzuim in de verpleeghuizen worden door de informanten een aantal factoren genoemd. Allereerst speelt de veranderde arbeidsparticipatie van vrouwen een rol. Traditioneel stopten de meeste vrouwen met werken als zij een kind kregen. Daarentegen blijft men nu, meestal in een parttime dienstverband, doorwerken. Er zijn echter weinig carrièremogelijkheden en over het algemeen ontbreekt een gericht loopbaanbeleid. Dit zou het ziekteverzuim onder het verplegend en verzorgend personeel mogelijk negatief beïnvloeden. Daarnaast worden ook het lage opleidingsniveau en een lage binding met het werk genoemd.

Niet iedereen onderschrijft overigens de lage binding met het werk. Bij met name ziekenverzorgenden zou juist sprake zijn van een sterke binding met het werk. Ook een sterke binding zou een rol kunnen spelen bij het ziekteverzuim, met name bij het ontstaan van psychische klachten zoals burnout.

Benadrukt wordt dat er geen helder beeld bestaat over de achtergronden van het ziekteverzuim. Binnen de sector worden er nog niet systematisch functioneringsgesprekken gehouden. En juist dit soort gesprekken kunnen een goede gelegenheid zijn om de achterliggende redenen van bijvoorbeeld een frequent verzuim aan de orde te stellen, waardoor men een beter inzicht krijgt op de achtergronden van het verzuim.

Ook noemt men de hoge werkdruk en de behoefte om daaraan tijdelijk te ontkomen door zich ziek te melden.

Volgens sommige informanten speelt mogelijk ook het niveau van het management een rol. In dit verband worden dan de slechte plannings genoemd en de vele onverwachte roosterwijzigingen. De laatste jaren is er overigens wel sprake van een toenemende professionalisering van het instellingsmanagement binnen de verpleeghuizen.

Van verzekeringsgeneeskundigen en BGD-artsen hoort men signalen dat leerling-ziekenverzorgenden na 1 tot 1½ jaar stuk lopen op de praktijk. Deze praktijk zou niet aansluiten bij het (idealistische) beeld dat men vanuit de opleiding heeft gekregen. Men moet in de praktijk een beperkt aantal handelingen in een hoog tempo uitvoeren. Tijd om eens een praatje met de bewoners te houden heeft men over het algemeen niet.

De drukte speelt ook een rol bij het niet volgens de richtlijnen kunnen tillen van de bewoners. Door het tekort aan personeel op de afdeling moet men vaak alleen werken, met als gevolg dat men ook vaker alleen tilt.

Volgens één van de informanten zijn er zo langzamerhand overal voldoende tilliften, maar deze worden nog onvoldoende gebruikt. Als belangrijkste oorzaak hiervan wordt een onvoldoende training in het gebruik van de tilliften genoemd. Tijdgebrek zou volgens deze informant geen rol mogen spelen, omdat de extra tijd die het gebruik van een tillift mogelijk kost, op termijn weer wordt terugverdiend met een lager ziekteverzuim. In de dagelijkse praktijk op de afdelingen wordt dit verband op de lange termijn echter vaak niet gelegd. Door andere informanten wordt de aanwezigheid van voldoende geschikte tilliften weer sterk in twijfel getrokken.

2.9 Reeds ontwikkeld verzuimbeleid

Op sectorniveau is door de Nationale ZiekenhuisRaad in 1990 een commissie Verzuimbeleid in het leven geroepen. De taken van deze commissie bestaan uit het schrijven van een handreiking voor de aanpak van het ziekteverzuim, het organiseren van tien regionale voorlichtingsbijeenkomsten waarin deze handreiking wordt toegelicht en tot slot beoordeling van de handreiking binnen een pilot-studie. In dat project worden acht instellingen gevolgd bij het in praktijk brengen van de richtlijnen die in de handreiking worden aangegeven. De eerste twee taken zijn gerealiseerd. Binnenkort start het pilot-project.

De Commissie Verzuimbeleid werkt bij de aanpak van het ziekteverzuim nauw samen met de BVG. De Handreiking is in samenwerking met de BVG tot stand gekomen en ook de voorlichtingsbijeenkomsten werden samen met de BVG gegeven.

De handreiking 'Vermindering en beheersing ziekteverzuim in de intramurale gezondheidszorg' is naar alle instellingen in de intramurale gezondheidszorg verzonden. In de handreiking wordt een projectmatige aanpak van het ziekteverzuim beschreven. Er wordt uitgebreid ingegaan op de registratie van het ziekteverzuim en op de analyse en het gebruik van de verzuimgegevens. Tevens worden een aantal vuistregels en valkuilen bij de interpretatie van de verzuimcijfers vermeld. Een centrale rol bij het ziekteverzuimbeleid binnen de instelling ligt bij de direct-leidinggevenden, die daarvoor ook een training zullen moeten krijgen. Andere elementen uit de handreiking zijn: een nauwe samenwerking tussen de instelling en de bedrijfsgericht werkende BVG, aansluiting van de instelling bij een BGD, verbetering van de ziek- en herstelmeldingsprocedure, duidelijke afspraken maken over de wijze en de tijdstippen van controle, instellen van een Sociaal Medisch Team ter begeleiding van de individuele ziektegevallen en verbetering van de arbeidsomstandigheden. Dit laatste wordt binnen de handreiking niet concreet ingevuld. Er wordt verwezen naar de bevindingen van de VGW-commissies binnen de organisatie.

Op sectorniveau is men dus zeer actief bezig om door middel van instrumentontwikkeling, voorlichtingsbijeenkomsten en adviesprojecten het ziekteverzuim binnen de sector aan te pakken. Er worden in dit verband ook trainingen gegeven, bijvoorbeeld trainingen in het voeren van verzuimgesprekken en trainingen voor het maken van ARBO-werkplannen. Naast de maatregelen genoemd in de handreiking denkt men op sectorniveau ook aan maatregelen in de arbeidsvoorwaardelijke sfeer, zoals bijvoorbeeld het inleveren van vakan-

tiedagen bij ziekte. Men hecht dan vooral belang aan de stimulerende prikkel die hiervan uit zal gaan.

De aanpak op instellingsniveau verschilt. Er zijn instellingen die een actief verzuimbeleid voeren en instellingen die het ziekteverzuim nog voornamelijk beschouwen als een niet te beïnvloeden factor. Maar dit aantal vermindert wel.

Op het gebied van verzuimadvisering aan verpleeghuizen is naast NZr-consult en de BVG ook de NIA-adviesgroep actief en waarschijnlijk diverse andere organisatie-adviesbureaus. Wij hebben op dit moment geen overzicht op welke dit zijn.

3 Profiel van een sector: verpleeghuizen

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 3.1 een aantal kwantitatieve gegevens over de verpleeghuissector vermeld. Het betreft gegevens over het aantal en de verschillende categorieën verpleeghuizen en gegevens over de verschillende personeelscategorieën. Ook wordt ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen in de sector.

In paragraaf 3.2 worden de zorgfuncties die een verpleeghuis kan uitoefenen beschreven evenals de belangrijkste ontwikkelingen daarin. In deze paragraaf wordt ook ingegaan op de verschillende patiëntencategorieën.

In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op het personeel dat binnen de sector werkzaam is. De verdeling naar functies, de ontwikkelingen rond functiedifferentiatie, het verloop en de verhouding fulltimers/parttimers. De arbeidsmarktproblematiek wordt beschreven in hoofdstuk 6, waar ingegaan wordt op een aantal gemeenschappelijke aspecten van de beide sectoren.

In paragraaf 3.4 wordt op basis van gegevens uit de literatuur en op basis van informatie van sleutelpersonen een beschrijving gegeven van een aantal kenmerken van de arbeidsomstandigheden in de verpleeghuizen. De nadruk ligt daarbij op de werksituatie van het verplegend en verzorgend personeel.

3.1 Beschrijving van de sector

3.1.1 De capaciteit

Per 1 januari 1990 beschikte Nederland over 325 verpleeghuizen¹. Hiervan waren er 110 somatisch, 75 psycho-geriatriesch en 140 gecombineerd. De laatste jaren is het aantal somatische huizen sterk gedaald en zijn de psycho-geriatriesche en gecombineerde verpleeghuizen sterk gegroeid. Het aantal gecombineerde verpleeghuizen steeg van 106 in 1985 naar 140 in 1989. Het aantal psycho-geriatriesche verpleeghuizen nam in deze periode met 7 toe. Dezelfde ontwikkeling ziet men bij het aantal erkende bedden. In genoemde periode is het aantal erkende bedden voor somatische patiënten met 337 afgenomen. Het aantal bedden voor psycho-geriatriesche patiënten steeg met 2.324.

Het aantal dagbehandelingsplaatsen is in deze periode met 598 uitgebreid van 2.531 in 1985 tot 3.129 in 1989. De groei geldt zowel voor somatische als voor psycho-geriatriesche plaatsen, maar is in deze laatste categorie het sterkst. In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de capaciteitsontwikkeling in de verpleeghuissector.

¹ De vermelde kwantitatieve gegevens komen uit 'De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1990' (NZI 91.720) en 'Verpleeghuizen in cijfers' (NZI 89.620).

Tabel 3.1 Algemene capaciteitsgegevens van de sector verpleeghuizen in de periode 1985-1989

	1985	1986	1987	1988	1989
Aantal verpleeghuizen					
- somatisch	138	134	120	112	110
- psycho-geriatriesch	82	81	78	77	75
- gecombineerd	106	110	123	135	140
Totaal	326	325	321	324	325
Gem. aantal erkende bedden					
- somatisch	27.504	27.402	27.265	27.098	27.167
- psycho-geriatriesch	21.764	22.319	22.709	23.503	24.088
Totaal	49.268	49.721	49.974	50.601	51.255
Dagbehandelingsplaatsen					
- somatisch	1.460	1.543	1.580	1.611	1.696
- psycho-geriatriesch	1.071	1.148	1.218	1.336	1.433
Totaal	2.531	2.691	2.798	2.947	3.129

Bron: NZI

In tabel 3.2 wordt een indeling gegeven van de verpleeghuizen naar grootte over het jaar 1987. De grote verpleeghuizen zijn voornamelijk de gecombineerde huizen. Onder de somatische verpleeghuizen bevinden zich veel kleinere.

Tabel 3.2 Aantal verpleeghuizen naar grootte-klasse over 1987

	Somatisch	Psycho-geriatriesch	Gecombineerd	Totaal
Aantal bedden				
< 110	57	24	6	87
110 - 200	51	38	60	149
≥ 200	12	16	57	85
Totaal	120	78	123	321

Bron: Verpleeghuizen in cijfers, NZI

3.1.2 Aard en beheer van de verpleeghuizen

Van de 309 verpleeghuizen die in 1987 hadden deelgenomen aan de Enquête Jaarcijfers Verpleeghuizen heeft 59% een confessionele achtergrond (zie tabel 3.3).

Van de deelnemende verpleeghuizen is ruim 89% in particuliere handen. Hiervan heeft het overgrote deel een stichtingsvorm (zie tabel 3.4).

Tabel 3.3 Aard van het verpleeghuis over 1987

	Somatisch	Psycho-geriatrisch	Gecombineerd	Totaal
Algemeen (niet conf.)	37	40	50	127
Alg. interconf.christ.	11	12	15	38
Rooms-Katholiek	41	9	24	74
Protestant-christelijk	28	15	22	65
Andere levensovertuiging	1	1	3	5
Totaal	118	77	114	309

Bron: Verpleeghuizen in cijfers, NZI

Tabel 3.4 Beheer van het verpleeghuis over 1987

	Somatisch	Psycho-geriatrisch	Gecombineerd	Totaal
Particulier:				
- vereniging	2	3	8	13
- stichting	102	62	62	258
- kerkgenootschap	5	-	-	5
Totaal particulier	109	65	102	276
Overheid	5	6	6	17
Semi-overheid	4	6	6	16
Totaal	118	77	114	309

Bron: Verpleeghuizen in cijfers, NZI

3.1.3 Samenwerking

Bijna de helft van die 309 verpleeghuizen is organisatorisch gecombineerd met een andere instelling. In 54% van de gevallen betreft dit samenwerking met een verzorgings- of bejaardenhuis. Met name de verpleeghuizen voor somatisch zieken maken gebruik van deze vorm van samenwerking (zie tabel 3.5).

Tevens blijkt er een verband te bestaan tussen grootte van de instelling en samenwerking. De grotere verpleeghuizen werken minder met andere instellingen samen dan de kleinere huizen.

Tabel 3.5 Samenwerking met andere instellingen in 1987

	Somatisch	Psycho-geria- trisch	Gecom- bineerd	Totaal
Geen samenwerking	48	39	71	158
Wel samenwerking	70	38	43	151
Waarvan met:				
- ander verpleeghuis	17	15	6	38
- verzorgings-/bejaardenhuis	46	11	24	81
- ziekenhuis	10	8	12	30
- overig	15	20	7	42

Bron: Verpleeghuizen in cijfers, NZI

De laatste jaren is er sprake van een intensievere samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De aard van de samenwerking kan variëren van het consulteren van de verpleeghuisarts tot detachering van ziekenverzorgenden in het verzorgingshuis. Ook op bestuurlijk niveau vinden diverse vormen van samenwerking plaats, variërend van een gezamenlijk bestuur tot een gemeenschappelijk management.

Een belangrijke impuls voor de samenwerking tussen verpleeg- en verzorgingshuizen vormt het substitutiebeleid. In het kader hiervan zijn gelden ter beschikking gesteld voor de financiering van verschillende projecten. Gaandeweg zal er ook substitutie van zorg naar de thuissituatie plaatsvinden waardoor de samenwerking met instellingen in de thuiszorg in de toekomst ook zal toenemen.

3.1.4 Patiëntencategorieën en zorgfuncties

De patiënten die in het verpleeghuis worden opgenomen zijn grofweg in te delen in twee categorieën: de somatische patiënten die veelal een chronische lichamelijke aandoening hebben en de psycho-geriatrische patiënten. Het verpleeghuis biedt verschillende zorgfuncties. Reactivering voor mensen die in het ziekenhuis uitbehandeld zijn en voor een verder herstel in het verpleeghuis worden opgenomen. Het verpleeghuis biedt zorg aan chronisch zieke mensen en zorg aan terminale patiënten. Daarnaast vindt er in een verpleeghuis observatie en diagnostiek plaats. Een verpleeghuis kan een crisis en achterwachtfunctie hebben. Bijvoorbeeld tijdelijke opname van een zorgbehoevende patiënt ter ontlasting van de thuiszorg door familie. En tot slot kunnen verpleeghuizen een zogenaamde 'out-reaching' functie hebben: verlening van verpleeghuiszorg in en verzorgingshuis. De verschillende functies liggen vaak in elkaars verlengde. Iemand wordt ter observatie opgenomen, krijgt vervolgens een langdurige zorgverlening tot aan het overlijden.

De reactiveringspatiënten verblijven relatief gezien slechts kort in een verpleeghuis. Voor de overige patiëntencategorieën geldt een langere verblijfsduur, vaak meer dan 10 jaar. Voor velen van hen is het verpleeghuis de laatste woonplaats.

Naast de genoemde patiëntencategorieën hebben sommige verpleeghuizen ook opnamemogelijkheden voor specifieke groepen patiënten zoals bijvoorbeeld AIDS-patiënten of Korsakow-patiënten.

De bewoners van een verpleeghuis hebben over het algemeen een hoge leeftijd. In 1987 was 58,5% van de patiëntenpopulatie 80 jaar of ouder. Dit aandeel is nog steeds stijgende. De psycho-geriatrische patiënten zijn over het algemeen ouder. Van hen is 65% 80 jaar of ouder. Het merendeel van deze bewoners, meer dan 70%, is vrouw. Toch is nog zo'n 10% van de verpleeghuispopulatie van jonge leeftijd. Zij worden over het algemeen verpleegd op specifieke afdelingen.

Naast de opnamefunctie kennen veel verpleeghuizen ook de mogelijkheid voor dagbehandeling. Zoals reeds vermeld neemt het aantal dagbehandelingsplaatsen de laatste jaren sterk toe. Bij dagbehandeling wonen de mensen nog thuis en komen zij één of meer dagen per week naar het verpleeghuis. Hier nemen zij deel aan verschillende activiteiten en therapieën. Door deelname aan dagbehandeling is het vaak mogelijk een opname in het verpleeghuis wat langer uit te stellen, maar daarnaast biedt dagbehandeling ook verlichting aan een verzorgende huisgenoot.

In grafiek 3.1 is te zien dat het aantal dagbehandelings- en het aantal verpleegdagen de afgelopen vijf jaar sterk zijn gegroeid. In de gecombineerde verpleeghuizen steeg het aantal verpleeg- en dagbehandelingsdagen voor beide categorieën patiënten. In de somatische verpleeghuizen daalde het aantal behandeldagen in beide categorieën. In de psycho-geriatrische verpleeghuizen tenslotte daalde het aantal verpleegdagen licht, maar nam het aantal dagbehandelingsdagen in de genoemde periode met ruim 15% toe.

Grafiek 3.1 Ontwikkeling van het aantal verpleeg- en dagbehandelingsdagen voor somatische en psycho-geriatrische patiënten in de drie categorieën verpleeghuizen over de periode 1985-1989

Naast een kwantitatieve uitbreiding van de zorg is de verleende zorg ook kwalitatief gegroeid. Door verschillende, deels samenhangende, oorzaken wordt de zorgverlening aan opgenomen patiënten steeds zwaarder. In de eerste plaats speelt de tendens om mensen zo lang mogelijk in de thuissituatie te verplegen hierbij een rol. De mensen die tenslotte opgenomen worden hebben een intensievere verzorging nodig. In de tweede plaats de lange wachtlijsten. De gezondheidstoestand gaat tijdens de wachtperiode verder achteruit waardoor bij de uiteindelijke opname de zorgverlening zwaarder zal zijn. En tenslotte de hoge leeftijd van de patiënten. Oudere mensen hebben over het algemeen meer verzorging nodig.

3.1.5 Organisatie-structuur

Verpleeghuizen verschillen over het algemeen weinig op het gebied van de organisatiestructuur. Onder de directie die één- of meerhoofdig kan zijn, worden de volgende diensten onderscheiden: de verplegingsdienst, de medische dienst, de civiel technische dienst en een aantal ondersteunende diensten zoals de afdeling personeelszaken en de administratie. Onder de verplegingsdienst vallen de verschillende verpleegafdelingen. Afhankelijk van de grootte en de categorie kunnen dit één of meerdere somatische en/of psycho-geriatrie afdelingen zijn. Indien de instelling ook een verzorgingshuis omvat, valt dit ofwel onder de verplegingsdienst maar dan met een eigen diensthoofd of men heeft hier een aparte dienst voor gecreëerd.

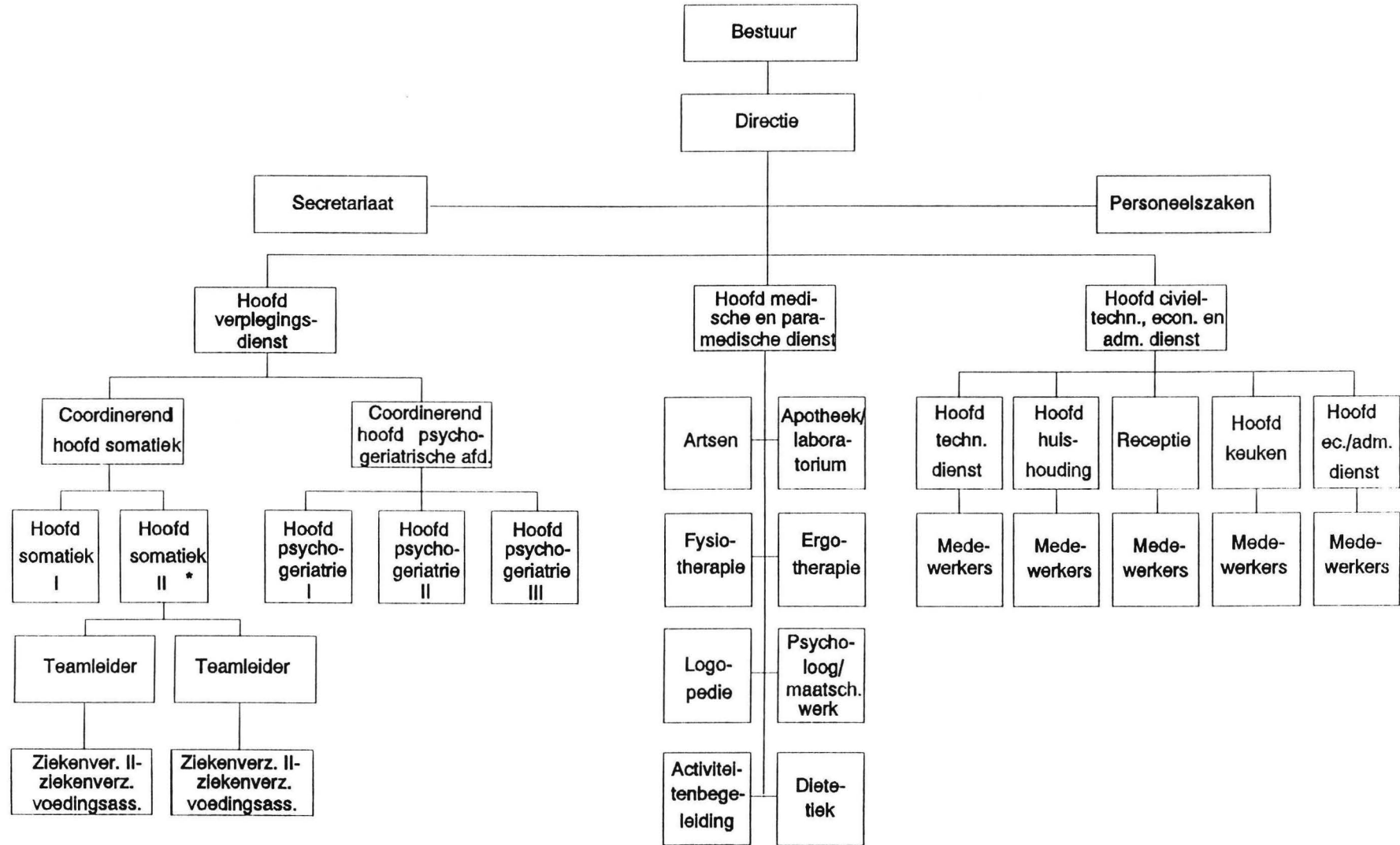
De medische dienst omvat naast de medische discipline ook de paramedische disciplines zoals fysiotherapie, logopedie, ergotherapie. Vaak vallen ook het maatschappelijk werk, de psycholoog en het pastoraal werk onder deze dienst, maar zij kunnen ook in een aparte psycho-sociale dienst zijn opgenomen. Aan het hoofd van de medische dienst staat meestal de verpleeghuisarts.

