

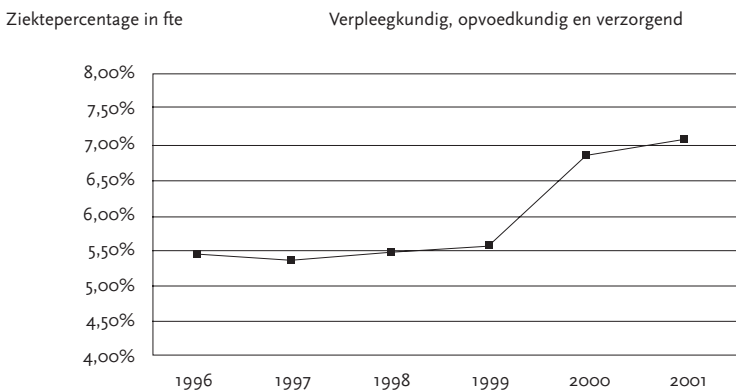
# Ziek worden doe je niet alleen

## Een onderzoek naar antecedenten van ziekteverzuim bij verpleegkundigen<sup>1</sup>

Maria Kerckhoffs-Hanssen en Ton Leijten

Het ziekteverzuim in de zorg is de laatste jaren toegenomen tot gemiddeld 9%, ruim boven het landelijke gemiddelde van 5,5%. Alhoewel de academische ziekenhuizen hier gunstig tegen afsteken (ruim 6,8% gemiddeld in 2000), is hier ook een stijgende lijn te constateren. Een verklaring voor het hoge verzuim in de zorg is onder meer dat zorginstellingen vaak grote bedrijven zijn met een hoog percentage vrouwen en dat zijn beide risicofactoren voor ziekteverzuim (Nivel, 2000). Bovendien neemt het aantal werknemers boven de 45 jaar zowel in algemene als in academische ziekenhuizen toe.

Ook binnen het azM is na een aanvankelijke daling in de periode 1999 tot 2001 het verzuim gestegen tot 6,3% (berekend exclusief zwangerschapsverlof). De stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door langdurig ziekteverzuim (> dan 42 dagen). Bij uitsplitsing van het ziekteverzuimpercentage naar de functie van verpleegkundige blijkt de stijging vanaf 1999 zelfs nog duidelijker aanwezig te zijn (figuur 1).



Figuur 1. Ziekteverzuimpercentage azM van 1996-2001 bij verpleegkundigen

In het kader van het terugdringen van het ziekteverzuimpercentage hebben de acht academische ziekenhuizen en de werknemersorganisaties in januari 2001 het convenant 'Terugdringing ziekteverzuim en

De auteurs zijn beiden werkzaam bij het academisch ziekenhuis Maastricht (azM).  
Drs. M.R. Kerckhoffs-Hanssen is casemanager/coördinator ziekteverzuim en dr. A.Th. Leijten is directeur Human Resources.

verbetering arbeidsomstandigheden' afgesloten. Naar aanleiding hiervan is ook gestart met een gezamenlijke verzuimregistratie met als doel de uitwisseling van gegevens tussen de academische ziekenhuizen mogelijk te maken.

In het azM zijn enkele concrete maatregelen genomen om meer grip te krijgen op het fenomeen ziekteverzuim. Hiertoe behoorde een proactiever beleid ten aanzien van ziekteverzuim door zowel het management als de medewerker. Ten aanzien van de begeleiding door de arbo-dienst werden enkele voorstellen tot intensivering gedaan.

Een jaar eerder zijn enkele arbeidsfactoren in kaart gebracht via een werkbelevingsonderzoek. Hierbij is de vraag naar voren gekomen of het mogelijk is om specifiek inzicht te krijgen in factoren binnen de arbeidssituatie die bijdragen aan het ontstaan van (langdurig) ziekteverzuim. Dit heeft geresulteerd in de volgende vraagstelling voor dit onderzoek:

*Kunnen we het vóórkomen van ziekteverzuim relateren aan bepaalde achtergrondkenmerken die in verband staan met de werksituatie?*

Alvorens in te gaan op de methodologie van dit onderzoek, zal eerst de theoretische achtergrond worden belicht.

### Theoretische achtergrond

Er bestaan veel theorieën over de oorzaken van ziekteverzuim, maar grofweg kunnen deze worden teruggebracht tot twee basismodellen die veel worden gebruikt in de Nederlandse situatie (Veerman, 1990):

#### 1 *Het beslissingsmodel*

Hierbij gaat men ervan uit dat de beslissing van het individu om zich ziek te melden wordt bepaald door de verzuimgelegenheid en de verzuimbehoefte (verzuimdrempel). De verzuimgelegenheid wordt bepaald door de formele regels en de cultuur binnen een bedrijf met daarbovenop de mate waarin men wordt gemist. Bij de verzuimbehoefte is vooral de binding met het bedrijf van belang. Dat wil zeggen, bij een sterkere binding met het bedrijf zal de verzuimbehoefte minder groot zijn.

#### 2 *Het model arbeidsbelasting*

Dit model spreekt van een verstoord evenwicht tussen belastende factoren in het werk, regelmogelijkheden en het persoonlijke verwerkingsvermogen (belastbaarheid) (Van Dijk e.a., 1990). Belastende

factoren liggen op de volgende gebieden: arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden.

