

Verzuim in ziekenhuizen

Oorzaken en Maatregelen

FOKKE & SUKKE
PIKKEN HET NIET LANGER



Universiteit Utrecht
Algemene Sociale Wetenschappen
Begeleider: Dr. R. (Ruud) Abma

Student: Katarina Bošnjak
Studentnummer: 0492426

Datum: 28 januari 2011

Inhoud

Inhoud	1
Inleiding	3
1. De probleemstelling	4
1.2 De doelstelling	5
1.3 De vraagstelling	6
1.4 De relevantie	6
1.4.1 De maatschappelijke relevantie	6
1.4.2 De wetenschappelijke relevantie	6
1.4.3 ASW-invalshoek	7
2. Het theoretisch kader	8
2.1 De socio-economische achtergrond	8
2.1.1 Het opleidingsniveau	8
2.1.2 De arbeidsmarkt	9
2.2 De wetenschappelijke achtergrond	11
2.2.1 De onderzoeksmethode	11
2.2.2 De meeteenheden	12
2.3 De verklarende factoren	12
2.4 Het JD-R model	14
2.5 De aanpak	14
2.5.1 De wet- en regelgeving	15
2.5.2 De organisatorische maatregelen	15
2.6 Conclusie	16
3. Methodologische verantwoording	17
3.1 De onderzoeksstrategie	17
3.2 Dataverzameling	17
3.2 Onderzoekspopulatie	17
3.3 Tijd en locatie	18
3.4 Data-analyse	18
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	18
3.6 Operationalisatie	18
4. De resultaten en analyse	20
4.1 Beschrijving respondenten	20
4.2 De constructen	20
4.3 De betrouwbaarheid	23
4.4 De werkstressoren	24
4.4.1 De werkdruk	24
4.4.2 De invloed op het werk	24
4.5 De energiebronnen	24
4.5.1 De leidinggevende stijl	24
4.5.2 De relaties	25
4.6 De demografische kenmerken	25
4.7 De werkstressoren vs. de energiebronnen	28

Conclusie en aanbevelingen	29
De reflectie	31
De onderzoekspopulatie	31
De onderzoeksmethode	31
De samenwerking	31
De inhoud	32
Referenties	33
Bijlage 1. De vragenlijst	35
Bijlage 2. Gebruikte tabellen en figuren	38

Inleiding

In het maatschappelijk debat wordt regelmatig aandacht besteed aan de kwetsbare beroepsgroepen, de verpleegkunde is daar vaak onderdeel van. Verpleegkunde is zowel fysiek als psychisch een zwaar beroep. Aan de fysieke belasting wordt veel aandacht besteed. Er worden regelmatig maatregelen geïntroduceerd om die belasting te reduceren, denk daarbij aan het aanschaffen van til-, transfer-, transporthulpmiddelen. De psychosociale belasting blijft daarentegen onderbelicht. Daarom richt ik me in dit bacheloronderzoek juist op die psychosociale belasting van het verplegend personeel in ziekenhuizen en het verzuim waartoe dat verzuim kan leiden.

In de beginfase van dit onderzoekstraject heb ik het probleem verkend. In het eerste hoofdstuk vindt u een korte beschrijving van het probleem en de omvang ervan. Vervolgens heb ik de doelstelling van deze scriptie beschreven en de vragen geformuleerd waarop ik aan het einde van de scriptie antwoorden zal geven. Ik ga ook in op de relevantie van dit onderwerp. In het tweede hoofdstuk geef ik een overzicht van de belangrijkste theorie en licht ik het gekozen theoretische model toe. Het theoretisch kader is daarmee ook de basis voor het uitgevoerde onderzoek. In hoofdstuk drie verantwoord ik de gemaakte methodologische keuzes. Daarna vindt u, in hoofdstuk vier, een uitgebreide beschrijving van de resultaten van het uitgevoerde onderzoek. Op basis van de resultaten geef ik in de conclusie de antwoorden op de gestelde vragen. Hoewel dit onderzoek vrij beperkt is, zal ik enkele aanbevelingen doen op basis van de verkregen resultaten. Tot slot reflecteer ik op zowel het proces als op de inhoud van het onderzoek.

1. De probleemstelling

Het verzuim in ziekenhuizen heeft een grote impact op het budget van de organisatie. Daarbij kan verzuim leiden tot problemen in het zorgaanbod: veel ziekenhuizen hebben te maken met wachtlijsten voor diverse behandelingen. Tot slot heeft een hoog verzuimpercentage, in het bijzonder van verzuim zonder zichtbare oorzaak, ook een moraliteitsdaling in de organisatie tot gevolg. De omvang van het probleem is op twee manieren te meten: budgettair en statistisch.

Verzuim kost organisaties geld en daarom heeft het verzuim constant de aandacht binnen een organisatie. Vrijwel elke organisatie heeft een personeelschef of een HRM-afdeling die belast is met de eervolle taak om het verzuim terug te dringen. Soms worden daarvoor zelfs (externe) adviseurs aangetrokken. Iedereen beseft dat verzuim een financiële impact heeft op de organisatie, maar niemand kan precies aangeven hoe groot die impact is. De kosten van verzuim worden vaak berekend op basis van de kosten die gemaakt moeten worden om de verzuimende werknemer te vervangen gedurende de verzuimperiode. Dit geeft natuurlijk niet het volledige beeld. Onderzoek op dit gebied heeft geleid tot nieuwe inzichten. Een van die nieuwe inzichten is dat verzuim veel *verborgen kosten* kent (Gale, 2003). Ook de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingverplichting bij Ziekte (WULBZ) heeft het financiële bewustzijn bij werkgevers op het gebied van verzuim vergroot (Reijenga e.a., 2004). Als we spreken over de verborgen kosten van verzuim, dan kan je onder andere denken aan:

- de kosten die voortvloeien uit een *verlaagde productiviteit*; een uitzend- of oproepkracht is immers niet zo goed ingewerkt als een reguliere werknemer en zal, in dezelfde tijd, minder produceren.
- *winst*; uitzend- of oproepkrachten zijn vaak duurder dan werknemers in loondienst. Bovendien worden de taken van de verzuimende werknemers (deels) overgenomen door diens collega's. Deze werknemers maken vaak overuren om die taken af te ronden. Op die overuren zit normaliter een toeslag waardoor de kosten oplopen. Tot slot wordt in de planningen vaak rekening gehouden met een kans op verzuim. Om dat op te vangen wordt er, indien mogelijk, ruimer gepland (normaliter +10/20%). Wanneer geen verzuim optreedt, is er dus meer uitgegeven aan loonkosten dan op basis van werkaanbod nodig was.
- *moraal/moreel*; een hoog verzuimpercentage leidt tot verhoogde werkdruk bij de mensen die wel aan het werk zijn. De werknemers kunnen zich hierdoor benadeeld kunnen voelen, waardoor het moraal in het bedrijf negatief wordt beïnvloed (Rijenga e.a., 2004). Deze moraliteitsdaling treedt vooral op in gevallen waarbij de oorzaak voor het verzuim van een werknemer (onvoldoende) zichtbaar is. Verzuim op grond van psychosociale oorzaken is vrijwel altijd onzichtbaar en kan daarom gebagatelliseerd worden, met moraliteitsdaling tot gevolg.

Ondanks de diverse schattingen zijn er geen betrouwbare data waaruit blijkt hoeveel het verzuim de werkgevers echt kost. Daarom kijk ik naar de statistieken om een beeld te krijgen van de omvang van het probleem. Hierbij maak ik onderscheid tussen de landelijke data en de data die specifiek zijn voor de zorgsector.

Door de Nationale Verzuimstatistiek (2002 – 2005) van CBS beschikken we over de landelijke verzuimpercentages, de meldingsfrequenties en de gemiddelde verzuimduur. In tabel 1 zien we dat het landelijk verzuimpercentage tussen 2002 en 2005 met 1,3% is gedaald. Dit kan het gevolg zijn van de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP). Hier ga ik in paragraaf 2.4.1 nader op in. In 2006 is het verzuimpercentage met 0,4% gestegen en in 2008 is het met 0,1% afgenomen. Sindsdien is het verzuimpercentage stabiel gebleven. De meldingsfrequentie is tussen

2002 en 2005 gestaag afgenomen met in totaal gemiddeld 0,27 dag. De gemiddelde verzuimduur fluctueert daarentegen vrij sterk: na een forse daling met gemiddeld 3,3 dag in 2003, is deze in 2004 en 2005 weer gestegen met respectievelijk 2,6 en 1,1 dag.

Tabel 1. *De landelijke statistieken van het verzuim tussen 2002 en 2009*^{1,2}

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verzuimpercentage	5,30	4,70	4,00	4,00	4,40	4,40	4,30	4,30
Meldingsfrequentie (dagen)	1,26	1,32	1,05	0,99	-	-	-	-
Gemiddelde verzuimduur (dagen)	18,00	14,70	17,30	18,40	-	-	-	-

De zorgsector bestaat uit verschillende branches (de thuiszorg, de Geestelijke Gezondheidszorg, de ziekenhuizen enzovoorts). Voor deze scriptie zijn slechts de gegevens van de ziekenhuizen van belang. Daarom heb ik de gegevens verzameld over het verzuim per sekse in 2007 en 2008 in ziekenhuizen, deze heb ik in tabel 2 opgenomen. Hieruit blijkt dat vrouwen een groter aandeel hebben in het verzuim in de ziekenhuizen. Bovendien blijkt het verzuimpercentage in 2008 ten opzichte van 2007 met 0,11% toegenomen, terwijl de meldingsfrequentie en verzuimduur met respectievelijk 0,16 en 0,2 dag zijn gedaald.

Tabel 2. *De landelijke statistieken van het verzuim in ziekenhuizen naar sekse, 2007 en 2008*³

	2007			2008		
	Verzuimpercentage	Meldingsfrequentie	Verzuimduur	Verzuimpercentage	Meldingsfrequentie	Verzuimduur
Mannen	3,48	1,28	9,5	3,44	1,27	9,5
Vrouwen	4,61	1,55	10,4	4,43	1,52	10,1
	4,19	1,47	10	4,3	1,39	9,8

1.2 De doelstelling

Met behulp van een explorierend onderzoek wil ik erachter komen welke factoren invloed hebben op het verzuim en op basis daarvan aanbevelingen doen om maatregelen te treffen. Vanuit het theoretische kader, het JD-R model, kijk ik naar de balans tussen de uitputtende en de motiverende factoren. Daarbij ga ik uit van de volgende hypothese: wanneer de uitputtende factoren in hogere mate aanwezig zijn of hoger gewaardeerd worden dan de motiverende factoren is het verzuim hoger.

¹ De ziekteverzuimcijfers over 2002 tot en met 2005 zijn samengesteld op basis van de Nationale Verzuimstatistiek en geaggregeerde branchegegevens. De cijfers over 2006 en 2007 zijn gebaseerd op jaarenquêtes en geaggregeerde branchegegevens. Verzuimcijfers over 2008 zijn samengesteld met behulp van de Kwartaalenquête Ziekteverzuim.

² Na het opheffen van de Nationale Verzuimstatistiek zijn slechts de verzuimpercentages van belang geweest, daarom ontbreken in tabel 1 na 2005 de gegevens over de meldingsfrequentie en de gemiddelde verzuimduur.

³ Verzuimcijfers over 2007 en 2008 zijn samengesteld met behulp van de Kwartaalenquête Ziekteverzuim.

1.3 De vraagstelling

In deze scriptie staat de volgende vraag centraal: “*Welke factoren spelen een rol bij het verzuim, op psychische gronden, in ziekenhuizen?*”.

Voor de beantwoording van deze vraag heb ik gegevens nodig, deze gegevens heb ik beschreven in paragraaf 3.2. Om die gegevens te structureren heb ik de enkele deelvragen opgesteld die moeten bijdragen aan de beantwoording van de bovenstaande hoofdvraag. Deze deelvragen zijn:

- Welke werkstressoren ervaren de medewerkers en in welke mate worden die werkstressoren ervaren?
- Welke energiebronnen ervaren de medewerkers en in welke mate worden die energiebronnen ervaren?
- Hoe is de verhouding tussen de werkstressoren en de energiebronnen?

1.4 De relevantie

Hieronder zal ik kort ingaan op de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek. Daarnaast kijk ik in welke mate dit onderzoek aansluit bij de doelstellingen van de opleiding Algemeen Sociale Wetenschappen (ASW).

1.4.1 De maatschappelijke relevantie

In de Nederlandse zorgsector is zowel het verzuimpercentage als de instroom in de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) relatief hoog. Dit zorgt zoals eerder gezegd voor problemen in het zorgaanbod. Dit probleem zal, onder invloed van een verhoogde zorgvraag van de vergrijzende bevolking, bij ongewijzigde situatie, alleen maar toenemen. Bovendien is de WAO een sociale uitkering die wordt gefinancierd door het Rijk. Een verhoging van het aantal WAO-gerechtigden leidt automatisch tot een verhoogde aanspraak op het gemeenschapsgeld. Tot slot duidt een hoog verzuim op verlaagd welbevinden van de bevolking. Om die redenen is het van groot belang om het verzuim onder het verplegend personeel te verlagen. Deze conclusie wordt door diverse (wetenschappelijke) onderzoeken gesteund. Zo doen Bos e.a. (2010) in hun advies een dringend beroep op het behoud van het verplegend personeel.

1.4.2 De wetenschappelijke relevantie

Het verzuim heeft niet alleen de aandacht in het maatschappelijke debat, maar ook de wetenschap heeft de afgelopen jaren steeds meer aandacht besteed aan de verzuimproblematiek. Dit heeft onder andere geleid tot ontwikkeling van diverse modellen die het verzuim moeten verklaren ofwel reguleren. In deze scriptie gebruik ik het Job Demands-Resources (JD-R) model (Bakker e.a., 2003). Het JD-R model gaat er vanuit dat elke branche specifieke uitputtingsfactoren en motivationele factoren kent. Echter zijn die factoren voor de zorgsector niet bekend. Om die reden is het van groot belang om te onderzoeken welke factoren een rol spelen in de zorgsector, meer specifiek: voor het verplegend personeel in ziekenhuizen.

