



**VERKENNEND ONDERZOEK NAAR TOEPASSING  
VAN DE WAI IN DE ZORGSECTOR**

Uitgevoerd in opdracht van Blik op Werk en het CAOP.  
Gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

P08/473

5 september 2008

Willeke E. van der Weide, *AStri*  
Bart C.H. de Zwart, *AStri*  
Erica E.M. Maurits, *AStri*

Bureau *AStri*  
Stationsweg 26  
2312 AV Leiden

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



## INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
	1.1 Aanleiding	5
	1.2 Verkenningsfase	6
	1.3 Onderdelen van het onderzoek	7
	1.4 Leeswijzer	7
<b>2</b>	<b>ONDERZOEKSMETHODE</b>	<b>9</b>
	2.1 Literatuuronderzoek	9
	2.2 Internetenquête	9
	2.3 Interviews cases	10
	2.4 Interviews deskundigen	11
<b>3</b>	<b>INTERNATIONALE LITERATUUR WAI IN DE ZORGSECTOR</b>	<b>13</b>
	3.1 Inleiding	13
	3.2 Validiteit van de WAI in de zorgsector	14
	3.3 Persoons- en werkgebonden factoren	14
	3.4 Invoeringsproces	17
	3.5 Effecten van interventies	19
	3.6 Conclusies	20
<b>4</b>	<b>INTERNETENQUÊTE</b>	<b>23</b>
	4.1 Inleiding	23
	4.2 Kenmerken organisaties	23
	4.3 Noodzaak duurzaam inzetbaarheidsbeleid	24
	4.4 Stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid	25
	4.5 Ondersteuningsbehoeften	26
	4.6 Gebruik instrumenten	27
	4.7 Work Ability Index	27
	4.8 Conclusies	27
<b>5</b>	<b>INTERVIEWS ZORGORGANISATIES</b>	<b>29</b>
	5.1 Inleiding	29
	5.2 Informatiekanalen	29
	5.3 Kader waarin WAI wordt toegepast	29
	5.4 Werkwijze	30
	5.5 Het instrument	32
	5.6 Effecten van toepassing WAI	33
	5.7 Conclusies	33

<b>6</b>	<b>INTERVIEWS DESKUNDIGEN</b>	<b>35</b>
6.1	Inleiding	35
6.2	Visie van dienstverleners	35
6.3	De zorgsector als 'markt voor de WAI'	36
6.4	Stand van zaken	37
6.5	Conclusies	37
<b>7</b>	<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>39</b>
7.1	Inleiding	39
7.2	Stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid in de zorgsector	39
7.3	Toepassing WAI in de zorgsector	41
7.4	Randvoorwaarden en draagvlak voor implementatie WAI in de zorgsector	42
7.5	Promotie en infrastructuur voor implementatie WAI in de zorgsector	43
7.6	Aanbevelingen	44
<b>8</b>	<b>LITERATUUR</b>	<b>45</b>
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>GEÏNTERVIEWDE PERSONEN PER ZORGORGANISATIE</b>	<b>49</b>
<b>BIJLAGE 2</b>	<b>GEÏNTERVIEWDE DESKUNDIGEN</b>	<b>51</b>
<b>BIJLAGE 3</b>	<b>INTERNATIONALE STUDIES</b>	<b>53</b>

## 1 INLEIDING

### 1.1 Aanleiding

#### *Arbeidsmarkt in de zorgsector*

Wil Nederland het huidige hoge niveau van zorg behouden, dan moet er een antwoord komen op de groeiende vraag naar gekwalificeerd personeel in de zorgsector. Het kabinet beoogt dat antwoord te geven met het actieplan 'Werken aan de zorg'<sup>1</sup>. Omdat alle betrokken partijen op verschillende fronten tegelijk in actie moeten komen, bevat het actieplan drie sporen:

- I Innovatie van zorgprocessen
- II Investeren in behoud van personeel
- III Vergroten van de instroom van nieuw personeel

Het tweede spoor vraagt om een duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen zorginstellingen. Om dit beleid vorm te geven kunnen verschillende instrumenten worden ingezet. Een van die instrumenten is de Work Ability Index (WAI).

#### *Work Ability Index*

Met de korte vragenlijst, de Work Ability Index (WAI), is het werkvermogen van werknemers eenvoudig en snel in kaart te brengen en uit te drukken in een getal. Het instrument, ontwikkeld aan het Finnish Institute of Occupational Health, is wetenschappelijk onderbouwd en heeft een voorspellende waarde voor een verminderd werkvermogen in de toekomst. De WAI is op zowel individueel als groepsniveau toepasbaar voor het 'screenen' van werknemers met een verminderd werkvermogen. De uitkomsten van het instrument vormen de basis voor vervolgonderzoek en interventies op individueel of groepsniveau.

Het instrument werkt op het raakvlak van gezondheids-, arbo- en personeelsmanagement en stimuleert de ontwikkeling en invoering van een integraal duurzaam inzetbaarheidsbeleid.

#### *Invoering WAI in de zorgsector*

De WAI is gedurende de afgelopen jaren in verschillende organisaties en sectoren ingezet bij de ontwikkeling en invoering van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid. De WAI kan ook een rol spelen bij verbetering van de duurzame inzetbaarheid

---

<sup>1</sup> *Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

van medewerkers in de zorgsector. Daarmee kan worden voldaan aan een van de wensen van het huidige kabinet.

#### *Verkennd onderzoek en rapportage*

Met subsidie van het ministerie van VWS verkennen het CAOP en Blik op Werk de mogelijke rol van de WAI bij het stimuleren van duurzame inzetbaarheid in de zorgsector. Ook brengen zij de benodigdheden en randvoorwaarden in kaart voor een brede invoering van de WAI in deze sector.

In dit rapport zijn de activiteiten beschreven die *AStri* in opdracht van Blik op Werk en het CAOP heeft uitgevoerd. De resultaten dienen mede als input voor de *invitational conference* op 11 september 2008, die de afsluiting vormt van de gehele verkenning.

## 1.2 Verkenningsfase

#### *Centrale doelstelling*

De centrale doelstelling van deze verkenningfase luidt:

- in kaart brengen of de inzet van het instrument WAI de ontwikkeling van duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen zorginstellingen kan bevorderen;
- inzicht bieden in de activiteiten die hiervoor nodig zijn.

Deze centrale doelstelling is vertaald in subdoelstellingen. Voor de deelonderzoeken luiden die als volgt:

#### 1. *Quick scan van de stand van zaken van duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen zorginstellingen en van de behoefte aan instrumentele ondersteuning.*

We brengen in beeld hoe ver de sector nu is met het organisatorisch en operationeel uitwerken van duurzaam inzetbaarheidsbeleid:

- Welke activiteiten heeft men ondernomen?
- Waar loopt men tegenaan?
- Welke instrumenten zet men in ter ondersteuning?
- Welke rol speelt de WAI daarbij?

#### 2. *Inventariseren van de huidige toepassingen van de WAI in de zorgsector.*

De verkenningsfase levert een beeld van de ervaringen met de WAI in de zorgsector:

- Hoe vaak en op welke wijze passen zorginstellingen de WAI toe?
- Wat zijn de resultaten van de toepassing en waar loopt men tegenaan?

3. *Inzicht verkrijgen in randvoorwaarden en draagvlak voor een succesvolle brede invoering van de WAI in de zorg.*

Om de WAI succesvol te kunnen invoeren is draagvlak nodig onder betrokkenen op verschillende niveaus:

- Is dit draagvlak aanwezig?
- Hoe is het draagvlak verder te verbreden?

4. *Inzicht verkrijgen in de wijze waarop de WAI in de zorg meer promotie kan krijgen en hoe het instrument is in te passen in de bestaande infrastructuur.*

De verkenning geeft antwoord op de volgende vragen:

- Wat is de meest effectieve manier om de WAI binnen de zorg in te voeren?
- Hoe zijn deze activiteiten in te passen en te faciliteren binnen de bestaande infrastructurele kaders?

### 1.3 Onderdelen van het onderzoek

#### *Activiteiten*

Om de (sub)doelstellingen van de verkenning te kunnen realiseren, zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- internationale verkenning WAI in de zorg door literatuuronderzoek (doelstelling 2);
- internetenquête duurzaam inzetbaarheidsbeleid zorginstellingen (doelstellingen 1 en 2);
- interviews voor casebeschrijvingen WAI in de zorg (doelstelling 2);
- interviews met WAI-deskundigen in de zorg (doelstellingen 2, 3 en 4).