De civiel technische dienst omvat een aantal ondersteunende diensten met elk een eigen diensthoofd. Tot de civiel technische dienst kunnen behoren: de technische dienst, de receptie, de keuken, de wasserij, de schoonmaakdienst. Verschillende verpleeghuizen hebben een of meerdere van deze diensten uitbesteed.

Over het algemeen kent een verpleeghuis vier tot vijf hiërarchische niveaus. Voor de verplegingsdienst zijn dit na de directie, het hoofd verplegingsdienst, eventueel een coördinerend hoofd voor de somatische afdelingen en een coördinerend hoofd voor de psycho-geriatrie afdelingen, een afdelingshoofd, de teamleider en tot slot de ziekenverzorgenden. Een gangbare organisatiestructuur wordt in figuur 3.1 schematisch weergegeven.

De laatste jaren ziet men ook wel matrix-achtige structuren waarbij de informele horizontale relaties die er in de praktijk bestaan, worden geformaliseerd.

Schema 3.1 Organisatiestructuur van een verpleeghuis



* De organisatiestructuur van de verpleegafdelingen is éénmaal uitgewerkt. De structuur op de overige verpleegafdelingen is identiek.

3.1.6 Sector-financiering

De verpleeghuizen worden gefinancierd op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Uitvoering van de AWBZ geschiedt door de zorgverzekeraars. Elk jaar worden op sectorniveau met de zorgverzekeraars productieafspraken gemaakt op basis van het aantal erkende bedden en de bezettingsgraad. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) stelt vervolgens de prijs van een verpleegdag vast op basis van de productie-afspraken, de omvang van de personele kosten, de materiële kosten en de kapitaalslasten.

De verpleeghuizen krijgen jaarlijks een voorschot. In het jaar daarop volgend vindt de nacalculatie plaats. De instellingen krijgen het vastgestelde budget altijd ook al wordt de bezettingsgraad niet gehaald. Bij het maken van nieuwe productie-afspraken zal daarmee dan rekening gehouden worden.

Bij de vaststelling van het budget wordt geen rekening gehouden met verschillen in zorgzwaarte of andere bestaande verschillen tussen instellingen. Bijvoorbeeld regionale verschillen in de arbeidsmarktsituatie. Een instelling die op een krappe arbeidsmarkt moet werven zal waarschijnlijk hogere wervingskosten hebben dan een instelling die zich op een ruime arbeidsmarkt bevindt.

De instellingen zijn vrij in het besteden van het budget. Men kan bijvoorbeeld het bedrag dat gereserveerd is voor materiële kosten voor een deel aan personele kosten besteden. Deze budget-financiering is in 1984 ingevoerd waarbij men in eerste instantie uitging van de historisch gemaakte kosten. Het gevolg was dat er een grote ongelijkheid tussen de instellingen ontstond. Instellingen met historisch grote uitgaven kregen naar verhouding teveel geld en de zuinige instellingen te weinig. Thans vindt er via de normering materiële en sociale kosten een herverdeling plaats waarbij het uiteindelijke doel is dat alle instellingen voor de materiële en sociale kosten een bedrag krijgen dat gelijk is aan het sectorgemiddelde.

Naast het budget wat vastgesteld wordt op basis van overleg met de zorgverzekeraars kunnen instellingen ten behoeve van specifieke projecten ook aanvullende subsidie aanvragen. Bijvoorbeeld bij de Ziekenfondsraad een subsidie voor een substitutieproject.

3.2 Personeel in de Verpleeghuizen

3.2.1 Het personeelsbestand

Binnen de verpleeghuissector werkten er per 1 januari 1990 in totaal 81.493 mensen. Deze mensen bezetten in totaal 58.367 arbeidsplaatsen. Het totaal aantal arbeidsplaatsen in de sector is in de periode 1985-1989 gestegen met 5.551 ofwel 10,5%. De stijging deed zich voornamelijk voor bij het verpleegkundig en verzorgend personeel en bij personeel niet in loondienst (uitzendkrachten, oproepkrachten). Het aantal plaatsen voor leerlingen is met name in 1989 sterk gedaald. In één jaar tijd daalde dit aantal met 657, een daling van 6,5% (zie tabel 3.6). In 1988 was de verhouding gediplomeerden/leerlingen 69,4% / 30,6%. In 1989 veranderde dit in 74,4% versus 25,6%. Zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het verpleegkundig en verzorgend personeel is de laatste jaren dus toegenomen.

Van het totaal aantal arbeidsplaatsen wordt 63% ingenomen door het verplegend en verzorgend personeel.

Tabel 3.6 *Ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen in de verpleeghuizen*

	1985	1986	1987	1988	1989
Algemeen pers.	12.900	13.276	13.192	13.261	13.508
Verpl./verz. pers.	23.128	23.357	24.574	26.030	27.369
Leerling verpl./verz.pers.	10.195	10.932	10.503	10.084	9.427
Param., medisch pers.	4.043	4.164	4.310	4.366	4.420
Med. soc. wet. staf	544	619	638	658	678
Stagiaires	437	346	359	308	280
Pers. niet in loondienst	1.569	1.817	2.127	2.762	2.685
Totaal	52.816	54.512	55.703	57.471	58.367

Bron: NZI

De vraag is of de toename van het aantal arbeidsplaatsen in evenredige verhouding staat tot de toename van het aantal bedden en de toegenomen zorgvraag. Volgens berekeningen van Van der Windt (1989) is de hoeveelheid werk, in termen van het aantal verpleegdagen, het aantal dagbehandelingsdagen en de gemiddelde score op de hulpindex, in de periode 1981-1988 met 24,5% toegenomen. De netto groei van het verplegend en verzorgend personeel was in deze periode 15%. Bij de berekening van het aanwezige personeel is rekening gehouden met de ADV, de verhouding leerlingen-gediplomeerden (minder leerlingen), de verminderde inzetbaarheid van leerlingen door wijzigingen in het onderwijsprogramma en er vond een correctie plaats voor het ziekteverzuim (i.v.m. dubbeltelling door vervanging bij ziekte).

Er is dus duidelijk sprake van een verschil in de ontwikkeling van de hoeveelheid werk en van de hoeveelheid verzorgend personeel. In 1988 had er 9,5% meer personeel moeten zijn om dezelfde zorg als in 1981 te kunnen leveren. Dit komt neer op zo'n 3.000 extra arbeidsplaatsen.

Nu, in 1992, zal er in deze situatie nog weinig veranderd zijn. Er is wel wat geld beschikbaar gekomen om de werkdruk te verminderen, maar dit was bij lange na niet voldoende om 3.000 arbeidsplaatsen in de verpleeghuissector te creëren. Daarnaast zal mogelijk ook de gemiddelde hulpindex weer gestegen zijn door de verder gaande verzilvering van de bevolking.

In tabel 3.7 wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal werknemers in de sector verdeeld over full- en parttimers. De stijging van het aantal werkzame personen is voornamelijk een stijging van het aantal parttimers. Sinds 1987 overtreft het aantal parttimers de fulltime werkzame personen. In 1989 was 56,3% van het personeel parttime werkzaam. Bij het gediplomeerd verpleegkundig en verzorgend personeel was dit 59,2%.

Tabel 3.7 Aantal werkzame personen verdeeld naar fulltimers en parttimers

	1985	1986	1987	1988	1989
Arbeitsplaatsen	52.816	54.512	55.703	54.471	58.367
Werkzame personen	68.521	74.972	71.972	78.706	81.493
Waarvan:					
Fulltimers	36.746	36.927	35.621	35.307	35.589
Parttimers	31.775	35.045	39.733	43.399	45.904

Bron: NZI

81% van het aantal werkzame personen in de verpleeghuissector is vrouw. Binnen de intramurale gezondheidszorg is dit een hoog percentage. Het gemiddelde ligt op 70,6% vrouwen. De verhouding van het aantal mannen en vrouwen is de laatste jaren nauwelijks gewijzigd.

3.2.2 Het personeelsverloop

Het personeelsverloop binnen de sector verpleeghuizen ligt hoog (zie tabel 3.8). De verlooperpercentages liggen steeds boven het gemiddelde van de totale intramurale gezondheidszorg.

Tabel 3.8 Personeelsverloop in procenten

	1985	1986	1987	1988	1989
Verpleeghuizen					
- somatisch	21.1	21.3	18.9	19.9	20.1
- psycho-geriatrisch	20.0	19.6	19.2	17.2	17.2
- gecombineerd	20.9	20.6	21.0	21.2	19.8
Totaal intramurale gezondheidszorg	17.0	17.5	16.9	16.6	16.3

Bron: NZI

Tussen de verschillende regio's bestaat een grote spreiding in het verlooperpercentage. In 1987 kende de regio Twente gemiddeld het laagste verloop (12,9%) en de regio Amsterdam het hoogste (27,3%). Dit zijn de verlooperpercentages voor het totale personeel. Als wij alleen kijken naar de percentages voor het verzorgend personeel dan zijn de cijfers als volgt: de regio Zuid-Limburg heeft met een percentage van 11,5% het laagste verloop onder het verzorgend personeel. De regio Amsterdam heeft ook onder het verzorgend personeel het hoogste verloop, namelijk 38,6%! Andere regio's met een hoog verloop onder het verzorgend personeel zijn Utrecht, Het Gooi en 's-Gravenhage (Van der Bent, 1989).

3.2.3 *Functiedifferentiatie*

Mede door de bestaande krapte op de arbeidsmarkt trachten verpleeghuizen met het ontwikkelen van nieuwe functies een nieuw arbeidspotentieel te bereiken. Men wil met name lager geschoold personeel aantrekken voor functies als afdelingsassistente. Deze medewerkster verricht huishoudelijke taken, taken rond de verzorging van het eten en drinken en eenvoudige zorgverlenende taken. Door deze lager gekwalificeerde taken uit de functie van ziekenverzorgende te verwijderen, houden deze in theorie meer tijd over voor het hoger gekwalificeerde werk.

De krapte op de arbeidsmarkt is een van de redenen voor een verdere differentiatie van functies, maar daarnaast speelt ook het krappe budget van de instellingen een rol. De nieuw gecreëerde functies vallen in een lagere functieschaal.

Er zijn ook kritische reacties op een verdere differentiatie van functies. De kritiek betreft dan de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid die beide door genoemde maatregel onder druk komen te staan.

Het risico bestaat, dat de afdelingsassistent in drukke werksituaties zorgtaken gaat uitvoeren, waarvoor zij niet bevoegd is. Ook zal zij door de geringe relevante kennis belangrijke veranderingen in de situatie van de patiënt niet adequaat kunnen signaleren.

Daarnaast bestaat het risico dat er na de afsplitsing van taken zowel voor de ziekenverzorgenden als voor de afdelingsassistenten onvolwaardige functies ontstaan. Functies die niet in voldoende mate voldoen aan kwaliteitskenmerken als volledigheid, moeilijkheidsgraad en informatievoorziening.

Om de problemen rond het personeelstekort enigszins op te vangen wordt er, naast het creëren van nieuwe lager gekwalificeerde functies, ook veel gewerkt met vrijwilligers. De taken van deze mensen liggen meestal in de sfeer van de sociale begeleiding van de bewoners: een praatje maken met de bewoners in de huiskamer, boodschappen doen samen met een bewoner, een eindje wandelen, een dagje uit, etc. Aan de ene kant is dit een ontlasting voor het verzorgend personeel: de bewoners krijgen nu in ieder geval wat meer aandacht. Aan de andere kant vindt men dat hiermee de krenten uit de pap gehaald worden. Ook de ziekenverzorgenden vinden deze activiteiten erg leuk, maar zij komen er in de praktijk veel te weinig aan toe.

Tot slot proberen instellingen door het werven van nieuwe doelgroepen op de arbeidsmarkt de problemen in de personeelsvoorziening op te lossen. Het betreft dan met name de herintredende vrouwen en etnische groeperingen.

3.3 **De arbeidsomstandigheden**

De belasting in de werksituatie is naast de belastbaarheid, de hoogte van de verzuimdrempel en de hoogte van de hervattingsdrempel één van de factoren die een rol spelen bij het ziekteverzuim. Volgens schattingen is er bij 30% van de ziekmeldingen een direct verband met de werksituatie (Smulders, 1990). In de overige gevallen is er vaak sprake van een

samenhang tussen de werksituatie en overige invloedsferen. Bijvoorbeeld door bestaande problemen thuis de belasting in het werk niet meer aankunnen.

De belasting in de werksituatie wordt bepaald door de arbeidsomstandigheden: de inhoud en de organisatie van het werk, de onderlinge verhoudingen en de arbeidsvoorwaarden. In het kader van dit vooronderzoek naar ziekteverzuim is het dus van belang te kijken naar de reeds bekende knelpunten in de arbeidsomstandigheden. De nadruk ligt daarbij op de arbeidsomstandigheden van het verzorgend en verplegend personeel. In het hierna volgende wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de inhoud van het werk van verzorgend personeel.

3.3.1 De inhoud van het werk

Op de verpleegafdelingen in een verpleeghuis werken voornamelijk ziekenverzorgenden, leerling-ziekenverzorgenden, voedingsassistenten of andere soorten afdelingsassistenten. De dagelijkse leiding is in handen van een afdelingshoofd, zij kan zowel verpleegkundige als ziekenverzorgende zijn.

Het werk van de ziekenverzorgenden bestaat uit de verzorging van de bewoners op de afdeling. De verzorging van de bewoners omvat het bieden van ondersteuning bij de Algemene Dagelijkse Lichaamsactiviteiten (ADL): helpen en/of activeren bij het wassen, aankleden, eten, drinken en de toiletgang. Ook het bieden van psycho-sociale begeleiding behoort tot de taak van de ziekenverzorgenden: een praatje maken met de bewoners, zorgen voor voldoende kleding, een spelletje doen, een eindje wandelen, e.d. Ziekenverzorgenden voeren ook verpleegtechnische handelingen uit zoals het geven van injecties, medicijnen, wondverzorging. Zij verrichten routinecontroles ten behoeve van diagnostiek en behandeling zoals het meten van de temperatuur en de bloeddruk, pols tellen e.d.

Een belangrijke taak is het observeren van de bewoners en het signaleren van veranderingen of bijzonderheden op psychisch, sociaal of lichamelijk gebied. Het observeren en signaleren is een taak die in alle andere werkzaamheden verweven zit. In feite zijn de ziekenverzorgenden hier de hele werkperiode mee bezig.

Naast deze verzorgende taken verrichten ziekenverzorgenden ook huishoudelijke taken: bedden verschonen en opmaken, kastjes soppen, reinigen van hulpmiddelen en apparatuur. De laatste tijd bestaat er een tendens deze huishoudelijke taken door lager gekwalificeerd personeel te laten uitvoeren. In sommige gevallen assisteren deze afdelingsassistenten ook bij de verzorgende taken.

3.3.2 Beleving van de arbeidssituatie

Eind 1986 heeft het NIPG een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder werknemers in de intramurale gezondheidszorg naar de beleving van de arbeidssituatie en de gezondheid (De Winter, 1988 en 1989). Het onderzoek vond plaats in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg. Bij dit onderzoek waren 14 verpleeghuizen betrokken waarvan in totaal 1937 werknemers deelnamen aan het

onderzoek. Het onderzoek was zowel naar grootte en geografische spreiding van de instellingen als naar deelname van de verschillende personeelscategorieën representatief.

In het onderzoek heeft men de vragen per te onderscheiden onderwerp samengevoegd tot somscores. Een somscore is het gemiddeld aantal klachten (antwoorden in ongunstige zin) over het betreffende onderwerp.

Bij de onderlinge vergelijking van de vier verschillende instellingstypen is de beleving van de arbeid en de gezondheid in de verpleeghuizen relatief het ongunstigst. Ongunstig ten opzichte van het gemiddelde scoren de somscores taakhoud, organisatie van het werk, inspanning en fysieke werkomstandigheden. Tevens bleek er een positief verband te bestaan tussen de werkvariabelen taakhoud, organisatie van het werk en fysieke werkomstandigheden en de gezondheidsvariabelen inspanning, gezondheidsklachten en spanningsklachten. Mensen die ongunstig scoorden op de genoemde werkvariabelen scoorden ook negatiever op de genoemde gezondheidsvariabelen.

Om een indruk te geven worden in tabel 3.9 een aantal onderzoeksresultaten vermeld. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat er bij de verpleeghuizen sprake was van een grote spreiding in de onderzoeksresultaten. Naast instellingen met vrij ongunstige onderzoeksresultaten waren er dus ook instellingen met gunstige resultaten.

Concluderend kan gesteld worden dat de inhoud en de organisatie van het werk veel negatieve reacties oproept. Ook als de verpleeghuissector relatief gunstig scoort, zijn de ervaren problemen op de betreffende gebieden nog aanzienlijk (emotioneel aangrijpende gebeurtenissen, onvoldoende overleg met de directe leiding, onvoldoende technische hulpmiddelen, onvoldoende hulp van anderen).

De onderzoeksresultaten wekken de indruk dat functies binnen de verpleeghuissector welzijnsrisico's bevatten in die zin dat functies negatief scoren op een aantal welzijnskenmerken (volledigheid, moeilijkheidsgraad, organiserende taken, informatievoorziening). Ook het niet tevreden kunnen zijn over de resultaten van het werk, de zorgverlening aan de mensen, en zich niet voldoende toegerust voelen voor emotioneel aangrijpende gebeurtenissen zijn belangrijke stressbronnen.

Naast de geestelijke belasting is ook de ervaren lichamelijke belasting aanzienlijk. Een groot percentage geeft aan geregeld onder tijdsdruk te werken en het werk niet even te kunnen onderbreken. Een derde van de werknemers ervaart problemen met het tillen van zware lasten, deels veroorzaakt door het ontbreken van technische hulpmiddelen en deels door gebrek aan hulp van anderen.

Verbetering van de arbeidsomstandigheden zal dan ook vooral gezocht moeten worden in een verbetering van de inhoud en de organisatie van het werk waardoor het werk boeiender wordt en meer mogelijkheden biedt voor ondersteuning en overleg, en vermindering van de fysieke belasting, onder andere door een verbetering van de tiltechnieken. Zeer waarschijnlijk zal door een verbetering van de arbeidsorganisatie ook de efficiëntie en de effectiviteit van de zorgverlening toenemen.