1.4.3 ASW-ivalshoek

ASW is een probleemgerichte en interdisciplinaire opleiding. Het onderwerp van deze scriptie sluit daarbij aan. De vraagstelling richt zich voor een groot deel op de organisatorische factoren die invloed hebben op het verzuim. Hierdoor biedt deze scriptie voldoende aanknopingspunten voor de ziekenhuizen om het beleid op af te stemmen en sluit daarmee aan op het streven van ASW om *praktijkgericht* te zijn. Het *interdisciplinaire* aspect van ASW komt in de probleemstelling naar voren door de weergave van de complexiteit van de problematiek. Die complexiteit wordt duidelijk wanneer we kijken naar de hoeveelheid van betrokkenen; de politiek in de rol van de wetgever; de werkgevers; de werknemers; de partners van de werknemers enzovoort. De diversiteit aan betrokkenen duidt op een diversiteit aan belangen: de politiek bekijkt het probleem vanuit een maatschappelijk en economisch perspectief; de werkgevers en hun belangenorganisaties bekijken het probleem vanuit een organisatorisch en financieel perspectief; de werknemers en hun belangenorganisatie zien het probleem voornamelijk vanuit een psychologisch perspectief. Om tot een goed compromis te komen met al die partijen, is een interdisciplinaire benadering noodzakelijk.

2. Het theoretisch kader

Een groot deel van de werknemers in ziekenhuizen verzuimt om psychosociale redenen, waardoor de kosten van verzuim enorm oplopen. Psychosociale oorzaken zijn die welke zich op cognitief, emotioneel en sociaal vlak bevinden (Bakker e.a., 2003). In de literatuur wordt gesproken over verzuim, ziekteverzuim of absentisme. De keuze voor het te hanteren begrip wordt dikwijls gebaseerd op de oorzaken van verzuim. Casteels & Sneyder (2004) definiëren absentisme als de afwezigheid van een werknemer waarvoor hij of zij ziekte als reden aandraagt, ongeacht of de werknemer werkelijk ziek is of niet. In deze scriptie sluit ik me voor een groot deel bij die definitie aan. Echter kies ik ervoor om het begrip ‘verzuim’ te gebruiken en dat te definiëren als afwezigheid van een werknemer bij de werkzaamheden waarvoor hij of zijn in loondienst is. Ik gebruik hiervoor de statistieken die verzuim meten als afwezigheid bij werk, exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof.

Eerder heb ik aangetoond dat dit onderwerp zowel maatschappelijk als wetenschappelijk van belang is. Om die reden is het belangrijk om dit onderwerp in deze twee kaders te plaatsen. In dit hoofdstuk zal ik enkele invloedrijke ontwikkelingen op die gebieden te beschrijven. Vervolgens ga ik in op de factoren die invloed hebben op het verzuim, hierbij zal ik ook een theoretisch model introduceren dat ons helpt om het verzuimproces te begrijpen. Tot slot vindt u een beschrijving van twee niveaus waarop maatregelen worden getroffen om het verzuim te verlagen.

2.1 De socio-economische achtergrond

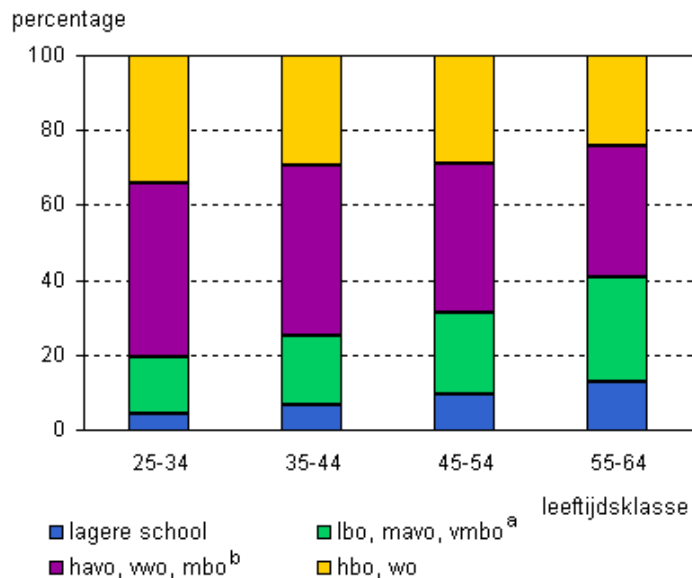
Om dit onderwerp in het kader van maatschappelijke ontwikkelingen te plaatsen, richt ik mijn aandacht op de socio-economische achtergrond, met name de opleidingen en de arbeidsmarkt. Deze onderwerpen helpen mij bij het plaatsen van het verzuim in de context van de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen die invloed hebben op de arbeidsmarkt.

2.1.1 Het opleidingsniveau

Kijkend naar de gehele beroepsbevolking zien we anno 2010 dat gemiddeld 32% ervan laagopgeleid is (Dekkers e.a., 2010). UWV WERKbedrijf voorspelt dat de kansen op de arbeidsmarkt voor laagopgeleiden de komende jaren kleiner zullen worden (Dekkers e.a., 2010). De meeste kansen voor laagopgeleiden liggen voornamelijk in de beroepen als verzorgende en heelkundige, omdat men verwacht dat de werkgelegenheid in die beroepen stabiel zal blijven. De vraag naar deze beroepen blijft stabiel, als gevolg van het dalende aanbod in laaggeschoold personeel en de stijgende zorgvraag door de vergrijzing van de bevolking.

Het verplegend personeel kent een diversiteit aan opleidingsniveaus. Niveau 5 verpleegkundigen hebben een opleiding op HBO niveau genoten met een mogelijkheid om zich te specialiseren als ziekenhuisverpleegkundige. Niveau 4 verpleegkundigen hebben een opleiding op MBO⁺ niveau genoten. Een verpleegkundige met een opleiding op MBO⁺ niveau valt normaliter in de categorie *laagopgeleiden* en een niveau 5 verpleegkundige is, met een opleiding op HBO niveau, *hoogopgeleid*. De werkvloer in ziekenhuizen is dus samengesteld uit zowel hoogopgeleiden als laagopgeleiden, hoewel het aantal hoogopgeleiden overheerst. Dit verklaart deels ook het lage

verzuimpercentage in ziekenhuizen: hoogopgeleiden verzuimen immers in mindere mate dan laagopgeleiden. In figuur 1 zien we dat het opleidingsniveau onder jongeren stijgende is. In theorie zou dit betekenen dat de werkdruk op het laag opgeleid verplegend personeel met de jaren zal toenemen. Hierdoor neemt de kans op verzuim toe. Het oorzakelijke verband tussen opleidingsniveau en verzuim zal ik in hoofdstuk 4 nader toelichten.



^a Het CBS rekent hiertoe ook mbo-1 (assistentenopleiding) en avo-onderbouw (de eerste drie jaar van havo en vwo).

^b Het CBS rekent hiertoe ook mbo-2-4 (basisberoepsopleiding, vakopleiding, specialistenopleiding en middenkaderopleiding).

Figuur 1. Opleidingsniveau per leeftijdscategorie (SER, 2009).

2.1.2 De arbeidsmarkt

Afgelopen decennia hebben zich verschillende ontwikkelingen voorgedaan die invloed hebben gehad op de arbeidsmarkt. De hieruit voortvloeiende toegenomen aandacht heeft geresulteerd in een toename van onderzoeken en theorieën op dit gebied evenals het ontstaan van nieuwe wetenschappelijke disciplines zoals arbeid- en gezondheidspsychologie (Bakker e.a., 2003). Ik zal ingaan op slechts twee ontwikkelingen die de tendens goed illustreren: de *arbeidsmobiliteit* en de *arbeidsparticipatie van vrouwen*.

De term arbeidsmobiliteit kan op *verschillende domeinen* betrekking hebben. Zo kan er sprake zijn van verandering van de werkgever, beroepsgroep, hiërarchische positie binnen het bedrijf, maar ook verandering van de afstand van werk tot de woonomgeving en het werken binnen of buiten de landsgrenzen (SER, 2009). Er kan ook overlap zijn tussen deze domeinen, denk daarbij aan iemand die jarenlang als verpleegster in een Limburgs ziekenhuis heeft gewerkt en die nu op vrijwillige basis Engelse les geeft aan kinderen in Zuid-Afrika. Maar de technologische ontwikkelingen maken het ook mogelijk om grensoverschrijdend te werken zonder geografische verplaatsing. In het kader van deze scriptie wil ik arbeidsmobiliteit breed definiëren als *verandering van de arbeidspositie*.

De Raad voor Werk en Inkomen (RWI)⁴ heeft tussen 1996 en 2002 onderzoek gedaan naar de arbeidsmobiliteit van werkenden in loondienst. Hierbij hebben zij gekeken naar het *type mobiliteit* (intern of extern), naar het *soort werknemer* dat de mobiliteit doormaakt en diens *motieven*. Uit dat onderzoek is gebleken dat Nederland een hogere mobiliteit kent dan andere West-Europese landen (in 2001 zat Nederland zelfs in de top vijf). Vrijwel alle werkenden zijn tevreden met de inhoud van hun werk, maar ongeveer de helft ervaart de werkdruk als te hoog, de beloning als te laag en het werk als geestelijk zwaar. Dit zijn dan ook de redenen waarom, voornamelijk jongeren en hoogopgeleiden, een andere baan zoeken. Ook leiden burnout-klachten, gebrek aan waardering, slechte aansluiting tussen werk en vaardigheden en een te hoog aantal gewerkte uren tot wisseling van baan of functie. Mensen met een lage opleiding hebben de meeste moeite om een nieuwe baan te vinden, zij ondernemen dan ook de minste actie daartoe (Dagevos en Gesthuizen, 2005). Zoals gezegd ondervindt de helft van de werkenden een hoge werkdruk en het werk als geestelijk zwaar. Een deel van hen (de jongeren en hoogopgeleiden) heeft een grote kans op een andere baan dan de ouderen en de laagopgeleiden. Maar wat gebeurt er met het overgebleven deel; de ouderen en de laagopgeleiden die een hoge werkdruk en een hoge geestelijke belasting van hun werk ervaren, maar minder kansen hebben om een uitweg te vinden in een nieuwe baan? Die werknemers zijn een risicogroep met een verhoogde kans op verzuim en eventueel uitstroom naar de WAO.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)⁵ voorspelde in 1977 dat de arbeidsparticipatie van de Nederlandse vrouwen in 2000 op 32% zou liggen (WRR, 1977). De verhoging in de arbeidsparticipatie van vrouwen zou voor een verhoging van de werkdruk op vrouwen als gevolg hebben. Echter blijkt de arbeidsparticipatie van vrouwen in 2000 op 52% te liggen (Lippe, 2004). Logischerwijs zal de psychosociale arbeidsbelasting ook hoger zijn dan verwacht. De werkzame populatie in de zorg bestaat voor het grootste deel uit vrouwen, in 2008 was deze 80,7% (CBS, 2009). Wanneer deze vrouwelijke werknemers verzuimen, is het verzuim in ongeveer 60% van de gevallen gebaseerd op een voornamelijk fysieke oorzaak (bijvoorbeeld ziekte) en in de overige 40% van de gevallen is het verzuim gebaseerd op een psychosociale oorzaak (Reijnga e.a., 2004). Het is onbekend hoe deze verhouding bij de mannelijke werknemers is. Ik vermoed dat het percentage van het verzuim op grond van psychosociale klachten bij mannelijke werknemers lager is, omdat een groot deel van de mensen nog volgens de klassieke rolpatronen leeft. Echter denk ik dat het percentage van mannelijke werknemers die op grond van psychosociale oorzaken verzuimt momenteel, historisch gezien, hoog is. Dit kan mede het gevolg zijn van het toenemende aantal scheidingen en daarmee gepaarde complexiteit en problemen van nieuw eenoudergezinnen en/of samengestelde gezinnen.

Daarbij is arbeid tegenwoordig, zowel voor de mannen als voor de vrouwen, meer dan een inkomensbron. Werk wordt gezien als een mogelijkheid tot zelfontplooiing (Lippe, 2004). In combinatie met de technologische ontwikkelingen en de daardoor verhoogde mobiliteit eindigt een werkdag of werkweek niet langer om

⁴ De Raad voor Werk en Inkomen (RWI) is het overlegorgaan van werkgevers, werknemers en gemeenten. De RWI adviseert de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over het arbeidsmarktbeleid. Doel van deze adviezen is een goed functionerende arbeidsmarkt te bevorderen. Een andere taak is het vergroten van transparantie en kwaliteit op de reïntegratiemarkt. Ook heeft de RWI een eigen subsidieregeling om werkgelegenheidsprojecten te stimuleren.

⁵ Het doel van de WRR is de regering te adviseren over toekomstige ontwikkelingen die van groot maatschappelijk belang zijn. Bij die adviezen staat de wetenschappelijke benadering voorop. De regering kan deze adviezen gebruiken om bestaand beleid tegen het licht te houden, bij de ontwikkeling van nieuw beleid of voor onderbouwing van de besluitvorming.

17.00 uur of op vrijdag. We hebben steeds meer mogelijkheden om te flexwerken en ook dat verhoogt de psychosociale arbeidsbelasting (Schor, 1992). Hierdoor wordt de kans op verzuim vergroot, zoals verderop in deze scriptie duidelijk zal worden.

2.2 De wetenschappelijke achtergrond

In het voorgaande hoofdstuk heb ik twee ontwikkelingen op de arbeidsmarkt beschreven die mogelijk invloed kunnen hebben op het centrale thema van deze scriptie, namelijk de mogelijkheden om verzuim in ziekenhuizen terug te dringen. Naast die context is ook de wetenschappelijke context van groot belang. Dit is immers meer dan een literatuurscriptie en is het belangrijk om te weten welke *onderzoeksmethoden* gebruikt worden om verzuim te meten en in welke *eenheden* verzuim wordt uitgedrukt.