Dit rapport doet verslag van deze vier deelactiviteiten.

### 1.4 Leeswijzer

#### *Indeling*

In *hoofdstuk 2* is de onderzoeksmethode beschreven.

In de *hoofdstukken 3 tot en met 6* staan de resultaten per uitgevoerde deelactiviteit.

In *hoofdstuk 7* presenteren we de belangrijkste conclusies en aanbevelingen over de stand van zaken in de zorgsector en de randvoorwaarden voor de toepassing van de WAI, op basis van deze deelonderzoeken.





## 2 ONDERZOEKSMETHODE

### 2.1 Literatuuronderzoek

#### *Methodes*

De WAI is inmiddels in ruim 20 talen vertaald en wordt toegepast in meer dan 30 landen in diverse settings. De ervaringen met het instrument in de zorgsector in het buitenland kunnen zinvol zijn voor de toepassing in de Nederlandse zorgsector. In deze verkenning is zowel gezocht naar de wetenschappelijke als de 'grijze' literatuur. We hebben ons netwerk in Finland en Duitsland benaderd en gezocht via gerichte zoekopdrachten op internet, de index Google scholar en het wetenschappelijke databestand PubMed.

Tevens hebben we gebruik gemaakt van het literatuurbestand over de WAI in de zorg dat de Erasmus Universiteit beschikbaar stelde.

De 29 studies die we uiteindelijk hebben gebruikt (zie de literatuurlijst) zijn veelal wetenschappelijke studies naar de samenhang tussen werkvermogen (WAI-scores) en diverse persoons- en werkgebonden factoren.

Daarnaast vonden we een klein aantal (semi-)wetenschappelijke publicaties en andere documenten over de invoering van de WAI in de zorgsector en over de effectiviteit van interventies op het werkvermogen.

### 2.2 Internetenquête

#### *Methodes*

AStri heeft voor de verzending van de internetenquête een bestand gebruikt van 420 e-mailadressen van personeelsfunctionarissen van zorgorganisaties. De basis van dit bestand was het adressenbestand van Prismant: een groot aantal e-mailadressen van werkgevers in de zorgsector, gebruikt in het kader van de Werkgeversenquête van begin 2008. We hebben hier e-mailadressen uit de netwerken van Blik op Werk en het CAOP aan toegevoegd, waarbij gecontroleerd is op dubbelingen in adresseringen.

Het CAOP heeft de e-mailbrief ondertekend.

Na twee weken is een herinneringsmail verstuurd en na nog eens acht dagen is een laatste oproep gedaan om de enquête in te vullen.

#### *Respons*

Uiteindelijk zijn 191 enquêtes geretourneerd, een respons van 46%.

Zeven respondenten zijn al na een of enkele vragen afgehaakt; deze organisaties

zijn buiten het onderzoek gehouden. Het betreft twee ziekenhuizen, twee verpleeg- en verzorgingshuizen, een GGZ-instelling, een organisatie uit de gehandicaptenzorg en een 'overige zorg'-organisatie. De nettorespons komt daarmee op 44% (n = 184).

## 2.3 Interviews cases

### *Methodie*

Doelstelling was om interviews te houden bij zorginstellingen die al vergevorderde ervaring hebben met de WAI. In de praktijk bleek echter al snel dat er nog maar weinig zorgorganisaties zijn die de WAI al geheel hebben ingevoerd. In overleg met de opdrachtgever is er toen voor gekozen om ook een aantal organisaties te interviewen die beperkte ervaring met de WAI hebben opgedaan, of zich nog in de verkennende fase bevinden. Hiertoe is besloten om inzicht te verkrijgen in de randvoorwaarden voor een goede invoering van de WAI.

Via de groep deskundigen, contacten van het CAOP en van Blik op Werk, zijn vervolgens de organisaties geselecteerd voor de interviews. In totaal zijn gesprekken gevoerd met dertien zorgorganisaties. In bijlage 1 zijn de organisaties en respondenten opgenomen. De geïnterviewde zorgorganisaties hebben de volgende kenmerken (tabel 2.1).

**Tabel 2.1 Kenmerken geïnterviewde zorgorganisaties**

Soort zorgorganisatie	Doelgroep/fase toepassing WAI
▪ Thuiszorgorganisatie	Doelgroep uitvoerenden, afgerond.
▪ Ouderenzorg	Medewerkers van 50 jaar en ouder, afgerond.
▪ Ziekenhuis	Pilot op twee afdelingen, afgerond.
▪ GGZ-instelling	Pilot bij 2.100 medewerkers, afgerond (onderzoekstraject).
▪ Laboratoria	Hele organisatie, afrondingsfase.
▪ Ziekenhuis	Bij twee afdelingen, bottom-up vormgegeven, afrondingsfase.
▪ Ziekenhuis	Bij twee afdelingen (laboratoria), afrondingsfase.
▪ Ziekenhuis	Pilot op twee afdelingen, in uitvoeringsfase
▪ GGZ	Pilot op twee afdelingen, in uitvoeringsfase
▪ Ziekenhuis	Voortraject met vijf ziekenhuizen
▪ Zorggroep	Voortraject
▪ Ziekenhuis	Voortraject
▪ Ziekenhuis	Voortraject

## 2.4 Interviews deskundigen

### *Methodes*

Bij de zoektocht naar deskundigen, werkzaam als dienstverlener, onderzoeker etc., die bereid waren over hun ervaringen te vertellen, bleken slechts weinigen concrete ervaring te hebben met de WAI in de zorgsector. Van de deskundigen die aangaven binnen de zorgsector actief te zijn, hebben we er acht geïnterviewd (zie bijlage 2 voor de namen van de geïnterviewde deskundigen).



### 3 INTERNATIONALE LITERATUUR WAI IN DE ZORGSECTOR

#### 3.1 Inleiding

##### *Internationale toepassing*

In verschillende landen past de zorgsector de WAI toe. De grootste verzameling WAI-data uit de zorgsector is ontleend aan het NEXT-onderzoek, de Nurses Early Exit Study (Hasselhorn, Müller & Tackenberg, 2005), een tweejarig onderzoek dat in 2002 van start ging. Centraal in dit onderzoek staan de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van het vroegtijdig verlaten van het beroep van verpleegkundige of verzorgende. De WAI was een van de vijf gebruikte instrumenten voor dataverzameling.

De opbrengsten van het onderzoek zijn cross-sectionele data van in totaal 56.406 respondenten en longitudinale data van 18.796 verpleegkundigen en verzorgenden afkomstig uit tien Europese landen: België, Duitsland, Finland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Italië, Noorwegen, Nederland, Polen en Slowakije.

##### *WAI-scores in het NEXT-onderzoek*

De gemiddelde WAI-scores bleken vrij hoog te liggen: slechts 3,5% van de respondenten had een slechte WAI-score, 19,5% een matige, 49,1% een goede en 25,4% een uitstekende score.

Nederland scoort relatief hoog, met: 2,4% van de respondenten een slechte WAI-score, 4,5% een matige, 53,7% een goede en 39,5% een uitstekende score (Van der Schoot en Van der Heijden, 2003). Ook Finland en Noorwegen scoren goed; Duitsland, Frankrijk en Polen scoren relatief slecht.

Op basis van de data uit het NEXT-onderzoek zijn in de loop van de jaren veel publicaties verschenen, met diverse subpopulaties en verschillende onderzoeksvragen.

Ook in andere landen, zoals Zweden, Oekraïne, Bosnië-Herzegovina, Brazilië en Taiwan, is de WAI onderzocht. Het instrument heeft binnen de zorgsector dus inderdaad wereldwijd de aandacht. De bekende studies zijn wel veelal vanuit wetenschappelijk oogpunt ingestoken.

Hierna gaan we eerst in op een studie naar de validiteit van de WAI in de zorgsector. De meeste aandacht in de literatuur gaat uit naar de determinanten van de WAI; dit komt aan bod in paragraaf 3.3. Vervolgens bespreken we de literatuur over de invoering van de WAI (3.4) en de effecten van ingezette interventies (3.5). In de afsluitende paragraaf geven we de conclusies die relevant zijn voor de Nederlandse situatie.

## 3.2 Validiteit van de WAI in de zorgsector

### *Technische kwaliteiten WAI*

Radkiewicz en Widerszal-Bazyl (2005) hebben op basis van de NEXT-data onderzocht in hoeverre de WAI in de professionele zorgverlening een valide, betrouwbaar en universeel instrument kan zijn om werkvermogen te meten. De algemene betrouwbaarheid van het instrument is gemeten met Cronbach's alpha en betreft 0.72, wat als bevredigend te beschouwen is. Dit geldt ook voor de afzonderlijke landen, met uitzondering van Slowakije. Bij de Slowaakse steekproef is de betrouwbaarheid lager, namelijk 0.54.