- 3 Soms wordt als aanvulling op deze twee modellen nog *het organisatie-model* genoemd (Steensma, 1989)

Hierbij richt de aandacht zich vooral op de organisatiestructuur. De samenhang tussen de verschillende systemen binnen een organisatie wordt daarbij gezien als een belangrijke factor voor de motivatie en werkbeleving van de medewerker.

Naast deze modellen, die zich richten op de factoren waardoor mensen zich ziek melden, moet ook worden gekeken naar de factoren waardoor de werkhervatting wordt bepaald en die gedurende de ziekteperiode een rol gaan spelen. Dit zijn factoren op het gebied van:

- medische zorg (wachtlijsten);
- sociaal-medische sector (arbodienst);
- begeleiding vanuit het bedrijf (contacten chef en collega's).

Er wordt verondersteld dat een proactiever beleid het verzuim gunstig zal beïnvloeden (Knotter, 1994). Dit geldt zowel voor de bedrijfsge-neeskundige dienst als voor de leiding en collega's van de betrokken afdeling. Een aanname hierbij is de volgende: hoe langer iemand uit het arbeidsproces is, des te moeilijker wordt het om terug te keren (Smulders, 1995). Men spreekt hierbij ook wel van de hervattingsdrempel.

In het vervolg wordt de term werkstress ingevoerd als algemene term voor de situatie waarin iemand zich niet in staat acht te voldoen aan de eisen die aan hem worden gesteld in de werksituatie (Kompier, 1995), wat als zodanig aanleiding kan geven tot ziekteverzuim. Deze stressoren in de arbeid worden voor de overzichtelijkheid ingedeeld in arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsverhoudingen. Ze kunnen in allerlei combinaties voorkomen.

Het blijft belangrijk om bij het gebruik van modellen in gedachten te houden dat het een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid betreft, die dus niet altijd 100% recht doet aan de complexiteit van de werkelijkheid. Daarom is het gebruik van meerdere modellen naast elkaar vaak zinvol.

Na de beschrijving van de theoretische achtergrond van de factoren die in relatie staan tot ziekteverzuim, zal hierna verder worden ingegaan op de methodologie van het onderzoek.

## **Methode**

### *Onderzoekspopulatie*

Het onderzoek richt zich op de functie van verpleegkundigen, omdat deze functie een essentieel onderdeel vormt van de ziekenhuisorganisatie, waardoor wellicht de mogelijkheden om factoren te beïnvloeden in ruime mate aanwezig zijn.

Om een verband te onderzoeken met ziekteverzuim zijn twee verpleegafdelingen met een hoog ziekteverzuim geselecteerd. Daartoe zijn uit alle verpleegafdelingen twee afdelingen geselecteerd die het hoogste ziekteverzuim lieten zien over het afgelopen jaar; bovendien mochten er geen recente grote veranderingen hebben plaatsgevonden, zoals splitsing van afdelingen of nieuwe afdelingen.

Naast deze afdelingen zijn twee afdelingen gezocht met een laag ziekteverzuim. Hierbij zijn de afdelingen geselecteerd die, naast een laag verzuim, qua structuur overeenkomst vertonen met de vorige groep.

Tevens zijn twee referentieafdelingen in het onderzoek opgenomen, waar het ziekteverzuim een gemiddelde waarde heeft. Deze zijn min of meer willekeurig gekozen.

Om de gegevens ziekenhuisbreed te kunnen interpreteren zijn de afdelingen zo gekozen dat vijf behandelzorgeenheden (organisatorische eenheid binnen het azM) met minstens één afdeling vertegenwoordigd zijn. Op grond van deze afwegingen zijn zes afdelingen geselecteerd.

De totale onderzoekspopulatie bedroeg 262 verpleegkundigen; bij vijf afdelingen variërend van 30-45 medewerkers. Alleen bij één afdeling bedroeg het aantal 74 medewerkers.

### *Gegevensverzameling*

Om systematisch gegevens te verzamelen waar gerichte analyses op mogelijk zijn, is hier gekozen voor een vragenlijstonderzoek, aangevuld met gegevens uit interviews. De vragenlijsten zijn niet anoniem, zodat ook bij non-respons naar de reden ervan geïnformeerd kan worden. Afzonderlijk hebben er interviews met de leidinggevendenden van de afdeling plaatsgevonden.

### *Meetinstrumenten*

- *Vragenlijst Beleving en Beoordeling Arbeid (VBBA)*

Voor het verzamelen van de benodigde informatie is besloten om een gestandaardiseerde vragenlijst te gebruiken. Daarbij viel de keus op

de uitgebreide versie van de VBBA, die is gericht op het vaststellen van factoren die in relatie staan tot werkstress in organisaties. De VBBA is bovendien een gevalideerde vragenlijst, die wordt ondersteund door een betrouwbaar landelijk referentiebestand waarin diverse bedrijfstakken zijn vertegenwoordigd. De vragenlijsten zijn uitgereikt aan alle verpleegkundigen van de doelafdelingen.