2.2.1 De onderzoeksmethode

Zowel in de wetenschap als in de politiek wordt dankbaar gebruik gemaakt van *vergelijkingen*. Hoe verhoudt het huidige verzuimpercentage zich ten opzichte van het verzuimpercentage van 20 jaar geleden? Is er een trend zichtbaar in de oorzaken van verzuim? In praktijk blijkt het erg lastig om een betrouwbare vergelijking te maken van de hoogte en de kosten van verzuim door de jaren heen. Hier heb ik in de probleemstelling al aandacht aan besteed. In deze paragraaf wil ik nader ingaan op de oorzaken waardoor de historische data niet met de huidige te vergelijken zijn. In het verleden werd verzuim onderzocht door middel van *enquêtes*. Daarbij konden werknemers aangeven hoe vaak zij verzuimd hebben in een bepaalde periode en om welke reden. De kanttekeningen die gemaakt moeten worden zijn overduidelijk.

Allereerst valt er af te dingen aan de mate van (statistische) *betrouwbaarheid*. De respondenten hebben immers het verzuim niet gedurende de betreffende periode bijgehouden en moeten het dus schatten. De hoogte van de schatting is afhankelijk van diverse factoren, zoals het kort- en langtermijn geheugen van de respondenten. De kans is groot dat wanneer een respondent twee keer de schatting moet doen over zijn verzuim, deze schattingen van elkaar zullen verschillen. Hoewel sommige literatuur beweert dat zelfgerapporteerd verzuim een valide indicator is van het geregistreerde verzuim (o.a. Johns, 1994 en Poppel e.a., 2002 zoals weergegeven in Reijenga e.a., 2004) is geregistreerd verzuim veel betrouwbaarder. Tegenwoordig maken organisaties veelal gebruik van geavanceerde programma's (zoals SAP) om onder andere het verzuim nauwkeurig te registreren. Zo is er ook het Vernet-bestand; een uniek bestand waarin recente verzuimgegevens van ongeveer 82% van de 2.300 zorginstellingen en 600.000 werknemers in Nederland zijn opgeslagen (Reijenga e.a., 2004).

Daarnaast is ook de *validiteit* in het geding, omdat bij het vragen naar de reden van het verzuim vertrouwd wordt op de zelfkennis van de respondenten. Bovendien wordt in enquêtes veelal gewerkt met meerkeuze-antwoorden, dat beperkt de mogelijkheid om de precieze reden te achterhalen.

2.2.2 De meeteenheden

Verzuim wordt met drie maten gemeten: het verzuimpercentage, de meldingsfrequentie en de verzuimduur. Het *verzuimpercentage* wordt berekend door het totaal aantal verzuimde kalenderdagen te delen door het totale aantal beschikbare kalenderdagen van alle werknemers en de uitkomst ervan te vermenigvuldigen met 100. De hoogte van het verzuimpercentage is binnen de volgende kaders te interpreteren: < 3% is laag en > 25% is hoog. De *meldingsfrequentie* geeft het gemiddeld aantal verzuimmeldingen weer in een bepaalde periode. Deze wordt berekend door eerst het totaal aantal verzuimmeldingen te delen door het aantal werknemers en vervolgens deel je het totaal aantal dagen per jaar door het aantal dagen in de betreffende periode. Wanneer je die twee uitkomsten met elkaar vermenigvuldigt, krijg je de meldingsfrequentie. De gemiddelde *verzuimduur* geeft inzicht in de tijdsduur van een gemiddelde verzuimmelding. Hierbij wordt het totaal aantal afgeronde verzuimdagen gedeeld door het totaal aantal beëindigde verzuimmeldingen in een bepaalde periode. Bij de uitkomst wordt onderscheid gemaakt tussen langdurig en kortdurend verzuim. Langdurig verzuim is het hoogst onder de werknemers in de gezondheidszorg die een werkweek van 20-28 uur hebben (Dirven e.a., 2010). Langdurig verzuim komt in de gezondheidszorg vaker voor dan in de andere sectoren.

Over het algemeen worden de verzuimpercentages gebruikt om aan te geven hoe hoog het verzuim is. In de Nationale Verzuimstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dat tussen 2002 en 2006 de data verzamelde over verzuim, werden ook de meldingsfrequentie en de gemiddelde verzuimduur bijgehouden. Buiten dat bestand zijn de data met betrekking tot de twee laatstgenoemde meeteenheden erg versnipperd.

2.3 De verklarende factoren

Zoals eerder vermeld bestaat de werkzame populatie in de gezondheidszorg voor het grootste deel uit vrouwen (in 2008 was deze 80,7%). De redenen waarom vrouwelijke werknemers in ziekenhuizen verzuimen, zijn volgens Reijenga e.a. (2003) voor ruim 40% van psychosociale aard.

Op basis van Harter (2001), Reijenga e.a. (2003) en Dirven e.a. (2010) heb ik de persoonlijke en organisatorische kenmerken samengevoegd in de onderstaande tabel. Daar waar een significante invloed van een kenmerk op een bepaalde verzuimeenheid is aangetoond, is met een plus- of minteken de richting van de invloed weergegeven. Van sommige kenmerken weten we dat ze het verzuim beïnvloeden, maar is nog onbekend wat de richting van de invloed is. Daarom vindt u in tabel 3 enkele lege velden.

Tabel 3. *Kenmerken die invloed hebben op verzuim*

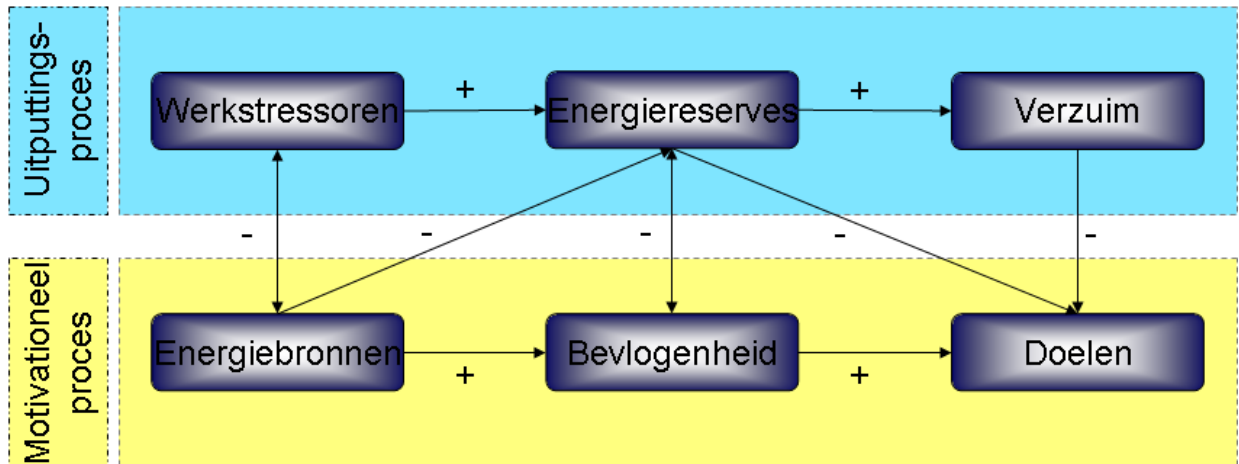
	Verzuimpercentage	Meldingsfrequentie	Verzuimduur
Persoonlijke kenmerken			
Vrouwen		+	+
Chronische aandoening		+	+
Oudere werknemers	+	-	+
Hoger opleidingsniveau	-		
Werknemers < 35 jaar	-	+	-
Organisatorische kenmerken			
Fultimer			-
Parttimer	+	-	
Hoger loon	-	-	
Grotere organisatie	+	+	+/-
In de Randstad	+	+	-
Leiding op afstand	+		
Hoge werkdruk	+	+	+
Emotioneel zwaar werk	+	+	
Slechte werksfeer	+	+	+
Autonomie			
Sociale steun			
Taakinterrupties			
Rolproblemen			
Intrinsieke beloningen			
Participatie in besluitvorming			

Uit de bovenstaande tabel leid ik af dat de werknemers in de zorgsector met de volgende organisatorische *werkstressoren* te maken hebben: deeltijd werken, omvang van de organisatie, de locatie, de leidinggevende stijl, de werkdruk, de taakinterrupties, de rolproblemen, emotioneel zwaar werk en slechte werksfeer. De organisatorische *energiebronnen* in de zorgsector zijn: het salaris, de intrinsieke beloningen (zoals loopbaanmogelijkheden), de sociale steun, participatie in besluitvorming en de autonomie. Zo weten we dat vrouwen een hogere meldingsfrequentie en verzuimduur hebben dan mannen, maar we weten nog niet of sekse van invloed is op het verzuimpercentage. Daarnaast weten we dat de leeftijd een factor is: oudere werknemers hebben een hoger verzuimpercentage en hogere verzuimduur dan jongere werknemers (jonger dan 35 jaar), maar dat de meldingsfrequentie van de oudere werknemers lager is dan die van de jongere werknemers.

Opvallend is dat enkele algemene aannames hier niet aangetoond zijn. Zo is er een significant verband tussen een gemiddeld hoger loon en een lager verzuimpercentage en een lagere meldingsfrequentie. Daarnaast blijkt dat een hoger opleidingsniveau leidt tot significante verlaging van het verzuimpercentage, maar weten we nog niet welke invloed het heeft op de hoogte van de meldingsfrequentie en de verzuimduur. Er valt nog veel te onderzoeken op dit gebied en met de enquête van deze scriptie doe daar een bescheiden poging toe. Maar allereerst wil ik in de volgende paragraaf kort ingaan op de maatregelen die reeds geïmplementeerd zijn, om daarop te kunnen voortborduren in de analyse en de aanbevelingen.

2.4 Het JD-R model

In de literatuur worden veel factoren genoemd die invloed kunnen hebben op het verzuim, maar iedereen onderkent het feit dat elke beroepsgroep specifieke stressoren kent. Bakker e.a. (2003) zijn erin geslaagd op het proces te modelleren. Het JD-R model bestaat uit twee brede categorieën: *werkstressoren* (job demands) en *energiebronnen* (job resources). In de onderstaande figuur heb ik het JD-R model toegepast op verzuim.



Figuur 2. Het JD-R model toegepast op verzuim (op basis van Bakker e.a., 2003).

Het JD-R model heeft twee parallelle processen (uitputtingsproces en motivationeel proces) die elkaar beïnvloeden en het volgende veronderstellen:

- Veelvoudige aanwezigheid van werkstressoren leidt tot aantasting van energiereserves (negatieve psychische toestand), wat leidt tot verzuim;
- Aanwezigheid van energiebronnen leidt tot verhoogde bevlogenheid (positieve psychische toestand), wat leidt tot het behalen van organisatorische doelen;
- De energiebronnen kunnen de negatieve invloed van werkstressoren compenseren en werkstressoren kunnen het positieve effect van de energiebronnen ondermijnen;
- Afwezigheid van energiebronnen leidt tot aantasting van energiereserves;
- Verminderde energiereserves beïnvloeden de organisatorische doelen op een negatieve wijze;
- Verlaagde energiereserves leiden tot minder bevlogenheid en vice versa;
- Een verhoogd verzuim beïnvloedt op een negatieve wijze de organisatorische doelen.

2.5 De aanpak

Verzuim wordt op verschillende niveaus aangepakt: macroniveau (wet- en regelgeving); mesoniveau (organisatorische maatregelen); microniveau (interventies per individu). De effecten van de wet- en regelgeving zijn evenals de organisatorische maatregelen niet direct meetbaar. Deze effecten zijn immers afhankelijk van de invulling en implementatie ervan op organisatorisch niveau. En elke organisatie creëert binnen de gestelde wet- en regelgeving een eigen *pakket aan maatregelen* die zij inzet in de strijd tegen het verzuim. Elk pakket aan maatregelen is *uniek* en zal binnen elke organisatie

een eigen effect hebben. Dit komt doordat de effecten van de verzuimmaatregelen ook door andere organisatorische factoren worden beïnvloed, bijvoorbeeld de *organisatiecultuur*⁶.

In de onderstaande paragrafen zal ik ingaan op de ontwikkelingen in de wet- en regelgeving en op het organisatorisch niveau. Dit geeft een beeld van de maatregelen die worden ingezet en kan een leidraad vormen voor het uit te voeren onderzoek.

2.5.1 De wet- en regelgeving

De wetgever heeft in 2002 de WVP in het leven geroepen, dit is een wet die ertoe moet leiden dat het werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Daarnaast is er een arboconvenant van het ministerie van Sociale Zorg en Welzijn (SZW) om preventie, verzuim en tijdige re-integratie aan te pakken (Reijenga e.a. 2004). De speerpunten uit de convenanten hebben betrekking op fysieke belasting, psychische belasting, werkdruk, verzuimbegeleiding, re-integratie en op de gevaarlijke stoffen en allergenen. Hoewel de directe invloed van de WVP niet meetbaar is, blijkt uit tabel 1 dat in 2002 het verzuimpercentage 5,3% was en in 2005 4,0. Uit het vragenlijstonderzoek dat Reijenga e.a. (2004) hebben uitgevoerd, blijkt dat de werknemers in de deelnemende ziekenhuizen minder vaak dan werknemers in overige instellingen de aanpak van werkdruk of werkstress noemen als maatregel die na invoering van de WVP is genomen. Opvallend is ook dat er weinig maatregelen genoemd worden die specifiek gericht zijn op de arbeidsverhoudingen en reorganisaties/fusies terwijl dit in de ziekenhuizen wel belangrijke verzuimoorzaken lijken te zijn. Vergeleken met de overige instellingen wordt in de interviews het belang van een goede sfeer minder vaak genoemd. In de meeste ziekenhuizen is wel veel aandacht voor de fysieke belasting van de werknemers, hiervoor wordt dikwijls gebruik gemaakt van arbo-adviseurs.