Het item 'ziekteverzuim gedurende het afgelopen jaar' heeft een laag discriminerend vermogen en hangt slechts zwak samen met de algemene WAI-score.

Uit de factoranalyse komt naar voren dat er sprake is van een tweefactorstructuur. De eerste factor is de subjectieve component van werkvermogen en de tweede factor de objectieve component.

De constructvaliditeit van het instrument is hoog; dat wil zeggen dat de uitkomst sterk samenhangt met andere maten van fysieke en mentale gezondheid van werknemers.

De onderzoekers concluderen dat de WAI over een groot voorspellend vermogen beschikt voor het toekomstige werkvermogen en crossnationaal stabiel is.

## 3.3 Persoons- en werkgebonden factoren

### *Factoren*

Het is interessant om in de literatuur na te gaan welke factoren gerelateerd zijn aan de score op de Work Ability Index. Met deze informatie kunnen betrokkenen (zowel medewerkers zelf als leidinggevende en bedrijfsarts of arbo-adviseur) alert zijn en eerder inspelen op de situatie. Bijvoorbeeld door arbeidsomstandigheden aan te passen, of bepaalde individueel gerichte interventies aan te bieden.

De beschikbare studies zijn veelal cross-sectioneel van aard. Dit houdt in dat de mogelijke oorzaak (determinant) en het gevolg (de WAI-score) op hetzelfde moment gemeten worden. Er kan hierbij dus geen causaal verband worden vastgesteld. In enkele gevallen is er sprake van longitudinaal onderzoek. Zie hiervoor tabel 3.1 (bijlage 3). Daarin zijn ook de factoren benoemd die onderzocht zijn in de diverse studies en waarbij een relatie met het werkvermogen (WAI-score) is aangetoond. De belangrijkste onderzoeksresultaten volgen hierna.

### *Leeftijd, sekse en opleidingsniveau*

Uit diverse studies is gebleken dat het werkvermogen met de leeftijd afneemt (Conway et al., 2008; Camerino et al., 2006; TNO, 2006 Nachiappan et al., 2005). Echter, veelal blijkt dat het werkvermogen niet lineair met de leeftijd afneemt, maar dat er sprake is van een sterkere daling vanaf een bepaalde leeftijd. De onderzoeken zijn niet eensluidend over deze leeftijdsgrens.

Volgens Conway et al. (2008) hebben werknemers boven de 45 jaar een grotere kans op een slechte of matige WAI-score. Ook Chiu et al. (2007) spreken over een afname van het werkvermogen vanaf het 45<sup>e</sup> levensjaar. Deze onderzoekers melden tevens dat de WAI-score tot aan deze leeftijd stijgt.

Binnen het TNO-onderzoek (2006) onderscheiden werknemers van 52 jaar en ouder zich wat betreft hun (lagere) WAI-score. Pohjonen (2001) spreekt over een gefaseerde daling. Tussen de 40 en 44 vindt er een eerste sterke daling van de WAI-score plaats en van een tweede, sterkere, daling is sprake na het 55<sup>e</sup> levensjaar.

In één onderzoek (Fischer et al., 2006), in Brazilië, werd een afwijkend patroon gevonden (lagere leeftijd, lagere WAI). De onderzoekers verklaren dit met het 'healthy worker effect'<sup>2</sup>, maar dat is in de andere cross-sectionele onderzoeken niet terug te vinden.

Ook andere factoren dan leeftijd beïnvloeden de afname van het werkvermogen: in twee studies is gevonden dat fysieke belasting, noodzaak tot het aannemen van oncomfortabele houdingen en onzekerheid over de behandeling van patiënten, gerelateerd zijn aan een sterkere afname van het werkvermogen (Chiu et al., 2007; Estry-Behar et al., 2005).

Drie onderzoeksrapporten melden dat mannen hoger scoren op de WAI dan vrouwen (Rotenberg et al., 2008; Costa, 2005; Camerino et al., 2003). In het onderzoek van TNO (2006) komt naar voren dat de WAI-score niet samenhangt met het geslacht. Dit betreft echter een specifieke onderzoeksgroep; zorgaanbieders in de verslavingszorg en psychiatrie. Uit dit onderzoek blijkt tevens dat opleidingsniveau positief samenhangt met de WAI-score. Dit komt verder alleen terug in de Braziliaanse studie onder werknemers in de sector *public health* (Monteiro et al., 2006).

### *Gezondheid*

Ook factoren gerelateerd aan de gezondheid spelen een rol bij de hoogte van het werkvermogen: ervaren en door een arts vastgestelde gezondheidsproblemen,

---

<sup>2</sup> Een vertekend beeld ontstaat doordat gezonde mensen blijven werken en minder gezonde mensen vaak eerder stoppen met werken (vrijwillig of gedwongen).

stress, ervaren burn-out, hoog BMI, zwaarlijvigheid, slaapproblemen, vermoeidheid, slechte fysieke fitheid, aandoeningen aan spieren of botten en psychosomatische symptomen zijn in verschillende studies aan lagere WAI-scores gerelateerd (Chiu et al., 2007; Fischer et al., 2006; Costa, 2005; Nachiappan et al., 2005; Camerino et al., 2003; Pohjonen, 2001; Pohjonen, 2001a).

Goede slaapkwaliteit en -kwantiteit en gunstige psychosociale factoren zijn voorspellend voor een beter werkvermogen na een jaar (Camerino et al., 2008).

#### *Commitment en zingeving*

Uit twee onderzoeken komt naar voren dat 'overcommitment' (te grote betrokkenheid) samenhangt met een lagere WAI-score (Conway et al., 2008; Camerino et al., 2005). Volgens Camerino et al. geldt dit echter uitsluitend voor oudere verpleegkundigen; bij jongere verpleegkundigen hangt weinig zingeving binnen het werk samen met lagere WAI-scores.

#### *Goede werkomstandigheden*

Kwaliteit en veiligheid van de werkomgeving zijn positief gerelateerd aan de WAI-score. Ook vrijetijdsmanagement zorgt voor een beter werkvermogen (Chiu et al., 2007).

Werkfactoren die lagere WAI-scores geven zijn: ontevredenheid met fysieke werkomstandigheden, een onaangename temperatuur, ongunstige ergonomie, weinig ontwikkelingsmogelijkheden, onbalans tussen inspanning en beloning, weinig controle over het werk, onzekerheid over de behandeling van patiënten, tijdsdruk en werk/privé-conflicten (Conway et al., 2008; Estryn-Behar et al., 2005; Pohjonen, 2001; Hasselhorn et al., 2005; Camerino et al., 2005). Bij jongeren gaan mentale eisen samen met een lagere WAI-score (Chiu et al., 2007).

Tegenstrijdige resultaten zijn gevonden voor arbeidsduur. Volgens Slana-Jöbstl et al. (2007) is arbeidsduur negatief gerelateerd aan werkvermogen. Dit geldt vooral in de thuiszorg. TNO (2006) meldt echter dat de WAI-score niet afhankelijk is van arbeidsduur of het aantal jaren dat iemand werkzaam is. Rotenberg et al. (2008) geven aan dat voor vrouwen geldt dat de totale werktijd (professioneel en privé) negatief gerelateerd is aan de WAI-score.

Ook over het effect van ploegendienst met nachtdiensten spreken de verschillende onderzoeksresultaten elkaar tegen. Volgens Camerino et al. (2008) hebben dag- en nachtdiensten geen effect op de WAI-score van een jaar later. Costa (2005) meldt echter dat het werken in ploegendienst gerelateerd is aan een lagere WAI-score.



Bij Conway et al. (2008) is zelfs sprake van het omgekeerde; volgens hen geven ploegendiensten – met nachtdiensten – een lager risico op een slechte of matige WAI-score.

#### *Management en collega's*

Gebrek aan steun van collega's, verbaal geweld, langdurige blootstelling aan intimidatie, negatieve ervaringen met het management en ontevredenheid met psychologische ondersteuning zijn gerelateerd aan een lagere WAI-score (Fischer et al., 2006; Pohjonen, 2001; Pranjic et al., 2006).

Betere kwaliteit van leiderschap hangt positief samen met de WAI-score van zorgpersoneel (Hasselhorn et al., 2005a). Daarnaast scoren medewerkers met een leidinggevende functie in de verslavings- en psychiatrische zorg beter op de WAI dan medewerkers zonder leidinggevende functie (TNO, 2006).