Tabel 3.9 *Antwoordpercentages van het personeel in verpleeghuizen over de beleving van de arbeidssituatie vergeleken met het totaal van de intramurale gezondheidszorg*

	Verpleeghuizen	Intramuraal
Taakhoud en organisatie van het werk		
- werk te eenvoudig	17*	13
- onvoldoende afwisseling	18*	12
- werk meestal niet boeiend	26*	20
- ontevreden over de zorgverlening aan patiënten	68*	58
- onvoldoende toegerust bij emotioneel aangrijpende gebeurtenissen	33*	38
- werk doorgaans niet goed georganiseerd	22	21
- onvoldoende overleg met de directe leiding	27*	29
- onvoldoende overleg met anderen	39	39
- werk vaak belemmerd door onverwachte situaties	43*	49
- hinder door gebreken in het werk van anderen	34*	31
- werk bemoeilijkt door afwezigheid van anderen	40*	37
- niet beschikken over voldoende hulpmiddelen	20*	18
- aanwezige hulpmiddelen niet goed genoeg	18*	15
Informatievoorziening		
- onvoldoende gegevens en informatie	17*	15
- benodigde informatie niet op tijd	20*	18
- beschikbare informatie meestal niet goed genoeg	17*	15
- onvoldoende op de hoogte worden gehouden over wat er zich in de instelling afspeelt	38*	35
Geestelijke en lichamelijke belasting		
- werk lichamenlijk erg inspannend	63*	46
- werk geestelijk erg inspannend	70*	69
- werkt geregeld onder tijdsdruk	59*	56
- werk niet even te kunnen onderbreken	62	63
- problemen met het tillen van zware lasten	34*	32
- hiermee problemen door onvoldoende technische hulpmiddelen	41*	46
- door onvoldoende hulp van anderen	47*	53
- door onvoldoende training	44	45
- werk vaak te vermoeiend	36*	30
- werkbelasting als hoog	48	46
Arbeidsomgeving		
- veel hinder van warmte	51*	36
- hinder van droge lucht	56*	48
- hinder van gebrek aan frisse lucht	47*	43
- het afgelopen jaar weleens gevallen, gestruikeld, of uitgeleden	29*	23

Bron: S14-2, 1988

* wijkt significant af van het totaal gemiddelde van de intramurale gezondheidszorg

3.3.3 *Beleving van de arbeidssituatie naar personeelscategorie*

Smulders (1990) heeft in een nadere analyse van de gegevens uit bovenstaand onderzoek de 12 grootste beroepsgroepen binnen de intramurale gezondheidszorg onderling vergeleken op verschillen in de beleving van de arbeidssituatie en de gezondheid. Op basis van factoranalyse werden 29 vragen samengevat tot 11 meer abstracte factoren en begrippen.

Acht van deze factoren hebben betrekking op de arbeidsinhoud de overige 3 op stressklachten, klachten van het bewegingsapparaat en gezondheidsgedrag. De factoren met betrekking tot de arbeidsinhoud zijn: boeiend en zelfstandig werk, tijdsdruk, lichamelijk zwaar werk, hinder van binnenklimaat, fysisch chemische werkzaamheden, sociale stijl van leidinggeven, produktiegerichte stijl van leidinggeven en als laatste beloning en vooruitzichten.

Er kwamen twee groepen naar voren met een sterk negatief oordeel over de arbeidssituatie: de ziekenverzorgenden en het keukenpersoneel. Aangenomen kan worden dat van de ziekenverzorgenden die aan het onderzoek hebben deelgenomen (n=445) het merendeel in een verpleeghuis werkzaam is, zodat de hier gevonden resultaten op deze sector betrekking hebben. Van het keukenpersoneel is dat niet duidelijk, maar de arbeidssituatie van deze categorie zal binnen de vier sectoren niet zo veel verschillen.

Op bijna alle arbeidskenmerken scoren de ziekenverzorgenden en het keukenpersoneel boven-gemiddeld ongunstig. Het werk van beide groepen personeel wordt als saai en onzelfstandig gekenschetst. Het werk is lichamelijk zwaar en gaat bij de ziekenverzorgenden bovendien gepaard met een hoge tijdsdruk. Ziekenverzorgenden ervaren ook veel hinder van het binnenklimaat (droge lucht, gebrek aan frisse lucht). Alleen op de laatste twee punten, fysisch chemische werkzaamheden en beloning en vooruitzichten, scoren de ziekenverzorgenden en het keukenpersoneel minder negatief, wat niet wil zeggen dat zij tevreden zijn. 59% Van de ziekenverzorgenden is van mening dat de beloning en de vooruitzichten ongunstig zijn. Bij de meningen over de stijl van leiding geven waren er weinig verschillen tussen de 12 beroepsgroepen.

De arbeidssituatie van ziekenverzorgenden en het keukenpersoneel tekent zich af in de gezondheidseffecten. Op alle drie de gezondheidskenmerken, stressklachten, klachten van het bewegingsapparaat en gezondheidsgedrag, scoren keukenpersoneel en ziekenverzorgenden extreem ongunstig.

3.3.4 De arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de specifieke arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden. In de literatuur wordt aangegeven dat er zich in de situatie van leerlingverpleegkundigen een aantal knelpunten voordoen die een negatieve invloed kunnen hebben op de psychische belasting. Genoemd worden de frictie die er kan bestaan tussen opleidings- en verplegingsdoel, rolonduidelijkheid en overbelasting (Rijssen-Moll, 1988). Het is aannemelijk dat deze knelpunten zich ook voordoen bij leerling-ziekenverzorgenden die een inservice-opleiding volgen.

In een onderzoek naar de uitval uit inservice opleidingen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden wordt de hoge werkdruk als belangrijkste reden genoemd om met de opleiding te stoppen. Met name de geestelijke belasting wordt als erg hoog ervaren, maar ook de lichamelijke belasting, de zwaarte van de combinatie werken en leren en het werken in onregelmatige diensten worden veel als reden om te stoppen met de opleiding genoemd. Daarmee samenhangend vindt men vaak dat er te weinig tijd is voor persoonlijke contacten met bewoners/patiënten. (Knol, 1990)

Er zijn een aantal ontwikkelingen die een specifieke aandacht voor de leer-werksituatie van leerling-ziekenverzorgenden vereisen. Allereerst de signalen van bedrijfsartsen dat leerling-ziekenverzorgenden na één tot anderhalf jaar stuk lopen op de praktijk die niet aan de verwachtingen die men van het beroep heeft, voldoet. Daarnaast het over het algemeen niet zo hoge rendement van de inservice-opleiding (58%)². En tot slot het bestaande negatieve imago van werken als leerling-ziekenverzorgende in een verpleeghuis waardoor animo onder schoolverlaters voor de opleiding van leerling-ziekenverzorgende te gering is. Nader onderzoek naar de arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden lijkt om genoemde redenen en gezien de beperkte kennis van de arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden dan ook gewenst.

Een in 1987 door de ABVA-KABO jongerengroep Zuid-Holland Noord gehouden enquête onder leerling-verpleegkundigen en leerling-ziekenverzorgenden werkzaam in de regio Zuid-Holland Noord (ABVA-KABO, 1988) geeft een beeld van de bestaande knelpunten. De onderzoeksresultaten worden niet uitgesplitst naar soort opleiding, maar ter indicatie van de arbeidsbeleving van leerlingen in verpleeghuizen worden in tabel 3.10 enkele resultaten vermeld.

Geconcludeerd wordt dat het werken als leerling in de intramurale gezondheidszorg gelijk staat aan hard en zwaar werk. Hoewel volgens de CAO opleidingstijd werktijd is, komt niettemin tweederde van de leerlingen in de vrije tijd terug naar de instelling voor besprekingen en lessen. Een groot deel van de leerlingen is thuis nog met het werk bezig. En ook van de leerlingen vindt het merendeel dat zij te weinig aandacht aan de patiënt kunnen geven.

Duidelijk is dat op de leerlingen een grote druk wordt uitgeoefend. Men krijgt onvoldoende de gelegenheid om gewoon leerling te zijn. Het hoge percentage jongere jaars dat verantwoordelijke diensten draait en het hoge percentage leerlingen dat aangeeft gevraagd te worden handelingen te verrichten waartoe men nog niet bevoegd is of zichzelf voldoende in staat acht, is schrikbarend hoog. De psychische druk op leerlingen zal hierdoor erg hoog zijn. Zo'n kleine 30% voert tenslotte ook de handelingen uit waartoe men nog niet bevoegd is of die men nog onvoldoende beheerst. Hiermee staat niet alleen de kwaliteit van de arbeid onder druk maar ook de kwaliteit van de zorg.

Samenvattend: verondersteld kan worden dat de arbeidssituatie van leerlingen lichamelijk zwaar en geestelijk belastend is. De signalen die men binnen de sector van bedrijfsartsen ontvangt dienen dan ook serieus genomen te worden gezien de gegevens uit deze enquête. Om hier hardere uitspraken over te kunnen doen is echter verder onderzoek noodzakelijk. In een mogelijk vervolgonderzoek op basis van dit vooronderzoek zal dan ook expliciet ingegaan moeten worden op de knelpunten in de arbeidssituatie van leerling-ziekenverzorgenden en de verbetering daarvan.

² A.J. Gerritse 'Van verloop naar loopbaan'

Tabel 3.10 *Antwoordpercentages van leerling-ziekenverzorgenden en leerling-verpleegkundigen (n=372) over een aantal aspecten van de arbeidssituatie*

Werkbelasting	
- te hoge werkdruk	67.8
- onvoldoende ingewerkt	48.4
- in vrije tijd terugkomen voor besprekingen en lessen	68.2
- thuis nog bezig met het werk	72.0
- onvoldoende tijd voor de individuele patiënt	70.5
- nachtdienst te zwaar	36.9
Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	
- wel eens alleen werken met leerlingen	80.6
- als jongere jaars wel eens verantwoordelijk dienst gedraaid	64.7
- gevraagd (medische) handelingen te verrichten, waartoe men niet bevoegd is of die nog niet voldoende worden beheerst	64.6
- verricht (medische) handelingen waartoe men nog niet bevoegd is of die men nog onvoldoende beheerst	28.9
- nachtdiensten draaien waarvoor men zichzelf niet capabel acht	27.3
Beloning	
- beloning is onaantrekkelijk	95.7
- niet rond kunnen komen van het zakgeld dat wordt verstrekt gedurende de eerste 7 maanden van de opleiding	91.4
Opleiding	
- onvoldoende kans om de vereiste punten of tussentermen te halen	51.3
- voelt zich meer werkkracht dan leerling	80.6
- onvoldoende tijd om leerling te zijn	67.8

Bron: ABVA-KABO, 1988

3.3.5 Fysieke belasting

Klachten aan het bewegingsapparaat is na psychische klachten de belangrijkste diagnose bij WAO-toetreding. Om die reden en gezien het hoge percentage werknemers dat, in het eerder genoemde onderzoek van De Winter, problemen ondervond bij het tillen van zware lasten wordt in deze paragraaf nog nader ingegaan op de fysieke belasting in de werksituatie van ziekenverzorgenden.

Meyboom (1990) noemt als belangrijke factoren voor de fysieke belasting bij verplegenden en verzorgenden het vaak langdurig gebukt werken, het tillen en het vele staan en lopen:

1. Verplegenden en verzorgenden staan 30-40% van de totale werktijd in een gebukte (voorovergebogen) houding;
2. Alle tilsituaties waarbij twee verzorgenden patiënten tillen die zwaarder zijn dan 30 kg. vormen een risico voor de rug;
3. De verzorgenden staan en lopen gedurende 70% van de werktijd.

Elk van deze drie punten is op zich al voldoende reden om serieus op het probleem van de hoge fysieke belastingen in te gaan. In combinatie dient er zeker wat te gebeuren.

Een bijkomend probleem vormt de onderwaardering van de belasting bij het bukken. Men verkeert vaak in de veronderstelling dat deze houding niet belastend is, maar bukken is een belangrijke factor bij het ontstaan van rugklachten.

De kans op het ontstaan van rugproblematiek zal in het algemeen het grootst zijn op afdelingen waar bewoners, patiënten, in hoge mate immobiel zijn en waar dus veel getild moet worden. Genoemd worden de afdelingen geriatrie, orthopaedie, neurologie en afdelingen voor chronisch patiënten (Rijssen-Moll, 1988). In verpleeghuizen worden veelal bejaarden en chronisch zieken verpleegd. Het tillen van bewoners vormt hier een standaard onderdeel van de verzorging. Het onvoorspelbare gedrag van psycho-geriatrie bewoners is tevens een extra risico voor de rugbelasting, omdat men vaak snel en in moeilijke houdingen moet reageren.

Knibbe heeft in het kader van haar doctoraalscriptie Gezondheidskunde onderzoek gedaan naar het voorkomen van rugklachten bij leerling-ziekenverzorgenden werkzaam in een verpleeghuis en de samenhang met de arbeidsomstandigheden (Knibbe, 1988). Zij vergeleek het voorkomen van rugklachten bij leerlingen in de BeroepsVoorbereidende Periode (n=66) met het voorkomen van rugklachten bij ouderejaars leerlingen (n=151). Uit de enquête kwam een significant verschil naar voren tussen beide groepen leerlingen. 19% Van de BVP-leerlingen hadden in de afgelopen 12 maanden last van de rug gehad. Bij de oudere jaars was dit 82%. Het belangrijkste onderscheid tussen beide groepen was de hoeveelheid werkervaring, die gemiddeld slechts een jaar verschilde. Volgens de auteur heeft er tot nu toe steeds een onderschatting van de problematiek plaatsgevonden. Het niet herkennen van de risico's die deze beroepsgroep loopt wordt onder andere veroorzaakt door het hoge verloop, het 'healthy worker' effect en het gegeven dat rugklachten niet altijd tot ziekteverzuim leiden.

De risicofactoren in de arbeidssituatie worden onderverdeeld in zes groepen:

1. ziekenverzorgende gebonden factoren, bijv. lengteverschil, zwangerschap, rugklachten;
2. bewoner gebonden factoren: werkt een bewoner actief mee, is hij passief of werkt de bewoner juist tegen;
3. handeling en taakgebonden factoren: tiltechnieken, statische belasting, onverwachte situaties;
4. omgevingsgebonden factoren: kleding, ruimte rondom het bed of in de toiletten, aanwezigheid van tilmiddelen;
5. onderwijs gebonden factoren: het aantal tilinstructies;
6. organisatiegebonden factoren: organisatie van het werk, hoeveelheid deskundig personeel.

Het voert te ver om hier dieper op de genoemde risicofactoren en de mogelijke maatregelen in te gaan. Daarvoor wordt verwezen naar het genoemde rapport. Het onderzoeksrapport biedt een goede aanzet voor een vervolgonderzoek naar het voorkomen van rugklachten onder het verzorgend personeel in verpleeghuizen. Tevens worden er verschillende voorstellen gedaan ter verbetering van situatie. Deze voorstellen kunnen als uitgangspunt dienen in een mogelijk rug-preventieproject. Verdere aandacht voor het tillen op de ver-

pleegafdelingen lijkt noodzakelijk gezien de zwaarte van het werk (het regelmatig moeten tillen van zware lasten) en de hoeveelheid rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat.

3.3.6 *Werktijden en dienstroosters*

Binnen de beschikbare informatie over werktijden en dienstroosters wordt geen onderscheid gemaakt tussen de vier sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg. Het hiernavolgende heeft dan ook betrekking op de gehele sector, waarbij het aannemelijk is dat de verpleeghuissector geen specifieke uitzonderingen vertoont.

Van het gediplomeerd verpleegkundig en verzorgend personeel werkzaam in de intramurale gezondheidszorg werkt 54% in wisselende diensten met nachtdiensten. Van de leerlingen is dit 82%. Van de gediplomeerden vindt 21% het soort dienst dat men moet draaien ongunstig (leerlingen 19%). 22% vindt het rooster ongunstig (leerlingen 25%) (De Winter, 1988).

Uit een onderzoek van de arbeidsinspectie naar de werk- en rusttijden binnen 48 verplegingsinrichtingen (96 afdelingen) komen verschillende knelpunten naar voren (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1989). Genoemd worden³:

a. Een korte roostercyclus:

De CAO-ziekenhuiswezen schrijft voor dat de dienstlijst een planning van 3 maanden moet bevatten en dat deze één maand voor ingang van deze periode bekend moet zijn. Slechts in 22% van de onderzochte afdelingen wordt een dienstlijst opgemaakt voor drie of meer maanden. De bekendmaking van de dienstroosters is op 60% van de afdelingen korter dan vier weken.

b. Afwijken van en veranderingen in de dienstlijst gedurende de roosterperiode:

Bijna alle afdelingen (96%) wijken gedurende de roosterperiode wel eens af van de dienstlijst, waardoor het bijstellen van de dienstlijst noodzakelijk is. 41% van de afdelingen stelt binnen een roosterperiode de dienstlijsten 10 tot 30 keer bij. Aangezien de roosterperiode over het algemeen niet meer dan vier weken beslaat, kan worden aangenomen dat het steeds opnieuw aanpassen van de dienstlijst een tijdrovende bezigheid is. Zeker als men bedenkt dat het aanpassen veelal meerdere personen betreft. Voor de betrokken personeelsleden heeft dit alles vrij onvoorspelbare werktijden tot gevolg.

c. Werknemersonvriendelijke werktijdregelingen:

Er komen geregeld arbeidperiodes voor van zes en zeven dagen achtereenvolgend, maar ook langere periodes komen voor. Naarmate de periode langer wordt, betreft het minder mensen.

d. Overtreding van art. 6 en 7 van het Verplegingsbesluit '57 betreffende de minimale dagelijkse rust:

Eenderde van de afdelingen overschrijdt de bepaling voor de minimale dagelijkse onafgebroken rust van 9 uur voor inwonend personeel. Tweederde overschrijdt de bepaling voor de minimale dagelijkse onafgebroken rust van 10 uur voor uitwonend personeel.

³ In het onderzoek worden de gegevens niet nader gespecificeerd naar sector of naar functie.

Deze situatie doet zich met name voor bij de overgang van een avonddienst naar een dagdienst. Betrokkenen hebben in deze situaties onvoldoende gelegenheid om te herstellen van de door het werk ontstane vermoeidheid. Bij onvoldoende herstelmogelijkheden zal de conditie en daarmee de afweermechanismen van de persoon relatief afnemen waarmee de kans op het ontstaan van ziekte toeneemt.

Naast de onvoorspelbaarheid van de dienstroosters door frequent voorkomende roosterwijzingen, de late bekendmaking van de roosters en de korte roosterperiode kenmerken de dienstroosters zich ook door een sterke onregelmatigheid. Dagdiensten en avonddiensten kunnen binnen een werkperiode verschillende keren afgewisseld worden.

Binnen de gezondheidszorg wordt vrijwel overal nog gewerkt op basis van een drieploegen-*volcontinuesysteem*: ochtend-, avond-, en nachtdienst. Jarenlang onderzoek heeft aangetoond dat dit systeem in fysiek en sociaal opzicht niet is aan te bevelen. Daarom wordt in andere bedrijfstakken, zoals bijvoorbeeld in de industrie, steeds meer overgegaan op een vijfplögendienst (De Vries-Griever, 1991).

Volgens De Vries-Griever (1991) kan het in de gezondheidszorg gevolgde ploegenrooster als ongezond worden gekenmerkt. De onvoorspelbaarheid en de onregelmatigheid van de werktijden samen met de onvoldoende herstelmogelijkheden vormen daarbij de belangrijkste gezondheidsrisico's. Bij een verbetering van de arbeidsomstandigheden zal dan ook zeker aandacht moeten worden besteed aan zowel de optimalisering van het ploegendienst-systeem als verbetering van de arbeidsvoorwaarden.

Het NZI is in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen een project gestart dat gericht is op een verbetering van de dienstroosters in de gezondheidszorg. Voor elke sector van de gezondheidszorg, te beginnen met de verpleeghuissector, zal een nieuwe systematiek van roostering ontwikkeld worden. Deze systematiek zal gekenmerkt worden door een regelmatig, cyclisch dienstenpatroon. Met de verbetering van de dienstroosters wil men een bijdrage leveren aan de vermindering van de werkdruk en het ziekteverzuim.

3.3.7 Arbozorg

Uit de literatuur en uit mondelinge informatie werd duidelijk dat er nog nauwelijks maatregelen worden ondernomen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden. Binnen de intramurale gezondheidszorg in zijn algemeenheid en dus ook binnen de verpleeghuissector is nog geen sprake van een structureel beleid op dit gebied. Wel worden er op sectorniveau door de NZr cursussen gegeven voor het opstellen van "Arbo-werkplannen".

Een Arbozorgsysteem dat de structuur en de systematiek moet bieden voor de ontwikkeling en de uitvoering van een Arbobeleid, ontbreekt in praktisch alle instellingen. Van een Arbobeleid als onderdeel van het totale instellingsbeleid is dan ook nauwelijks sprake.

Ook de afzonderlijke instrumenten die in de Arbowet genoemd worden als onderdeel van een Arbobeleid, zoals het maken van Arbo-jaarplannen en Arbo-jaarverslagen, voorlichting en onderricht en de aanwezigheid van deskundige diensten zijn nog niet ver ontwikkeld. Hoeveel instellingen er zijn aangesloten bij een BGD is niet precies bekend. Veelal ontbreken de financiële middelen hiervoor.

4 Ziekteverzuim in de Bejaardenoorden

In dit hoofdstuk willen we een schets geven van de onderhavige problematiek. Voorzover bekend uit landelijke gegevens zullen de verzuim- en arbeidsongeschiktheidgegevens van werknemers en werknemers in deze sector worden gepresenteerd tezamen met de totaalcijfers van de overige sectoren die onder de BVG ressorteren.