2.5.2 De organisatorische maatregelen

Reijenga e.a. (2004) zijn overtuigd dat de meeste aangrijpingspunten voor het terugdringen van verzuim en arbeidsongeschiktheid zich op organisatorisch niveau bevinden. Niet alleen omdat daar veel oorzaken voor het ontstaan van arbeidsongeschiktheid liggen, maar ook omdat daar de beste kansen voor het terugdringen daarvan liggen. Van Vuuren e.a. (2001, zoals weergegeven in Reijenga e.a., 2004) geven daarbij aan dat *preventieve* maatregelen op organisatorisch niveau het meest effectief zijn. Hoe meer werknemers deze maatregelen waarnemen, hoe minder de werknemers geneigd zijn zich ziek te melden. Bekendheid van de preventieve maatregelen beïnvloedt dus het verzuimgedrag.

Maatregelen die in de zorginstellingen genomen worden, zijn voornamelijk preventief en procedureel. Preventieve maatregelen bestaande uit fysieke belasting lijken iets eerder te worden genomen dan preventieve maatregelen betreffende psychische belasting. Maatregelen voor psychische belasting zijn door de ziekenhuizen later ingezet en zijn vooral gericht op de werkdruk. Daar waar het niet mogelijk is om de personeelsformatie uit te breiden, worden de leidinggevenden getraind in het signaleren en aanpakken van werkdruk. Ook worden er programma's aangeboden om de individuele werknemers weerbaarder te maken. Daarnaast wordt er extra aandacht

⁶ De organisatiecultuur is het geheel van waarden en normen binnen een organisatie en het daaruit vloeiende gedrag. Organisationscultuur heeft een duurzaam, stabiel en moeilijk te beïnvloeden karakter (Martin, 2002).

besteed aan de medewerkers in de traumaopvang, deze medewerkers hebben immers naast een hoge werkdruk ook emotioneel zware werkzaamheden. Op procedureel vlak blijkt aanscherping van het *verzuimprotocol* in de meeste ziekenhuizen als de belangrijkste maatregel te worden gezien, echter is de effectiviteit volledig afhankelijk van de bekendheid ervan. Een goede communicatie is dus essentieel. Uit het onderzoek van Reijenga e.a. (2004) is naar voren gekomen dat er opvallend weinig maatregelen genomen worden die gericht zijn op de arbeidsverhoudingen en reorganisaties/fusies, terwijl dit in de ziekenhuizen wel belangrijke verzuimoorzaken lijken te zijn.

Aansluitend op het JD-R model en andere publicaties (bijvoorbeeld: SER, 2009 en Reijenga, 2004) blijken verzuimmaatregelen maatwerk te vereisen en moeten dus minimaal per specifieke functiegroep worden vormgegeven. Reijenga e.a. (2004) raden ook een combinatie van persoons- en werkgerichte maatregelen aan.

2.6 Conclusie

Het belangrijkste uitgangspunt van het JD-R model is dat elke beroepsgroep specifieke werkstressoren en energiebronnen heeft welke het verzuim beïnvloeden. Volgens het JD-R model kunnen factoren die invloed hebben op verzuim opgedeeld worden in een uitputtend en een motiverend proces. Het uitputtende proces begint met de werkstressoren die leiden tot uitputting en vervolgens tot verzuim. Het motivationele proces gaat daarentegen uit van energiebronnen die de bevoegenheid van de werknemers voeden, wat vervolgens leidt tot het behalen van de organisatorische doelen. Deze twee processen staan niet op zichzelf, maar beïnvloeden elkaar constant. Op basis van dit model concludeer ik dat een goede balans tussen deze twee processen leidt tot effectieve aanpak van de verzuimproblematiek. De invulling van deze processen krijgt vorm binnen de wettelijke kaders, maar heeft het meeste effect als het wordt geïmplementeerd op organisatorisch niveau en zich vooral richt op preventie van verzuim.

In de literatuur heb ik enkele aanknopingspunten gevonden voor het onderzoek dat ik wil uitvoeren. Zo zijn er persoonlijke kenmerken die invloed hebben op het onderzoek, denk hierbij onder andere aan sekse, leeftijd, opleidingsniveau en ervaringsjaren. In de enquête zal ik dan ook naar deze aspecten vragen. Daarnaast zijn er organisatorische kenmerken, zoals locatie en omvang van de organisatie, de stijl van leidinggevenen dergelijke die invloed hebben op het verzuim. Gezien de beperkte omvang en duur van dit onderzoek heb ik een keuze moeten maken in de organisatorische kenmerken. Het belangrijkste is om een goede verdeling te vinden in het aantal vragen naar zowel de werkstressoren als de energiebronnen om vervolgens de onderlinge relatie te kunnen bestuderen.

3. Methodologische verantwoording

Bij de voorbereiding van het onderzoek moest ik enkele keuzes maken. Die keuzes hebben betrekking op de wijze waarop het onderzoek uitgevoerd moet worden. Hierbij heb ik constant moeten nadenken over wat ik echt wil met het onderzoek en wat de beste manier is om dat te krijgen. Onderstaand licht ik de belangrijkste keuzes toe.

3.1 De onderzoeksstrategie

Voor deze scriptie heb ik een praktijkgericht, empirisch onderzoek uitgevoerd. Het betreft een *praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek*, omdat het kan leiden tot kennisvermeerdering die als ondersteuning kan dienen voor het nemen van beslissingen met betrekking tot interventiemethoden van verzuim in ziekenhuizen (Hart, H. 't, Dijk, J. van, Goede, M. de, e.a. (1998). *Onderzoeksmethoden*, p. 104.). Het *empirische deel* van het onderzoek richt zich om de methode van dataverzameling en data-analyse. Voor de dataverzameling maak ik gebruik van een enquête die ik digitaal beschikbaar stel aan de doelgroep. De data die ik hiermee verkrijg zullen hoofdzakelijk *kwantitatief* zijn en verwerkt worden met behulp van SPSS 17.0.

3.2 De dataverzameling

Om de data te verkrijgen kies ik voor een gestandaardiseerde vragenlijst die ik digitaal beschikbaar stel aan de doelgroep. Om een digitale vragenlijst op te stellen maak ik gebruik van een van de vele online tools die een standaardformat hebben waarin de vragenlijst ingepast kan worden. De reden dat ik voor deze onderzoeksmethode kies, is dat deze methode het mogelijk maakt om gegevens van een relatief grote onderzoekspopulatie te verzamelen, numeriek te analyseren en de uitkomsten te vergelijken. De enquête begint met het stellen van enkele algemene vragen over de persoon van de respondent, zoals diens sekse, geboortejaar, opleidingsniveau en dergelijke. De inhoudelijke enquête is tweedelig: enerzijds zijn er vragen die de werkstressoren meten en anderzijds zijn er vragen die energiebronnen meten. Daarnaast zal er per werkstressor en energiebron de vraag gesteld moeten worden in welke mate de respondent deze factor belangrijk vindt. De factoren worden ordinale schaal meten, hiervoor maak ik gebruik van de Linkertschaal. In bijlage 1 vindt u de volledige enquête.

3.2 De onderzoekspopulatie

Om de onderzoekspopulatie te benaderen maak ik gebruik van het ledenbestand van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). V&VN heeft ruim 40.000 leden die in de breedte actief zijn in de zorgsector. Voor de werving van respondenten richt ik mij op de verpleegkundigen in ziekenhuizen. Oorspronkelijk wil ik graag 150 respondenten hebben, om dat te bereiken is het ledenbestand met factor 8 aangesproken. Uiteindelijk heb ik 84 bruikbare enquêtes ontvangen. Hoewel dit slechts een ruime helft van het beoogde aantal respondenten is, ben ik van mening dat de analyse van deze data voldoende aanknopingspunten biedt. In de reflectie zal ik hier nader op ingaan.

3.3 Tijd en locatie

De enquête is digitaal aan de respondenten beschikbaar gesteld. Dit is kostenefficiënt (gratis), snel te realiseren en laagdrempelig. De respondenten kiezen immers zelf de tijd en locatie waarop zij deze enquête invullen. Het voordeel hierbij is dat de respondenten in een vertrouwde omgeving de enquête kunnen invullen, wat een positieve invloed kan hebben op de betrouwbaarheid.

3.4 Data-analyse

De verkregen informatie heb ik met behulp van statistische werkwijzen (SPSS 17.0) numeriek verwerkt en geanalyseerd. Ik merkte vrij snel dat respondent 37 slechts de eerste twee vragen heeft beantwoord. Om ervoor te zorgen dat dit de resultaten niet vervuult heb ik ervoor gekozen om deze respondent niet mee te nemen in de analyse. De uitkomsten van de analyse hebben een cijfermatig karakter: uiteindelijk kan ik aangeven welk deel van de onderzoekspopulatie bepaalde uitputtingsfactoren dan wel motivationele factoren ervaart en in welke mate dat bijdraagt aan het verzuimgedrag.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Ik heb veel vragenlijsten bestudeerd om te zien of deze geschikt zijn om te gebruiken, maar er zijn geen vragenlijsten die zowel werkstressoren als energiebronnen meten. Om die reden heb ik ervoor gekozen om zelf een vragenlijst op te stellen. Deze vragenlijst is gebaseerd op de theoretische kennis die ik heb opgedaan, vooral op de kenmerken uit tabel 3. Gezien het feit dat ik zelf de vragenlijst heb opgesteld, het onderzoek in een relatief korte tijd moest plaatsvinden en het aantal respondenten relatief laag is, bestaat er grote kans op een beperkte betrouwbaarheid en validiteit. Desondanks kan de verkregen informatie erg bruikbaar zijn.

3.6 De definities

In deze paragraaf wil ik enkele veelvoorkomende begrippen definiëren.

- *Psychosociale oorzaken* zijn die welke zich op cognitief, emotioneel en sociaal vlak bevinden (Bakker e.a., 2003).
- *Verzuim*; afwezigheid van een werknemer bij diens werkzaamheden, exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof.
- Het *verzuimpercentage* wordt berekend door het totaal aantal verzuimde kalenderdagen te delen door het totale aantal beschikbare kalenderdagen van alle werknemers en de uitkomst ervan te vermenigvuldigen met 100. De hoogte van het verzuimpercentage is binnen de volgende kaders te interpreteren: < 3% is laag en > 25% is hoog.

- De *meldingsfrequentie* geeft het gemiddeld aantal verzuimmeldingen weer in een bepaalde periode. Deze wordt berekend door eerst het totaal aantal verzuimmeldingen te delen door het aantal werknemers en vervolgens deel je het totaal aantal dagen per jaar door het aantal dagen in de betreffende periode. Wanneer je die twee uitkomsten met elkaar vermenigvuldigt, krijg je de meldingsfrequentie.
- De gemiddelde *verzuimduur* geeft inzicht in de tijdsduur van een gemiddelde verzuimmelding. Hierbij wordt het totaal aantal afgeronde verzuimdagen gedeeld door het totaal aantal beëindigde verzuimmeldingen in een bepaalde periode. Bij de uitkomst wordt onderscheid gemaakt tussen langdurig en kortdurend verzuim.
- Geen tot weinig verzuim: < 3% van de te werken dagen.
- Langdurig verzuim: > 25% van de te werken dagen.

4. De resultaten en analyse

De enquête is door 84 leden van V&VN ingevuld. Doordat V&VN de verzending heeft verzorgd, heb ik geen inzicht in de hoogte van de respons. In dit hoofdstuk zal ik eerst een korte beschrijving van de respondenten geven. Vervolgens zal ik ingaan op de opbouw van de constructen en de betrouwbaarheid ervan. Daarna heb ik de constructen volgens het JD-R model ingedeeld onder werkstressoren en energiebronnen en analyseer ik de constructen inhoudelijk. Aansluitend ga ik in op enkele demografische kenmerken en de invloed ervan op de constructen om tot slot de onderlinge relatie tussen de constructen te analyseren.

4.1 Beschrijving respondenten

Onder de respondenten is 90,5% vrouw en 9,5% man. Dit komt overeen met de eerdere constatering dat het verplegend personeel in ziekenhuizen voornamelijk uit vrouwen bestaat. In eerste instantie is het streven geweest om een goede demografische spreiding te realiseren, echter blijken de respondenten geconcentreerd in de provincie Noord-Brabant (77,4%). Aangaande de leeftijden van de respondenten zie ik een goede verdeling in de verschillende leeftijdscategorieën. De oudste respondent is geboren in 1945 en de jongste in 1987. De verdeling tussen dit minimum en maximum is relatief normaal. Opvallend is dat het grootste deel, 56,0%, van de respondenten een opleiding op HBO niveau heeft genoten. Tot slot blijkt 11,9% van de respondenten een chronische aandoening of ziekte te hebben.

4.2 De constructen

Om de 22 stellingen te ordenen heb ik een *factoranalyse* (Field, 2009) uitgevoerd. Met behulp van de factoranalyse heb ik zes constructen kunnen onderscheiden. In tabel 4 zien we welke vragen bij welke construct horen. Hierbij geldt de regel dat wanneer de waarde van een item hoger is dan .30, het item bij het betreffende construct hoort. Ik zal de constructen in het kort toelichten.

1. Werkdruk

Het construct 'werkdruk' bestaat uit de ervaringen van de mate van de werkdruk, de situaties die een hoge werkdruk creëren en de mate waarin een hoge werkdruk leidt tot verzuim. De stellingen die ik daarvoor heb gebruikt zijn:

- De werkdruk is momenteel te hoog.
- Hoge werkdruk is voor mij een reden om af en toe te verzuimen.
- Als er spanningen op het werk zijn meld ik mij ziek.
- Als ik een vrije dag nodig heb dan meld ik mij wel eens ziek.
- Mijn leidinggevende zegt alleen iets over zaken die niet goed gaan.

2. Leidinggevende stijl

De stijl van leidinggeven beschrijft veelal de wijze waarop een leidinggevende met zijn of haar werknemers omgaat. Dit construct omvat in deze enquête de volgende stellingen:

- De leidinggevende belooft mij als ik mijn werk goed doe.

- Ik ontvang voldoende steun van mijn leidinggevende (deze is twee keer gesteld).
- Ik kan goed overweg met mijn leidinggevende.

3. Invloed op het werk

In het construct 'invloed op het werk' is werk opgebouwd uit invloed op werktijden, indeling van de vrije uren, besluiten en beslissingen over taken en werkzaamheden. De bijbehorende volgende vragen en stellingen zijn:

- Heeft u invloed op uw werktijden?
- Heeft u invloed op uw vrije dagen en vakanties?
- Heeft u invloed op de besluiten over uw taken?
- Ik heb invloed op de beslissingen die over mijn werk genomen worden.