Nachiappan et al. (2005) hebben een onderscheid gemaakt naar functie. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen en managers beter scoren dan artsen en medewerkers in de thuiszorg. Wat de verschillende soorten zorginstellingen betreft, scoren medewerkers van bejaardentehuizen het laagst op de WAI (Camerino et al., 2003).

#### *Intentie tot ontslag nemen*

Met de gegevens uit de NEXT-studie hebben verschillende onderzoekers gekeken naar de relatie tussen het werkvermogen, de intentie om de zorg te verlaten en het daadwerkelijk verlaten van de zorginstelling. De relatie tussen werkvermogen en intentie de zorg te verlaten is er wel, vooral bij jongeren. Echter, daadwerkelijk ontslag nemen bij lager werkvermogen is alleen geconstateerd bij oudere verpleegkundigen. Bij hen blijkt dit ook, een jaar na hun vertrek uit de zorginstelling, te resulteren in een hoger werkvermogen (Camerino et al., 2008; Camerino et al., 2006).

De WAI-score van verpleegkundigen in ziekenhuizen met een kleine personeelsuitstroom is dan ook hoger dan in ziekenhuizen met een grote uitstroom van personeel (Stordeur et al., 2006).

### **3.4 Invoeringsproces**

Het aantal rapporten over invoering van de WAI in de zorgsector is beperkt. Hieronder komen enkele aanbevelingen aan de orde.

De NEXT-onderzoekers doen, naar aanleiding van hun onderzoek, aanbevelingen voor beleid (Hasselhorn, Müller, Tackenberg & Wuppertal, 2005).

Zij benadrukken het belang van werkvermogen voor zorginstellingen. Het frequent meten van werkvermogen kan nuttig zijn en een basis vormen voor preventieve maatregelen ter bevordering van het werkvermogen van medewerkers. Tevens adviseren zij WAI-data uit de zorgsector op te nemen in nationale WAI-databanken ter bevordering van beroeps- en institutionele benchmarking. Ten slotte dienen volgens hen personeelsmanagers in zorginstellingen het belang te onderkennen van leiderschap en sociale relaties voor het werkvermogen van zorgpersoneel in alle leeftijdscategorieën.

Slana-Jöbstl en Leodolter (2007) noemen randvoorwaarden voor de toepassing van de WAI in de Duitse zorgsector:

- De toepassing van de WAI moet met heldere regels gepaard gaan. De verkregen gegevens bevatten immers gevoelige persoonlijke informatie over gezondheid en motivatie. De juridische grondslag voor de bescherming van WAI-gegevens dient gewaarborgd te zijn.
- Het doel is de dialoog tot stand te laten komen tussen bedrijfsarts en individuele werknemer en tussen bedrijfsarts en groepen werknemers. Het gesprek tussen de individuele werknemer en de bedrijfsarts dient uitsluitend gericht te zijn op medische adviezen. Volgens de schrijvers loert het gevaar dat resultaten zo geïnterpreteerd worden dat de aandacht gaat naar tekortkomingen van individuen en specifieke groepen. Voorafgaand aan het inzetten van de WAI moeten management, ondernemingsraad en leiding geïnformeerd worden over het concept werkvermogen en de WAI. In het bijzonder moet hierbij de zwijgplicht van de bedrijfsarts benadrukt worden.
- Wanneer management, ondernemingsraad en leiding zich bereid verklaren de WAI door te voeren, dienen werknemers geïnformeerd te worden. De bedrijfsarts die zich bezighoudt met de afname van de WAI, licht de werknemers in over het concept werkvermogen, de naleving van het medisch beroepsgeheim en de anonieme verwerking van de resultaten. Dat gebeurt tijdens een algemene informatiebijeenkomst die tevens dient ter kennismaking met de bedrijfsarts en ontwikkeling van een vertrouwensband. Ook wordt duidelijk gemaakt wat er met de resultaten gebeurt. Dit kan per organisatie verschillen.
- De onderzoekers adviseren de WAI af te nemen in de vorm van een gestructureerd interview door de bedrijfsarts. De belangrijkste voorwaarde is een goede vertrouwensbasis. Deze wordt vooraf gecreëerd, in een persoonlijk gesprek. De presentatie van de resultaten dient in anonieme vorm te geschieden, tijdens een bijeenkomst met werknemers en het management.
- De WAI biedt de mogelijkheid de individuele ervaringen met de arbeidsvoorwaarden na te gaan en te vergelijken. Het instrument stimuleert de dialoog

over deze ervaringen. Deze dialoog kan vervolgens leiden tot verbetering van het werkvermogen en daarmee de gezondheid van de werknemers. Een evaluatie van het werkvermogen elke twee tot drie jaar kan het effect van interventies aantonen, maar vooral de dialoog levendig houden. De onderzoekers hebben deze effecten overigens niet onderzocht.

### 3.5 Effecten van interventies

Over de effecten van interventies op de WAI-score van medewerkers in de zorgsector is nog weinig internationaal gepubliceerd. Hieronder komt de schaarse literatuur aan de orde.

Pohjonen en Ranta (2001) gingen na wat het effect is van een interventie, bestaande uit fysieke oefeningen, op het werkvermogen van werknemers in de thuiszorg. De onderzoeksgroep bestond uit een interventiegroep van 50 verzorgenden die gedurende negen maanden wekelijks onder toezicht fysieke oefeningen verrichtten, en een controlegroep van 37 verzorgenden. Het werkvermogen werd gemeten voorafgaand aan de interventie, na één jaar en na vijf jaar. Gedurende de periode van vijf jaar bleek de WAI-score in de controlegroep driemaal sneller te dalen dan bij de interventiegroep. De onderzoekers concluderen dat fysieke oefeningen bescherming bieden tegen vroegtijdige afname van het werkvermogen. In beroepen die fysiek belastend zijn, zoals de thuiszorg, dient interventie volgens de onderzoekers vroegtijdig plaats te vinden: vóór de leeftijdsgerelateerde verslechtering van de gezondheid en fysieke capaciteit.

Nielsen, Andreasen en Alexander (2005) onderzochten, bij een gemeentelijk zorgcentrum voor ouderen, in hoeverre het formele beleid voor het behoud van werknemers met een verminderd werkvermogen in overeenstemming is met de attitudes, besluiten en activiteiten van het lager management. Met de WAI selecteerden ze twaalf werknemers met een slecht werkvermogen. Hun problemen en mogelijke oplossingen werden in diepte-interviews met ze besproken. Een jaar later zijn het management, externe betrokkenen en nogmaals de twaalf respondenten geïnterviewd. Met als doel na te gaan in hoeverre het interventiemodel, bestaande uit activiteiten om het verzuim te beperken en werknemers aan het werk te houden, ingevoerd was. Daarvan bleek nauwelijks sprake, voor een groot deel verklaarbaar uit de organisatiestructuur, gebrek aan managementcompetenties en economische beperkingen op de werkvloer.

TNO (2006) beschrijft een training, gericht op het behoud van werk ('job retention'), die zij als pilot aanboden aan negen werknemers van een grote zorginstel-

ling. Deze werknemers werkten al langere tijd in dezelfde functie en wilden zich oriënteren op nieuwe stappen, om ook in de latere fase van hun loopbaan naar tevredenheid te blijven werken. De training heeft de bewustwording bij de deelnemers vergroot, ze leerden hun eigen kwaliteiten, waarden en passies beter kennen en zagen ook beter waar deze eigenschappen het beste tot hun recht komen. Ze herkenden meer mogelijkheden binnen de organisatie en waren beter in staat nieuwe stappen te nemen (TNO, 2006). Helaas is geen koppeling gemaakt met de WAI-score in een nameting.