4.1 De omvang van het ziekteverzuimvolume

Het ziekteverzuimpercentage van de werknemers in de sector Bejaardenoorden vertoont blijkens de gegevens van de BVG in de afgelopen jaren een voortdurend stijgende tendens. Een overzicht van deze cijfers is opgenomen in tabel 4.1. De gegevens over de sector Bejaardenoorden worden in deze tabel vergeleken met de ontwikkeling van het gemiddelde verzuimpercentage van de sector maatschappelijke dienstverlening, waar de bejaardenoorden ook deel van uit maken, het gemiddelde van de BVG-sector als geheel en het totale landelijke gemiddelde verzuimpercentage.

Tabel 4.1 Het verzuimpercentage van de sector Bejaardenoorden vergeleken met het gemiddelde van de sector maatsch. dienstverl., het BVG-gemiddelde en het totale landelijke verzuimpercentage in de periode 1987-1990

	1987	1988	1989	1990
Bejaardenoorden	8.0	8.2	8.6	9.4
Maatsch. Dienstverlening	8.6	8.7	9.0	9.5
BVG-totaal	7.6	7.8	8.2	8.9
Landelijk	8.1	8.5	8.8	9.1

Bron: BVG/NIA

Uit deze cijfers valt vrij eenduidig te concluderen dat er op diverse niveaus sprake is van een trendmatige stijging, zowel landelijk, als voor de BVG-totaal als voor de sector Bejaardenoorden. Opvallend is wel dat het BVG gemiddelde percentage sterker lijkt toe te nemen dan het totale landelijk gemiddelde percentage. Het verzuim in de sector Bejaardenoorden groeit parallel aan het totale BVG-gemiddelde. In 1990 behoorde deze sector dan ook tot de categorie sectoren die het 'hoogste' verzuimvolume vertoonde.

4.2 De verzuimfrequentie

Een andere maat om het verzuim te beschrijven is de verzuimfrequentie. Evenals met het verzuimpercentage is gebeurd, geven we een overzicht van de ontwikkeling van de frequen-

tie over de laatste jaren. In tabel 4.2 is dit overzicht opgenomen. tevens zijn de referentie-cijfers van de overige maatschappelijke dienstverlenings-sectoren, de BVG totaal en de landelijke cijfers opgenomen.

Tabel 4.2 De verzuimfrequentie binnen de sector Bejaardenoorden, vergeleken met de maatschappelijke dienstverlening, de BVG-totaal en de landelijke cijfers

	1987	1988	1989	1990
Bejaardenoorden	1.51	1.52	1.57	1.51
Maatsch. Dienstverlening	1.51	1.50	1.56	1.52
BVG-totaal	1.56	1.57	1.64	1.60
Landelijk	1.91	1.89	1.91	1.81

Bron: BVG/NIA

In tegenstelling tot het verzuimpercentage lijkt zich op basis van deze (geringe) tijdreeks niet direct een patroon of tendens af te tekenen. Wel kan worden geconstateerd dat de BVG-sectoren en de BVG als totaal zich gunstig onderscheiden van het landelijk gemiddelde, hoewel het verschil in de afgelopen jaren kleiner lijkt te worden.

4.3 Het verzuim in de grote steden

Daar de 4 grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht over het algemeen een afwijkend verzuimpatroon vertonen nemen we in tabel 4.3 een overzicht op van zowel verzuimpercentage als verzuimfrequentie in deze gebieden.

Tabel 4.3 Verzuimpercentage en meldingsfrequentie in de grote steden voor de sectoren Bejaardenoorden, Maatschappelijke Dienstverlening en BVG-totaal

	V%			MF		
	1988	1989	1990	1988	1989	1990
Bejaardenoorden	9.0	9.3	9.6	1.75	1.76	1.59
Maatsch. Dienstverlening	9.2	9.6	10.6	1.69	1.72	1.66
BVG-totaal	8.1	8.5	9.1	1.67	1.75	1.70

Bron: BVG

Voor de sector Bejaardenoorden kan worden opgemerkt dat het volume in de grote steden minder snel lijkt te stijgen (0.6% van '88 tot '90) dan het verzuimvolume van de gehele Bejaardenoorden-sector (1.2% in dezelfde periode, tabel 4.1). Opvallend is verder de relatief juist sterke toename van het volume in de maatschappelijke dienstverlenings-sectoren in de grote steden (1.5% van '88 tot '90) ten opzichte van het landelijk beeld (0.8%).

Tabel 4.4 *Verzuimpercentage en meldingsfrequentie, excl. de grote steden, voor de sectoren Bejaardenoorden, Maatschappelijke Dienstverlening en BVG-totaal*

	V%			MF		
	1988	1989	1990	1988	1989	1990
Bejaardenoorden	7.9	8.4	9.3	1.43	1.49	1.48
Maatsch. Dienstverlening	8.4	8.8	9.3	1.42	1.49	1.46
BVG-totaal	7.6	8.1	8.8	1.53	1.59	1.55

Bron: BVG

4.4 Zwangerschaps- en bevallingsverlof

Evenals bij de sector verpleeghuizen is het bij de sector Bejaardenoorden van belang enige relativisering bij het verzuimvolume aan te brengen. Daar ook deze sector gekenmerkt wordt door een groot aantal vrouwelijke werknemers ligt het voor de hand dat in ieder geval een deel van het (hoge) verzuim toegeschreven kan worden aan zwangerschaps- en bevallingsverlof. In hoofdstuk 6 zullen wij nader op het profiel van de sector en de werknemer ingaan eventueel in vergelijking met andere BVG-sectoren; hier willen we ons in tabel 4.5 beperken tot een vergelijking van de geschoonde verzuimpercentages, d.w.z. percentages ontdaan van verzuim als gevolg van zwangerschap of bevalling.

Tabel 4.5 *Verzuimpercentages incl. en excl. zwangerschaps- en bevallingsverlof van de sectoren Bejaardenoorden, Maatsch. Dienstverlening en BVG-totaal*

	1988		1989		1990	
	incl.	excl.	incl.	excl.	incl.	excl.
Bejaardenoorden	8.2	7.4	8.6	7.8	9.4	8.1
Maatsch. Dienstverlening	8.7	8.1	9.0	8.3	9.5	8.4
BVG-totaal	7.8	7.0	8.2	7.5	8.9	7.7

Bron: BVG/NIA

Naar verhouding lijken de werknemers in de sector Bejaardenoorden zich niet of nauwelijks te onderscheiden in het opnemen van zwangerschaps- en bevallingsverlof ten opzichte van de gehele sector maatschappelijke dienstverlening. De stijgingen als gevolg van dit verlof in '90 ten opzichte van '89 bedraagt respectievelijk 0.5% en 0.4%. Ook de totale BVG-sector vertoont een stijging van dit verlof in deze periode met 0.5%.

4.5 Langdurig zieken

Het volume van het ziekteverzuim wordt in hoge mate (voor ca. 60%) bepaald door het langdurige verzuim, d.w.z. van 6 weken of langer. Een bijzondere groep binnen deze langdurige verzuimers zijn de personen die de maximale ziekteduur van 1 jaar bereiken. In

het volgende overzicht worden per sector de gevallen per 100 werknemers weergegeven met een maximale ziekteverzuimduur.

Er blijkt een relatief constant verschil aanwezig tussen enerzijds de sector Bejaardenoorden en de gehele sector maatschappelijke dienstverlening en anderzijds de totale BVG-sector. Over de laatste drie jaren bereiken in de sector Bejaardenoorden relatief meer mensen de maximale ziekteverzuimduur en dus waarschijnlijk de WAO dan in de totale BVG-sector.

Tabel 4.6 Aantal gevallen per 100 wkn. met maximale ziekteverzuimduur

	1988	1989	1990
Bejaardenoorden	2.1	1.8	2.1
Maatsch. Dienstverlening	2.1	2.0	2.2
BVG-totaal	1.7	1.6	1.8

Bron: BVG/NIA

4.6 Diagnoses bij WAO-toetreding

Tijdens het ziekteverzuim traject is het zicht op de diagnoses van de voorkomende ziektegevallen niet altijd voorhanden. Echter bij toetreding tot de WAO wordt altijd gedocumenteerd welke diagnose ten grondslag ligt aan de gehele of gedeeltelijke afkeuring. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van '87 tot '89 van enkele hoofdcategorieën van diagnoses bij toetreding tot de WAO voor de sector Bejaardenoorden.

Tabel 4.7 Procentuele verdeling naar diagnosehoofdgroep sector Bejaardenoorden

	1987	1988	1989	1990	1991
Psychische ziekten	36.9	32.6	30.8	32.8	29.7
Ziekten aan het bewegingsapparaat	38.4	41.8	43.5	43.7	42.3
Overige ziekten	24.7	25.6	25.7	23.5	28.0
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: BVG

Uit tabel 4.7 kan geconcludeerd worden dat het relatieve aandeel van diagnoses binnen de categorie psychische ziekten voor de sector Bejaardenoorden terugloopt. Daarentegen valt een toename te constateren van het relatieve aandeel van diagnoses binnen de categorie bewegingsapparaat.

4.7 Genoemde achtergronden van het ziekteverzuim

Er kan worden vastgesteld dat de sector Bejaardenoorden als onderzoeksobject nog niet frequent in het brandpunt van de belangstelling heeft gestaan. Dit bekend onder meer dat

er betrekkelijk weinig 'harde' gegevens voorhanden zijn over de ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek. Bespiegelingen over de achtergronden van het verzuim in deze sector zijn in deze fase van het inventariserende onderzoek dan ook voornamelijk gebaseerd op enerzijds de cijfers van de bedrijfsvereniging BVG en anderzijds op meningen en opvattingen van informanten in en rond het veld.

De belangrijkste signalen die over de achtergronden van verzuim worden gegeven zijn gelegen in de sfeer van de sterk toegenomen werkdruk. Deze toename is voor een belangrijk deel te wijten aan de toegenomen zorgbehoefte. De CBS-cijfers op dit punt geven aan dat er in de afgelopen jaren een stijging is opgetreden van de (somatische) zorgbehoefte van 0.6% (FOZ, 1992). Harde cijfers over de toegenomen psycho-sociale zorgbehoefte zijn niet voorhanden; echter de toegenomen groepsverzorging door verzorgingshuizen vormt een indicatie dat ook op het vlak van de psycho-somatiek de zorgbehoefte toeneemt.

De toegenomen werkdruk kan ook worden afgeleid uit het gegeven dat, ondanks het toegenomen aantal arbeidsplaatsen, de ratio personeel per bewoner de afgelopen 6 jaar is teruggelopen. Allerwegen wordt aangenomen dat er een direct verband bestaat tussen deze toenemende werkdruk in termen van toenemende psychische en fysieke druk en het stijgende ziekteverzuim.

Een aspect aan ziekteverzuim dat mede een rol kan spelen bij de toenemende stijging is de vervangingsproblematiek bij ziekte. In-adequate, gedeeltelijke, of zelfs in het geheel niet vervangen van primaire zorgverleners(sters) leidt vrijwel noodzakelijkerwijs tot zwaardere belasting van het overige zorgverlenende personeel. Tot op heden bestaat er geen betrouwbaar overzicht over hoe de vervanging in de verzorgingsinstellingen wordt geregeld. Door de informanten wordt, gezien de financiële druk waaronder de sector als gevolg van bezuinigingen staat, aangegeven dat de ziekengelden als algemene bron van inkomsten niet noodzakelijkerwijs altijd aan vervanging worden besteed.

4.8 Reeds ontwikkeld verzuimbeleid

Het toenemende bewustzijn dat ziekteverzuim een kostenpost is, heeft er toe geleid, dat een aantal instellingen aan de slag is gegaan met de ontwikkeling van een verzuimbeleid. Op welke schaal dit al gebeurt is nu nog niet bekend. In de regio Enschede is momenteel door de BVG in samenwerking met een aantal verzorgingshuizen een pilot-project opgezet. Centraal in dit project staat de procesmatige aanpak van mogelijke verzuimoorzaken, zoals kwaliteit van het management, personeelsbeleid en arbeidsomstandigheden. In dit project zullen een aantal activiteiten op verzuim-bestrijdingsgebied, zoals o.a. meldingsprocedures, verzuimbegeleiding en -controle, in praktijk worden gebracht. Dit project zal tot oktober 1992 doorlopen, waarna de uiteindelijke evaluatie van de resultaten zal plaatsvinden. Op welke schaal de bejaardenoorden zich al hebben aangesloten bij bedrijfsgeneeskundige diensten is niet bekend. De indruk is echter dat dit tot nog toe eerder een uitzondering dan regel is.

5 Profiel van een sector: Bejaardenoorden

In dit hoofdstuk zullen we trachten in kort bestek met behulp van enkele kwantitatieve gegevens weer te geven hoe de sector Bejaardenoorden er uitziet. Het doel is de vorming van een globaal beeld van de sector Bejaardenoorden uitgesplitst naar enkele facetten. Het zal daarbij voornamelijk gaan om gegevens met betrekking tot aantallen instellingen, werknemers en cliënten en enkele financiële gegevens. Tot slot zal een paragraaf gewijd worden aan enkele beperkte onderzoeksgegevens over arbeidsomstandigheden in deze sector.

5.1 Beschrijving van de sector

5.1.1 De capaciteit⁴

De capaciteit van de sector kan op meerdere manieren worden beschreven. Ten eerste via de aantallen instellingen per grootte klasse, dat wil zeggen de beschikbare beddencapaciteit; ten tweede via de personele invalshoek, bijvoorbeeld hoeveel personen er werkzaam zijn in de primaire zorgverlening, danwel hoeveel personeel er per bewoner werkzaam is. In paragraaf 5.2 zullen we ingaan op de personele kenmerken van deze sector. In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de aantallen bedden per grootte-klasse.

Tabel 5.1 Aantal Bejaardenoorden naar beddencapaciteit in 1988

	aantal bedden	aantal bejaardenoorden
kleine bejaardenoorden	< 50	308
middelkleine bejaardenoorden	50-100	651
middelgrote bejaardenoorden	100-150	351
grote bejaardenoorden	> 150	216
totaal bejaardenoorden		1.530

Bron: FOZ 1992

Deze dwarsdoorsnede van de capaciteit in 1988 geeft aan dat de categorie middelkleine Bejaardenoorden verreweg het grootst is. In het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1992 wordt geconstateerd dat er een concentratietendens gaande is, waarbij zowel de categorie kleine Bejaardenoorden als de categorie grote Bejaardenoorden gestaag in aantal afneemt. Dit is het gevolg van provinciaal meerjarenbeleid tot schaaloptimalisatie.

De netto-capaciteit in bedden neemt sinds 1986 gemiddeld jaarlijks af met 0,7%. Deze netto-capaciteit bedroeg in 1990 136.200. Bij een netto-bezettingsgraad van 96,4% verbleven er in 1990 ca. 131.400 bewoners in de Bejaardenoorden.

⁴ De vermelde kwantitatieve gegevens zijn voornamelijk betrokken uit het FOZ 1992 en enkele beleidsnotities van de VNB.

Ondanks een daling in de bedden-capaciteit enerzijds en anderzijds een stijging in het aantal formatieplaatsen (zie par. 5.4) tekent zich een lichte daling af van het totaal aan personeel per bewoner, van 0,37 in 1985 naar 0,34 in 1990 (na correctie voor arbeidsduurverkortening en ziekteverzuim-vervanging).

5.1.2 Aard en beheer van bejaardenoorden

Het overgrote deel van de bejaardenoorden zijn in handen van particuliere stichtingen. Er is nog een klein aantal instellingen dat NV of BV als beheersvorm heeft en een aantal instellingen dat onder het beheer van de gemeenten valt. In totaal gaat het om circa 5% van het totale aantal bejaardenoorden.

Uit informatie van de VNB blijkt dat circa 70% van de bejaardenoorden een confessionele achtergrond heeft.

Nederland kende in 1991 1.935.300 personen van 65 jaar en ouder, waarvan 60% ofwel 1.164.104 vrouwen.

Uit voorlopige cijfers van het CBS blijkt dat in 1991 134.995 bewoners in bejaardenoorden verbleven, hetgeen betekent dat 7% van de ouderen van 65 jaar en ouder in een bejaardenoord verblijft. Ook hier kan worden opgemerkt dat het grootste percentage bewoners bestaat uit vrouwen.

Tussen de provincies onderling zijn er capaciteitsverschillen. De ene provincie zit ver onder dit landelijk gemiddelde en de andere zit er ver boven. Zo blijkt in de provincie Flevoland 5,4% van de 65+-ers in een bejaardenoord te wonen, daarentegen in Noord-Holland 7,9%. Ook tussen de grote steden zijn verschillen te bespeuren. In Den Haag woont 6,4% en in Utrecht 8,7% van de ouderen in een bejaardenoord.

Van de ongeveer 1.500 verzorgingshuizen vallen zo'n 140 verzorgingshuizen met een bijzondere functie rechtstreeks onder het regime van het ministerie van WVC.

De rest valt of onder de provincie of onder de vier grote steden.

5.1.3 Samenwerking

In de afgelopen jaren heeft zich een tendens ontwikkeld naar meer samenwerking met andere zorginstellingen, danwel naar het aanbieden van een groter scala aan zorgfuncties. Deze samenwerking doet zich op velerlei manieren voor. Ten eerste natuurlijk op bestuurlijke niveau hetgeen zich onder andere uit in organisatorische samenwerkingsverbanden en fusies. Bijvoorbeeld op het vlak van de personeelsvoorziening bleek 49% van de instellingen samen te werken, ten aanzien van gezamenlijke scholingsactiviteiten 30% (Thomassen, 1991). Ten tweede in samenwerking op het vlak van zorgverlening met andere zorginstellingen als wijkverpleging, gezinszorg en verpleeghuizen, waarbij verschillende zorgfuncties (soms tijdelijk) van elkaar worden overgenomen, zoals verpleging in een bejaardenoord door. Exacte cijfers op dat punt zijn in dit stadium nog niet voorhanden.

5.1.4 Bewoners en zorgfuncties

De bewoners van de verzorgingshuizen zijn de laatste 10 jaar steeds meer hulpbehoevender geworden. Met name de psycho-sociale en psycho-geriatrie zorgbehoefte is sterk toegenomen. Deze toenemende zorgintensiteit is een ontwikkeling die volgens de VNB mede verband houdt met de hoge gemiddelde leeftijd, de dubbele vergrijzing van de samenleving, maar ook de verscherpte indicatiestelling.

De gemiddelde leeftijd van de bewoners in de verzorgingshuizen is 84,5 jaar (VNB 1991). De helft van het bewonersaantal is 85 jaar en ouder. Vrouwen zijn zowel hoger in aantal als gemiddeld ouder dan mannen. De VNB heeft onlangs (1991) een model voor zorgzwaarte-meting ontwikkeld, waarmee de zorgbehoefte van de bewoners beter tot uitdrukking kan worden gebracht. De VNB onderscheidt daarbij een vijftal zorgzwaartegroepen.

De mate van zorgbehoefte is onderstaand weergegeven:

- incidentele aanvullende zorg	50%	(gem. ± 40 min. zorg)
- regelmatig aanvullende zorg volgens afspraak	18%	(gem. ± 75 min. zorg)
- aanvullende en overnemende zorg	11%	(gem. ± 120 min. zorg)
- onzelfstandig, veel overnemende zorg	10%	(gem. ± 165 min. zorg)
- geheel onzelfstandig, totale overnemende zorg	11%	(gem. ± 260 min. zorg)

Daar waar sprake is van (totale) overnemende zorg gaat deze gepaard met (intensieve) gerichte psycho-sociale begeleiding van bewoners.

Deze vorm van zorgbehoefte neemt volgens het onderzoek van de VNB steeds meer toe.