4. Organisatorische ontwikkelingen

Dit construct is samengesteld uit vier stellingen en een vraag, die onderling niet heel veel samenhang vertonen. Enerzijds hebben de stellingen betrekking op de stijl van leidinggevenen anderzijds hebben ze te maken met de organisatorische ontwikkelingen zoals de reorganisaties en de interne procedures. De stellingen en de vraag dit bij dit construct horen, zijn:

- Ik hoor nooit dat ik mijn werk goed doe.
- Ik vind het belangrijk dat mijn leidinggevende contact met me houdt als ik ziek ben.
- Als ik binnen dit ziekenhuis wil doorgroeien dan heb ik genoeg mogelijkheden.
- Er vinden vaak reorganisaties plaats.
- Zijn er procedures bij ziekmeldingen?

5. Onduidelijk construct

Het vijfde construct is vrij onduidelijk, ik kan het zelfs geen cluster naam geven. Dit construct is opgebouwd uit de volgende vraag en stelling uit de enquête:

- Raakt het werk u emotioneel?
- Ik heb het gevoel dat sommige werkzaamheden mij opgedrongen worden.

Het is spijtig dat deze twee vragen tussen wal en schip vallen, omdat ze twee belangrijke componenten bevatten: de emotionele belasting van deze beroepsgroep en de invloed op de invulling van persoonlijke taken. Ik had graag de emotionele betrokkenheid bij het werk meer willen uitlichten. In retrospectief had ik meerdere vragen moeten stellen die de emotionele belasting weergeven, bijvoorbeeld de mate waarin de respondenten om kunnen gaan met stervende patiënten.

6. Relaties

In elke werkomgeving gaan mensen relaties met elkaar aan. Het verpleegkundige personeel heeft onder andere relaties met collega's, leidinggevend en patiënten. Niet alle relaties komen in deze enquête voor. Met behulp van drie stellingen heb ik naar twee relaties gevraagd: de relatie met de collega's en de relatie met de leidinggevende. De stellingen luiden als volgt:

- Ik kan goed overweg met mijn collega's.
- Ik kan goed overweg met mijn leidinggevende.
- Als ik ziek ben belt mijn leidinggevende altijd om te vragen hoe het met me gaat.

Tabel 4. *Rotated Component Matrix*

	Rotated Component Matrix ^a					
	Component					
	1	2	3	4	5	6
*Mate waarin de respondent invloed heeft op eigen werktijden	,056	-,065	,750	,146	,268	-,177
*De mate waarin het werk de respondent emotioneel raakt	-,015	,173	,060	,196	,781	-,143
*De mate waarin er procedures zijn bij ziektemeldingen	-,076	,134	,061	,677	,000	,033
*De mate waarin respondent invloed heeft op invulling van vrije dagen en vakanties	,062	,079	,636	-,257	,060	,348
*De mate waarin respondent invloed heeft op de besluiten over diens taken	,050	,071	,708	,126	-,178	-,026
*De mate waarin reorganisaties plaatsvinden	-,199	-,180	,156	,697	,250	-,048
*De mate waarin de respondent de mogelijkheid heeft om binnen de organisatie door te groeien	,252	-,060	,247	,475	-,563	-,131
*De mate waarin de leidinggevende goed werk beloont	,799	,033	,069	-,032	-,022	-,031
De respondent ontvangt voldoende steun van diens leidinggevende	,821	-,121	,146	,116	,005	,267
De respondent heeft invloed op de beslissingen die over diens werk genomen worden	,251	-,059	,641	,007	-,411	,042
De respondent heeft het gevoel dat sommige werkzaamheden opgedrongen worden	-,516	-,148	-,186	,201	,440	,119
De werkdruk is momenteel te hoog	-,320	,370	-,261	,335	,250	-,319
De respondent ontvangt voldoende steun van de leidinggevende	,800	,021	,252	,039	-,259	,176
De hoge werkdruk is een reden om af en toe te verzuimen	-,239	,711	-,277	,196	,232	,030
Spanningen op het werk zijn reden voor ziektemelding	-,081	,844	-,012	-,046	,021	,144
De relatie met de collega's is goed	,072	-,610	-,181	,324	,103	,427
De relatie met de leidinggevende is goed	,626	-,220	,092	,215	-,097	,406
Een vrije dag nodig hebben is reden voor ziektemelding	-,010	,839	,155	-,089	,037	-,155
De respondent vindt het belangrijk dat de leidinggevende contact houdt tijdens ziekte	,222	-,222	-,186	,494	-,004	,196
Als de respondent ziek is, belt de leidinggevende om te vragen hoe het gaat	,334	-,014	,008	,049	-,074	,772
De respondent hoort nooit dat diens werk goed is	-,782	,227	,128	,229	,038	-,079
De leidinggevende communiceert alleen als er misstanden zijn	-,841	,135	-,023	,050	,021	-,085

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

4.3 De betrouwbaarheid

Na de factoranalyse heb ik een *betrouwbaarheidsanalyse*⁷ (Field, 2009) uitgevoerd om te bepalen welke constructen voldoende betrouwbaar zijn om verder te analyseren. Uit de betrouwbaarheidsanalyse is het volgende naar voren gekomen:

- Werkdruk: $\alpha = .615$
- Leidinggevende stijl: $\alpha = .867$
- Invloed op het werk: $\alpha = .670$
- Organisatorische ontwikkelingen: $\alpha = .450$ ⁸
- Onduidelijk construct: $\alpha = .252$
- Relaties: $\alpha = .638$

Constructen 4 en 5 zijn onvoldoende betrouwbaar om mee te nemen in de verdere analyse, desondanks wil ik de resultaten ervan in het kort bespreken. Dit kunnen immers aanknopingspunten zijn voor een eventueel vervolgonderzoek.

Een groot deel (60,7%) van de respondenten geeft aan dat ze gemiddeld tot geen mogelijkheden hebben om door te groeien binnen de organisatie. Dit houdt in dat wanneer mensen ontevreden zijn over hun huidige functie zij de oplossing vaak slechts extern kunnen zoeken. Dit is opvallend omdat ruim de helft van de respondenten hoogopgeleid is en we in het theoretisch kader hadden vastgesteld dat de hoogopgeleide werknemers erg mobiel zijn op de arbeidsmarkt. Ik concludeer dan dat de interne mobiliteit laag is, maar dat de externe mobiliteit hoog kan zijn.

Ook geven respondenten aan dat er veel procedures zijn die gevolgd moeten worden bij een ziekteproces, zij hechten ook veel waarde aan de aanwezigheid van dergelijke procedures. Echter is er 15,5% die aangeeft dat er weinig tot geen procedures bij een ziekteproces zijn. Dit hoeft niet per definitie te duiden op afwezigheid van producers, maar kan ook een signaal zijn dat de procedures onvoldoende bekend zijn bij het verplegend personeel.

Opvallend is ook dat 22,6% van de respondenten aangeeft dat ze nooit van hun leidinggevende hoort dat ze hun werk goed doet. Dit terwijl alle respondenten het belangrijk vinden dat de leidinggevende af en toe waardering laat blijken voor het werk dat zij doen.

Betreffende de aard van het werk geeft 78,6% van de respondenten aan dat het werk hen emotioneel raakt en dat ze ook veel waarde daar hechten.

Op basis van de betrouwbaarheidsanalyse ga ik verder met de volgende vier constructen: de werkdruk; de leidinggevende stijl; de invloed op het werk en de relaties. De werkdruk en de invloed op het werk zijn werkstressoren en de stijl van leidinggeven en de relaties zijn energiebronnen. In de volgende paragraaf zal ik deze stressoren inhoudelijk analyseren

⁷ Betrouwbaarheid wordt statistisch gezien weergegeven in de chronbach's alpha (α). De vuistregel bij de interpretatie van de chronbach's alfa is dat een waarde hoger dan .80 op een hele hoge betrouwbaarheid wijst, de waarde tussen .60 en .80 op een acceptabele betrouwbaarheid wijst en dat een waarde lager dan .60 wijst op een te lage betrouwbaarheid. In het laatste geval maak je in het onderzoek geen gebruik van het betreffende construct.

⁸ Exclusief de stelling 'Ik hoor nooit dat ik mijn werk goed doe', anders was chronbach's alpha .389.

4.4 De werkstressoren

In dit onderzoek heb ik mij gericht op twee belangrijke werkstressoren: de werkdruk en de invloed op het werk. In het theoretisch kader is duidelijk naar voren gekomen dat deze factoren een rol spelen in het verzuim onder het verplegend personeel in ziekenhuizen.

4.4.1 De werkdruk

Op de stelling ‘de werkdruk is momenteel te hoog’ antwoordt 39,3% met (helemaal) mee eens. Daarbij geeft 8,4% aan dat de werkdruk een rol speelt in de mate waarin ze verzuimen. Uit de literatuurstudie is gebleken dat werkdruk niet alleen bepaald door de hoeveelheid werkzaamheden, maar ook door andere factoren, zoals de omgevingsfactoren. Daarnaast is uit de enquête gebleken dat spanningen op het werk als een belangrijke stressor worden ervaren, toch geeft slechts 1,2% aan dat spanningen op het werk een reden kunnen zijn voor verzuim. Ook geeft 25% aan gemiddeld tot geen invloed te hebben op de invulling van de vrije dagen en vakanties. Tijdsindeling is een hele belangrijke voorwaarde voor de mate waarin werknemers werkdruk ervaren en de mate waarin ze hun privéleven met het werk kunnen combineren. Bovendien blijkt dat 16,6% ervaart dat hun leidinggevende alleen met ze communiceert als er zaken zijn die niet goed lopen. 33,8% van de respondenten heeft neutraal geantwoord op de stelling ‘Mijn leidinggevende zegt alleen iets over zaken die niet goed gaan’, 44,6% van de respondenten is het daar (helemaal) niet mee eens.

4.4.2 De invloed op het werk

De mate van invloed op het werk is ook een belangrijke stressor. Een groot deel van de respondenten, 45,9%, heeft (helemaal) geen invloed op de werktijden. Slechts 35,2% van de respondenten heeft het gevoel dat ze (heel) veel invloed op de werktijden hebben. Dit terwijl 60,6% van de respondenten het (heel) belangrijk vindt om invloed te hebben op hun werktijden. Bovendien geeft 53,6% weinig tot geen invloed te hebben op invulling van eigen taken, ondanks het feit dat ze dat wel heel belangrijk vinden. Daarnaast geeft 77,4% van de respondenten aan dat ze weinig tot geen invloed hebben op de beslissingen die omtrent hun werk(zzaamheden) genomen worden. Daarbij vindt elke respondent het belangrijk om invloed te hebben op de beslissingen aangaande zijn of haar werk(zzaamheden).

4.5 De energiebronnen

De twee energiebronnen die ik middels deze enquête heb onderzocht zijn de stijl van leidinggeven en de relaties.

4.5.1 De stijl van leidinggeven

De stijl van leidinggeven is een energiebron voor het verplegend personeel. De stijl van leidinggeven wordt beoordeeld op de wijze waarop ze de interpersoonlijke relatie met de leidinggevende ervaren, de mate waarin de leidinggevende goed werk beloont en de mate waarin het personeel zich gesteund voelt door de leidinggevende personen. Uit dit

onderzoek is gebleken dat 38,3% van de respondenten de relatie met de leidinggevende als gemiddeld tot slecht ervaart. Dit kan een gevolg zijn van de wijze waarop de leidinggevende het werk beoordeelt. Uit de enquête is gebleken dat 76,2% van mening is dat goed werk gemiddeld tot slecht beloond wordt. Echter heeft 40,5% van de respondenten het gevoel dat ze voldoende steun ontvangen van de leidinggevende. 28,4% heeft daarentegen het gevoel dat ze onvoldoende steun ontvangen van de leidinggevende.

4.5.2 De relaties

Relaties op de werkvloer worden als zeer belangrijk ervaren. Bij het opstellen van de enquête heb ik “relatie”, als een containerbegrip opgenomen. Dit benadeelt het onderzoek, omdat de relatie van het verplegend personeel met patiënten een hele andere schaal heeft dan de relatie met de collega's of de leidinggevende. Ten behoeve van de analyse ben ik hier soepel mee omgegaan. De relatie met de collega's ervaren de respondenten als de meest belangrijke. 90,2% van de respondenten ervaart de relatie met de collega's als (heel) goed, 5,7% is neutraal over de kwaliteit van die relaties en slechts 1,4% ervaart de relatie met de collega's als heel slecht. Zoals gezegd hechten de respondenten ook veel waarde aan de relatie met de leidinggevende: 77,0% vindt die relatie (heel) belangrijk en slechts 6,1 vindt die relatie onbelangrijk. De relatie met de leidinggevende is niet alleen tijdens het werk belangrijk, maar ook tijdens een verzuimperiode speelt deze relatie een grote rol: 65,3% vindt het belangrijk dat leiding contact met hen houdt tijdens verzuim/ziekte, maar slechts 42,9% geeft aan dat hun de leidinggevende wel eens telefonisch contact zoekt wanneer zij ziek zijn.

4.6 De demografische kenmerken

Om te zien of bepaalde persoonlijke kenmerken invloed hebben op de vier componenten heb ik de data verder geanalyseerd. Helaas zijn er onvoldoende mannelijke respondenten om het onderscheid per sekse te maken. Gezien het relatief lage aantal mannen in de verpleegkunde, was dit ook wel te verwachten. Ook de demografische spreiding leent zich niet voor een nadere analyse. Wel heb ik de volgende vergelijkingen kunnen maken op basis van:

- de *leeftijd*: jonger dan 40 jaar en ouder dan 40 jaar;
- het *opleidingsniveau*: MBO tegenover HBO/WO;
- de *ervaringsjaren*: < 20 jaar ervaring versus > 20 jaar ervaring;
- de *ziektefrequentie*: respondenten die geen een keer ziek zijn geweest in 2010 versus de respondenten die meer dan een keer in de week ziek zijn geweest in 2010.