- *Interview*

De informatie uit de vragenlijst is aangevuld met de gegevens van een semi-gestructureerd interview, waarmee gericht informatie kan worden uitgediept over meer complexe problematiek. De vragen zijn zo veel mogelijk gestructureerd met behulp van een ordinale vijf-puntsantwoordschaal. De inhoud van de vragen betreft: werkbelevingsaspecten, procedurele factoren ten aanzien van ziekteverzuim, work-family fit en algemene gezondheidsfactoren van de betreffende medewerker. Er is gekozen voor mondelinge interviews om de validiteit van de vragenlijsten te vergroten, temeer daar het hier vaak om complexe en gevoelige informatie gaat. Het nadeel van sociale wenselijkheid zal zo veel mogelijk moeten worden ondervangen door de objectiviteit van de interviewer en de garantie van anonimiteit bij de verwerking van de gegevens.

Per afdeling zijn aselekt tien tot vijftien personen getrokken. De medewerking van de geselecteerde personen moet sterk worden gestimuleerd om de aselekte steekproef zo goed mogelijk in stand te houden, waardoor de resultaten een objectiever karakter krijgen en te generaliseren zijn naar de totale verpleegkundige populatie.

Daarnaast zijn alle leidinggevenden van de betrokken afdelingen geïnterviewd. Doel is inzicht te krijgen in het bestaande ziekteverzuimbeleid en hun interpretatie hiervan.

#### *Analyse*

De primaire analyse is uitgevoerd door het bureau SKB (expertisecentrum op het gebied van arbeid en gezondheid), waarbij de gegevens in een aantal schalen zijn samengevat. Deze schalen zijn vervolgens afgezet tegen een referentiebestand van schalen gemeten bij verschillende instellingen binnen de gezondheidszorg.

Hierna zijn vervolganalyses uitgevoerd. Daarbij is op de oorspronkelijk geconstrueerde schalen een secundaire factoranalyse uitgevoerd (principale componentenanalyse), waarna per secundaire schaal een betrouwbaarheidsanalyse (Cronbachs  $\alpha$ ) is gedaan. Schalen die niet clusteren binnen de oplossing van de secundaire factoranalyse, zijn afzonderlijk geanalyseerd.

Vervolgens is per schaal via een ANOVA een vergelijking gemaakt met de hoogte van het ziekteverzuim als onderscheidende factor.

Van de gegevens uit de mondelinge interviews zijn kwalitatieve analyses beschreven.

## Resultaten

### *Respons*

In de periode van 1 februari tot 1 april 2002 zijn onder zes verpleegafdelingen vragenlijsten (VBBA) verspreid. Via de leidinggevenden van de afdeling is gestimuleerd om deze in te vullen, bij voorkeur niet anoniem om op die manier controle te houden over de non-respons.

De respons op de vragenlijsten was 88,5%, waarvan 26% de lijsten anoniem heeft opgestuurd. De verdeling was als volgt:

| Verzuim   | Respons | Anoniem | Niet anoniem |
|-----------|---------|---------|--------------|
| Hoog      | 80%     | 43%     | 57%          |
| Hoog      | 71%     | 59%     | 41%          |
| Gemiddeld | 97%     | 9%      | 91%          |
| Gemiddeld | 95%     | 0       | 100%         |
| Laag      | 96%     | 0       | 100%         |
| Laag      | 92%     | 40%     | 60%          |

Tabel 1

Opvallend is de hoge respons, waarbij de afdelingen met een hoog verzuim overigens duidelijk minder goed scoren en er tevens meer lijsten anoniem zijn ingevuld.

Voor het interview zijn 63 mensen benaderd in de periode van april tot juni 2002: tien mensen voor de kleinere afdelingen en dertien mensen voor de grotere afdelingen. Uiteindelijk zijn er 60 interviews afgenomen, omdat er drie personen zijn uitgevallen bij een afdeling. Als reden voor deze non-respons is demotivatie ten aanzien van het onderzoek aangegeven.

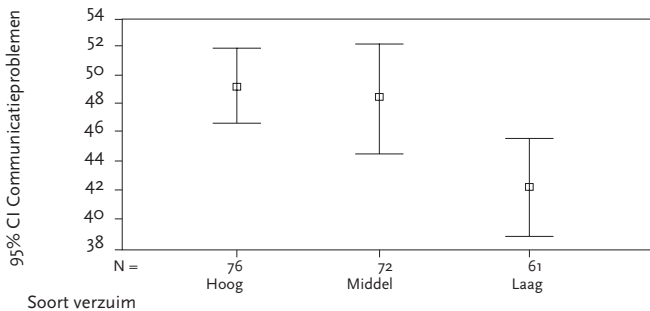
### *Resultaten VBBA*

Bij de analyse zijn drie schalen naar voren gekomen waarbij een significant verschil is gemeten tussen de verschillende afdelingen in de categorie laag, hoog en gemiddeld verzuim.