Tabel 5.2 *Percentages Bejaardenoorden die zich bezighouden met diverse vormen van dienstverlening aan niet in Bejaardenoorden wonende bewoners*

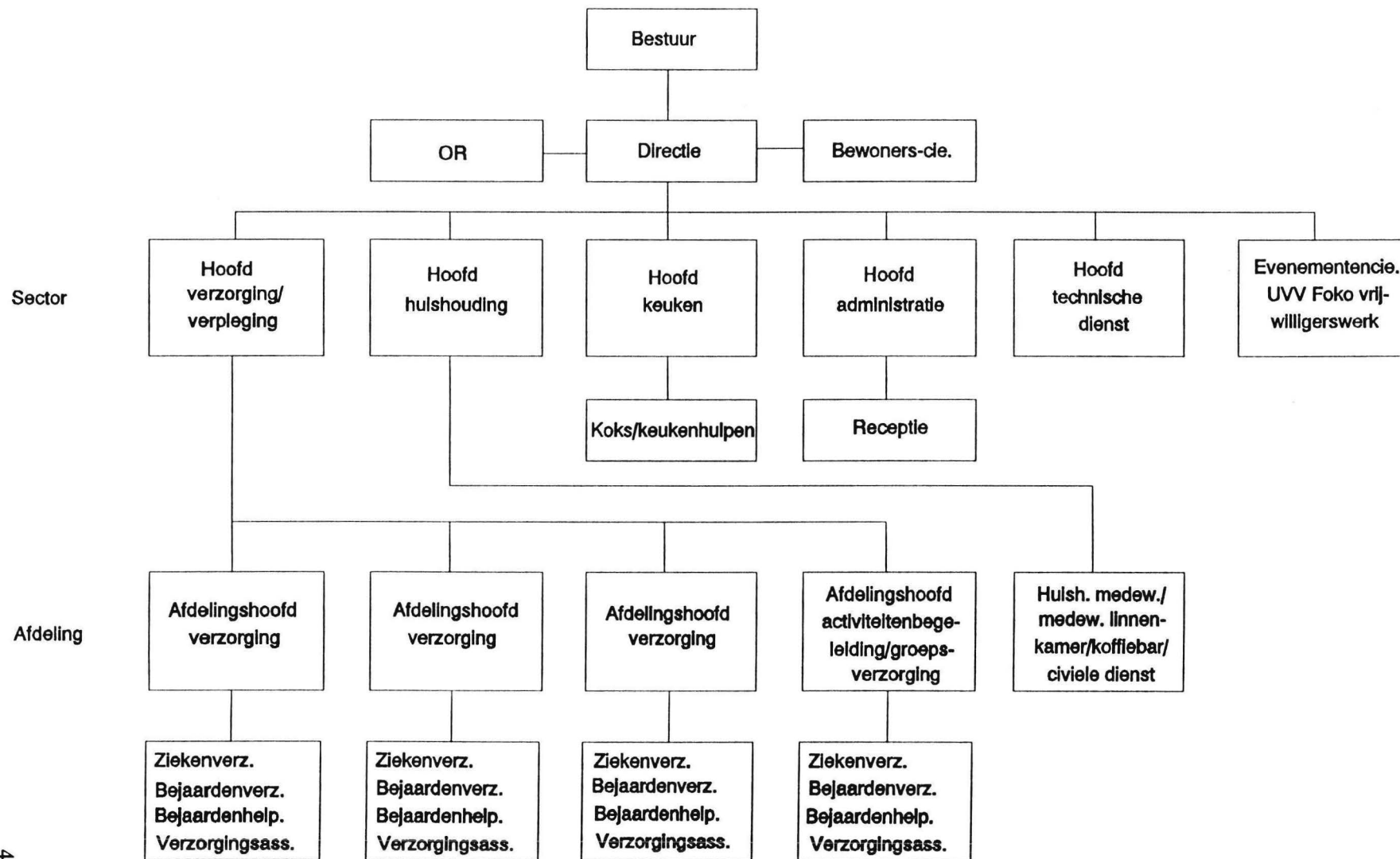
	1985	1988	1990
Kortdurende opname	39	64	80
Dagverzorging	10	23	39
Nachtopvang	11	10	19
Maaltijdverstrekking	61	75	84
Bad of douchevoorziening	10	10	13
Voetverzorging	11	15	22
Bewegingsactiviteiten	32	46	58
Aansluiting op alarmsysteem	39	55	62
Absolute aantallen	1.575	1.526	1.525

Bron: Soc.-cult. berichten (CBS) 91/9

5.1.5 Organisatiestructuur

In verzorgingshuizen is vaak sprake van een eenvoudige en platte organisatiestructuur. In schema 5.1 wordt een formeel organisatieschema weergegeven voor de grotere verzorgingshuizen.

Schema 5.1 Organisatiestructuur van een verzorgingshuis



5.1.6 Sector-financiering

Het uitgavetotaal voor de gehele sector Bejaardenoorden voor 1990 bedroeg ca. 4,7 mld gulden. Het aandeel van de personeelskosten in dat jaar bedroeg ruim 2,7 mld gulden. Met name in 1990 zijn deze personeelskosten sterker gestegen dan in voorgaande jaren. Deze kosten zullen nog verder stijgen. Dit heeft met name te maken met de invoering van het functiewaarderingsstelsel (FuWa).

Van de totale uitgaven voor de Bejaardenoorden wordt 61% (2,8 mld gulden) door de overheid gesubsidieerd (1990); de overige 39% wordt door de bewoners van de Bejaardenoorden opgebracht. De gemiddelde eigen bijdrage per bewoner bedroeg in 1990 ca. f 13.706,- per jaar.

De financiering van de sector Bejaardenoorden verloopt grotendeels decentraal via de 12 provincies en de 4 grote steden, zoals geregeld in de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Deze 16 overheden hebben een ruime beleidsvrijheid in de planning van de zorgverlening in hun regio en de toedeling van de doeluitkeringen die ze van WVC ontvangen. De 140 landelijke bejaardenoorden met een bijzondere functie worden voor 60% rechtstreeks door het ministerie gefinancierd.

In het FOZ 1992 wordt aangegeven dat er in de WBO nu sprake is van een overgangssituatie (vereveningssysteem) van een verdeling van middelen op basis van capaciteit naar een verdeling op basis van het aantal 75-plussers woonachtig in de betreffende provincie of stad. Verder wordt momenteel gestreefd naar het onderbrengen van deze sector onder de werkingssfeer van de AWBZ.

5.2 Het personeel in de sector Bejaardenoorden

5.2.1 Het personeelsbestand

Het aantal formatieplaatsen in fulltime-equivalenten in deze sector bedroeg in 1990 54.000. Van dit aantal was 30.100 (56,5%) bezet door verzorgend en verplegend personeel, de overige 23.900 door niet-verplegend en verzorgend personeel. De afgelopen jaren is het aantal arbeidsplaatsen gemiddeld met rond 0,5% per jaar gegroeid, waarbij het aantal arbeidsplaatsen voor verzorgende en verplegende beroepen gemiddeld met 1,2% per jaar is toegenomen.

Het aantal werkzame personen in deze sector bedraagt ca. 80.000. Deze populatie bestaat voor ca. 85% uit vrouwen. Ongeveer 53% van het totaal aantal werkzame personen behoort tot het verplegend en verzorgend personeel.

In 1988 had ruim 63% van het personeel een gedeeltelijke dagtaak. Het aantal stagiaires bedroeg in 1990 ca. 15.000.

In onderstaande tabel bieden we een overzicht van formatieplaatsen van personeel in loondienst naar functie, eind 1988.

Tabel 5.3 *Formatieplaatsen naar functie, per 31 december 1988 in percentages*

Functie	Aantal formatieplaatsen
Directie/Administratief personeel	8
Verzorgend/Verplegend personeel	55
Huishoudelijk personeel	17
Keuken personeel	13
Technisch/Agrarisch/Overig personeel	6

Bron: Statistiek van de Bejaardenoorden 1988, CBS

N = 53.279

De grootste groep van werknemers, het verzorgend en verplegend personeel, wordt in tabel 5.4 nog verder uitgewerkt in aantallen personen met een fulltime en parttime aanstelling.

Tabel 5.4 *Verzorgend en verplegend personeel, 31 december 1988*

	Full-time	Part-time
Bejaardenverzorgenden	6.748	7.338
Bejaardenhelpenden	1.672	2.894
Verpleegkundigen	1.445	3.672
Ziekenverzorgenden	3.072	5.712
Verzorgingsassistenten	775	1.619
Overig personeel/In opleiding	1.961	4.380

Bron: Statistiek van de Bejaardenoorden 1988, CBS

5.2.2 *Personeelsverloop*

Het gemiddelde verloop onder het personeel van de sector Bejaardenoorden bedraagt volgens een enquête van de Stichting Arbeidsmarkt, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds (AWOB) in 1990 11,6% (Thomassen, 1991). Het verloop onder het verzorgend personeel bedraagt ruim 13%. Het verloop per functie verschilt nogal, met name de ziekenverzorgenden komen uit op een hoog percentage: 16,5%. Daarentegen vertonen de bejaardenhelpenden juist een laag verloop: 8,7%.

Ook per regio zijn er grote verschillen, met name in de regio's Utrecht, Den Haag en Kennemerland is het verloop hoger dan 15%.

Er is tot op heden geen kwantitatief materiaal aangetroffen m.b.t. de arbeidsomstandigheden in deze sector. In deze paragraaf willen we dan ook ingaan op enkele kwalitatieve gegevens over de arbeidsomstandigheden in een zevental verzorgingshuizen, zoals gepubliceerd in een rapport van de wetenschapswinkel van de universiteit Leiden (Delvigne, 1989). Het rapport bevat de resultaten van een verkennend onderzoek naar de kwaliteit van de verzorging en de kwaliteit van de arbeid in deze zeven verzorgingshuizen in de regio Leiden. In dit onderzoek gaat het met name om een kwalitatieve evaluatie van de kwaliteit van de arbeid in deze zeven verzorgingshuizen.

ARBEIDSINHOUD

De uitvoerenden in de verzorgingshuizen houden zich voornamelijk bezig met de persoonlijke verzorging van de bewoners. Men signaleert echter een toenemende tendens naar het uitvoeren van meer huishoudelijke taken, met als gevolg dat men minder aan verzorgende taken toekomt. Er heerst bij het verzorgend personeel dan ook een gevoel van overgekwalificeerd zijn

voor de te verrichten werkzaamheden. Aan de andere kant wordt aangegeven dat men zich niet goed gekwalificeerd voelt voor het omgaan met demente ouderen en bewoners die vereenzamen. Het psychische veranderingsproces, waardoor goede contacten tussen medewerkers en bewoners teruglopen, kunnen medewerkers vaak moeilijk accepteren.

Het management in deze instellingen heeft verschillende opvattingen over de noodzaak van kwalificatie van de uitvoerenden. Een enkeling acht kwalificatie niet echt nodig, maar de meesten menen wel dat gediplomeerde medewerkers(sters) een betere kwaliteit van de verzorging kunnen bieden en zelfstandig kunnen werken.

Met name dit laatste aspect wordt door deskundigen op het gebied van welzijn bij de arbeid over het algemeen als positief gezien voor de (eigen) beoordeling van de arbeids- of taakinhoud.

ARBEIDSVERHOUDINGEN

In de hele onderzochte groep huizen bleek er sprake te zijn van medezeggenschapsorganen. Maar met name situatie van de ondernemingsraden is deplorabel. Naar men aangaf wordt dit vooral veroorzaakt door het vele parttime werk, het gebrek aan onderwerpen, de geringe inspraak en de geringe interesse voor zowel OR-onderwerpen als het zitting nemen in een OR.

De verzorgende medewerkers zijn over het algemeen tevreden over de werksfeer, vooral wanneer het werk verricht wordt met vaste collega's. Spanningen treden er soms wel op tussen verzorgend personeel en activiteiten-begeleidsters. Met name de extra werkzaamheden die het transporteren van bewoners van en naar deze activiteiten-begeleiding met zich meebrengt, wordt naar het idee van de verzorgenden ten onrechte tot hun taak gerekend.

WERKDruk

Door vrijwel alle uitvoerenden wordt aangegeven dat de werkdruk hoog is. Indien er sprake is van een duidelijke taakafbakening, bijvoorbeeld tussen verzorging en huishoudelijk werk, dan wordt de werkdruk als minder hoog ervaren.

Men geeft aan dat het aantal taken toeneemt, omdat bewoners vaker hulp inroepen bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen. Om de werkdruk te verminderen zoekt men naar wegen om meerdere bewoners gelijktijdig te helpen, danwel werkzaamheden te combineren. In alle huizen uit het onderzoek worden op de drukke tijden 's morgens en 's avonds parttime-medewerksters ingezet. Maar met name 's nachts wordt de werkdruk als zeer problematisch ervaren, vaak werkt men alleen samen met een oproepkracht en moet er fysiek zwaar werk worden verricht. Ook psychisch is de nachtdienst zwaar, wanneer meerdere bewoners tegelijkertijd hulp inroepen.

6 Gemeenschappelijke aspecten van beide sectoren

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op enkele aspecten van het werk van beide sectoren. Deze aspecten vertonen voor beide sectoren veel overeenkomst en worden als zodanig dan ook in dit hoofdstuk besproken. Het gaat hierbij ten eerste om een aantal financiële zaken met betrekking tot ziekteverzuim en vervanging, ten tweede om de rol die de BVG in het ziekteverzuimtraject speelt (zal gaan spelen) en ten slotte om de arbeidsmarkt waar beide sectoren op moeten werven.

6.1 De financiële aspecten rond ziekteverzuim

In de sector verpleeghuizen is het ziekteverzuim voor 6% genormeerd in het instellingsbudget. Dit betekent dat instellingen met een hoger ziekteverzuimpercentage op dit terrein geld tekort komen en instellingen met een lager verzuim voordeliger uit zijn. Op deze wijze vormt de normering een prikkel om een ziekteverzuimbeleid te voeren.

De inkomsten van instellingen als gevolg van ziekteverzuim komen uit twee bronnen: ten eerste het werkgeversaandeel in de ziektewet-uitkering, zijnde 30% van de loonkosten over de ziektedagen + 2 wachtdagen, zijn voor een ziekteverzuimpercentage van 6% in het budget opgenomen. Ten tweede wordt 70% van de loonkosten bij ziekte vergoed door de BVG. Met name de instellingen die deze gelden al in hun formatie hebben verwerkt, zullen niet snel geneigd zijn te streven naar een verzuim onder de 6%, aangezien dit zal leiden tot verminderde inkomsten uit de ziektegeld van de BVG en dus arbeidsplaatsen zal kosten.

In de sector Bejaardenoorden is de financiering door het decentrale karakter wat ondoorzichtiger, maar ook hier lijkt er sprake te zijn van een verdiscontering van een gefixeerd verzuimpercentage in het instellingsbudget.

Het kabinet heeft in de Tussenbalans (april '91) gesteld dat de zorgsector met ingang van 1992 het verzuim jaarlijks met een 0,5% moet terugdringen. In totaal moet het verzuim in 1994 met 1,5% gedaald zijn. Deze jaarlijkse terugdringing van het verzuim met 0,5% is door de overheid vertaald in een korting op de loonkostensom (in 1992 is ergo slechts 2,5% i.p.v. 3% WAGGS-ruimte beschikbaar voor de verbetering van de arbeidsvoorwaarden). Volgens informanten uit de sectoren is hier echter sprake van twee verschillende grootheden: bij een korting van 0,5% op de loonkostensom moet het verzuim met ca. 1% worden teruggedrongen.

Eveneens in het kader van de maatregelen in de Tussenbalans heeft de overheid voor de gehele sector 25 miljoen gulden beschikbaar gesteld ten behoeve van faciliterend beleid; d.w.z. middelen die ingezet kunnen worden t.b.v. een verzuimbeperkend beleid. Dit komt neer op ca. 15 miljoen voor de gehele intramurale gezondheidszorg en ca. 3,6 miljoen voor de sector Bejaardenoorden.

De NZr heeft voorgesteld dit bedrag te verdelen over de loonkostensom van de instellingen. Daarnaast hebben zij in dit verband een structurele verhoging van het budget met 50 miljoen gulden voorgesteld, zodat alle instellingen zich aan kunnen sluiten bij een BGD. De VNB heeft in het kader van dit faciliterend beleid een uitgebreid pakket aan voorstellen en maatregelen ten behoeve van verzuimbeheersing bij het departement neergelegd. Ook bij deze voorstellen neemt integrale aansluiting bij bedrijfsgezondheidszorg een prominente plaats in.

In beide sectoren is bij de werkgeversorganisaties evenals bij de werknemersorganisaties weinig enthousiasme te bespeuren over de door de overheid genomen maatregelen.

In beide sectoren acht men de maatregelen in de Tussenbalans weliswaar een prikkel om het ziekteverzuim terug te dringen, maar voor 1992 wordt het vooral gezien als een korting op de budgetten aangezien een verzuimbeleid pas op langere termijn vruchten afwerpt. Al met al worden deze maatregelen niet als een financiële stimulans ervaren om een gericht ziekteverzuimbeleid te voeren, in tegenstelling tot bijvoorbeeld maatregelen als premiedifferentiatie en de eerste zes weken voor rekening van de werkgever.

De regelingen rond vervanging bij ziekte, zwangerschaps- en bevallingsverlof en bij vacatures kunnen in beide sectoren per instelling verschillen.

In de Verpleeghuizen geldt over het algemeen de afspraak dat bij een minimale bezetting gedurende een begrensde tijd voor een bepaald percentage vervanging geregeld kan worden. Voor de vervanging bij zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt vaak met tijdelijke contracten gewerkt.

Het uitgekeerde ziekgeld is slechts ten dele beschikbaar voor vervanging. Bij een verzuim boven de 6%, dat dus niet meer door de normering gedekt is, komt na de tweede dag circa 42% van de loonkosten voor rekening van de werkgever. De overige 58% is reëel beschikbaar voor vervanging bij ziekteverzuim. Bij zwangerschaps- en bevallingsverlof ligt dit percentage vanaf de eerste dag rond de 83% (100% min o.a. de PGGM-premie). Instellingen met een hoog ziekteverzuim zullen dus financieel gezien weinig ruimte hebben voor een goede vervanging.

In de sector Bejaardenoorden vormt de vervanging van uitvoerenden niet zonder meer een automatisme; waardoor het percentage dat vervangen mag worden onderwerp is van besluitvorming van de betreffende decentrale overheid.

6.2 Samenwerking met de BVG

Het beleid van de bedrijfsvereniging BVG is er op gericht om per 1 januari 1993 bedrijfsgebonden te gaan werken. In alle 17 regio's werkt men reeds bedrijfsgericht. Hierbij hebben instellingen vanaf 100 werknemers een eigen contactverzekeringsgeneeskundige.

Het doel is via de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsconsulenten te werken aan gerichte preventie, beoordeling en reïntegratie van ziekteverzuimgevallen. Daarnaast kan de BVG instellingen met meer dan 100 werknemers via het RegistratieSysteem Ziekteverzuim drie maandelijks overzichten van het verzuim aanbieden, hetgeen een belangrijk instrumentari-

um vormt voor de verantwoordelijke functionarissen in de bedrijven en instellingen bij de tracering en diagnose van het ziekteverzuim.

Tot slot heeft ook de BVG een intern verzuimbureau ingericht dat in de toekomst tot doel heeft instellingen te adviseren over en te begeleiden bij de aanpak van het ziekteverzuim. Hiertoe is een 'Werkmodel ziekteverzuim' ontwikkeld (Idenburg, 1992). Voorlopig functioneert dit bureau echter voornamelijk als interne adviesinstantie voor BVG-functionarissen.

6.3 De arbeidsmarkt

In het rapport 'Vraag naar en aanbod van arbeid in vier WVC-sectoren' (Groot, 1989) komt de auteur tot de conclusie, dat er in de periode na 1990 binnen de sector verpleeghuizen een tekort aan leerling-ziekenverzorgenden en gediplomeerde ziekenverzorgenden zal ontstaan. De tekorten zullen het grootst zijn in de provincies Utrecht, Noord- en Zuid-Holland en dan met name in de grote steden in de Randstad.

Voor de Bejaardenoorden wordt in de periode na 1990 ook gerekend op tekorten bij de gediplomeerde en leerling-bejaardenverzorgenden, de verpleegkundigen en de ziekenverzorgenden. Aangegeven wordt dat de tekorten bij de ziekenverzorgenden het meest dringend zullen zijn. Deze genoemde groepen vormen ca. 75% van het personeelsbestand van verzorgenden en verplegenden in de sector Bejaardenoorden. Voor de overige twee beroepsgroepen binnen deze sector, de bejaardenhulpverleners en de verzorgingsassistenten worden geen grote problemen bij de werving verwacht. (Groot, 1989).

Ook Hirs e.a. (1991) concluderen dat de krapte op de arbeidsmarkt in de intramurale gezondheidszorg zich voornamelijk voordoet in de Randstad. Maar ook in de Randstad zijn er verschillen. De grootste problemen doen zich voor in de regio's Amsterdam, Rijnmond en Kennemerland. Daarna komen Utrecht, Het Gooi, Leiden en Delft en tot slot Den Haag.

Vissers e.a. (1991) en Evers (1992) verwachten daarentegen dat de vraag naar arbeid in de zorgsector in de komende jaren in de Randstad achterblijft bij de ontwikkelingen in de rest van het land. Oorzaak hiervan is de minder sterke groei van de vergrijzing in de grote steden. De verzilvering van de bevolking heeft hier al eerder plaatsgevonden.

Bij de confrontatie van de vraag naar en het aanbod van arbeid in de zorgsector verwachten de auteurs in de periode tot het jaar 2000 een krapte op de arbeidsmarkt in de zin van een te laag arbeidsoverschot (2,2%) om de geschatte frictiewerkloosheid van 3% te kunnen opvangen. De tekorten zijn het grootst in de gezinsverzorging. Hier zullen zich in alle regio's, met uitzondering van de grote steden, problemen gaan voordoen (zie tabel 6.1). Ook binnen de sector verpleeghuizen bestaan er in de regio's Noord, West en Zuid tekorten. Met name in het Zuiden van het land (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) zijn de tekorten het grootst. Bij de bejaardenoorden worden daarentegen aanzienlijke overschotten voorspeld.