Om de vergelijkingen te maken heb ik een *regressieanalyse* (Field, 2009) uitgevoerd. De output van de analyse vindt u in bijlage 2. Om de leesbaarheid van de scriptie te bevorderen heb ik op basis van de output tabellen gemaakt die de verhouding laten zien. Bij de interpretatie van de tabellen hanteer ik $p < .05$.

In tabel 6 kunnen we zien dat leeftijd slechts op een van de constructen een significante invloed heeft, dit betreft het construct ‘invloed op het werk’. We zien daarbij dat de mate waarin de respondent waarde hecht aan het hebben van invloed op het werk stijgt naarmate die ouder wordt. Als de oudere werknemers ervaren dat ze te weinig invloed hebben op het werk dan kan dat het verzuim negatief beïnvloeden. Theoretisch gezien heeft leeftijd wel invloed op het verzuim. We hebben gezien dat de meldingsfrequentie onder jongere werknemers hoger, maar dat onder de oudere werknemers het verzuimpercentage en de verzuimduur hoger is. De resultaten uit dit

onderzoek zijn niet toereikend om iets te zeggen over die relatie. Toch wil ik, met een hoge mate van voorzichtigheid, de mogelijkheid opwerpen dat de leeftijd niet van invloed is op de psychosociale oorzaken, maar dat het juist invloed heeft op de fysieke oorzaken van verzuim.

Tabel 6. *Invloed van de leeftijd op de constructen*

	Leeftijd		
	< 40 jaar	> 40 jaar	Overschrijdingskans
Werkdruk	2.045	1.856	.141
Invloed op het werk	2.976	3.442	.004
Leidinggevende stijl	3.081	3.125	.836
Relaties	3.742	3.875	.542

Tabel 7 toont aan dat het opleidingsniveau een significante invloed heeft op zowel de werkdruk als de invloed op het werk en de leidinggevende stijl. We zien dat de respondenten die een opleiding op HBO of WO niveau hebben genoten meer waarde hechten aan de stijl van leidinggeven als de respondenten die een opleiding op MBO niveau hebben genoten. Diezelfde groep hoogopgeleiden hecht meer waarde aan het hebben van invloed op het werk dan de laagopgeleide respondenten. Opvallend is dat de respondenten die een opleiding op MBO niveau hebben genoten de werkdruk significant meer als een verzuimoorzaak ervaren dan de respondenten die een opleiding op HBO of WO niveau hebben genoten. Het opleidingsniveau heeft daarentegen geen significante invloed op de relaties.

In het theoretisch kader hebben we gezien dat hoogopgeleiden minder verzuimen dan laagopgeleiden. Deze resultaten zijn te beperkt om dit te bevestigen of te ontcrachten. We zien wel dat de hoogopgeleiden in twee van de drie significante relaties met de constructen hoger scoren dan de laagopgeleiden. Dit impliceert een verhoogd risico op verzuim. Echter doordat de hoogopgeleiden meer kansen hebben op de arbeidsmarkt denk ik dat de hoogopgeleiden minder verzuimen maar juist actiever op zoek zijn naar de werkomstandigheden waarin ze meer energiebronnen en minder werkstrsorsoren ervaren. Dit zou in theorie leiden tot minder verzuim. Laagopgeleiden ervaren de werkdruk meer als een verzuimoorzaak dan hoogopgeleiden. In combinatie met een lage arbeidsmobiliteit onder laagopgeleiden, zou dit leiden tot een verhoogd verzuim onder laagopgeleide respondenten.

Tabel 7. *Invloed van het opleidingsniveau op de constructen*

	Opleidingsniveau		
	MBO	HBO/WO	Overschrijdingskans
Werkdruk	2.167	1.780	.002
Invloed op het werk	3.026	3.389	.029
Leidinggevende stijl	2.692	3.383	.001
Relaties	3.633	3.928	.116

In tabel 8 zien we dat de ervaringsjaren minder impact hebben op de constructen dan bijvoorbeeld het opleidingsniveau. De ervaringsjaren laten wel een significant verband zien met de invloed op het werk. Dit laat zich ook logisch verklaren. De medewerkers met meer ervaringsjaren hebben over het algemeen het gevoel dat ze over meer kennis beschikken en willen die kennis laten meewegen in de beslissingen die op de werkvloer worden genomen.

Tabel 8. Invloed van de ervaringsjaren op de constructen

	Ervaringsjaren		Overschrijdingskans
	< 20 jaar	> 20 jaar	
Werkdruk	2.061	1.835	.076
Invloed op het werk	2.985	3.457	.003
Leidinggevende stijl	3.023	3.173	.479
Relaties	3.737	3.866	.491

Tot slot laat tabel 9 een bijzonder verband zien. De ziektefrequentie laat een significant ($p < .000$) verband zien met de werkdruk. Dit betekent dat de respondenten die in 2010 meer dan een keer per week ziek zijn geweest ook een hoge mate van werkdruk ervaren en werkdruk als een belangrijke oorzaak van verzuim beschouwen.

Tabel 9. Invloed van de ziektefrequentie op de constructen

	Ziektefrequentie		Overschrijdingskans
	Nooit	> 1 keer per week	
Werkdruk	1.803	2.317	.000
Invloed op het werk	3.325	3.118	.294
Leidinggevende stijl	3.223	2.813	.100
Relaties	3.870	3.625	.258

Samenvattend zien we dat de ziektefrequentie de meeste significante invloed heeft op het construct 'werkdruk'. Daarnaast heeft het opleidingsniveau als enige persoonlijke kenmerk invloed op drie constructen: de werkdruk, de stijl van leidinggevenen invloed op het werk. Opvallend is dat de onderzochte persoonlijke kenmerken geen significante invloed hebben op het construct 'relaties'. Ik maak daaruit op dat de ervaring van de kwaliteit van de relaties niet afhankelijk is van de personen met wie de relatie wordt aangegaan, maar van de onderlinge interactie en gedragingen.

4.7 De werkstressoren vs. de energiebronnen

Om de verhouding tussen de werkstressoren en de energiebronnen inzichtelijk te maken, heb ik een variantieanalyse (Field, 2009) uitgevoerd. De resultaten van de variatieanalyse vindt u in tabel 5.

Tabel 10. *Pearson correlatie matrix*⁹

		Correlaties				
		constr_leiding	constr_werkdruk	constr_invloed	constr_relaties	constr_organisatie
constr_leiding	Pearson Correlatie	1	-,555**	,247*	,711**	,220
	Sig. (2-tailed)		,000	,034	,000	,058
	N	75	75	74	74	75
constr_werkdruk	Pearson Correlatie	-,555**	1	-,252*	-,498**	-,059
	Sig. (2-tailed)	,000		,030	,000	,616
	N	75	75	74	74	75
constr_invloed	Pearson Correlatie	,247*	-,252*	1	,172	,170
	Sig. (2-tailed)	,034	,030		,146	,146
	N	74	74	74	73	74
constr_relaties	Pearson Correlatie	,711**	-,498**	,172	1	,289*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,146		,013
	N	74	74	73	74	74
constr_organisatie	Pearson Correlatie	,220	-,059	,170	,289*	1
	Sig. (2-tailed)	,058	,616	,146	,013	
	N	75	75	74	74	76

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uit de bovenstaande tabel kunnen we de relaties tussen de verschillende constructen afleiden. Ik ga zal enkele van deze relaties toelichten. De relatie tussen de leiding en de werkdruk is -.555. Dat betekent een negatieve relatie tussen die twee: hoe meer werkdruk mensen ervaren, hoe minder energie ze krijgen uit de leidinggevende stijl. Dit zou in theorie leiden toe een hoger verzuim. De relatie tussen de werkdruk en de relaties is -.498, oftewel: hoe meer werkdruk mensen ervaren, hoe minder energie ze putten uit de relaties die ze op het werk hebben. Ook dit zou volgens de theorie leiden tot een hoger verzuim. Ook zien we dat met een toename van de leidinggevende stijl, de mate van invloed toeneemt. De relatie tussen deze twee componenten is dus positief en houdt in dat: hoe hoger de stijl van leidinggeven, hoe hoger de mate van invloed op het werk. In theorie zou dit leiden tot een verlaging van het verzuim.

⁹ Bij de interpretatie van de Pearson correlatie matrix geldt de volgende vuistregel: Waardebereik tussen: .81 en 1.00 is een sterk verband; .61 en .80 is een gematigd verband; .41 en .60 is een zwak verband; .21 en .40 is een zeer zwak verband en .00 en .20 is geen verband.

Conclusie en aanbevelingen

Aan het begin van deze scriptie heb ik een drietal vragen gesteld waar ik antwoord op wilde vinden. In het voorgaande hoofdstuk heb ik de onderzoeksresultaten besproken die mij helpen bij de beantwoording van die vragen. Op basis van de antwoorden wil ik enkele aanbevelingen doen met betrekking tot het treffen van maatregelen om het verzuim tegen te gaan. Ik wil nogmaals benadrukken dat ik de aanbevelingen met de nodige voorzichtigheid doe.

De twee werkstressoren die ik heb onderzocht zijn: de werkdruk en de invloed op het werk. De mate waarin werkdruk als een verzuimoorzaak wordt ervaren, wordt beïnvloed door het opleidingsniveau en de ziektefrequentie van de werknemers. Laagopgeleide werknemers zijn, evenals de werknemers met een hogere ziektefrequentie, gevoeliger voor een verhoogde werkdruk. Daarnaast is gebleken dat het hebben van invloed op het werk een belangrijke factor is in het al dan niet verzuimen van werknemers. Vooral de oudere werknemers, de werknemers met veel werkervaring en de hoogopgeleide werknemers hechten veel waarde aan het hebben van invloed op het werk. De werknemers ervaren dat die drie factoren bijdragen aan een hogere mate van kennis en vinden het belangrijk om daar waardering voor te krijgen in vorm van inspraak en invloed.

Daarnaast heb ik twee energiebronnen onderzocht: de stijl van leidinggeven en de relaties. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten veel waarde hechten aan deze energiebronnen. Het bijzondere aan deze energiebronnen is dat ze nauwelijks beïnvloed worden door persoonlijke kenmerken. Enkel het opleidingsniveau heeft significant invloed op de mate waarin de respondenten de stijl van leidinggeven ervaren. Het feit dat deze energiebronnen niet beïnvloed worden door de persoonlijke kenmerken zie ik als een positief gegeven. Ik ben van mening dat factoren, die in hoge mate worden beïnvloed door persoonlijke kenmerken, minder beïnvloedbaar zijn dan factoren die minder of niet beïnvloed worden door de persoonlijke kenmerken.

Bij bestudering van de onderlinge relaties tussen de werkstressoren en de energiebronnen, vind ik bevestiging voor het JD-R model. Tabel 5 toont aan dat bij verhoging van een werkstressor de andere werkstressor toeneemt en de energiebronnen afnemen. Bovendien dalen de werkstressoren bij de toename van een of beide energiebronnen. In theorie zou dit een verlaging van het verzuim tot gevolg hebben, helaas kan ik dat niet met deze resultaten toetsen. De belangrijkste conclusie die ik uit dit onderzoek trek is dat de organisatie en de interpersoonlijke verhoudingen invloed hebben op het verzuim in ziekenhuizen. Dit is in principe een positieve conclusie, omdat dit factoren zijn waarop beleid kan worden gebaseerd om het verzuim te verlagen.

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek wil ik graag enkele aanbevelingen doen. Ik heb al een paar keer gezegd dat de resultaten van dit onderzoek positief zijn in die zin dat zowel de werkstressoren als energiebronnen aanknopingspunten bieden voor interventie maatregelen. Uitgaande van de eerdere constatering dat de energiebronnen als erg belangrijk worden ervaren, lijkt het mij goed om zowel bij het verplegend personeel als de leidinggevende werknemers de kracht van de energiebronnen te maximaliseren. Om dit te bereiken moet het ziekenhuis investeren in de werknemers door het aanbieden van bijvoorbeeld *vaardigheidstrainingen*. Die vaardigheidstrainingen moeten op maat verzorgd worden. Zo kunnen de leidinggevendenden behoefte hebben om vaardigheden te leren om beter om te gaan met bepaalde situaties of om te leren hoe ze de werknemers op immateriële wijze kunnen belonen. Het verplegend personeel kan bijvoorbeeld behoefte hebben aan verdere

ontwikkeling van de communicatieve vaardigheden. Daarnaast kunnen er initiatieven worden genomen om de *sociale cohesie* in het ziekenhuis te vergroten. Hiertoe kunnen initiatieven worden ontplooid om met enige regelmaat aandacht te besteden aan *teambuilding*, dit kan zowel in de formele sfeer (georganiseerde dagen en activiteiten) als in de informele sfeer (vrijdagmiddagborrel). Ook kan in het dagelijks werk meer aandacht besteed worden aan *de kracht van het individu*. Hiermee bedoel ik dat werknemers die zich bezig houden met het maken roosters en het verdelen van de taken, dit zouden moeten doen op basis van de *interesse* en *specialisme* van het verplegend personeel. Als elke individuele medewerker het werk kan doen dat hij of zij interessant vindt en waarin zijn of haar talenten benut worden, zal hij of zij het werk met meer bevoegenheid uitvoeren en minder vatbaar zijn voor de werkstressoren. Dit voorkomt ook de externe arbeidsmobiliteit. Tot slot is het belangrijk om zoveel mogelijk rekening te houden met het privéleven van het verplegend personeel. Zij werken immers op onregelmatige werktijden en moeten daar hun privéleven op aanpassen. Wanneer de werktijden *in overleg* worden bepaald, dan worden deze ook door alle partijen gedragen en worden de onregelmatige werktijden als minder belastend ervaren.

De reflectie

Gedurende dit proces heb ik veel geleerd over de (on)mogelijkheden van onderzoek doen. Daarom wil ik graag zowel procesmatig als inhoudelijk reflecteren.