Dit is in de eerste plaats de schaal *gesignaleerde communicatieproblemen*. Naarmate het verzuim hoger is, worden meer communicatieproblemen

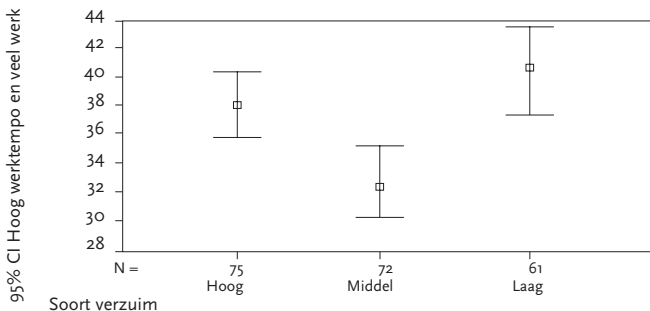
ervaren (figuur 2). Hierbij blijken de afdelingen met een laag verzuim significant ( $\alpha = 0,05$ ) te verschillen van de afdelingen met een gemiddeld en hoog verzuim. De afdelingen met een laag verzuim ervaren dus minder communicatieproblemen ten opzichte van de afdelingen met een hoog verzuim.

Communicatieproblemen zijn hier geoperationaliseerd als interacties met de leidinggevende op verschillende niveaus, de zelfstandigheid van en de invloed op het uitvoeren van het werk en de helderheid van processen binnen de organisatie.



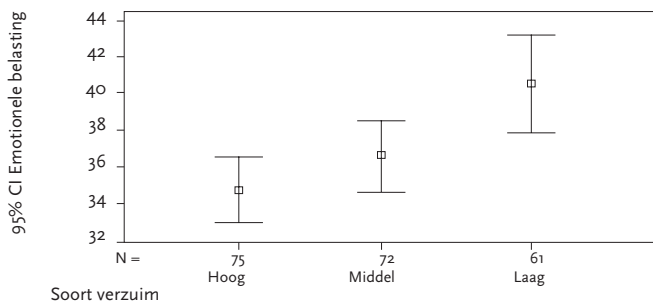
Figuur 2. Gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval bij signalering van communicatieproblemen naar hoogte van verzuim

In de tweede plaats geeft ook de schaal *evaluatie van werktempo en werkhoeveelheid* een significant verschil te zien. Hieruit blijkt dat bij de groep met een laag verzuim deze belasting het sterkst wordt ervaren, terwijl bij de groep met een gemiddeld verzuim deze belasting het minst wordt ervaren. De groep met een hoog verzuim ligt hier tussenin (figuur 3).



Figuur 3. Gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval bij evaluatie van tempo en hoeveelheid werk naar hoogte van verzuim

De derde schaal die significant onderscheidend werkt, is de schaal *emotionele belasting*. Voor deze schaal geldt een omgekeerd verband; dus bij een hoog verzuim is deze belasting laag, terwijl bij een laag verzuim deze belasting hoog is (figuur 4).



Figuur 4. Gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval bij emotionele belasting naar hoogte van verzuim

We kunnen stellen dat hier op zijn minst een opmerkelijke relatie naar voren komt tussen verzuim en twee factoren die als risicofactor bekend staan, namelijk hoge werkdruk en emotionele belasting. Deze factoren zijn belastend voor werknemers, waardoor de kans op verzuim toeneemt. Goede communicatie heeft het tegenovergestelde effect: het risico van verzuim neemt af en bovendien in die mate dat bestaande risicofactoren erdoor kunnen worden gecompenseerd. In de discussie/beschouwing zal nader worden ingegaan op dit fenomeen.

In de hierna beschreven interviews is nader uitgewerkt wat medewerkers en leidinggevenden belangrijk vinden in communicatie en waar het accent ligt bij werkdruk en emotionele belasting.

#### *Resultaten mondeling interview*

De gegevens van de interviews zijn voor de hele groep beschreven, omdat de aantallen per afdeling te klein zijn om statistisch betrouwbare uitspraken te kunnen doen ( $n = 60$ ). De vragen van het interview zijn gerelateerd aan het een jaar geleden uitgevoerde werkbelevingsonderzoek onder het azM-personeel waarbij enkele arbeidsomstandigheden zijn geïnventariseerd. Door een aantal extra analyses te laten uitvoeren op de gegevens uit het werkbelevingsonderzoek, met ziekteverzuim als centraal item, was het mogelijk werkaspecten te selecteren die een vermoedelijke relatie vertonen tot ziekteverzuim. De volgorde van de items is analoog aan de hiervoor beschreven factoren. De mening van de leidinggevenden is apart vermeld.



De geïnterviewde medewerkers zijn tussen de 21 en 49 jaar oud, met een gemiddelde rond de 35 jaar. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het aantal parttimers toe.

### *Communicatieproblemen*

Als we naar communicatie kijken, vormt de manier van leidinggeven hier een belangrijk onderdeel van.

Aspecten die goed scoorden als onderdeel van leidinggeven, waren: 'prestatiegerichtheid' en 'vernieuwingen doorvoeren' (door 80% als (zeer) goed ervaren). Veel minder goed scoorden de aspecten 'samenwerken', 'informatie verstrekken', 'openstaan voor kritiek' en 'bemiddelen bij conflicten' (>50% score (zeer) goed). Het zijn met name deze relationele aspecten waar de medewerkers moeite mee hebben. Daarbij komt het feit dat ze het moeilijk vinden om negatieve opmerkingen over de leidinggevende te uiten. Men wil graag loyaal blijven naar de leidinggevende toe. Kennelijk schort er nog het een en ander aan een open cultuur waarin de vrijheid om je mening te uiten een hele normale zaak is.

