



Opdrachtgever

UWV



Opdrachtnemer

Astri / Drs. B. Cuelenaere / Dr. F.A.

Reijenga / Drs. C.L. van der Burg / V.

Haanstra-Veldhuis, MSc / Drs. P.G.M.

Molenaar-Cox / C. Hiemstra

Onderzoek

Zorgen om de WIA-instroom:  
arbeidsomstandigheden, verzuim en re-  
integratie in de sector zorg en welzijn

Einddatum – 15 juli 2013

Categorie

Omvang klantgroepen

# Zorgen om de WIA-instroom: arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie in de sector zorg en welzijn

## Doel en vraagstelling

In de sector zorg en welzijn werkt bijna 18% van alle verzekerde personen in Nederland en daarmee is het de grootste sector. In de zorg zijn vrouwen met een aandeel van 83% ruimschoots in de meerderheid. Het aandeel oudere werknemers in de sector zorg en welzijn ligt ook iets hoger dan gemiddeld in de verzekerde beroepsbevolking. De kans op een WIA-aanvraag is groter voor vrouwen dan voor mannen: 60 per 10.000 verzekerde vrouwen en 46 per 10.000 verzekerde mannen. De kans op een WIA-aanvraag stijgt ook met de leeftijd, zo is deze kans in de leeftijdscategorie 45-55 jaar al 1,5 keer hoger dan in de categorie 35-45 jaar. Dit betekent dat alleen al op grond van het grote aantal vrouwen in de sector zorg en welzijn en het iets grotere aandeel ouderen, de kans op een WIA-aanvraag vanuit de sector zorg en welzijn groter is dan gemiddeld in de verzekerde beroeps-bevolking. Analyse door UWV wijst echter uit dat de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn sterker stijgt dan op grond van de opbouw van de verzekerde populatie in de sector zorg en welzijn te verwachten is. UWV constateert vervolgens dat niet bekend is waar deze (extra) stijging door verklaard kan worden. Dit onderzoek richt zich op ontwikkelingen in de WIA-instroom in de sector zorg en welzijn. Daarbij is aanvankelijk de nadruk gelegd op de verklaring van de gestegen WIA-instroom. Aangezien de WIA-instroom gedurende de looptijd van het onderzoek (mei 2012 – mei 2013) afvlakte, is naast het zoeken van verklaringen voor een stij-ging ook gekeken naar de WIA-instroom op zich en naar het daaraan voorafgaande langdurig verzuim.

De centrale vraag voor het onderzoek is: Hoe kan de gestegen WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn verklaard worden?

## Conclusie

In de sector Zorg en Welzijn steeg de WIA-instroom flink tussen 2007 en 2011. In dit subsidieonderzoek heeft Astri met behulp van dossieranalyse, verzuimanalyse,

documentenanalyse en interviews drie mogelijke oorzaken van de sterke stijging van de WIA-instroom in de zorgsector onderzocht. Een duidelijke oorzaak werd echter niet gevonden: uit dossiers van langdurig zieken blijkt dat hun arbeidsomstandigheden niet duidelijk verslechterd zijn en hun re-integratiemogelijkheden niet substantieel verminderd sinds 2007. Wel is het 'uitsteleffect' aangetoond: een deel van de werknemers die in de beginperiode van de WIA succesvol re-integreerden, valt later opnieuw langdurig uit. Het onderzoek schetst daarnaast een actueel beeld van de problemen in de sector rond re-integratiemogelijkheden en arbeidsomstandigheden, nu steeds efficiënter gewerkt moet worden. Dit subsidieonderzoek (looptijd: 2012-2013) komt voort uit de subsidieronde 2012.

[Link naar bestand](#)

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/kr7plzin>

## ZORGEN OM DE WIA-INSTROOM

*Arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie  
in de sector zorg en welzijn*

EINDRAPPORT



## ZORGEN OM DE WIA-INSTROOM

*Arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie  
in de sector zorg en welzijn*

### EINDRAPPORT

Dit project is uitgevoerd met subsidie van UWV

Juli 2013

Projectnummer: 12.584

Drs. B. Cuelenaere  
Dr. F.A. Reijenga  
Drs. C.L. van der Burg  
V. Haanstra-Veldhuis, MSc  
Drs. P.G.M. Molenaar-Cox  
C. Hiemstra

AStri Beleidsonderzoek en -advies  
Stationsweg 26  
2312 AV LEIDEN

Tel.: 071 – 512 49 03  
Fax: 071 – 512 52 47  
E-mail: [astri@astri.nl](mailto:astri@astri.nl)  
Website: [www.astri.nl](http://www.astri.nl)



## INHOUDSOPGAVE

1	AANLEIDING ONDERZOEK WIA-INSTROOM SECTOR ZORG EN WELZIJN	7
1.1	WIA-instroom stijgt	7
1.2	Vraagstelling	7
1.3	Opzet onderzoek	9
1.4	Begeleidingscommissie	11
1.5	Opzet rapport	12
	DEEL 1 WERK EN WIA-INSTROOM	15
2	WERKEN IN DE SECTOR ZORG EN WELZIJN	17
2.1	Inleiding	17
2.2	De werkenden in de zorg	17
2.2.1	Algemeen	17
2.2.2	Opleidingsniveau	19
2.2.3	Vergrijzing	21
2.2.4	Persoonlijkheid en drijfveren	22
2.3	Maatschappelijke ontwikkelingen	23
2.4	Het maatschappelijk debat over de zorg	25
2.5	Fusies, reorganisaties en bezuinigingen	25
2.6	De invloed van veranderende eisen aan het werk	28
2.7	Samenvatting: de werknemers en het werk veranderen	31
3	LANGDURIG ZIEKTEVERZUIM EN WIA-INSTROOM	35
3.1	Inleiding	35
3.2	Langdurig verzuim	35
3.3	Samenstelling populatie langdurig verzuimende zorgmedewerkers	38
3.3.1	Basiskenmerken van de onderzoeksgroep	38
3.3.2	Kenmerken van het verzuim	41
3.4	WIA-instroom	44
3.5	Beeld in het werkveld over toename WIA- instroom	45
3.5.1	Herkenning toename WIA- instroom?	45
3.5.2	Belangrijkste redenen voor de WIA-instroom	47
3.6	Samenvatting en conclusies	49
4	UITGESTELDE WIA-INSTROOM	53
4.1	Inleiding	53
4.2	Uitsteleffect	53
4.3	Kans op herhaald langdurig verzuim	62
4.4	Samenvatting	64

DEEL 2 ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN EN RE- INTEGRATIEMOGELIJKHEDEN	67
5 ONTWIKKELINGEN IN DE ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN	69
5.1 Inleiding	69
5.2 De arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn volgens de NEA	69
5.3 Arbeidsomstandigheden in de dossiers van arbodienst Arbo Unie	72
5.4 Verandering van de arbeidsomstandigheden volgens de geïnterviewden	75
5.5 Ontwikkelingen van de arbeidsomstandigheden op onderdelen	78
5.5.1 Selectie relevante thema's	78
5.5.2 Fysieke belasting	79
5.5.3 Veranderende stijl van leidinggeven	80
5.5.4 Werkdruk en de kwaliteit van de zorg	83
5.5.5 Regie en regelmogelijkheden in het werk	85
5.5.6 Agressie	87
5.5.7 Complexiteit van de zorgvragen	89
5.5.8 Balans werk-privé in relatie tot veranderde contractvormen	91
5.6 De balans opgemaakt over de arbeidsomstandigheden	94
6 ONTWIKKELINGEN IN RE-INTEGRATIE EN WERKHERVATTING	99
6.1 Inleiding	99
6.2 Re-integratie en werkhervatting in dossiers van een arbodienst	99
6.2.1 Begeleidingsactiviteiten	99
6.2.2 Beperkingen en mogelijkheden	101
6.2.3 Verwachtingen omtrent werkhervatting	106
6.2.4 Advies bedrijfsarts met betrekking tot re-integratie	110
6.2.5 Uiteindelijke werkhervatting	112
6.2.6 Verloop dienstverband na verzuimevent	112
6.2.8 Samenvatting uit dossiers	114
6.4 Re-integratie en herplaatsingsmogelijkheden volgens geïnterviewden	115
6.5 Passend werk versus ontslag	118
6.6 Inzetbaarheidsvraagstukken volgens geïnterviewden	119
6.7 Samenvatting	122
7 SAMENVATTING EN CONCLUSIES	123
7.1 WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn	123
7.2 Verzuim en WIA-instroom	124
7.3 Uitsteleffect	124
7.4 Ontwikkelingen in de sector	125



7.5	Ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden	126
7.6	Ontwikkelingen in de re-integratiemogelijkheden	127
7.7	Beantwoording onderzoeksvragen	127
7.8	Aandachtspunten en aanbevelingen voor de sector	129
BIJLAGE 1: RESPONDENTEN INTERVIEWS		135
BIJLAGE 2: VERANTWOORDING ANALYSE VERZUIMGEGEVENS VERNET		137
BIJLAGE 3: VERANTWOORDING DOSSIERANALYSE ARBODIENST		141
BIJLAGE 4: GERAADPLEEGDE LITERATUUR		145



## **1 AANLEIDING ONDERZOEK WIA-INSTROOM SECTOR ZORG EN WELZIJN**

### **1.1 WIA-instroom stijgt**

De invoering van de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) als opvolger van de WAO (wet arbeidsongeschiktheidsverzekering) had mede als doel om het volume van het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen. In de eerste jaren na de invoering in 2006 lijkt deze doelstelling boven verwachting gerealiseerd te worden (Cuelenaere e.a., 2011). Maar na een aanvankelijke lage instroom in de WIA neemt de instroom sinds 2009 juist toe. Het is niet zonder meer duidelijk waar deze toegenomen instroom door veroorzaakt wordt. Voor UWV is dit aanleiding om nader onderzoek te doen. Daarvoor heeft UWV zelf analyses uitgevoerd en als vervolg daarop is in 2012 verder onderzoek uitgezet.

#### *UWV subsidie onderzoek*

In 2012 heeft UWV subsidie beschikbaar gesteld voor nader onderzoek naar de gestegen WIA-instroom. Hiervoor werden uiteindelijk drie onderzoeken geselecteerd die zich elk op een andere mogelijke verklaring richten. Voorliggend onderzoek richt zich specifiek op de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn. De andere twee onderzoeken richten zich op de rol van (prikkel voor) werkgevers en op de rol van de conjunctuur.

### **1.2 Vraagstelling**

De jaren 2009 en 2010 laten een stijging van de WIA-instroom van respectievelijk 15,9% en 21,5% zien. In 2011 is deze stijging afgenomen tot 6,4%. UWV heeft zowel in 2010 als in 2011/2012 een aantal analyses gedaan om deze gestegen instroom te verklaren. Daarbij is gekeken naar de demografische ontwikkelingen, de ingroeieffecten van de nieuwe wet en de aanloopeffecten. Deze drie oorzaken bij elkaar verklaren ongeveer de helft van de stijging van het aantal WIA aanvragen in de periode 2006 – 2010. Uit de beschrijving van de herkomst van de WIA-instroom blijkt onder meer dat vanuit de sector zorg en welzijn meer WIA-aanvragen zijn ingediend dan op grond van de demografische ontwikkelingen in de sector zorg en welzijn te verwachten was.

#### *Sector zorg en welzijn is de grootste sector*

In de sector zorg en welzijn werkt bijna 18% van alle verzekerde personen in Nederland en daarmee is het de grootste sector (UWV, 2011). In de zorg zijn vrouwen met een aandeel van 83% ruimschoots in de meerderheid (het aandeel vrouwen in de to-

tale populatie verzekerde personen is 48%). Het aandeel oudere werknemers in de sector zorg en welzijn ligt iets hoger dan gemiddeld in de verzekerde beroepsbevolking (45-55 jaar: 27,2% in de zorg en 23,2% in de beroepsbevolking; 55-65 jaar: 15,2% in de zorg en 13,5% in de beroepsbevolking).

De kans op een WIA-aanvraag is groter voor vrouwen dan voor mannen: 60 per 10.000 verzekerde vrouwen en 46 per 10.000 verzekerde mannen. De kans op een WIA-aanvraag stijgt ook met de leeftijd, zo is deze kans in de leeftijdscategorie 45-55 jaar al 1,5 keer hoger dan in de categorie 35-45 jaar (Van Deursen & Van Loo, 2010). Dit betekent dat alleen al op grond van het grote aantal vrouwen in de sector zorg en welzijn en het iets grotere aandeel ouderen, de kans op een WIA-aanvraag vanuit de sector zorg en welzijn groter is dan gemiddeld in de verzekerde beroepsbevolking. UWV laat echter in de tweede kennismemo over de WIA-instroom (Van Deursen & Van Loo, 2010) zien dat analyse uitwijst dat de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn sterker stijgt dan op grond van de opbouw van de verzekerde populatie in de sector zorg en welzijn te verwachten is. UWV constateert vervolgens dat niet bekend is waar deze (extra) stijging door verklaard kan worden.

Dit onderzoek richt zich op ontwikkelingen in de WIA-instroom in de sector zorg en welzijn. Daarbij is aanvankelijk de nadruk gelegd op de verklaring van de gestegen WIA-instroom. Aangezien de WIA-instroom gedurende de looptijd van het onderzoek (mei 2012 – mei 2013) afvlakte, is naast het zoeken van verklaringen voor een stijging ook gekeken naar de WIA-instroom op zich en naar het daaraan voorafgaande langdurig verzuim.

De centrale vraag voor het onderzoek is:

*Hoe kan de gestegen WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn verklaard worden?*

Als mogelijke oorzaken voor de (gestegen) WIA-instroom zijn in dit onderzoek drie hypothesen onderzocht die betrekking hebben op de veranderde arbeidsomstandigheden in de sector, de veranderde re-integratie mogelijkheden en de verandering van de WIA op zich. Die hypothesen zijn:

1. Door de verslechterde arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn stijgt de uitval uit het arbeidsproces met een verhoogde WIA-instroom tot gevolg.
2. Door efficiencyverbeteringen in de sector zorg en welzijn is er minder ruimte voor re-integratie in de eerste twee ziektejaren met als gevolg een afgenomen hervattingskans in de eerste twee jaar en een dientengevolge toegenomen kans op een WIA-aanvraag.

3. Door uitgestelde instroom, waarbij langdurig zieken die aanvankelijk re-integreerden en geen WIA-aanvraag deden alsnog weer langdurig ziek worden en (een grote kans hebben om) alsnog een WIA-aanvraag te doen, stijgt de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn.

### 1.3 Opzet onderzoek

Voor dit onderzoek zijn een drietal grootschalige onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

1. Kwalitatief onderzoek op basis van literatuur en interviews naar de veranderende arbeidsomstandigheden in de zorg en de afgenomen re-integratiemogelijkheden door efficiëncyclagen in de zorg.
2. Dossieronderzoek bij arbodienst Arbo Unie naar de afgenomen re-integratiemogelijkheden in de sector zorg en welzijn.
3. Kwantitatief onderzoek naar de mate van voorkomen van het uitsteleffect in de sector zorg en welzijn op basis van verzuimgegevens van het Vernet Verzuimnetwerk.

Deze onderzoeksactiviteiten lichten wij hier kort toe. De bijlagen bevatten de methodologische verantwoording van de verschillende onderdelen.

#### *Kwalitatief onderzoek: literatuuronderzoek en interviews*

De literatuurstudie heeft aan het begin van het onderzoek plaatsgevonden en was met name gericht op de ontwikkeling van de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn in de afgelopen 10 jaar en op de ontwikkeling van het langdurig verzuim in die periode. Onderdeel van de literatuurstudie was een vergelijking van de rapportages over de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) voor de sector gezondheids- en welzijnssector. Hiervoor zijn de jaartallen 2007 tot en met 2011 vergeleken voor die onderwerpen waar in de verschillende jaren informatie over verkregen was (niet elk onderwerp is elk jaar uitgevraagd). Doel van de literatuurstudie was het onderzoeken van de eerste twee hypothesen en het identificeren van de sub-sectoren met de grootste problematiek, zodat in de interviews ingezoomd kon worden op deze sub-sectoren.

Voor dit onderzoek zijn 28 diepte interviews uitgevoerd, bijna alle face-to-face, met:

- Negen P&O professionals of verzuimcoördinatoren van zorginstellingen met een gestegen WGA-instroom (hierna te noemen de personeelsfunctionarissen);
- Vijf bedrijfsartsen werkzaam in de sector zorg en welzijn;
- Vier verzekeringsartsen en twee arbeidsdeskundigen van UWV;
- Acht betrokkenen uit brancheorganisaties en werknemersorganisaties uit de sub-

sectoren die met name relevant zijn voor dit onderzoek, namelijk de GHZ, de thuiszorg, de GGZ, de VVT en de WMD (hierna te noemen de sociale partners);

- Een vertegenwoordiger van de inspectie van SZW.

In de interviews is de respondenten gevraagd naar hun ervaringen en visie ten aanzien van de hoge WIA-instroom in de sector, de ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden en de re-integratiemogelijkheden, en de onderlinge relatie hiertussen. De respondenten gaven uiteraard hun visie vanuit hun persoonlijke betrokkenheid bij het onderwerp. De vertegenwoordigers van de sociale partners waren in veel gevallen ook degenen die betrokken zijn bij de cao onderhandelingen en zij gaven ook vanuit die hoedanigheid hun mening en ervaring weer.

#### *Dossieronderzoek*

De tweede hypothese, die omtrent de efficiency slag in relatie tot re-integratiemogelijkheden, leent zich het beste voor een kwantitatieve toetsing. Door een vergelijking te maken tussen langdurig zieken met de eerste ziektedag in 2006 (potentiële WIA-instroom in 2008) en langdurig zieken met de eerste ziektedag in 2009 (potentiële WIA-instroom in 2011) kan zicht verkregen worden op eventuele verschillen in re-integratiemogelijkheden. Omdat het gaat om gegevens over verzuim, begeleiding en re-integratie van enige jaren terug was het niet mogelijk om deze gegevens bij werknemers zelf uit te vragen. Wij hebben arbodienst Arbo Unie bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. In totaal zijn 600 cases van langdurig verzuim geanalyseerd.

#### *Kwantitatief onderzoek: analyse verzuimgegevens*

Om het eventuele uitsteleffect, verwoord in de derde hypothese, te onderzoeken is contact gelegd met Vernet Verzuimnetwerk BV. Vernet is gespecialiseerd in het verzamelen en interpreteren van gegevens over personeelszaken in de sector zorg en welzijn. Hierdoor beschikken zij over een bestand waarin over een langere periode (vanaf 1996) verzuimgegevens van zorginstellingen zijn opgenomen. Vernet beschikt over de gegevens van 69% van de totale werknemerspopulatie in de Zorg, waardoor Vernet een redelijk representatief beeld kan geven van de huidige stand van zaken in de sector zorg en welzijn met betrekking tot onder meer ziekteverzuim. Daarbij is het aantal werkgevers in de welzijnssector dat gegevens aan Vernet aanlevert relatief klein. Doordat Vernet primaire werknemers- en verzuimgegevens uitvraagt is het mogelijk om alle verzuimcijfers, -kosten en andere relevante HR-informatie, voor iedere aangesloten instelling op dezelfde wijze te berekenen. Hiermee beschikt Vernet over een bestand met unieke data die reeds een groot aantal jaren op dezelfde wijze verzameld en geanalyseerd worden. Dit bestand is zodoende uitermate geschikt om ontwikkelingen in de tijd, zoals het uitsteleffect, te onderzoeken.

In bijlagen 1 t/m 4 is de verdere verantwoording van de onderzoeksopzet opgenomen.

In de voorliggende analyse en rapportage zijn de resultaten van de drie onderzoeksactiviteiten op elkaar betrokken. Hierbij is gebruik gemaakt van triangulatie. In deze onderzoeksopzet is vanuit verschillende invalshoeken naar de onderzoeksvraag gekeken en worden de resultaten met elkaar vergeleken om de geldigheid te toetsen, door deze met minstens twee andere bronnen te vergelijken. Belangrijk hierbij is dat er vanuit verschillende visies/invalshoeken wordt gekeken naar een bepaald verschijnsel. Hierbij kan zowel gebruik gemaakt worden van kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden

#### **1.4 Begeleidingscommissie**

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld met een brede variatie aan relevante expertise. Dit bestond uit de volgende personen.

- Prof. Dr. Beate van der Heijden - Radboud universiteit, voorzitter
- Rik Menting - directeur bedrijfsgezondheidszorg Arbo Unie (tot 1 maart 2013)
- Karen Hofstede - FCB, adviseur gezond & veilig werken
- Diana Letting - CAOP met expertise op het terrein van de VVT branche
- Rex van der Sluijs - ministerie van SZW, directie gezond en veilig werken (tot 1 december 2012)
- Paul Schuurmann - ministerie van SZW, directie gezond en veilig werken
- Gerben Kerkhof - ministerie van SZW, directie IVV
- Irene Houtman - TNO
- Ed Berendsen - UWV
- Peter Hilbers - UWV

De rol van de begeleidingscommissie was het bewaken van de kwaliteit en de voortgang van het onderzoeksproject, het meedenken vanuit hun expertise op het gebied van het onderwerp en/of onderzoekstechnieken (bijvoorbeeld vanwege nadere uitwerking), en het beoordelen van het eindrapport/product van het onderzoeksproject. Daartoe hebben zij het proces en de inhoud van het onderzoek gevolgd en zeer uitgebreid suggesties en commentaar ter verbetering aangedragen. De onderzoekers hebben dankbaar gebruik gemaakt van de inhoudelijk relevante bijdragen van de begeleidingscommissie.

## 1.5 Opzet rapport

Dit rapport bevat de integrale weergave en analyse van de resultaten van alle drie de onderzoeksdelen. Over de onderzoeksdelen werd apart gerapporteerd aan de begeleidingscommissie. Hun commentaar is verwerkt in voorliggende rapportage. Dit eindrapport is in twee delen opgesplitst. Deel 1, werk en WIA-instroom, gaat over het werken in de sector zorg en welzijn en de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn, deel 2 gaat over de arbeidsomstandigheden en re-integratiemogelijkheden.

### **Deel 1 Werk en WIA-instroom**

Na dit inleidende hoofdstuk volgt in *hoofdstuk 2* de beschrijving van de sector zorg en welzijn en de context waarbinnen dat werk zich afspeelt. Hier gaan we ook in op de werknemers in de sector zorg en welzijn en op het maatschappelijk debat over de zorg en de invloed die dat op de werkvloer heeft. Dit hoofdstuk is gebaseerd op literatuur en interviews.

*Hoofdstuk 3* gaat in op de aanleiding voor dit onderzoek: de ontwikkeling van de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn. Daarbij gaat het op basis van literatuur, dossiergegevens en interviews, om de ontwikkelingen in langdurig verzuim en in de WIA-instroom per sub-sector en om de redenen voor de WIA-instroom. Op basis van deze bevindingen is de selectie gemaakt van vier sectoren met een gemiddeld hoger verzuim en WIA-instroom: de gehandicaptenzorg (GHZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD). In deze vier sectoren zijn de interviews afgenomen. In *hoofdstuk 4* is de analyse opgenomen over het 'uitsteleffect': hebben mensen zich met de invoering van de WIA hersteld gemeld in het tweede jaar voor zij volledig hersteld waren, waardoor zij wellicht op een later tijdstip alsnog in de WIA kwamen. Voor deze analyses zijn verzuimgegevens van Vernet gebruikt.

### **Deel 2 Arbeidsomstandigheden en re-integratiemogelijkheden**

De ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn en in het bijzonder in de vier sub-sectoren met hoge WIA-instroom (GGZ, GHZ, VVT en WMD) zijn onderwerp van *hoofdstuk 5*. Dit hoofdstuk is zowel gebaseerd op literatuur en interviews als op de analyse van de dossiers van Arbo Unie, een grote arbo-dienst.

De ontwikkelingen in de re-integratiemogelijkheden en werkhervatting staan centraal in *hoofdstuk 6*. Dit hoofdstuk is zowel gebaseerd op de resultaten van de literatuur en de interviews als op de resultaten van de van de analyse van de arbodienstdossiers.



In *hoofdstuk 7* worden de resultaten in samenhang besproken en worden conclusies getrokken.

### *Algemeen*

Hoewel er vaak gesproken wordt over ‘de’ zorgsector, is het van belang rekening te houden met het diverse karakter van de sector. De sector wordt voluit aangeduid als Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen.<sup>1</sup> Het gaat om een sector met een aantal zeer verschillende sub-sectoren. De volgende sub-sectoren zijn te onderscheiden: Algemene Ziekenhuizen (AZH), Gehandicaptenzorg (GHZ), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorginstellingen (VVT, inclusief kraamzorg), Welzijn, Maatschappelijke dienstverlening (WMD), Jeugdzorg (JZ) en Kinderopvang (KO). De academische ziekenhuizen (UMC's) behoren niet tot deze sector. Het verzuim verschilt per sub-sector en is het hoogste in de Gehandicaptenzorg, bij de Verpleeg- en verzorgingshuizen en Thuiszorginstellingen en in de sector Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening. Waar mogelijk wordt bij de analyse ingegaan op verschillen tussen de sub-sectoren.

---

<sup>1</sup> Sociale Verzekerings (SV) sector 35



## **DEEL 1 WERK EN WIA-INSTROOM**



## 2 WERKEN IN DE SECTOR ZORG EN WELZIJN

### 2.1 Inleiding

De sector zorg en welzijn is een grote en diverse sector. De ontwikkelingen binnen deze sector hebben grote invloed op de algemene arbeidsmarktontwikkelingen en de ontwikkelingen in het beroep op de sociale zekerheid. In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van het werken in de sector zorg en welzijn en de context waarbinnen dat werk plaatsvindt. Allereerst komen de werkenden zelf aan bod: wie werken er in de zorg en hebben zich daarin veranderingen voorgedaan?

Uit de literatuur en uit de interviews kwam naar voren dat het werken in de zorg zich uiteraard niet in een vacuüm afspeelt. Iedereen die in de zorg werkt wordt geconfronteerd met de maatschappelijke ontwikkelingen in de context waarbinnen de zorg wordt verleend. Ook het maatschappelijk debat over de zorg en de gevolgen die dat heeft voor de inhoud en organisatie van het werk komen in dit hoofdstuk aan bod.

### 2.2 De werkenden in de zorg

#### 2.2.1 Algemeen

De sector zorg en welzijn is een van de grootste sectoren in Nederland. In 2010 waren ruim 1,3 miljoen mensen werkzaam in deze sector. In de sector werkt volgens de informatie van UWV in 2010 bijna 18% van alle verzekerde werknemers in Nederland. De verwachting is dat dit aandeel in 2030 zal zijn opgelopen tot bijna 20%.

Bijna 83% van de werknemers in de sector zorg en welzijn is vrouw, tegenover 45% in de hele Nederlandse economie (Van der Windt e.a., 2009). De meeste werknemers in de zorg werken in deeltijd, de omvang van de gemiddelde werkweek is 0,65 fte (26 uur). Het aandeel oudere werknemers in de sector zorg en welzijn ligt iets hoger dan gemiddeld in de verzekerde beroepsbevolking (45-55 jaar: 27,2% in de zorg en 23,2% in de beroepsbevolking; 55-65 jaar: 15,2% in de zorg en 13,5% in de beroepsbevolking) (UWV, 2010).

Onderstaande tabel uit de sectoranalyse van de RWI biedt inzicht in de ontwikkeling van de deeltijdfactor in de sector zorg en welzijn. Dit is de ratio van het aantal fte's en het aantal banen. Vanwege het grote aandeel vrouwen in de zorg en welzijn is de gemiddelde omvang van de werkweek gering in vergelijking met andere economische sectoren. Uit de ontwikkeling van de deeltijdfactor is af te leiden dat de omvang van de gemiddelde werkweek in de meeste branches stabiel blijft of licht afneemt.

In de kinderopvang is de gemiddelde omvang van de werkweek sterker afgenomen. Daarentegen is de omvang van de werkweek gemiddeld juist toegenomen in de academische ziekenhuizen (die buiten de scope van dit onderzoek vallen) en in de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD).

**Tabel 2.1 Ratio FTE en banen (omvang van de werkweek) naar branche zorg en WJK 2004-2009 (%)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	gem. groei 2004-2009
Academische ziekenh.	79,4	77,4	79,2	80,2	80,5	80,5	0,3
Overige ziekenhuizen	69,7	69,0	70,1	69,7	70,6	68,4	-0,4
GGZ	75,3	75,3	76,1	75,1	75,6	75,8	0,1
Gehandicaptenzorg	62,6	60,9	62,6	62,4	62,4	62,4	-0,1
VVT	57,8	57,8	57,8	58,1	58,5	57,8	0,0
Kinderopvang	61,0	57,8	57,0	57,2	57,2	55,7	-1,8
Jeugdzorg	78,2	75,1	76,7	77,5	77,7	77,7	-0,1
WMD	65,3	64,2	67,0	67,1	67,1	67,1	0,5
Subtotaal branches	64,5	63,7	64,4	64,5	64,8	64,0	-0,2
<b>Totaal zorg en WJK</b>	<b>66,8</b>	<b>66,6</b>	<b>66,8</b>	<b>66,4</b>	<b>66,4</b>	<b>66,4</b>	<b>-0,1</b>

Bron: RWI (2011), o.b.v. CBS Statline, Prismant, PGGM, FCB, DHD.

De omvang van de gemiddelde werkweek verschilt sterk tussen de branches. Deze is relatief groot in de ziekenhuizen, GGZ en jeugdzorg. De omvang van de gemiddelde werkweek is het kleinst in de VVT en in de kinderopvang. Ook de omvang van de flexibele schil verschilt sterk per branche (tabel 2.2).

**Tabel 2.2 Samenstelling personeel naar dienstverband en branche, in % (concernniveau) 2010**

	vaste dienst	tijdelijk	oproep roepkracht	zpz	alfahulp	uitzendkracht	totaal
Ziekenhuizen	84,8	9,5	4,3	0,2	0,2	1,0	100
GGZ	83,2	12,1	3,2	0,3	0,0	1,2	100
VVT	77,3	8,5	8,1	0,2	5,1	0,8	100
Gehandicaptenzorg	77,9	10,5	10,1	0,2	0,0	1,3	100
WMD	77,6	15,8	4,1	1,7	0,0	0,8	100
Jeugdzorg	80,5	13,4	5,1	0,2	0,0	0,7	100
Kinderopvang	70,4	18,5	9,0	0,7	0,0	1,4	100
Totaal	79,7	9,1	7,1	0,2	2,8	1,0	100

Bron: Prismant (2010). Werkgeversenquête 2009.

De sectoranalyse van de RWI laat verder zien dat gemiddeld in 2011 ongeveer 80% van de werknemers in de sector zorg en welzijn in vaste dienst was (RWI, 2011). De flexibele schil zou daarmee zo'n 20% bedragen. De kinderopvang maakt naar verhouding het meest gebruik van tijdelijke en flexibele arbeidskrachten, de ziekenhuizen en de GGZ het minst. Oproepkrachten zijn er verhoudingsgewijs veel in de VVT, kinderopvang en gehandicaptenzorg (8, 9 en 10%). Het aantal zpz'ers is in algemeen niet erg groot. De sector WMD scoort met 1,7% nog het hoogst. In de VVT vormen alfahulpen (met 5%) een substantiële groep.

### 2.2.2 Opleidingsniveau

De analyse van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2011) naar de arbeidsmarkt van de sector zorg en welzijn laat eveneens zien dat het aantal personen met een opleiding in zorg of welzijn de afgelopen jaren sterk is toegenomen; dat geldt vooral voor het aantal hbo'ers. Personen met een diploma van een opleiding in zorg of welzijn participeren vaak op de arbeidsmarkt en dan dus ook in de sector waartoe ze zijn opgeleid. Ook dat geldt weer het sterkst voor de hbo'ers. De volgende tabel laat de belangrijkste<sup>2</sup> opleidingen voor zorg en welzijn zien. We zien dat de MBO-opleidingen domineren.

<sup>2</sup> Alleen de belangrijkste opleidingen zijn genoemd; daarom tellen de percentages niet op tot 100%.

**Tabel 2.3 Belangrijkste opleidingen zorg en welzijn**

<b>opleidingen in de zorg</b>	<b>aandeel</b>
MBO verzorging	13%
MBO verpleging	8%
MBO sociaal-pedagogisch	7%
HAVO/VWO	7%
HBO maatschappelijk werk	6%
HBO verpleegkunde	5%
WO sociale wetenschappen	5%
VMBO tl	4%
VMBO (uiterlijke) verzorging	4%
HBO (fysio)therapie	4%
basisonderwijs	3%

Bron: RWI (2011)

Het onderwijs in de sector draagt aanzienlijk bij aan het arbeidsaanbod, aldus de RWI. Elk jaar kiest ongeveer hetzelfde percentage jongeren (een kwart) voor het onderwijs voor de sector. Dat betekent dat de hbo-opleidingen in zorg en welzijn - net als alle hbo-opleidingen - een groeiende instroom kennen. De voortijdige schooluitval in het onderwijs voor de sector is laag en neemt verder af. Het onderwijsrendement, de mate waarin studenten aan het onderwijs het diploma halen is hoog; het ligt gemiddeld op ongeveer twee derde. Vervolgens is het sectorrendement ook hoog: veel gediplomeerden krijgen een baan in de sector zorg en welzijn. Terwijl dat voor de welzijn bij sommige opleidingen wat lastiger is, zijn er in de zorg voldoende stageplaatsen beschikbaar (RWI, 2011).

*Veranderingen in opleidingsniveau volgens de geïnterviewden*

Aan de geïnterviewden is de vraag voorgelegd of zij te maken hebben met relevante veranderingen in het opleidingsniveau in de sector zorg en welzijn.

Een personeelsfunctionaris in de sector WMD vertelt dat het opleidingsniveau van medewerkers zeker is veranderd. Voor de zorg/woonfunctie wordt nu een lager opleidingsniveau gevraagd dan een aantal jaar terug; "dat is goedkoper". Hier zit ook een nadeel aan, zo leert de ervaring van deze personeelsfunctionaris. De lager geschoolde werkneemsters zijn volgens deze geïnterviewden minder weerbaar en meer kwetsbaar voor de hoge belasting in het werk: ze vinden het werk psychisch zwaarder en bij hen spelen eerder - dan bij de hoger opgeleiden - werk/privé gecombineerde belastingproblemen.



Ook enkele bedrijfsartsen stellen dat door het *lagere opleidingsniveau* in de zorg, er minder “weerbare” werknemers komen die onder steeds hogere druk moeten werken. Dat heeft volgens hen zijn weerslag op het verloop en op verzuim/WIA-instroom. Ook merkt men op dat de wat meer *perfectionistisch ingestelde werknemers* als eerste problemen krijgen met de hogere taakeisen die gesteld worden: het werk is complexer, sneller geworden en men moet meer multitasken. In feite vraagt het werk ook om een hogere scholingsgraad. Daarnaast stelt een bedrijfsarts dat je binnen de sector zorg en welzijn een groep van betrokken verzorgenden ziet die kwetsbaar zijn door alle ontwikkelingen die op hen afkomen. In de GGZ ziet hij dit vooral bij jonge, hoogopgeleide vrouwen: die verlaten gedesillusioneerd het vak.

“Mensen haken af. Het spek is weggesneden, de sjeu is er uit en dan is de rek er uit.” *Bedrijfsarts*

“Deze mensen functioneerden lange tijd goed, maar de maatschappelijke druk op de sector, de taakverzwarende werkdruk, sowieso de nieuwe eisen die aan het werk gesteld worden kunnen ze niet bijbenen. Ze lopen een tijd op hun tenen, vallen geregeld uit, soms sleept dat jarenlang. Nee, ze komen zeker niet allemaal in de WIA, maar een aantal wellicht wel, afhankelijk van de bijkomende medische problematiek.” *Bedrijfsarts*

### 2.2.3 Vergrijzing

Volgens de analyse van de Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2011) neemt het arbeidsaanbod in de zorg naar huidige inzichten de komende jaren af door vergrijzing (uitstroom van zittend personeel) en ontgroening (minder jonge aanwas). In combinatie met de stijgende vraag naar arbeid in de zorg leidt dat in toenemende mate tot knelpunten. Die knelpunten betreffen vooral functies op mbo-3 niveau en hoger.

De geïnterviewde verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen stellen dat de geconstateerde stijging van de WIA-instroom samenhangt met leeftijd: mensen werken langer door, terwijl chronische klachten toenemen met de leeftijd. Een arbeidsdeskundige zegt in dit verband dat de helft van de mensen die hij dagelijks ziet boven de 50 jaar is.

Ook de sociale partners signaleren dat de vergrijzing een rol speelt bij de gestegen WIA-instroom. Men redeneert daarbij als volgt:

- Mensen werken al hun hele leven in de zorg, zijn jong begonnen in dit werk. Mensen die nu ouder zijn hebben vroeger niet met hulpmiddelen gewerkt.
- Nu de uittrede leeftijd stijgt, stijgt de duur van het dienstverband en dus ook de gemiddelde leeftijd van het personeelsbestand waardoor ouderen een relatief hoger deel van het gemiddelde verzuim bepalen (zie ook 4.2).

- Oudere werknemers zijn minder vaak ziek dan jongere werknemers, maar als ze eenmaal ziek zijn duurt het verzuim langer, onder andere omdat zij meer te maken hebben met klachten van chronische aard.

## 2.2.4 Persoonlijkheid en drijfveren

### *De focus in het werk*

Van der Heijden (2008, 2011) stelt dat de werkfokus van verpleegkundigen de fundamentele zorg voor het welzijn van patiënten is. Die professionele betrokkenheid is de rode draad in hun werk. Om verpleegkundigen goed te begeleiden in hun loopbaan is het belangrijk om hen hierin te waarderen en respecteren. Ook de arbeidsomstandigheden waaronder zij hun werk doen moeten goed in de gaten worden gehouden, wil men het personeel behouden voor het werk. Alleen als verpleegkundigen van hun werk houden en hun organisatie als een plek zien waar ze deze werk gerelateerde behoeften kunnen vervullen, zullen ze gemotiveerd blijven voor het werk. Het is moeilijk te begrijpen waarom in een tijd van tekorten in de zorg, de verpleegkundigen zo weinig begeleiding krijgen bij hun duurzame inzetbaarheid, zo stelt Van der Heijden. Ze pleit voor meer aandacht voor loopbaanontwikkeling van verpleegkundigen en andere beroepen in de zorg en voor meer waardering.

### *Persoonlijke eigenschappen die risico kunnen vormen*

In een aantal interviews werd expliciet melding gemaakt van specifieke eigenschappen van werknemers in de zorg die een risico in zich zouden kunnen dragen op een eventuele arbeidsongeschiktheid. Daarbij wordt verwezen naar zogenoemde pathologische beroepskeuze, maar ook naar de moeite die werknemers in de zorgsector hebben om naast de zorg voor anderen ook voldoende aandacht en zorg voor zichzelf te hebben. Op de website van Vilans, kenniscentrum langdurige zorg, wordt hier ook expliciet aandacht aan besteed.<sup>3</sup> Een personeelsfunctionaris uit een jeugdzorgorganisatie met gestegen WGA-instroom geeft een voorbeeld van pathologische beroepskeuze. De kernfunctie in zijn organisatie is die van maatschappelijk werker. Bij de WGA en langlopende verzuimcases zien zij met name psychosociale problematiek, in een deel van de gevallen zelfs psychiatrische problematiek. Zijn verklaring hiervoor is dat een deel van de werknemers in feite een 'pathologische' beroepskeuze maakt: men heeft zelf problemen als kind gehad, wil er toe doen, wil helpen, wil de eigen kennis en competenties inzetten voor de jeugd van nu. Daarbij hebben de werknemers een enorme betrokkenheid en drive bij hun werk. Toch is dit een risicofactor, zo is zijn ervaring. De indringendheid van het werk raakt de werknemers zelf en bij een hogere belasting komt aan het licht dat ze zelf ook problemen hebben. Zijn

---

<sup>3</sup> Factsheet Zorgen voor jezelf:  
<http://www.vilans.nl/docs/producten/ZORGEN%20VOOR%20JEZELF%20DEF.pdf>

indruk is dat deze problematiek scherper leeft dan tien jaar geleden, met name door veranderingen in werk en maatschappij. Hij denkt daarbij aan meer assertieve burgers en publieke cases die een druk op de sector leggen. Dit trekken sommige werknemers zich enorm aan. In combinatie met minder voorzieningen, meer bureaucratie geeft dit een spagaat waarin men werkt. Latente persoonlijke problemen komen dan boven drijven, aldus deze personeelsfunctionaris.