In 'Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis' (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2008) worden twee praktijkvoorbeelden uit de zorg beschreven, in de ouderenzorg en in de thuiszorg. In het voorbeeld van de ouderenzorg wordt met name beschreven wat de resultaten van de WAI-meting waren en welke maatregelen binnen de organisatie zijn ondernomen op de vier verschillende gebieden (gezondheid, werkomstandigheden, organisatie en leiderschap en professionele competenties). Tevens wordt aangegeven dat de medewerkers positief oordelen over veranderingen binnen de organisaties, zoals het bespreekbaar zijn van het onderwerp 'werkvermogen', het verbeteren van de informatievoorziening, de positieve verandering bij management. De verwachting wordt uitgesproken dat het verbeterproces zich voort zal zetten. Helaas wordt geen melding gemaakt van resultaten van een tweede meting met de WAI. Het andere voorbeeld, uit de thuiszorg, is een beschrijving van een coachingstraject, waarbij het resultaat van de WAI-meting op individueel niveau de input voor het gesprek vormt. Hoewel er twee meetmomenten zijn geweest (in 2003 en 2005), worden de resultaten van deze metingen niet vermeld. Er wordt wel aangegeven dat er door de individuen een verklaring gegeven kon worden voor verbetering c.q. verslechtering van de scores. Geconcludeerd wordt dat de WAI een zinvol evaluatie-instrument is, zowel om de effectiviteit van maatregelen op individueel niveau als op groepsniveau te bepalen.

### **3.6 Conclusies**

Op basis van het internationale literatuuronderzoek naar toepassing van de WAI in de zorgsector kan kort een aantal conclusies worden getrokken:

- De technische kwaliteiten van het instrument blijken ook bij toepassing in de zorgsector goed te zijn.
- Onder medewerkers in de zorg daalt de WAI-score met de leeftijd. Dit blijkt uit de overgrote meerderheid van de gevonden studies.

Behalve leeftijd zijn ook andere (werkgebonden) factoren van invloed op het werkvermogen. Deze factoren kunnen in potentie worden gezien als interventiefactoren voor verbetering van het individuele werkvermogen.

- De effectiviteit van interventies op deze factoren (bijvoorbeeld gericht op leefstijl, werkomstandigheden, verbeteren van leiderschap) is onder zorgpersoneel nog nauwelijks onderzocht.



## 4 INTERNETENQUÊTE

### 4.1 Inleiding

#### Onderwerpen

Aan de internetenquête hebben 184 vertegenwoordigers van zorginstellingen deelgenomen. In deze internetvragenlijst zijn, naast een aantal basisgegevens, de volgende onderwerpen aan de orde gesteld:

- noodzaak/urgentie voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen instellingen;
- stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid;
- ondersteuningsbehoeften bij duurzaam inzetbaarheidsbeleid;
- gebruik van instrumenten om vitaliteit c.q. gezondheidsproblematiek in kaart te brengen;
- bekendheid en toepassing van WAI.

In dit hoofdstuk geven we eerst de kenmerken van de responderende organisaties, vervolgens beschrijven we de resultaten op deze onderdelen en we sluiten af met conclusies.

### 4.2 Kenmerken organisaties

#### *Zorgsectoren*

Bij de 184 bruikbare enquêtes zijn alle zorgsectoren ruim vertegenwoordigd:

- 34 (19%) ziekenhuisorganisaties;
- 31 (17%) thuiszorgorganisaties;
- 74 (40%) verpleeg- en verzorgingshuizen;
- 28 (15%) geestelijke gezondheidszorg instellingen;
- 44 (24%) organisaties in de gehandicaptenzorg;
- 7 (4%) organisaties vallen binnen de categorie 'overige zorgsector'.

Zowel kleine als grote organisaties zijn vertegenwoordigd: 25% heeft minder dan 200 werknemers en 33% 1.500 of meer (zie tabel 4.1).

De enquête is vooral ingevuld door hoofden of medewerkers van de afdelingen P&O (70%), verder door directievertegenwoordigers (12%), beleidsmedewerkers (9%) en personen in een andere functie (9%).

**Tabel 4.1** Categorieën met aantal medewerkers in de organisatie (n = 184)

Aantal medewerkers	Percentage	Aantal organisaties
▪ 1-199	24%	44
▪ 200 – 499	16%	30
▪ 500 – 999	15%	27
▪ 1.000 – 1.499	13%	23
▪ 1.500 of meer	33%	60

### 4.3 Noodzaak duurzaam inzetbaarheidsbeleid

#### *Vergrijzing*

De toename van het aantal 50-plussers binnen de organisatie speelt in veel zorginstellingen: bij 51% is de toename beperkt en bij 35% groot. Slechts 11% geeft aan dat van een toename geen sprake is.

Ook de uitstroom speelt in veel organisaties een rol, maar wel in mindere mate: 47% heeft te maken met een kleine toename en bij 13% is de toename groot. Bij 39% neemt de uitstroom van personeel in het geheel niet toe.

Bij de helft van de organisaties kan men de openstaande vacatures onvoldoende opvullen. Bijna alle organisaties verwachten één of meer negatieve gevolgen van de personeelstekorten (tabel 4.2), zoals toename van de werkdruk (91%), achteruitgang van de kwaliteit van zorg (65%), toename van gezondheidsklachten van medewerkers (57%) en productiviteitsdaling (33%). Andere negatieve gevolgen die verwacht worden zijn bijvoorbeeld cliëntenstops, ontevreden klanten, te weinig jongeren die voor de zorg kiezen en daardoor een toenemende vergrijzing onder de werknemers.

**Tabel 4.2** Verwachte negatieve gevolgen door personeelstekorten (n = 184)

Verwachte knelpunten	Percentage 'ja'	Aantal organisaties
▪ Toename werkdruk van medewerkers	91%	167
▪ Achteruitgang kwaliteit van zorg	65%	120
▪ Toename gezondheidsklachten van medewerkers	57%	105
▪ Productiviteitsdaling	33%	60
▪ Anders	13%	23
▪ Geen	4%	8



#### 4.4 Stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid

##### *Integraal beleid*

Naar eigen mening voert slechts 13% van de zorgorganisaties op dit moment in ruime mate een integraal duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Wel geeft 62% van alle organisaties aan hier in beperkte mate mee bezig te zijn. Rond de 23% is er in het geheel nog niet mee bezig. De redenen hiervan zijn vooral gebrek aan personele capaciteit (43%) of aan specifieke deskundigheid (38%) en in mindere mate draagvlak bij directie en/of bestuur (21%) of financiële beperkingen (24%). Andere redenen om niet bezig te zijn met duurzaam inzetbaarheidsbeleid betreffen vooral lopende fusies.

Als ingezoomd wordt op de diverse onderdelen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid, blijken zorgorganisaties al wel veel activiteiten op onderdelen te hebben ontplooid (zie tabel 4.3).

**Tabel 4.3 Onderdelen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid waar organisaties “in ruime mate” mee bezig zijn (percentage en aantal organisaties; categorieën sluiten elkaar niet uit) (n = 184)**

Onderdelen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid	Percentage 'ja'	Aantal organisaties
▪ Preventie gezondheidsproblemen en/of snelle re-integratie	68%	122
▪ Verbetering arbeidsomstandigheden	51%	92
▪ Ontwikkeling competenties van medewerkers	39%	69
▪ Bewustzijn management vergroten t.a.v. belang duurzaam inzetbaarheidsbeleid	35%	63
▪ Verbetering fysieke/mentale capaciteiten van medewerkers	32%	58
▪ Verbetering motivatie/arbeidsatisfactie	30%	53
▪ Verbetering combinatie werk en privé	24%	42
▪ Stimuleren van interne en/of externe mobiliteit	21%	37
▪ Aanpassing arbeidstaken/inhoud	20%	36
▪ Verbetering bewustzijn medewerkers t.a.v. belang duurzaam inzetbaarheidsbeleid	17%	30

De respondenten is ook gevraagd zichzelf een rapportcijfer te geven voor de kwaliteit van het duurzame inzetbaarheidsbeleid binnen de organisatie. Het ge-

middelste cijfer ligt rond de 6,5. In totaal geeft zo'n 20% van de instellingen zichzelf een onvoldoende (5 of lager), rond de 34% een 6, 34% een 7 en 7% een 8 of hoger. Rond de 6% geeft het antwoord 'weet niet'.

## 4.5 Ondersteuningsbehoeften

### *Ondersteuning*

Van de respondenten geeft 22% aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij de (verdere) ontwikkeling van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Rond de 50% geeft aan hieraan geen behoefte te hebben en 28% weet dit niet (tabel 4.4). Zij die ondersteuning wensen, zien dat niet zozeer in personele uitbreiding (26% heeft daar behoefte aan), maar liever in de vorm van instrumenten (74%), een handleiding of stappenplan met betrekking tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid in de zorg (72%), of een overzicht van good practices (67%). Specifieke deskundigheid (49%) en financiële ondersteuning (59%) zijn ook gewenst.