Tabel 6.1 Arbeidsaanbod minus arbeidsvraag per subsector en regio in het jaar 2000 gebaseerd op demografische ontwikkelingen (in personen)

	Noord	Oost	West*	Zuid	Steden	Totaal	%
Bejaardenoorden	2.038	1.610	1.766	983	2.235	8.632	18,3
Verpleeghuizen	- 123	241	- 203	- 639	645	- 79	- 0,1
Gezinszorg	- 602	- 2.589	-1.439	-3.732	606	- 7.756	- 6,7
Kruiswerk	129	- 295	514	- 4	523	867	6,8
Psych. ziekenhuizen	167	475	380	- 92	362	1.292	7,3
Zwakz.inrichting	362	- 196	- 370	297	4.054	16,1	16,1
Ziekenhuizen	1.274	94	-2.023	767	538	650	0,8
Totaal zorgsector	2.236	- 660	2.956	-2.087	5.206	7.660	2,2

Bron: Evers, 1992

* Exclusief de vier grote steden

Kijkend naar de verschillende beroepsgroepen worden er relatief grote tekorten verwacht bij de ziekenverzorgenden en verzorgenden. Op het hoogste en laagste niveau, respectievelijk verpleegkundigen en helpenden worden overschotten verwacht (zie tabel 6.2)

Bij de hier beschreven prognoses is steeds uitgegaan van alleen de demografische ontwikkelingen. Effecten van andere factoren, zoals bijvoorbeeld veranderingen in de beroepsoriëntatie en veranderingen in het aanbod en de kwaliteit van de zorgverlening, zijn buiten beschouwing gelaten.

Samenvattend kan gesteld worden dat op grond van verwachte demografische ontwikkelingen de krapte op de arbeidsmarkt verder zal toenemen. Daarbij zullen de tekorten in de Randstad enigszins afnemen, maar in de overige regio's, met name in het zuiden van het land, zullen de tekorten sterk toenemen. De tekorten doen zich voornamelijk voor bij ziekenverzorgenden en verzorgenden, met als gevolg dat met name de verpleeghuizen en de gezinsverzorging de krapte op de arbeidsmarkt het sterkst zullen ervaren.

Tabel 6.2 Arbeidsaanbod minus arbeidsvraag per beroepsgroep en regio, demografische variant, in het jaar 2000 (in personen)

	Verpleegkundigen	Ziekenverzorgenden	Verzorgenden	Helpenden	Totaal zorgsector
Noord	1.838	293	104	1.010	3.245
Oost	113	-857	-662	-254	-660
West*	2.755	-256	-178	635	2.956
Zuid	904	-1.645	-1.375	-971	-3.087
Vier steden	1.805	940	136	2.325	5.206
Nederland	8.415	-1.525	-1.975	2.745	7.660
In procenten	5,7	2,6	-5,9	2,5	2,2

Bron: Evers, 1992

* Exclusief de vier grote steden

7 Secundaire analyses: een samenvatting

7.1 Inleiding

Naast de algemene oriëntatie op de verzuimproblematiek in de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden, zoals gepresenteerd in voorgaande hoofdstukken, zijn in het kader van het vooronderzoek ook een reeks secundaire analyses uitgevoerd. In het deelrapport "Ziekteverzuim in Verpleeghuizen en Bejaardenoorden; vergelijkende analyses van verzuimcijfers over 1990" wordt uitgebreid verslag gedaan van de uitgevoerde analyses en de resultaten hiervan. Van dit deelrapport wordt in dit hoofdstuk een samenvatting gegeven.

De beschikbare gegevens komen uit het Ziekteverzuim-Informatiesysteem van het NIA, het ZVIS. Dit systeem registreert van 121 bedrijven en instellingen het ziekteverzuim op individueel niveau. Tevens worden van iedere werknemer in deze bedrijven verscheidene persoons- en functiekenmerken vastgelegd. Onder deze 121 bedrijven met 30.949 werknemers bevonden zich in 1990 13 Verpleeghuizen (3.590 werknemers) en 13 Bejaardenoorden (1.703 werknemers). Dit grote aantal werknemers en de combinatie van de geregistreeerde variabelen en kenmerken bieden de mogelijkheid voor uitgebreide statistische analyses.

Dit hoofdstuk beperkt zich tot vergelijkende analyses tussen vier sectoren:

- de Verpleeghuizen
- de Bejaardenoorden
- de sector 'Overige BVG'
- de 'Profit-sector'

De sector Overige BVG omvat 33 instellingen uit voornamelijk de Gezondheidszorg en de Gezinsverzorging. De Profit-sector met ruim 60 bedrijven en instellingen, is een sector waarin zowel handel en industrie als een aantal dienstverlenende bedrijven zijn ondergebracht.

De vraagstelling voor de analyses luidt:

- *Welke samenhang vertonen achtergrondkenmerken, geregistreerd in het ZVIS, met het ziekteverzuim bij instellingen uit de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden?*
- *In hoeverre is de gevonden samenhang specifiek voor deze sectoren?*
- *Welke algemene en sector-specifieke risicofactoren zijn op grond van de analyses aan te wijzen?*
- *In hoeverre is het ziekteverzuim instellingsgebonden?*

Als gevolg van het "selecte" karakter van de ZVIS-bedrijven en -instellingen - deze zijn tenslotte niet a-select getrokken uit de totale populatie van bedrijven en instellingen uit de diverse sectoren - kunnen er verschillen optreden in de absolute hoogte van de verzuimantallen ten opzichte van bijvoorbeeld de BVG-cijfers zoals gepresenteerd in voorgaande hoofd-

stukken. Het gaat bij de analyses dan ook niet om het vaststellen van representatieve absolute cijfers voor wat betreft de hoogte van het verzuim, maar om de bepaling van verbanden en risicogroepen, waarvan we aannemen dat die zich eveneens in de diverse totale sectoren voordoen.

In het algemeen heeft het identificeren van risicogroepen niet de bedoeling aangrijpingspunten te creëren voor concreet instellingsbeleid. Deze vorm van analyseren is er vooral op gericht een algemeen achtergrondbeeld te leveren.

7.2 Samenvatting

7.2.1 *Vergelijking sectoren*

Het verzuimpercentage in de sector Verpleeghuizen ligt in ons analyse-bestand enigszins lager dan in de sectoren Bejaardenhuizen en Overige BVG. De meldingsfrequentie daarentegen is enigszins hoger dan in de andere sectoren. Voor wat betreft de achtergrondkenmerken geldt dat de Verpleeghuizen gemiddeld de jongste werknemers en het laagste percentage gehuwden hebben. Wat in deze sector verder opvalt is het lage percentage werknemers in dagdienst en het (relatief) lage percentage ongeschoolden.

De sector Bejaardenoorden en Overige BVG lijken veel op elkaar. Op verzuimpercentage en meldingsfrequentie scoren de sectoren verrassend gelijk. Dit geldt ook voor het percentage full-time werknemers en het personeelsverloop. Onderscheid is met name te vinden in een iets lagere gemiddelde leeftijd, iets lager percentage gehuwden, en een iets hoger percentage geschoold personeel in de Bejaardenoorden.

De Profit-sector blijkt op verscheidene punten sterk af te wijken van de andere drie sectoren. Zowel het verzuimpercentage als de meldingsfrequentie is in deze sector het laagst. Verder valt vooral het geringe percentage vrouwen (tegenover in de andere drie sectoren juist een hoog percentage vrouwen) en het gemiddeld hoger aantal jaren in dienst in de Profit-sector op. Ook op het hoger aantal werkuren per week en het hoger percentage buitenlandse werknemers onderscheidt zich de Profit-sector van de andere sectoren.

Om de sectoren zuiver met elkaar te kunnen vergelijken op ziekteverzuim en achterliggende factoren hiervan, is er gewogen voor verzuimrelevante kenmerken. Dit houdt in dat alle sectoren gewogen zijn voor het aantal *dagen in dienst*; de sectoren 'Overige BVG' en 'Profit' zijn voorts gewogen voor het aantal *dienstjaren* en de *personeelssoort*, en de Profit-sector tevens voor *geslacht* en het aantal *aanstellingsuren per week*. Na weging kunnen de sectoren vergeleken worden op verzuimpercentage en meldingsfrequentie, zonder dat verschillen in personeelsopbouw tussen de sectoren verantwoordelijk kunnen zijn voor verschillen in verzuimpercentage of meldingsfrequentie.

Na de weging vinden we de volgende samenhangen:

De samenhang tussen *leeftijd* en verzuimpercentage vertoont in alle sectoren een gelijk beeld: een tweetoppige curve. Globaal neemt het verzuimpercentage toe tot 30 jaar, neemt weer af tot 40 jaar, stijgt daarna tot 50-55 jaar en daalt dan weer. De sector Verpleeghuizen

heeft gemiddeld de jongste werknemers, wat een verklaring kan vormen voor het in verhouding met de andere sectoren relatief lage verzuimpercentage in de Verpleeghuizen.

Ook *burgerlijke staat* speelt in alle sectoren een rol. In alle sectoren behalve de Bejaardenoorden hebben gehuwden een hoger verzuimpercentage dan ongehuwden. De categorie "gehuwd geweest" (gescheidenen en weduwen/weduwnaren) heeft in alle sectoren behalve de sector Verpleeghuizen een hoger verzuimpercentage dan de categorie "gehuwd".

Geslacht geeft een duidelijk beeld: het verzuimpercentage van mannen is in alle sectoren lager dan dat van vrouwen. Het hoge percentage vrouwelijke werknemers in de BVG-sectoren zorgt voor een relatief hoog verzuimpercentage in verhouding tot de Profit-sector. De mannen in de BVG-sectoren hebben een lager verzuimpercentage dan de mannen in de Profit-sector. Dit is waarschijnlijk een gevolg van een gemiddeld hoger *leidinggevend niveau* van de mannen in de BVG-sectoren.

Het verzuimpercentage van de *full-timers* is in alle sectoren lager dan het verzuimpercentage van de grote part-time categorieën "17-24 en 25-32 aanstellingsuren per week". Een hoog percentage deeltijdwerkers in de drie BVG-sectoren, met name in de Bejaardenoorden en Overige BVG, zorgt in vergelijking met de Profit-sector voor een hoger verzuimpercentage in de BVG-sectoren.

Met het aantal *dienstjaren* vertoont het verzuimpercentage een kromlijng verband. Stijgend met de jaren in dienst tot ongeveer 9 *dienstjaren* (in de Verpleeghuizen tot 11 *dienstjaren*), daarna geleidelijk afnemend. Mogelijk wordt er rond de 10 *dienstjaren* een soort breekpunt in de gemiddelde loopbaan bereikt, waarna er een selectie op bijvoorbeeld arbeidssatisfactie of gezondheid plaatsvindt.

Een hogere *vakopleiding* zorgt in alle sectoren voor een afnemend verzuimpercentage. De groep "zonder vakopleiding en LBO" is in de Verpleeghuizen kleiner dan in de andere sectoren wat mede een verklaring vormt voor het lagere verzuimpercentage in de Verpleeghuizen.

Een soortgelijk verband als *vakopleiding* vertoont het *leidinggevend niveau* met verzuimpercentage: hoe hoger het *leidinggevend niveau* hoe lager het verzuimpercentage.

De factor *uitdiensttreding* geeft van alle kenmerken het duidelijkste beeld. In alle sectoren is het verzuimpercentage van de "uitdiensttreders" veel hoger dan dat van de "blijvers". Met name in de sectoren Bejaardenoorden en Overige BVG hebben de "uitdiensttreders" een zeer hoog verzuimpercentage. In de Verpleeghuizen is de groep "uitdiensttreders" echter groter dan in de andere sectoren. In de Profit-sector is het verschil in verzuimpercentage tussen "uitdiensttreders" en "blijvers" het kleinst van de vier sectoren.

In vergelijking met de Profit-sector is het percentage "uitdiensttreders-met-100% verzuim" (waarschijnlijk voornamelijk WAO-toetreders en onlangs bevallen vrouwen) in de drie BVG-sectoren aanzienlijk hoger.

7.2.2 Invloed van achtergrondkenmerken

Door middel van multivariate analyses is nagegaan in hoeverre de verschillende persoons- en functiekenmerken afzonderlijk, dat wil zeggen onafhankelijk van hun onderlinge verwevenheid, samenhangen met verzuimpercentage en meldingsfrequentie.

Samenhang persoons- en functiekenmerken met het verzuimpercentage

Wat betreft de samenhang van de achtergrondkenmerken met het verzuimpercentage blijken in de sector Verpleeghuizen het aantal *dienstjaren* en de *burgerlijke staat* grote invloed te hebben ("2 t/m 12 dienstjaren", "gehuwd" en "gehuwd geweest" een verhoogd verzuimrisico; een verlaagd verzuimrisico voor "0-1 en 13 of meer dienstjaren" en "ongehuwd").

In de Bejaardenoorden is het aantal *aanstellingsuren per week* zeer bepalend voor verschillen in het verzuimpercentage ("meer dan 17 uren per week" een hoger-dan-gemiddeld en "1-16 aanstellingsuren per week" een lager-dan-gemiddeld risico). De factor *uitdiensttreding* komt ook nu in alle sectoren weer naar voren als het belangrijkste kenmerk in de verklaring van verschillen in verzuimpercentage. In de drie BVG-sectoren is dit effect aanzienlijk groter dan in de Profit-sector.

Buiten *uitdiensttreding* dragen met name de *burgerlijke staat* ("gehuwd" en "gehuwd geweest" een verhoogd risico en "ongehuwd" een verlaagd risico), het aantal *dienstjaren* ("2 of meer dienstjaren" een verhoogd risico en "0-1 dienstjaar" een verlaagd risico) en de *personeelssoort* ("handarbeider" een verhoogd, en "beambte" een verlaagd risico) bij aan de verklaring van verschillen in verzuimpercentage in de sectoren Overige BVG en Profit.

Samenhang persoons- en functiekenmerken met de meldingsfrequentie

Voor de meldingsfrequentie blijkt de factor *leeftijd* in alle sectoren een grote rol te spelen; jongeren hebben een "hoger-dan-gemiddeld" en ouderen een "lager-dan-gemiddeld" risico ten aanzien van de meldingsfrequentie. Behalve in de sector Verpleeghuizen is het kenmerk *uitdiensttreding* van geringe invloed op de meldingsfrequentie.

In de Verpleeghuizen heeft de factor *leeftijd* de meeste invloed op de meldingsfrequentie. In de Bejaardenoorden zijn naast *leeftijd* vooral *burgerlijke staat* ("ongehuwd" en "gehuwd geweest" een verhoogd en "gehuwd" een verlaagd meldingsrisico) en *personeelssoort* ("handarbeider" een hoger-dan-gemiddeld en "beambte" een lager-dan-gemiddeld meldingsrisico) van belang.

In de sector Overige BVG is met *leeftijd* ("t/m 40 jaar" een verhoogd risico en "ouder dan 40 jaar" een verlaagd risico) vooral de *personeelssoort* ("handarbeider" een verhoogd en "beambte" een verlaagd risico) bepalend voor de verschillen in meldingsfrequentie.

In de Profit-sector gaat het met name om de *vakopleiding* ("geen vakonderwijs", "LBO", "WO" een verhoogd risico en "MBO" en "HBO" een verlaagd risico), het *leidinggevend niveau* ("uitvoerend niveau" een verhoogd risico en "lager- en middenkader" en "bedrijfsleiding" een verlaagd risico) en de *personeelssoort* ("handarbeider" een verhoogd en "beambte" een verlaagd risico).

In de Verpleeghuizen verklaren de achtergrondkenmerken gezamenlijk de verschillen in verzuimpercentages beter dan de verschillen in meldingsfrequenties. In de Bejaardenoorden is de invloed van de achtergrondkenmerken op beide verzuimmaten even groot.

Naast de invloed van de achtergrondkenmerken op verschillen in de verzuimmaten leveren de multivariate analyses voor alle categorieën schaalwaarden die aangeven in hoeverre iedere categorie per sector samengaat met een 'hoger-dan-gemiddelde' dan wel 'lager-dan-

gemiddelde' score op de verzuimraten. Categorieën met een schaalwaarde hoger dan een bepaalde norm mogen beschouwd worden als "risicocategorie" ten aanzien van het verzuimpercentage dan wel de meldingsfrequentie.

Risico-categorieën ten aanzien van het verzuimpercentage

Ten aanzien van het verzuimpercentage zijn categorieën van werknemers met in alle sectoren een duidelijk verhoogd risico: "gehuwd geweest", "10-12 dienstjaren" en "uitdienstgetreden". Een categorie met in de drie BVG-sectoren een 'hoger-dan-gemiddeld' verzuimrisico is "4-6 dienstjaren".

Specifiek voor de sector Verpleeghuizen zijn de risico-categorieën "leeftijd 56-60", "leeftijd 26-30" (ook in de sector Bejaardenoorden), "7-9 dienstjaren" en "2-3 dienstjaren" (ook in de sector Overige BVG).

Specifiek voor de sector Bejaardenoorden zijn de risico-categorieën "leeftijd 51-55" en "leeftijd 26-30" (ook in de sector Verpleeghuizen).

Risico-categorieën ten aanzien van de meldingsfrequentie

Categorieën met een in alle sectoren duidelijk verhoogd risico ten aanzien van de meldingsfrequentie zijn "uitdienst getreden" en "25-32 aanstellingsuren per week".

In de drie BVG-sectoren is de leeftijdsgroep "26-30 jaar" een risicogroep te noemen.

In de sector Verpleeghuizen zijn de categorieën "2-3 dienstjaren" en "leeftijd t/m 20 jaar" en in de sector Bejaardenoorden de categorie "opleiding LBO" categorieën met een 'hoger-dan-gemiddeld' meldingsrisico. Deze categorieën zijn overigens niet alleen voor de sector Verpleeghuizen en Bejaardenoorden risico-categorieën te noemen. Omwille van de overzichtelijkheid zijn deze risico-categorieën nogmaals gepresenteerd in tabel 7.1a en 7.1b. Mogelijk specifieke risico-categorieën in de sectoren 'Overige BVG' en 'Profit' zijn in deze tabellen niet opgenomen.

Tabel 7.1a Categorieën met een duidelijk hoger (schaalwaarde > 0.30) risico ten aanzien van het verzuimpercentage per sector

	Verpleeghuizen	Bejaardenoorden	Overige BVG	Profit
- gehuwd geweest	x	x	x	x
- 10-12 dienstjaren	x	x	x	x
- uitdienst getreden	x	x	x	x
- 4-6 dienstjaren	x	x	x	
- leeftijd 26-30	x	x		
- 2-3 dienstjaren	x		x	
- leeftijd 56-60	x			
- 7-9 dienstjaren	x			
- leeftijd 51-55		x		

Bron: ZVIS/NIA 1990

Tabel 7.1b *Categorieën met een duidelijk hoger (schaalwaarde > 0.30) risico ten aanzien van de meldingsfrequentie per sector*

	Verpleeghuizen	Bejaardenoor- den	Overige BVG	Profit
- uitdienst getreden	x	x	x	x
- 25-32 uur per week	x	x	x	x
- leeftijd 26-30	x	x	x	
- 2-3 dienstjaren	x		x	
- leeftijd t/m 20	x		x	x
- opleiding LBO		x	x	x

Bron: ZVIS/NIA 1990

7.2.3 *Verzuimverschillen tussen organisaties*

Tenslotte is nagegaan in hoeverre het verzuimpercentage en de meldingsfrequentie in de vier sectoren organisatiegebonden zijn. De vraag hierbij is of er organisatie-factoren zijn die, onafhankelijk van een ongelijke personeelsopbouw tussen bedrijven, invloed hebben op het ziekteverzuim. Daartoe zijn de sectoren Overige BVG en Profit nader opgedeeld in werksoorten en bedrijfstakken om een homogener bedrijfstakopbouw te verkrijgen. Zowel het verzuimpercentage als de meldingsfrequentie blijken in alle sectoren organisatiegebonden te zijn. Dit betekent dat optredende verschillen in verzuimpercentage en meldingsfrequentie tussen organisaties niet op toeval berusten. Onafhankelijk van verschillen in personeelsopbouw tussen de bedrijven/instellingen zijn er derhalve organisatie-factoren verantwoordelijk voor het optreden van verschillende verzuimkarakteristieken. Welke factoren dit zijn kan met behulp van de beschikbare gegevens niet worden aangetoond. Het organisatie-effect is in de Verpleeghuizen en Bejaardenoorden aanmerkelijk kleiner dan in de Profit-sector maar dit lijkt zijn verklaring te hebben in de homogene bedrijfstakopbouw van de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden in tegenstelling tot de veel gevarieerdere bedrijfstakopbouw van de (sub)sectoren in de Profit-sector. Hierdoor komen in het organisatie-effect in de Profit-sector ook verschillen in ziekteverzuim tussen bedrijven die ontstaan als gevolg van verschillen in bedrijfstak tot uiting. Het organisatie-effect op meldingsfrequentie is in alle sectoren groter dan het organisatie-effect op het verzuimpercentage.