*Disbalans werk-privé als risico volgens verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen*  
De geïnterviewden verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen signaleren dat de grootste oorzaak van langdurig verzuim ligt in psychische klachten en dat deze oorzaken zeker zijn toegenomen. Zij zien ten opzichte van andere sectoren dat in de zorg- en welzijnssector mensen met specifieke persoonlijkheden werken. De geïnterviewden artsen veronderstellen dat de combinatie van meer werkdruk (door de notie niet de zorg te kunnen bieden die nodig is) en het soort mensen in de zorg, leidt tot meer verzuim. Juist deze mensen zijn zo gehecht aan het sociale en zorgzame aspect van hun baan. Mensen hebben het beroep gekozen omdat ze een zorgbehoefte hebben en zijn gevoelig voor het feit dat de mogelijkheid om met mensen te praten voor hen is afgenomen. Dat leidt tot psychische problemen.

### 2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen

De Raad voor Werk en Inkomen zette in de sectoranalyse uit december 2011 een aantal maatschappelijke ontwikkelingen op een rij die gevolgen hebben voor het werken in de sector zorg en welzijn (RWI, 2011: p.12). Deze zijn samengevat in onderstaande box.

“De demografische ontwikkelingen zijn erg belangrijk voor de sector zorg en welzijn. Enerzijds leidt de vergrijzing ertoe dat de vraag naar zorg toeneemt. Daarbij zal een verschuiving plaatsvinden van het soort zorg dat moet worden verleend. Tegelijkertijd zal door de ontgroening een krapte op de arbeidsmarkt ontstaan. Tevens zal de ontgroening op de lange termijn leiden tot een afname van de vraag naar kinderopvang en jeugdzorg en daarmee tot een afname van de arbeidsvraag in deze branches.

Op de korte en middellange termijn is er een toenemend aantal jeugdigen met opvoed- en opgroei-problemen waar te nemen, wat een toename naar de vraag naar zorg tot gevolg zal hebben. Of ook de vraag naar arbeid stijgt, hangt weer samen met de beschikbaarheid van financiële middelen en de mogelijkheden in de sfeer van de arbeidsproductiviteit.

De toename van het aandeel niet-westerse allochtonen in de (beroeps)bevolking heeft gevolgen voor zowel de vraag naar (medewerkers in de) zorg en WJK als het aanbod van medewerkers in

deze sector. Relatief gezien leidt verkleuring van de bevolking (tot nu toe) tot afname van de vraag naar reguliere zorg en WJK (vanwege een groter beroep door niet-westerse allochtonen voor hulp/zorg op familie) en daarmee tot afname van de arbeidsvraag. In de praktijk kiezen relatief weinig niet-westerse allochtonen voor werk in de zorg en welzijn. Een uitzondering vormt de kinderopvang. Verder is alleen in de verplegings- en verzorgingshuizen het aandeel allochtone werknemers hoger dan het aandeel allochtone cliënten.

De toename van het relatieve aandeel van niet-westerse allochtonen, met name in de Randstad, stelt hogere eisen aan de werving van instroom voor het onderwijs in zorg en welzijn.”

(RWI, 2011).

Ook de politiek neemt, aldus de Raad voor Werk en Inkomen, voor de sector zorg en welzijn cruciale beslissingen over financiering en inrichting van het stelsel. De laatste regeringen hebben steeds forse bezuinigingen aangekondigd op de rijksuitgaven en dus ook op de zorg. Naar de sector zorg en welzijn gaat enerzijds extra geld, anderzijds zijn bezuinigingen en stelselherzieningen aangekondigd. Er is financiële ruimte voor groei in de zorg: Dit zal zich naar verwachting vertalen in een grotere vraag naar arbeid. Het CPB voorzag in 2010 dat er tot en met 2015 zo'n 139.000 fte bij moeten komen in de zorg. Hierbij gaat het vooral om het verpleegkundig en verzorgend personeel. De extra vraag betreft vooral personeel op mbo-niveau 3 en 4. De verschuiving van de vraag van de lagere naar de hogere mbo-niveaus maakt het lastig personeel te vinden omdat op die hogere niveaus nu al sprake is van krapte op de arbeidsmarkt, aldus de Raad voor Werk en Inkomen in 2011. Daarentegen leiden diverse stelselherzieningen en lastenverzwaringen voor burgers tot een mogelijke afname van de vraag naar zorg en ook tot een daling van de vraag naar arbeid.

Momenteel is er, aldus de Raad voor Werk en Inkomen, sprake van bezuinigingen in de sector WMD en de kinderopvang. Met name het laatste zal leiden tot een daling van de vraag naar arbeid, althans in het formele segment daarvan. In de jeugdzorg vindt een stelselherziening plaats. Dat kan ertoe leiden dat nu al gekwalificeerd personeel elders werk zoekt. Vertrekkende werknemers uit de sector WMD en de jeugdzorg keren wellicht niet meer terug naar de sector wanneer er door de vergrijzing weer vraag naar werknemers ontstaat. Dat betekent verlies aan arbeidsaanbod.

Bovengenoemde ontwikkelingen worden op hoofdlijnen herkend door de geïnterviewden ten behoeve van voorliggend onderzoek. Zij zien echter ook andere maatschappelijke ontwikkelingen.

## 2.4 Het maatschappelijk debat over de zorg

### *Veranderingen in de maatschappij hebben hun weerslag*

In de interviews brengen de diverse respondenten (van verschillende professies en sub-sectoren) herhaaldelijk naar voren dat niet alleen het werk in de zorg is veranderd, maar dat ook de maatschappij veranderd is en daarmee de visie die de maatschappij heeft op de sector zorg en welzijn en de diensten die deze sector zou moeten bieden. De signalen die zij opvangen zijn onder andere: een verruwing in omgangsvormen, onpersoonlijker (werk)relaties, een assertievere houding van cliënten, hun familieleden of omstanders (en de acceptatie daarvan), ongenueanceerde publiciteit en daarmee vaak een publiek debat bij incidentele misstanden die vervolgens weer leiden tot het ter verantwoording roepen van de gehele sub-sector (zoals in de jeugdzorg), de (vaak na-ijlende) negatieve beeldvorming over de sector als zijnde behoudend, niet efficiënt, niet professioneel en niet daadkrachtig.

“Ook de veranderingen in de maatschappij zorgen voor een verzwaring van de werkbelasting. We zien mondiger burgers, korte lontjes, meer weerstand bij jongeren/ouders, publieke cases als Savannah, het Maasmeisje. Dit alles legt een enorme druk op de sector; dit trekken onze professionals zich persoonlijk enorm aan.” *Personeelsfunctionaris Jeugdzorg.*

Publieke verontwaardiging over topsalarissen en bonussen voor topmanagers bij zorginstellingen complementeren dit negatieve beeld. Dit zet, volgens een aantal respondenten, de sector onder druk.

Negatieve beeldvorming en de maatschappelijke druk tot veranderen worden door de werkenden in de sector vaak als zeer pijnlijk ervaren. Een aantal neemt dit heel persoonlijk, aldus een aantal personeelsfunctionarissen, bedrijfsartsen en sociale partners. Zij kunnen zich hier moeilijk tegen verweren en het vermoeden bestaat dat dit voor een aantal toch al kwetsbare werknemers met belastbaarheidsproblemen de druppel kan zijn die de emmer doet overlopen. Volgens hen zou dit kunnen leiden tot uitval vanwege gezondheidsproblemen of tot vrijwillig ontslag.

## 2.5 Fusies, reorganisaties en bezuinigingen

### *Reorganisatie of dreigend ontslag*

Een vergelijking van jaargangen van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA, 2007-2011) laat zien dat in de sector gezondheids- en welzijnszorg een aantal arbeidsomstandigheden zich negatief ontwikkeld hebben. Ook sommige persoonlijke omstandigheden blijken in negatieve zin veranderd (zie verder 5.2). Twee ontwikke-

lingen hebben te maken met fusies, reorganisatie en bezuinigingen:

- Meer werknemers hadden te maken met *inkrimping van de organisatie* met of zonder gedwongen ontslagen. In 2011 was dit 24,4% terwijl dit in 2007 nog 17,2% was.
- Meer werknemers maakten zich *zorgen over het behoud van hun baan*. In 2007 was dat 15,5% en in 2011 was dit gestegen naar 17,5%.

Uit literatuur blijkt verder dat in een aantal subsectoren reorganisatie (en daarmee dreigend ontslag) bovengemiddeld vaak voorkomt als oorzaak van langdurig werk gerelateerd verzuim. Dit geldt voor de jeugdzorg (21,3%), de GGZ (13,3%), de ziekenhuizen (13,2% en de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening (12,6%). In de VVT rapporteert een veel lager percentage van de werknemers dit, ruim 7% (De Visser & Schoenmakers, 2011).

*Personeelsfunctionarissen oordelen verschillend over relatie reorganisatie - verzuim*

Sommige personeelsfunctionarissen die recent te maken hebben gehad met reorganisatie vertellen dat dit leidde tot een stijging van het verzuim. Anderen signaleren juist geen stijging in het verzuim door reorganisaties. Wel wisten ze dat werknemers druk voelden door de onzekerheid over het behoud van hun baan, maar dit leidde volgens hen juist - uit angst voor baanverlies - níet tot meer ziekmeldingen.

Recente, maar ook toekomstige bezuinigingen houden personeelsfunctionarissen bezig. Een personeelsfunctionaris vertelt dat zij haar hart vast houdt met het oog op nog meer bezuinigingen in de zorg en continue veranderingen, zoals in de WMO. Vanwege krapte op de arbeidsmarkt wordt nu soms al bij gebrek aan beter een 'second best' keuze gemaakt bij een sollicitatieronde en "dat is een afbreukrisico".

*Bedrijfsartsen relateren reorganisaties en fusies aan verzuim en WIA-instroom*

Bedrijfsartsen zien ook dat reorganisaties en fusies impact hebben. Zij belichten in hun reacties verschillende effecten en relateren dit aan verzuim en WIA-instroom:

- Reorganisaties en fusies hebben vaak vooral impact op de positie van de leidinggevenden en dat heeft op zijn beurt weer impact op (het aansturen van) de medewerkers. Het zou zomaar kunnen dat dit in sommige gevallen makkelijker leidt naar de poort van de WIA.
- Minder verpleging op een afdeling is soms een zinvolle efficiency verbetering, maar in andere gevallen juist niet. In dat geval geeft dit bij medewerkers veel stress, wat weer kan leiden tot een hoger verzuim.
- De flexibiliteit is er uit. Bij de ouderen vanwege de fysieke belasting, bij de jongeren meer door mindere mentale flexibiliteit. Als er dan minder ruimte is om het werk en de functie aan te passen, dan kom je aan de grenzen van de mogelijkheden. Wordt er verder bezuinigd dan gaat het mis.

- De als hoog ervaren werkdruk komt soms ook door een onduidelijk toekomstperspectief. Wat betekenen deze bezuinigingen voor mijn werk? Krijg ik ontslag? Moet ik solliciteren op mijn eigen baan? Soms daalt het verzuim hierdoor, uit angst. Maar onzekerheid tast bevologenheid aan en dat kan negatief doorwerken.

*Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen signaleren negatief effect van reorganisaties en fusies*

Gevraagd naar de impact van fusies en reorganisaties op langdurig verzuim signaleren verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen met name voorbeelden uit de sector VVT. Ze zien in de praktijk nadrukkelijk een relatie tussen fusies en reorganisaties en een stijging van het langdurig verzuim, zowel onder de blijvende werknemers als onder de werknemers die in de WW belanden. Ze noemen los van elkaar een aantal ontwikkelingen:

- *De organisatie binnen UWV:* In tegenstelling tot vroeger is er nu niet één arbeidsdeskundige die zich hard maakt voor de sector of voor een werkgever, want alle sectoren en werkgevers zijn over verschillende arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen binnen UWV verdeeld en is er geen werkgeversoverleg meer. Hierdoor kunnen kansen op re-integratie blijven liggen.
- *Werknemers met gezondheidsklachten zijn zwakste schakel bij fusie:* De thuiszorg heeft te maken met grote fusies. Juist degenen met gezondheidsklachten hebben daar onder te leiden: hun functie verandert, de werkdruk stijgt en men heeft geen vaste klanten meer, want men moet opeens overal inzetbaar zijn en heeft een groter werkgebied.
- *Fusie en faillissement leiden tot ontslag, verzuim en een toestroom naar de WIA:* Door aanbesteding is een grote thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld failliet geraakt. De werknemers komen in de WW en veel melden zich ziek met klachten van overspannenheid. Dat zie je vaker: mensen doen jarenlang hun werk, dan komt er een grote verandering en trekken ze het opeens niet meer. Met alle fusies en faillissementen geeft dat een toestroom naar de WIA.
- *De impact van reorganisaties en fusies in de zorg is groter dan in andere sectoren:* Reorganisaties en fusies geven spanning, onzekerheid, ontslag. Men ziet bij ZW Arbo met name mensen uit de zorg met lange dienstverbanden, die met een reorganisatie er uit moeten en die weinig waardering ervaren hebben voor hun werk. Reorganisaties en fusies komen in andere sectoren ook voor, maar in de sector zorg en welzijn kan de impact nog groter zijn vanwege de band met de cliënten. is groter.
- *De impact van een economische recessie:* als het economisch slecht gaat, stijgt het aantal ziekmeldingen vanuit de WW en dus komen meer mensen voor de poort van de WIA en met laagbetaald werk (zoals in de sector zorg en welzijn) krijg je al gauw een hoog percentage WIA.

*Sociale partners signaleren negatieve effecten bij reorganisaties en fusies*

Sociale partners in de VVT en GHZ signaleren dat ten tijde van fusie en reorganisatie de aandacht voor arbo op een laag pitje staat. De werknemersvertegenwoordiger stelt dat reorganisaties en fusies meer aan de orde van de dag zijn dan ze ooit zijn geweest. Werkgeversvertegenwoordigers stellen dat reorganisaties altijd wel gespeeld hebben en dat dit gestaag doorgaat. Uit eigen bevindingen (bedrijfsbezoeken, benchmark) zien sociale partners de negatieve effecten van fusie en reorganisatie op de aandacht voor arbeidsomstandigheden. Sociale partners relateren fusies en reorganisaties ook nadrukkelijk aan een hoger verzuim. Een werknemersvertegenwoordiger ziet daarbij een toename van verzuim om psychische redenen, mede door de financiële druk die in het privéleven van werknemers wordt gevoeld.

Ook in de GGZ onderkennen de sociale partners dat bezuinigingen gevolgen hebben voor personeelsplaatsingen en voor de prioriteiten die organisaties stellen. Aandacht voor arbeidsomstandigheden staat dan niet bovenaan.

In de sector WMD signaleren werkgever- en werknemersvertegenwoordigers, dat door (toegenomen) financiële druk organisaties krimpen. Hierdoor ontstaat druk bij het personeel in de uitvoering en als bij deze werknemers dan privé problemen spelen of men wordt ziek, dan leidt dat eerder tot (langer) verzuim. Ook de onzekerheid en steeds weer aan nieuwe eisen moeten voldoen, vragen op een gegeven moment hun tol. Beiden relateren bezuinigingen, fusies en reorganisaties aan een gestegen WIA-instroom. Dit is in lijn met wat uit de literatuur naar voren komt over de sector WMD.

*Inspectie ziet minder aandacht voor arbozorg door bezuinigingen*

Wat de inspectie terug hoort is dat de preventiemedewerker soms wordt wegbezuinigd en dat er gesleuteld wordt aan de uren van Arbo coördinatoren. Met hetzelfde geld kun je meer effect krijgen, dat is maar net hoe je verzuim aanpakt. Maar sommige instellingen hebben de neiging om bij bezuinigingen of krimp van de budgetten achterover te leunen en simpelweg te zeggen: we kunnen niet anders.

## **2.6 De invloed van veranderende eisen aan het werk**

*Sprake van taakverzwaring volgens de meeste geïnterviewden*

Op de vraag wat de belangrijkste verandering in de inhoud van het werk is, antwoorden de meeste geïnterviewden dat er voor veel werkenden een taakverzwaring te constateren valt. Die verzwaring is het beste zichtbaar en voelbaar bij de leidinggevenden, aldus een groot aantal personeelsfunctionarissen. Wat de taakverzwaring extra lastig maakt is de combinatie daarvan met een veranderde cultuur waar in veel organisaties op wordt gestuurd. In hoofdstuk 5 wordt hier verder op in gegaan.



Een bejaardenverzorgster van nu moet meer kunnen dan de bejaardenverzorgster van 10 jaar geleden. Er wordt veel meer van hen verwacht. De functie inhoud is zeker veranderd. Meer kwalificaties en competenties worden gevraagd. Het werk is in dat opzicht zwaarder. *Personeelsfunctionaris VVT.*

Taakverzwaring is zeker een issue. Er wordt nu anders naar 'zorg' gekeken, er zijn ook complexere zorgvragen en er moet sneller worden gewerkt. Ook de gemeente stelt andere eisen (WMO).

*Personeelsfunctionaris thuiszorg*

Als er al een hogere werkdruk is, dan ligt deze bij de hogere functies, bij de leidinggevendenden. Hier moeten we als organisatie zuinig op zijn. Alle veranderingen komen in hun werk samen: toegenomen zorgzwaarte, meer problemen bij de cliënten, meer kwetsbaarheid van werknemers, bezuinigingen, integrale teamvorming - dat zijn hooggestelde verwachtingen. *Personeelsfunctionaris VVT*

#### *Veranderende eisen aan het werk volgens personeelsfunctionarissen*

Diverse personeelsfunctionarissen vertellen dat het vaak de externe factoren zijn die maken dat men moet veranderen. De kosten van de zorg, het langer doorwerken vanwege vraag en aanbod op de arbeidsmarkt; dit alles maakt dat van de werknemers verlangd wordt dat men zelf ook verandert. De meesten willen dat helemaal niet, die willen hetzelfde werk blijven doen, zo vertelt bijvoorbeeld een personeelsfunctionaris uit de GHZ.

#### *Veranderende eisen aan het werk, volgens de sociale partners*

Sociale partners in de GHZ vertellen over de veranderende eisen van het werk en de invloed die dit heeft op de werkende populatie in deze sub-sector. Mensen worden verplicht op meerdere groepen ingezet, terwijl ze voorheen hun voorkeur konden uitspreken voor een groep of een type cliënt waar ze zich prettig bij voelden en waar volgens hen hun competenties lagen. Mensen hebben jarenlang in vaste patronen en met vaste groepen gewerkt. Verandering hiervan (doordat organisaties rationeler ingericht zijn en het niet meer voorkomt dat mensen een moment niets doen) vraagt op medewerkersniveau om coping en om andere/nieuwe competenties. Ook wordt er meer alleen gewerkt, vanwege kostenbesparing. Dit geeft een verzwaring van het werk aldus de sociale partners in de GHZ.

Sociale partners in de VVT geven aan dat een nieuw type medewerker nodig is in deze sector zorg en welzijn. Het streven is bijvoorbeeld om meer mensen met een hoger opleidingsniveau in de ouderenzorg te laten werken omdat aan de indicatie voor verzorgings- en verpleegverhuizen hogere eisen gesteld worden (zorgzwaartepakketten). Tegelijkertijd heeft dit effect voor het werk in de thuiszorg: daar blijven nu ouderen met een bepaalde zorgzwaarte thuis wonen die voorheen opgenomen wer-

den in een intramurale setting

Het opleidingsniveau ligt met name in de ouderenzorg nu nog veel te laag, aldus de werkgeververtegenwoordiger. De zorgzwaartepakketen dwingen tot een goede mix qua bekostiging: op basis van bedrag x welke mensen op welk niveau, wetende dat niet alleen intramuraal maar ook extramuraal de zorgzwaarte toeneemt.

Volgens de sociale partners in de sector *WMD* veranderen de eisen aan welzijnswerkers om de paar jaar en zijn door de *WMO* mede door gemeenten ingegeven. Van de *WMD* dienstverleners vraagt dit, volgens de sociale partners, constant veranderingen en een zeer flexibele inzet.

“De toegenomen vraag om flexibel op verschillende afdelingen inzetbaar te zijn, maakt dat meer werknemers de competenties moeten hebben om met nieuwe cliënten (bijvoorbeeld licht verstandelijk beperkten met een psychiatrische achtergrond of verslavingsproblematiek) om te gaan. Dat laatste is niet altijd het geval.” *WN-vertegenwoordiger GHZ*

“We krijgen een nieuw type medewerker in de zorg die meer zelf beslissingen neemt en handelt.”  
*WG-vertegenwoordiger VVT*

#### *Veranderingen in dagelijkse werkproces?*

In het verlengde van de al dan niet veranderende eisen die aan het werk en de werkenden worden gesteld, verwoordt een aantal geïnterviewden personeelsfunctionarissen, bedrijfsartsen en een enkele sociale partner het dilemma van het vaste stramen van het bestaande werkproces. Zij menen dat het vooralsnog weinig weerklank vindt als zij in de organisatie aanklaarten dat meer flexibiliteit in de organisatie van het werk zou kunnen leiden tot een grotere efficiëntie zonder dat deze leidt tot meer belasting van de werknemers.

“In de zorg zou beter moeten worden gekeken naar de leeftijdsopbouw en taakdifferentiatie. Daar doen organisaties weinig mee. Er zou creatiever moeten worden omgegaan met topdrukke. Denk aan andere dagschema’s, het doorbreken van de starre logistiek. Waarom iedereen ’s morgens douchen? Waarom zo vaak? Waarom niet andere maaltijdschema’s? Waarom niet sommige taken uitvoeren aan het begin van de avond, er zijn zat werknemers die juist dan willen/kunnen werken. Het heilige huisje van het dagschema mag best eens tegen het licht worden gehouden”.

*Bedrijfsarts*

#### *Sociale partners zien een toegenomen regeldruk*

In alle sub-sectoren vertellen de geïnterviewden werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers over de toegenomen regeldruk en administratieverplichting. Het gaat dan ofwel om protocollen vanuit de overheid (*VVT*), registraties via de computer (*VVT*, *GHZ*) of om een registratieverplichting vanuit de gemeente (*WMD*). Specifiek

bij de sector WMD geldt dat gemeenten graag zakelijkheid willen tussen welzijn en de gemeente. De werknemersvertegenwoordigers stellen dat een meerderheid van de medewerkers last zou hebben van deze verantwoordingsdruk (vanuit de gemeente of vanuit de eigen organisatie). Dit kan niet onderbouwd worden met cijfers: het blijkt ook niet uit medewerkerstevredenheidsonderzoeken. Opvallend is dat de meeste personeelsfunctionarissen, de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de eventueel toegenomen regeldruk sterk relativeren. Ze zien er zeker geen oorzaken voor verzuim in.

“De regeldruk is toegenomen de afgelopen jaren: in toenemende mate zijn er protocollen vanuit de overheid, zorgleefplannen, omgang met voedsel. Daar moeten mensen rekening mee houden want ze worden er op afgerekend. Dat betekent veel registreren.” *WG-vertegenwoordiger*

“ICT is toegenomen: denk aan het elektronisch patiëntendossier of thuishulpen die via de smartphone registreren. Deze recente ontwikkelingen worden door medewerkers niet gezien als verhoging van de kwaliteit van zorg. Ze worden eerder gezien als last.” *WN-vertegenwoordiger*

“Werknemers moeten steeds meer registreren, verantwoorden. Daar zijn nog verbeterlagen want nu zijn er meerdere mensen die met 1 computerbureau moeten doen, als er al een bureau is want dat heeft men liever niet (om de woonomgeving van gehandicapten zo huiselijk mogelijk te maken).” *WG-vertegenwoordiger*

## 2.7 Samenvatting: de werknemers en het werk veranderen

Dit hoofdstuk schetst de populatie werkenden in de sector zorg en welzijn en de veranderende context waarbinnen zij hun werk doen.

De samenstelling van de werkzame populatie in de sector zorg en welzijn wijzigt geleidelijk aan. De werknemers die in de sector werken, merendeels vrouwen, onderbreken hun loopbaan niet meer en blijven werken waardoor de populatie inmiddels ook voor een groter deel uit oudere werknemers bestaat. In een aantal subsectoren neemt het aandeel hoger opgeleiden toe, neemt de omvang van de werkweek niet toe en ontstaan juist kleinere aanstellingen. Het totaal aantal werknemers in de sector neemt toe door de toegenomen zorgbehoeften in de maatschappij. In dit hoofdstuk zagen we dat de krapte op de arbeidsmarkt volgens personeelsfunctionarissen kan leiden tot ‘second best’ keuzes in het aannamebeleid van nieuwe personeel en dat dit afbreukrisico’s met zich mee kan brengen.

### *De werkenden*

Een grote groep werkenden in de sector zorg en welzijn heeft een sterke focus op de

sociale aspecten in het werk (met name het persoonlijke contact met cliënten). Zij hebben een bewuste keuze gemaakt voor een verzorgend beroep en hebben in een aantal professies en sub-sectoren te maken met de eigen kwetsbare mentale of fysieke gezondheid. Onder optimale omstandigheden is dit sociale profiel van de zorgwerker een pré, omdat het empathische, betrokken en zorgzame werknemers levert. Maar als het werk onder hoge druk komt te staan en er minder ruimte is voor de sociale component, blijkt dit weleens om te kunnen slaan in een nadeel: teleurgestelde professionals die de sector verlaten en minder weerbaarheid en latente gezondheidsproblemen die bij de werknemers boven komen.

### *Beeldvorming*

Een externe factor die het werk onder druk zet is negatieve beeldvorming over de sector zorg en welzijn die in het maatschappelijk debat is ontstaan. De maatschappelijke kritiek en gevoelde druk tot veranderen wordt door een bepaalde groep werkenden persoonlijk opgevat en als pijnlijk ervaren. Dit maakt hen extra kwetsbaar.

### *Vergrijzing*

Vergrijzing is een feit en speelt een rol in de belastbaarheid van de werknemers. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen stellen dat het werk in de sector zorg en welzijn zwaar is en dat het lichaam niet ingesteld is op langer doorwerken in deze sector en het werk niet is aangepast aan oudere werknemers. Chronische klachten nemen immers toe met leeftijd. Gerealiseerd moet worden dat de oudere werknemers vaak jarenlang zonder (arbo) hulpmiddelen hebben gewerkt en dit pas aan het einde van hun carrière zullen merken.

### *Organisatie - reorganisatie*

Verder zien verschillende actoren dat fusies, reorganisaties en bezuinigingen veel impact hebben op leidinggevenden en medewerkers. De werkdruk zou hiermee de grens van het aanvaardbare overschrijden. Daarnaast tast het de bevologenheid van veel werkenden aan. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zien nadrukkelijk een relatie tussen fusies en reorganisaties en de stijging van langdurig verzuim (verandering van functie, stijging van werkdruk, grote veranderingen waardoor mensen het niet meer trekken). Sociale partners signaleren de negatieve effecten van fusies en reorganisaties door middel van minder aandacht voor arbeidsomstandigheden. Ook zij relateren fusies en reorganisaties aan een hoger (langdurig) verzuim.

### *Coping met veranderingen in het werk*

In alle sub-sectoren wordt een verandering in het takenpakket - zich in de meeste gevallen uitend in een taakverzwaring - gesignaleerd. In alle sub-sectoren is 'coping met veranderingen' een issue dat zorgen baart. Sub-sectorspecifiek geldt dat in de GHZ mensen verplicht op meerdere groepen worden ingezet, er zijn geen 'loze uurtjes' meer in een dienst en men werkt meer alleen. Dat vraagt om coping en andere

competenties. In de *VVT* neemt de zorgzwaarte toe en dwingen de zorgzwaartepakketten tot een goede mix qua bekostiging. Deze veranderingen vragen ook om een nieuw type medewerker die meer zelf beslissingen neemt en handelt. In de sector *WMD* veranderen de eisen aan welzijnswerkers om de paar jaar. Coping daarmee is de grootste uitdaging.

Personeelsfunctionarissen, bedrijfsartsen en sociale partners zien mogelijkheden in het anders inrichten van het werkproces die een gunstige invloed zouden kunnen hebben op de belasting van medewerkers. In de praktijk zien zij in alle sub-sectoren voorbeelden van organisaties die hier goede resultaten mee bereiken



### **3 LANGDURIG ZIEKTEVERZUIM EN WIA-INSTROOM**

#### **3.1 Inleiding**

Om een goed beeld te krijgen van de oorzaken van de (gestegen) WIA-instroom is het nodig om ook een beeld te hebben van het verzuim in de sector zorg en welzijn en in de verschillende sub-sectoren. Van 2002 tot 2006 neemt het langdurig verzuim in de zorg- en welzijnssector af (Grijpstra e.a., 2011). Dit is onder andere de periode waarin veel arboconvenanten van kracht zijn en arbeidsomstandigheden en verzuim dus volop aandacht krijgen (AEF, 2007; Van der Kemp & Van Vree, 2004; Van der Linden & Kloosterman, 2004; Nefs & Tissing, 2005; Van Rij & Van Doorn, 2005; Van Vree & Bolhuis, 2005). Vanaf 2006 neemt het langdurig ziekteverzuim in deze sectoren weer toe (Grijpstra e.a., 2011.) Deze tendens gaat gelijk op met een toenemende mate van verminderde naleving van wettelijke verplichtingen (maatregelen om werknemers te beschermen tegen de negatieve effecten van werken) in de periode van 2006-2010.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de ontwikkelingen van het verzuim in de sector zorg en welzijn. Daarbij schetsen we een beeld van de kenmerken van werknemers die langdurig verzuimen. Vervolgens gaan we in op de ontwikkelingen in de WIA-instroom. Daarna geven we weer hoe de geïnterviewden aankijken tegen de WIA-instroom en wat hiervan volgens hen de achtergrond is.

#### **3.2 Langdurig verzuim**

Hier geven we het beeld van de ontwikkeling van het verzuim en in het bijzonder het langdurig verzuim in de sector zorg en welzijn. Daarbij maken we waar mogelijk onderscheid naar de verschillende sub-sectoren om op basis daarvan tot de selectie te komen van die sub-sectoren waar de verzuim en arbeidsongeschiktheidsproblematiek het grootst is.

##### *Hoogste langdurig verzuim in gehandicaptenzorg en VVT*

De sub-sectoren GHZ en VVT hebben in vergelijking met de andere sub-sectoren het hoogste langdurig verzuim (Grijpstra e.a., 2011; Vernet, 2011). Bij de GGZ, GHZ en VVT is bij het verzuim langer dan 43 dagen tussen 2006 en 2010 een stijging te zien van respectievelijk 0,50%, 0,60% en 0,80% (zie tabel 3.1).

**Tabel 3.1 Verzuimpercentages bij AZH, GHZ, VVT en GGZ**

	Algemene ziekenhui- zen	Gehand- captenzorg	Thuiszorg <sup>4</sup>	Verpleging en Verzor- ging	Geestelijke gezond- heidszorg
Verzuim 43-365 dagen					
2002	3,50%	5,00%	6,00%	5,00%	3,50%
2003	3,00%	4,20%	5,10%	4,20%	3,00%
2004	2,80%	3,90%	4,80%	3,90%	2,90%
2005	2,60%	3,50%	4,20%	3,60%	2,70%
2006	2,50%	3,30%	4,00%	3,50%	2,60%
2007	2,50%	3,40%	4,30%	3,50%	2,70%
Verzuim 43-730 dagen					
2008	2,70%	3,80%		4,40%	3,00%
2009	2,70%	3,80%		4,30%	2,90%
2010	2,80%	3,90%		4,30%	3,10%

(Grijpstra e.a., 2011; Vernet, 2011)

*Welzijn en maatschappelijke dienstverlening*

Van de sectoren WMD, JZ en KO zijn verder geen gegevens bekend over het verzuim met een duur van 43-730 dagen in de periode 2002 tot 2010 (Grijpstra e.a., 2011). Wel zijn er gegevens bekend over 2010 en 2011. Bij de sector WMD is het verzuim langer dan 365 dagen van 2010 op 2011 gestegen met 0,99% (tabel 3.2).

**Tabel 3.2 Verzuimpercentages bij WJK**

	Welzijn en maat- schappelijke dienstverlening	Jeugdzorg	Kinderopvang
Verzuim 15-91 dagen			
2010	1,31%	1,32%	1,42%
2011	1,05%	1,48%	1,33%
Verzuim 92-365 dagen			
2010	1,84%	1,91%	1,81%
2011	1,41%	1,63%	1,68%
Verzuim >365 dagen			
2010	1,54%	0,82%	0,72%
2011	2,53%	0,78%	1,20%

(FCB, 2012; FCB, 2011)

<sup>4</sup> Vanaf 2008 wordt de sector thuiszorg niet meer apart geregistreerd maar vormt deze samen met de verpleging en verzorging een sector, de VVT.



### Totale verzuimpercentage in de sub-sectoren

In de meeste sub-sectoren is het verzuimpercentage sinds 2003 sterk afgenomen. Vooral in de sector *WMD* is de afname zeer sterk geweest, van ruim 9% in 2003 tot 4,3% in 2009. In 2010 is het verzuim in deze branche weer sterk toegenomen (Grijpstra e.a., 2011). Tabel 3.3 toont het totaaloverzicht van verzuim (exclusief zwangerschapsverlof) in de sub-sectoren.

**Tabel 3.3 Totale verzuim, in percentages (excl. zwangerschapsverlof)**

	Alg. zieken- huizen	GHZ	Thuis- zorg	Verple- ging en Verzor- ging	GGZ	Wel- zijn <sup>5</sup>	Maatsch. dienst- verlening	Jeugd zorg	Kinder- opvang	Zorg en Welzijn
Verzuim (1 jaar)										
1999	6,20%	7,50%	9,80%	8,10%	6,90%					
2000	6,40%	8,10%	10,30%	8,40%	7,10%				8,20%	
2001	6,30%	8,10%	10,10%	8,30%	6,90%					
2002	5,60%	7,30%	8,50%	7,40%	5,90%					
2003	5,10%	6,50%	7,60%	6,50%	5,30%	6,70%	9,10%	5,90%	5,80%	
2004	4,80%	6,00%	7,10%	6,10%	5,10%	6,10%	7,60%	5,00%	5,90%	4,30%
2005	4,70%	5,70%	6,50%	5,80%	5,00%		7,10%	5,10%	4,60%	4,30%
2006	4,40%	5,30%	6,00%	5,40%	4,60%		6,20%	5,00%	4,40%	4,40%
2007	4,30%	5,40%	6,30%	5,40%	4,70%		5,50%	5,70%	5,70%	4,40%
Verzuim (2 jaar)										
2008	4,53%	5,71%		6,31%	5,09%		4,90%	6,00%	5,50%	4,30%
2009	4,54%	5,74%		6,19%	4,93%		4,30%	5,59%	4,91%	4,30%
2010	4,48%	5,66%		6,00%	4,95%		5,76%	5,44%	5,20%	
2011							5,89%	5,33%	5,38%	

Bronnen: AEF, 2007; Essen e.a., 2006; Grijpstra e.a., 2011; Nefs, 2005; Van Rij & Van Doorn, 2005; Van der Kemp, 2004; FCB, 2012.

### Werkgerelateerd verzuim

Voornamelijk in de JZ (47,7%), GHZ (42,0%), WMD (41,3%) en VVT (V&V 40,7% TZ&KZ 37%) geven veel werknemers aan dat de oorzaak van het verzuim geheel/deels bij het werk lag (De Visser & Schoenmakers, 2011).

<sup>5</sup> De sector Welzijn is vanaf 2008 opgegaan in de sector maatschappelijke dienstverlening, die voor een groot deel uit Welzijn bestaat.

### *Conclusie*

Het verzuim is door de jaren heen relatief hoog geweest in de Thuiszorg respectievelijk Verpleging en verzorging (VVT). De Maatschappelijke dienstverlening heeft het eerst hoge verzuim een aantal jaren weten terug te dringen, maar hier is de laatste jaren ook weer een duidelijke stijging zichtbaar. Daarmee vormen dit de meest 'zorgelijke' sectoren. Dit zien we terug in het langdurig verzuim, waar de VVT en de sector WMD ook de hoogste verzuimpercentages kennen. Deze sectoren hebben eveneens een hoog aandeel werkgerelateerd verzuim.

## **3.3 Samenstelling populatie langdurig verzuimende zorgmedewerkers**

Om meer zicht te krijgen op de kenmerken van zorgmedewerkers die langdurig verzuimen (en daarmee de kans hebben de WIA in te stromen), hebben we een groot aantal verzuimdossiers bestudeerd van arbodienst Arbo Unie. Het betrof gegevens van werknemers die minimaal 3 maanden ziek gemeld zijn geweest en op dat moment werkzaam waren binnen de SV-sector zorg. Hierbij ging het om 300 langdurig zieken die ziek zijn geworden in 2006 (potentiële WIA-instroom in 2008) versus 300 langdurig zieken met de eerste ziektedag drie jaar later, in 2009 (potentiële WIA-instroom in 2011). Door deze twee groepen met elkaar te vergelijken, krijgen we zicht op eventuele veranderingen in deze periode van drie jaar in de kenmerken van het langdurig verzuim. Uit dit dossieronderzoek komt het volgende beeld naar voren.

### **3.3.1 Basiskenmerken van de onderzoeksgroep**

#### *Leeftijd en geslacht*

De leeftijdsopbouw van de groepen langdurig zieken uit 2006 en 2009 is vergelijkbaar. Zo'n 60% valt in de leeftijdsklassen van 35 t/m 54 jaar. De gemiddelde leeftijd van beide groepen is 41 jaar. Vergeleken met de gehele populatie werkenden in de zorg (hoofdstuk 2, UWV 2010) is het aandeel langdurig zieken in de leeftijdscategorie 45-4-54 iets groter maar opvallend genoeg is het aandeel 55-plussers onder de langdurig zieken in deze dossierstudie juist lager. In de gehele sector zorg en welzijn is 15% ouder dan 55jaar, terwijl dat bij de langdurig zieken maar zo'n 10% is.

**Tabel 3.4 Leeftijd**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
jonger dan 25 jaar	5%	5%
25 t/m 34 jaar	26%	26%
35 t/m 44 jaar	29%	31%
45 t/m 54 jaar	30%	29%
55 jaar en ouder	10%	9%
gemiddelde leeftijd	41 jaar	41 jaar

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

Het overgrote deel van de langdurig zieken zijn vrouwen, zo'n 90%. Dit is een iets hoger aandeel dan in de gehele groep werkenden in de sector. De groep langdurig zieken van 2006 bestaat voor een iets groter deel uit mannen dan de groep van 2009, maar dit verschil is niet significant. In beide groepen zijn de mannen gemiddeld ouder dan de vrouwen.

**Tabel 3.5 Geslacht**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
vrouw	87%	90%
man	13%	10%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Opleidingsniveau*

Iets minder dan de helft van de langdurig zieken heeft een opleiding op MBO-niveau en een derde op HBO-niveau. Het opleidingsniveau ligt in de 2009-groep gemiddeld iets hoger dan in de 2006-groep.

**Tabel 3.6 Opleidingsniveau**

	langdurig zieken 2006 (n=107)	langdurig zieken 2009 (n=157)
ongeschoold	1%	1%
LO	1%	1%
LBO	11%	11%
MBO	48%	45%
HBO	34%	33%
WO	6%	10%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Omvang aanstelling*

Het aantal werkuren per week is voor de langdurig zieken van 2006 gemiddeld 25 uur en voor de langdurig zieken van 2009 gemiddeld 26 uur. Dit komt overeen met de gemiddelde aanstellingsomvang in de sector. Een duidelijk verschil zit in het aandeel werknemers met een kleine aanstelling: dit aandeel neemt af, de 2009-groep heeft minder vaak aanstellingen van minder dan 20 uur dan de 2006-groep (20% versus 28%).