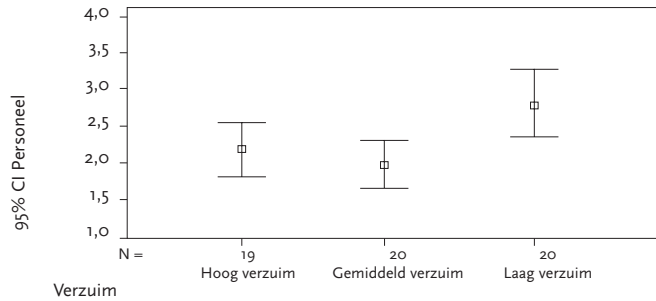
In dit verband is ook gekeken naar de mate waarin opmerkingen en kritiek veilig kunnen worden geuit naar collega's toe. Kritiek geven is een moeilijk punt en het gebeurt niet altijd, omdat men inschat dat de collega niet openstaat voor kritiek (40%). Toch wordt veelal aangegeven dat het positief is om conflicten te ontladen, maar het gebeurt nu te weinig. Men is bang voor de negatieve gevolgen, zowel persoonlijk als voor de sfeer op de afdeling. De veiligheid om je kwetsbaar te durven opstellen ontbreekt. Dat dit te maken heeft met de cultuur binnen de organisatie, wordt bevestigd door ervaringen die medewerkers met andere organisaties hebben. Er is trouwens veel verschil tussen afdelingen, maar ook binnen afdelingen worden ervaringen soms heel verschillend weergegeven.

In dit verband zijn enkele opmerkingen over probleemgebieden gesignaleerd die voor verbetering vatbaar zijn (tussen haakjes het percentage van de respondenten met deze mening):

- de samenwerking met en ook tussen artsen onderling (25%);
- de communicatie tussen verpleegkundigen, maar ook de motivatie van verpleegkundigen (13%);
- de communicatie tussen afdelingen (3%);
- de verandering van de sfeer naar meer openheid en meer eigen verantwoordelijkheid (3%).

*Werktempo en werkhoeveelheid*

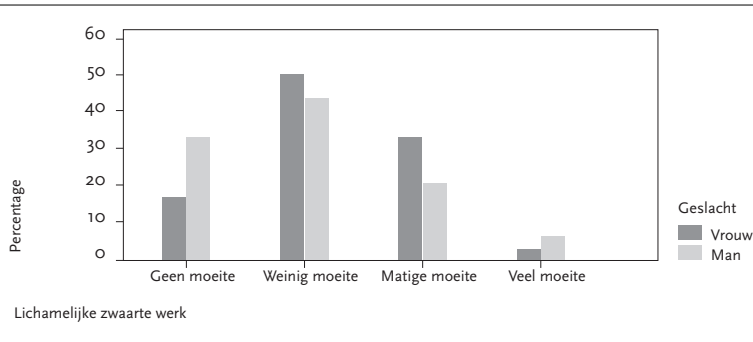
Werkdruk is onder meer afhankelijk van de hoeveelheid (gekwaliificeerd) personeel die aanwezig is op een afdeling. Er blijkt een significant verschil tussen de groepen met een hoog en gemiddeld verzuim, respectievelijk een laag verzuim te bestaan (figuur 5). De groep met een laag verzuim beoordeelt dit het slechtste en vindt ook dat hierdoor de organisatie soms wordt gehinderd. Dit komt overeen met de resultaten uit de schriftelijke vragenlijsten.



Figuur 5. Verband tussen ziekteverzuim en hoeveelheid personeel die aanwezig is

Dit betekent dat de organisatie van het werk op de afdeling soms te wensen overlaat en op dat moment ook een storende factor is voor veel medewerkers. Zo kan ook de overdracht van het werk bij het wisselen van diensten minder goed verlopen. Op dat moment heb je te maken met een bron van stress die negatief kan doorwerken.

Werktempo en werkhoeveelheid hebben ook een relatie tot de ervaren fysieke belasting. Op ervaren fysieke inspanning scoorden alle afdelingen hoog bij de VBBA (ook ten opzichte van referentiecijfers van andere gezondheidsinstellingen). Daarentegen gaf ruim 68% aan met de lichamelijke zwaarte van het werk geen of weinig moeite te hebben. Dit aspect ligt zoals te verwachten iets ongunstiger voor vrouwen, maar procentueel gezien zijn de verschillen niet groot (figuur 6). Dus alhoewel fysieke belasting hoog scoorde, lijkt het geen belangrijke factor te zijn in relatie tot verzuim. Het is wel belangrijk om je te realiseren dat het om gemiddelden gaat. Dat betekent dat er altijd pieken voorkomen in die fysieke belasting als mensen alleen moeten werken met zware patiënten of alleen staan in een nachtdienst. Gemiddeld hoeft de belasting dan niet zo hoog te zijn, maar een incidenteel geval kan toch negatief doorwerken ten aanzien van gezondheidsfactoren (denk aan te hoge rugbelasting).