**Tabel 4.4 Ondersteuningsbehoefte in het kader van het (verder) ontwikkelen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid (n = 179)**

<i>Ondersteuningsbehoefte</i>	Percentage	Aantal organisaties
▪ Wel ondersteuning, nl.:	22%	39
- Personele uitbreiding	26% <sup>3</sup>	10
- Specifieke deskundigheid	49% <sup>3</sup>	19
- Financiële ondersteuning	59% <sup>3</sup>	23
- Handleiding/stappenplan	72% <sup>3</sup>	28
- Overzicht van 'good practices'	67% <sup>3</sup>	26
- Instrumenten	74% <sup>3</sup>	29
▪ Geen	50%	90
▪ Weet niet	28%	50

<sup>3</sup> Percentage van de organisaties die aangeven wel behoefte aan ondersteuning te hebben.

## 4.6 Gebruik instrumenten

### *Toepassing*

De belangrijkste instrumenten die momenteel gebruikt worden op het vlak van gezondheidsproblematiek en arbeidsomstandigheden, zijn: de RI&E (bij 92%), het periodiek geneeskundig onderzoek (33%) en medewerkerstevredenheidsonderzoek (12%).

De Work Ability Index is door 11 responderende organisaties (6%) op een of andere wijze gebruikt. Verder zijn vele andere instrumenten genoemd op dit vlak, uiteenlopend van 'harde' meetinstrumenten als competentiemeters, vitaliteits-scans, functionele mogelijkheden lijst, monitor psychosociale belasting en fit@work, maar ook jaargesprekken, SMT, intervisie en dergelijke.

## 4.7 Work Ability Index

### *Bekendheid*

Rond de 77% van de respondenten is niet bekend met de WAI. Van de overige 23% is minder dan de helft (10%) goed bekend met het instrument en de overige 13% in beperkte mate.

Elf van de organisaties hebben de WAI toegepast, waarvan drie zonder ondersteuning van een externe dienstverlener. Vier organisaties hebben de WAI voor alle medewerkers toegepast, de andere voor een deel van de werknemers.

## 4.8 Conclusies

Op basis van de internetenquête onder zorginstellingen zijn de volgende conclusies te trekken:

- Veel zorginstellingen kampen momenteel met vergrijzing en personeelstekorten. Instellingen verwachten negatieve gevolgen op diverse terreinen: werkdruk, kwaliteit van de zorg, gezondheid van medewerkers en productiviteit. Deze ontwikkeling vergroot het draagvlak voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid.
- Een minderheid van de zorgorganisaties geeft aan momenteel een volwaardig integraal duurzaam inzetbaarheidsbeleid te voeren. Een meerderheid is hier wel in beperkte mate mee bezig. De kwaliteit van dit beleid is echter nog vatbaar voor verbetering. Een kwart van de organisaties moet nog beginnen.

- Een kwart van de organisaties zegt behoefte te hebben aan ondersteuning bij het ontwikkelen van beleid. De helft geeft aan hieraan geen behoefte te hebben en een kwart weet dit niet. De ondersteuningsbehoefte behelst vooral instrumenten en good practices en, in mindere mate, specifieke deskundigheid en financiële ondersteuning.
- Driekwart van de respondenten is niet bekend met de WAI. Slechts een klein deel (10%) is goed bekend met het instrument. Elf van de respondenten (6%) geven aan dat er binnen hun instelling ervaring is met het instrument. De mate van toepassing laat echter grote verschillen zien.

## 5 INTERVIEWS ZORGORGANISATIES

### 5.1 Inleiding

#### *Ervaringen en verwachtingen*

Dertien vertegenwoordigers van zorginstellingen zijn geïnterviewd over hun ervaringen met de WAI. In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat die ervaring veelal beperkt is. De meeste organisaties zijn nog bezig het beleid op te stellen waarbinnen de WAI een plaats moet krijgen. Daarom beschrijft dit hoofdstuk niet alleen de ervaringen, maar ook de verwachtingen die organisaties hebben rond toepassing van de WAI.

We gaan eerst in op de wijze waarop de organisaties met de WAI in aanraking zijn gekomen en schetsen dan het kader waarin de WAI binnen de organisatie gebruikt wordt, of zal worden. Daarna beschrijven we de werkwijze, van voorbereiding tot en met vervolgtraject. Vervolgens gaan we in op de ervaren positieve en negatieve kanten van het instrument en de effecten. We sluiten af met conclusies.

### 5.2 Informatiekanalen

#### *Kennismaking met de WAI*

Het grootste deel van de geïnterviewde vertegenwoordigers uit de instellingen geeft aan dat een externe dienstverlener hun organisatie op de hoogte heeft gebracht van de WAI.

### 5.3 Kader waarin WAI wordt toegepast

#### *Breder kader*

In bijna alle geïnterviewde organisaties is de toepassing van de WAI een onderdeel van een veel breder arbo- en verzuim of HRM-beleid, met uitzondering van twee gevallen. In beide gevallen is de WAI eenmalig ingezet als op zichzelf staand instrument, zonder (structureel) vervolg.

In de overige organisaties is de WAI ingebed in een breder kader: het ontwikkelen van een organisatiebreed duurzaam inzetbaarheidsbeleid, leeftijdsfasebewust beleid of integraal vitaliteits- of gezondheidsmanagement. Vergrijzing speelt hierbij vaak een rol, maar ook de wens voor het behoud van het personeel: men is

zich bewust van de schaarste. De WAI, die wordt gezien als een van de mogelijke instrumenten binnen dit beleid, moet inzicht bieden in het werkvermogen c.q. de vitaliteit van de medewerkers (individueel niveau) en daarmee van de organisatie (groepsniveau). In deze organisaties is duidelijk een omslag gaande van aandacht voor de verzuimende medewerker naar vroegtijdige onderkenning en preventie.

Het instrument wordt soms ingezet als onderdeel van of vervolg op een risico-inventarisatie. Het doel is dan om, op basis van de resultaten (kengetallen), na te gaan hoe mensen zo lang mogelijk binnen de organisatie kunnen blijven functioneren, in hun eigen functie of elders.

Een aantal organisaties ziet de WAI als een instrument dat een rol kan spelen bij het bewustwordingsproces. De verantwoordelijkheid voor vitaliteit en duurzame inzetbaarheid wordt hierdoor, ook, bij de werknemers zelf en/of het directe management neergelegd. Het instrument biedt de werknemer namelijk zicht op het eigen werkvermogen. Dat kan een hulpmiddel zijn om in gesprek te gaan met bijvoorbeeld de leidinggevende en een stimulans om na te denken over de juiste werkplek in de organisatie, mogelijke ontwikkelingswensen, etc.

Voor leidinggevenden bieden de resultaten van de WAI informatie waarmee ze acties kunnen ondernemen om de inzetbaarheid van het team te handhaven of te verbeteren.

De WAI wordt gezien als een van de instrumenten die binnen dit brede kader een rol kunnen spelen. De meeste organisaties beschikken over een groot palet aan instrumenten (zowel voor inventarisatie als vervolgtrajecten), maar geven aan dat de samenhang tussen deze instrumenten nog in ontwikkeling is.

## 5.4 Werkwijze

### *Vorbereiding*

Het traject voorafgaand aan de uitvoering van de WAI is bij de geïnterviewde instellingen verschillend geweest. Zowel van bovenaf geïnitieerde trajecten als bottom-up initiatieven komen voor, al komt de aanzet wel veelal van hoofden P&O of HRM.

De meeste organisaties hebben een pilot bij een aantal afdelingen uitgevoerd. De keuze voor een afdeling is zeer verschillend. Een keer zijn twee afdelingen gekozen die verschillen qua functies en leeftijdsopbouw. In een andere organisatie is gekozen voor een afdeling die veel uitval vertoont. Afdelingen zijn verder gekozen op basis van enthousiasme van de leidinggevende en op basis van problemen rondom inzetbaarheid en een 'verouderend werknemersbestand' op afdelin-

gen. Bij drie organisaties is de WAI bij de gehele of een groot deel van de organisatie ingezet. Eén daarvan koos voor de doelgroep 50-plussers.

Daar waar leidinggevenden een prominente rol hebben gekregen, ook in het vervolgtraject, geven de geïnterviewden aan dat dit een belangrijke succesfactor is in de hoge respons. Vaak is er een informatiebijeenkomst met de medewerkers geweest. Is gekozen voor schriftelijk informeren, dan bleef de respons duidelijk achter bij afdelingen waar wel een goed bezochte bijeenkomst was geweest.

In de meeste organisaties is de directie bij het traject betrokken. Bij de organisaties die in de voorbereidende fase verkeren, zijn de directies nauw betrokken, of zelfs voortrekker in samenwerking met andere zorginstellingen.