**Tabel 3.7 Omvang aanstelling (aantal werkuren per week)**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
0 t/m 11 uur	10%	6%
12 t/m 19 uur	18%	14%
20 t/m 24 uur	23%	26%
25 t/m 29 uur	8%	12%
30 t/m 34 uur	17%	21%
35 uur of meer	23%	21%
gemiddeld aantal werkuren	25 uur	26 uur

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Duur dienstverband*

Een ander duidelijk verschil tussen de 2006-groep en de 2009-groep is de duur van het dienstverband tot aan de ziekmelding. Het aandeel kortere dienstverbanden was in 2009 beduidend groter dan in 2006. Op het moment van ziekmelding was 36% van de 2009-groep maximaal 2 jaar in dienst, tegenover 22% van de 2006-groep. Dit is opvallend: deze mensen zijn nog zo kort in dienst en dan al langdurig ziek. Dit kan ook een indicatie zijn dat er bij de langdurig zieken van 2009 vaker sprake is van (opvolgende) tijdelijke contracten. De dossiers bevatten geen informatie over de aard van de contracten (tijdelijk of vast)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Uit de Sectorale arbeidsmarktinformatie (RWI, 2011) is bekend dat in de sector Zorg en welzijn 80% van het totale personeel in vaste dienst is, 9% een tijdelijk contract heeft, 7% als oproepkracht werkzaam is en 4% een ander type dienstverband heeft (alfahulp, zzp'er, uitzendkracht). Hoe dit verdeeld is bij langdurig zieken, is echter niet bekend.

**Tabel 3.8 Duur dienstverband (in jaren) tot aan ziekmelding**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
korter dan 1 jaar	10%	14%
1 t/m 2 jaar	12%	22%
3 t/m 5 jaar	25%	15%
6 t/m 10 jaar	26%	27%
meer dan 10 jaar	27%	22%
gemiddelde duur	8 jaar	7 jaar

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

### 3.3.2 Kenmerken van het verzuim

#### *Verzuimduur*

De onderzoeksgroep betreft werknemers die minimaal 3 maanden ziek gemeld zijn geweest. Een grote meerderheid van deze langdurig zieken is niet langer dan een jaar ziek gemeld geweest. Het aandeel dat langer dan anderhalf jaar ziek gemeld is geweest, is bij de 2006-groep iets hoger dan bij de 2009-groep (14% versus 11%). Dit verschil is echter niet significant. Deze uitkomst is verrassend; verwacht werd dat het aandeel dat langer dan anderhalf jaar ziek gemeld is geweest, hoger zou zijn bij de langdurig zieken van 2009. Immers, de WIA-instroom onder deze groep is hoger. Onduidelijk is waarom dit beeld niet uit de cijfers naar voren komt.<sup>7, 8</sup>

**Tabel 3.9 Verzuimduur in klassen**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
3+ t/m 6 maanden	43%	42%
7 t/m 12 maanden	34%	39%
13 t/m 18 maanden	9%	8%
19 t/m 24 maanden	14%	11%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Verzuimdiagnose*

Ruim een derde van de langdurig zieken van 2006 en 2009 heeft als diagnose psychische aandoeningen of gedragsstoornissen. Hierbij gaat het in de meeste gevallen

<sup>7</sup> Voor de zekerheid is dit ook gecheckt in het totale bestand van Arbo Unie (*alle* langdurig zieken in de zorg, exclusief de zwangeren, van 2006 en 2009) Deze analyse laat hetzelfde beeld zien als uit de steekproeven naar voren komt, de steekproef is dus niet vertekend.

<sup>8</sup> Hier kijken we naar percentages: welk deel van de steekproef heeft en bepaalde verzuimduur. Het kan natuurlijk zo zijn dat het absolute aantal driemaandszieken in 2009 wel groter was waardoor er meer mensen einde wachttijd voor de WIA bereiken (24 maanden) en er, hoewel het percentage gelijk of zelfs iets lager was absoluut gezien wel meer mensen in de WIA stroomden.

om spanningsklachten. Daarnaast heeft ruim een kwart ziekten van het botspierstelsel of bindweefsels.

Zwangerschap gerelateerde aandoeningen (zwangerschappen zélf uitgesloten) komen als derde belangrijkste diagnose naar voren. Overige diagnoses zijn divers. Verschillen tussen de 2006-groep en 2009-groep zijn niet significant.

**Tabel 3.10 Diagnose (letter CAS-code)<sup>9</sup>**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
psychische aandoeningen en gedragsstoornissen (P)	36%	37%
ziekten van botspierstelsel en bindweefsels (L)	28%	28%
zwangerschapsgelateerde aandoeningen (G)	12%	16%
overig	24%	19%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

De diagnose verschilt naar leeftijdsklasse, en deze verschillen zijn bij de 2006-groep anders dan bij de 2009-groep. De jongeren (t/m 34 jaar) van 2006 hebben relatief vaak zwangerschapsgelateerde aandoeningen, terwijl bij de jongeren van 2009 het aandeel met psychische aandoeningen het hoogst ligt. Psychische aandoeningen komen bij de 2006-groep meer voor bij de leeftijdsklasse van 35 t/m 49 jaar, maar in 2009 zoals gezegd juist meer bij de jongeren tot 35 jaar.

#### *Redenen van verzuim*

In de probleemanalyses van de langdurig zieken wordt 'ziekte' het vaakst wordt genoemd als reden voor het verzuim. Dit geldt voor beide groepen, maar in 2009 wordt deze reden een stuk vaker genoemd dan in 2006 (75% versus 62%).

Het aandeel met 'psychische belasting' als reden voor verzuim ligt in 2009 lager dan in 2006 (22% versus 28%). Ander opvallend verschil tussen beide groepen betreft de 'sociale omstandigheden', die bij 17% van de 2009-groep als reden is genoemd, tegenover 9% in 2006.

<sup>9</sup> De CAS-code is de classificatie van ziekten in de 'Classificaties voor Arbo en SV'

**Tabel 3.11 Redenen van verzuim\***

	langdurig zieken 2006 (n=216)	langdurig zieken 2009 (n=218)
ziekte	62%	75%
psychische belasting	28%	22%
fysieke belasting	22%	19%
intra-persoonlijk	20%	17%
sociale omstandigheden	9%	17%
arbeidsomstandigheden	9%	11%
arbeidsconflict	1%	1%
anders	13%	11%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

\* Er zijn meerdere redenen mogelijk, waardoor de percentages niet optellen tot 100%.

#### *Lichte toename werkgerelateerd verzuim*

Uit de probleemanalyses blijkt dat dat in 2009 de klachten iets vaker (geheel of deels) door de bedrijfsarts als werkgerelateerd worden aangemerkt dan in 2006: 32% versus 26%. Dit verschil heeft te maken met een groter aandeel *deels* werkgerelateerd verzuim.

Werkgerelateerd verzuim kan te maken hebben met arbeidsomstandigheden en arbeidsconflicten, maar betreft ook vaak intra-persoonlijke omstandigheden en/of psychische belasting. Verzuim door fysieke belasting wordt veel minder vaak toegeschreven aan het werk dan verzuim door psychische belasting<sup>10</sup>. Dit is opvallend, gezien het feit dat de sector veel lichamelijk zwaar werk kent.

**Tabel 3.12 Werkgerelateerdheid van het verzuim**

	langdurig zieken 2006 (n=196)	langdurig zieken 2009 (n=200)
geheel werkgerelateerd	11%	10%
deels werkgerelateerd	15%	22%
niet werkgerelateerd	74%	68%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

<sup>10</sup> In hoeverre bepaald verzuim is gerelateerd aan privéomstandigheden is niet bekend. Er zijn ook geen gegevens bekend van de thuissituatie van betrokkenen (eventueel spelende scheiding, rouwverwerking, mantelzorg, etc.).

### 3.4 WIA-instroom

#### *Stijging WIA-aanvragen*

In de periode tussen 2006 en 2011 is er landelijk sprake geweest van een stijging in het aantal WIA-aanvragen. Ook het toekenningspercentage is in die periode toegenomen (zie tabel 3.13). UWV analyses geven aan dat dit mede kan worden toegeschreven aan een toename van het aantal en de ernst van de beperkingen in deze periode.

**Tabel 3.13 Ontwikkeling WIA-aanvragen en toekenningspercentage**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
aanvragen	35.220	37.219	39.806	40.975	54.565	58.848
toekenningspercentage	51%	55%	57%	59%	58%	57%

Bron: UWV.

Tussen 2006 en 2010 is het aantal WIA-aanvragen per 10.000 werknemers landelijk gestegen met 35,6%. Binnen de sector zorg en welzijn is deze stijging nog veel groter geweest: 77,3%. Zie tabel 3.14.

**Tabel 3.14 Ontwikkeling WIA-aanvragen per 10.000 werknemers**

	2006	2010	stijging 2006-2010
landelijk	630	854	35,6%
sector zorg en welzijn	44	78	77,3%

Bron: UWV.

#### *Stijging WIA-instroom*

De stijging in het aantal WIA-aanvragen, in combinatie met het gestegen toekenningspercentage, betekent eveneens een stijging van de WIA-instroom in genoemde periode. Na een aanvankelijke lage instroom in de WIA nam de WIA-instroom toe, zeker vanaf 2009 (zie tabel 3.15). De jaren 2009 en 2010 laten een stijging van de totale WIA-instroom van respectievelijk 15,8% en 21,5% zien. In 2011 is deze stijging afgenomen tot 6,4% en neemt in 2012 naar schatting verder af tot 1,8%. Daarmee lijkt de stijging van de WIA-instroom inmiddels tot stilstand te zijn gekomen.

In de sector zorg en welzijn is al een grote stijging te zien vanaf 2008, doorlopend tot 2010. De stijging van de WIA-instroom kwam in de sector zorg en welzijn dus eerder op gang en duurde langer dan landelijk het geval was. Ook in de sector zorg en welzijn zien we echter een afname van de stijging in 2011.



**Tabel 3.15 Ontwikkeling WIA-instroom (toekenningen)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>landelijk<sup>1)</sup></b>						
aantallen	21.000	22.400	25.300	29.300	35.600	37.900
stijging t.o.v. voorgaande jaar	-	6,7%	12,9%	15,8%	21,5%	6,4%
<b>sector zorg en welzijn<sup>2)</sup></b>						
aantallen	2.856	3.039	3.727	4.589	5.548	5.880
stijging t.o.v. voorgaande jaar	-	6,4%	22,6%	23,1%	20,8%	6,0%

1) Bron: UWV Kennisverslagen. Cijfers zijn hierin afgerond naar honderdtallen.

2) Bron: Informatie sociale verzekeringen naar sectoren 2006 t/m 2011, UWV.

3) raming.

### 3.5 Beeld in het werkveld over toename WIA- instroom

In interviews met verschillende professionals zijn we nagegaan in hoeverre de gestegen WIA-instroom in de sector zorg en welzijn herkend wordt in het werkveld zelf, en of deze hoger is dan verwacht zou mogen worden op basis van de kenmerken van de werkende populatie in de sector. Ook is nagegaan welke verklaringen de professionals voor de gestegen WIA-instroom geven.

#### 3.5.1 Herkenning toename WIA- instroom?

##### *Verbazing en relatief weinig herkenning bij de personeelsfunctionarissen*

Een aantal van de geïnterviewden personeelsfunctionarissen weet dat UWV de WGA-instroomcijfers van de grote werkgevers op naam publiceert. De meeste geïnterviewden wisten dit echter niet, en hoorden in dit interview hierover voor het eerst. Toch staan alle geïnterviewden organisaties in dit overzicht en blijkt daaruit dat hun WGA-instroom in de periode 2009 - 2011 flink gestegen is. Vijf van de negen geïnterviewden personeelsfunctionarissen herkennen in hun organisatie niet het beeld van een toegenomen en hoge WIA-instroom. Het verbaast ze dan ook. De anderen herkennen zich daar wel enigszins in. Van degenen die dit beeld niet herkennen denkt een aantal dat de cijfers niet kloppen. Vier van de personeelsfunctionarissen zien geen groei in het langdurig verzuim en zij denken dat ze het binnen hun sector juist goed doen, zowel ten aanzien van de verzuimcijfers als ten aanzien van de WIA-instroom.

### *Wisselende reacties van de bedrijfsartsen*

De geïnterviewden bedrijfsartsen denken zeer wisselend over de omvang van de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn. De één herkent het beeld van een toegenomen instroom, de ander volstrekt niet.

De visie van één van de bedrijfsartsen:

“De cijfers ken ik niet precies. Maar het verbaast me niet dat de WIA-instroom stijgt in deze sector. Het verzuim, ook het langdurig verzuim, is immers langzaam aan het stijgen. Instellingen worstelen, misschien meer dan vroeger, met complexe, langdurige verzuimcases. Deels is het aantal lastige dossiers toegenomen, deels is het geworstel van de instellingen om oplossingen te vinden toegenomen. Aan de andere kant zie ik ook meer initiatieven van instellingen om iets aan het langdurige verzuim te doen. Bij de lastige gevallen zie je soms ‘een kluwen van professionals’ die zich ermee bemoeit of zou moeten bemoeien. Dat maakt het niet altijd makkelijk. Maar let wel: die ingewikkelde cases waarbij ook werk-gerelateerde problemen spelen leiden uiteindelijk zelden tot WIA-instroom”.

Er worden weinig sub-sector specifieke trends gesignaleerd door de bedrijfsartsen, wel stelt één van hen dat in de instellingen juist de WIA-instroom van de *niet* verzorgende en verplegende werknemers hoog is; dus bij de facilitaire diensten waar veel laaggeschoold werk wordt gedaan. Allen zien wel dat het verzuim langzaam weer oploopt; ze benadrukken echter dat hoog verzuim zeker niet automatisch tot een hogere WIA-instroom leidt.

### *Veel herkenning bij de verzekeringsartsen*

Alle geïnterviewden verzekeringsartsen herkennen wel het beeld van de toegenomen instroom vanuit de sector zorg en welzijn. De één ziet dit beeld vooral bij de verzorging en verpleging, een andere arts ziet dit specifiek bij de ouderenzorg en de thuiszorg.

### *Herkenning bij de inspectie SZW*

De vertegenwoordiger van de inspectie herkent het beeld van een verhoogde instroom in de WIA vanuit de sector zorg en welzijn. De inspectie ziet het verzuim in de sector stijgen en meent dat dit vooral werkgerelateerde instroom is. Maar dit kan vooralsnog niet verder worden onderbouwd.

### *Weinig herkenning, maar geen verbazing bij de sociale partners*

Van de acht geïnterviewde sociale partners zijn de meesten zich niet bewust van een hogere WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn (hoger dan verwacht zou mogen worden op basis van de werkzame populatie). Maar de meesten zijn hier niet verbaasd over.

Belangrijkste reden die zij hiervoor geven: het langdurig verzuim is weer langzaam aan het stijgen en op grond daarvan zal de WIA-instroom hoger kunnen uitvallen.

### 3.5.2 Belangrijkste redenen voor de WIA-instroom

#### *Personeelsfunctionarissen zien vooral schrijnende gevallen*

Alle personeelsfunctionarissen benadrukken dat degenen die in de WIA instromen zwaar ziek en volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Ze zien hier geen 'vermijdbare' instroom in en zien ook nauwelijks een werkgerelateerde WIA-instroom.

Een personeelsfunctionaris uit de gehandicaptenzorg reageert heel resoluut op de vraag of er WIA-instroom geweest is die voorkomen had kunnen worden: "Onterechte WIA-instroom zien wij niet. Het gaat om kwetsbare mensen in zeer schrijnende situaties".

De meeste personeelsfunctionarissen spreken van "pure pech gevallen, waar niemand iets aan kan doen". Een enkeling verwijst naar de slechte leefstijl van veel werknemers (weinig bewegen, ongezond eten, roken en drinken), wat bij een aantal WIA-instroomgevallen een rol kan hebben gespeeld. De geïnterviewden kunnen geen verklaring geven waarom hun organisatie een hoger instroompercentage heeft dan andere werkgevers in hun segment van de sector zorg en welzijn. Qua verzuim-beheersing denken enkelen dat zij het juist beter doen dan anderen in de sector: ze besteden er de laatste jaren veel aandacht aan (en de eventuele WIA-instroom noemen zij niet de aanleiding hiertoe).

#### *Toename in psychiatrische aandoeningen gesignaleerd*

De helft van de personeelsfunctionarissen ziet een toename in het aantal WIA-instromers met ernstige psychische en - expliciet genoemd - psychiatrische aandoeningen. Enkele benoemen daarnaast een toename in kanker en vaatziekten of van klachten aan het bewegingsapparaat.

De personeelsfunctionarissen uit de maatschappelijke dienstverlening en de welzijnssector geven aan dat de vele WIA-instromers met psychische of psychiatrische aandoeningen deze problemen latent al hadden, maar dat door de toegenomen werkdruk en maatschappelijke druk op hun beroepsuitoefening de problemen manifest zijn geworden. De problemen zijn vergroot en de werknemers zijn tenslotte 'over het randje gevallen'. Vervolgens zijn deze werknemers arbeidsongeschikt geraakt, althans voor hun huidige werk. Sommigen zijn door de ernst van de psychiatrische klachten ook permanent en voor ander werk arbeidsongeschikt geworden. De personeelsfunctionarissen uit deze sector benoemen ook nadrukkelijk een positief kenmerk van deze werknemers: het betreft vaak de (ervarings)deskundige zorgverleners met een enorme inzet en betrokkenheid bij hun cliënten. Dus de sterke en zwakke

kant van dit type werknemer – vaak maatschappelijk werker of psycholoog – reizen met elkaar mee. Dit kan lange tijd goed gaan, maar op een gegeven moment als de balans hieruit verdwijnt, vallen deze werknemers blijvend uit.

*De bedrijfsartsen zien een strengere selectie aan de poort van de WIA*

Eén bedrijfsarts ziet vooral de herplaatsingsmogelijkheden voor re-integrerende werknemers teruglopen in de zorginstellingen en denkt dat daarom de WIA-instroom stijgt. Een ander wijt de toename aan de veranderingen in de sector zorg en welzijn zelf: de toegenomen marktwerking leidde afgelopen jaren tot grote veranderingen in de inhoud en organisatie van het werk. Twee andere bedrijfsartsen zien echter een tegengestelde trend: ze signaleren juist een lagere WIA-instroom door een strengere selectie aan de poort door UWV. Zij zien alleen nog maar de ernstig zieke medewerkers instromen en maken zich daarnaast zorgen over werknemers die volgens hen volledig arbeidsongeschikt zijn en die na de claimbeoordeling voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn verklaard. Zij zouden volgens de beoordeling van UWV aan het werk moeten.

Ook een aantal van de bedrijfsartsen heeft het idee dat de WIA-instroom (te) erg ingeperkt wordt. Zij zien veel afwijzingen binnen komen en in toenemende mate sancties voor werkgevers. Second opinion wordt daarom ook vaker aangevraagd.

Een van de bedrijfsartsen verzucht:

Soms denk je: “Zijn ze bij UWV gek geworden? Een loodzwaar, vaak psychiatrisch dossier: WIA afgewezen! Voor deze persoon is toch geen enkel werk te vinden? Wat verwacht UWV eigenlijk van werknemers en werkgevers?”

*Verskillende oorzaken volgens de verzekeringsartsen*

Eén verzekeringsarts denkt dat de golf van reorganisaties bijgedragen heeft aan de WIA-instroom. Dit beeld wordt echter door geen van de personeelsfunctionarissen beaamd. Deze arts ziet door deze veranderingen meer verzuim en ook meer medicalisering van klachten. Een ander ziet het door de opeenstapeling van klachten.

“We zien nu naast de medische klachten meer bijkomende problemen: echtscheiding, financiële problemen, zorgtaken thuis, conflict op het werk. Wat rest na twee jaar ziekte zijn de meervoudige en ernstige klachten. Er is in de eerste twee jaar een voorselectie: vaak is er al veel gedaan, en heeft dat niets opgeleverd. De eigen werkgever heeft geen passend werk voorhanden: mensen worden dan lang aan het lijntje gehouden”.

Andere verzekeringsartsen noemen eveneens het zwaarder en complexer worden van het werk als oorzaak voor de – vermoedelijk – hoge WIA-instroom. Eén van hen wijt de hoge WIA-instroom aan het hoge percentage vrouwen dat in de zorg werkt. In

de zorg hebben de meeste vrouwen kleine(re) contracten en de werkgevers spannen zich minder voor hen in, is zijn visie.

#### *Verschillende verklaringen volgens de sociale partners*

Een primaire reactie van een aantal geïnterviewden werkgever- en werknemersvertegenwoordigers is dat een eventuele toename van de WIA-instroom wellicht komt door de oudere populatie of door de beleidswijziging inzake het tweede ziektejaar. In de VVT ziet de ene respondent wel een hogere instroom, de andere niet. In de GGZ wordt de hogere WIA-instroom wel door werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers gezien, maar kan men geen eenduidige verklaring hiervoor geven. In de maatschappelijke dienstverlening zien de vertegenwoordigers een sterke relatie met veranderingen in het werk (met name de verhoogde werkdruk).

### **3.6 Samenvatting en conclusies**

In dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de ontwikkelingen in het verzuim en WIA-instroom in de sector zorg en welzijn. Sinds 2006 nemen het langdurig ziekteverzuim en de WIA-instroom in de sector toe.

#### *Ontwikkelingen in het verzuim*

Het verzuim is door de jaren heen relatief hoog geweest in de thuiszorg respectievelijk verpleging en verzorging (VVT). De sub-sector maatschappelijke dienstverlening heeft het hoge verzuim een aantal jaren weten terug te dringen, maar hier is de laatste jaren ook weer een duidelijke stijging zichtbaar. Daarmee vormen dit de meest 'zorgelijke' sectoren. Dit zien we terug in het langdurig verzuim, waar de VVT en sector WMD ook de hoogste verzuimpercentages kennen. Deze sectoren hebben eveneens een hoog aandeel werkgerelateerd verzuim.

Van twee groepen langdurig zieken (langer dan 3 maanden ziek), met de eerste ziektedag in 2006 respectievelijk 2009, is bekeken wat hen kenmerkt. Dit zou licht kunnen werpen op eventuele veranderingen in de kenmerken van langdurig verzuim in de gehele sector zorg en welzijn. Verwacht werd dat de 2009-groep meer langdurig zieken bevat die langer dan anderhalf jaar ziek gemeld zijn geweest (en daarmee voor de WIA-poort komen) dan de 2006-groep. Dit blijkt echter niet het geval. Onduidelijk is waarom dit beeld niet uit de cijfers naar voren komt.

Wel zijn er enkele andere relevante verschillen tussen de langdurig zieken van 2006 en 2009 naar voren gekomen:

- Het aandeel werknemers met een kleine aanstelling (minder dan 20 uur) is bij de 2009-groep kleiner. Mogelijk is het bij kleine aanstellingen makkelijker om het

werk weer geheel te hervatten. Mogelijk hebben de werknemers met grotere aanstellingen meer last van de toegenomen werkdruk, waardoor zij vaker langdurig verzuimen. Dit zijn veronderstellingen die we niet nader kunnen onderbouwen.

- Het aandeel werknemers met kortere dienstverbanden (maximaal 2 jaar) is groter bij de 2009-groep. Dit kan een indicatie zijn dat er bij de langdurig zieken van 2009 vaker sprake is van (opvolgende) tijdelijke contracten, waarbij er makkelijker selectie bij het behouden van personeel kan plaatsvinden. Uit het onderzoek dat TNO gelijktijdig met deze studie heeft verricht eveneens met subsidie van UWV komt naar voren dat werkgevers in de zorg bij verlening van tijdelijke contracten op verzuimgedrag selecteren. In de zorgsector was geen enkele werkgever bereid het tijdelijk contract te verlangen van een medewerker die het afgelopen jaar verzuimd had. Dit selectiegedrag was in de zorgsector sterker dan in andere sectoren.<sup>11</sup> We beschikken niet over gegevens om dit nader te onderzoeken. We weten wel dat er in het algemeen meer werknemers met tijdelijke contracten en oproepkrachten zijn; over de ontwikkeling van de duur van de dienstverbanden weten we niets.
- In de probleemanalyses van de langdurig zieken wordt 'ziekte' bij de 2009-groep veel vaker genoemd als reden voor het verzuim dan bij de 2006-groep. Ander opvallend verschil tussen beide groepen betreft de 'sociale omstandigheden', die bij de 2009-groep vaker als reden is genoemd dan bij de 2006-groep.
- In 2009 waren de klachten iets vaker werkgerelateerd dan in 2006.

#### *Ontwikkelingen in de WIA-instroom*

In de periode tussen 2006 en 2010 is er sprake geweest van een stijging in het aantal WIA-aanvragen. Ook het toekenningspercentage is toegenomen. Dit kan mede worden toegeschreven aan een toename van het aantal en de ernst van de beperkingen in deze periode. Tussen 2006 en 2010 is het aantal WIA-aanvragen per 10.000 werknemers landelijk (sectorbreed) gestegen met 35,6%. Binnen de sector zorg en welzijn is deze stijging nog veel groter geweest: 77,3%.

De stijging in het aantal WIA-aanvragen, in combinatie met het gestegen toekenningspercentage, betekent eveneens een stijging van de WIA-instroom. Tussen 2009 en 2010 is de landelijke stijging van de WIA-instroom het grootst: 21,5%. In 2011 en 2012 nam de stijging af en lijkt inmiddels tot stilstand te zijn gekomen.

In de sector zorg en welzijn is al een grote stijging te zien vanaf 2008 (22,6%), doorlopend tot 2010 (20,8%). De stijging van de WIA-instroom kwam in de sector zorg en welzijn dus eerder sterk op gang en duurde langer dan landelijk het geval was. Ook

<sup>11</sup> Houtman, I., R. Steenbeek, M. van Zwieten, S. Andriessen (2013) Verklaring stijging WIA instroom vanuit werkgeversperspectief: een vignettenstudie. Hoofddorp: TNO

in de sector zorg en welzijn zien we echter een afzwakking van de stijging in 2011 (6,0%).

#### *Herkenning bij professionals*

De verschillende geïnterviewden professionals herkennen lang niet allemaal het beeld van een sterk gestegen WIA-instroom in de sector zorg en welzijn. Wel wordt door de personeelsfunctionarissen aangegeven dat de WIA-instromers vaak schrijnende gevallen betreffen waarvoor WIA-instroom onvermijdelijk was. Er wordt een toename in het aandeel psychiatrische aandoeningen gesignaleerd – al dan niet getriggerd door de grotere werkdruk en/of maatschappelijke druk.

De werknemers die zo uitvallen, vallen vaak blijvend uit. Het zwaarder en complexer worden van het werk wordt sowieso door verschillende geledingen als oorzaak van de gestegen WIA-instroom genoemd. Enkele professionals benoemen teruggelopen herplaatsingsmogelijkheden in de zorginstellingen als reden, al dan niet als gevolg van reorganisaties of als gevolg van het toegenomen aantal kleinere contracten, waarvoor werkgevers zich minder zouden willen inspannen.





## 4 UITGESTELDE WIA-INSTROOM

### 4.1 Inleiding

In dit onderzoek gaan wij na in hoeverre veranderde arbeidsomstandigheden of verminderde re-integratiemogelijkheden een rol spelen bij de gestegen WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn. Behalve deze twee hypothesen die betrekking hebben op inhoudelijke ontwikkelingen in de sector zorg en welzijn zijn wij nagegaan in hoeverre het *uitsteleffect* in de sector zorg en welzijn een rol speelt bij de gestegen WIA-instroom. De hypothese hierbij luidt:

*Door uitgestelde instroom, waarbij langdurig zieken die aanvankelijk re-integreerden en geen WIA-aanvraag deden alsnog weer langdurig ziek worden en (een grote kans hebben om) alsnog een WIA-aanvraag (te) doen, stijgt de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn.*

Het uitsteleffect veronderstelt dat bij de invoering van de WIA, die ongeveer samenviel met de start van de tweejaars loondoorbetaling, werknemers en werkgevers met name in het tweede jaar veel re-integratie-inspanningen gericht hebben op herstel en op het voorkomen van WIA-instroom (denk bijvoorbeeld aan aanpassing van taken en/of uren). Wellicht was dit in een aantal gevallen een te zware belasting voor de werknemer waardoor deze toch na relatief korte tijd weer uitviel en alsnog langdurig verzuimde met een grotere kans op WIA-instroom dan bij het eerste langdurige verzuim.

### 4.2 Uitsteleffect

De uitstel-hypothese was de aanleiding voor het verrichten van secundaire analyses op de Vernet bestanden en beantwoording hiervan was aanvankelijk dan ook de kern van de exercitie. Gaandeweg is gebleken dat met de beschikbare data beantwoording van de vraag niet mogelijk is. De focus is daardoor meer verschoven naar het beschrijven van de beschikbare gegevens – die een schat aan informatie bevatten – en een berekening van de kans dat werknemers in de sector zorg en welzijn binnen enkele jaren na een verzuimperiode van minimaal 12 maanden opnieuw langdurig ziek zijn.

De onderzoeksgroep wordt gevormd door werknemers in de sector zorg en welzijn met een in 2007 afgesloten verzuimevent van tenminste 12 en ten hoogste 23 maanden (exclusief verzuim in verband met zwangerschap). De aanvang van het

event ligt zodoende in 2006. Deze onderzoeksgroep beschrijven we allereerst naar alle (uit de Vernet-registratie) beschikbare achtergrondkenmerken: duur van het verzuim in klassen (navolgende tabellen zullen hiernaar worden uitgesplitst), geslacht, leeftijd, AO-factor, (sub)sector, salarisklassen, deeltijdfactor, duur van het dienstverband bij aanvang verzuim, en beëindiging van het dienstverband.

#### *Verzuimduur*

Het merendeel van de werknemers in de onderzoeksgroep (62%) had een verzuimduur van 12 tot 15 maanden. Een kwart verzuimde 15 tot 18 maanden en ruim tien procent 18 tot 21 maanden. Bij de resterende drie procent duurde het verzuim meer dan 21, maar maximaal 23 maanden; zij werden hersteld gemeld vóór het bereiken van het einde van de wachttijd voor de WIA. Werknemers die de wachttijd voor de WIA volmaakten komen dus niet voor in de onderzoeksgroep.

**Tabel 4.1 Onderzoeksgroep: verzuimduur in de periode 2006-2007 in klassen**

<b>Verzuimduur</b>	<b>aantal</b>	<b>percentage</b>
366 t/m 455 dagen	1.219	62,0%
456 t/m 545 dagen	484	24,6%
546 t/m 635 dagen	209	10,6%
636 t/m 690 dagen	54	2,7%
totaal	1.966	100%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

#### *Bedrijfstak*

De sector zorg en welzijn waarover Vernet gegevens heeft omvat de branches Ziekenhuizen (26% van onze onderzoeksgroep), Gehandicaptenzorg (19%), Geestelijke Gezondheidszorg (9%) en VVT (46%) en Welzijn (minder dan 1%). Wij nemen hier de gegevens van de welzijnsbranche wel op ter illustratie, maar bedacht moet worden dat dit om een hele kleine groep gaat.

Met behulp van tabel 4.2 kunnen we vaststellen of de branches afwijken van het totaal gemiddelde wat de verzuimduur betreft. Het blijkt dat geen van de branches significant afwijkt. Daarbij is Welzijn buiten beschouwing gelaten in verband met het kleine aantal waarnemingen. Ofwel in geen van de branches komt een bepaalde verzuimduurklasse meer of minder dan gemiddeld voor.

**Tabel 4.2 Onderzoeksgroep: bedrijfstak, naar verzuimduur (rij-percentages)**

Sector	Verzuimduur			
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)
Ziekenhuizen (n=515)	63,7%	23,1%	10,1%	3,1%
Gehandicaptenzorg (n=381)	63,0%	25,7%	8,7%	2,6%
Geestelijke GZ (n=168)	58,3%	31,0%	8,3%	2,4%
VVT (n=897)	61,4%	23,7%	12,3%	2,6%
Welzijn (n=5)	40,0%	40,0%	0%	20,0%
<b>Totaal</b>	<b>62,0%</b>	<b>24,6%</b>	<b>10,6%</b>	<b>2,7%</b>

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

#### *Geslacht en leeftijd*

De onderzoeksgroep bestaat voor 90% uit vrouwen. Dit is iets meer dan verwacht zou kunnen worden op basis van het personeelsbestand in de sector zorg, dat in 2007 voor 84% uit vrouwen bestond (Vernet, 2007). Er is geen significant verschil naar geslacht tussen de duurklassen.

**Tabel 4.3 Onderzoeksgroep: geslacht, naar verzuimduur**

Geslacht	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Vrouw	89,4%	91,9%	91,9%	94,4%	90,4%
Man	10,6%	8,1%	8,1%	5,6%	9,6%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Ongeveer twee derde deel valt in de leeftijdsklassen van 36 tot 56 jaar; de gemiddelde leeftijd is 44 jaar. Er is geen significant verschil naar leeftijd tussen de duurklassen.

De verdeling naar leeftijd in de onderzoeksgroep wijkt iets af van de verdeling zoals die volgens de Vernet VerzuimMonitor in 2007 in de totale sector zorg en welzijn was, in die zin dat de onderzoeksgroep relatief weinig jongeren (tot 36 jaar) bevat en relatief veel oudere werknemers (vanaf 46 jaar)<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Personeelsopbouw naar leeftijdsklasse in de sector Zorg in 2007: tot en met 25 jaar 11,6%, 26 tot en met 35 jaar 20,4%, 36 tot en met 45 jaar 28,6%, 46 tot en met 55 jaar 29,6%, ouder dan 55 jaar 9,8%.

**Tabel 4.4 Onderzoeksgroep: leeftijd in 2007, naar verzuimduur**

Leeftijd	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Tot en met 25 jaar	3,5%	5,0%	6,2%	5,6%	4,2%
26 tot en met 35 jaar	15,8%	16,9%	15,3%	16,7%	16,0%
36 tot en met 45 jaar	27,5%	29,1%	32,1%	31,5%	28,5%
46 tot en met 55 jaar	38,6%	37,0%	30,6%	35,2%	37,2%
Ouder dan 55 jaar	14,7%	12,0%	15,8%	11,1%	14,0%
Gemiddelde leeftijd	45 jr	44 jr	44 jr	43 jr	44 jr

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

#### *Mate van arbeidsongeschiktheid*

In totaal 93% werd bij aanvang van het verzuimevent volledig ziek gemeld.

Het kwam vrijwel niet voor dat werknemers meer dan 50% maar minder dan 100% arbeidsongeschikt werden gemeld. Er is tussen de duurklassen geen significant verschil in de mate van arbeidsongeschiktheid.

**Tabel 4.5 Onderzoeksgroep: mate van arbeidsongeschiktheid bij aanvang verzuimevent (2006), naar verzuimduur**

Mate van AO	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Maximaal 25% ao	2,5%	2,5%	1,9%	0%	2,3%
25% t/m 50% ao	3,0%	6,0%	4,8%	1,9%	3,9%
50% t/m 75% ao	0,7%	0,8%	1,0%	1,9%	0,8%
75% tot 100% ao	0,3%	0,2%	0,5%	1,9%	0,4%
100% ao	93,5%	90,5%	91,9%	94,4%	92,6%
Gemiddeld	96% ao	95% ao	95% ao	98% ao	96% ao

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Tabel 4.6 toont de laatst bekende mate van arbeidsongeschiktheid, vlak voor beëindiging van het verzuimevent. Op basis van vergelijking van deze tabel met tabel 4.5 (en nadere bestudering van wijzigingen in de arbeidsongeschiktheidsfactor gedurende het verzuim) concluderen we dat bijna twee derde deel van de langdurige ziektegevallen het werk geleidelijk opbouwt voordat zij volledig hersteld zijn. Dit betekent dat zij geleidelijk aan re-integreren.

**Tabel 4.6 Onderzoeksgroep: laatst bekende mate van arbeidsongeschiktheid voor beëindiging verzuimevent (2007), naar verzuimduur**

Mate van AO	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
0% ao	0,2%	0,6%	0%	0%	0,3%
1% t/m 25% ao	40,8%	41,1%	43,5%	35,2%	41,0%
25% t/m 50% ao	20,5%	16,5%	15,3%	13,0%	18,8%
50% t/m 75% ao	3,0%	3,1%	4,8%	1,9%	3,2%
75% tot 100% ao	0,9%	0,6%	1,0%	1,9%	0,9%
100% ao	34,5%	38,0%	35,4%	48,1%	35,9%
Gemiddeld	52% ao	53% ao	52% ao	62% ao	53% ao

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

#### *Salarisklasse*

Via Vernet beschikken we over het brutoloon per maand op voltijdbasis (tabel 4.7). Het lijkt er op dat werknemers in de salarisklasse € 1500 - € 2000 meer dan gemiddeld in de hoogste duurklasse zitten, terwijl werknemers in de salarisklasse € 2000 - € 2500 juist minder dan gemiddeld voorkomen in de hoogste duurklasse. Statistisch zijn de verschillen echter niet significant (mede doordat het aantal cases in de hoogste duurklasse klein is).

**Tabel 4.7 Onderzoeksgroep: salarisklasse (brutoloon per maand op voltijdbasis), naar verzuimduur**

Salaris	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Geen loon bekend	1,9%	2,5%	5,3%	1,9%	2,4%
< € 1500	4,5%	4,1%	5,7%	0%	4,4%
€ 1500 - € 2000	28,8%	27,9%	29,2%	42,6%	29,0%
€ 2000 - € 2500	42,3%	43,6%	38,8%	35,2%	42,1%
€ 2500 - € 3000	13,5%	14,3%	12,4%	16,7%	13,7%
€ > 3000	8,9%	7,6%	8,6%	3,7%	8,4%
Gemiddeld	€ 2.204	€ 2.148	€ 2.119	€ 2.102	€ 2.178

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

#### *Deeltijdfactor*

Bijna één op de tien werknemers in de onderzoeksgroep heeft bij aanvang van het langdurig verzuim een kleine deeltijdbaai (deeltijdfactor minder dan 0,33). Ruim een

derde deel (37%) heeft een wat grotere deeltijd baan (deeltijdfactor tot 0,66) en 38% heeft een grote deeltijd baan (deeltijdfactor meer dan 0,66). De resterende 16% werkt voltijd. Onderstaande tabel toont voor deze vijf categorieën van aanstellingsomvang hoe de verdeling is over de verzuimduurklassen.

**Tabel 4.8 Onderzoeksgroep: deeltijdfactor bij aanvang verzuimevent (2006), naar verzuimduur (rij-percentages)**

Deeltijdfactor	Verzuimduur			
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)
t/m 0,33	51,4%	28,8%	16,4%	3,4%
0,33 t/m 0,50	64,2%	23,4%	9,4%	3,0%
0,50 t/m 0,66	64,5%	22,9%	10,1%	2,4%
0,66 tot 1	61,9%	25,6%	9,7%	2,8%
1 (voltijd)	62,9%	23,2%	11,7%	2,2%
Gemiddelde deeltijdfactor	0,68	0,67	0,68	0,64

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Er is geen significant verschil naar aanstellingsomvang (deeltijdfactor) tussen de duurklassen. Wel blijken werknemers met de kleinste deeltijd banen (deeltijdfactor 0,33) vaker in de hogere verzuimduurklassen te zitten dan werknemers die meer uren werken.

Gemiddeld genomen is er vrijwel geen wijziging in de deeltijdfactor aan het einde van het verzuim (tabel 4.9) ten opzichte van de aanvang. Maar als we tabellen 4.8 en 4.9 meer in detail gaan bekijken zien we toch kleine verschillen.

**Tabel 4.9 Onderzoeksgroep: deeltijdfactor bij einde verzuimevent (2007), naar verzuimduur (rij-percentages)**

Deeltijdfactor	Verzuimduur			
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)
t/m 0,33	51,6%	28,1%	15,6%	4,7%
0,33 t/m 0,50	64,3%	23,7%	8,9%	3,1%
0,50 t/m 0,66	65,0%	21,5%	11,4%	2,2%
0,66 tot 1	61,5%	26,4%	9,7%	2,4%
1 (voltijd)	63,7%	22,5%	11,4%	2,4%
Gemiddelde deeltijdfactor	0,66	0,67	0,67	0,62

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

We zien namelijk dat het percentage werknemers met een voltijdaanstelling in alle verzuimduurklassen - behalve in de hoogste - bij het einde van het verzuimevent heel licht is afgenomen. Bij een aanstellingsomvang van 0,66 tot 1 zien we geen verschil (voor een deel omdat ex-voltijders naar die categorie zijn gegaan). Het percentage werknemers met de kleinste aanstellingsomvang is ook licht gestegen bij het einde van het verzuimevent (met de sterkste stijging in de hoogste verzuimduurklasse).