Figuur 6. Ervaren lichamelijke zwaarte van het werk bij mannen en vrouwen

### *Emotionele belasting*

De emotionele belasting is zoals bekend in verzorgende beroepen hoger dan gemiddeld. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat 75% aangaf in ieder geval soms emotioneel uitgeput te zijn aan het einde van een werkdag, terwijl daardoor tevens de draaglast naar de omgeving toe verminderd is (52%). De volgende voorbeelden van emotioneel belastende aspecten werden genoemd: jonge mensen met een ernstige ziekte en mensen en vooral baby's die belastende therapieën moeten ondergaan, waarbij ook het ethische aspect een rol speelt. Zodra er een situatie ontstaat die niet meer aansluit bij de eigen normen en waarden, is dit veel moeilijker te accepteren. Daar komt nog bij dat artsen vaak een ander referentiekader hanteren dan verpleegkundigen en dat de communicatie hierover moeilijk verloopt of helemaal niet gebeurt. Daarnaast is het overlijden van leeftijdsgenoten vaak zeer confronterend en is niet iedereen even goed in staat om de emotie die hierbij hoort, te uiten, ook niet in de privé-sfeer.

Denkend aan die omgeving komt ook het begrip work-family fit in beeld. In het algemeen is gevraagd naar de mate waarin het lukt om werk en gezinsleven te combineren. Van de respondenten gaf 85% aan dat dit altijd of vaak lukt en dat anders concessies in de privé-sfeer noodzakelijk zijn. Er kan geen verband worden aangetoond met het aantal kinderen binnen een gezin. Kennelijk levert de work-family fit geen extra emotionele belasting op. Mogelijk heeft sociale wenselijkheid een rol gespeeld bij de antwoorden. Daarbij moet ook worden opgemerkt dat uit de verhalen naar voren komt dat mensen zaken wel goed geregeld hebben (oppas, parttime werken), maar door de complexiteit van hun omgeving toch extra kwetsbaar zijn. Het bewaren van een goed evenwicht betekent toch een extra bron van spanning waar terdege rekening mee moet worden gehouden. Daartegenover staat dat het vaak om zeer gemotiveerde medewerkers gaat, die bereid zijn om extra te investeren.

### *Interview leidinggevenden*

Er zijn vier leidinggevenden geïnterviewd en een unitleider die tijdelijk als plaatsvervanger van de leidinggevende functioneert.

Opvallend is dat de leidinggevenden slechte communicatie eensgezind aangaven als een mogelijke structurele oorzaak voor verzuim. Hierbij zitten de leidinggevenden op één lijn met de medewerkers, alhoewel het streven naar een betere en open communicatie nog wat meer werd benadrukt en het aandeel en de verantwoordelijkheid van de medewerker als heel belangrijk worden gezien. Als voorbeeld werden teamvergaderingen genoemd, die vaker slecht worden bezocht door de medewerker en waar de inbreng van de medewerker in een aantal gevallen beperkt is. De oorzaak hiervoor zou nader moeten worden bekeken.

Het werken aan een betere communicatie is dan ook voor veel afdelingen een verbeterpunt, zowel onderling als met de leidinggevende, alsmede met de medici. Daarnaast is incidenteel aangegeven dat het belangrijk is om besprekingstijd te kunnen realiseren bij hoge emotionele belasting. Uiteraard is het noodzakelijk dat de leidinggevende zelf voldoende tijd heeft om structureel met zaken bezig te zijn, zeker daar waar het grotere afdelingen betreft, die met betrekking tot communicatie moeilijker te sturen zijn.

### **Discussie**

Uit de resultaten blijkt overduidelijk dat werktempo, werkhoeveelheid en emotionele belasting niet in directe zin invloed uitoefenen op het verzuimgedrag van verpleegkundigen, maar dat slechte verhoudingen een veel grotere rol spelen bij de beslissing van iemand om zich uiteindelijk ziek te melden. Vandaar ook onze titel: 'Ziek worden doe je niet alleen'. Het is duidelijk niet alleen een belastingsprobleem, maar evenzeer een sociaal-organisatorisch proces, dat versnellend of remmend op de het ziekwordingsproces kan werken. Een goede communicatie kan de druk van fysieke en emotionele belasting verminderen.

In diverse studies wordt controle over het werk (job control) als een belangrijke factor gezien in relatie tot werkstress (Vahtera, 2000; Alamursula, 2001; Smulders, 1999; North, 1993). In een studie van Smulders (1999) is gekeken naar de aspecten 'controle over het werk' en de 'eisen die het werk stelt' (job demands), zoals hoge werkdruk, hoge emotionele belasting en hoge kwaliteitseisen. Dit is in relatie gebracht tot de hoogte van het ziekteverzuim. Bij veel gevoel voor controle blijkt het verzuim laag, ook als dit gepaard gaat met een hoge werkdruk en

een hoge emotionele belasting. Ook de Whitehall II-studie van North et al. (1993) komt tot deze conclusie. Als verklaring hiervoor wordt gewezen op de druk om aanwezig te zijn onder invloed van groepsnormen en een individueel hoge norm om het werk goed te doen. Ze beschouwen hun aanwezigheid als noodzakelijk om de kwaliteit van het werk te handhaven. Ook Ulleberg (1997) beschrijft het positieve effect van sociale steun van de leidinggevende op werkstress, waarbij het grootste effect wordt gezien op werkstress met een emotioneel karakter.