De OR is in een aantal organisaties om toestemming gevraagd, bij anderen niet (ook vanwege het pilotkarakter).

#### *Uitvoering WAI*

In de meeste organisaties is de WAI bij alle leeftijdsgroepen ingezet, met als uitgangspunt dat het in alle levensfasen van belang is rekening te houden met de inzetbaarheid. Eén organisatie heeft alleen de 50-plussers de lijst voorgelegd. Dit wordt gezien als tekortkoming en ook in de aanbevelingen in de rapportage is opgemerkt dat hierdoor een vergelijking met de andere groepen ontbreekt.

In die gevallen waarin een dienstverlener in de arm is genomen, is de werkwijze gestandaardiseerd. In het algemeen werden dan de werknemers per brief benaderd en ontvingen ze een inlogcode om hun vragenlijst op internet in te vullen. Ze kregen direct feedback over hun eigen resultaten. Daarnaast stelde de dienstverlener een afdelingsrapportage op. De termijn waarop de groepsrapportages verschenen was vaak te lang waardoor de aandacht voor het onderwerp weer inzakte.

Drie organisaties hebben een schriftelijke versie van de vragenlijst toegepast. Door deze werkwijze is er bij één organisatie geen terugkoppeling aan de individuele respondenten geweest, wat als groot gemis wordt gezien. Overigens merkte deze respondent op dat een schriftelijke versie wel de populatie bereikt die niet zo thuis is op internet.

#### *Vervolgtraject*

De WAI heeft vier categorieën uitkomsten: slecht, matig, goed en uitstekend. De dienstverleners bevelen aan om vervolggesprekken te voeren over de resultaten met de twee slechts scorende groepen, de 'slechte' en 'matige' scoorders. Wanneer deze mensen worden uitgenodigd voor het gesprek, gaan ze daar in het al-

gemeen ook op in. Bij twee organisaties zijn (o.a. wegens geldgebrek) alleen gesprekken met de 'slechte' groep gevoerd. Een andere organisatie, die het traject in eigen beheer heeft uitgevoerd, stuurde alle medewerkers een adviesbrief met mogelijke vervolgtrajecten, bijvoorbeeld gesprek met leidinggevende, bedrijfsarts of re-integratieadviseur. Het was aan de medewerker zelf om hier het initiatief in te nemen.

In veel organisaties is het vervolgtraject gekoppeld aan het jaargesprek (of is dat de bedoeling). De werknemer krijgt het resultaat van de WAI en de verantwoordelijkheid om hiermee aan de slag te gaan. Ook de rol van de leidinggevenden is hier expliciet: zij zijn degenen die dit onderwerp op de agenda moeten zetten, door het zowel op afdelingsniveau met het team te bespreken en een plan van aanpak te schrijven, als per individu bespreekbaar te maken. Eén organisatie geeft aan dat het van belang is om de leidinggevenden ondersteuning te bieden op het vlak van gespreksvoering.

Verbeterpunten die op afdelingsniveau naar voren komen, zijn bijvoorbeeld het belang van aanpassing van het opleidingsbeleid, het ontwikkelen van ouderenbeleid voor specifieke doelgroepen en het verbeteren van zelfstandigheid en eigen inbreng in de werkzaamheden.

Indirecte effecten van toepassing van de WAI zijn dat teamleiders meer aandacht krijgen voor preventie en dat de bewustwording bij personeel naar verwachting groter wordt. Individuele trajecten kunnen bijvoorbeeld liggen op het vlak van mobiliteit (opleidingstraject) of leefstijl. De vervolggesprekken zijn bedoeld om te adviseren over specifieke interventies.

Twee organisaties hebben aangegeven dat men een (twee)jaarlijkse herhaling van de meting gaat uitvoeren om de effecten te bestuderen.

## 5.5 Het instrument

### *Kwaliteiten*

De redenen waarom de geïnterviewden de WAI als instrument hebben gekozen om het werkvermogen in kaart te brengen, betreffen vooral de wetenschappelijk bewezen kenmerken als validiteit, betrouwbaarheid en voorspellende waarde voor inzetbaarheid. Als praktisch voordeel geldt de beknoptheid van de lijst.

Als andere belangrijke reden werd genoemd dat het instrument de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers stimuleert om na te denken over de toekomst. De verwachting is dat de WAI getallen oplevert die de organisatie als stuurinformatie kan gebruiken. Als voorbeeld wordt de bouwsector genoemd.



De WAI is in veel organisaties aangevuld met andere vragen, zoals vragen om werkstress te meten en de vragenlijst 'investors for people'. Organisaties voegen ook specifieke vragen toe, zoals een organisatie die in de WAI de vraag opnam of een gesprek met de bedrijfsarts was gewenst en een organisatie die vragen stelden rondom bloeddruk en BMI.

#### *Privacy*

Volgens de standaardwerkwijze vullen de medewerkers de lijst anoniem in, althans voor de leidinggevende. Een aantal organisaties gaf ook aan dat dit en heldere communicatie hierover belangrijke voorwaarden waren voor de toepassing.

## **5.6 Effecten van toepassing WAI**

### *Vervolgtraject*

Er valt nog weinig te zeggen over de effecten van toepassing van de WAI binnen de zorgsector. Een aantal leidinggevendenden is bezig met het schrijven van een plan van aanpak. Eén organisatie heeft concreet zaken opgepakt (aanpassing van opleidingsbeleid, meer aandacht voor preventie en vitaliteit bij teamleideroverleg). Wel blijkt dat het vervolgtraject snel kan verzanden, en continue prikkels noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld van HRM- of P&O-afdeling) om het op gang te houden.

Eén geïnterviewde vond dat de WAI weinig nieuwe informatie opleverde, bijvoorbeeld over kenmerken van leefstijl of de balans tussen werk en privé. De overige organisaties hebben hogere verwachtingen en zijn positiever van aard. De respondenten geven aan dat bij de meeste zorgorganisaties ook een cultuurverandering nodig is als het gaat om het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van werknemers.

## **5.7 Conclusies**

Op basis van de interviews met de vertegenwoordigers uit de zorginstellingen, kunnen we de volgende conclusies trekken:

- De ervaringen met de WAI binnen de zorg zijn nog zeer beperkt. De organisaties die met de WAI werken, bevinden zich veelal nog in de beginfase van een traject, vaak is dat een pilot.
- Het zijn veelal externe dienstverleners die zorginstellingen in 'contact' hebben gebracht met de WAI.

- Daar waar een zorginstelling de WAI inzet, wordt dit veelal gedaan in het bredere kader van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Deze organisaties zien de WAI als een sleutel bij het ontwikkelen van dit beleid. Het instrument biedt inzicht in het werkvermogen op zowel individueel als groepsniveau. Hiermee wordt de gedeelde verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer voor duurzame inzetbaarheid gestimuleerd.
- In de praktijk zetten zorginstellingen de WAI verschillend in. Het gaat om verschillen in bijvoorbeeld de keuze voor papier of digitaal, wijze van voorlichting, betrekken van derden, organisatie vervolgactiviteiten, combinatie met andere vragenlijsten etc.
- Bij de invoering is de bescherming van individuele gegevens een aandachtspunt.
- Over de effecten van de inzet van de WAI op de duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de zorg valt op dit moment nog weinig te zeggen, maar de instellingen die werken met de WAI hebben positieve verwachtingen.

## 6 INTERVIEWS DESKUNDIGEN

### 6.1 Inleiding

#### *Deskundigen*

Acht deskundigen werkzaam bij dienstverleners en onderzoeksinstituten zijn geïnterviewd over de toepassing van de WAI in de zorg. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de uitgangspunten en visie van deze dienstverleners en onderzoekers bij het aanbieden van de WAI. Vervolgens geven we een (globaal) beeld van de markt en de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de WAI in de zorgsector.

### 6.2 Visie van dienstverleners

#### *Brede context*

Geïnterviewden geven aan dat de WAI zou moeten worden ingezet in een breed kader van gezondheidsmanagement, vitaliteit, duurzame inzetbaarheid, leeftijdsbewust personeelsbeleid. Zij geven aan het belang van deze brede context bij hun klanten te benadrukken. De aanleiding voor organisaties om de WAI toe te passen is volgens de geïnterviewden in de praktijk heel divers. Voorbeelden zijn:

- meer individueel gerichte input in het kader van de RIE;
- meer input voor te ontwikkelen beleid/acties in kader van periodiek gezondheidkundig onderzoek (PGO) of medewerkers tevredenheidonderzoek;
- koppeling aan health checks, in kader van gezondheidsmanagement;
- te ontwikkelen acties in kader van leeftijdsbewust personeelsbeleid.