Daarnaast blijkt – dit staat niet in een tabel – dat bij 94% de deeltijdfactor aan het einde van de verzuimperiode hetzelfde is als bij aanvang van het verzuim. Echter, ongeveer 5% werkt aan het einde van de verzuimperiode minder uren dan bij aanvang van het verzuim. (De resterende 1% is meer uren gaan werken.)

De hypothese hierbij zou kunnen zijn dat werknemers gedurende (of tegen het einde) van het verzuimevent hun aanstellingsomvang terugbrengen om, gegeven hun belastbaarheid, hun belasting te verminderen. In dat geval zou men aan het einde van de verzuimperiode een (iets) kleinere aanstellingsomvang verwachten, waarvoor we in de voorgaande tabellen voorzichtige aanwijzingen zien.

#### *Duur van het dienstverband*

Bij aanvang van het langdurig verzuim was meer dan de helft (circa 55%) van de werknemers al langer dan vijf jaar in dienst bij haar (of zijn) werkgever. Gemiddeld duurde het dienstverband op dat moment ongeveer negen jaar. Zie verder tabel 4.10. Er is geen significant verschil naar duur van het dienstverband tussen de duurklassen.

**Tabel 4.10 Onderzoeksgroep: duur dienstverband bij aanvang verzuimevent (2006), naar verzuimduur**

Duur dienstverband	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Maximaal 1 jaar	7,5%	6,3%	9,1%	11,1%	7,5%
1-3 jaar	16,6%	20,5%	13,9%	11,1%	17,1%
3-5 jaar	19,0%	20,5%	22,5%	25,9%	19,9%
5-10 jaar	26,1%	25,7%	28,2%	22,2%	26,1%
10-20 jaar	19,9%	16,7%	19,1%	25,9%	19,2%
meer dan 20 jaar	10,9%	10,4%	7,2%	3,7%	10,2%
Gemiddelde duur dvb	9 jr	8 jr	8 jr	8 jr	9 jr

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

*Beëindiging van het dienstverband*

In totaal is bij 24% van de 12-maandszieken het dienstverband in 2007 (dus in het jaar waarin het langdurig verzuim eindigde) beëindigd. Daarbij is niet bekend in hoeverre het om tijdelijke of vaste contracten ging. Daarbij zien we verschillen tussen de duurklassen. Het aandeel waarbij het dienstverband beëindigd wordt lijkt toe te nemen naarmate het verzuim langer duurt; van 22% in de duurklasse 12 tot 15 maanden, tot 28% in de duurklasse 18 tot 21 maanden. In de hoogste duurklasse is het aandeel dan weer wat kleiner (22%). Wellicht is het feit dat verzuim dat langer dan 23 maanden duurde is uitgesloten hiervan de oorzaak.

**Tabel 4.11 Onderzoeksgroep: aandeel waarbij dienstverband beëindigd is in 2007, naar verzuimduur**

	Verzuimduur				Totaal (n=1.966)
	12-15 mnd (n=1.219)	15-18 mnd (n=484)	18-21 mnd (n=209)	21-23 mnd (n=54)	
Einde dvb 2007	21,8%	27,5%	28,2%	22,2%	23,9%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Ook tussen de branches zien we verschillen naar beëindiging van het dienstverband (tabel 4.12). In de VVT is het aandeel waarbij het dienstverband in 2007 beëindigd is met 27% het grootst. Als we de welzijnsbranche (in verband met het kleine aantal) buiten beschouwing laten, valt verder op dat het percentage beëindigingen bij de ziekenhuizen laag is (17%) vergeleken met de drie andere branches.

**Tabel 4.12 Onderzoeksgroep: aandeel waarbij dienstverband beëindigd is in 2007, naar branche**

	Branche					Totaal (n=1.966)
	ZKH (n=515)	GHZ (n=381)	GGZ (n=168)	VVT (n=897)	Welzijn (n=5)	
Einde dvb '06-'07	16,9%	26,0%	23,8%	27,2%	0%	23,9%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Informatie over de achtergrond van het beëindigen van het dienstverband (zoals reden van beëindiging, door wie beëindigd) is niet beschikbaar. We kunnen dus niet met zekerheid zeggen of gezondheidsklachten van de werknemer hierbij een rol hebben gespeeld. Een aanwijzing hiervoor zien we echter in de datum waarop het dienstverband is beëindigd. Indien deze overeen komt met de einddatum van het langdurig verzuimevent, zou dit gezien kunnen worden als aanwijzing dat gezondheid een rol speelde bij beëindiging van het dienstverband.



Het blijkt dat bij de groep waarbij het dienstverband in 2007 is beëindigd (n=470), bij bijna de helft (46%) de datum waarop het dienstverband eindigde overeenkomt met de einddatum van het verzuimevent. Bij de overigen ligt de datum einde dienstverband na het einde van het verzuimevent.

Maar: indien de datum einde dienstverband ná de einddatum van het verzuimevent ligt, liggen deze datums soms wel héél dicht bij elkaar: bij 12% zit er slechts één dag tussen, bij ruim 5% maximaal één week en bij 10% tussen één week en één maand. Kortom: bij ongeveer driekwart (74%) is het dienstverband binnen een maand na afloop van het verzuimevent beëindigd. Dit verband is dermate sterk dat het zeer waarschijnlijk is dat gezondheidsklachten een rol hebben gespeeld bij beëindigen van het dienstverband.

Er blijkt ook een relatie te bestaan tussen de duur van het verzuim en de duur van het dienstverband na einde van het verzuim (tabel 4.13). Naarmate het verzuim langer duurde, komt het vaker voor dat het dienstverband beëindigd is op of één dag na de dag van de hersteld-melding: van 52% in de laagste duurklasse tot 68% in de op één-na-hoogste duurklasse. In de hoogste verzuimduurklasse is zelfs bij iedereen bij wie het dienstverband beëindigd is dat tegelijk met of de dag na de hersteld-melding gebeurd (al is dit resultaat gebaseerd op een klein aantal gevallen).

**Tabel 4.13 Onderzoeksgroep: indien dienstverband beëindigd: duur dienstverband na einde verzuim, naar verzuimduur**

Duur dienstverband na einde verzuim	Verzuimduur				Totaal (n=470)
	12-15 mnd (n=266)	15-18 mnd (n=133)	18-21 mnd (n=59)	21-23 mnd (n=12)	
0 dagen	42,9%	45,1%	54,2%	75,0%	45,7%
1 dag	9,0%	17,3%	13,6%	25,0%	12,3%
2 dagen tot 1 week	6,8%	4,5%	3,4%	0%	5,5%
> 1 week, max. 1 mnd	11,3%	10,5%	5,1%	0%	10,0%
> 1 maand, max. 3 mnd	13,5%	12,8%	18,6%	0%	13,6%
> 3 maanden	16,5%	9,8%	5,1%	0%	12,8%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

In alle gevallen waar het dienstverband beëindigd is, is niet bekend op wiens initiatief dit gebeurde. Maar het hoge percentage beëindigingen rond het einde van het verzuim doet vermoeden dat dit lang niet altijd om een door de werknemer gewenste beëindiging gaat.

Ook uitgesplitst naar branche zijn de verschillen in de duur van het dienstverband na einde van het verzuim significant (exclusief de Welzijnssector; in de vijf gevallen van

langdurig verzuim die daar bekend zijn is het dienstverband niet beëindigd). In de Geestelijke Gezondheidszorg is het aandeel waarbij het dienstverband tegelijk met of de dag na de hersteld-melding beëindigd is relatief klein (53%). In deze branche kwam het naar verhouding vaak voor dat het dienstverband één tot drie maanden na de verzuimperiode werd beëindigd. Zie tabel 4.14.

**Tabel 4.14 Onderzoeksgroep: indien dienstverband beëindigd: duur dienstverband na einde verzuim, naar branche**

Duur dienstverband na einde verzuim	Branche				Totaal (n=470)
	ZKH (n=87)	GHZ (n=99)	GGZ (n=40)	VVT (n=244)	
0 dagen	51,7%	52,5%	42,5%	41,4%	45,7%
1 dag	8,0%	4,0%	10,0%	17,6%	12,3%
2 dagen tot 1 week	4,6%	7,1%	2,5%	5,7%	5,5%
> 1 week, max. 1 mnd	10,3%	10,1%	10,0%	9,8%	10,0%
> 1 maand, max. 3 mnd	9,2%	18,2%	27,5%	11,1%	13,6%
> 3 maanden	16,1%	8,1%	7,5%	14,3%	12,8%

Bron: analyse verzuimgegevens 12-maandszieken Vernet

Bij slechts ongeveer anderhalf procent van de totale onderzoeksgroep (n=27) is het dienstverband in de periode 2008-2012 beëindigd.

### 4.3 Kans op herhaald langdurig verzuim

We spreken hier van herhaald langdurig verzuim als iemand in de jaren na de basisperiode (2006-2007), dus vanaf 2008, wederom minimaal twaalf maanden verzuimt. Bij het berekenen van de kans op dit vervolgvverzuim zijn de 470 personen waarbij het dienstverband in 2007 is beëindigd buiten beschouwing gelaten (van hen zijn geen gegevens van ná 2007 bekend)<sup>13</sup>.

Zoals in tabel 4.15 te zien is, heeft in totaal ruim 8% van de onderzoeksgroep (dit zijn dus werknemers in de sector zorg en welzijn die in 2007 hersteld zijn gemeld na een verzuim van 12 tot 23 maanden) in de periode 2008 tot en met het tweede kwartaal van 2012 weer een periode van langdurig verzuim (minimaal 12 maanden) gehad. De kans op herhaald langdurig verzuim blijkt in de ziekenhuizen groter te zijn dan in de overige branches.

<sup>13</sup> De berekeningen voor de onderzoeksgroep zijn soms (m.n. bij de GGZ) gebaseerd op erg kleine aantallen.

**Tabel 4.15 Kans op herhaald langdurig verzuim met een duur van minimaal 12 maanden in de periode 2008 – 2012-II, naar branche**

	Branche				Totaal (n=1.491)
	ZKH (n=428)	GHZ (n=282)	GGZ (n=128)	VVT (n=653)	
onderzoeksgroep	11,68%	6,74%	6,25%	6,74%	8,12%

Bron: analyse verzuimgegevens Vernet

Om vast te kunnen stellen of de kans op langdurig verzuim in de onderzoeksgroep groter is dan de reguliere kans op langdurig verzuim, hebben we (een) referentiecijfer(s) nodig: hoe groot is de kans op een verzuimperiode van minimaal 12 maanden voor een werknemer in de sector zorg en welzijn? Het is helaas niet mogelijk gebleken om deze kans (binnen de mogelijkheden van dit project, op basis van Vernet-data) uit te rekenen. Ook voor andere sectoren of voor de totale beroepsbevolking is deze kans niet bekend. We hebben dus geen vergelijkingsmateriaal. Het is echter wel aannemelijk dat de reguliere kans op een verzuimperiode langer dan 12 maanden kleiner is dan de kans op een herhaalde verzuimperiode van minimaal 12 maanden. Dit effect is namelijk eerder aangetoond, bijvoorbeeld in het proefschrift van Petra Koopmans "Recurrence of Sickness Absence" (2009). Zij berekende het risico op langdurig vervolgvverzuim in de periode 1998-2001 van werknemers (jonger dan 55 jaar) die werkzaam waren bij de Nederlandse post- en telecommunicatiebedrijven en die in 1997 langdurig ziek waren (minimaal 6 weken). Het recidief risico van langdurig ziekteverzuim was, vergeleken met de referentiepopulatie, ongeveer 1,5 keer zo hoog voor vrouwen en 2 keer zo hoog voor mannen.

#### *Weinig herkenning van uitgestelde WIA-instroom*

Ook de geïnterviewden is gevraagd of ze het beeld herkennen van een zogenoemd uitgestelde instroom, waarbij langdurig zieken die aanvankelijk re-integreerden en geen WIA aanvraag deden, alsnog weer langdurig ziek worden en (een grote kans hebben om) alsnog een WIA aanvraag te doen. Dit beeld riep echter weinig herkenning op. Slechts een paar personeelsfunctionarissen – uit de thuiszorg en de VVT-menen op incidenteel niveau, inderdaad een uitgestelde WIA-instroom te zien. Maar concrete voorbeelden schieten hen niet te binnen.

Gevraagd naar een uitgesteld WIA-instroom meldt één van de personeelsfunctionarissen uit de thuiszorg: "Na de proeftijd zien we mensen soms uitvallen door chronische, ernstige klachten. We hebben daar nu een bepaling over opgenomen in het contract, want anders wordt het een lastig dossier".

Bovenstaand is in feite geen voorbeeld van een uitgestelde WIA-instroom. Het is wel een voorbeeld van selectie op gezondheid bij het aannamebeleid. Hoewel hier in de interviews niet expliciet naar is gevraagd, noemen enkele personeelsfunctionarissen dat er - binnen de bestaande wettelijke mogelijkheden - wel degelijk kritisch wordt gekeken naar de gezondheid van nieuw aan te nemen werknemers.

*Wel herkenning voor uitgestelde WIA-instroom bij verzekeringsartsen en inspectie*  
De vertegenwoordiger van de inspectie herkende wel het beeld van een uitgestelde WIA-instroom, zo ook enkele verzekeringsartsen. Een van hen noemde dit zogenaamde "draaideurklanten". Interessant is echter dat enkele bedrijfs- en verzekeringsartsen hier een geheel ander beeld tegenover stelden. Namelijk dat van de zeer gemotiveerde werknemer met een verleden van arbeidsongeschiktheid die zeer gemotiveerd weer kan en wil re-integreren. Volgens deze bedrijfs- en verzekeringsartsen zouden werkgevers meer oog moeten hebben voor de motivatie en gedrevenheid van deze werknemers om hen zodoende een tweede kans te geven.

#### 4.4 Samenvatting

*Meer langdurig verzuim bij vrouwen, ouderen en bij kleine deeltijdbanen*

Van werknemers in de sector zorg en welzijn, die in 2007 tussen de 12 en 23 maanden ziek zijn geweest, zijn in dit hoofdstuk de kenmerken in beeld gebracht. De langdurig zieken zijn relatief veel vrouwen en relatief veel oudere werknemers (vanaf 46 jaar), vergeleken met de het totale personeelsbestand van de sector. Het overgrote deel (93%) is bij de ziekmelding volledig (dus niet deels) ziek gemeld. Bijna twee derde deel van de langdurig zieken bouwt het werk geleidelijk op voordat ze volledig hersteld zijn.

Werknemers met de kleinste deeltijdbanen bij aanvang van het verzuimevent in 2006 (t/m 0,33 fte) hebben vaak een langer durend verzuim dan andere werknemers. Er zijn aanwijzingen dat een klein deel van de werknemers gedurende (of tegen het einde) van het verzuimevent hun aanstellingsomvang terugbrengen om, gegeven hun belastbaarheid, hun belasting te verminderen.

*Beëindiging verzuim gaat relatief vaak samen met beëindiging dienstverband*

Bij aanvang van het langdurig verzuim was circa 55% van de werknemers al langer dan vijf jaar in dienst van hun werkgever. In het jaar waarin het verzuim eindigde, is bij 24% het dienstverband beëindigd (in de VVT meer, bij de ziekenhuizen minder). Van die groep is bij ongeveer driekwart het dienstverband binnen een maand na afloop van het verzuimevent beëindigd. Naarmate het verzuim langer duurde, kwam dit vaker voor. Het is niet bekend in hoeverre het om tijdelijke of vaste contracten ging.

Bij bijna de helft (46%) van de groep waarbij het dienstverband in hetzelfde jaar als de verzuimperiode is beëindigd, viel de datum van ontslag op de datum van het einde van het verzuimevent. Dit zou erop kunnen wijzen dat de gezondheidsklachten hierbij een rol hebben gespeeld.

#### *Kans op herhaald langdurig verzuim*

De kans op herhaald langdurig verzuim is berekend door na te gaan hoe vaak iemand na een verzuimperiode van minimaal 12 maanden binnen vijf jaar opnieuw minimaal 12 maanden ziek zijn. Het blijkt dat deze kans 8% is. De kans op herhaald langdurig verzuim is groter in de ziekenhuizen dan in de overige sub-branches in de sector zorg en welzijn. We beschikken niet over vergelijkbare cijfers van de reguliere kans op langdurig verzuim. Op basis van eerder aangetoonde effecten is het echter wel aannemelijk dat de reguliere kans op een verzuimperiode langer dan 12 maanden kleiner is dan deze 8%, de kans op een herhaalde verzuimperiode van minimaal 12 maanden.

Bij de geïnterviewden professionals wordt het beeld van een zogenoemde uitstelde WIA-instroom (waarbij langdurig zieken die aanvankelijk succesvol re-integreerden, wederom langdurig ziek worden en dan alsnog een WIA-aanvraag doen) niet op brede schaal herkend. Enkele personeelsfunctionarissen en verzekeringsartsen herkennen het beeld wel, evenals de vertegenwoordiger van de inspectie. Daartegenover bestaat een heel ander beeld, namelijk dat van de zeer gemotiveerde werknemer met een verleden van arbeidsongeschiktheid die zeer gemotiveerd kan en wil re-integreren.



**DEEL 2**  
**ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN EN RE-INTEGRATIEMOGELIJKHEDEN**





## **5 ONTWIKKELINGEN IN DE ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN**

### **5.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk staat de hypothese over de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn centraal. Deze luidde:

*Door de verslechterde arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn stijgt de uitval uit het arbeidsproces met een verhoogde WIA-instroom tot gevolg.*

Het materiaal om deze hypothese te onderzoeken is afkomstig uit het literatuuronderzoek, het onderzoek van de verzuimdossiers en de interviews met professionals in het veld. In paragraaf 5.2 worden de conclusies over de ontwikkeling van de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn weergegeven die uit de analyse van de NEA en de Arbobalans naar voren komen. In 5.3 is vervolgens onderzocht of de verzuimdossiers van de arbodienst aanknopingspunten bieden om uitspraken te kunnen doen over de arbeidsomstandigheden. In 5.4 worden de verschillende visies van de geïnterviewden op de ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden in het algemeen samengevat.

Uit de literatuurstudie kwamen specifieke arbeidsomstandigheden naar voren waar in de sector zorg en welzijn duidelijke veranderingen hebben plaatsgevonden en die het verzuim zouden kunnen verhogen. Deze specifieke thema's worden in paragraaf 5.5 besproken op basis van zowel literatuur als interviews. Aan geïnterviewden is expliciet gevraagd of zij een samenhang zien tussen de betreffende arbeidsbelasting en het ziekteverzuim. In slotparagraaf 5.6 wordt de balans opgemaakt omtrent de ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn en wordt een antwoord geformuleerd op de gestelde hypothese.

### **5.2 De arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn volgens de NEA**

De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) vormt het startpunt voor de analyse van de veranderingen in de arbeidsomstandigheden in de sector gezondheids- en welzijnszorg in de afgelopen tien jaar. Dit is een enquête die vanaf 2003 bijna jaarlijks onder een grote steekproef van werknemers is uitgezet. De steekproefomvang hiervan is sterk verhoogd ten opzichte van het beginjaar: in 2003 deden circa 10.000 werknemers mee, in latere jaren circa 23.000 werknemers. Vanwege een ander steekproefdesign als ook verandering van een aantal schalen laten we de vergelijking van de NEA 2003 met andere jaren NEA achterwege. In 2007 is de vraag-

stelling verbreed, waardoor de NEA van een typische arbeidsmonitor langzaam is veranderd in een instrument dat de kwaliteit van de arbeid meet. Een aantal vragen zijn over de jaren heen vergelijkbaar gebleven en een vergelijking van de NEA uitkomsten over verschillende jaren laat zodoende ontwikkelingen zien in de beleving van de arbeidsomstandigheden volgens de werknemers. Niet alle vragen zijn over de perioden 2005-2011 vergelijkbaar gebleven, voor een vergelijking kijken we hier steeds naar die jaren waar de vraagstelling wel hetzelfde was. Hier wordt soms de ontwikkeling van 2005 tot 2011 bekeken, maar vaker de ontwikkeling in de periode 2007 – 2011.

#### *Vergelijking NEA 2005-2011*

De analyse van de NEA 2005-2011 laat zien dat een aantal aspecten van de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn zwaarder zijn dan in andere sectoren en dat dit niet veranderd is in de afgelopen jaren. Daarnaast hebben een aantal arbeidsomstandigheden in de sector zich in de afgelopen jaren negatief ontwikkeld.

#### *Belangrijkste (stabiel) zware arbeidsomstandigheden*

Vergelijking van de arbeidsomstandigheden in de sector met het gemiddelde in de beroepsbevolking laat zien dat de volgende arbeidsomstandigheden zwaarder zijn dan gemiddeld. De vergelijkende percentages geven de stand van zaken anno 2011 weer.

- Onregelmatige werktijden: 26% in de sector, 13% gemiddeld
- Fysiek zwaar werk (werk waarbij men veel kracht moet zetten): 29% in de sector, 20% gemiddeld
- Werken in een ongemakkelijke houding: 16% in de sector, 11% gemiddeld
- Niet zelf het werktempo kunnen regelen: 19% in de sector, 13% gemiddeld
- Regelmatig onder hoge tijdsdruk werken: 33% in de sector, 30% gemiddeld
- Regelmatig in een hoog tempo werken: 40% in de sector, 36% gemiddeld
- Hectisch werk: 40% in de sector, 36% gemiddeld
- Emotioneel zwaar werk: 2,03 in de sector, 1,68 gemiddeld op een schaal van 1 tot 3
- Werk brengt werknemer in emotioneel moeilijke situaties: 16% in de sector, 8% gemiddeld
- Werk is emotioneel veeleisend: 16% in de sector, 11% gemiddeld
- Aanpak werkdruk, werkstress nodig: 49% in de sector, 40% gemiddeld
- Intimidatie of lichamelijk geweld door patiënten, leerlingen, klanten etc: 31% in de sector en 20% gemiddeld

(Van den Bossche, Hupkens, e.a. 2006, 2007; Van den Bossche, Koppes e.a. 2008; Koppes, De Vroome e.a., 2009, 2010, 2011, 2012).

Aparte analyse voor de sector laat zien dat een aantal belangrijke arbeidsomstandigheden voor de sector zorg en welzijn niet veranderd in de periode 2007-2012. Het

gaat dan om: autonomie als geheel (hoewel onderdelen daarvan wel veranderd zijn), sociale steun van leiding en collega's, intern ongewenst gedrag en intimidatie door klanten. Extern ongewenst gedrag, waaronder pesten, is tussen 2007 en 2009 sterk toegenomen, van 42% naar 45% om daarna weer af te nemen tot 43% in 2012.<sup>14</sup>

*Thema's waarbij een achteruitgang is opgetreden in de sector*

Een aantal arbeidsomstandigheden en persoonlijke omstandigheden zijn specifiek voor de sector tussen 2007 en 2011 zwaarder geworden.

- Niet zelf werktempo kunnen regelen: dit komt in vergelijking met gemiddelde in beroepsbevolking in de sector al minder vaak voor en is tussen 2007 en 2011 ook achteruitgegaan (in dezelfde mate als in de totale beroepsbevolking).
- Variatie in werk
- Niet zelf beslissen hoe werk wordt uitgevoerd
- Niet zelf volgorde van werkzaamheden bepalen
- Onder hoge tijdsdruk werken

Verder is in 2010 en 2011 de vraag gesteld naar de financiële thuissituatie. Deze bleek verslechterd: in 2011 gaven meer werknemers uit de sector aan dat zij veel of een beetje geld tekort kwamen, namelijk 20% in 2010 en 23% in 2011.

De algemene tevredenheid met het werk is ondanks een aantal zware arbeidsomstandigheden niet lager dan gemiddeld. In de sector zorg en welzijn is 82% van de werknemers tevreden of zeer tevreden, terwijl dit gemiddeld 78%. De tevredenheid in de sector is in de periode 2007-2011 ook nog toegenomen, terwijl deze voor de beroepsbevolking gemiddeld nagenoeg gelijk bleef.

In de interviews zijn de arbeidsomstandigheden besproken die hier als zwaar genoemd zijn.

*De visie van werknemers en werkgevers volgens de Arbobalans*

In de Arbobalans 2009 (*Klein Hesselink e.a., 2010*): worden de visies op de arbeidsomstandigheden van werkgevers en werknemers nader onderzocht. Voor de sector zorg en welzijn van belang zijn de volgende conclusies:

- In deze sector zijn werknemers en werkgevers het ten opzichte van de meeste andere sectoren minder eens over de veranderingen in de kwaliteit van arbeidsomstandigheden in de periode 2009-2010.
- Werkgevers in de sector zien de meeste psychosociale arbeidsrisico's (behalve agressie en geweld) vaker als arbeidsrisico dan dat werknemers hieraan blootstelling rapporteren.

---

<sup>14</sup> Met dank aan Irene Houtman en Lando Koppes van TNO voor nadere analyse.

- Werknemers in de sector geven vaker dan gemiddeld aan in ongemakkelijke houdingen te moeten werken, terwijl werkgevers dit risico gemiddeld beoordelen.
- Gevaarlijke stoffen, langdurig in dezelfde houding werken en het vóórkomen van agressie en geweld worden door werkgevers in de sector zelden als belangrijk arbeidsrisico gezien, terwijl werknemers aangeven hier wel regelmatig mee te maken te hebben (*Klein Hesselink e.a., 2010*).

De laatste drie punten tonen aan dat werknemers en werkgevers in de sector zorg en welzijn inderdaad verschillend denken over een aantal arbeidsomstandigheden. Waar relevant zullen deze thema's in paragraaf 5.5. terug komen.

### 5.3 Arbeidsomstandigheden in de dossiers van arbodienst Arbo Unie

Om zicht te krijgen op eventuele veranderingen in arbeidsomstandigheden, is hier ook in het dossieronderzoek aandacht aan besteed. Het gaat hierbij om dossiers van langdurig zieken die ziek zijn geworden in 2006 respectievelijk 2009. De analyse was primair gericht op het onderzoeken van de hypothese omtrent het uitsteleffect van de WIA-instroom, maar waar mogelijk zijn onderwerpen die te maken hebben met de arbeidsomstandigheden meegenomen. Aan de orde komen daarom het functieniveau, het arbeidspatroon, de functiebelasting en de mate waarin volgens de RIE of PAGO knelpunten in de arbeidsomstandigheden leidend tot verzuim bekend zijn.<sup>15</sup>

#### *Functieniveau*

Het functieniveau ligt in de 2009-groep gemiddeld iets hoger dan in de 2006-groep. Dit is in lijn met het verschil in opleidingsniveau tussen beide groepen (zie hoofdstuk 2). Van de langdurig zieken van 2009 heeft 41% een functie op HBO+ niveau, tegenover 37% in 2006. In beide groepen geldt dat de jongeren t/m 34 jaar relatief vaak een functie op HBO+ niveau hebben, terwijl de leeftijdsgroepen van 35 t/m 49 jaar en van 50 jaar en ouder relatief vaak een functie op MBO niveau hebben.

---

<sup>15</sup> De RIE staat voor de risico inventarisatie en –evaluatie die elke arbeidsorganisatie met meer dan 25 werknemers verplicht is om te maken volgens de Arbowet. PAGO is het periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek dat in een aantal sectoren en arbeidsorganisaties gebruikelijk is.

**Tabel 5.1 Functieniveau**

	langdurig zieken 2006 (n=112)	langdurig zieken 2009 (n=156)
Ongeschoold	2%	1%
LO	2%	1%
LBO	13%	8%
MBO	47%	48%
HBO	32%	33%
WO	5%	8%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Arbeidspatroon*

De langdurig zieken van 2009 hebben vaker een wisselend rooster dan de langdurig zieken van 2006 (49% versus 33%). Ook werkt de 2009-groep vaker in de avond (15% versus 6%) en 's nachts (12% versus 4%). Degenen die 's avonds of 's nachts werken, hebben vaak een wisselend rooster en dit zijn relatief veel jongeren.

**Tabel 5.2 Arbeidspatroon**

		langdurig zieken 2006 (n=168)	langdurig zieken 2009 (n=196)
vast of wisselend rooster	vast	67%	52%
	wisselend	33%	49%
werkt (ook) in avond	ja	6%	15%
	nee	94%	85%
werkt (ook) in nacht	ja	4%	12%
	nee	96%	88%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Functiebelasting*

In de 2009-groep zijn er t.o.v. de 2006-groep iets meer langdurig zieken die functies hebben met *mentaal belastende* factoren (78% versus 70%) of functies waarbij vaardigheden ten aanzien van de *omgang met anderen* belangrijk zijn (67% versus 61%). Daarentegen ervaart 48% van de langdurig zieken van 2009 functiebelasting ten aanzien van dynamische houdingen (bewegen, tillen etc.) tegenover 55% in de 2006-groep. Ook het percentage langdurig zieken met functiebelasting die statische houdingen (zitten, staan) betreft, is in de 2009-groep lager ten opzichte van de 2006-groep (50% versus 55%).

**Tabel 5.3a Aanwezigheid van verschillende soorten functiebelasting**

	langdurig zieken 2006 (n=168)	langdurig zieken 2009 (n=196)
mentaal belastende factoren	70%	78%
vaardigheden t.a.v. omgang met anderen	61%	67%
dynamische houdingen (bewegen, tillen)	55%	48%
statische houdingen (zitten, staan)	55%	50%
fysiek belastende factoren	5%	6%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

De werknemers met een wisselend rooster hebben vaker te maken met verschillende soorten functiebelasting dan werknemers met een vast rooster. Bij de langdurig zieken van 2009 is dit verschil minder duidelijk.

**Tabel 5.3b Aanwezigheid van verschillende soorten functiebelasting, naar type rooster**

	langdurig zieken 2006		langdurig zieken 2009	
	vast (n=112)	wisselend (n=56)	vast (n=100)	wisselend (n=94)
mentaal belastende factoren	62%	86%	77%	80%
vaardigheden t.a.v. omgang met anderen	52%	79%	68%	67%
dynamische houdingen (bewegen, tillen)	43%	79%	42%	55%
statische houdingen (zitten, staan)	44%	77%	43%	57%
fysiek belastende factoren	4%	7%	3%	10%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Knelpunten uit de RIE of PAGO*

In 2009 zijn er minder vaak relevante knelpunten voor dit verzuim bekend uit de Risico inventarisatie en –evaluatie (RIE) die voor elke instelling moet worden opgesteld of uit het periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek ( PAGO) dan in 2006: 1% versus 9%.

**Tabel 5.4 Relevante knelpunten bekend uit RIE of PAGO**

	langdurig zieken 2006 (n=159)	langdurig zieken 2009 (n=192)
Wel	9%	1%
Geen	91%	99%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Weinig ontwikkeling van arbeidsomstandigheden beschreven in de dossiers*

Uit de dossiers valt niet veel af te leiden over de rol van de arbeidsomstandigheden bij het langdurig verzuim en de ontwikkeling daarin. In de 2009-groep zijn er meer

langdurig zieken met een mentaal belasting in hun functie en minder met een fysieke belasting in hun functie. Hogere functies gaan vaker samen met mentaal belastende factoren en het functieniveau ligt in de 2009-groep gemiddeld iets hoger dan in de 2006-groep. Dit kan mede een verklaring geven voor het verschil in functiebelasting tussen de twee groepen. In de volgende paragraaf gaan we nader in op de fysieke en mentale belasting. Bij de langdurig zieken van 2006 is er een significant verschil in functiebelasting tussen degenen die een vast en degenen die een wisselend rooster hebben: een wisselend rooster leidt tot een zwaardere belasting. In 2009 is dit verschil echter kleiner dan in 2006. In 2009 is het aandeel langdurig zieken met een wisselend rooster ook groter dan in 2006, hetgeen misschien een aanwijzing is dat een wisselend rooster minder uitzonderlijk wordt met een bijbehorende minder uitzonderlijke belasting.

#### 5.4 Verandering van de arbeidsomstandigheden volgens de geïnterviewden

*Meeste personeelsfunctionarissen zien verandering, maar niet per se verzwaring*

De geïnterviewden personeelsfunctionarissen stellen dat zij alert zijn op de voorkomende arbeidsrisico's. De arborisico's zijn hen bekend. Op sommige terreinen ziet men een verbetering in de arbeidsomstandigheden, op andere terreinen een verslechtering. Het werk wordt zowel fysiek als mentaal als zwaar bestempeld (en dit komt overeen met de NEA bevindingen, zie paragraaf 5. 2), maar alle personeelsfunctionarissen signaleren dat er de afgelopen jaren veel is geïnvesteerd in (preventief) arbo- en verzuimbeleid en dat dat ook vruchten af heeft geworpen. De stelling 'de arbeidsomstandigheden zijn verslechterd' onderschrijven de meeste personeelsfunctionarissen dan ook niet. Ze zien wel veranderingen en verschuivingen, maar duiden deze niet per definitie als 'verslechtering'. Opvallend is bijvoorbeeld de door hen gegeven antwoorden op de vraag of het werk zwaarder is geworden omdat er 'minder handen aan het bed zijn': een aantal van hen stelt dat er nu efficiënter wordt gewerkt en dat de professionaliteit én de kwaliteit van het werk nu over het algemeen hoger zijn dan vroeger. Men ontkent daarmee niet dat er sprake kan zijn van taakverzwaring van de werknemers, maar duidt ook aan dat de output van het werk aanzienlijk verbeterd is.

*Bedrijfsartsen zien zowel verlichting als verzwaring van de arbeidsomstandigheden*

De geïnterviewden bedrijfsartsen zijn van mening dat de arbeidsomstandigheden (licht) zijn verbeterd: feitelijk zijn er meer hulpmiddelen voor handen dan tien jaar geleden en heel wat arbeidsrisico's zijn aangepakt. Zij schetsen echter twee ontwikkelingen waardoor de arbeidsomstandigheden in totaliteit toch meer problemen opleveren:

- Genoemde verbeteringen wegen onvoldoende op tegen de probleemcombinatie 'hogere werkdruk' en 'lagere opleiding'. Bedrijfsartsen signaleren dat de inhoud van het werk verandert (zie hoofdstuk 2) en dat dus de arbeidsomstandigheden hierop moeten worden aangepast. Dit laatste gebeurt volgens de bedrijfsartsen nog onvoldoende.
- Daarnaast staat of valt de verbetering van arbeidsomstandigheden met de *uitvoering* van het arbobeleid. Bedrijfsartsen zien in de praktijk dat het soms erg lang duurt voordat maatregelen zijn genomen. Gewoonten weerhouden werknemers om preventieve maatregelen ook daadwerkelijk toe te passen. Werknemers worden er wel meer dan vroeger door hun werkgever op aangesproken.

#### *Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zien verzwaring*

De geïnterviewden verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen signaleren in de sector zorg en welzijn vaker (dan in andere sectoren) een combinatie van verslechtering van arbeidsomstandigheden en meer sociale problematiek bij de werknemers. Beiden versterken elkaar: als in de thuissituatie van een werknemer iets problematisch is en degene mist op het werk compensatiemogelijkheden, slaat de weegschaal door naar de verkeerde kant. Gevolg kan zijn dat deze mensen uitvallen met langdurig verzuim.

#### *Sociale partners zien verandering én verzwaring*

Alle sociale partners van de vier sub-sectoren (VVT, GHZ, GGZ, WMD) die bevroegd zijn menen dat op de diverse deelterreinen de arbeidsomstandigheden zijn verslechterd. Zowel werkgevers- als werknemersvertegenwoordigers onderkennen dat er beleidsmatig de afgelopen tien jaar veel georganiseerd is omtrent de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Denk aan de arboconvenanten aan het begin van deze eeuw en de daarop volgende arbocatalogi<sup>16</sup>. Verondersteld zou kunnen worden dat door deze convenanten en arbocatalogi de arbeidsomstandigheden verbeterd zijn. Maar het oordeel van de sociale partners over de mate waarin de maatregelen geland zijn op de werkvloer verschilt: van aardig geland (werkgeververtegenwoordigers), tot onvoldoende ingedaald (werknemersvertegenwoordigers).

"Het arbobeleid is wel verbeterd, dat blijkt uit onderzoek, met name qua fysieke belasting (er zijn hulpmiddelen, instrumenten, voorlichting). *Wordt dit ook toegepast door werknemers?* Het is vanzelfsprekend om daar mee te werken denk ik. De middelen zijn niet mee weg te denken van de werkvloer." *WG vertegenwoordiger 2*

<sup>16</sup> De Arbocatalogus was in 2007 een nieuw fenomeen. De wetgever heeft er voor gekozen een belangrijke verantwoordelijkheid voor het vormgeven van het arbeidsomstandighedenbeleid neer te leggen bij werkgevers en werknemers op decentraal niveau. (Bron: Stichting van de Arbeid, 2007 [http://www.stvda.nl/~media/Files/Stvda/Brochures/2000\\_2009/2007/Brochure\\_20070712.ashx](http://www.stvda.nl/~media/Files/Stvda/Brochures/2000_2009/2007/Brochure_20070712.ashx))



“De arbocatalogus is onvoldoende ingedaald op de werkvloer. Daarbij komt dat oudere werknemers vroeger niet volgens die normen gewerkt hebben. Dat geeft een backlash. Tegen werknemers van 40 die tillen zonder hulpmiddel zeg ik: je neemt je hypotheek op je rug.” *WN vertegenwoordiger 1*

*Matig effect van de maatregelen: Waar blijkt het uit?*

Dat arbomaatregelen niet of maar matig landen op de werkvloer komt volgens sociale partners door:

- informatiemateriaal dat weinig toegankelijk is voor werknemers;
- de werksetting (bij mensen die thuis verzorgd worden is niet alles voor handen);
- het niet *preventief* hanteren van de arbocatalogus: leidinggevende voelt die urgentie niet en de medewerker denkt aan de cliënt en minder aan zichzelf;
- onvoldoende expertise bij P&O en te weinig P&O capaciteit in de organisatie.

“De arbocatalogi bieden veel, maar het wordt eigenlijk alleen overgelaten aan de arbocoördinator. Het materiaal is weinig toegankelijk voor werknemers. Het zou meer op de agenda moeten komen, bijvoorbeeld in het werkoverleg.” *WN vertegenwoordiger*

“In de thuiszorg mag een hulp bij een laag bed geen steunkousen aantrekken. Daar zou een hoog/laag bed moeten komen, maar omdat die er niet is en het werk wel gedaan moet worden hebben zij niet de keus om in hun werk de arboregels na te leven. Bij de V&V is die keus er wel, maar daar wordt zelden naar de arbocatalogus gekeken. Dit gebeurt alleen bij problemen, want medewerkers denken: ik ben hier voor de cliënt, niet voor mezelf.” *WN vertegenwoordiger*

“Bij 98% van de P&O-ers zijn de maatregelen bekend, op de werkvloer veel minder. Voor de implementatie moet je ook de capaciteit en de mogelijkheden hebben. Bedrijven kijken wanneer het past in hun beleidscyclus: ze stellen hun eigen prioriteiten op basis van hun RI&E, dus die maatregelen van de arbocatalogus zullen langzaam indalen. We zien de catalogus als een referentiekader, op basis waarvan organisaties het beleid kunnen invullen.” *WG vertegenwoordiger*

*Samenvattend: visie op veranderingen in de arbeidsomstandigheden*

In deze paragraaf kwam naar voren dat personeelsfunctionarissen van mening zijn dat er de afgelopen jaren veel geïnvesteerd is in arbo- en verzuimbeleid en dat dit zijn vruchten afwerpt. Bedrijfsartsen bevestigen dit positieve beeld, maar signaleren wel dat de probleemcombinatie van ‘hogere werkdruk’ en ‘lagere opleiding’ bijzondere aandacht verdient. Tevens zien zij dat de aandacht voor de uitvoering van het arbobeleid wel snel neigt te verslappen. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen signaleren een combinatie van verzwaarde arbeidsomstandigheden en meer sociale problematiek bij de werknemers. Sociale partners tot slot onderschrijven de mening

van bedrijfsartsen dat het landen van arbobeleid op de werkvloer verbetering behoeft en dat het achterwege blijven van die aandacht (in het bijzonder kijkend naar specifieke arbeidsrisico's) kan leiden tot een verzwaring van de arbeidsomstandigheden. Dit is in lijn met de bevindingen uit de literatuur zoals we in 5.2. zagen.