Het onderzoek in het azM sluit in alle opzichten aan bij de hiervoor beschreven literatuur. Bovendien is hier sprake van de vergelijking tussen twee groepen verpleegkundigen (hoog en laag verzuim), die met betrekking tot een aantal arbeidsfactoren en omgevingsfactoren veel gelijkennis vertonen. Dit is een vrijwel unieke uitgangspositie, waarvan nauwelijks onderzoek beschreven is.

In de onderhavige studie vertonen communicatieproblemen een omgekeerd verband met ziekteverzuim. Naarmate het ziekteverzuim lager is, worden problemen in de communicatie minder gesignaleerd. Het bieden van sociale steun door de leidinggevende blijkt hierbij een belangrijk onderdeel van de communicatie tussen de werknemer en de leidinggevende te zijn.

In een longitudinale studie over zeven jaar bestudeert Vahtera (2000) het effect van verandering van psychosociale werkfactoren op ziekteverzuim. Hij heeft onder meer een negatief effect gevonden bij lage controle over het werk in combinatie met verminderde sociale steun, zowel van collega's als van de leidinggevende. Daarbij constateert hij dat verbetering van de sociale steun van de leidinggevende kan dienen als buffer tegen de negatieve invloeden van andere psychosociale werkmerken.

Aronsson (2000) beschrijft een hoge verzuimdrempel op het moment dat het gevoel bestaat niet gemist te kunnen worden. Onderbezetting van personeel speelt hierbij een rol. Dit komt overeen met de gegevens uit ons onderzoek. Voor 'werktempo en werkhoeveelheid' wordt bij de groep met een laag verzuim een hoge belasting ervaren. De verklaring hiervoor kan tweërlei zijn. Enerzijds kan de loyaliteit naar collega's toe een rol spelen. Als men zich ziek meldt, moeten anderen nog harder werken, waardoor de drempel om zich ziek te melden hoger komt te liggen. Anderzijds kan het feit dat er minder communicatieproblemen worden gesignaleerd, wijzen op een sterker teamgevoel, waardoor mensen meer aankunnen. Sociale steun kan hier dus compenserend werken.

Janssen (1999) geeft in zijn onderzoek naar burnout een sterke associatie met hoge werkdruk aan. Deze gevoelens van emotionele uitputting verminderen al naar gelang er meer steun van leiding en collega's aanwezig is. Uit onderzoek van Ybema (2002) blijkt dat de negatieve sociale interactie een belangrijke factor is bij het ontstaan van werkdruk, waarbij oudere werknemers vaker hogere emotionele belasting ervaren. Daartegenover kunnen positieve contacten, zowel met patiënten als met collega's en de leiding, bijdragen tot werktevredenheid en welbevinden. Ook hierbij wordt het buffereffect van sociale steun door de leidinggevende en collega's gezien in relatie tot werktevredenheid en het optreden van uitputting door het werk. Deze interacties blijven bestaan onafhankelijk van kwalitatieve taakeisen, zoals hoge werkdruk. Dus ook bij een hoge werkdruk blijft sociale steun een belangrijke factor in het verminderen van uitputtingsverschijnselen en werktevredenheid.

In het azM-onderzoek blijkt voor 'emotionele belasting' een omgekeerd verband met ziekteverzuim te bestaan. Ook hier wordt de belasting voor de groep met een laag verzuim het hoogste aangegeven. Wij constateren in overeenstemming met de literatuur dat de ervaring van een betere communicatie fungeert als een buffer, waardoor de emotionele belasting kan worden opgevangen.

### **Conclusie**

Uit dit onderzoek komt naar voren dat enkele psychosociale factoren op het werk een verband vertonen met ziekteverzuim. Centraal hierbij staat communicatie als belangrijke factor waardoor andere negatieve factoren kunnen worden gecompenseerd. De rol van de leidinggevende is hierbij cruciaal. Facetten waardoor de werknemer zich gesteund voelt en een open communicatie binnen de groep moeten daarbij de meeste aandacht krijgen. Voor het ontwikkelen van een open communicatie binnen een groep is de rol van de werknemer minstens zo belangrijk. Zijn medewerking en wil om zaken te verbeteren zijn noodzakelijke voorwaarden voor een veranderingsproces.

## S U M M A R Y

**You don't get sick on your own****An inquiry into the factors that contribute to sick leave of nurses**

Work-related factors were assessed in relation to sick leave. The study was carried out between February and April 2002 among Dutch nurses of an Academic Hospital. For this purpose, three pairs of care-units were selected with a low, average and high rate of sick leave. The respondents all received an extensive questionnaire and a part of them also participated in a personal interview. From the 262 recipients of the questionnaire, 232 responded (response rate 88.5%), whereas 60 interviews were conducted.

Analysis of the questionnaire revealed statistically significant differences between the wards with low, average and high sick-leave rates, in particular with respect to three unrelated factors. The factor 'communication problems' shows higher scores with increasing sick-leave rates; significant differences were observed between the scores of the high sick leave group in comparison to both the average and low sick leave group. Remarkably, the factor 'work rate and workload' yielded the highest score in the group with the low sick leave rates, and maybe even more remarkably, the group with the highest sick leave scored lowest on the factor 'emotional stress' whereas the low sick leave group scored highest.