De onderzoekspopulatie

Eenmaal aan de literatuurstudie begonnen had ik de ambitie om bij het Antonius ziekenhuis onderzoek te doen naar de effectiviteit van verzuimmaatregelen. Ik vond dit ziekenhuis een geschikte onderzoekslocatie omdat er drie verschillende locaties zijn waar veel aandacht besteed wordt aan verzuim. Bovendien is de afgelopen jaren een nieuwe aanpak van verzuim geïmplementeerd. Door de drie locaties te onderzoeken hoopte ik te zien hoe eenzelfde beleid op verschillende locaties een, mogelijk verschillende, uitwerking heeft. Echter blijkt het niet mogelijk om binnen het Antonius onderzoek te doen. Volgens het hoofd personeelszaken hebben er veel onderzoeken plaatsgevonden en zij willen het personeel niet overbelasten met onderzoeken. Bovendien wordt intern regelmatig onderzoek gedaan (o.a. het interne medewerkerstevredenheidsonderzoek) en de interne onderzoeken hebben voorrang.

Na vele telefoontjes en e-mails kwam ik erachter dat het erg lastig is om een enquête uit te zetten binnen een ziekenhuis. Daarom ben ik verder gaan zoeken en kwam ik uit bij V&VN. Na enkele telefoontjes om ze te overtuigen van het nut en de noodzaak, heeft V&VN mij toegezegd om mee te werken. In kader van Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) heb ik de leden niet zelf mogen aanschrijven, maar heeft een medewerker van V&VN dit namens mij gedaan. Ik heb wel kunnen aangeven welke leden ik graag wilde. Zo heb ik de keuze gemaakt voor verplegend personeel in ziekenhuizen, met een spreiding voor het land heen en een mix van leeftijden. Tevens heb ik aangegeven zowel mannen als vrouwen te willen benaderen. Het is erg jammer dat het niet mogelijk was om van te voren een selectie te maken op basis van de ziektefrequentie. In dit onderzoek geeft 61,9% van de respondenten aan in 2010 niet te hebben verzuimd en dit zegt wellicht al iets over de fysieke en psychische gesteldheid van de respondenten.

De onderzoeksmethode

Ik heb al eerder de kanttekeningen gemaakt bij het gebruik van een zelfgemaakte vragenlijst. Daar ik wil nog graag aan toevoegen dat het bij het opstellen van een eigen vragenlijst noodzakelijk is om een plan te hebben hoe je de analyse wilt doen. Zo heb ik achteraf gemerkt dat het beter was geweest om enkele vragen toe te voegen waarbij de antwoorden op minimaal intervalniveau zijn. Hierdoor krijg je veel meer mogelijkheden dan bij een vragenlijst met een veelvoud aan variabelen die op ordinaal niveau zijn gemeten.

De samenwerking

Het werken in een kleine groep beviel goed; ik had voldoende contact met mijn medestudenten en de begeleider. Echter merkte ik al snel dat ik iemand miste om inhoudelijk mee te sparren. Er waren duo's gevormd op basis van inhoudelijke overeenkomsten, deze studenten konden in de onderzoeksfase samenwerken. Uit ervaring weet ik dat dit verlichting geeft in de hoeveelheid werk en de

moeilijkheidsgraad. Ik heb immers enkele keren mijn opzet moeten aanpassen door veranderingen van onderzoekspopulatie en dergelijke. Op dat moment heb ik niet inhoudelijk kunnen overleggen met iemand en dan heb ik afstand moeten nemen om het later weer op te pakken. Doordat de scriptie een individuele opdracht is heb ik geleerd dat het verstandig is om extra tijd in te plannen om tussentijds afstand te kunnen nemen van de opdracht en het bewijst voor mij nogmaals de kracht van samenwerking.

De inhoud

De materie van deze scriptie vind ik erg interessant, omdat het een veelomvattend onderwerp is waar, volgens mij, nog te weinig onderzoek naar gedaan is. Natuurlijk is er erg veel onderzoek gedaan naar het verzuim in het algemeen, maar er is onvoldoende onderzoek gedaan naar deze specifieke doelgroep. Ik geloof dat het onnodig is om de discussie aan te gaan of de verzuimoorzaken voor elke doelgroep werknemers hetzelfde zijn. Het verplegend personeel in ziekenhuizen heeft bijvoorbeeld onregelmatige werktijden, (zware) fysieke belasting en emotionele belasting doordat ze regelmatig geconfronteerd worden met de dood. Dit zijn hele andere omstandigheden dan die waarin een secretaresse met een 9 tot 17 kantoorbaan werkt. De een is niet minder dan de ander, maar de context is anders en daarmee ook de benodigde aanpak. Daarom lijkt het me erg belangrijk om hier verder onderzoek naar te doen. Daar lijkt kwalitatief onderzoek mij het meest geschikt voor. We moeten informatie krijgen over de issues waar deze doelgroep mee geconfronteerd wordt en die informatie is haast onmogelijk te verkrijgen door middel van enquêtes.

Referenties

- Bakker, A., Jonge, J. de, Schaufeli, W. (2003). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, J.C., Boerenboom, M.J. Breteler, J.J.A.H., Theeuwes, J.J.M. (2010). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorg richting 2025*. Advies van het Zorginformatieplatform.
- Casteels, E. & Sneyders, I. (2004). *Ziekteverzuim in relatie tot psychosociale en ergonomische factoren. Een onderzoek in een telecombedrijf*. Licentiescriptie van de Vrije Universiteit Brussel.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag.
Retrieved Oktober 2, 2010, from:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/CC6F3071-309A-4D3C-B42B-2772F4C3F464/0/2009c156pub.pdf>
- Dagevos, J., Gesthuizen, M. (2005). *Arbeidsmobiliteit in goede banen : Oorzaken van baan-en functiewisselingen en gevolgen voor de kenmerken van het werk*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.
- Dirven, H., Lautenbach, H., Sanders, J., Smulders, P. (2010). *Alle hens aan dek. Niet-werkenden in beeld gebracht*. Centraal Bureau voor de statistiek.
Retrieved September 25, 2010, from:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/ED42B475-9338-45F2-9DF6-A37F74130A2E/0/2010tnocbsallehensaandek.pdf>
- Gale, S.F. (2003). *Sickened by the cost of absenteeism, companies look for solutions*. Workforce Management, p. 72.
- Hart, H. 't, Dijk, J.A.G.M. van, Goede, M.P.M. de, Jansen, W. & Teunissen, J. (1998). *Onderzoeksmethoden* Amsterdam/Meppel: Boom.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS. And sex and drugs and rock 'n' roll*. London: Sage publications.
- Lippe, T. van der (2004). *Andere tijden voor werk en prive*. Oratie Universiteit Utrecht.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture: Mappig the Terrain*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Reijnga, F., Vuuren, T. van, Zwinkels, W. (2004). *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector: een inventarisatie en analyse van oorzaken en maatregelen*. TNO Arbeid. Den Haag.
Retrieved Oktober 21, 2010, from:
<http://www.raadwerkinkomen.nl/CmsData/File/Archief/PDF/rapZiekteverzuim.pdf>
- Sociaal Economische Raad (SER). (2009).
Retrieved Oktober 21, 2010, from:
http://www.ser.nl/~media/DB_Deeladviezen/2000%202009/2001/b19240_2%20pdf.ashx
- *Nationale verzuimstatistiek, ziekteverzuim, frequentie en verzuimduur* (2009). CBS.
Retrieved Oktober 21, 2010, from:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70812ned&D1=a&D2=0&D3=4,9,14,1&STB=G1,G2,T&VW=T>

Bijlage 1. De vragenlijst

Onderstaand vindt u de vragenlijst die ik heb gebruikt voor het onderzoek.

Hoe om te gaan met verzuimbeleid?

Deze enquête wordt gebruikt voor een onderzoek naar de beste manieren om met verzuim om te gaan. Het onderzoek is volledig anoniem. Ik vraag u wel enkele persoonlijke kenmerken. Dit om bijvoorbeeld te kunnen vaststellen of er verschillen zijn in resultaten tussen mannen en vrouwen of bepaalde leeftijdsgroepen. Het invullen van de enquête neemt ongeveer 3 minuten in beslag.

Start!

U bent :

Mevr.
Dhr.

In welk jaar bent u geboren?

19 ...

In welke regio werkt u?

Drenthe
Flevoland
Friesland
Gelderland
Groningen
Limburg
Noord Brabant
Noord Holland
Overijssel
Utrecht
Zeeland
Zuid Holland

Wat is uw opleidingsniveau?

MBO niveau 4
MBO niveau 5
HBO
WO

Hoeveel uur werkt u per week?

- 0 - 12
- 12 - 24
- 24 - 36
- Meer dan 36

Hoeveel jaar werkt u in de verpleging?

- 0 - 5
- 5 - 10
- 10 - 15
- 15 - 20
- 20 - 25
- Langer dan 25 jaar

Hoe vaak bent u afgelopen jaar ziek geweest ?

- Nooit
- Wekelijks
- Maandelijks
- Een keer gedurende langere tijd
- Vaker gedurende langere tijd
- Weet niet

Heeft u een chronische aandoening of ziekte?

- Ja
- Nee

Onderstaand volgen enkele vragen over uw werkomstandigheden en de mate waarin u die belangrijk vindt.

	Helemaal geen			Heel veel			Heel onbelangrijk			Heel belangrijk		
Heeft u invloed op uw werktijden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raakt het werk u emotioneel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn er procedures bij ziektemeldingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u invloed op uw vrije dagen en vakanties?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u invloed op de besluiten over uw taken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er vinden vaak reorganisaties plaats.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik binnen dit ziekenhuis wil doorgroeien dan heb ik genoeg mogelijkheden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De leidinggevende belooft mij als ik mijn werk goed doe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Onderstaand enkele vragen waarbij u kunt aangeven in welke mate u ermee eens bent en hoe belangrijk u het vindt .

	Helemaal mee oneens		Helemaal mee eens		Heel onbelangrijk		Heel belangrijk	
Ik ontvang voldoende steun van mijn leidinggevende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb invloed op de beslissingen die over mijn werk genomen worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het gevoel dat sommige werkzaamheden mij opgedrongen worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De werkdruk is momenteel te hoog.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ontvang voldoende steun van mijn leidinggevende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoge werkdruk is voor mij een reden om af en toe te verzuimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als er spanningen op het werk zijn meld ik mij ziek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan goed overweg met mijn collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan goed overweg met mijn leidinggevende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik een vrije dag nodig heb dan meld ik mij wel eens ziek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het belangrijk dat mijn leidinggevende contact met me houdt als ik ziek ben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik ziek ben belt mijn leidinggevende altijd om te vragen hoe het met me gaat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik hoor nooit dat ik mijn werk goed doe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn leidinggevende zegt alleen iets over zaken die niet goed gaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wilt u een rapport age van de uit komst en van de enquet e ont vangen? Vul dan nu uw e-mailadres in!

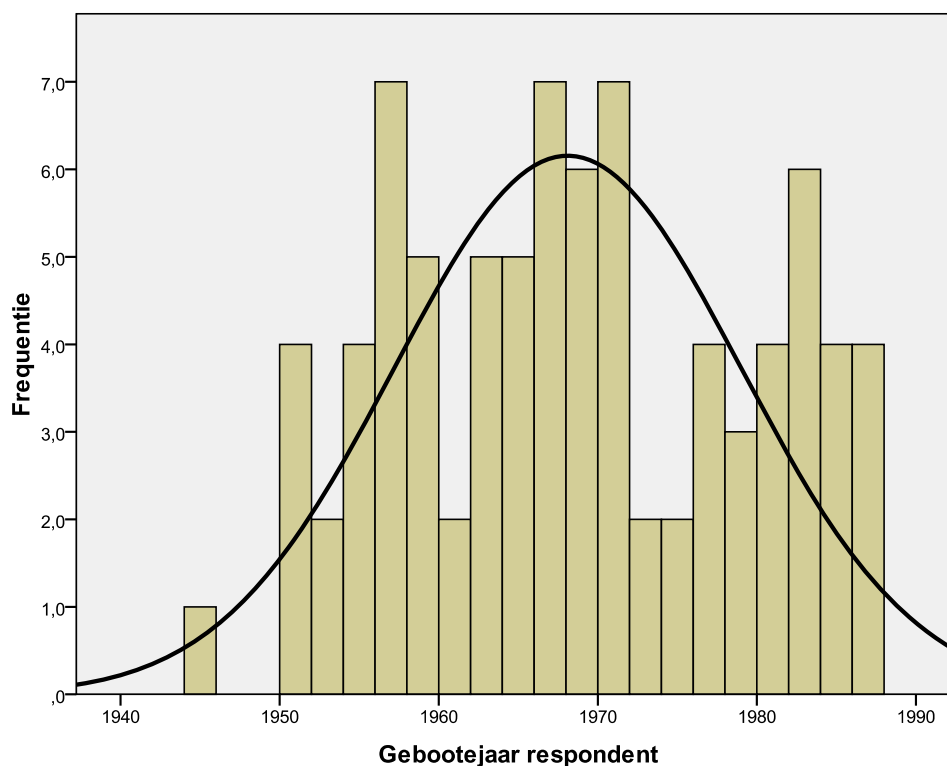
Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!