## **5.5 Ontwikkelingen van de arbeidsomstandigheden op onderdelen**

### **5.5.1 Selectie relevante thema's**

In deze paragraaf beschrijven we achtereenvolgens de veranderingen die actoren signaleren omtrent de arbothema's:

- Fysieke belasting.
- De stijl van leidinggeven.
- (Psychosociale) werkdruk.
- Regie en regelmogelijkheden in het werk.
- Agressie.
- De complexiteit van de zorgvraag.
- De balans werk-privé.

Deze thema's kwamen bij het literatuuronderzoek op twee manieren naar voren: of als één van de arbeidsomstandigheden waarop de afgelopen jaren verzwaring werd geconstateerd, of als één van terreinen die sowieso stabiel zwaarder zijn in vergelijking met het gemiddelde in alle sectoren (een gemiddelde dat de zorg- en welzijnssector overigens als grote sector sterk bepaalt). De combinatie van deze verzwaring bovenop de stabiel aanwezige zwaardere arbeidsomstandigheden, maakt op basis van het literatuuronderzoek de hypothese aannemelijk dat er sprake is van verzwaring van de arbeidsomstandigheden. De vraag is in hoeverre dit in de praktijk ook als zodanig herkend wordt.

## 5.5.2 Fysieke belasting

### I Fysieke belasting volgens de literatuur

#### *Lichamelijke belasting*

Uit analyses van jaarreeksen van de NEA blijkt dat meer werknemers '*lichamelijk te zwaar werk*' als reden geven wanneer zij klachten ervaren die hoofdzakelijk/deels het gevolg zijn van werk (in 2011 6,5 procentpunt meer in vergelijking met 2005). Andere bronnen ondersteunen deze bevindingen: vooral verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een hoge fysieke belasting in het werk (De Veer e.a., 2003 en De Visser & Schoenmakers, 2011). De arbeidsinspectie constateerde in 2006 en in 2007 dat het gebruik van tilhulpmiddelen (zoals in hoogte verstelbare douchestoelen, in hoogte verstelbare bedden, glijlakens, steunkousaantrekkers) in de VVT niet goed geregeld is (Arbeidsinspectie, 2006 en 2007).

Geconcludeerd kan worden dat het risico op een te hoge fysieke belasting in de sector zorg en welzijn is toegenomen. Deze toename zal bijdragen aan langdurig verzuim, en vergroot de kans op WIA-instroom.

### II Fysieke belasting volgens de geïnterviewden

#### *Personeelsfunctionarissen zien geen verslechtering*

Personeelsfunctionarissen hebben de indruk dat ze meer grip op fysieke belasting hebben dan vroeger, zo blijkt uit de interviews. Voorbeelden die ze noemen om dit te staven zijn dat bijvoorbeeld diverse trainingen fysieke belasting zijn opgefrist, zodat het beleid ook meer wordt toegepast. In bepaalde instellingen is de urgentie ook toegenomen: een personeelsfunctionaris uit de kinderopvang vertelt bijvoorbeeld dat kinderen zwaarder zijn geworden en dat het op een goede manier op tillen van een kind dus nog belangrijker is geworden. Personeelsfunctionarissen van instellingen met een gestegen WGA instroom onderkennen dat fysieke belasting een arbeidsrisico is, maar zij signaleren geen verslechtering hierin en zien geen directie relatie met de WIA-instroom.

#### *Bedrijfs-, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en sociale partners blijven alert*

Zowel bedrijfsartsen, als verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen als sociale partners stellen dat de introductie van tilhulpmiddelen in de GHZ en VVT er voor heeft gezorgd dat het werk de afgelopen jaren fysiek minder zwaar is geworden. Zij signaleren echter ook dat de toepassing van deze hulpmiddelen – zeker in de VVT en specifiek in de thuiszorg - een blijvend punt van aandacht is. Een verzekeringsarts noemt het van belang dat de meeste oudere werknemers zonder hulpmiddelen in de fysieke belasting ooit zijn gestart in hun werk. Jarenlange fysieke belasting zou – zeker bij langer doorwerken - nu zijn tol kunnen vragen. Specifiek in de VVT achten so-

ciale partners het waarschijnlijk dat de fysieke belasting toegenomen is en dat deze toename in relatie staat tot de gestegen WIA-instroom. Daarnaast leidt verandering in indicatiestelling tot verschuiving naar meer thuiszorg en dat is fysiek zwaarder werk dan in een tehuis, aldus één van de bedrijfsartsen.

“Cliënten zijn steeds zwaarder. Een tillift kost tijd (halen, banden omdoen) en dus denken mensen die alleen staan op een afdeling (zeker 's nachts): dat doe ik wel even. In het ziekenhuis staan er meestal twee op een afdeling, bij een verzorgingshuis is men meestal alleen. En als je dan prioriteiten moet stellen, pak je de hulpmiddelen niet als eerste.” *Verzekeringsarts*

“In VVT is het werk fysiek zwaar geworden met het toenemen van de zorgbehoefte. Veranderingen in de indicatiestelling, een verplaatsing van zorg in een huis naar thuiszorg. Er zijn bij de instelling waar we nu zitten al diverse afdelingen gesloten, omdat de zorg naar huis wordt verplaatst. Dat geeft meer fysieke belasting voor de werknemers.” *Bedrijfsarts*

Als je tijdswinst weet te behalen met hulpmiddelen of met werkprocessen, dan zal de naleving van praktijkregels stijgen. De gemakkelijke winst is behaald bij fysieke klachten, dat blijkt uit de cijfers. Het gaat nu om de laatste 20% en dat kost meer moeite. *Vertegenwoordiger Arbeidsinspectie*

### 5.5.3 Veranderende stijl van leidinggeven

#### I Stijl van leidinggeven volgens de literatuur

Onderzoek van NIVEL in 2010 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden tussen 2001 en 2009 een afname rapporteren van de sociaal emotionele leiderschapsstijl (met meer aandacht voor welzijn en arbeidsvoldoening) en tegelijkertijd een toename van een meer instrumentele leiderschapsstijl (met meer aandacht voor productie). De onderzoekers menen dat de veranderde stijl van leidinggeven een gevolg is van de strikte zorgindicaties en het afleggen van verantwoording in de hele zorgsector (De Veer e.a., 2010).

Ruim de helft (58%) van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart geen waardering vanuit de directie (De Veer e.a., 2010a). Verder is de afgelopen jaren het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat tevreden is over de overlegstructuur gedaald van 57% in 2003 naar 47% in 2009 (De Veer e.a., 2010b).

Leidinggevendenden hebben in principe een belangrijke rol in de verzuimbegeleiding. Daar waar zij deze taak niet kunnen of hoeven op te pakken zal een personeelsafdeling de regie hebben in deze begeleiding. Weinig onderzoek is gedaan naar de rol van personeelsafdeling bij het verzuim. In een sectoronderzoek in opdracht van de

RWI in 2004 (Reijenga et al, 2004) bleek reeds dat het hebben van een professionele P&O-afdeling bijdraagt aan het beperken van het verzuim. De instellingen in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg bleken het minst actief op dit gebied, beschikten vaak over een geringere P&O-formatie en hadden het hoogste verzuimcijfer.

## **II Stijl van leidinggeven volgens de geïnterviewden**

### *Personeelsfunctionarissen zien knelpunten bij leidinggevend*

De geïnterviewden personeelsfunctionarissen stellen allen dat de leidinggevende/teamleider een sleutelpositie heeft in het handhaven en uitvoeren van het verzuimbeleid. Zij stellen echter ook vast dat niet iedere leidinggevende deze rol even adequaat vervult. In de interviews komt naar voren dat leidinggevend hier vaak (nog) niet op afgerekend worden. Personeelsfunctionarissen vertellen bijvoorbeeld wel dat zij meer sturen op verzuim, maar ook dat dit weerstand oproept bij leidinggevend. Het adagium bij de leidinggevend is nog teveel ‘met rust laten’, aldus enkele personeelsfunctionarissen. Flankerend personeelsbeleid, denk aan het jaarlijks voeren van functioneringsgesprekken, is vaak te vrijblijvend, zo blijkt uit voorbeelden die personeelsfunctionarissen aandragen. De urgentie om dit te verbeteren, zodat daadwerkelijk elke werknemer tijdig en regelmatig een functioneringsgesprek krijgt, lijkt te ontbreken. Bijkomende moeilijkheid in een sector als de thuiszorg is dat de afstand tot van de werkplek tot het kantoor van de leidinggevend groot is: werknemers in de thuiszorg hebben geregeld behoefte aan aansturing en zouden wat vaker een luisterend oor willen voor het leed dat ze bij cliënten aantreffen.

Personeelsfunctionarissen zien geen verslechtering in waardering vanuit het management in de loop der jaren. Personeelsfunctionarissen zien ook geen verslechtering in de medewerkerstevredenheid (die zij allen frequent monitoren). Diverse personeelsfunctionarissen stellen wel dat er een verzakelijking is opgetreden in het werk en in de aansturing van het personeel: dit heeft een grote cultuuromslag gegeven in de hele sector, volgens hen. De meeste personeelsfunctionarissen hebben een positieve connotatie over de verzakelijking.

“Leidinggevend functioneren soms niet goed. Niet creatief, niet financieel geprikkeld. Lastige, zakelijke gesprekken worden vermeden. functioneringsgesprekken lopen lang nog niet goed, er is maandelijks teamoverleg en dat is best weinig. We zouden aan jaagfunctie nodig hebben, een cultuuromslag, met name voor de leidinggevend. In 2013 gaan we iedereen trainen hierin. Het moet echte bedrijfsmatiger worden, het MT bemoeit zich er nu ook meer mee. Maar inzicht in de kosten van verzuim en WIA-instroom ontbreekt nog.” *Personeelsfunctionaris GHZ*

Niet accepteren van een verzuimdag na een moeizaam functioneringsgesprek, dit vraagt wel om veranderingen, een cultuuromslag, sommige leidinggevend pakken dit makkelijk op, andere min-

der.” *Personeelsfunctionaris GGZ*

“Het werk is transparanter geworden, wel met meer administratie, maar ook meer complimenten. Natuurlijk zijn er tegenbewegingen, maar over de hele linie zie ik meer kansen dan belemmeringen in het werken van nu. De sleutel ligt wel bij de teamleiders en de hulpverleners zelf. Ze moeten op hun eigen valkuil letten.” *Personeelsfunctionaris Welzijn*

“Vroeger was het werk vager en was onduidelijk waarop je werd afgerekend. Nu wordt alles beter gemonitord en wordt gekeken naar het functioneren van medewerkers. Dat is een winstpunt. ”

*Werkgever in de WMD*

### *Bedrijfsartsen ook kritisch over kwaliteit van leidinggeven*

De stijl van leidinggeven is volgens de geïnterviewden bedrijfsartsen zeker een belangrijk issue. Die kwaliteit is lang niet altijd goed, zo constateren zij. Er is wel meer integraal management in de lijn, maar men hoort ook verhalen van HR-managers die vertellen dat leidinggevendenden het verzuimprotocol van de eigen organisatie niet kennen. Verder constateren bedrijfsartsen een kloof tussen zorgende leidinggevendenden die vaak moeilijk knopen kunnen doorhakken en de zakelijke managers die boven hen staan. Er worden aan de andere kant ook goede voorbeelden gezien: leidinggevendenden met een soort familiegevoel, maar toch voldoende zakelijk inzicht om doortastend op te treden. “Dan zie je een goede match tussen oog voor de medewerker en oog voor organisatiebelang” aldus een bedrijfsarts. Soms botsten verschillende stijlen van leidinggeven in een organisatie:

“Ik zie een strijd tussen empathische, meehuilende leidinggevendenden en degenen die sturen op aanspreken en daadkracht. Er is vaak niet één lijn. Dat botsen van stijlen leidt tot conflicten en wantrouwen.” *Bedrijfsarts*

### *Verzekeringsartsen zien meer conflicten tussen leidinggevendenden en werknemers*

Verzekeringsartsen constateren op basis van wat zij terug horen van werknemers dat er zeker sprake is van meer verzakelijking en prestatiegerichtheid in de sector. De veranderende stijl van leidinggeven zou leiden tot een toename in het aantal conflicten aan het einde van de twee jaar ziekte, zo constateert een verzekeringsarts. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen onderkennen het belang van waardering vanuit het management voor het welbevinden van werknemers. Zij relateren dit ook aan (langdurig) verzuim: een slechte werksfeer verhoogt de ziektemotivatie. Een aantal van hen meent dat de waardering van het management de afgelopen jaren is verminderd.

“Een goede werksfeer is alles bepalend, dan kunnen mensen veel hebben. Als de sfeer verslechterd, dan vormt dat een motivatie voor mensen om zich ziek te melden.” *Verzekeringsarts*

“Vroeger was er de hoofdzuster die zei: fijn, goed gedaan! Nu zijn er managers op afstand, is het zakelijker geworden. Ook het verzuimbeleid is zakelijker. Mensen worden zwaar onder druk gezet om toch vooral maar te komen werken, en met zulke karakterstructuren (moeilijk grenzen kunnen stellen, hart hebben voor het werk) denken mensen te gauw: dan ga ik maar weer.” *Arbeidsdeskundige*

#### *Sociale partners signaleren gebreken het management*

Sociale partners onderkennen eveneens dat de stijl van leidinggeven en het organisatiebeleid heel bepalend zijn voor het wel en wee van werknemers. Zij benadrukken daarbij met name de rol van de direct leidinggevende, daar ligt de crux. Als deze een goede band heeft met zijn/haar medewerkers, dan voorkomt dat problemen. De sector WMD scoort in vergelijking met andere sub-sectoren in de zorg- en welzijn het hoogst op onenigheid met collega's of andere leidinggevende. Dat kan een relatie hebben met de waardering die men voelt vanuit het management en dit heeft weer een relatie met verzuim, zo stelt een werknemersvertegenwoordiger in de sector WMD. De sociale partners hebben vraagtekens bij de competenties van leidinggevendenden (in gespreksvaardigheid en conflictbeheersing) en signaleren dat werkdruk en fysieke afstand leidinggevendenden belemmeren in de adequate uitvoering van hun taken. Meer in relatie tot verzuim en WIA instroom is de constatering van de sociale partners dat – onder invloed van bezuinigingen – er minder diensten van de arbo-dienst in gekocht worden. De geïnterviewde bedrijfsartsen maakten hier opvallend genoeg geen melding van.

### **5.5.4 Werkdruk en de kwaliteit van de zorg**

#### **I Werkdruk en de kwaliteit van de zorg volgens de literatuur**

##### *Toenemende onvrede over werkdruk*

Uit vergelijking van jaargangen van de NEA blijkt dat minder werknemers in de sector zorg en welzijn aangeven dat zij zelf hun werktempo kunnen regelen. In de jeugdzorg zien we een te hoge werkdruk (72,0%) een uitschieter als werkgerelateerde oorzaak van langdurig verzuim (De Visser & Schoenmakers, 2011). Ook uit onderzoek van NIVEL (De Veer & Franke, 2010) blijkt dat de laatste jaren de onvrede over werkdruk stijgt. De werkdrukvermindering tussen 2001 en 2003, is in 2005 omgebogen naar een toenemende werkdruk. Tevredenheid over werkdruk hangt vooral samen met: de ervaren kwaliteit van zorg, de waardering vanuit het management en de mate waarin men zelfstandig kan werken (De Veer & Francke, 2010a).

Wat betreft de ervaren kwaliteit van zorg signaleert NIVEL drie veel voorkomende dilemma's bij werknemers in de zorg (De Veer & Francke, 2010b; De Veer & Francke, 2009):

- of men de cliënt de zorg moet geven die volgens de eigen inschatting nodig is of dat men zich moet houden aan de geïndiceerde zorg (dit wordt met name in de VVT als dilemma ervaren);
- het doorwerken bij onderbezetting;
- extra invallen wanneer een collega ziek is.

Ook het begeleiden van stagiaires geeft werkdruk, volgend De Veer et al, 2010. Maar dit begeleiden wordt daarnaast ook als leuk en leerzaam beschouwd. Daarnaast geeft het toegenomen aantal administratieve handelingen extra werkdruk.

Ook de arbeidsinspectie constateerde dat 59% van de werknemers in de GGZ regelmatig/structureel stress ervaart en dat van de werkdrukbronnen contacten met collega's en leidinggevenden en de hoeveelheid werk het grootste effect hebben op stressklachten (Arbeidsinspectie, 2008).

Het gevoel te weinig tijd te hebben om cliënten goed te verzorgen, is vooral aanwezig bij verzorgenden in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Slechts een kwart vindt dat ze voldoende tijd heeft om de cliënten goed te verzorgen en ruim een derde vindt de hoeveelheid tijd voor directe patiëntenzorg onvoldoende (De Veer e.a., 2010). Medewerkers in de VVT zijn in 2011 iets minder positief dan in 2010 over de aanvaardbaarheid van de werkdruk. ActiZ stelt in haar benchmark over 2011 dat dit een effect kan zijn van de steeds toenemende zorgzwaarte van cliënten in combinatie met de achterblijvende instroom van nieuwe medewerkers (ActiZ, 2012).

## **II Werkdruk volgens de geïnterviewden**

Alle geïnterviewden zijn alert op mentale werkdruk. Allen zien dat het een onderwerp is dat binnen de instellingen in toenemende mate aangewezen wordt als 'ziekmakend'. Een aantal personeelsfunctionarissen meent dat het lang niet altijd de werkdruk op zich is waar werknemers over klagen. Een enkeling waagt het een 'hype van onze tijd' te noemen. Zonder de gevoelde werkdruk te willen bagatelliseren stellen zij voor eerst zorgvuldig te kijken wat nu het hetgeen is dat maakt dat een werknemer de mentale belasting te hoog vindt. Ook de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en sociale partners adresseren werkdruk het liefst in meer concrete termen: genoemd worden onder andere: emotioneel zwaar werk in combinatie met weinig mogelijkheden hierover met collega's en leidinggevenden te praten, tijdsdruk die maakt dat de boog steeds langer gespannen moet staan, te weinig regelmogelijkheden om het werk zelf in te delen, te weinig vervangingsmogelijkheden voor zieke collega's waardoor men meer/vaker werkt dan gewenst, problemen aan het thuisfront die onvoldoende gecompenseerd kunnen worden met de bevrediging uit patiëntcontacten en collegiale feedback.



## 5.5.5 Regie en regelmogelijkheden in het werk

### I Regelmogelijkheden volgens de literatuur

*Eigen regie in de NEA<sup>17</sup>:*

Uit vergelijking van jaargangen van de NEA voor werkenden uit de sector zorg- en welzijn komen een aantal ontwikkelingen naar voren als het gaat om eigen regie.

- Minder werknemers geven aan *altijd/vaak gevarieerd werk* te hebben (in 2011 5,5 procentpunt minder in vergelijking met 2007).
- Minder werknemers kunnen *zelf beslissen hoe ze hun werk indelen* (in 2011 3,9 procentpunt minder in vergelijking met 2007).
- Minder werknemers *bepalen zelf de volgorde van hun werkzaamheden* (in 2011 2,8 procentpunt minder in vergelijking met 2007).
- Minder werknemers kunnen *verlof opnemen wanneer zij dit willen* (in 2011 6 procentpunt minder dan in 2007).
- Minder werknemers geven aan dat *hun baan vaak/altijd creativiteit vereist* (in 2011 2,4 procentpunt minder in vergelijking met 2007).

Uit analyse van de NEA blijkt zodoende dat de mogelijkheid om zelf te beslissen hoe men het werk indeelt sinds 2007 in de sector zorg en welzijn afgenomen is. Dit is één van de werkomstandigheden die bijdraagt aan een hogere kans op blijvend langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid. In een onderzoek uit 2000 bleek reeds dat de hogere kans op arbeidsongeschiktheid van vrouwen voor de helft verklaard kan worden door werkomstandigheden. Sommige van deze werkomstandigheden komen vaker voor bij vrouwen: 'werken in de zorgsector', 'gebrek aan carrièremogelijkheden', 'niet zelfstandig oplossingen bedenken' en 'ongezonde werkdruk' (Van der Giezen, 2000). In onderzoek (gebaseerd op de POLS bestanden) voor de RWI uit 2004 bleek eveneens dat belangrijke voorwaarden om langdurig verzuim te voorkomen gelegen zijn in de autonomie in het werk en de mogelijkheid om zelf de eigen problemen op het werk op te lossen. Hoe beter de werksfeer en hoe meer autonomie en regelmogelijkheden, hoe eerder men terugkeert, zo bleek uit dit onderzoek (Reijnga e.a., 2004). De ervaren autonomie is het sterkst in de psychiatrie (GGZ) en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (GHZ). Verzorgenden in thuiszorginstellingen (TZ) ervaren de minste autonomie (De Veer e.a., 2010a). Het zelfroosteren is één van de mogelijkheden om de eigen regie in het werk te vergroten. Zelfrooste-

<sup>17</sup> De verschillen op de vragen van de NEA over de jaren heen waren miniem. Als negatief is daarom beoordeeld een verandering ten negatieve van 2,4 procentpunt of meer over de beschikbare jaren. Het gaat daarbij om negatieve tendensen. Dus bijvoorbeeld een vraag die in 2011 ten opzichte van 2008 een positief verschil geeft, maar ten opzichte van 2005 een negatief verschil, is niet aange-merkt als negatieve ontwikkeling.

ren wordt in 2010 in ongeveer één op de vijf (18%) van de Nederlandse organisaties toegepast. Dit gebeurt vooral in de zorg (en de zakelijke- en overige dienstverlening), waar roosters meer geschikt zijn voor onderling ruilen (Klein Hesselink e.a., 2010).

Samenvattend kunnen we op basis van de literatuur stellen dat er een duidelijke relatie is tussen het hebben van autonomie in het werk en langdurig verzuim. Hoe meer autonomie: hoe lager en korter het verzuim. In de afgelopen jaren is in de sector zorg en welzijn de autonomie in het werk over de hele linie afgenomen.

## **II Regelmogelijkheden volgens de geïnterviewden**

### *De personeelsfunctionarissen benoemen invloed op regelmogelijkheden*

Gevraagd naar veranderingen in de mate waarin van zelfstandig kunnen werken geven personeelsfunctionarissen van grote instellingen met een gestegen WGA instroom die op dit thema verandering signaleren wisselende reacties. Een werkgever in de GHZ stelt dat het werk zelf wel regelruimte geeft, maar dat als een collega door ziekte uitvalt, andere collega's en de cliënten daar last van hebben. Verzuim leidt hiermee dus tot inperking van de regelruimte van collega's. Een personeelsfunctionaris in de jeugdzorg signaleert een knelpunt bij 'de mogelijkheid om zelf de eigen problemen op het werk op te lossen' en geeft het voorbeeld van wachtlijst of plaatsingsproblematiek van cliënten: daar heeft men geen invloed en dat frustreert werknemers.

### *Bedrijfsartsen oordelen wisselend over regelruimte van medewerkers*

Bedrijfsartsen oordelen wisselend over de regelruimte. Sommigen zien succesvolle voorbeelden van organisaties die experimenteren met meer regelruimte, zelfroosteren, zelfsturende teams. Zij signaleren dit als positieve ontwikkelingen omdat het werknemers invloed geeft en meer regelruimte. Anderen spreken juist van minder invloed op roostering en relateren dit (in combinatie met de toegenomen tijdsdruk in het werk) aan de gestegen WIA-instroom.

"De demands nemen toe, de resources nemen af. Teams moeten nog een tandje bijzetten, en dan nog één, mensen worden meer ingepland en hebben minder invloed hierop. Het verbaast niet dat de WIA-instroom dan omhoog gaat." *Bedrijfsarts*

### *Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen: geen zicht op regelruimte*

Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen weten niet of de mate waarin werknemers zelfstandig kunnen werken verbeterd of verslechterd is.

### *Sociale partners zien verschillende veranderingen in regelruimte*

Sociale partners in de VVT en GHZ hebben een wisselend oordeel over de ontwikke-

ling van de mate van zelfstandigheid in het werk de afgelopen jaren. Eén stelt dat de mate van zelfstandigheid is afgenomen: door prestatiedruk is er minder mogelijkheid voor werknemers om hun werk in te richten zoals gewenst. Twee andere werknemersvertegenwoordigers en een werkgeververtegenwoordiger signaleren juist dat de mate van zelfstandigheid de afgelopen jaren steeds groter wordt. Zij vertellen dat dit iets van de laatste paar jaar is. De invulling van deze vergrote zelfstandigheid luistert wel nauw. Het met de collega's onderling vakanties afstemmen geeft soms stress en bij het zelfroosteren moet het niet zo zijn dat degene die het hardst roept de beste dienst krijgt. Of en hoe deze ontwikkelingen in de mate van zelfstandigheid in het werk in relatie staan tot de gestegen WIA-instroom, weten de sociale partners niet.

### 5.5.6 Agressie

#### I Agressie volgens de literatuur

Agressie en geweld worden in 2010 door werkgevers zelden als belangrijk arbeidsrisico gezien, terwijl werknemers aangeven hier wel regelmatig mee te maken te hebben (Klein Hesselink e.a., 2010). Dit sluit aan bij de bevinding van de arbeidsinspectie in 2008 dat werknemers in de GHZ en GGZ wel eens stellen dat agressie en geweld 'er bij hoort'. De inspectie pleit voor meer aandacht voor het melden en registreren van incidenten zodat de leiding(preventief) actie kan ondernemen (Arbeidsinspectie, 2008a; Arbeidsinspectie, 2008b).

Uit een rapportage over 2010 blijkt dat met name de jeugdzorg en de GGZ hoog scoren op geestelijke en emotionele belasting. In deze twee sub-sectoren en in de GHZ is beduidend meer sprake van agressie (Grijpstra e.a., 2011). Verder laat onderzoek onder werknemers in de sector zorg en welzijn (De Visser & Schoenmakers, 2011) zien dat vergeleken met andere sub sectoren:

- GHZ en GGZ hoog scoren op verbale agressie (29,6% en 28,6%).
- GHZ hoog scoort op fysieke agressie (20,5%).
- In de GGZ (6,9%) en in de sector WMD (5,6%) bedreiging/intimidatie relatief vaak voorkomen. Daarnaast komt discriminatie relatief vaak voor in de sector WMD (4,0%).

Kijkend naar oorzaken van langdurig verzuim binnen het werk blijkt dat in deze drie sub sectoren van de zorg en welzijn 'onemigheid met de leiding of (andere) collega's' relatief hoog scoort (WMD 31,0%, GHZ 23,6% en GGZ 23,1%). Daarnaast scoort in de GGZ 'de omgang met cliënten/patiënten' relatief hoog als werk gerelateerde oorzaak van verzuim (28,3%) (De Visser & Schoenmakers, 2011).

## **II Agressie volgens de geïnterviewden**

*Personeelsfunctionarissen zijn alert maar zien geen relatie met hoger verzuim*

Uit de interviews met personeelsfunctionarissen blijkt dat men alert is op agressie. Het speelt, werknemers worden er mee geconfronteerd, maar het krijgt daarnaast veel aandacht via training en interventies (ook preventief). Het is volgens hen een speerpunt in het arbobeleid. Alle personeelsfunctionarissen zeggen dat ze scherp blijven op dit onderwerp, maar dat agressie geen reden is van hoger verzuim of WIA-instroom.

*Bedrijfs-, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen: geen link tussen agressie en WIA-instroom*

Sommige bedrijfsartsen denken dat agressie richting personeel in de zorg en welzijn iets gegroeid is. Ze kunnen dit niet staven met het aantal meldingen van agressie. Over een relatie met de gestegen WIA-instroom hebben zij geen uitspraken gedaan. Verzekeringsartsen hebben geen zicht op de vraag of agressie toegenomen is. Arbeidsdeskundigen vinden dat agressie in de maatschappij als geheel toegenomen is, in de zin dat je er eerder van hoort (o.a. door sociale media). In het cliëntcontact zien ze echter geen toename. Wat ze wel signaleren is dat privé problemen toegenomen zijn (scheiding, schulden, zorgen thuis) en dat dit werknemers minder weerbaar maakt tegen agressie. Zij zien wel een relatie tussen de toegenomen sociale problematiek van werknemers en de gestegen WIA-instroom, maar niet tussen agressie op het werk en de stijging van de WIA-instroom.

*Sociale partners zien meer aandacht voor agressie, maar niet meer agressie*

Sociale partners zien eveneens geen relatie tussen agressie en de stijging van langdurig verzuim. Een belangrijk onderscheid dat zij maken is dat in alle sub-sectoren de aandacht voor agressie toegenomen is (alleen in de sector WMD geeft dit een wisselend beeld), maar dat de hoeveelheid agressie en geweld die medewerkers ervaren niet is toegenomen. Dit beeld wijkt dus af van hetgeen in de literatuur is gevonden. De vraag is wel hoe het werk georganiseerd is (heeft men een collega om op terug te vallen) en in hoeverre werknemers voldoende geschoold zijn voor het werk dat zij doen. Welzijnswerkers hebben de competentie om 'de angel er uit te halen', zo vertellen sociale partners uit die sub-sector. In de GHZ is dit mede door de toegenomen vraag naar flexibele inzetbaarheid niet altijd het geval en een complicerende factor is dat men geen collega (meer) heeft om op terug te vallen. Deze sub-sector heeft tevens te maken met nieuwe cliënten: bijvoorbeeld licht verstandelijk beperkten met een psychiatrische achtergrond of met verslavingsproblematiek. Dat geeft andere vormen van agressie.

*Inspectie ziet meer aandacht voor agressie en een cruciale rol voor leidinggevenden*

De inspectie ziet dat de aandacht voor het thema agressie is toegenomen.

Wel ziet de inspectie grote verschillen: de wijze waarop leidinggevenden hun rol vervullen is bepalend.

## 5.5.7 Complexiteit van de zorgvragen

### I Complexere zorg volgens de literatuur

NIVEL constateert in 2007 dat de meeste verzorgenden (86%) vinden dat de verzorgenden in hun team, in vergelijking met vijf jaar daarvoor meer complexe zorg geven en dat dit de werkdruk heeft verhoogd. De ervaren toename in complexiteit hangt (statistisch significant) samen met de ervaring dat cliënten nu meer zorg nodig hebben en dat er een grotere diversiteit aan cliënten is (De Veer e.a., 2007a). In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (GHZ) en de verpleeghuiszorg (VVT) wordt een toename van complexiteit geassocieerd met een afname van cliëntveiligheid. In de psychiatrie lijkt extra aandacht nodig voor de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen verpleegkundigen en artsen (De Veer e.a., 2007b).

### II Complexere zorg volgens de geïnterviewden

Het zijn vooral de sociale partners die uitspraken deden van de complexiteit van de zorg. We bespreken hoe in de vier sub-sectoren, waar we met name op inzoomen, die complexiteit eruit ziet.

#### *De GGZ*

In de GGZ werken veel hoog opgeleiden en is de zorgvraag niet per se complexer geworden, aldus de sociale partners. Er zijn wijzigingen in het functiehuis doorgevoerd door job carving<sup>18</sup>, aldus een werknemersvertegenwoordiger. Dat maakt dat sommige functies minder belastend zijn geworden. De keerzijde hiervan is dat het werk voor sommige werknemers minder uitdagend is geworden. Dit leidde volgens deze respondent tot een daling van arbeidstevredenheid, verveling en frustratie. De werkgeververtegenwoordiger spreekt niet over deze ontwikkeling, maar signaleert wel de omslag naar ambulante zorg voor de komende jaren. Veel werknemers zijn klinisch opgeleid en het is de vraag of ze die omslag kunnen maken.

---

<sup>18</sup> Dit betekent dat veranderingen worden aangebracht in het takenpakket dat bij een bepaalde functie hoort. Bij job carving is dat door taken die als belastend ervaren worden uit het takenpakket te halen. Vervolgens worden de resterende taken meestal samen gevoegd om een nieuwe functie te creëren. N.B. Job carving is niet hetzelfde als job crafting: in het laatste geval zal de werknemer zelf een voorstel doen om zijn baan te herstructureren waardoor er meer voldoening uit het werk gehaald kan worden.

” In de GGZ kregen verpleegkundigen de keus: of dezelfde functie elders uitoefenen (organisaties werden geografisch gecentreerd) of een andere functie accepteren, namelijk die van woonbegeleider (minder taken, minder salaris). Veel mensen kozen voor de tweede optie met als argument: dat verdient wel minder, maar bij die andere optie moet je zelf de reiskosten betalen dus dat komt ongeveer op hetzelfde neer. Deze andere functie (woonbegeleider) zorgde voor een daling van de arbeidstevredenheid: verveling, frustratie.” *WN-vertegenwoordiger.*

### *De VVT*

In de VVT signaleren zowel werkgever- als werknemersvertegenwoordigers dat cliënten zwaardere zorg nodig hebben. Daarnaast is het werk mentaal zwaarder is geworden doordat cliënten, en vooral naasten van cliënten en mantelzorgers mondiger en assertiever geworden zijn. Werknemers zitten in een spagaat: de zorg moet goed zijn en er moeten in het werk prioriteiten worden gesteld (ze kunnen niet alles meer doen). Dit laatste dilemma wordt herkend door verzekeringsartsen.

“Het werk is intensiever geworden, patiëntencategorieën zijn zwaarder want de indicatiestelling is strenger en dus is het volume van cliënten hetzelfde als vroeger, maar de cliënten die men heeft zijn zwaarder.” *WN-vertegenwoordiger.*

“De cliënt wordt ouder, heeft zwaardere zorg nodig, dat is meer belastend. Voorheen was er meer variatie in zware en lichte patiënten: nu kunnen mensen oud worden met behoorlijke complicaties en beperkingen. (...) Medewerkers zijn gemiddeld lager opgeleid, die krijgen te maken met hoogopgeleide dochters van moeders die in de randstad wonen en 1 keer paar maand langskomen om alles te regelen, ze hebben niet veel tijd en mailen en verwachten dan direct antwoord.” *WG-vertegenwoordiger.*

“Mensen in de zorg voelen vaak een roeping voor dat werk, ze willen zorg bieden en dat botst als je dan in je werk alleen de meest basale dingen moet doen.” *Verzekeringsarts.*

### *De GHZ*

En dat in combinatie met de toegenomen vraag om flexibel op verschillende afdelingen inzetbaar te zijn, maakt dat meer werknemers de competenties moeten hebben om met dergelijke cliënten om te gaan. Dat laatste is niet altijd het geval, zo stelt een werknemersvertegenwoordiger. Een P&O 'er uit de GHZ (die ook signaleert dat de doelgroep (cliënten) gewijzigd is: meer multiproblematiek, complexere zorgvraag) ziet verder dat de nieuwe manier van werken niet past bij de behoefte van de doelgroep.

“Onze doelgroep heeft behoefte aan rust en regelmaat. Relaxte werkers met een luisterend oor, even samen koffie drinken etc. Dat staat haaks op het nieuwe werken met multitasken, van hot naar her hollen, grotere span of control, alles snel, telefoontjes, mailtjes en geen pauzes. Dat geeft frustraties en werkt niet lekker voor werknemers en voor cliënten.” P&O ‘er GHZ.

#### *De sector WMD*

Ook in de sector WMD ziet men een ‘zwaardere’ doelgroep: er is vaker sprake van multiproblematiek zoals meereizende problemen met verslaving of schuldenproblematiek. Cliënten hebben meer en meer complexe problemen. Intervisie tussen collega’s zou hierbij heel waardevol zijn, maar daarvoor is minder tijd beschikbaar, zo stelt een werknemersvertegenwoordiger vast. De werkgeververtegenwoordiger ziet twee tegenstrijdige ontwikkelingen. Enerzijds professionalisering: Dat veronderstelt integraal managen, het eigen werkpakket onderhouden, verantwoording afleggen, resultaatmetingen. Anderzijds maatwerk: geen volledig pakket meer, maar functies en taken die anders zijn toebedeeld. In de ervaring van medewerkers kunnen ze geen kwaliteit meer bieden die ze gewend waren en ontstaat er onvrede.

### **5.5.8 Balans werk-privé in relatie tot veranderde contractvormen**

#### **I Balans werk-privé volgens de literatuur**

##### *Huidige inzetbaarheid*

De thuissituatie en de ervaren gezondheid van werknemers is mede bepalend voor de gewenste contractomvang en de gewenste uittredeleeftijd in de zorg- en welzijn. Als wens en mogelijkheden niet met elkaar matchen, legt dit druk op werknemers. In de NEA-cijfers zien we een toename van werknemers in de zorg- en welzijnssector die in hun thuissituatie veel of een beetje geld te kort komen (Van den Bossche, Hupkens e.a. 2006, 2007; Koppes, De Vroome e.a., 2008, 2009, 2010, 2011, 2012). Aanvullend blijkt dat één op de drie (33,3%) werknemers in deze sector die de afgelopen twee jaar meer wilde gaan werken met als reden ‘meer inkomen’ daartoe in de gelegenheid is gesteld. Echter, van de werknemers in de sector die minder zouden willen werken zegt ruim één op de vier (42,5%) dat dit niet kan omdat het financieel niet mogelijk is. Ruim één op de tien (12,2%) heeft deze wens tot minder werken vanwege gezondheidsredenen (De Visser & Schoenmakers, 2011). Werknemers in de sector zorg en welzijn zijn minder gunstig gestemd over hun actuele inzetbaarheid (het voldoen aan taakeisen) dan werknemers van andere sectoren. De sector is ook één van de sectoren waar veel werknemers werken die door hun aandoening in hun werk belemmerd zijn. Daarnaast geven minder werknemers dan gemiddeld aan goede regelmogelijkheden en sociale steun te krijgen (Klein Hesselink e.a., 2010).

### *Toekomstige inzetbaarheid*

Slechts één op de vier (42%) van de 45-plussers in deze sector acht zich in staat om door te kunnen werken tot 65 (Klein Hesselink e.a., 2010). Mogelijk hangt deze verwachting ook samen met mantelzorgtaken, zoals in de NEA naar voren kwam. In 2011 denken bijvoorbeeld meer werknemers dan in 2010 dat zij in de toekomst zorgtaken voor familie en andere naasten op zich zullen moeten nemen. Verschillende studies bevestigen de NEA analyse over te verwachten problemen voor de toekomstige inzetbaarheid in werk. (Van den Bossche, Smulders e.a., 2004; Van den Bossche, Hupkens e.a. 2006, 2007; Koppes, De Vroome e.a. 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).

## **II Balans werk-privé volgens de geïnterviewden**

### *Wisselende visies bij personeelsfunctionarissen*

De helft van de geïnterviewden personeelsfunctionarissen ziet in hun organisatie een toename van de disbalans werk-privé en ziet dit terug in verzuim. Genoemd als redenen zijn onder andere:

- meer multiproblematiek (met name financiële problemen);
- dubbele belasting is voor vrouwen pittig;
- zorgzaam voor het thuisfront en vaak mantelzorg;
- wijzigingen in contractvormen geven onzekerheid;
- roostering meer dan vroeger in overleg: met als valkuil dat de zorgzame, sub-assertieve medewerker geen nee zegt en de diensten wringen met privésituatie.

De andere personeelsfunctionarissen zien geen probleem bij de werk privé balans. Sommige menen dat werknemers tegenwoordig meer invloed hebben op hun rooster en dus flexibeler zijn in hun werktijden. Een ander ziet dat deze balans juist beter wordt met het professioneler worden van het personeel (en een gemiddeld hoger opleidingsniveau). Tot slot is er één personeelsfunctionaris uit de thuiszorg die expliciet aangeeft dat men met het oog op de belasting/belastbaarheid bewust alleen werkt met kleine contracten: 15-30 uur per week maximaal.

### *Bedrijfsartsen genuanceerd over balans werk-privé*

Onder bedrijfsartsen heerst een wisselend beeld over de balans werk-privé. Het merendeel ziet geen grote veranderingen die bijdragen aan een verhoogde WIA-instroom. Een bedrijfsarts stelt letterlijk dat 'de werk privé balans geen issue is'. Een ander ziet dat de verandering in contractvormen van werknemers persoonlijk meer flexibiliteit vraagt, maar ziet dit verder niet terug als aanleiding voor verzuim. Een bedrijfsarts constateert dat veel jongere, laaggeschoolde, allochtone vrouwen moeite hebben met de balans werk privé: het werk houdt geen rekening met schooltijden van kinderen. Dit leidt tot uitval in deze groep (en teleurstelling over het werk), maar dit is geen reden tot WIA-instroom.