The data obtained in the interviews were used in a qualitative analysis of the factors 'management style', 'atmosphere', 'workload', 'level of organisation', 'physical and emotional stress', 'capacity' and 'work-family-fit'. It is concluded that a number of psychosocial factors at work relate to sick leave. Communication was found to be the most important factor that could even compensate for other contributing negative factors. Management was found to play a pivotal role, in particular with respect to relational factors.

*Noot*

- 1 Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het Arbeidsmarkt- en Opleidingsfonds voor universiteiten, academische ziekenhuizen en onderzoeksinstituten (SoFoKles). Dit onderzoek is alleen mogelijk geweest door de medewerking van de betrokken verpleegkundigen.

## Literatuur

- Ala-Mursula, L., J. Vahtera, M. Kivimäki, M.V. Kevin en J. Pentti. (2002). 'Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences'. In: *Journ. Epidemiology Community Health*, 56, pp. 272-277.
- Aronsson, G., K. Gustafsson en M. Dallner (2000). 'Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism'. In: *Journ. Epidemiology Community Health*, 54, pp. 502-509.
- Benavides, F.G., J. Benach, A.V. Diez-Roux en C. Roman (2000). 'How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on working Conditions'. In: *Journ. Epidemiology Community Health*, 54, pp. 494-501.
- Bruyne, M. de (2001). 'Gebrek aan invloed weegt het zwaarst'. In: *Zorgvisie* 10.
- Bültmann, U. (2002). *Fatigue and Psychological Distress in the Working Population: The role of work and lifestyle*. Datawyse/Universitaire Pers.
- Cozijnsen, A.J. en W.J. Vrakking (1993). *Organisatiediagnose en organisatieverandering*. Alphen a.d. Rijn, Zaventem: Samsom BedrijfsInformatie.
- Ekelmans, N. (2001). *Verzuim: hardnekkig fenomeen*. In: *Zorgvisie* 6, special.
- Geurts, S.A.E., T.W. Taris, E. Demerouti, J. Dijkers en M.A.J. Kompier (2002-15). 'Waar werk en privé elkaar raken: de stand van zaken'. In: *Gedrag en Organisatie*, nr. 3.
- Janssen, P., W. Schaufeli en I. Houkes (1999). 'Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions'. In: *Work & Stress*, 13, 1, pp. 74-86.
- Karasek, R.A. (1979). 'Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign'. In: *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, june.
- Knotter, M., B. Haagoort en H. Steensma (1994). 'Ziekteverzuimbeleid als vorm van organisatieverandering'. In: *Gedrag en Organisatie*, 7, nr. 6, pp. 405-421.
- Kompier, M.A.J. en F.G.H. Marcelissen (1995). *Handboek werkstress*. Amsterdam: NIA, TNO.
- North, F., S.L. Syme, A. Feeney, J. Head, M.J. Shipley en M.G. Marmot (1993). 'Explaining socio-economic differences in sickness absence: the Whitehall II study'. In: *BMJ*, volume 306, 6, febr.
- Peter, R. en J. Siegrist (2000). 'Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease'. In: *Int. Arch. Occupational Environmental Health*, 73 (suppl), pp. 41-45.
- Quinn, R.E. (1996). *Een kader voor Managementvaardigheden*. Schoonhoven: Academic Service.
- Rapportage Arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000, Nivel, Prismant, OSA, okt. 2000.
- Rapport Gezondheidszorg in tel 2001, opgesteld o.l.v. prof. Muiswinkel, Utrecht, nov. 2000.



- Smulders, P.G.W. en J.M.J. op de Weegh (red.) (1995). *Arbeid en Gezondheid, Risicofactoren*. Utrecht: OU, TNO.
- Smulders, P.W. en F.J. Nijhuis (1999). 'The Job Demands-Job Control Model and absence behaviour: results of a 3-year longitudinal study'. In: *Work & Stress*, 13, 2, pp. 115-131.
- Sociale Verzekeringsraad (1994a). *Stand ziekengeldverzekering 1992*. Zoetermeer: Sociale Verzekeringsraad, S94/2.
- Steensma, H., R. v.d. Vlist en V. Vrooland (1989). *Een verantwoord ziekteverzuim-beleid*. Amsterdam: NIA.
- Ulleberg, P. en T. Rundmo (1997). 'Job stress, social support, job dissatisfaction and absenteeism among offshore oil personnel'. In: *Work & Stress*, vol. 11, 3, pp. 215-228.
- Vahtera, J., M. Kivimäki, J. Pentti en T. Theorell (2000). 'Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees'. In: *Journ. Epidemiology Community Health*, 54, pp. 484-493.
- Verbaan, D. (1991). *Verlaag het ziekteverzuim: een praktische handleiding*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Verow, P. en C. Hargreaves (2000). 'Healthy workplace indicators: costing reasons for sickness absence within the UK National Health Service'. In: *Occup. Med.*, vol. 50, no. 4, pp. 251-257.
- Winants, Y. (1999). *Co-assistentenschappen als inwijding in de medische beroepscultuur*. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers.
- Ybema, J.F. en P. Smulders (2002-15). 'Emotionele belasting en de noodzaak tot het verbergen van emoties op het werk'. In: *Gedrag en Organisatie*, nr. 3.