Bijlage 2. Gebruikte tabellen en figuren

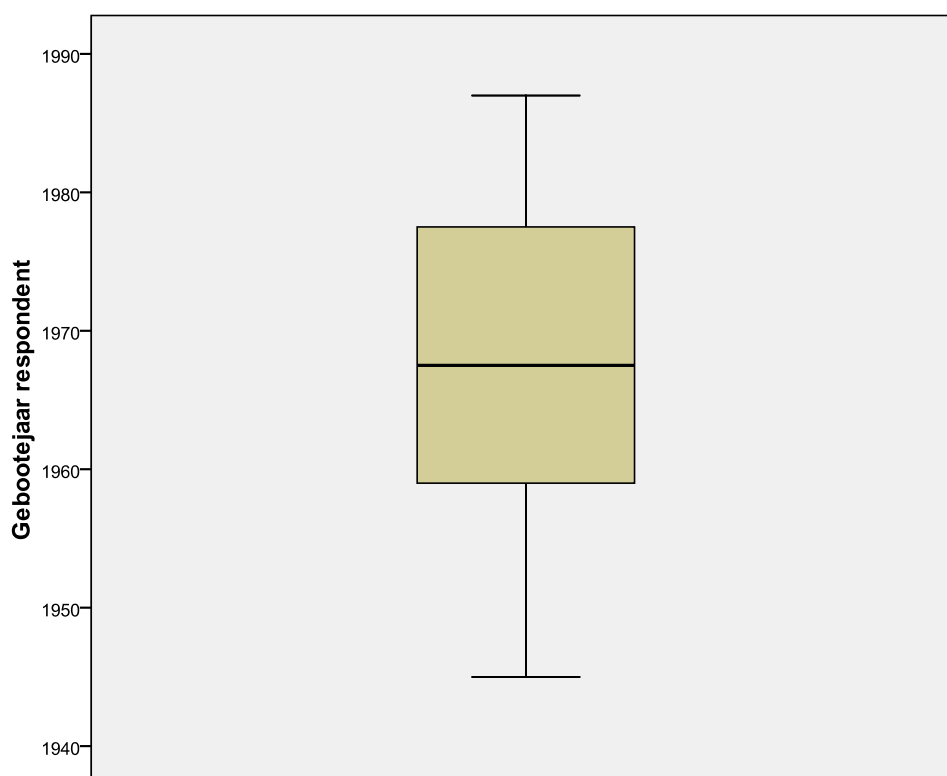
Onderstaand vindt u enkele tabellen en figuren die ik heb gebruikt bij de analyse van de data. Veel van deze tabellen en figuren geven de beschrijvende statistieken weer. Ik ben van mening dat deze tabellen onvoldoende bijdragen aan het grote geheel om ze op te nemen in het hoofdstuk over de resultaten en de analyse.

Tabel 11. *Beschrijvende statistieken van de variabele 'seks'*

Geslacht respondent					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	Vrouw	76	90,5	90,5	90,5
	Man	8	9,5	9,5	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	



Figuur 3. Histogram van het geboortejaar van de respondenten met normaalverdeling.



Figuur 3. Boxplot van het geboortejaar van de respondenten.

Tabel 12. Beschrijvende statistieken van de provincie waar de respondenten werken

Provincie waar respondent werkt					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	Gelderland	1	1,2	1,2	1,2
	Groningen	14	16,7	16,7	17,9
	Limburg	3	3,6	3,6	21,4
	Noord Brabant	65	77,4	77,4	98,8
	Noord Holland	1	1,2	1,2	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 13. Beschrijvende statistieken van de variabele 'opleidingsniveau'

De, door de respondent, hoogst genoten opleiding					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	MBO niveau 4	21	25,0	25,0	25,0
	MBO niveau 5	14	16,7	16,7	41,7
	HBO	47	56,0	56,0	97,6
	WO	2	2,4	2,4	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 14. *Beschrijvende statistieken van de variabele 'gemiddeld aantal werkuren per week'*

Gemiddeld aantal werkuren per week					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	0	1	1,2	1,2	1,2
	12 - 24	24	28,6	28,6	29,8
	24 - 36	56	66,7	66,7	96,4
	> 36	3	3,6	3,6	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 15. *Beschrijvende statistieken van het aantal jaren werkervaring in de verpleging*

Aantal jaren ervaring in de verpleging					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	0 - 5	6	7,1	7,1	7,1
	5 - 10	12	14,3	14,3	21,4
	10 - 15	11	13,1	13,1	34,5
	15 - 20	9	10,7	10,7	45,2
	20 - 25	14	16,7	16,7	61,9
	> 25	32	38,1	38,1	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 16. *Beschrijvende statistieken van de ziektefrequentie in 2010*

Ziektefrequentie van het afgelopen jaar (2010)					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	Nooit	52	61,9	61,9	61,9
	Maandelijks	1	1,2	1,2	63,1
	Een keer gedurende langere tijd	21	25,0	25,0	88,1
	Vaker gedurende langere tijd	2	2,4	2,4	90,5
	Weet niet	8	9,5	9,5	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 17. *Beschrijvende statistieken van het al dan niet hebben van een chronische aandoening*

Respondent heeft al dan niet een chronische aandoening					
		Frequentie	Percentage	Valide Percentage	Cumulatieve Percentage
Valide	Ja	10	11,9	11,9	11,9
	Nee	74	88,1	88,1	100,0
	Totaal	84	100,0	100,0	

Tabel 18. *Beschrijvende statistieken van invloed leeftijd op constructen*

		Descriptives								
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
						Lower Bound	Upper Bound			
constr_leiding	tot 40	31	3,0806	,89300	,16039	2,7531	3,4082	1,50	5,00	
	vanaf 40	44	3,1250	,91895	,13854	2,8456	3,4044	1,00	5,00	
	Total	75	3,1067	,90249	,10421	2,8990	3,3143	1,00	5,00	
constr_werkdruk	tot 40	31	2,0452	,61038	,10963	1,8213	2,2690	1,20	3,80	
	vanaf 40	44	1,8564	,48768	,07352	1,7082	2,0047	1,00	3,40	
	Total	75	1,9344	,54589	,06303	1,8088	2,0600	1,00	3,80	
constr_invloed	tot 40	31	2,9758	,64664	,11614	2,7386	3,2130	1,50	4,25	
	vanaf 40	43	3,4419	,68321	,10419	3,2316	3,6521	2,25	5,00	
	Total	74	3,2466	,70285	,08170	3,0838	3,4095	1,50	5,00	
constr_relaties	tot 40	31	3,7419	,79563	,14290	3,4501	4,0338	1,00	5,00	
	vanaf 40	43	3,8566	,79231	,12083	3,6128	4,1004	2,00	5,00	
	Total	74	3,8086	,79030	,09187	3,6255	3,9917	1,00	5,00	
constr_organisatie	tot 40	32	3,5443	,53964	,09540	3,3497	3,7388	1,75	4,50	
	vanaf 40	44	3,6686	,67998	,10251	3,4618	3,8753	1,75	5,00	
	Total	76	3,6162	,62392	,07157	3,4737	3,7588	1,75	5,00	

Tabel 19. *ANOVA-tabel van invloed leeftijd op constructen*

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
constr_leiding	Between Groups	,036	1	,036	,043	,836
	Within Groups	60,236	73	,825		
	Total	60,272	74			
constr_werkdruk	Between Groups	,648	1	,648	2,209	,141
	Within Groups	21,404	73	,293		
	Total	22,051	74			
constr_invloed	Between Groups	3,913	1	3,913	8,763	,004
	Within Groups	32,149	72	,447		
	Total	36,062	73			
constr_relaties	Between Groups	,237	1	,237	,376	,542
	Within Groups	45,357	72	,630		
	Total	45,593	73			
constr_organisatie	Between Groups	,286	1	,286	,733	,395
	Within Groups	28,909	74	,391		
	Total	29,196	75			

Tabel 20. *Beschrijvende statistieken van invloed opleiding op constructen*

		Descriptives								
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
						Lower Bound	Upper Bound			
constr_leiding	mbo	30	2,6917	,78148	,14268	2,3999	2,9835	1,00	4,25	
	hbo/wo	45	3,3833	,87840	,13094	3,1194	3,6472	1,50	5,00	
	Total	75	3,1067	,90249	,10421	2,8990	3,3143	1,00	5,00	
constr_werkdruk	mbo	30	2,1667	,58976	,10767	1,9464	2,3869	1,20	3,40	
	hbo/wo	45	1,7796	,45896	,06842	1,6417	1,9175	1,00	3,80	
	Total	75	1,9344	,54589	,06303	1,8088	2,0600	1,00	3,80	
constr_invloed	mbo	29	3,0259	,76282	,14165	2,7357	3,3160	1,50	4,50	
	hbo/wo	45	3,3889	,62965	,09386	3,1997	3,5781	2,25	5,00	
	Total	74	3,2466	,70285	,08170	3,0838	3,4095	1,50	5,00	
constr_relaties	mbo	30	3,6333	,63938	,11674	3,3946	3,8721	2,33	5,00	
	hbo/wo	44	3,9280	,86520	,13043	3,6650	4,1911	1,00	5,00	
	Total	74	3,8086	,79030	,09187	3,6255	3,9917	1,00	5,00	
constr_organisatie	mbo	30	3,5611	,79568	,14527	3,2640	3,8582	1,75	5,00	
	hbo/wo	46	3,6522	,48728	,07185	3,5075	3,7969	2,75	4,75	
	Total	76	3,6162	,62392	,07157	3,4737	3,7588	1,75	5,00	

Tabel 21. *ANOVA-tabel van invloed opleiding op constructen*

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
constr_leiding	Between Groups	8,611	1	8,611	12,168	,001
	Within Groups	51,660	73	,708		
	Total	60,272	74			
constr_werkdruk	Between Groups	2,696	1	2,696	10,170	,002
	Within Groups	19,355	73	,265		
	Total	22,051	74			
constr_invloed	Between Groups	2,324	1	2,324	4,960	,029
	Within Groups	33,738	72	,469		
	Total	36,062	73			
constr_relaties	Between Groups	1,549	1	1,549	2,532	,116
	Within Groups	44,044	72	,612		
	Total	45,593	73			
constr_organisatie	Between Groups	,151	1	,151	,384	,538
	Within Groups	29,045	74	,392		
	Total	29,196	75			

Tabel 22. Beschrijvende statistieken van invloed ervaringsjaren op constructen

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
constr_leiding	<20	33	3,0227	,87134	,15168	2,7138	3,3317	1,50	5,00
	>=20	42	3,1726	,93131	,14370	2,8824	3,4628	1,00	5,00
	Total	75	3,1067	,90249	,10421	2,8990	3,3143	1,00	5,00
constr_werkdruk	<20	33	2,0606	,58627	,10206	1,8527	2,2685	1,40	3,80
	>=20	42	1,8353	,49669	,07664	1,6805	1,9901	1,00	3,40
	Total	75	1,9344	,54589	,06303	1,8088	2,0600	1,00	3,80
constr_invloed	<20	33	2,9848	,65532	,11408	2,7525	3,2172	1,50	4,25
	>=20	41	3,4573	,67524	,10545	3,2442	3,6704	2,25	5,00
	Total	74	3,2466	,70285	,08170	3,0838	3,4095	1,50	5,00
constr_relaties	<20	33	3,7374	,80151	,13952	3,4532	4,0216	1,00	5,00
	>=20	41	3,8659	,78636	,12281	3,6176	4,1141	2,00	5,00
	Total	74	3,8086	,79030	,09187	3,6255	3,9917	1,00	5,00
constr_organisatie	<20	34	3,5490	,53855	,09236	3,3611	3,7369	1,75	4,50
	>=20	42	3,6706	,68693	,10599	3,4566	3,8847	1,75	5,00
	Total	76	3,6162	,62392	,07157	3,4737	3,7588	1,75	5,00

Tabel 23. ANOVA-tabel van invloed ervaringsjaren op constructen

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
constr_leiding	Between Groups	,415	1	,415	,506	,479
	Within Groups	59,856	73	,820		
	Total	60,272	74			
constr_werkdruk	Between Groups	,938	1	,938	3,243	,076
	Within Groups	21,113	73	,289		
	Total	22,051	74			
constr_invloed	Between Groups	4,081	1	4,081	9,189	,003
	Within Groups	31,980	72	,444		
	Total	36,062	73			
constr_relaties	Between Groups	,302	1	,302	,480	,491
	Within Groups	45,292	72	,629		
	Total	45,593	73			
constr_organisatie	Between Groups	,278	1	,278	,711	,402
	Within Groups	28,918	74	,391		
	Total	29,196	75			

Tabel 24. Beschrijvende statistieken van invloed ziektefrequentie op constructen

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
constr_leiding	nooit ziek	47	3,2234	,82626	,12052	2,9808	3,4660	1,50	5,00
	vanaf 1x per week ziek	20	2,8125	1,12354	,25123	2,2867	3,3383	1,00	5,00
	Total	67	3,1007	,93547	,11429	2,8726	3,3289	1,00	5,00
constr_werkdruk	nooit ziek	47	1,8032	,40545	,05914	1,6841	1,9222	1,20	3,20
	vanaf 1x per week ziek	20	2,3167	,67534	,15101	2,0006	2,6327	1,40	3,80
	Total	67	1,9565	,54947	,06713	1,8224	2,0905	1,20	3,80
constr_invloed	nooit ziek	47	3,3245	,66740	,09735	3,1285	3,5204	2,25	5,00
	vanaf 1x per week ziek	19	3,1184	,82651	,18961	2,7201	3,5168	1,50	4,50
	Total	66	3,2652	,71640	,08818	3,0890	3,4413	1,50	5,00
constr_relaties	nooit ziek	46	3,8696	,63139	,09309	3,6821	4,0571	2,33	5,00
	vanaf 1x per week ziek	20	3,6250	1,10007	,24598	3,1101	4,1399	1,00	5,00
	Total	66	3,7955	,80160	,09867	3,5984	3,9925	1,00	5,00
constr_organisatie	nooit ziek	47	3,5851	,58578	,08545	3,4131	3,7571	1,75	4,75
	vanaf 1x per week ziek	21	3,7698	,76780	,16755	3,4203	4,1193	1,75	5,00
	Total	68	3,6422	,64727	,07849	3,4855	3,7988	1,75	5,00

Tabel 25. ANOVA-tabel van invloed ziektefrequentie op constructen

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
constr_leiding	Between Groups	2,369	1	2,369	2,780	,100
	Within Groups	55,389	65	,852		
	Total	57,757	66			
constr_werkdruk	Between Groups	3,699	1	3,699	14,817	,000
	Within Groups	16,228	65	,250		
	Total	19,927	66			
constr_invloed	Between Groups	,574	1	,574	1,121	,294
	Within Groups	32,785	64	,512		
	Total	33,360	65			
constr_relaties	Between Groups	,834	1	,834	1,304	,258
	Within Groups	40,933	64	,640		
	Total	41,766	65			
constr_organisatie	Between Groups	,495	1	,495	1,186	,280
	Within Groups	27,575	66	,418		
	Total	28,070	67			