Oudere werknemers hebben een redelijke balans: dat is een meer stabiele populatie, aldus deze bedrijfsarts. Twee andere bedrijfsartsen zien disbalans de werk-privésituatie wel als oorzaak van WIA-instroom.

“Roostertechisch wordt het strakker gepland, hebben mensen minder recuperatietijd. Vroeger 3 maal 8 uur werken, nu 5 maal 5 uur. Dan is er geen dag tussendoor om op adem te komen. Dit is ingegeven door bezuinigingen en door starheid in de logistiek.” *Bedrijfsarts*

“De balans werk privé is deels oorzaak van het probleem. Het leven thuis is voor veel mensen complexer geworden (mantelzorg ouders, kinderen met autisme, opvoedproblemen, geldzorgen). De arbo dienst kan dat niet oplossen, maar we signaleren wel dat mensen hier op vast lopen.” *Bedrijfsarts*

*Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen over de impact van contractvormen*  
Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zien in alle sectoren een toename van het aantal tijdelijke contracten. Specifiek in de zorg signaleren ze een toename aan kleine en zogenoemde min-max contracten. Die verdienen slecht (met soms als gevolg schulden of betalingsachterstand bij zorgverzekeringen) en leiden er toe dat mensen alle dagen van de week met hun werk bezig zijn (minder uren werken over meer dagen verdeeld).

*Sociale partners hebben veel te melden over de balans werk-privé*

In de GHZ is er volgens de sociale partners spraken van een tendens naar meer versnipperde diensten over meerdere dagen. Dit is deels ingegeven door een gewijzigde financieringsstructuur. Werknemers zijn zo meer dagen met het werk bezig. dat zorgt voor een disbalans. De sociale partners in de VVT herkennen deze tendens.

In 2010 is in de sector WMD een jaarurensystematiek ingevoerd. Dat kan meer zeggenschap geven aan werknemers, maar het kan ook zijn dat er meer gebroken diensten komen. En in een enquête onder werknemers in de sector WMD staat de balans werk-privé op de tweede plek als knelpunt, zo vertelt een werknemersvertegenwoordiger.

*Mantelzorg snijdt aan twee kanten*

Mantelzorg is in de VVT en GHZ een issue met twee gezichten. Sociale partners zien het als oplossing om de druk van het werkend personeel wat te verlichten. Enkele sociale partners wijzen erop dat mantelzorgers essentieel zijn om het werk draaiende te houden. Een groot deel van de mantelzorgers zijn echter vrouwen die zelf werken in de sector zorg en welzijn. In veel gevallen nemen de werknemers hier hun levensfaseverlof voor op. Voor hen snijdt het mes ook vaak aan twee kanten: het be-

last hen privé erg zwaar en het maakt dat ze thuis geen recuperatietijd hebben.

“Bij de GHZ hebben mensen slaapdiensten. De werkgever belt naar een werknemer en zegt ‘We hebben zieken, kun jij invallen?’ Als een werknemer dan zegt: ‘ik heb net tien diensten achter de rug, ik ben blij dat ik even een dag vrij heb!’ zegt de werkgever ‘Ik kan wel een uitzendkracht inhuren, maar je weet hoe de groep daar op reageert. Daar hebben we dan nog de hele week last van.’ Wat doet deze werknemer?.” *WN-vertegenwoordiger*

“De verzorgende werkt liever een paar vaste dagen acht uur dan in shifts van 4 uur gedurende zeven dagen achter elkaar. Dat maakt mensen ontevreden.” *WN-vertegenwoordiger*

“In de nieuwe contracten staat meestal dat ze alle dagen beschikbaar/inzetbaar moeten zijn. En dat bij een contract van 12 of 18 uur!” *WN-vertegenwoordiger*

*Inspectie SZW: in de sector zorg en welzijn lijkt het continu spitstijd*

Dat de werk-privébalans een factor is die meespeelt in de zwaarte van het werk wordt herkend door de geïnterviewden van de inspectie SZW. Deze koppelt die balans aan de wijze waarop het werk is ingericht. Tevens wordt gesignaleerd dat er meer beroep wordt gedaan op vrijwilligers: dit zou het werk van de werknemers zelf zwaarder maken (de lichte taken gaan naar vrijwilligers). De geïnterviewden van de Inspectie herkent de problematiek van de gebroken diensten: in feite is het steeds vaker spitstijd. Maar of dat de oorzaak is van meer uitval door verzuim, dat zou onderzocht moeten worden, aldus de geïnterviewden van de inspectie.

## 5.6 De balans opgemaakt over de arbeidsomstandigheden

*Veranderd werken*

Het werken in de zorg anno 2012 is niet hetzelfde als het werken in de zorg anno 2002. Er is in deze jaren veel energie gestoken in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en in preventie. De arboconvenanten en arbocatalogi hielpen daarbij. Toch moet worden geconcludeerd dat er in alle sub-sectoren een verzwaring van de arbeidsomstandigheden is opgetreden. De implementatie van arbobeleid laat (mede wegens taakverzwaring en toegenomen werkdruk) in veel gevallen te wensen over. Het werk is complexer en zwaarder geworden en de organisatorische en maatschappelijke context is dusdanig veranderd dat positieve veranderingen – die er zeker ook zijn te melden – de balans onvoldoende kunnen laten doorslaan naar een gezonde arbeidssector die klaar is voor toekomstige ontwikkelingen zoals vergrijzing en complexere zorgbehoeften.

In deze slotparagraaf vatten we de belangrijkste veranderingen in de arbeidsomstandigheden samen zoals die uit de literatuur, het dossieronderzoek en de interviews naar voren zijn gekomen.

#### *Negatieve ontwikkelingen*

De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) laat zien dat de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn op een aantal aspecten zwaarder zijn dan voor de beroepsbevolking gemiddeld. In de sector zorg en welzijn komt beduidend vaker emotioneel zwaar werk voor, regelmatig kracht zetten en werken in een ongemakkelijke houding. Maar ook werken onder tijdsdruk en in een hoog tempo werken komen vaker voor en daarnaast hebben werknemers vaker last van intimidatie door patiënten. Uit de vergelijking van jaargangen 2007 tot en met 2011 van de NEA komen verder enkele negatieve ontwikkelingen naar voren in de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn, bovenop de toch al aanwezige zwaardere arbeidsomstandigheden in vergelijking met het gemiddelde in alle sectoren. Thema's van de negatieve ontwikkelingen zijn: fysieke belasting, inkrimping van de organisatie, zorgen om baanbehoud en de financiële situatie thuis. Specifiek tussen 2007 en 2009 is extern ongewenst gedrag in de sector (inclusief pesten) toegenomen waarna dit weer afnam tussen 2009 en 2011. Deze thema's worden in het interviews over het algemeen herkend als risico's voor verzuim. Alleen de personeelsfunctionarissen zijn over de meeste thema's optimistischer en positiever gestemd dan de andere geïnterviewden. De sociale partners hebben – aan de andere kant van het spectrum - inzake de meeste thema's een kritische agenda met wensen en verbetervoorstellen. De bedrijfs- en verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen laten een genuanceerder beeld zien. Soms relativeren zij de door andere partijen gesignaleerde problemen, soms zien ze – omdat ze één op één contacten hebben met werknemers die ziek zijn geworden en goed zicht hebben op de balans belasting en belastbaarheid – aspecten en verbanden die de andere partijen niet zien.

Hoewel een directe relatie per thema moeilijk aan te tonen is, wijzen alle bronnen op een toename in het langdurig verzuim door bovengenoemde negatieve ontwikkelingen. Hier zetten we de conclusies over de belangrijkste aspecten van de arbeidsomstandigheden op een rij.

#### *Fysieke belasting*

Geconcludeerd kan worden dat de risico's op bedrijfsongevallen en te hoge fysieke belasting in de sector zorg en welzijn zijn toegenomen. Deze toename zal bijdragen aan langdurig verzuim, en vergroot de kans op WIA-instroomde thuiszorg de meest kwetsbare sector.

### *Stijl van leidinggeven*

De literatuur en de bevroegde actoren benoemen duidelijke veranderingen in de stijl van leidinggeven in de sector zorg en welzijn. Alle actoren herkennen problemen hierin: Organisaties en hun leidinggevendenden zijn zoekende. De transitie van 'zacht en zorgzaam' naar 'zakelijk en coachend" leidinggeven gaat langzaam. In feite vraagt het veranderde werken in de sector om assertieve en weerbare medewerkers en leidinggevendenden die het goede van beide leiderschapsstijlen combineren. Competenties en investeringen hierin ontbreken soms. Dit gecombineerd met de hogere eisen van de markt waarmee de organisaties zich geconfronteerd zien, leidt tot een verzwaring van de arbeidsomstandigheden, zeker voor de leidinggevendenden zelf.

### *(Psychosociale) werkdruk*

De beleving van een hoge (psychosociale) werkdruk in de gehele sector zorg en welzijn is het laatste decennium toegenomen. In potentie kan het langdurig verzuim, en daarmee de kans op WIA-instroom hierdoor oplopen. Zowel de literatuur als de interviews laten dit duidelijk zien. Nuancering is wel op zijn plaats. Zo noemen verschillende bronnen en geïnterviewden dat het niet zozeer om toegenomen stress gaat, als wel om het afnemen van aspecten in het werk die stressfactoren kunnen compenseren. Minder intervisie, collegiaal overleg, minder momenten dat de boog even niet gespannen hoeft te staan, recuperatietijd na emotionele gebeurtenissen op het werk. Dit alles maakt dat de balans in de werkdruk negatief doorslaat.

### *Regie en regelmogelijkheden*

Het ontbreken van regie en regelmogelijkheden zijn thema's die al langer in de sector als oorzaken voor langdurig verzuim werden herkend. In de periode 2005 tot 2011 zijn – ondanks positieve ontwikkelingen vooralsnog op kleine schaal, zoals in het zelfroosteren - de regelmogelijkheden nog minder geworden.

### *Agressie*

Over agressie signaleert men dat de aandacht hiervoor toegenomen is, maar dat de agressie op zichzelf niet toegenomen is. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuur: agressie is een stabiel aanwezig (en verzwarend) onderdeel van de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn. Als zodanig levert agressie niet tot nauwelijks een bijdrage aan de toename van de WIA-instroom.

### *Complexiteit van zorgvragen*

De complexiteit van zorgvragen is over de hele linie toegenomen, maar geeft wel een sub-sector specifiek beeld: zeker de zorg in de GGZ is aan verandering onderhevig: Veranderingen in het functiehuis en een omslag naar meer ambulante zorg. In de VVT is de complexiteit van zorg toegenomen (cliënten hebben zwaardere zorg nodig,

het werk is mentaal zwaarder geworden terwijl het opleidingsniveau daalt). De GHZ vervolgens heeft te maken met nieuwe cliënten (meer multiproblematiek) en dat in combinatie met de inrichting van het werk (flexibel inzetbaar moeten zijn op verschillende afdelingen) vraagt andere competenties van medewerkers. Die beschikken daar (nog) niet altijd over en dat maakt dat de veranderingen een verzwaring van arbeidsomstandigheden betekenen. Ook de sector WMD signaleert dat cliënten steeds problematischer en gecompliceerder worden.

Intervisie tussen collega's zou wat dat betreft waardevol zijn, maar daarvoor is minder tijd beschikbaar. Daarnaast leiden veranderende eisen (het eigen werkpakket onderhouden, verantwoording afleggen, resultaatmetingen) tot extra druk bij medewerkers en leidt het opknippen van taken tot onvrede.

#### *De balans werk-privé*

De balans werk-privé geeft in toenemende mate problemen. Niet alleen de NEA analyse, maar ook de andere bronnen laten zien dat er werknemers in de sector zorg en welzijn minder gunstig gestemd zijn over hun actuele inzetbaarheid (het voldoen aan taakeisen) dan werknemers van andere sectoren. Daarnaast zijn problemen te verwachten voor hun toekomstige inzetbaarheid in werk. In toenemende mate wordt een beroep gedaan op mantelzorgtaken: enerzijds ontlasten mantelzorgers de werkenden in de zorg, anderzijds zijn het juist de werkneemsters uit de sector zorg en welzijn die in hun privé omgeving de mantelzorgtaken oppakken. Dit geeft een dubbele belasting. De geïnterviewden zien over het algemeen een toename van de disbalans werk-privé en ziet dit terug in verzuim. Andere factoren die hiermee samenhangen zijn problemen door de kleinere aanstellingen en een toename van zogenoemde min-maxcontracten. Daarmee verdienen werknemers weinig (met alle geldzorgen van dien) en de contracten leiden er toe dat mensen alle dagen van de week met hun werk bezig zijn. De inspectie SZW sluit het interview dan ook af met de opmerking dat het werken in de sector zorg en welzijn steeds meer het karakter heeft van "continue werken in spitsuren".



## 6 ONTWIKKELINGEN IN RE-INTEGRATIE EN WERKHERVATTING

### 6.1 Inleiding

Een belangrijke ontwikkeling die zich in de sector zorg- en welzijn de afgelopen jaren heeft voorgedaan is dat instellingen in toenemende mate fuseren en hun werkprocessen efficiënter moeten inrichten. Schaalvergroting is een van de actuele antwoorden op de vragen waar de sector zich voor gesteld ziet. In dit onderzoek zijn wij nagegaan welke effecten deze schaalvergroting heeft op de re-integratie en hervattingmogelijkheden en voor langdurig zieken en voor medewerkers die het risico lopen op WIA-instroom. De veronderstelling was dat deze ontwikkelingen tot een afname aan re-integratie mogelijkheden zouden leiden en zodoende zouden kunnen bijdragen aan toegenomen verzuim en WIA-instroom. In 6.2 beschrijven we de resultaten van analyses op de dossiers van Arbo Unie. De visie van de geïnterviewden op de ontwikkeling van re-integratiemogelijkheden is in 6.3 opgenomen.

### 6.2 Re-integratie en werkhervatting in dossiers van een arbodienst

Om meer zicht te krijgen op eventuele ontwikkelingen in re-integratie en werkhervatting, kijken we naar de bestudeerde verzuimdossiers van arbodienst Arbo Unie. Hierbij gaat het om 300 langdurig zieken (minimaal 3 maanden ziek) die ziek zijn geworden in 2006 versus 300 langdurig zieken met de eerste ziektedag in 2009.

#### 6.2.1 Begeleidingsactiviteiten

##### *Aantal consulten bij de bedrijfsarts/arbodienst*

Op basis van activiteitenbestanden van Arbo Unie is door de onderzoekers nagegaan hoe vaak bepaalde consulten gedurende de gehele verzuimperiode hebben plaatsgevonden bij de 300 langdurig zieken van 2006 respectievelijk 2009. Er zijn overeenkomsten, maar ook verschillen tussen beide groepen.

Het aantal 'eerste re-integratieconsulten' (4-6 weken na de ziekmelding) en vervolgde/verlengde re-integratieconsulten bij de 2006-groep is vergelijkbaar met die bij de 2009-groep, evenals het aantal verzuimconsulten (die ook vóór 4 weken na de ziekmelding kunnen plaatsvinden<sup>19</sup>). Bij andere consultvormen zien we dat het totale aantal consulten bij de 2009-groep lager ligt dan bij de 2006-groep. Dit geldt voor arbeidsomstandighedenconsulten, interventieconsulten en (niet nader gedefinieerde)

<sup>19</sup> Soms wordt het eerste re-integratieconsult overgeslagen als er vóór 4 weken na de ziekmelding al een verzuimconsult heeft plaatsgevonden.

telefonische consulten.

Het gegeven dat er minder arbeidsomstandighedenconsulten en interventieconsulten hebben plaatsgevonden bij de langdurig zieken van 2009, kan een indicatie zijn dat er minder re-integratiemogelijkheden waren voor deze groep. Anderzijds is het mogelijk dat er sprake is van een toename van het aantal werkgevers dat de 'eigen regie' voert en bepaalde begeleidingsactiviteiten dus in eigen hand heeft. Welke activiteiten de werkgevers zelf (laten) uitvoeren, is bij Arbo Unie niet bekend. Het algemene beeld is wel dat het aantal 'eigen regie' klanten toeneemt.

**Tabel 6.1 Aantal consulten bij de bedrijfsarts/arbodienst**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
eerste re-integratieconsult	172	195
re-integratieconsult vervolgd	789	815
Verzuimconsult	654	603
Behandelconsult	99	35
arbeidsomstandighedenconsult	110	61
Interventieconsult	167	48
telefonisch consult	377	243
overig consult (divers)	-	36

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Stappen Wet verbetering Poortwachter*

Uit de activiteitenbestanden van Arbo Unie is verder af te leiden in hoeverre de stappen die volgens de Wet Verbetering Poortwachter uitgevoerd moeten worden bij de begeleiding van een (langdurig) zieke werknemer ook uitgevoerd zijn. Het gaat dan om: het opstellen van de probleemanalyse, eventuele bijstelling van de probleemanalyse en het opstellen van het re-integratieverslag.

In de probleemanalyse (na uiterlijk 8 weken) geeft de bedrijfsarts aan wat de beperkingen van de werknemer zijn en hoe dit haar/zijn werk en de mogelijkheid op een werkhervatting belemmert. Ook geeft de bedrijfsarts aan hoe het doel (werkhervatting) het best kan worden bereikt. Een bijstelling van de probleemanalyse vindt plaats als het ziektebeeld van de werknemer verandert en de eerder gestelde doelen in de probleemanalyse niet meer haalbaar zijn.

Uit de dossierbestanden komt op dit punt geen verschil naar voren tussen de langdurig zieken van 2006 versus 2009. Bij bijna drie kwart van beide groepen is een probleemanalyse opgesteld<sup>20</sup> en bij 2% is de probleemanalyse *bijgesteld*.

<sup>20</sup> Arbo Unie ziet tegenwoordig strenger toe op het eigen proces, waardoor er inmiddels vaker probleemanalyses zullen worden opgesteld.



Uit dit laatste gegeven blijkt dus ook geen verschil in de mate waarin er sprake is van veranderingen van ziektebeelden bij de langdurig zieken van 2006 versus 2009.

Een re-integratieverslag wordt door de werkgever opgesteld in de aanloop naar de aanvraag van een WIA-uitkering. In dit re-integratieverslag, dat naar UWV wordt gestuurd, zitten alle documenten die te maken hebben met de afgelopen ziekteperiode. De bedrijfsarts moet hierbij zorgen voor een actueel oordeel, dat onderdeel van het re-integratieverslag uitmaakt.

De activiteiten van de bedrijfsarts rond het opstellen van een re-integratieverslag vormen een indicatie dat een WIA-aanvraag heeft plaatsgevonden. Uit de dossierbestanden blijkt dat re-integratieverslagen iets minder vaak bij de langdurig zieken van 2009 zijn opgesteld dan bij die van 2006 (6% versus 8%). Dus een toename van de WIA-instroom valt ook hier niet uit af te leiden.

**Tabel 6.2 Uitvoering stappen Wet Verbetering Poortwachter**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
Probleemanalyse	72%	73%
bijstelling probleemanalyse	2%	2%
re-integratieverslag	8%	6%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

### 6.2.2 Beperkingen en mogelijkheden

Op basis van informatie uit de probleemanalyses is vastgesteld wat de beperkingen en mogelijkheden van de langdurig zieke werknemers zijn geweest tijdens het verzuim. Gezien het moment waarop de probleemanalyse dient te worden opgesteld, zal dit de situatie betreffen rond zes weken na de ziekmelding.

#### *Beperkingen van de werknemer*

In de 2009-groep worden werktijden minder vaak als beperking genoemd dan in de 2006-groep (55% versus 67%). Ook de fysieke belastbaarheid vormt voor de 2009-groep minder vaak een beperking (6%) dan voor de 2006-groep (15%).

**Tabel 6.3a Beperkingen van de werknemer waardoor hij zijn eigen werk (gedeeltelijk) niet meer kan verrichten (meerdere beperkingen mogelijk)**

	langdurig zieken 2006 (n=168)	langdurig zieken 2009 (n=191)
persoonlijk functioneren	63%	59%
sociaal functioneren	50%	48%
fysische omgevingseisen	16%	18%
dynamisch handelen	55%	51%
statische houdingen	46%	41%
werktijden	67%	55%
energetische beperkingen	17%	18%
fysieke belastbaarheid	15%	6%
emotionele belastbaarheid	9%	1%
(tijdelijk) arbeidsongeschikt	5%	6%
ondergaan van behandeling	1%	4%
Overig	1%	3%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Beperkingen verschillen niet naar leeftijd*

Voor de zes meest voorkomende beperkingen hebben wij een uitsplitsing gemaakt naar leeftijd. De verschillen naar leeftijdsklasse zijn echter niet significant. Het is niet zo dat deze beperkingen bij de hoogste leeftijdsgroep vaker voorkomen dan bij de lagere leeftijdsgroepen.

**Tabel 6.3b Beperkingen van de werknemer waardoor hij zijn eigen werk (gedeeltelijk) niet meer kan verrichten, naar leeftijd (meerdere beperkingen mogelijk)**

	langdurig zieken 2006			langdurig zieken 2009		
	t/m 34 jr (n=34)	35-49 jr (n=81)	≥ 50 jr (n=46)	t/m 34 jr (n=43)	35-49 jr (n=102)	≥ 50 jr (n=46)
persoonlijk functioneren	62%	68%	54%	77%	49%	63%
sociaal functioneren	39%	59%	41%	58%	47%	41%
fysische omgevingseisen	12%	15%	22%	21%	18%	15%
dynamisch handelen	56%	49%	63%	37%	59%	46%
statische houdingen	47%	43%	49%	28%	48%	37%
werktijden	76%	67%	61%	58%	52%	57%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Problemen/knelpunten in de functie*

Bij 74% van de langdurig zieken van 2006 wordt aangegeven dat er aspecten/ factoren van de functie bestaan waardoor de werknemer zijn werk niet kan doen. In de 2009-groep ligt het percentage waarbij er problemen of knelpunten aanwezig zijn op 68%. Problemen die hierbij genoemd worden zijn o.a. dat het werktempo of de werkdruk te hoog ligt, problemen met de arbeidsduur of met bepaalde functietaken of problemen met fysieke belasting.

**Tabel 6.4 Aanwezigheid problemen of knelpunten waardoor de werknemer zijn werk niet kan doen**

	langdurig zieken 2006 (n=162)	langdurig zieken 2009 (n=186)
wel problemen/knelpunten	74%	68%
geen problemen/knelpunten	26%	32%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Arbeidsmogelijkheden*

Bij ruim twee derde van de langdurig zieken van 2006 en 2009 gaat de bedrijfsarts ervan uit dat er voor de werknemer nog deeltaken haalbaar zijn. Deze deeltaken bestaan vaak uit een deel van het werk hervatten (al dan niet op therapeutische basis) of lichtere taken uitvoeren. Van de overige een derde geeft de bedrijfsarts voor het overgrote deel aan dat er geen arbeidsmogelijkheden zijn.

**Tabel 6.5a Mogelijkheden werknemer**

	langdurig zieken 2006 (n=165)	langdurig zieken 2009 (n=191)
deeltaken mogelijk	66%	68%
kan nog goed functioneren	1%	0%
nog onduidelijk	1%	3%
geen arbeidsmogelijkheden	32%	30%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

De mogelijkheid om deeltaken uit te voeren wordt vaker gezien bij langdurig zieken met een grotere aanstellingsomvang, tenminste in de 2006-groep. De langdurig zieken met een aanstellingsomvang kleiner dan 20 uur hebben hier relatief vaak geen arbeidsmogelijkheden. In de 2009-groep is dit verschil niet zichtbaar, en zijn de arbeidsmogelijkheden per aanstellingsomvang ongeveer gelijk.

**Tabel 6.5b Mogelijkheden werknemer naar aanstellingsomvang**

	langdurig zieken 2006			langdurig zieken 2009		
	0-19 uur (n=45)	20-29 u (n=42)	30+ uur (n=78)	0-19 uur (n=35)	20-29 u (n=68)	30+ uur (n=88)
deeltaken mogelijk	49%	76%	71%	66%	66%	69%
kan nog goed functioneren	-	2%	-	-	-	-
nog onduidelijk	-	2%	1%	-	3%	3%
geen arbeidsmogelijkheden	51%	19%	28%	34%	31%	27%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Problemen/belemmeringen in de arbeidsverhoudingen*

In de 2009-groep komen er bij 7% van de langdurig zieken problemen of belemmeringen in de arbeidsverhoudingen voor, die de re-integratie zouden kunnen belemmeren. In de 2006-groep is dit 4%. Dit gaat grotendeels over conflicten op het werk.

**Tabel 6.6 Problemen/belemmeringen in arbeidsverhoudingen**

	langdurig zieken 2006 (n=166)	langdurig zieken 2009 (n=191)
Wel	4%	7%
Geen	96%	93%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Mening werknemer*

De Wet Verbetering Poortwachter heeft als uitgangspunt dat werkgever en werknemer gezamenlijk zijn voor het verzuim en de re-integratie. In dat kader is bij elke formele stap ook de vraag naar de mening van de werknemer opgenomen. In het overgrote deel van de langdurig zieken is de werknemer het (in grote lijnen) eens met de probleemanalyse. Hierin is geen verschil gevonden tussen de 2006- en de 2009-groep.

#### *Mening werkgever*

Bij de langdurig zieken van 2006 is in 9% van de gevallen een andere mening van de werkgever ontvangen die een ander licht op de aard van de problematiek werpt. In de 2009-groep is dit 5%.

**Tabel 6.7 Mening van de werkgever over de werknemer, haar/zijn functie, arbeidsmogelijkheden, verzuimoorzaak, kwaliteit van de arbeidsverhouding**

	langdurig zieken 2006 (n=158)	langdurig zieken 2009 (n=189)
andere mening	9%	5%
geen info m.b.t. (andere) mening	91%	95%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Problemen die de re-integratie belemmeren*

Naast de beperkingen die hiervoor genoemd worden op het gebied van functioneren en de arbeidsverhoudingen, worden in het adviesgedeelte van de probleemanalyses in veel gevallen ook nog problemen genoemd die de re-integratie kunnen belemmeren.

In de 2006-groep wordt bij de helft van de langdurig zieken aangegeven dat er problemen bestaan die de re-integratie belemmeren. In de 2009-groep is dit 40%. Het meest wordt als probleem genoemd dat het niet duidelijk is hoe het herstel zal verlopen. Dit geldt voor 28% van de 2006-groep en voor zelfs 40% van de 2009-groep. In de 2009-groep spelen ook vaker dan bij de 2006-groep problemen op het werk (12% versus 3%) en geldt vaker dat de werknemer snel moe is of weinig aan kan (14% versus 7%). Minder vaak geldt bij de 2009-groep dat de beperkingen de re-integratie lastig maken (14% versus 23%), net als het probleem dat het eigen werk te zwaar is (6% versus 12%).

**Tabel 6.8 Problemen die re-integratie belemmeren**

	langdurig zieken 2006 (n=216)	langdurig zieken 2009 (n=218)
Wel	50%	40%
Geen	50%	60%
<i>Indien wel:</i>	<i>(n=108)</i>	<i>(n=87)</i>
het is nog niet duidelijk hoe het herstel zal verlopen	28%	40%
rekening moeten houden met de beperkingen	23%	14%
werknemer is nog bezig met behandeling/therapie	19%	18%
werknemer is (nu) volledig arbeidsongeschikt	21%	10%
werknemer is snel moe / kan weinig aan het eigen werk is te zwaar	7%	14%
problemen op het werk (reorganisatie, conflict etc.)	12%	6%
er is (nog) geen diagnose	3%	12%
overige belemmeringen	7%	1%
	4%	12%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

### 6.2.3 Verwachtingen omtrent werkhervatting

#### *Mogelijkheden om weer in eigen functie te gaan werken*

Bedrijfsartsen verwachten bij een groot deel van de langdurig zieken dat zij op termijn weer geheel kunnen hervatten. In 2009 was dit aandeel hoger dan in 2006 (84% versus 74%). In 2009 was minder vaak onduidelijk of men op termijn weer geheel kan hervatten (15% versus 24%). In de 2009-groep wordt verder iets vaker de mogelijkheid gezien om ten tijde van de probleemanalyse te hervatten (43%) dan in de 2006-groep (37%). In de 2006-groep wordt het hervatten op arbeid therapeutische basis vaker als mogelijkheid gezien (10%) dan in de 2009-groep (2%).

In beide groepen is zichtbaar dat van langdurig zieken met een vast rooster vaker verwacht wordt dat ze op termijn weer geheel kunnen hervatten, terwijl van de werknemers met een wisselend rooster dit vaker onduidelijk is. Zoals we eerder zagen, hadden de werknemers in 2009 vaker een wisselend rooster dan in 2006. Evengoed is het totale aandeel dat op termijn naar verwachting weer geheel hervat in 2009 hoger.

**Tabel 6.9a**      **Mogelijkheid van de werknemer om weer in eigen functie te gaan werken**

	langdurig zieken 2006 (n=165)	langdurig zieken 2009 (n=190)
nu deels hervatting, op termijn gehele hervatting	31%	38%
nu deels hervatting, op termijn onduidelijk	6%	5%
binnenkort deels hervatting, op termijn gehele hervatting	18%	17%
binnenkort deels hervatting, op termijn onduidelijk	3%	3%
nu nog geen hervatting, op termijn gehele hervatting	19%	27%
nu nog geen hervatting, op termijn onduidelijk	11%	7%
nu hervatting op at-basis, op termijn gehele hervatting	4%	1%
nu hervatting op at-basis, op termijn onduidelijk	2%	-
binnenkort hervatting op at-basis, op termijn gehele hervatting	2%	1%
nu geen hervatting, op termijn ook geen hervatting	2%	1%
binnenkort hervatting op at-basis, op termijn onduidelijk	2%	-

**Tabel 6.9b**      **Mogelijkheid van de werknemer om weer in eigen functie te gaan werken, naar type rooster**

	langdurig zieken 2006		langdurig zieken 2009	
	vast (n=109)	wisselend (n=56)	vast (n=96)	wisselend (n=94)
op termijn gehele hervatting	80%	62%	89%	80%
op termijn onduidelijk	19%	34%	9%	20%
op termijn geen hervatting	1%	4%	2%	0%

*Mogelijkheden tot ander werk*

In beide groepen wordt bij het grootste deel van de langdurig zieken aangegeven dat er voldoende mogelijkheden zijn om te re-integreren in het eigen werk, waardoor niet verder gezocht is naar mogelijkheden om in ander werk aan de slag te komen.

**Tabel 6.10 Mogelijkheden om in ander werk aan de slag te komen**

	langdurig zieken 2006 (n=166)	langdurig zieken 2009 (n=191)
mogelijkheden tot ander werk	4%	4%
geen mogelijkheden tot ander werk	3%	2%
mogelijkheden nog onduidelijk	8%	5%
niet aan de orde (voldoende mogelijkheden in eigen werk)	84%	89%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Prognose over werkhervatting*

In de 2009-groep wordt in 40% van de langdurig zieken een (duidelijke) prognose over werkhervatting gegeven, tegenover 26% bij de 2006-groep. Ook is er in de 2009-groep een kleiner aandeel waarover een prognose geheel nog niet te geven is (30% in de 2009-groep versus 42% in de 2006-groep).

**Tabel 6.11 Prognose over werkhervatting**

	langdurig zieken 2006 (n=165)	langdurig zieken 2009 (n=192)
Ja	26%	40%
ja, maar geen duidelijke prognose	29%	25%
nee, is geheel nog niet te zeggen	42%	30%
niet ingevuld	4%	5%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Termijnen behorende bij prognose*

Van de gevallen waarbij een duidelijke prognose is gegeven, wordt in beide groepen vaker een termijn van maximaal 4 weken verwacht dan een langere termijn voordat met de werkzaamheden kan worden begonnen. Daarnaast wordt hiervoor in de 2009-groep vaker dan in de 2006-groep een termijn van meer dan 4 weken gegeven. Over de opbouwtermijn naar een volledige werkdag wordt bij de 2009-groep veel minder vaak een uitspraak gedaan dan bij de 2006-groep, maar betreft in verhouding eveneens vaker een termijn van meer dan 4 weken. Hetzelfde geldt voor de opbouwtermijn naar een volledig takenpakket.



**Tabel 6.12 Verwachte termijn voordat met werkzaamheden kan worden begonnen**

	langdurig zieken 2006 (n=42)	langdurig zieken 2009 (n=77)
<i>verwachte termijn voordat met werkzaamheden kan worden begonnen</i>		
4 weken of minder	31%	25%
meer dan 4 weken	2%	18%
niet ingevuld	67%	57%
<i>opbouwtermijn naar volledige werkdag</i>		
4 weken of minder	21%	9%
meer dan 4 weken	43%	26%
niet ingevuld	36%	65%
<i>opbouwtermijn naar volledig takenpakket</i>		
4 weken of minder	14%	8%
meer dan 4 weken	38%	21%
niet ingevuld	48%	71%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Kans dat werknemer in de WIA terechtkomt*

In zowel de 2006-groep als de 2009-groep wordt bij het grootste deel van de langdurig zieken de kans klein geacht dat ze in de WIA terecht zullen komen. In de 2009-groep gebeurt dit iets vaker dan in de 2006-groep (88% versus 83%). Dit is opvallend omdat de WIA-instroom in 2009 juist hoger was dan in 2006. Zoals eerder opgemerkt kan dit te maken hebben met het feit dat er in 2009 wellicht absoluut gezien meer langdurig zieken waren waardoor ook een gelijkblijvend of een lager percentage langdurig zieken dat einde wachttijd bereikt toch absoluut tot een hogere instroom kan leiden.

**Tabel 6.13 Kans dat een werknemer in de WIA terechtkomt**

	langdurig zieken 2006 (n=166)	langdurig zieken 2009 (n=189)
Klein	83%	88%
Groot	3%	2%
(nog) niet aan te geven	14%	10%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Mogelijkheden tot werk*

Bij ruim twee derde van beide groepen wordt door de bedrijfsarts duurzaam benutbare mogelijkheden tot werk gezien voor de langdurig zieke werknemer. Voor bijna 1 op de 3 zijn er nu geen benutbare mogelijkheden, maar in de toekomst wel.

**Tabel 6.14 Conclusie over de mogelijkheid tot werk van de werknemer**

	langdurig zieken 2006 (n=168)	langdurig zieken 2009 (n=194)
geen duurzame benutbare mogelijkheden	1%	1%
nu geen benutbare mogelijkheden, toekomst onduidelijk	4%	2%
nu geen benutbare mogelijkheden, in toekomst wel	27%	29%
wel benutbare mogelijkheden	69%	68%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

*Einddoel van de re-integratie*

Bij het overgrote deel van de langdurig zieken wordt werkhervatting in de eigen functie gegeven als einddoel van de re-integratie: bij 92% van de 2009-groep en 88% van de 2006-groep.

**Tabel 6.15 Einddoel van de re-integratie**

	langdurig zieken 2006 (n=216)	langdurig zieken 2009 (n=215)
werkhervatting in de eigen functie	88%	92%
gedeeltelijke werkhervatting in de eigen functie	1%	-
werkhervatting in andere functie bij eigen werkgever	1%	1%
gehele of gedeeltelijke werkhervatting bij andere werkgever	1%	-
nog niet bekend	10%	8%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

**6.2.4 Advies bedrijfsarts met betrekking tot re-integratie***Advies met betrekking tot re-integratie activiteiten*

Bij ongeveer driekwart van de langdurig zieken wordt een advies gegeven met betrekking tot re-integratie activiteiten: 78% in de 2009-groep versus 73% in de 2006-groep.

**Tabel 6.16 Advies met betrekking tot re-integratie activiteiten**

	langdurig zieken 2006 (n=214)	langdurig zieken 2009 (n=210)
Wel	73%	78%
Geen	27%	22%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

#### *Advies per probleemveld*

Geleidelijke opbouw in het eigen werk wordt in beide groepen bij ruim de helft van de langdurig zieken als advies gegeven (57% in de 2009-groep versus 52% in de 2006-groep). Aan de 2009-groep wordt een stuk vaker het advies gegeven om deeltaken te gaan doen, of minder taken in het eigen werk uit te voeren, dan in de 2006-groep (45% versus 22%). Ook minder uren in eigen werk wordt in de 2009-groep vaker als advies gegeven (41% versus 22%), net als contact onderhouden met collega's (12% versus 6%). In de 2006-groep wordt vaker als advies gegeven dat er pas bij verder herstel met de start c.q. de opbouw van het werk moet worden begonnen (27% in de 2006-groep versus 17% in de 2009-groep).

**Tabel 6.17 Advies per probleemveld**

	langdurig zieken 2006 (n=156)	langdurig zieken 2009 (n=163)
geleidelijke opbouw in eigen werk	52%	57%
deeltaken/minder taken in eigen werk	22%	45%
minder uren in eigen werk	22%	41%
werk op therapeutische basis	18%	16%
aangepast/ander werk	17%	13%
werkplekaanpassingen / hulpmiddelen inzetten	7%	4%
contact onderhouden met collega's	6%	12%
doorgaan op ingeslagen weg	12%	10%
afspraken met wg maken over functie-inhoud/taken	12%	13%
rekening houden met fysieke beperkingen bij werk	8%	8%
rekening houden met energetische beperkingen	5%	4%
specifieke adviezen t.a.v. behandeling	27%	28%
voor een deel weer gaan werken	1%	3%
start/opbouw van werk bij verder herstel	27%	17%
overige adviezen	12%	14%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

## 6.2.5 Uiteindelijke werkhervatting

### *Geleidelijke opbouw van het werk*

Op basis van verzuimmutatiebestanden is door de onderzoekers vastgesteld of er sprake is van geleidelijke opbouw van het werk voordat de langdurig zieken volledig hersteld zijn. Bij 64% van de langdurig zieken van 2006 is dit het geval, tegenover 56% van de langdurig zieken van 2009. Dit is een significant verschil. Dit kan een indicatie zijn voor een afname van de re-integratiemogelijkheden. Dit beeld is herkenbaar voor Arbo Unie er wordt in de zorg steeds strenger gekeken of iemand duurzaam kan re-integreren, voordat met opbouwen gestart wordt. De mate waarin er sprake is van geleidelijke opbouw van het werk verschilt overigens niet significant naar de verzuimduur.

**Tabel 6.18 Geleidelijke opbouw van het werk**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
wel geleidelijke opbouw	64%	56%
geen geleidelijke opbouw	36%	44%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

## 6.2.6 Verloop dienstverband na verzuimevent

### *Verandering van functie*

Een klein deel van de langdurig zieken is gedurende het dienstverband veranderd van functie<sup>21</sup> (6 à 7%). Onbekend is wat deze verandering precies inhoudt. Mogelijk heeft dit in bepaalde gevallen te maken met functieaanpassingen als gevolg van de aandoening. Er zijn in de beschikbare gegevens echter geen aanknopingspunten te vinden dat hiervan (vaak) sprake is. De functieveranderingen hebben in geen van de gevallen plaatsgevonden *gedurende* de verzuimperiode, maar steeds *daarna*. Er zijn geen andere gegevens beschikbaar om hier meer duidelijkheid over te geven.

**Tabel 6.20 Verandering van functie (gedurende dienstverband)**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
niet veranderd van functie	93%	94%
wel veranderd van functie	7%	6%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

<sup>21</sup> Geen gegevens zijn bekend over eventuele veranderingen in de omvang van de aanstelling.

### *Beëindiging dienstverband na verzuim*

Het dienstverband is bij 46% van de langdurig zieken van 2006 beëindigd na het verzuimevent. Bij de langdurig zieken van 2009 is dit 32%. Dit verschil zal grotendeels verklaard kunnen worden door het feit dat de periode na het verzuim voor de 2009-groep (tot nu) veel korter is dan voor de 2006-groep, waardoor de kans veel kleiner is dat bij de 2009-groep het dienstverband in deze periode beëindigd is. Dit is terug te zien in het aandeel bij wie het dienstverband langer dan een jaar na het verzuimevent beëindigd is: 33% in de 2006-groep versus 14% in de 2009-groep. Het is *niet* zo dat het dienstverband vaker beëindigd is bij werknemers met een kort dienstverband (tot 3 jaar), wat had kunnen duiden op verlengde instroomselectie (niet verlengen van tijdelijke/kortere contracten).