7.3 Conclusie

Verpleeghuizen: samenhang van achtergrondkenmerken met de verzuimraten

Achtergrondkenmerken die een relatief grote invloed hebben op het individueel verzuimpercentage zijn in de sector Verpleeghuizen *uitdiensttreding*, aantal *dienstjaren* en *burgerlijke staat*. (Dit kan overigens ook voor de sectoren Overige BVG en Profit gezegd worden). Wat de meldingsfrequentie betreft, is het in de Verpleeghuizen vooral de factor *leeftijd* die een rol speelt. Daarnaast is in deze sector de factor *uitdiensttreding* van belang.

Verpleeghuizen: risico-categorieën ten aanzien van het verzuimpercentage

Specifiek voor de sector Verpleeghuizen zijn de volgende categorieën op grond van de analyses risico-categorieën met betrekking tot het verzuimpercentage: "leeftijd 26-30" (ook in de sector Bejaardenoorden), "2-3 dienstjaren" (ook in de sector Overige BVG), "leeftijd 56-60", "7-9 dienstjaren".

Voor alle vier sectoren zijn de volgende algemene risico-factoren ten aanzien van het verzuimpercentage aan te wijzen: de categorieën "gehuwd geweest", "10-12 dienstjaren" en "uitdiensttreders".

In alle drie BVG-sectoren treedt daarnaast de categorie "4-6 dienstjaren" naar voren met een verhoogd verzuimrisico.

Verpleeghuizen: risico-categorieën ten aanzien van de meldingsfrequentie

In de sector Verpleeghuizen zijn de categorieën "2-3 dienstjaren" en "leeftijd t/m 20 jaar" categorieën met een 'hoger-dan-gemiddeld' meldingsrisico. Deze categorieën zijn echter niet alleen in de sector Verpleeghuizen risico-categorieën te noemen.

Algemene risico-groepen met betrekking tot de meldingsfrequentie zijn in alle vier sectoren de categorieën "uitdienst getreden" en "25-32 aanstellingsuren per week".

In de drie BVG-sectoren is de leeftijdsgroep "26-30 jaar" eveneens een risicogroep te noemen.

Bejaardenoorden: samenhang van achtergrondkenmerken met de verzuimraten

In de sector Bejaardenoorden is naast *uitdiensttreding* met name het aantal *aanstellingsuren per week* bepalend voor de verschillen in het verzuimpercentage, hetgeen specifiek voor deze sector genoemd kan worden.

Wat betreft de meldingsfrequentie heeft in de Bejaardenoorden, naast *leeftijd*, de *burgerlijke staat* de meeste invloed.

Bejaardenoorden: risico-categorieën ten aanzien van het verzuimpercentage

Specifiek voor de sector Bejaardenoorden zijn de risico-categorieën "leeftijd 26-30" (ook in de sector Verpleeghuizen) en "leeftijd 51-55".

Voor alle vier sectoren zijn op grond van de analyses de volgende algemene risico-factoren met betrekking tot het verzuimpercentage aan te wijzen: de categorieën "gehuwd geweest", "10-12 dienstjaren" en "uitdiensttreders".

In alle drie BVG-sectoren treedt daarnaast de categorie "4-6 dienstjaren" naar voren met een verhoogd verzuimrisico.

Bejaardenoorden: risico-categorieën ten aanzien van de meldingsfrequentie

In de sector Bejaardenoorden is de categorie "opleiding LBO" een categorie met een 'hoger-dan-gemiddeld' meldingsrisico. Deze categorie is echter niet alleen in de sector Bejaardenoorden een risico-categorie te noemen.

Algemene risico-groepen met betrekking tot de meldingsfrequentie zijn in alle vier sectoren de categorieën "uitdienst getreden" en "25-32 aanstellingsuren per week".

In de drie BVG-sectoren is de leeftijdsgroep "26-30 jaar" eveneens een risicogroep te noemen.

Organisatie-effecten in de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenorden

Zowel het verzuimpercentage als de meldingsfrequentie blijken organisatiegebonden te zijn. Onafhankelijk van de verschillen in personeelsopbouw tussen de bedrijven/instellingen bestaan er derhalve organisatie-gebonden factoren die ten grondslag liggen aan de verschillen in ziekteverzuim. De beschikbare gegevens zijn niet toereikend om te bepalen om welke organisatie-gebonden factoren het gaat. Factoren die hier mogelijk een rol spelen zijn bijvoorbeeld "verzuimcultuur" en "leidinggevende stijl" in de bedrijven/instellingen, factoren als "bedrijfs grootte" en "topografische ligging", of het al of niet aanwezig zijn van een "ARBO-beleid".

Het verdient aanbeveling om in verder onderzoek nader aandacht te besteden aan deze organisatie-gebonden factoren, daar het via statistische analyse van de beschikbare gegevens uit het ziekteverzuim informatie systeem niet mogelijk is te bepalen welke kenmerken of factoren binnen de bedrijven/instellingen deze organisatie-effecten veroorzaken.

8 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk willen we trachten de belangrijkste gegevens en resultaten uit de voorgaande hoofdstukken samen te vatten. Als leidraad voor deze samenvatting gebruiken we de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1. Deze vragen luiden:

- Wat is er uit de literatuur en overige bronnen bekend over de *hoogte en de achtergronden* van verzuim en invalidering in deze sector?
- Welke *beleidsstrategieën* worden in het veld gehanteerd om deze verschijnselen te bestrijden?
- Hoe toegankelijk is het veld wat betreft de *bereidheid om aan verder onderzoek mee te werken* en voor wat betreft de *beschikbaarheid van relevante verzuim- en invalideringsgegevens*?

Aan het eind van dit slothoofdstuk zullen we enkele ideeën en aandachtspunten voor een vervolg op dit vooronderzoek de revue laten passeren.

Alvorens nader op bovenstaande vragen in te gaan zal eerst een korte schets van het vooronderzoek worden gegeven.

8.1 Opzet en uitvoering van het vooronderzoek

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is in de periode november '91 tot april '92 door het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA een vooronderzoek uitgevoerd met bovenstaande vraagstelling als uitgangspunt. Het vooronderzoek is langs drie sporen uitgevoerd.

Ten eerste is een literatuurstudie verricht met als specifiek aandachtspunt de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek in de sectoren Verpleeghuizen en Bejaardenoorden. Hierbij is met name gezocht naar recent cijfermateriaal en onderzoeksgegevens met betrekking tot deze problematiek.

Ten tweede is er een reeks gesprekken gevoerd met sleutelinformanten uit de beide sectoren, o.a. uit werkgevers- en werknemersorganisaties en management van instellingen. Uitgangspunt voor deze gesprekken was met name om meer inzicht te verkrijgen in de sectoren in het algemeen en meer specifiek in de arbeidsongeschiktheid-problematiek van deze beide sectoren.

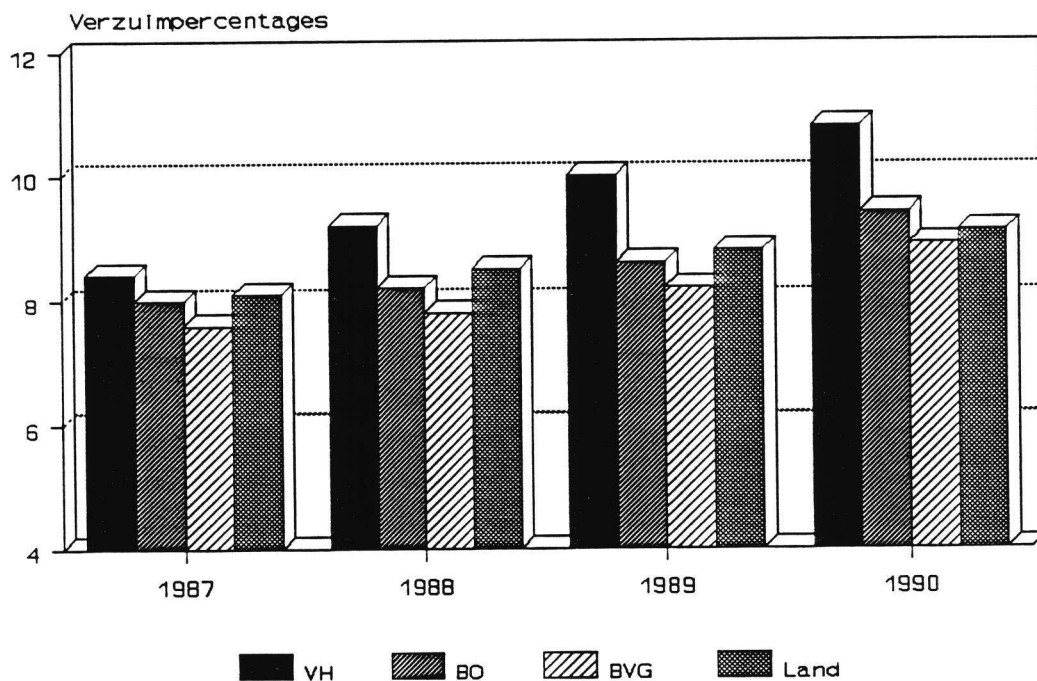
Ten derde is op basis van ziekteverzuimgegevens uit het ziekteverzuim-informatiesysteem (ZVIS) van het NIA een aantal secundaire analyses uitgevoerd. Dit laatste had ten doel de beide sectoren nader in kaart te brengen voor wat betreft algemene en specifieke risicogroepen en -factoren in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast is in de analyses aandacht besteed aan de organisatiegebondenheid van het ziekteverzuim.

Over de opzet en resultaten van deze secundaire analyses is een afzonderlijke deelrapportage verzorgd. Een samenvatting van dit deelrapport is als hoofdstuk 7 in dit eindrapport opgenomen.

8.2 Hoogte van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Het verzuim binnen de sector Verpleeghuizen is hoog in vergelijking met de overige sectoren in de intramurale gezondheidszorg en met het landelijk gemiddelde. Het verzuimpercentage vertoont de afgelopen jaren een stijgende lijn. Dit geldt overigens ook voor de andere sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg en voor de landelijke cijfers. De stijging van het verzuimpercentage is voornamelijk terug te vinden in een toename van de duur van de verzuimgevallen. Binnen de sector Verpleeghuizen heeft het verzorgend en verplegend personeel het hoogste ziekteverzuim.

Grafiek 8.1 Ontwikkelingen in het ziekteverzuimpercentage: Landelijk, BVG, Verpleeghuizen (VH) en Bejaardenoorden (BO)



Bron: NIA/BVG

Binnen de sector Bejaardenoorden valt eveneens een stijgende lijn in het verzuimpercentage te constateren. Deze sector behoorde in 1990 tot de hoogst verzuimende sectoren binnen de populatie van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG).

Voor de omvang van de arbeidsongeschiktheid is in de beide sectoren gekeken naar het aantal werknemers met een maximale ziekteduur per 100 werknemers. De Verpleeghuissector ligt wat dit betreft zowel boven het gemiddelde van de totale intramurale sector als boven het totale BVG-gemiddelde. Ook dit cijfer vertoont de laatste drie jaren over de hele linie een stijging.

Voor de sector Bejaardenoorden geldt eveneens dat zij boven de totale BVG-sector uitsteekt voor wat betreft het aantal gevallen met maximale ziekteduur.

8.3 Achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Macro cijfers

Over de achtergronden van het verzuim en de invalidering zijn op dit moment nog weinig harde gegevens beschikbaar. Wij beschikken thans alleen over gegevens betreffende diagnoses bij WAO-toetreding voor de hele BVG, de CAO-Ziekenhuiswezen en de sector Bejaardenoorden. Uit de cijfers voor de totale BVG-sector blijkt dat de grootste groep op grond van psychische ziekten in de WAO belandt (39,5% van de WAO-instroom in 1990). Daarna volgen mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat (36,0% in 1990). Dit beeld komt niet geheel overeen met de landelijke cijfers. Het landelijk percentage ziekten aan het bewegingsapparaat (35,1% in 1990) ligt ongeveer gelijk, maar de psychische ziekten liggen landelijk duidelijk lager (31,1% in 1990). Het aandeel psychische ziekten bij WAO-toetreding binnen de BVG is de laatste jaren aan het toenemen. In mindere mate geldt dit ook voor ziekten aan het bewegingsapparaat.

Voor de CAO-Ziekenhuiswezen geldt dat er de afgelopen jaren een lichte stijging is opgetreden in het aandeel van de diagnosegroep 'bewegingsapparaat'. Daarentegen heeft er een relatief sterke daling met 3% plaatsgevonden van de diagnosegroep 'psychische ziekten' in 1991 naar 38,5%

Bij de Bejaardenoorden lijkt enige verschuiving op te treden in de diagnoses bij WAO-toetreding. Over de afgelopen jaren neemt het aandeel van de diagnosegroep 'psychische ziekten' gestaag af (36,9% in 1987 tot 29,7% in 1989), terwijl het aandeel van de diagnosegroep 'bewegingsstelsel' juist gestaag toeneemt (van 38,4% naar 42,3% in de periode 1987 tot 1989).

Opvallend is het toch wel grote verschil in de verdeling over de diagnose-categorieën tussen de sector Verpleeghuizen en de sector Bejaardenoorden.

Secundaire analyses

In de secundaire analyses is nagegaan welke samenhangen bepaalde persoons- en functiekenmerken hebben met het verzuim in beide sectoren. Hoewel in de beide onderzochte sectoren wel enkele specifieke risico-categorieën wat betreft verzuimpercentage en -frequentie

tie naar voren komen, kan men niet spreken van een algeheel afwijkend beeld in de verpleeghuizen en bejaardenoorden, noch ten opzichte van elkaar, noch ten opzichte van de BVG-sector als geheel. Een van de opvallende uitkomsten van de secundaire analyses op de ZVIS-data was wel de sterke samenhang tussen uitdiensttreding en ziekteverzuim in alle BVG-sectoren. In de Bejaardenoorden is het aantal uitdiensttrekkers met voorafgaand 100% verzuim bijvoorbeeld ca. 2,5 maal zo hoog als in de Profit-sector. Deze gegevens suggereren duidelijk een sterker verloop naar de WAO in de BVG-sectoren dan in de Profit-sector. Afzonderlijke aandacht voor uitdiensttreding met daaraan voorafgaand hoog verzuim (veelal via WAO, mogelijk ook door ontslagname na bevallingsverlof) zou daarom op zijn plaats zijn.

Tevens wordt in de secundaire analyses bevestigd dat ook in beide onderzochte sectoren "ieder bedrijf het verzuim krijgt dat het verdient", d.w.z. dat er tussen instellingen systematische verschillen in verzuimpercentage en -frequentie zijn die niet op toeval kunnen berusten. Welke de organisatie-gebonden factoren zijn die voor deze verschillen verantwoordelijk zijn, is een vraag die niet zonder nader onderzoek kan worden beantwoord.

Meningen over achtergronden

Over de achtergronden van het verzuim in beide sectoren worden door diverse informanten een aantal vermoedens uitgesproken. Het gaat hierbij vooral om persoonlijke meningen en indrukken van enkele sleutelinformanten uit beide sectoren.

De geringe carrière-mogelijkheden en het veelal ontbreken van een gericht loopbaanbeleid spelen mogelijk een rol. Door een thans langer durende arbeidsparticipatie van vrouwen leiden deze factoren nu vaker tot problemen, dan een aantal jaren geleden.

Ook het lage opleidingsniveau en een lage binding met het werk worden verder genoemd als mogelijke achtergronden van het verzuim. Andere informanten betwijfelen echter dat er bij verzorgenden sprake zou zijn van een lage binding. Zij constateren juist een sterke binding met het werk, die ook van ongunstige invloed kan zijn op het verzuim. Het optreden van psychische klachten, zoals b.v. burnout, gaat met name vaak samen met een sterke binding met het werk, c.q. met de cliënt.

Tenslotte worden door informanten ook de hoge werkdruk en de zware geestelijke en lichamelijke belasting genoemd als oorzaken van het hoge verzuim.

Benadrukt wordt dat men over het algemeen geen volledig beeld heeft van de achtergronden van het verzuim. Dit komt mede door het veelal ontbreken van gesprekken met frequent- of langverzuimers over de oorzaken van het ziekteverzuim. Ook functioneringsgesprekken, die hiervoor een goede gelegenheid kunnen vormen, worden nog niet systematisch gehouden.

Eerder onderzoek binnen de sector Verpleeghuizen toonde een verband aan tussen enerzijds de inhoud en organisatie van het werk en de fysieke werkomstandigheden en anderzijds gezondheids- en spanningsklachten. Werknemers die zich negatief uitlieten over de inhoud en organisatie van het werk en de belasting door het werk scoorden ook negatiever op de gezondheidsvariabelen. Het is verder aannemelijk dat werknemers met gezondheidsklachten zich eerder en vaker ziek zullen melden.

Met name de ziekenverzorgenden en het keukenpersoneel komen in het betreffende onderzoek als risicogroepen naar voren. Op bijna alle onderzochte arbeidskenmerken scoren beide personeelscategorieën bovengemiddeld ongunstig. Het werk wordt als saai en onzelfstandig gekenschetst. Het is lichamelijk zwaar en gaat bij ziekenverzorgenden bovendien gepaard met een hoge tijdsdruk. Ook scoorden deze twee beroepsgroepen ongunstig op de gezondheidskenmerken: stressklachten, klachten van het bewegingsapparaat en gezondheidsgedrag.

Voor wat betreft de situatie van leerlingen-ziekenverzorgenden in de sector Verpleeghuizen krijgt men signalen dat de praktijk niet aansluit bij het beeld dat men via de opleiding heeft gekregen. Er is in de praktijk te weinig tijd voor sociaal contact met cliënten en men kan slechts een beperkt aantal handelingen in een hoog tempo uitvoeren. Verder is er weinig informatie beschikbaar over de specifieke situatie van leerlingen. Het ziekteverzuim onder de leerlingen is na correctie voor de leeftijd overigens ongeveer gelijk aan het verzuim onder het gediplomeerd verzorgend personeel.

Onderzoek in de Bejaardenoorden is nog zeer schaars en leverde niet zozeer 'harde' gegevens op, alswel een indruk van de toenemende taakverzwaring van met name het verzorgend personeel als gevolg van een toenemende zorgbehoefte bij bewoners van verzorgingsinstellingen.

8.4 Beleidsstrategieën

Verpleeghuizen

Als reactie op het stijgende ziekteverzuim is door de NZr, in nauwe samenwerking met de BVG, een verzuimbeheersingsinstrument ontwikkeld dat in de vorm van een handreiking onder alle instellingen in de intramurale sector is verspreid. Tevens werden er voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarin deze handreiking nader werd toegelicht. Het instrument legt de nadruk op de beïnvloeding van de hoogte van de verzuimdrempel en de hervattingsdrempel. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het opzetten van een goed verzuimregistratiesysteem en aan een juiste interpretatie van de gegevens die dergelijke systemen opleveren. Thans wordt in een aantal verpleeghuizen de handreiking in de praktijk uitgetest.

Naast deze activiteiten op sectorniveau worden er door individuele instellingen of groepen van instellingen, al dan niet met ondersteuning van externe deskundigen, stappen ondernomen om het ziekteverzuim terug te dringen. Van een systematische aandacht voor preventieve maatregelen, in de zin van verbeteringen van de arbeidsomstandigheden - vermindering van de arbeidsbelasting - en verhoging van de belastbaarheid van het personeel, is echter nog nauwelijks sprake. Een systeem van Arbozorg ontbreekt in de meeste instellingen en mogelijk is daaromtrent ook onvoldoende deskundigheid aanwezig.

Bejaardenoorden

Van de sector Bejaardenoorden is op deze punten veel minder bekend. Wel bekend is dat met name door het vaak ontbreken van deskundig stafpersoneel als gevolg van de geringe schaalgrootte, het preventieve beleid nog slechts zeer beperkt vorm heeft gekregen. Incidenteel worden er wel initiatieven genomen om via regionale verbanden bijeenkomsten te organiseren over de aanpak van ziekteverzuim.

Ook is er momenteel in een samenwerking tussen de BVG en een aantal verzorgingshuizen in Twente een pilot-project opgezet om te komen tot een procesmatige aanpak van het ziekteverzuim. In deze aanpak zal o.a. aandacht worden besteed aan kwaliteit van het management en arbeidsomstandigheden in relatie tot ziekteverzuim. Daarnaast zal een aantal activiteiten op verzuimbestedingsgebied zoals verzuimbegeleiding en controle, gestructureerd in de praktijk worden gebracht.

De Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden heeft in februari en maart '92 in samenwerking met de Arbeidsinspectie en de BVG een voorlichtingscampagne voor haar leden georganiseerd teneinde ten eerste meer inzicht te verschaffen in de diverse aspecten van de ziekteverzuimproblematiek en ten tweede de verschillende manieren van aanpak van het ziekteverzuim te presenteren.

8.5 Toegankelijkheid van de sectoren

Verpleeghuizen

Er is in de Verpleeghuizen sector behoefte aan ondersteuning, advisering en onderzoek naar de maatregelen die genomen moeten worden om het verzuim te verminderen. Volgens enkele informanten zijn er zo langzamerhand voldoende gegevens beschikbaar over de omvang van het verzuim en de verdeling daarvan over de verschillende sectoren en personeelscategorieën. Nu wil men zich voornamelijk richten op de te nemen maatregelen.

Een bijkomend aspect in deze sector is dat diverse informanten wezen op de zware administratieve belasting van het veld: telkenmale worden de instellingen benaderd voor medewerking aan onderzoek of het verstrekken van gegevens. Dit heeft tot gevolg dat het animo om aan bijvoorbeeld schriftelijke enquêtes mee te werken betrekkelijk gering is.

Relevante verzuimgegevens worden gepubliceerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en de BVG. Het NZI geeft jaarlijks, op basis van een enquête onder de instellingen, een overzicht van het ziekteverzuim binnen de verschillende categorieën verpleeghuizen en de daar werkzame personeelscategorieën.

De BVG geeft per kwartaal een overzicht van de verzuimcijfers in de sector en maakt daarbij tevens een onderscheid in het verzuim in- en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. Bij de BVG-cijfers wordt geen onderscheid gemaakt naar personeelscategorie. Recente invalideringsgegevens over de sector zijn vervat in de cijfers over de CAO-ziekenhuiswezen.

Bejaardenoorden

Bij de sector Bejaardenoorden lijkt men op instellingsniveau nog in een traject van bewustwording van de verzuimproblematiek te verkeren. Echter de groeiende aandacht van overheidswegen voor het ziekteverzuim en de daarmee samenhangende (kortings)maatregelen lijken een toenemende toegankelijkheid voor onderzoek en verzuimbepalende beleidsaanbevelingen te waarborgen. Bovendien is deze sector in veel mindere mate 'bewerkt' met onderzoek, hetgeen een groter scala van onderzoeksmethoden openlaat.

Op dit moment is alleen de BVG in staat cijfers over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de sector Bejaardenoorden op te leveren.

8.6 Mogelijkheden tot verder onderzoek

Verpleeghuizen

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er over de verpleeghuissector voldoende gegevens bekend zijn over de omvang van het ziekteverzuim binnen de sector en de verdeling daarvan binnen de verschillende personeelscategorieën en de verschillende soorten verpleeghuizen. Zowel het NZI als de BVG presenteren jaarlijks een aantal relevante gegevens.

Over de achtergronden van het verzuim bestaan voornamelijk vermoedens waarbij gedacht wordt aan de volgende oorzaken die mogelijk een rol zouden spelen:

- de langere arbeidsparticipatie van vrouwen die, in combinatie met de bestaande geringe carrière mogelijkheden en het veelal ontbreken van een loopbaanbeleid een stijging van het verzuim tot gevolg heeft.
- De binding met het werk zou mogelijk een rol spelen, waarbij gedacht wordt aan zowel een lage als een hoge binding.
- En last but not least de hoge geestelijke en lichamelijke belasting als gevolg van een toegenomen werkdruk. Deze toename van de werkdruk wordt veroorzaakt door een toename van de zorgbehoefte van de bewoners en een, relatief gezien, minder sterke uitbreiding van verzorgend personeel.

In een vervolproject zou een nader onderzoek naar de achterliggende oorzaken van het verzuim op individueel en instellingsniveau uitgevoerd kunnen worden om hierover meer zekerheid te verkrijgen. Een dergelijk onderzoek zou zich dan met name moeten richten op de invloed van de binding met het werk op het ziekteverzuim en op de instellingsgebonden factoren. Uit de resultaten van de secundaire analyses blijken zowel het verzuimpercentage als de meldingsfrequentie samen te hangen met organisatie-effecten.

Ook De Winter constateerde bij het onderzoek naar de werkbeleving en de gezondheidsbeleving van het personeel werkzaam in verpleeghuizen, dat er sprake was van een grote spreiding. In dit onderzoek werd ook een instellingsgebondenheid van de onderzoeksresultaten aangetroffen, zonder dat aangegeven kon worden wat hiervan de oorzaken zijn. Door het ontbreken van systematische gegevens kon de vraag naar de aard van de instellingsgebonden factoren in dit vooronderzoek niet beantwoord worden. Toch lijkt de invloed van dergelijke factoren wel van belang. In een vervolgonderzoek naar de invloed van

instellingsgebonden factoren zou dan tevens aandacht besteed kunnen worden aan het ARBO-beleid binnen de instellingen.

Volgens de veronderstellingen van enkele sleutelinformanten bestaat er echter binnen de sector weinig belangstelling voor een dergelijk kwantitatief onderzoek. Een uitgebreid onderzoek naar de achterliggende oorzaken van het verzuim zal de, administratief toch al zwaar belaste, instellingen extra werk geven, terwijl de verwachtingen dat een dergelijk onderzoek een grote meerwaarde in termen van beleidsrelevante informatie zal opleveren niet erg hoog zijn.

Binnen de sector is men voornamelijk geïnteresseerd in de maatregelen die genomen moeten worden om het verzuim te verminderen. Het gaat hierbij zowel om preventieve als "curatieve" maatregelen.

Een tweede mogelijkheid is dan ook het vervolgonderzoek te richten op de te nemen maatregelen. Voor het nemen van curatieve maatregelen, waarmee hier bedoeld wordt de beïnvloeding van de hoogte van de verzuim- en de hervattingsdrempel, zijn binnen de sector al diverse initiatieven ondernomen. Te denken valt hierbij aan het publiceren van de "Handreiking" en het pilot-project op basis van deze handreiking. In dit verband zou een inzet van een systematisch evaluatie-onderzoek naar de verzuimaanpak in het veld een nuttige bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de verzuimproblematiek.

Op preventief gebied is er echter veel minder duidelijk sprake van een gericht beleid. Arbo-beleid is niet of nog maar nauwelijks ontwikkeld en ook in de "Handreiking" wordt aan de preventieve maatregelen slechts summier aandacht besteed.

De gestelde diagnoses bij WAO-toetreding en het onderzoek van De Winter (1988) geven voldoende inzicht in waar de preventieve maatregelen op gericht moeten zijn. Gezien de diagnoses bij WAO-toetreding moeten de preventieve maatregelen met name gericht zijn op het voorkómen van psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat.

Gezien de onderzoeksresultaten van De Winter moeten de preventieve maatregelen met name gericht zijn op verbetering van de inhoud en de organisatie van het werk en vermindering van de fysieke belasting. Duidelijk is de overeenkomst tussen beide bronnen. Enerzijds is er de samenhang tussen een hoge fysieke belasting en veel voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat en anderzijds de relatief veel voorkomende negatieve beleving van taakinhoudelijke aspecten en de grote omvang van de psychische klachten.

Het vervolgproject zal gezien de bevindingen met name op de genoemde aspecten gericht moeten zijn. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan een haalbaarheidsonderzoek in een aantal verpleeghuizen naar de mogelijkheden van functieverbetering en de mogelijkheden van

integrale werkplekverbetering. Mogelijk kan tijdens dit onderzoek voor de betreffende functies een specifieke ASA⁵ ontwikkeld worden.

Verbetering van de functie-inhoud en de organisatie van het werk zal de kans op het ontstaan van daarmee samenhangende stressverschijnselen verminderen. Door een functie vaktechnisch vollediger te maken en binnen de functie voldoende maatregelen te creëren voor ondersteuning en overleg kunnen aanwezige stressrisico's worden geëlimineerd (zie ook art.3 van de Arbowet).

Bij de integrale werkplekverbetering zal de nadruk moeten liggen op vermindering van de fysieke belasting door b.v. ergonomische aanpassingen, maar ook andere aanwezige gezondheids- en veiligheidsrisico's moeten bij dit haalbaarheidsonderzoek betrokken worden.

Binnen dit haalbaarheidsonderzoek zal ook duidelijk aandacht moeten zijn voor de specifieke leer-werksituatie van de leerlingziekenverzorgenden.

Als logisch vervolg op de uitkomsten van het haalbaarheidsonderzoek naar de mogelijkheden van functie- en werkplekverbetering zal een implementatieproject moeten plaatsvinden, waarin een aantal instellingen wordt begeleid bij het uitvoeren van de verbeteringsvoorstellen.

Met betrekking tot de fysieke belasting behoort ook een evaluatie-onderzoek tot de mogelijkheden. Dit onderzoek zal zich dan richten op de in de sector reeds genomen initiatieven ter vermindering van de fysieke belasting.

Daarbij dienen de volgende vragen als uitgangspunt:

1. Welke initiatieven heeft men binnen de verpleeghuizen ondernomen ter vermindering van de fysieke belasting, met name de belasting van de rug?
2. Wat zijn daarvan de effecten met betrekking tot de fysieke belasting?
3. Welke verbeteringen zijn nog mogelijk, c.q. noodzakelijk?

Naast onderzoek naar functieverbetering en integrale werkplekverbetering zou er ook een project moeten starten gericht op het opzetten van een systematisch arbeidsomstandighedenbeleid (Arbo-beleid) binnen de instellingen. Uitgangspunt daarbij is dat het Arbo-beleid een geïntegreerd onderdeel vormt van het totale instellingsbeleid. De arbeidsomstandigheden vormen dan een continu aandachtsgebied.

De ontwikkeling van een systematisch Arbo-beleid binnen de instellingen is niet alleen noodzakelijk ter verbetering van de arbeidsomstandigheden, maar is ook van belang gezien de komende veranderingen in de Arbowet. Vanaf januari 1993 moet immers iedere werkgever de risico's in werksituaties inventariseren en evalueren. Tevens dient iedere werkgever dan, intern of extern, iemand te belasten met de bescherming tegen en preventie van beroepsrisico's.

⁵ Met het ASA-instrument (ArbeidsSituatieAnalyse-instrument) kunnen naast de in een functie voorkomende welzijnsrisico's ook de veiligheids- en gezondheidsrisico's geïnventariseerd, beoordeeld en op basis van de bevindingen verbeterd worden.

De ervaringen met en de resultaten van zowel het haalbaarheidsonderzoek, het implementatie-project, het evaluatie-onderzoek en het invoeren van een systematisch Arbo-beleid kunnen door middel van publikaties, voorlichtingsbijeenkomsten en het geven van trainingen verspreid worden naar andere instellingen binnen de sector.

Bejaardenoorden

Zoals eerder al aangegeven lijkt de sector Bejaardenoorden zich in een fase verschil te bevinden ten opzichte van de sector Verpleeghuizen. De mate van inzicht in de verzuimproblematiek lijkt in deze sector geringer dan in de sector Verpleeghuizen. Ook lijkt er in deze sector veel minder sprake te zijn van een zekere "onderzoeksmoeheid" als gevolg van het feit dat er nog betrekkelijk weinig onderzoek in deze sector is verricht naar de achtergronden van de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek.

Voor wat betreft deze sector zouden wij dan ook willen pleiten voor een transversaal sector onderzoek onder alle Bejaardenoorden, waarin een reeks van beleids-relevante gegevens zouden kunnen worden gegenereerd. Wij denken dan met name enerzijds aan een inventarisatie van verzuimrelevante organisatiekenmerken (management/staf, leidinggevend, opleidings- faciliteiten, budget-ruimte, organisatie van het werk, etc.) en anderzijds aan een inventarisatie van het vóórkomen en niveau van al in praktijk gebracht verzuimbeleid (b.v. "succes-verhalen").

Waarschijnlijk is het wel zo, dat ondanks de afwezigheid van "hard" onderzoek we mogen aannemen dat een aantal van de knelpunten die zich in de sector Verpleeghuizen hebben gemanifesteerd ook in de sector Bejaardenoorden zullen optreden en gezien de toenemende vergrijzing (lees: toenemende zorgbehoefte) in ernst zullen toenemen. Vanuit dat gezichtspunt is er reden om zo snel mogelijk een start te maken met een aantal verzuimbeheersingsprojecten b.v. in knelpuntgebieden, waaraan dan een goede begeleiding en evaluatie zou moeten worden gekoppeld. In het verlengde daarvan kunnen dergelijke projecten mogelijk ook de weg opgaan naar de ontwikkeling van geïntegreerd ARBO-beleid in verzorgingsinstellingen.

Een meer fundamentele benadering van de problematiek in het veld van Bejaardenoorden is tenslotte nog een diepgaande analyse van het werknemersbestand op enerzijds verzuimrelevante factoren en anderzijds op gezondheids- en eventueel verzuimproblematiek. Een dergelijke benadering achten wij vanuit wetenschappelijk oogpunt weliswaar interessant, daar er reeds een aanzienlijke hoeveelheid vergelijkbaar onderzoek uit andere sectoren voorhanden is, maar draagt naar ons idee niet wezenlijk bij aan meer begrip van de problematiek in relatie tot de hiervoor benodigde inzet van mensen en middelen.

Tot besluit

De hier beschreven plannen en ideeën over het vervolg op dit vooronderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

Verpleeghuizen:

1. Integrale sector benadering: instellingsonderzoek naar de instellingsgebonden factoren.
2. Onderzoek op individueel niveau naar de invloed van binding met het werk op het ziekteverzuim.
3. Een haalbaarheidsonderzoek naar de mogelijkheden van functieverbetering en integrale werkplekverbetering. In het verlengde hiervan volgt een implementatieproject;
4. Een evaluatie-onderzoek naar de reeds ondernomen initiatieven ter vermindering van de fysieke belasting, met name de rugbelasting.
5. Project rond de ontwikkeling van een systematisch Arbo-beleid binnen de verpleeghuizen.
6. Evaluatie-onderzoek naar al in de praktijk gebracht verzuimbeleid.

Bejaardenoorden:

1. Integrale sector benadering: inventarisatie van mogelijke verzuimverhogende factoren op instellingsniveau.
2. Nader onderzoek naar gezondheidsproblematiek, persoons- en functiekenmerken en werkaspecten op individueel niveau.
3. Opzet, begeleiding en evaluatie van proefprojecten voor verzuimbeheersing; in het verlengde mogelijk een project rond de ontwikkeling van een systematisch Arbo-beleid.

Gezien de claims van beide sectoren op een integrale aansluiting bij bedrijfsgezondheidszorg (BGZ), is het wellicht te overwegen een evaluatie-onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van BGZ, met name op het vlak van ziekteverzuim.

Literatuur

ABVA-KABO, jongerengroep, regio Zuid-Holland-Noord, *Zo komt er toch nog wat aan het licht; zwartboek over de miserabele werksituatie van leerling-verpleegkundigen en leerling-ziekenverzorgenden in de gezondheidszorg*, ABVA-KABO, 1988.

Bent, J. van der, *Onderzoek regionale verschillen verpleeghuizen*, NZI (89.635), Utrecht, 1989.

Bouman, D.C., e.a., *Rugklachten bij ziekenverzorgenden; een inventariserend onderzoek naar de prevalentie van rugklachten in een tweetal verpleeghuizen*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1988, p.70-73.

BVG, *Jaarverslag*, BVG, Zeist, 1990.

BVG, *Overzichten verzuimstatistieken 1988 t/m 1990*, BVG, Zeist, 1990.

CBS, *Sociaal-culturele berichten*, SDU, Den Haag, 1991/9.

CBS, *Statistiek van de Bejaardenoorden 1988*, SDU, Den Haag, 1990.

Delvigne, M., Spaans, H., *Verzorging van ouderen in de problemen?* Algemeen verslag van een inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van der verzorging vanouderen en de kwaliteit van de arbeid in verzorgingshuizen in de regio Leiden, Wetenschapswinkel Rijksuniversiteit Leiden, 1989

Dewe, P.J., *Identifying the causes of nurses' stress; a survey of New Zealand nurses*, Work & Stress, 1987/1, p. 15-24.

Diekstra, R.F.W., *Jobstress en Gezondheid in de gezondheidszorg; implicaties van het coherentiemodel*, Gedrag & Gezondheid, 1990/4, p. 155-161.

Dun, C.M. van, *Werklast, kwaliteit en verpleging*, Tijdschrift voor Ziekenverpleging, jaargang 42 nr. 17.

Evers, G.H.M., e.a., *De arbeidsmarkt in de zorgsector*, ESB, 1992/1, p. 9-12.

Gerritse, A., *Van verloop naar loopbaan*, NZI (91.724), Utrecht, 1990.

Groot, W., van Tits, M., *Vraag naar en aanbod in vier WVC-sectoren*, IVA, Tilburg, 1989.

Hirs, D, e.a., *Regionale verschillen arbeidsmarkt in de intramurale gezondheidszorg*, Het Ziekenhuis, 1991/22, p. 877-878.

Idenburg, P., *Taaie strijd tegen ziekteverzuim*, Het Ziekenhuis, 1992/1, p. 5-7.

Knibbe, H.J.J., *Rugklachten en arbeidsomstandigheden in de ziekenverzorging*, doctoraalscriptie, Zwaag, 1988.

Knol, H.W., Voogd, J. de, *De uitval uit inservice opleidingen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*, Nederlands Economisch Instituut (NEI, Rotterdam, 1990.

Meyboom, R.L.E., *Een effectieve aanpak van rugletsels in de verzorgende en verplegende beroepen*, in *Arbeidsomstandigheden in de Gezondheidszorg*, Stichting Sympoz, 1990.

Mierlo, B. van, e.a., *Ergens is het jammer dat het nodig is; dilemma's rond vrijwilligerswerk*, Wetenschapswinkel UvA, Amsterdam, 1989.

Ministerie van WVC, *Financieel Overzicht Zorg 1992*, SDU, Den Haag, 1992.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Inspectie-onderzoek verplegingsinrichtingen*, Den Haag, 1989.

Nationale Ziekenhuisraad, *Vermindering en beheersing ziekteverzuim in de intramurale gezondheidszorg; een handreiking*, NZr, Utrecht, 1991.

NZI, *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1990*, NZI (91.720), Utrecht, 1991.

Rijssen-Moll, M. van, e.a., *Gezondheidsbedreigende factoren in de interamurale gezondheidszorg*, Tijdschrift voor Toegepaste Arbowedenschap, 1988/4, p. 58-64.

Rijssen-Moll, M. van, e.a., *Bedrijfsgezondheidszorg voor de intramurale gezondheidszorg in Nederland (S39)*, DGA, Den Haag, 1988.

Smulders, P.G.W., *De arbeidssituatie van twaalf beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1990/6, p. 247-255.

Span, J.M., *Verpleeghuizen in cijfers*, NZI (89.620), Utrecht, 1989.

Thomassen, H., Vange, P.J. van der, *Arbeidsmarktverkenning sector Bejaardenoorden*, Bunnik (AWOB), 1991

Tuijl, Dr. H.F.J.M. van, *Inspelen op variaties in het werkaanbod; de noodzaak van externe en interne flexibiliteit*, Personeelsbeleid, 1987/2, p. 55-59.

Tulder, J. van, Zwier, J., *Tijdelijk onder dak, tijdelijk onderdak; inventarisatie kortdurende opname en dagverzorging*, NIZW, Utrecht, 1990.

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

Veerman, T.J., *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging*, NIA, Amsterdam/Leiden, 1989.

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

Vissers, A.M.C., e.a. *De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorgsector tot het jaar 2000*, IVA, Tilburg, 1991.

VNB, *Beleidsplan sector verzorgingstehuizen*, Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden, Houten, 1991.

VNB, *De ontwikkeling van het verzorgingshuis in de toekomst*, Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden, Houten, 1991.

VNB, *Zorgmeting in verzorgingstehuizen, onderzoeksrapportage*, Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden, Houten, 1991.

Vries-Grinsven, A.H.G. de, *Ongezonde werktijden*, in Arbeidsomstandigheden in de Gezondheidszorg, Stichting Sympoz, 1991.

Vries-Grinsven, A.H.G. de, *Werkdruk en organisatie van de zorg*, in Werkdruk en personeelsbeleid in de Gezondheidszorg, Stichting Sympoz, 1991.

Windt, W. van der, *Werken in een verpleeghuis: werkdruk en ziekteverzuim een vicieuze cirkel*, Het Ziekenhuis, 1989/dec.

Windt, W. van der, *Ziekteverzuim in de gezondheidszorg*, NZI (90.662), Utrecht, 1989.

Winter, C.R. de, e.a., *Arbeid in de intramurale gezondheidszorg onderzocht*, Tijdschrift voor Toegepaste Arbowetenschap, 1989/1, p. 1-7.

Winter, C.R. de, e.a., *Werknemers in de intramurale gezondheidszorg over hun arbeid en gezondheid*, DGA (S14-2), 1988.