Het aandeel bij wie het dienstverband binnen een dag na het verzuimevent is beëindigd, is in beide groepen 4-5%. Dit kan gevallen betreffen waarvan het tijdelijke contract niet verlengd is, terwijl de werknemer nog niet hersteld is (en de verzuimeinddatum dus een registratiedatum betreft, en het feitelijke verzuim nog voortduurt). Er kan ook sprake zijn van ontslag tijdens de ziekteperiode (wat in bepaalde gevallen is toegestaan). In hoeverre er sprake is van niet verlengde contracten of ontslagen, is echter niet uit de beschikbare gegevens te halen. Ook hier zien we echter geen verschil tussen de langdurig zieken van 2006 en 2009, waar dit wel verwacht wordt.

**Tabel 6.21 Beëindiging dienstverband na verzuim, en termijn waarop**

	langdurig zieken 2006 (n=300)	langdurig zieken 2009 (n=300)
dienstverband niet beëindigd	54%	63%
dienstverband beëindigd:	46%	32%
- 0-1 dagen na verzuimevent	5%	4%
- tot 1 maand erna	1%	1%
- 2-3 maanden erna	2%	4%
- 4-6 maanden erna	2%	3%
- 7-12 maanden erna	4%	5%
- meer dan een jaar erna	33%	14%
onbekend (contract arbeid dienst tussentijds beëindigd)	-	5%

Bron: dossieronderzoek langdurig zieken arbodienst

### 6.2.8 Samenvatting uit dossiers

Uit de dossiers komen enkele aanwijzingen naar voren dat er sprake is van een afname van de re-integratiemogelijkheden:

- Het aandeel langdurig zieken dat het werk geleidelijk opbouwt voordat ze volledig hersteld gemeld worden, is bij de 2009-groep lager dan bij de 2006-groep (dit terwijl het *advies* dat bedrijfsartsen in de probleemanalyse geven, overigens juist een omgekeerd beeld laten zien). Dit kan een indicatie zijn voor een afname van de re-integratiemogelijkheden. Het kan echter ook een aanwijzing zijn dat werkgevers vaker wachten tot een werknemer in staat is het werk weer geheel op zich te nemen.
- Er hebben minder arbeidsomstandighedenconsulten en interventieconsulten plaatsgevonden bij de 2009-groep, wat een indicatie kan zijn dat er minder re-integratiemogelijkheden waren voor deze groep. Anderzijds is het mogelijk dat er sprake is van een toename van het aantal werkgevers dat de 'eigen regie' voert en bepaalde begeleidingsactiviteiten dus in eigen hand heeft.

Op veel punten komen de langdurig zieken van 2009 echter in grote lijnen overeen met de langdurig zieken van 2006. Daarnaast zien we een aantal ontwikkelingen die juist tegengesteld zijn aan hetgeen we zouden verwachten. Dit betreft ontwikkelingen die juist *niet* duiden op een moeilijker geworden re-integratie. Bij de langdurig zieken van 2009 zien we, ten opzichte van de langdurig zieken van 2006:

- dat er minder vaak problemen of knelpunten zijn vastgesteld waardoor de werknemer haar/zijn werk niet kan doen of die de re-integratie belemmeren;
- dat er vaker door bedrijfsartsen wordt verwacht dat ze op termijn weer geheel kunnen hervatten;
- dat vaker de kans klein wordt geacht dat ze in de WIA terecht zullen komen;
- dat er niet vaker een re-integratieverslag is opgesteld (een indicator voor het plaatsvinden van een WIA-aanvraag).

Verder is in beide groepen (2006 en 2009) nog als bijzonderheid zichtbaar:

- dat van langdurig zieken met een vast rooster vaker verwacht wordt dat ze op termijn weer geheel kunnen hervatten, terwijl dit bij de werknemers met een wisselend rooster vaker onduidelijk is;
- bij 4-5% het dienstverband is beëindigd binnen een dag na het verzuimevent.

## 6.4 Re-integratie en herplaatsingsmogelijkheden volgens geïnterviewden

### *Minder aandacht voor herplaatsingsbeleid*

Personeelsfunctionarissen van de wat kleinere instellingen denken dat ze te klein zijn voor herplaatsingen, maar de grotere instellingen laten hetzelfde beeld zien. Een aantal personeelsfunctionarissen kan zich herinneren dat er rond 2004-2006 meer aandacht was voor herplaatsing. Sommige organisaties hadden toen een herplaatsingscommissie of een re-integratie coördinator die bij leidinggevenden ging informeren naar mogelijke vacatures. Met de daling van het langdurige verzuim in die jaren én door bezuinigingsronden zijn deze staffuncties verdwenen. Een aantal van hen ziet in een hernieuwd herplaatsingsbeleid (of: hernieuwd beleidsaandacht aan besteden) wel een verbeterkans voor de toekomst liggen. Ook een aantal bedrijfs- en verzekeringsartsen en sociale partners meent dat er meer mogelijk is aan herplaatsing als de werkgevers zich daar meer op zouden toeleggen.

Eén respondent geeft aan dat zij als organisatie bij psychische klachten nog wel ondersteuning en begeleiding in de terugkeer naar werk kunnen bieden (b.v. om mensen weerbaarder te maken), maar dat de re-integratiepogingen bij fysieke arbeidsongeschiktheid al snel ophouden.

Ook de bedrijfs- en verzekeringsartsen signaleren een vermindering van beleidsaandacht voor re-integratie in de instellingen. Zij melden bijvoorbeeld re-integratieadviseurs die zijn wegbezuinigd, een team overstijgend overlegorgaan over herplaatsing of een breed SMT dat is verdwenen, mobiliteitsbureaus met minder middelen, die weinig voor elkaar krijgen, het te laat inzetten van de re-integratie, zeker daar waar het een tweede spoor betreft. Maar vooral signaleren de personeelsfunctionarissen en bedrijfsartsen de onwil in de lijn om bij interne vacatures een re-integrerende collega aan te nemen. Leidinggevenden willen het risico niet nemen en worden hier van hogerhand niet in gestimuleerd of hier op aangesproken.

### *Grote bezorgdheid over ontbreken passend werk*

Sommige personeelsfunctionarissen vertellen dat ze zich ernstig zorgen maken over het ontbreken van re-integratiemogelijkheden. Deze zorgen onderbouwen ze ook: door de strengere selectie aan de WIA-poort hebben ze te maken met een steeds grotere groep gedeeltelijk arbeidsongeschikten die passend werk geboden moet worden. Ze zien een toenemend aantal '35-minners' die feitelijk aan het werk zouden moeten, maar waarvoor onvoldoende passend werk is. Deze werknemers kampen vaak met ernstige belastbaarheidsproblemen.

*Ook bedrijfsartsen somber over re-integratiekansen*

Een aantal van de bedrijfsartsen ziet dat er minder banen zijn voor mensen die terugkeren na langdurig verzuim. De taakeisen nemen toe. Door de digitalisering en automatisering kunnen veel arbeidskrachten gemist worden. Instellingen hebben ook aan outsourcing gedaan van facilitaire zaken. Op korte termijn lijkt dat prima, namelijk minder verzuim, want dit waren vaak functies met een hoog verzuim, maar op termijn is dat toch niet gunstig. Een van de bedrijfsartsen merkt op dat de organisatie bij sommige WGA'ers wel blij is dat men "er van af is".

Eén van de bedrijfsartsen meende zeker te weten dat sommige mensen die – op grond van hun klachten en situatie vroeger wel degelijk herplaatst zouden worden – nu op de valreep voor de WIA de strijd om passend werk te vinden opgeven in de WIA komen. Het tij is echt gekeerd, aldus deze arts, leidinggevenden zijn steeds vaker niet meer bereid mee te werken.

*De verzekeringsartsen zien niet alle re-integratiekansen benut*

De verzekeringsartsen hebben eveneens de indruk dat er weinig herplaatsingsmogelijkheden zijn en dat door de bezuinigingen aan een aantal extra functies hiervoor is weggevallen. Ook melden zij een verzadiging hierin. Maar de verzekeringsartsen zien vooral ook dat de - beperkte - mogelijkheden die er zijn door de instellingen niet adequaat benut worden. Er is weinig creativiteit in het vinden van herplaatsingsmogelijkheden. Dit heeft ook zijn weerslag op het tweede spoor. Ook andere zorginstellingen hebben hetzelfde probleem, dus zouden werknemers in het tweede spoor buiten de sector zorg en welzijn moeten kijken. Het tweede spoor wordt in de meeste gevallen te laat opgestart, waardoor resultaten teleurstellend zijn. "Werkgevers starten het wel op, uit angst voor loonsancties, maar het komt ook geregeld voor dat men dit niet tijdig doet, waardoor alsnog een loonsanctie volgt", volgens één van de verzekeringsartsen. Ook de artsen constateren dat de mensen die in de WGA instromen meer klachten en beperkingen hebben en moeilijker herplaatsbaar zijn dan de gedeeltelijk arbeidsongeschikten uit de tijd van de WAO. Toch noemt een aantal van de personeelsfunctionarissen voorbeelden van een geslaagde transfer naar buiten de sector (tweede spoor) . Maar dat zijn volgens hen toevallige incidenten.

*Weinig overhead leidt tot weinig re-integratiemogelijkheden*

In een aantal sub-sectoren, maar vooral in de VVT en de thuiszorg, wordt gemeld dat nog nauwelijks overheadfuncties in de organisaties over zijn: dus daarmee zijn er ook nauwelijks beschikbare functies (anders dan verplegend en verzorgend) als herplaatsingsopties. Verschillende sociale partners menen dat het vooral de leidinggevenden en het tussen management zijn die geen risico willen lopen en daarom niet genegen zijn inspanningen te doen voor de re-integratie van een medewerker. Het bedrijfsbeleid zelf is daar ook weinig op gericht, volgens hen. Dit beeld wordt onder-



schreven door een aantal personeelsfunctionarissen en bedrijfsartsen. De bezuinigingen hebben er tevens toe geleid dat er minder speciale functies werden gecreëerd voor medewerkers die al dan niet tijdelijk minder belastbaar zijn, aldus diverse geïnterviewden.

In de gehandicaptenzorg wordt gesignaleerd dat het bredere takenpakket van de medewerkers hen kwetsbaar maakt bij het niet meer kunnen verrichten van één van de kerntaken: dan kunnen ze hun functie niet meer vervullen. Er is weinig ruimte om nieuwe functies te creëren. Enkele vertegenwoordigers van zowel werkgevers- als werknemersorganisaties melden een verzadigingseffect: minder belastende plaatsen zijn al ingevuld door minder belastbare of oudere werknemers. Of zoals één van hen vermeld: “Parkeerfuncties zijn weggerationaliseerd”.

*Samenvattend: weinig herplaatsingsmogelijkheden*

Alle geïnterviewden signaleren dat er in de sector zorg en welzijn en van oudsher weinig herplaatsingsmogelijkheden zijn voor werknemers die langdurig ziek zijn geweest en weer herplaatst zouden kunnen worden. Dit treft zowel langdurig zieken die niet aan de poort van de WIA komen (en dus in de eerste twee ziektejaren zitten), als werknemers die wel gekeurd zijn voor de WIA, maar die als 35-minners alsnog aan de slag zouden moeten. Het ontbreken van functiedifferentiatie wordt als voornaamste reden genoemd voor het ontbreken van hervattingsmogelijkheden. De geïnterviewden is gevraagd of er anno 2012 daadwerkelijk minder herplaatsingsmogelijkheden zijn dan er zo'n 5-6 jaar geleden waren. De meeste beaamen dit: ze zien de weinige mogelijkheden die er al waren de laatste jaren geleidelijk verdwijnen.

Redenen die genoemd worden hiervoor samengevat:

- Niet zorgende functies die wegbezuinigd zijn of uitbesteed zijn;
- Betaalde, ‘lichte’ functies die zijn verdwenen: het werk wordt nu door vrijwilligers gedaan.
- ‘Verzadiging’ van functies (dat wil zeggen: het reeds ingevuld zijn van functies) die geschikt waren voor werknemers die minder belast kunnen worden.
- De keerzijde van de verzakelijke stijl van leidinggeven maakt dat een leidinggevende risicomijdend wordt en geen re-integrerende werknemer meer wil aannemen.

Duidelijk is voor alle geïnterviewden dat ‘het wegsnijden van het spek’ in de bezuinigingsronden van de afgelopen jaren, in ieder geval tot gevolg heeft gehad dat er minder herplaatsingsmogelijkheden zijn voor gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers.

## 6.5 Passend werk versus ontslag

### *Meer ontslagen volgens de personeelsfunctionarissen*

Uit de interviews met de personeelsfunctionarissen valt op te maken dat het aantal ontslagen bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid de laatste jaren sterk is toegenomen. Dit constateren ook de andere geïnterviewden. Deze trend gaat volgens de geïnterviewden samen met de in hoofdstuk 2 geconstateerde verzakelijking in de stijl van leidinggeven alsmede met de gewijzigde contractvormen. Bij het ontbreken van passend werk (of het vermoeden dat dat er niet zal zijn) wordt veel gemakkelijker dan 5-6 jaar geleden het besluit genomen om een werknemer te ontslaan.

### *De bedrijfsartsen zien ook meer ontslag*

Vooraf bij de lager opgeleiden in de zorg zien enkele bedrijfsartsen minder herplaatsingen dan vroeger. Er zijn nu op verschillende plaatsen wel mobiliteitsbureaus, maar die zien weinig mogelijkheden in de sector. Er komen steeds meer 35 minners waar werkgevers geen raad mee weten. 'Ja dat zal zeker leiden tot meer ontslagen' aldus enkele bedrijfsartsen. De vergrijzing geeft volgens de bedrijfsartsen ook een 'druk' op de sector op eventueel minder belastende functies.

"10 jaar geleden kon je nog zeggen "even het tempo en het rooster aanpassen". Dat kan niet meer. Er wordt nu ook moeilijk over gedaan, door P&O of de leidinggevende". Bedrijfsarts.

Leidinggevendenden hebben tegenwoordig geen/minder tijd voor personeelsaangelegenheden, terwijl ze wel die verantwoordelijkheid hebben. Ze spannen zich daarom niet erg in voor een herplaatsing. Dan maar de weg van de minste weerstand en zeggen geen geschikt werk te hebben." Personeelsfunctionaris.

"Sommige grotere instellingen laten mensen die voor 35 % arbeidsongeschikt zijn wel erg makkelijk vallen. Personeelsfunctionarissen willen geen discussie met UWV over een geschikte herplaatsingsplek. Dan maar ontslag". Bedrijfsarts

*Er is wel zoiets als matchingsbeleid in de organisatie bij interne sollicitaties, maar met een dossier van langdurig ziek zijn geweest kan je het wel schudden". Bedrijfsarts.*

### *...maar ook goede voorbeelden en bereidheid tot het vinden van oplossingen*

Toch worden er ook lichtpuntjes genoemd door de bedrijfsartsen: In kleine zorginstellingen waar een familiegevoel heerst, blijkt zoveel meer mogelijk aan herplaatsingen dan in de grotere instellingen. Volgens één van de artsen puur omdat de bereidheid om oplossingen te zoeken veel groter is; "Voor herplaatsing is 'bereidheid' beslissender dan een plek hebben" aldus enkele geïnterviewde bedrijfsartsen. Bij grote instel-

lingen vindt vaak op hoger niveau geen herplaatsingsoverleg plaats, dus geen uitwisseling of communicatie. “Het gaat echt om mensenwerk. Zo’n jaar of 6-7 geleden was er meer belangstelling voor en werd hier formatieruimte voor gereserveerd. Deze ruimte is wegbezuinigd”. Hier is volgens de bedrijfsartsen een wereld te winnen: zij noemen voorbeelden als herplaatsingspoules, mobiliteitsbureaus die actiever zoeken.

*Minimale contractjes leiden tot meer lager opgeleiden in de zorg*

Volgens enkele verzekeringsartsen zijn de contracten in de zorg debet aan de lastige situatie inzake herplaatsing: een aanstellingsomvang van 30/32 uur is vaak het maximum, waarbij maximaal 6 uur per dag gewerkt wordt, met als gevolg een laag inkomen en mensen zijn alle dagen van de week met hun werk bezig. Mensen ontvangen net geen bijstandsniveau aan loon. Mensen die meer in hun mars hebben, gaan niet in dergelijke baantjes werken en door die selectie komen er steeds meer lager opgeleiden in de sector zorg en welzijn te werken. Een deel van hen is minder belastbaar en kwetsbaarder dan de populatie werknemers uit het verleden. Aldus deze verzekeringsartsen.

*Ook verzekeringsartsen zien meer ontslag*

De wat lichtere functies in de VVT (koffie ronddelen, activiteiten begeleiden, licht schoonmaakwerk) worden in de zorginstellingen in steeds grotere mate door vrijwilligers vervuld, zien ook de verzekeringsartsen. Hier zijn zodoende geen re-integratiemogelijkheden meer voor uitgevallen medewerkers. Aan de andere kant signaleren zij dat de lichtere taken er bij het betaalde personeel uit zijn gehaald. Dit maakt dat voor hen de boog dus constant gespannen staat: de reeds genoemde taakverzwaring en combinatie met het wegvallen van re-integratiemogelijkheden. De verzekeringsartsen zien dat tijdelijke contracten bij langdurige ziekte in alle subsectoren in toenemende mate worden stopgezet. Ontslag komt, ook volgens de verzekeringsartsen voor langdurig zieke werknemers en 35-minners die niet kunnen werken vaker voor dan vroeger.

Verzekeringsartsen noemen voorbeelden van organisaties die liever een boete betalen (sanctie tot loondoorbetaling) dan dat ze zich inspinnen passend werk te bieden. Omdat het veelal gaat om kleine contracten en dus om lage kosten van loondoorbetaling zijn re-integratie-inspanningen al snel duurder dan loondoorbetaling.

## **6.6 Inzetbaarheidsvraagstukken volgens geïnterviewden**

In de interviews is weinig aandacht besteed aan het beleid van de organisaties op het terrein van duurzame inzetbaarheid. Hieromtrent waren ook geen onderzoeks-

vragen geformuleerd. Wel is gevraagd naar de visie op de noodzaak en de mogelijkheden om langer door te werken. De sociale partners zien dit zeker als issue, de personeelsfunctionarissen gaven aan dat zij dit wel een beleidsissue vinden, maar dat dit voor de meeste werknemers nog een ‘ver van mijn bed show’ is.

Gezien de breedte van het begrip is het goed de definitie van duurzame inzetbaarheid in herinnering te brengen die in 2010 door Van der Klink e.a. voor Zon MW is ontwikkeld:

*Duurzame inzetbaarheid betekent dat werknemers in hun arbeidsleven doorlopend over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten.*

In de interviews zijn juist zorgen ter sprake gekomen wat betreft de mogelijkheden om het werk met behoud van gezondheid uit te blijven voeren.

#### *Relatie herplaatsingsbeleid en duurzame inzetbaarheid*

Het thema ‘duurzame inzetbaarheid’ kwam wel naar voren bij het bespreken van de herplaatsingsmogelijkheden. Een aantal personeelsfunctionarissen en bedrijfsartsen noemde in de interviews een relatie met de vaak beperkte inzetbaarheid van de betreffende werknemers. Het is volgens hen niet alleen de organisatie die weinig mogelijkheden biedt; ook de werknemers zelf hebben onvoldoende competenties. Werknemers in de sector zorg en welzijn zijn niet breed inzetbaar, betogen enkele van hen. Vooral de laagopgeleide werknemers uit de VVT en thuiszorg hebben bij het uitvallen door arbeidsongeschiktheid weinig mogelijkheden om ander werk te doen, aldus deze respondenten.

<p>“Eigenlijk is het werk in onze sector een fuik. Er is weinig employability ontwikkeling. We proberen medewerkers nu wel te helpen bij het breder ontwikkelen, het CV aantrekkelijker maken. Maar de mogelijkheden buiten de eigen functie zijn beperkt.” Personeelsfunctionaris Welzijn</p>
--

#### *Kansen voor nieuw beleid*

Een aantal personeelsfunctionarissen realiseert zich daarmee dat vanuit de organisatie meer aandacht besteed zou moeten worden aan het bevorderen van een brede en duurzame inzetbaarheid van de werknemers. Zij zien de urgentie hiertoe alleen maar groter worden door het toenemen van het aantal werknemers dat zou moeten re-integreren. Ze realiseren zich dat ze als (vertegenwoordiger van) de werkgever vaak met lege handen staan. Zij leggen daarom een directe relatie tussen het ver-

breiden van inzetbaarheid en het bieden van herplaatsingsmogelijkheden. Zij hopen daar in de nabije toekomst meer beleid op te introduceren. Ontwikkelingen van de afgelopen jaren, zoals job carving, waarbij juist functies zijn gecreëerd voor mensen met minder capaciteiten en een geringere belastbaarheid (en dus ook een lagere salarisschaal), botsen met het belang van bredere inzetbaarheid. Sommige mensen zijn juist in dergelijke functies terecht gekomen vanwege hun beperkte inzetbaarheid. Het is niet eenvoudig om voor deze mensen een verbreding van hun inzetbaarheid te realiseren.

“De verklaring voor inzetbaarheidsproblemen in de sector zorg en welzijn zit in de populatie én in het werk. Een grote groep werkenden binnen de zorg is kwetsbaar, ontvankelijk voor ziekte, drijft op grote betrokkenheid, bevlogenheid. De huidige veranderingen in de maatschappij, het publieke debat, het verzakelijken van het werk, efficiënter worden, etc. geven een taakverzwaring. Letterlijk, maar ook in de beleving. Meer dan bij werkenden in andere sectoren. Dat kan leiden tot uitval”. Bedrijfsarts.

#### *Aandacht voor competentiebevordering en competentieverbreiding*

Enkele personeelsfunctionarissen geven expliciet aan dat zij de employability van de werknemers een hoge prioriteit geven.

Werknemers hebben meer competenties en scholing nodig. Wij leiden zelf op, letten meer op om- en bijscholing. Vinden dat ook belangrijk: als werkgever horen we de employability van het personeel te versterken. Er komen meer taken bij, dus sowieso wordt er een bredere inzetbaarheid gevraagd. Personeelsfunctionaris uit de VVT

Bij het ontwikkelen van competenties van het personeel focussen we sterk op het weerbaarder maken van de werknemers, het vergroten van de veerkracht. Daarnaast letten we bij hun competentie-ontwikkeling meer op onderlinge samenwerking en intervisie. Dit doen we nu sinds 2 jaar: duurt wel lang voordat dat routine wordt. Dit kost veel tijd, maar is goed voor de inzetbaarheid. Maar dit hoort wel bij de professionalisering van het vak. Daarnaast hebben we gekozen voor een langere inwerkperiode van nieuwe medewerkers, zodat ze meer vaardigheden opdoen. Personeelsfunctionaris uit de WMD

Opvallend is dat de sociale partners zich wel het beleid op duurzame inzetbaarheid als thema eigen hebben gemaakt – en dus promoten bij werkgevers en werknemers – maar dat zij in de interviews geen link leggen met re-integratie en herplaatsing.

## 6.7 Samenvatting

Uit de dossiers van driemaands zieken in 2006 en 2009 komen enkele lichte aanwijzingen voor afgenomen re-integratiemogelijkheden naar voren. De geïnterviewden geven aan dat de re-integratiemogelijkheden al langere tijd beperkt zijn in de sector. Gedurende de periode van aandacht voor de arboconvenanten en terugdringen van verzuim waren verschillende functionarissen binnen instellingen belast met herplaatsingsbeleid. Met de daling van het verzuim lijkt ook de noodzaak voor dit beleid afgenomen en is een deel van deze functies opgeheven. Inmiddels is duidelijk dat de schaalvergroting en de efficiëncyslag die in de sector is gemaakt alleen maar tot minder re-integratiemogelijkheden heeft geleid. Verschillende betrokkenen maken zich hier zorgen om maar zien nog geen mogelijkheden om dit te keren. Het gebrek aan passend werk leidt ook in een aantal situaties tot ontslag als betrokkene haar eigen werk niet meer kan doen. Op termijn kan dit gebrek aan re-integratiemogelijkheden ook de duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de sector beperken.

## 7 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### 7.1 WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn

#### *Onderzoeksvragen*

UWV heeft subsidie gegeven voor onderzoek naar de oorzaken van de gestegen WIA-instroom. In de periode 2009-2011 laat de WIA een opvallende stijging van de instroom zien die op grond van reguliere ontwikkelingen in de verzekerde populatie niet geheel verklaard kan worden. Een van de sectoren waar deze stijging zich voor doet is de sector zorg en welzijn. Onder meer vanwege de omvang van sector, waar 18% van de beroepsbevolking werkzaam is, is het van belang na te gaan wat de achtergrond is van de (gestegen) WIA-instroom.

In dit onderzoek staan drie mogelijke verklaringen voor de (gestegen) WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn centraal:

1. Arbeidsomstandigheden: door de verslechterde arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn stijgt de uitval uit het arbeidsproces met een verhoogde WIA-instroom tot gevolg.
2. Afgenomen re-integratiemogelijkheden: door efficiencyverbeteringen in de sector zorg en welzijn is er minder ruimte voor re-integratie in de eerste twee ziektejaren met als gevolg een afgenomen hervattingskans in de eerste twee jaar en een dientengevolge toegenomen kans op een WIA-aanvraag.
3. Uitsteleffect: door uitgestelde instroom, waarbij langdurig zieken die aanvankelijk re-integreerden en geen WIA-aanvraag deden alsnog weer langdurig ziek worden en (een grote kans hebben om) alsnog een WIA-aanvraag te doen, stijgt de WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn.

#### *Opzet onderzoek*

Om de genoemde verklaringen te onderzoeken zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Kwalitatief onderzoek op basis van literatuur en interviews naar de veranderende arbeidsomstandigheden in de zorg en de afgenomen re-integratiemogelijkheden in de zorg. Hierbij zijn face-to-face interviews afgenomen met vertegenwoordigers van sociale partners en personeelsfunctionarissen van grote instellingen waar in de periode 2008 – 2010 een stijging van de WIA-instroom had plaatsgevonden. Tevens zijn enkele bedrijfsartsen en verzekeringsartsen geïnterviewd.
2. Dossieronderzoek bij arbodienst Arbo Unie naar de afgenomen re-integratiemogelijkheden in de sector zorg en welzijn. Hierbij zijn dossiers van driemaandszieken uit 2006 vergeleken met die van driemaandszieken uit 2009.

3. Kwantitatief onderzoek naar de mate van voorkomen van het uitsteleffect in de sector zorg en welzijn op basis van verzuimgegevens van het Vernet Verzuimnetwerk. Hierbij zijn 12-maandszieken uit het jaar 2007 enkele jaren gevolgd.

Met deze combinatie van methoden is getracht een zo goed mogelijk kwalitatief en kwantitatief beeld te geven van de ontwikkelingen in de brede sector zorg en welzijn die leiden tot verzuim en een relatief hoge WIA-instroom. De kwantitatieve bronnen (analyse dossiers van arbodienst Arbo Unie en analyse op verzuimgegevens Vernet) zijn voor het eerst voor dit type analyses gebruikt waardoor de mogelijkheden en beperkingen van het materiaal gaandeweg het onderzoek naar voren kwamen.

## **7.2 Verzuim en WIA-instroom**

De sector zorg en welzijn bestaat uit een groot aantal sub-sectoren. Het hoogste langdurig verzuim komt voor in de gehandicaptenzorg en de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). In de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening stijgt het langdurig verzuim in de periode 2010-2011. De WIA-instroom is niet naar sub-sector bekend. Landelijk vindt tussen 2008 en 2011 een duidelijke stijging van de WIA-instroom plaats. Voor de sector als geheel vindt in diezelfde periode een nog sterkere stijging dan gemiddeld van de WIA-instroom plaats. Vanaf 2012 vlakt deze stijging sterk af.

Opvallend genoeg wordt de gestegen WIA-instroom nauwelijks herkend en daarmee ook niet ervaren als een probleem waar met een zekere urgentie actie op ondernomen moeten worden. De geïnterviewde personeelsfunctionarissen zijn zich niet bewust van de stijging van de WIA-instroom bij hun instelling. Zij ervaren dit ook niet als een probleem waar zij invloed op hebben omdat zij het merendeel van de WIA-instroom toeschrijven aan pure pech. Wel benadrukken de personeelsfunctionarissen dat het steeds lastiger is om überhaupt in de WIA te kunnen instromen. Degenen die instromen hebben volgens hen veel ernstiger gezondheidsklachten dan de vroegere WAO-instromers. Dat betekent ook dat werknemers die niet door de claimbeoordeling komen een relatief slechtere gezondheid hebben. Ook de sociale partners herkennen de hoge WIA-instroom niet als een probleem waar aandacht voor moet komen in bijvoorbeeld de cao-onderhandelingen.

## **7.3 Uitsteleffect**

Aan de hand van verzuimgegevens van Vernet is voor de sub-sectoren ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en VVT nagegaan of er wel-



licht sprake was van uitgestelde instroom in de WIA. De gegevens van degenen met een verzuim van minimaal 12 en maximaal 23 maanden in 2007 zijn daartoe tot 2012 gevolgd. De langdurig verzuimers bestaan voor meer dan gemiddeld in de sector uit vrouwen en zijn gemiddeld ook iets ouder dan in de gehele sector. Bijna twee derde van de langdurig zieken bouwen het werk geleidelijk op voordat zij weer volledig hersteld zijn. Opvallend is dat bijna een kwart van de langdurig verzuimers een dienstverband van minder dan 3 jaar heeft op het moment dat zij ziek worden. Eveneens bij bijna een kwart is het dienstverband beëindigd in het jaar waarin het langdurig verzuim eindigde. Hoe langer het verzuim duurde, hoe vaker het voorkwam dat het dienstverband beëindigd werd. Het is niet bekend op wiens initiatief het dienstverband beëindigd is, maar wellicht zijn zowel werknemers zelf als werkgevers geneigd om na langdurig verzuim het dienstverband te heroverwegen. Van het uitsteleffect is sprake als in de periode na het langdurig verzuim van minimaal 12 maanden nogmaals langdurig verzuim optreedt dat kan leiden tot WIA-instroom. Van de groep langdurig verzuimers heeft ruim 8% in de periode 2008-2012 nogmaals een periode van minimaal 12 maanden verzuim. Het is echter niet duidelijk of dit groter is dan de reguliere kans op verzuim. Deze kans is niet bekend voor andere sectoren of voor de totale populatie. Wel is bekend dat langdurig verzuimers een grotere kans dan gemiddeld hebben op herhaald langdurig verzuim. Zodoende verklaart het uitsteleffect wel een deel van de stijging van de WIA-instroom maar is de mate waarin de stijging van de WIA-instroom hiermee verklaard wordt niet bekend.

#### **7.4 Ontwikkelingen in de sector**

Het merendeel van de werknemers in de sector zorg en welzijn is vrouw. Zij werken bijna allemaal in deeltijd en blijven langer doorwerken dan vroeger, waardoor de gemiddelde leeftijd in de sector stijgt. Wat betreft het opleidingsniveau stijgt enerzijds het aantal hoger opgeleiden dat op de arbeidsmarkt komt terwijl anderzijds in een aantal sub-sectoren de vraag naar lager opgeleid personeel toeneemt. Een deel van de werknemers in de sector lijkt weinig weerbaar. Deze werknemers hebben gekozen voor werk in deze sector vanuit hun persoonlijke behoefte om hulp en zorg te bieden aan kwetsbare mensen, soms ingegeven door het ontbreken van zorg om hen zelf in hun jeugd. Als de werkdruk echter toeneemt en er minder ruimte is voor het sociale contact in het werk kan dit voordeel in het werk (grote betrokkenheid) omslaan in een nadeel. Dan kunnen de geringe weerbaarheid en eventuele latente gezondheidsproblemen leiden tot teleurgestelde professionals die het werk in de sector – al dan niet door instroom in de WIA – moeten verlaten.

## 7.5 Ontwikkelingen in de arbeidsomstandigheden

De arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn verschillen op een aantal punten van de omstandigheden in andere sectoren. In de zorg heeft men vaker te maken met onregelmatige werktijden, fysiek zwaar werk (werk waarbij men veel kracht moet zetten en in een ongemakkelijke houding moet werken), emotioneel zwaar werk en intimidatie of lichamelijk geweld door patiënten, zo laat de analyse van de rapportages van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) zien. Een aantal andere arbeidsomstandigheden zijn in de periode 2005/2007-2011 zwaarder geworden: afgenomen eigen regie en onderdelen van autonomie, fysieke belasting (in relatie tot de belastbaarheid), inkrimping van de organisatie, zorgen om baanbehoud en de financiële thuissituatie. Deze veranderingen worden niet allemaal door werkgevers en werknemers in gelijke mate herkend waardoor hier geen actiepunten voor geformuleerd worden.

De dossiers van driemaands-zieken van Arbo Unie in 2006 en 2009 laten weinig veranderingen zien in de arbeidsomstandigheden waar de langdurig zieken mee te maken hebben. Wel is er een verschil tussen de langdurig zieken met een vast en met een wisselend rooster: degenen met een wisselend rooster hebben gemiddeld te maken met een zwaardere fysieke belasting. Ook zien we een toename van het percentage langdurig zieken dat een wisselend rooster heeft.

Het werken in de zorg anno 2012 is niet hetzelfde als het werken in de zorg anno 2002. Er is in deze jaren veel energie gestoken in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en in preventie. De arboconvenanten hielpen daarbij. Alertheid op gezonde arbeidsomstandigheden is er zeker. Toch wordt er door de geïnterviewden tezamen geconstateerd dat – als de balans opgemaakt moet worden – er toch verzwarende van de arbeidsomstandigheden is opgetreden. De implementatie van arbo-beleid laat (mede wegens een taakverzwaring en een toegenomen werkdruk) in veel gevallen te wensen over. Daarnaast is de sociale problematiek bij werknemers toegenomen. Die combinatie (verzwarende van de arbeidsomstandigheden en toegenomen sociale problematiek bij werknemers) levert op termijn een risico op langdurige uitval.

De beleving van een hoge (psychosociale) werkdruk in de gehele sector zorg en welzijn is het laatste decennium toegenomen. In potentie kan het langdurig verzuim, en daarmee de kans op WIA-instroom oplopen hierdoor. Zowel de literatuur als de interviews laten dit duidelijk zien. Nuancering is wel op zijn plaats. Zo noemen verschillende bronnen en geïnterviewden dat het niet zozeer het toenemen van stress is, als wel het afnemen van werkzaamheden en aspecten in het werk die stressfactoren kunnen compenseren. Minder intervisie, collegiaal overleg, minder momenten dat

de boog even niet gespannen hoeft te staan, recuperatietijd na emotionele gebeurtenissen op het werk. Dit alles maakt dat de balans in de werkdruk negatief doorslaat.

Het ontbreken van regie en regelmogelijkheden zijn thema's die al langer in de sector als oorzaken voor langdurig verzuim werden herkend. In de periode 2005 tot 2011 zijn – ondanks positieve ontwikkelingen voornamelijk op kleine schaal, zoals in het zelfroosteren – de regelmogelijkheden nog minder geworden.

Over agressie signaleert men dat de aandacht hiervoor toegenomen is, maar dat de agressie op zichzelf niet toegenomen is. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuur: agressie is een stabiel aanwezig (en verzwarend) onderdeel van de arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn. Als zodanig levert agressie niet tot nauwelijks een bijdrage aan de WIA-instroom.

## **7.6 Ontwikkelingen in de re-integratiemogelijkheden**

Op grond van dossiers van driemaands zieke werknemers is nagegaan of re-integratie mogelijkheden in de periode 2006 – 2009 zijn afgenomen. Bij het overgrote deel, ongeveer 90%, van de langdurig zieken wordt op termijn hervatting in de eigen functie verwacht en in de meeste gevallen wordt dit voorafgegaan door gedeeltelijke hervatting. Geleidelijke opbouw van het werk komt in 2009 iets minder vaak voor dan in 2006 hetgeen kan wijzen op een lichte afname van re-integratiemogelijkheden.

### *Ontbreken herplaatsingsmogelijkheden groot punt van zorg*

Alle geïnterviewden signaleren dat er in de sector zorg en welzijn vanouds her weinig herplaatsingsmogelijkheden zijn voor werknemers die langdurig ziek zijn geweest en weer herplaatst zouden kunnen worden. Dit treft zowel langdurig zieken die niet aan de poort van de WIA komen (en dus in de eerste twee ziektejaren zitten), als werknemers die wel gekeurd zijn voor de WIA, maar die als 35-minners alsnog aan de slag zouden moeten. Het ontbreken van functiedifferentiatie wordt als voornaamste reden genoemd voor het ontbreken van hervattingsmogelijkheden. De geïnterviewden is gevraagd of er anno 2012 daadwerkelijk minder herplaatsingsmogelijkheden zijn dan er zo'n 5-6 jaar geleden waren. De meeste beamen dit: ze zien de weinige mogelijkheden die er al waren de laatste jaren geleidelijk verdwijnen.

## **7.7 Beantwoording onderzoeksvragen**

In dit onderzoek is nagegaan of de gestegen WIA-instroom vanuit de sector zorg en welzijn verklaard kon worden door:

- Veranderingen in de arbeidsomstandigheden
- Afgenomen re-integratiemogelijkheden
- Uitgestelde WIA-instroom.

Onder meer met gegevens en bestanden die nog niet eerder voor dit type onderzoek gebruikt waren, is getracht zoveel mogelijk een kwantitatief antwoord op de onderzoeksvragen te geven. Voor alle drie de hypothesen bleek het kwantitatieve materiaal maar beperkte bewijskracht te verschaffen.

Voor de vraag of verslechterde arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn een deel van de stijging van de WIA-instroom kunnen verklaren, is gebruik gemaakt van een analyse van de dossiers van langdurig zieken, aangevuld met literatuuranalyse en interviews. Deze dossiers lieten niet zien dat de arbeidsomstandigheden waar de langdurig zieken in 2009 mee te maken hadden zwaarder waren dan de arbeidsomstandigheden van de langdurig zieken in 2006. Wel zien we dat langdurig zieken met een wisselend rooster vaker te maken hebben met belastende factoren in het werk (mentaal belastend en verschillende vormen van fysieke belasting: zitten, staan, beweging en tillen). In 2009 waren er meer langdurig zieken met een wisselend rooster dan in 2006. De analyse van de literatuur liet zien dat de sector op een aantal aspecten zwaardere arbeidsomstandigheden heeft dan de beroepsbevolking gemiddeld. Ook waren enkele aspecten in de afgelopen jaren verzaamd, zoals druk/hectisch werk. In de interviews werd verwezen naar zware arbeidsomstandigheden als reden voor langdurig verzuim en WIA-instroom, maar werd ook aangegeven dat de arbeidsomstandigheden veel aandacht gekregen hebben en dat het nu nog vaak een kwestie is van het laten landen van het beleid. Wat betreft de eerste onderzoeksvraag kunnen we zodoende concluderen dat de zwaardere belasting waar werknemers met een wisselend rooster mee te maken hebben een deel van de stijging van de WIA-instroom kan verklaren omdat er sprake is van een toename van werknemers met een wisselend rooster. De op een aantal punten duidelijk zware arbeidsomstandigheden in de sector zorg en welzijn zijn verder een belangrijk aandachtspunt bij het voorkomen van langdurig verzuim en WIA-instroom, maar de directe relatie met de gestegen WIA-instroom in de periode 2006-2010 is niet zo duidelijk.

Voor de vraag of afgenomen re-integratiemogelijkheden in de sector zorg en welzijn een deel van de stijging van de WIA-instroom kunnen verklaren, is gebruik gemaakt van een analyse van de dossiers van langdurig zieken aangevuld met literatuuranalyse en interviews. In de dossiers is de afname van de re-integratiemogelijkheden nauwelijks terug te vinden. Het beeld komt naar voren dat voor de langdurig zieken inspanningen worden gepleegd om hen weer, bij voorkeur in eigen werk, te laten hervatten. Dit is in 2009 net zo sterk het geval als in 2006. Wel geven de geïnter-

viewden uit de sector aan dat zij minder herplaatsingsmogelijkheden zien en hebben voor mensen die (tijdelijk) niet in hun eigen functie kunnen hervatten. Hierdoor kan niet eenduidig gesteld worden dat de afgenomen re-integratiemogelijkheden de stijging van de WIA-instroom verklaren, maar wel dat er langer wordt geprobeerd in eigen functie te hervatten en dat er minder mogelijkheden zijn voor hervatting in een ander functie. Degenen die niet meer in eigen functie kunnen hervatten hebben zodoende een hogere kans op WIA-instroom.

De vraag of een deel van de stijging van de WIA-instroom in de sector zorg en welzijn verklaard kan worden door een uitsteleffect dat met de invoering van de WIA is opgetreden, is beantwoord aan de hand van een analyse van verzuimdata van langdurig (meer dan 12 maanden) zieken. Hieruit, in combinatie met literatuur, blijkt dat deze groep wel een grotere kans dan gemiddeld heeft op langdurig verzuim (met vervolgens verhoogde kans op WIA-instroom. Het is echter niet bekend of dit ook een groter effect is dan in eerdere en latere jaren optrad. Maar het feit dat er op zich sprake is van enig uitsteleffect kan een deel van de gestegen WIA-instroom in de periode 2007-2010 verklaren.

## **7.8 Aandachtspunten en aanbevelingen voor de sector**

Dit onderzoek naar de achtergronden van de gestegen WIA-instroom in de sector zorg en welzijn levert een aantal duidelijke aandachtspunten voor de sector op. De sector zorg en welzijn staat als geheel onder druk. De ontwikkelingen die aanleiding zijn voor de druk op de sector, verschillen per sub-sector. Maar bijna alle subsectoren hebben te maken met reorganisaties en inkrimpingen of efficiencylagen. Daarbij gaat het bij de ene sector, zoals kinderopvang of maatschappelijke dienstverlening om inkrimping vanwege onder meer vraaguitval en bij een andere sector, zoals de VVT om herontwerp van het werk en de rol van mantelzorg daarbij vanwege de noodzaak om kosten te besparen. Van oudsher gaat het in deze sector om werk dat door vrouwen wordt gedaan waarbij vrouwen het werk niet fulltime doen maar naast hun zorgtaken thuis doen. De gemiddelde aanstellingsomvang van 26 uur in de sector wijst erop dat dit nog niet veranderd is. Wat wel veranderd is, is dat vrouwen in de afgelopen 20 jaar op de arbeidsmarkt hun werk niet meer volledig opgeven in verband met de zorg voor kinderen, maar dat zij door blijven werken. Dit betekent dat ook in de zorg de (vrouwelijke) werknemers gemiddeld ouder worden en langer door blijven werken.

### *Bewustzijn van risico op langdurige uitval vergroten*

De gestegen WIA-instroom wordt opvallend genoeg nauwelijks herkend door de P&O functionarissen van grote werkgevers in de sector zorg en welzijn die aantoonbaar

zelf te maken hadden met gestegen WGA-instroom. Ook de sociale partners, werkgevers- en werkgeversvertegenwoordigers, die wij spraken waren zich niet bewust van dit deel van de problematiek in hun branche. De P&O functionarissen zijn ook niet bekend met de publicatie 'WGA instroom van grote werkgevers' van UWV en de cijfers over hun eigen organisatie daarin. Dit leidt ertoe dat zij ook geen aanleiding zien om beleid ter voorkoming van WIA-instroom in hun organisatie te ontwikkelen.

#### *Versterk preventie WGA-instroom op brancheniveau*

Met de WGA-instroomcijfers in de hand is duidelijk welke organisaties te maken hebben met hoge en gestegen WGA-instroom. Brancheorganisaties kunnen de publicatie van de WGA-instroomcijfers gebruiken om hun aangesloten leden die daarmee te maken hebben explicieter te wijzen op het risico dat zij lopen. Daarmee wordt de noodzaak om een aanpak ter voorkoming van WGA-instroom te ontwikkelen ook duidelijker. Brancheorganisaties kunnen ter ondersteuning van de werkgevers in hun sector handvatten ontwikkelen die de werkgevers faciliteren in het ontwikkelen van een aanpak op maat. Daarbij kan onder meer systematisch gekeken worden naar de risico's die in dit onderzoek naar voren kwamen:

- Fysiek belastend werk
- Toename verzuim dat samenhangt met dreiging van reorganisaties en onzekerheid over behoud van werk
- Zwaardere belasting van degenen met wisselende roosters
- Afname van re-integratiemogelijkheden
- Selectie op verzuimgedrag van medewerkers met een tijdelijke aanstelling.

Op deze manier kan het draagvlak vergroot worden om hier op branche (sub-sector) niveau een meer gemeenschappelijke aanpak voor te ontwikkelen.

#### *Behoud werknemers voor de sector zorg- en welzijn*

In een groot deel van de sector neemt de vraag naar arbeidskrachten de komende jaren nog toe. Dit vraagt om beleid waarbij zowel de inhoud van het werk als de zittende medewerkers zelf zo ontwikkeld worden dat een duurzame match tussen werk en medewerker kan ontstaan en de medewerker langer door kan werken en behouden wordt voor de sector.

#### *Aandacht voor snelle uitval*

Tegelijkertijd vraagt dit om aandacht voor de instroom van werknemers in deze sector. In dit onderzoek zagen we dat een opvallend groot deel van de langdurig zieken een relatief kort dienstverband heeft. Het kan zo zijn dat het werk in de zorg zo zwaar is dat er bij aanvang van de loopbaan vrij snel een selectie plaats vindt van werknemers die dit wel en die dit niet volhouden. Dit roept twee vragen op. Ten eerste is het de vraag of degenen voor wie het werk toch niet geschikt is langs de weg van verzuim en eventueel WGA-instroom het werk moeten verlaten. Met wellicht meer aan-

dacht voor de ontwikkeling van nieuw ingestroomde werknemers kan deze weg voorkomen worden en kan eerder een andere loopbaanpad gekozen worden. Ten tweede is het de vraag of het mogelijk is om deze werknemers voor een ander deel van de sector, een andere sub-sector, te behouden. Dit vraagt aandacht van mobiliteitsondersteuning op sectorniveau.

#### *Samenhang einde dienstverband en einde verzuim*

In samenhang met het vorige punt is het opvallend dat zowel de dossiers van de arbo-dienst als de gegevens van Vernet laten zien dat er een piek in de beëindigingen van het dienstverband rond het einde van het verzuim is waar te nemen. In deze gevallen leidt langdurig verzuim niet tot WGA-instroom. Het vraagt nader onderzoek om te kijken wat de achtergrond is voor de beëindigingen van het dienstverband in die periode en van wie het initiatief daartoe uitgaat en onder welke voorwaarden dit gebeurt. Ook is relevant om na te gaan welk traject werknemers na dit ontslag volgen en of zij recht krijgen op een Ziektewetuitkering. Ook voor deze groep werknemers is het echter de vraag hoe zij hun loopbaan vervolgen en welke mogelijkheden er zouden zijn om voor de sector als geheel behouden te blijven.

#### *Complexiteit zorgvragen*

Bepaalde ontwikkelingen zijn specifiek voor sommige sub-sectoren. De complexiteit van zorgvragen is over de hele linie toegenomen, maar geeft wel een sub-sector specifiek beeld. Zeker de zorg in de GGZ is aan verandering onderhevig: veranderingen in het functiehuis en een omslag naar meer ambulante zorg. In de VVT is de complexiteit van zorg toegenomen (cliënten hebben zwaardere zorg nodig, het werk is mentaal zwaarder geworden terwijl het opleidingsniveau daalt). De GHZ vervolgens heeft te maken met nieuwe cliënten (meer multiproblematiek) en dat in combinatie met de inrichting van het werk (flexibel inzetbaar moeten zijn op verschillende afdelingen) vraagt andere competenties van medewerkers. Die beschikken daar (nog) niet altijd over en dat maakt dat de veranderingen een verzwaring van arbeidsomstandigheden betekenen. Ook de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening signaleert dat cliënten steeds problematischer en gecompliceerder worden. Intervisie tussen collega's zou wat dat betreft waardevol zijn, maar daarvoor is minder tijd beschikbaar. Daarnaast leiden veranderende eisen (het eigen werkpakket onderhouden, verantwoording afleggen, resultaatmetingen) tot extra druk bij medewerkers en leidt het opknippen van taken tot onvrede.

#### *Verzwaring en complexiteit van het werk zijn risico voor op uitval*

De meeste professionals die geïnterviewd werden, stelden dat het werk dusdanig complex is geworden en verzwaard is, dat het niet gek zou zijn als dat tot uitval van werknemers zou leiden. De meeste geïnterviewden signaleren dat het langdurige verzuim de laatste jaren aan het stijgen is. Daar worden door personeelsfunctionaris-

sen meer psychische problemen gezien dan – wellicht – vroeger het geval was. Maar het automatisme van ‘meer langdurig verzuim leidt tot meer WIA-instroom’ bestaat al jaren niet meer: dit erkennen alle betrokkenen. De WIA claimbeoordeling is aangescherpt waardoor werkgevers (en werknemers) een duidelijke noodzaak ervaren om te voorkomen dat langdurig verzuim tot WIA-instroom leidt.

Knelpunten in het werk zelf, de context van het werk en sociale problemen van de werknemers zelf leiden tot zowel inzetbaarheidsproblemen als tot uitval. Uitval vindt plaats richting ontslag (dat meer voorkomt in relatie tot langdurig verzuim) en vrijwillig vertrek van werknemers uit de sector.

*.. maar ook risico voor duurzame inzetbaarheid*

De zwaarte van het werk in combinatie met de stijgende gemiddelde leeftijd van de werknemers in de sector en het langer doorwerken vormen ook een risico voor duurzame inzetbaarheid. De sector zorg en welzijn staat op een groot aantal punten onder druk waardoor aandacht voor zodanige ontwikkeling van medewerkers dat zij op verschillende plekken inzetbaar zijn en blijven ook vaak onder druk staat. In het werk zelf vinden wel veranderingen plaats door taakafplitsing, maar deze veranderingen kunnen ook tot taakverzwaring leiden. Deze werkplekken zijn niet altijd zodanig dat werknemers hun gehele loopbaan, ook als zij ouder zijn, er gezond kunnen werken. De actuele noodzaak om efficiency in het werk maximale aandacht te geven, leidt de aandacht af van de noodzaak op iets langere termijn van een sector waarin het werk zo georganiseerd is dat er ontwikkelingsmogelijkheden zijn en mogelijkheden om langer door te werken. Dit is een serieus risico voor een sector waarvan de komende jaren zoveel gevraagd wordt. Daar komt nog bij dat de arbeidsomstandigheden onder druk staan terwijl goede arbeidsomstandigheden een voorwaarde zijn om duurzame inzetbaarheid en langer doorwerken te realiseren.

*De balans werk-privé*

De balans werkprivé geeft in toenemende mate problemen. Niet alleen de NEA analyse, maar ook de andere bronnen laten zien dat er werknemers in de sector zorg en welzijn minder gunstig gestemd zijn over hun actuele inzetbaarheid (het voldoen aan taakeisen) dan werknemers van andere sectoren. Daarnaast zijn problemen te verwachten voor hun toekomstige inzetbaarheid in werk. In toenemende mate wordt een beroep gedaan op mantelzorgtaken: enerzijds ontlasten mantelzorgers de werkenden in de zorg, anderzijds zijn het juist de werkneemsters uit de sector zorg en welzijn die in hun privé omgeving de mantelzorgtaken oppakken. Dit geeft een dubbele belasting. De geïnterviewden zien over het algemeen een toename van de disbalans werk-privé en ziet dit terug in verzuim. Andere factoren die hiermee samenhangen betreft problemen door de kleinere aanstellingen en een toename van zogenoemde min-maxcontracten. Daarmee verdienen werknemers weinig (met alle geldzorgen van dien) en de contracten leiden er toe dat mensen alle dagen van de week met



hun werk bezig zijn. De inspectie SZW sluit het interview dan ook af met de opmerking dat het werken in de sector zorg en welzijn steeds meer het karakter heeft van “continue werken in spitsuren”.

*Minder daar waar meer verlangd wordt...*

In combinatie met de bevindingen dat het werk zwaarder is geworden, er een groeiende groep werknemers is met sociale problematiek, en een verminderde weerbaarheid en een ‘smalle’ inzetbaarheid, maakt dat het ontbreken van re-integratiemogelijkheden extra risico’s geeft voor de toekomst. Het maakt dat organisaties in de sector zorg en welzijn in een steeds grotere spagaat terecht komen. We zagen dat deze spagaat niet zozeer leidt tot een (bovenmatig) hoge WIA-instroom, maar wel tot uitval in de vorm van meer ontslagen en vertrek van werknemers uit de sector.

Dat er tegelijkertijd minder beleidsaandacht in de organisaties is voor re-integratie en herplaatsing maakt de situatie extra nijpend. De urgentie tot herplaatsen is groter dan ooit, de mogelijkheden hiertoe lijken kleiner dan ooit. De ontwikkelingen in zowel de arbeidsomstandigheden als in de re-integratiemogelijkheden vinden plaats in de context van een aanhoudende maatschappelijke discussie over de kosten en de kwaliteit van de zorg. Dit debat kan zowel organisaties als werknemers zelf onder druk zetten.



## BIJLAGE 1: RESPONDENTEN INTERVIEWS

Wie	sub-sector	regio
9 P&O professionals en verzuim coördinatoren van zorginstellingen met meer dan 250 werknemers, waarvan uit de UWV overzichten van 2009-2011 bleek dat zij te maken hadden met een gestegen WGA-instroom*	1x Jeugdzorg 1x Kinderopvang 3x VVT 1x WMD 2x GHZ 1x GGZ	Zuid Holland, Noord Holland en Utrecht
5 bedrijfsartsen	Gezondheidszorg en welzijn	landelijk opererend
4 verzekeringsartsen van UWV  2 arbeidsdeskundigen van UWV	ervaring met claimbeoordeling van mensen uit de zorg- en welzijnssector <sup>22</sup>	Gelderland, Utrecht, Zuid-Holland, Limburg
4 vertegenwoordigers van brancheorganisaties  4 vertegenwoordigers van werknemersorganisaties	2x VVT 2x GHZ 2x WMD 2x GGZ	landelijk opererend
1 vertegenwoordiger van de inspectie SZW		

\* *Selectie instellingen met gestegen WGA-instroom*

De WGA instroompercentages van grote werkgevers (>250 werknemers) van de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 zijn in UWV-publicaties beschikbaar. Binnen de werkgevers in de SV-sector zorg is gekeken welke instellingen een stijgende WGA-

<sup>22</sup> Aangezien de gevalsbehandeling niet meer sectoraal georganiseerd is is ook de specifieke kennis vervloet die uitstijgt boven de gemiddelde praktijkervaring. Respondenten (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) zijn wel geselecteerd op hun ervaring met de sector en zijn bijvoorbeeld ex-cadans medewerkers.

instroom laten zien. Bij het beslissen of er sprake is van een daling of stijging van het WGA-instroomrisico moest er van een werkgever ten eerste tenminste twee jaren aan gegevens beschikbaar zijn, waarbij 2011 sowieso aanwezig moest zijn. Als bijvoorbeeld 2008 ontbreekt, maar de jaren 2009-2011 wél beschikbaar zijn en een aanzienlijke stijging laten zien, dan is deze instelling aangemerkt als een sector met een hoge stijging. Ten tweede is er aan de hand van de instroompercentages over de jaren bepaald, en in vergelijking met stijgingen/dalingen van andere bedrijven, dat bedrijven met een stijging of daling van 30 procentpunten of meer kunnen worden aangemerkt als een bedrijf met een uitspringend stijgend of dalend instroompercentage. Uit de instellingen met een op deze wijze vastgestelde gestegen WGA-instroom is een selectie gemaakt van instellingen om te interviewen.

## BIJLAGE 2: VERANTWOORDING ANALYSE VERZUIMGEGEVENS VERNET

Om het uitsteleffect te onderzoeken is contact gelegd met Vernet Verzuimnetwerk BV. Vernet is gespecialiseerd in het verzamelen en interpreteren van gegevens over personeelszaken in de sector zorg en welzijn. Hierdoor beschikken zij over een bestand waarin over een langere periode (vanaf 1996) verzuimgegevens van zorginstellingen zijn opgenomen. Vernet beschikt over de gegevens van 69% van de totale werknemerspopulatie in de Zorg<sup>23</sup>, waardoor Vernet een representatief beeld kan geven van de huidige stand van zaken in de sector zorg en welzijn met betrekking tot onder meer ziekteverzuim. Doordat Vernet primaire werknemers- en verzuimgegevens uitvraagt is het mogelijk om alle verzuimcijfers, -kosten en andere relevante HR-informatie, voor iedere aangesloten instelling op dezelfde wijze te berekenen. Hiermee beschikt Vernet over een bestand met unieke data die reeds een groot aantal jaren op dezelfde wijze verzameld en geanalyseerd worden. Dit bestand is zodoende uitermate geschikt om ontwikkelingen in de tijd, zoals het uitsteleffect, te onderzoeken. De sector zorg en welzijn die Vernet bedient omvat de sectoren algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg alsmede de geestelijke gezondheidszorg.

De kern van de opzet is: van alle langdurig zieken met aanvang van het verzuim in het jaar 2006 die einde wachttijd (EWT) niet bereikten, onderzoeken we hun verzuimgeschiedenis in de vijf jaar daarna. Als langdurig verzuim definiëren we een verzuimevent van 12-23 maanden. Daarbij kijken we:

- ◆ wat is de kans op een hernieuwde periode van langdurig verzuim;
- ◆ met welke kenmerken hangt de kans op hernieuwd langdurig verzuim en dus kans op WIA-instroom samen.

Overigens bevatten de data van Vernet geen gegevens over feitelijke WIA-instroom waardoor we deze alleen kunnen benaderen op basis van de verzuimduur.

### *Analysebestand*

Het bestand waar de analyses op uitgevoerd worden is als volgt samengesteld: Uit de database “zorg” heeft Vernet een selectie gemaakt van werknemers met een *afgesloten* verzuimevent van tenminste 12 en ten hoogste 23 maanden. De periode waarin dit event heeft plaats ligt volledig in de periode 2006 en 2007. De aanvang van het event ligt zodoende in 2006.

---

<sup>23</sup> Vernet, berekening op basis van 3<sup>e</sup> kwartaal 2012.

We hebben voor het jaar 2006 als startpunt gekozen omdat dit het eerste jaar was waarin de WIA van kracht was. Het is aannemelijk dat het uitsteleffect zich vooral aan het begin van inwerkingtreding van de nieuwe wet heeft voorgedaan omdat de druk op re-integratie in deze periode groot was, en de tweejaars loondoorbetalingsperiode pas twee jaar daarvoor was ingegaan en werkgevers nog weinig ervaring hadden met re-integratie in het tweede jaar. We hebben gekozen voor de duur van het verzuimevent van minimaal 12 maanden omdat dit verzuimgevallen zijn die voorheen EWT bereikt hadden en een claimbeoordeling voor de WAO aangevraagd zouden hebben. Als langste duur hebben we 23 maanden genomen omdat we dan zeker weten dat deze medewerkers geen aanvraag voor de WIA hebben gedaan.

Van deze onderzoeksgroep zijn bij Vernet de volgende gegevens bekend:

- ◆ Geslacht
- ◆ Geboortedatum
- ◆ Duur verzuimevent in duurklassen (periode 2006-2007)
- ◆ AO-factor bij verzuimevent (periode 2006-2007)
- ◆ Sector
- ◆ Werkgever (code)
- ◆ Salaris
- ◆ Deeltijdfactor
- ◆ Datum in dienst (vanwege fusies is dit niet in alle gevallen betrouwbare informatie)
- ◆ Datum uit dienst

Dit basisbestand is op persoonsniveau voor de periode 2008-2012 (t/m 2<sup>e</sup> kwartaal) verrijkt met de volgende gegevens:

- ◆ Verzuimevents van tenminste 12 maanden in de vervolgperiode
- ◆ Eventuele wijzigingen in salaris
- ◆ Eventuele wijzigingen in deeltijdfactor
- ◆ Eventuele wijzigingen in de AO-factor

Om het uitsteleffect te onderzoeken zijn korte verzuimevents na het aanvankelijke langdurige verzuimevent niet relevant. Het gaat om langdurige verzuimevents met een kans op WIA-instroom. Dit pleit voor het opnemen van verzuimevents van tenminste 18 maanden. Anderzijds is de periode waarin deze groep gevolgd wordt (ruim 4 jaar) erg kort om alleen deze zeer lange verzuimgevallen als relevant mee te nemen. Daarom is als minimale duur van het vervolgverzuimevent ook 12 maanden genomen.

Eventuele veranderingen in salaris of in aanstellingsomvang kunnen een indicatie geven over het opvangen van verminderde inzetbaarheid door de werknemers zelf waardoor WIA-instroom voorkomen wordt.

Vernet heeft er zorg voor gedragen dat de informatie op geen enkele mogelijkheid te herleiden is naar een persoon en/of organisatie.

#### *Analyse*

Op basis van dit bestand van Vernet hebben wij geanalyseerd:

- ◆ Mate van voorkomen van opvolgend langdurig verzuim, waarbij we een vergelijking maken met de reguliere kans op langdurig verzuim.
- ◆ Samenhang met kenmerken (sector, deeltijdfactor, salarisniveau / inschaling en eventuele veranderingen daarin).

Hier volgt een toelichting van Vernet op het door hen geleverde bestand.

#### *Toelichting van Vernet op de geleverde gegevens*

Vernet maakt branchecijfers voor bij haar aangesloten organisaties en voor de branches in de zorg. De vier branches in de Sector zorg en welzijn zijn:

- Algemene Ziekenhuizen
- Gehandicaptenzorg
- Geestelijke Gezondheidszorg
- Verzorgings- en verpleeghuizen en Thuiszorg (VVT)

In opdracht van AStri Beleidsonderzoek en -advies heeft Vernet data geleverd voor een onderzoek of het “uitstel-effect” zich voordoet in de Sector zorg en welzijn. De opzet van dit onderzoek is werknemers te volgen die na een periode van langdurig ziekteverzuim zich hersteld hebben gemeld en vervolgens na te gaan of zij in de periode daarna een grotere kans hadden op nogmaals een periode van langdurig verzuim en een mogelijke instroom in de WIA.

Vernet heeft een selectie gemaakt uit haar database van de Sector zorg en welzijn van werknemers met een afgesloten verzuimevent van tenminste 366 en ten hoogste 725 dagen. De aanvang van de ziekte ligt in 2006, de hersteldmelding in 2007. Voor de vervolgevents is data geleverd tot en met het tweede kwartaal 2012.

Omdat AStri in de selectie geen werknemers wil hebben die (mogelijk) een WIA-uitkering hebben aangevraagd, is de code “max-ziek” toegevoegd. De werknemers met deze code hebben de maximum ziekte termijn van twee jaar bereikt in 2007 en zijn mogelijk de WIA zijn ingestroomd. Deze werknemers kunnen op basis van deze code uit de selectie worden gehaald. Werknemers krijgen bij Vernet de “max-ziek” code als zij langer dan 725 (kalender)dagen ziek zijn geweest. Vernet neemt deze werknemers na de twee jaar niet meer mee in de berekening van haar verzuimcijfers.

Voor de berekening van de maximum ziekte termijn wordt als een werknemer na een ziekteperiode weer ziek wordt binnen 28 dagen na zijn hersteldmelding, deze ziekte-

perioden samengenomen worden als één periode. De optelling van verzuimduren en duurklassen gebeurt als de werknemer de maximum ziekte termijn heeft bereikt.

De volgende gegevens maken onderdeel uit van de bestanden:

- Werkgeverscode (niet te herleiden)
- Werknemerscode (niet te herleiden)
- Geslacht
- Geboortedatum
- Begin dienstverband
- Einde dienstverband
- Datum (begin mutatedatum ziekte)
- Leeftijd
- Bedrijfstak (Branches)
- Loonklasse
- Loon (bruto loon op fulltime basis)
- Loon-percentage (het loonverdelingspercentage)
- Deeltijd (het parttime percentage)
- Ziekteperiode (het aantal ziekteperiodes (cumulatief))
- Einde (einde ziekteperiode)
- Ao-percentage (het arbeidsongeschiktheidspercentage)
- Zw-verlof (zwangerschapsverlof)
- Duurklasse

Werknemers uit de selectie kunnen in de vervolgjaren niet meer voorkomen omdat:

- ze niet ziek zijn geweest langer dan 12 maanden
- ze uit dienst zijn gegaan
- de organisatie niet meer klant is bij Vernet
- de organisatie bestanden aangeleverd heeft waarin niet genoeg ziektehistorie zit
- de organisatie geen data heeft aangeleverd

In de bestanden zijn er van iedere werknemer in de selectie records op dienstverband niveau. Elke mutatie is een nieuw record. Het kunnen mutaties zijn op bijvoorbeeld begin/einde ziekte, ao-percentage, maar ook op parttime percentage en loon. Er kunnen ook nieuwe records ontstaan zijn door items die niet in de gegevens getoond worden.

Van sommige gegevens kan er niet altijd historie uitgelezen worden, zoals bijvoorbeeld op loon.

De begin dienstverbanddatum is niet in alle gevallen een betrouwbare datum. Door o.a. fusies is dit niet altijd de echte datum dat de werknemer in dienst komt.



## BIJLAGE 3: VERANTWOORDING DOSSIERANALYSE ARBODIENST

### *Aanleiding*

Ten beantwoording van de onderzoeksvragen wilden we zicht verkrijgen op de vraag in hoeverre er in de zorg in de afgelopen periode sprake is geweest van een afname in de re-integratiemogelijkheden in de eerste twee ziektejaren, met als gevolg een afgenomen hervattingskans en een dientengevolge toegenomen kans op een WIA-aanvraag. We wilden hiervoor een vergelijking maken tussen langdurig zieken met de eerste ziektedag in 2006 (potentiële WIA-instroom in 2008) en langdurig zieken met de eerste ziektedag in 2009 (potentiële WIA-instroom in 2011). Omdat het gaat om gegevens over verzuim, begeleiding en re-integratie van enige jaren terug was het niet mogelijk om deze gegevens bij werknemers zelf uit te vragen.

Aangezien arbodiensten in principe de beschikking hebben over deze gegevens, hebben wij daarom contact gezocht met een aantal arbodiensten met een groot aantal klanten in de sector zorg en welzijn met de vraag of deze gegevens beschikbaar en toegankelijk zijn en uiteraard met de vraag of zij bereid zijn om aan een dergelijk onderzoek mee te werken. Wij hebben Arbo Unie, een grote arbodienst, bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek.

### *Steekproeftrekking dossiers*

De arbodienst beschikte over een groot bestand aan digitale verzuimdossiers, waaruit geanonimiseerde gegevens ter beschikking zijn gesteld aan AStri. Het betrof gegevens van werknemers die minimaal drie maanden ziek gemeld zijn geweest en op dat moment werkzaam waren binnen de SV-sector zorg. In deze sector zijn de volgende sub-sectoren vertegenwoordigd: Algemene Ziekenhuizen, Gehandicaptenzorg, Geestelijke Gezondheidszorg, Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorginstellingen (VVT), Welzijn, Maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang.

We hebben een vergelijking gemaakt tussen een steekproef van dossiers met de eerste ziektedag in 2006 en dossiers met de eerste ziektedag in 2009. Voor beide steekproeven zijn 300 dossiers getrokken, zodat we in totaal 600 cases van langdurig zieken hebben bestudeerd. Deze dossiers zijn aselekt getrokken, alleen met uitsluiting van werknemers die vanwege zwangerschap verzuimden (met CAS-code G600).

### *Dossiergegevens*

De volgende (geanonimiseerde) gegevens zijn door de arbodienst in een excelbestand ter beschikking gesteld, dan wel konden worden afgeleid uit deze gegevens:

- Basiskennmerken werknemer: leeftijd, geslacht, sub-sector, omvang aanstelling<sup>24</sup>, functie<sup>25</sup>, duur dienstverband tot aan verzuimevent (datum in dienst).
- Kenmerken van het verzuimevent: totale verzuimduur (begin- en einddatum), verzuimmutaties (geleidelijke opbouw werk), diagnose (CAS-code), arbeidsgebondenheid van het verzuim (CvO-code).
- Begeleidingsactiviteiten: aantal consulten bij de bedrijfsarts/arbodienst, plaatsvinden WvP-stappen.
- Verloop dienstverband na verzuimevent: verandering van functie gedurende dienstverband, eventuele beëindiging dienstverband na verzuimevent (datum uit dienst).

Daarnaast is de onderzoekers de mogelijkheid geboden van dezelfde werknemers (geanonimiseerde) WvP-rapportages te bestuderen. Dit betrof zowel de probleemanalyses<sup>26</sup> als de re-integratieverslagen. Aangezien er niet veel re-integratieverslagen beschikbaar waren (het aantal werknemers dat de twee ziektejaren vol maakte, was beperkt), hebben we met name gebruik gemaakt van gegevens uit de probleemanalyses:

- Opleidingsniveau en functieniveau.
- Redenen van verzuim en werkgerelateerdheid van het verzuim.
- Arbeidspatroon (type rooster).
- Functiebelasting.
- Knelpunten uit de RIE of PAGO.
- Type beperkingen.
- Problemen of knelpunten in de functie.
- Arbeidsmogelijkheden.
- Eventuele problemen/belemmeringen in de arbeidsverhoudingen, mening werkgever, mening werknemer.
- Problemen die de re-integratie belemmeren.
- Mogelijkheden om in de eigen functie te werken, mogelijkheden tot ander werk.
- Prognose over werkhervatting, kans op WIA-instroom.
- Einddoel van de re-integratie.
- Advies van de bedrijfsarts met betrekking tot re-integratieactiviteiten.

---

<sup>24</sup> Geen gegevens zijn beschikbaar over de aard van het contract (tijdelijk/vast) en eventuele veranderingen in de omvang van de aanstelling gedurende het dienstverband.

<sup>25</sup> Vanwege de beperkte bruikbaarheid van het kenmerk functie (grote diversiteit, onbekendheid inschaling) zijn hier geen verdere analyses op gedaan.

<sup>26</sup> Indien er geen probleemanalyse aanwezig was, hebben wij ook gegevens uit beknopte probleemanalyses meegenomen.

*Analyses*

We hebben in de analyses gekeken naar verschillen tussen de langdurig zieken van 2006 versus de langdurig zieken van 2009. Waar relevant, hebben we binnen de 2006-groep en 2009-groep ook gekeken naar verschillen naar leeftijdsklasse, aanstellingsomvang, type rooster (vast of flexibel) en duur van het dienstverband tot aan de ziekmelding. Indien hierin significante verschillen gevonden zijn, hebben we deze in de tekst en tabellen vermeld.



## BIJLAGE 4: GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Actiz (2012). *Arbeid loont. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2011*. Utrecht: Actiz.
- AEF (2007). *Evaluatie Arboconvenanten. Welzijn, Maatschappelijke dienstverlening en Jeugdzorg*. Utrecht.
- Arbeidsinspectie (2006). *Inspectieproject thuiszorg A694*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Arbeidsinspectie (2007). *Projectverslag inspectieproject verpleging en verzorging A795*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Arbeidsinspectie (2008a). *Projectrapportage Inspectieproject Gehandicaptenzorg*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Arbeidsinspectie (2008b). *Projectrapportage Inspectieproject Geestelijke Gezondheidszorg Project A864*. Den Haag: Arbeidsinspectie.
- Bakhuys Roozeboom M. & P. Gouw e.a. (2009). *Arbobalans 2007/2008. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Bossche, S.N.J. van den & C.L.H. Hupkens e.a. (2006). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2005. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Bossche, S.N.J. van den & C.L.H. Hupkens e.a. (2007). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2006. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Bossche, S.N.J. van den & L.L.J. Koppes e.a. (2008). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2007. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Bossche, S.N.J. van den & P.G.W. Smulders (2004). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Cuelenaere, B., T.J. Veerman, V. Thio, F.A. Reijenga & C.L. van der Burg (2011). *Onderzoek evaluatie WIA*. Leiden: AStri Beleidsonderzoek en -advies.
- Deursen, C van & J. van Loo (2010). *Kennismemo 10/07. Analyse stijging WIA-instroom II*. Amsterdam: UWV.
- Douwes, M, Heuvel, S. van den & H. Sonneveld (2008). *Het grote gevaar in de zorg*. Hoofddorp: TNO.
- Essen, G. van & P.J. Paardekoper e.a. (2006). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prisma.
- FCB (2010). *Feiten, cijfers en meerjarenrapport. Branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*. Utrecht: FCB.
- FCB (2011). *Verzuimspiegel Jaarrapportage 2010*. Utrecht: FCB.

- FCB (2011). *Feiten en cijfers 2010. Branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*. Utrecht: FCB.
- FCB (2012). *FCB Jaarverslag 2011. Digitaal overzicht van ontwikkelingen in 2011* Utrecht: FCB
- FCB (2012). *Verzuimspiegel Jaarrapportage 2011*. Utrecht: FCB.
- Giezen, A. van der (2000) *Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid. Veroorzaken werkomstandigheden het hoge WAO-risico van vrouwen?* Leiden: AStri.
- Grijpstra, D. & P.M. de Klaver e.a. (2011). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2010. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Zoetermeer: Panteia.
- Heijden, B I .J M., Demerouti E. , Bakker A.B. & The NEXT study group coordinated bij Hans-Martin Hasselhorn (2008) *Work-home interference among nurses: reciprocal relationships with job demands and health*. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 572- 584.
- Heijden, B.I.J.M. van der (2002). *Prerequisites to guarantee life-long employability*. *Personnel Review*, 31(1&2), 44-61. Awarded with the Literati Club 2003 Highly Commended Award.
- Hooftman, W. & J. Klein Hesselink e.a. (2011). *Arbobalans 2010. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Hooftman, W. & M. van der Klauw e.a. (2012). *Arbobalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Houtman, I., R. Steenbeek, M. van Zwieten, S. Andriessen (2013) *Verklaring stijging WIA instroom vanuit werkgeversperspectief: een vignettenstudie*. Hoofddorp: TNO
- Houtman, I. & M. van Hooff e.a. (2007). *Arbobalans 2006. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Jong, Ph. De, T. Veerman, C.L. van der Burg & C. Schrijvershof (december 2010). *Nederland is niet ziek meer. Van WAO-debakel naar WIA-mirakel*. Den Haag/Leiden: Ape/AStri.
- Kemp, S. van der & F. van Vree e.a. (2004). *Evaluatie arboconvenant GGZ. Eindrapport*. Leiden: Research voor Beleid.
- Klein Hesselink, J. & I. Houtman e.a. (2010). *Arbobalans 2009. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Koopmans, P. (2009) *Recurrence of sickness absence. A longitudinal study*. Proefschrift.
- Koppes, L.L.J, E.M.M. de Vroome e.a. (2009). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2008. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Koppes, L.L.J, E.M.M. de Vroome e.a. (2010). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2009. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Koppes, L.L.J, E.M.M. de Vroome e.a. (2011). *Nationale Enquête Arbeidsom-*

- standigheden 2010. Methodologie en globale resultaten.* Hoofddorp: TNO.
- Koppes, L.L.J, E.M.M. de Vroome e.a. (2012). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011. Methodologie en globale resultaten.* Hoofddorp: TNO.
  - Kwartel, A. van der, Velde, F. van der & W. van der Windt (2008). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2008. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang.* Utrecht: Prismant.
  - Linden, L. van der & M. Kloosterman (2004). *Monitor invoering ergonomische normen in de kinderopvang. Eindrapportage eindmeting kinderdagverblijven.* Leiden: Research voor Beleid.
  - Nefs, J.C. & H.A. Tissing (2005). *Eindevaluatie Arboconvenant Gehandicaptenzorg.* Amersfoort: Bureau Bartels.
  - Reijnga F., Zwinkels W. & T. van Vuuren (2004) *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de sector zorg en welzijn: een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen.* Hoofddorp: TNO.
  - Rij, C. van & E. van Doorn (2005). *Evaluatie arboconvenant Thuiszorg. Eindrapport.* Den Haag: Regioplan Beleidsonderzoek.
  - RWI (2011) *Sectorale arbeidsmarktinformatie. Overschotten en tekorten. Kansen en mogelijkheden. Deel B: Sectorbeschrijvingen 20. Zorg en welzijn.* Den Haag: RWI.
  - Schoenmakers, F. (2011). *Werkgeversenquête 2 Zorg en WJK 2011.* Zoetermeer: Panteia.
  - Stichting van de arbeid (2007) *Wat is een Arbocatalogus?* Den Haag: STVDA.
  - SZW (2001). *Arbobalans 2001.* 's Gravenhage: SZW.
  - UWV (2010-2012). *UWV Kennisverslag(en).* Amsterdam: UWV.
  - UWV (2011). *Informatie sociale verzekeringen naar sectoren 2006 t/m 2011.* Amsterdam: UWV.
  - Veer, A.J.E. de & A.L. Francke e.a. (2007a). *Verzorgenden vinden zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen steeds complexer.* Utrecht: Nivel.
  - Veer, A.J.E. de & A.L. Francke e.a. (2007b). *Meningen van verpleegkundigen en verzorgenden over de complexiteit van zorg.* Utrecht: Nivel.
  - Veer, A.J.E. de & A.L. Francke (2009). *Morele dilemma's in het dagelijkse werk van verpleegkundigen en verzorgenden.* Utrecht: Nivel.
  - Veer, A.J.E. de & A.L. Franke (2010a). *Werkdruk; meer dan overwerk.* Utrecht: Nivel.
  - Veer, A.J.E. de & A.L. Francke (2010b). *Toename van dilemma's bij verpleegkundigen en verzorgenden.* Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2010, nr 6, pag 14-16.
  - Veer, A.J.E. de & G. Albers e.a. (2011). *SCEN v&V: telefonisch advies bij euthanasie.* Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2011, nr 6, pag 41-44.
  - Veer, A.J.E. de, & E. Poortvliet (2003). *Verzorgenden willen bijscholing in de zorg*

*rondom het levenseinde*. Utrecht: Nivel.

- Veer, A.J.E. de, Francke A. L. & E. Poortvliet (2003). *Zorg rond het levenseinde vooral geestelijk belastend*. Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2003, nr. 5, pag. 42-43.
- Veer, A.J.E. de, Francke A. L. & E. Poortvliet (2004). *Ervaren werkdruk gedaald*. Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2004, nr. 3. pag. 28-29.
- Veer, A.J.E. de, Francke A. L. & E. Poortvliet (2004). *Grote afstand tussen organisatietop en verpleegkundigen*. Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2004, nr. 5, pag. 28-29.
- Veer, A.J.E. de, Verkaik R. & A.L. Francke (2010b). *Verpleegkundigen en verzorgenden met plezier naar het werk*. Artikel in: TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2010, nr. 5, pag. 28-30.
- Veer, A.J.E. de, Verkaik R. & A.L. Francke (2010c). *Begeleiden van stagiairs is vooral leuk. Zorgverleners over de aanwezigheid van stagiairs in hun team en de effecten van het Stagefonds*. Utrecht: Nivel.
- Veer, de A.J.E., Spreeuwenberg, P. & A.L. Francke (2010a). *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009. Cijfers en trends*. Utrecht: Nivel.
- Veerman, T.J & H. Bosselaar e.a. (2001) *Sectoranalyse WAO 1999*. Leiden: AStri.
- Vernet (2006). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2005*. Amsterdam: Vernet.
- Vernet (2007). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2006*. Amsterdam: Vernet.
- Vernet (2008). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2007*. Amsterdam: Vernet.
- Vernet (2009). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2008*. Amsterdam: Vernet.
- Vernet (2010). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2009*. Amsterdam: Vernet.
- Vernet (2011). *Verzuimmonitor Sector Zorg Jaar 2010*. Amsterdam: Vernet.
- Visser, S. de & F. Schoenmakers (2011). *Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en WJK. Werknemersonderzoek Zorg en WJK 2011*. Zoetermeer: Panteia.
- Vree, F. van & P. Bolhuis (2005) *Arboconvenant Ziekenhuizen Kernrapportage eindevaluatie. Eindrapport*. Leiden: Research voor Beleid.
- Windt, W. van der, Velde, F. van der & A. van der Kwartel (2009). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2009. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.







Stationsweg 26 •  
2312 AV Leiden

[astri@astri.nl](mailto:astri@astri.nl)  
[www.astri.nl](http://www.astri.nl)

T 071 512 49 03  
F 071 512 52 47