Verzuim is (meestal) niet leidend.

De geïnterviewden geven aan dat de ervaringen met de WAI en daarmee de effecten van de WAI binnen zorginstellingen nog beperkt zijn.

De dienstverleners geven aan dat het instrument geschikt is voor terugkoppeling en ondersteuning op individueel en op groepsniveau. In bepaalde situaties is het nodig de WAI aan te vullen met andere (werkgerelateerde) vragen die specifiek zijn voor de organisatie. Dit lijkt meerwaarde op te leveren voor de advisering voor beleid en vervolgactiviteiten op maat.

### 6.3 De zorgsector als 'markt voor de WAI'

#### *Netwerken*

Volgens de deskundigen zijn in de zorgsector verschillende netwerken actief met de WAI. Zij noemen bestaande netwerken en netwerken die specifiek rondom de WAI en duurzame inzetbaarheid zijn opgericht:

- een netwerk van 15 organisaties, die geïnteresseerd zijn in de toepassing van de WAI en de koppeling met duurzaam inzetbaarheidsbeleid;
- het netwerk van de topklinische ziekenhuizen, die de WAI op de agenda heeft staan;
- het netwerk van vijf grotere ziekenhuizen, die zich hebben uitgesproken voor het toepassen van de WAI in het kader van duurzame inzetbaarheid;
- het netwerk rondom Werkgeversvereniging Zorgsector Twente en Achterhoek die actief de WAI (of eigenlijk de bredere 'Vitaliteitsmonitor') promoot en een aantal lidorganisaties probeert te bewegen tot het starten van een, financieel aantrekkelijke pilot;
- de netwerken van de verschillende geïnterviewde dienstverleners zelf; eigen netwerken met klanten in de zorgsector, die het gebruik van de WAI overwegen of die er al mee bezig zijn.

De inzet van netwerken vergroot de belangstelling voor de WAI in de zorgsector.

#### *Rol stakeholders*

Enkele geïnterviewden geven aan dat werknemersverenigingen een rol kunnen spelen bij de invoering van de WAI. Het instrument kan de werknemersbelangen ondersteunen. Hiervoor is een omslag in het denken bij werknemers, namelijk van collectiviteit- naar maatwerkdelen nodig. Sociale partners kunnen in de cao's afspraken over de WAI maken. In de cao's voor de bouwrijverheid en schoonmaaksector zijn al afspraken over de WAI gemaakt.

Ook de overheid kan een stimulerende rol vervullen, bijvoorbeeld door het instellen van een subsidiekader.

#### *Subsidiering*

Enkele geïnterviewden geven het advies voorwaarden te verbinden aan het verstrekken van subsidie. Zoals het creëren van de benodigde randvoorwaarden voor invoering van de WAI in een breder kader en het verstrekken van cijfers ten behoeve van een benchmark.

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat het gebruik van de WAI en het inzetten van vervolgcijfers kosten zal besparen en zich daarmee op termijn zal terugbeta-

len. Hiervoor is verder onderzoek naar de effectiviteit van de diverse interventies in longitudinale studies noodzakelijk.

## 6.4 Stand van zaken

### *Invoering*

De geïnterviewden geven aan dat de zorginstellingen het belang van duurzame inzetbaarheid weliswaar erkennen, maar dat de invoering in de praktijk niet snel verloopt. Zij noemen hiervoor de volgende redenen:

- het probleem van alledag krijgt binnen zorginstellingen prioriteit;
- het middenmanagement in de zorg is nog niet altijd doordrongen van de problematiek;
- de zorgsector kent, vergeleken met andere sectoren, veel bureaucratie en budgetten worden moeilijk vrijgemaakt;
- de zorginstellingen zijn nog vooral bezig met het regelen van de randvoorwaarden.

## 6.5 Conclusies

Op basis van de interviews met de deskundigen, kunnen we de volgende conclusies trekken:

- De WAI moet worden ingezet binnen het bredere kader van gezondheidsmanagement, vitaliteit, duurzame inzetbaarheid en leeftijdsbewust personeelsbeleid.
- Het instrument is geschikt om te gebruiken op individueel- en groepsniveau. Aanvulling met andere vragen vergroot de kwaliteit van het instrument en de mogelijkheden voor advisering op maat na afname van de WAI.
- De belangstelling voor de WAI in de zorgsector neemt snel toe, met name binnen en door de inzet van verschillende netwerken.
- De invoering van de WAI in de zorgsector verloopt nog niet snel. Daarvoor is een aantal redenen te noemen.
- Ervaringen binnen de zorg zijn dan ook nog te gering zijn om uitspraken te doen over de effectiviteit, dit vergt meer onderzoek.
- Op landelijk niveau kunnen verschillende stakeholders, zoals sociale partners en de overheid, een rol spelen bij de invoering van de WAI in de zorgsector.
- Een subsidieregeling waarbij specifieke voorwaarden worden gesteld, kan de invoering van de WAI in de zorgsector stimuleren.



## 7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 7.1 Inleiding

In dit rapport zijn de resultaten beschreven van een viertal deelactiviteiten die door *AStri* zijn uitgevoerd in het kader van een verkennend onderzoek naar de toepassing van de Work Ability Index (WAI) in de zorgsector. Aanleiding voor het onderzoek betreft de groeiende vraag naar zorgpersoneel en de daarmee samenhangende noodzaak om te investeren in behoud van personeel. De WAI is mogelijk een instrument om binnen het kader van duurzaam inzetbaarheidsbeleid ingezet te kunnen worden. De centrale doelstelling van het verkennende onderzoek is het in kaart brengen of de ontwikkeling van duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen zorginstellingen kan worden bevorderd door de inzet van de WAI en het inzicht bieden in de activiteiten die hiervoor nodig zijn. De subdoelstellingen die hier centraal staan zijn:

1. quick scan van de stand van zaken van duurzaam inzetbaarheidsbeleid binnen zorginstellingen en de behoefte aan instrumentele ondersteuning;
2. inventarisatie van de huidige toepassingen van de WAI in de zorgsector;
3. inzicht in de randvoorwaarden en het draagvlak voor implementatie van de WAI binnen de zorg;
4. inzicht in mogelijke wijze van promotie van de WAI.

De activiteiten die door *AStri* hiertoe zijn ondernomen betreffen een internationale verkenning van de literatuur over de WAI in de zorgsector, een internetenquête over duurzaam inzetbaarheidsbeleid bij zorginstellingen, en interviews met zorginstellingen en WAI-deskundigen in de zorg.

Hieronder beschrijven we op basis van de resultaten uit deze activiteiten kort de voornaamste conclusies rond deze doelstellingen en formuleren enkele aanbevelingen. De resultaten van de overige activiteiten van deze verkenning die niet in dit rapport zijn beschreven, zoals de afsluitende invitational conference, zijn hierin niet meegenomen.

### 7.2 Stand van zaken duurzaam inzetbaarheidsbeleid in de zorgsector

*Welke activiteiten heeft men ondernomen?*

De resultaten van de internetenquête onder zorginstellingen geven aan dat momenteel grote verschillen bestaan tussen zorginstellingen rond duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Een minderheid geeft aan in ruime mate een duurzaam inzetbaarheidsbeleid te voeren. Daarentegen geeft tweederde aan hierin beperkte

mate mee bezig te zijn en rond een kwart is er in het geheel nog niet mee bezig. Wel worden op allerlei onderdelen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid activiteiten uitgevoerd, zoals preventie van gezondheidsproblemen en snelle re-integratie, verbetering van arbeidsomstandigheden en ontwikkeling van competenties van medewerkers. Eenderde van de organisaties is actief in het vergroten van het bewustzijn van het management op dit vlak, veel minder organisaties (17%) zijn al actief in het vergroten van het bewustzijn van de medewerkers. Duidelijk is dat de meeste zorginstellingen momenteel worden geconfronteerd met de effecten van vergrijzing van het personeelsbestand en tekorten op de arbeidsmarkt. Deze ontwikkeling vergroot het draagvlak voor een duurzaam inzetbaarheidsbeleid en zal de noodzaak om hierin te investeren de komende jaren alleen maar doen toenemen.

#### *Waar loopt men tegenaan?*

Redenen om nog niet met duurzaam inzetbaarheidsbeleid bezig te zijn betreffen vooral gebrek aan personele capaciteit of specifieke deskundigheid, in iets mindere mate draagvlak bij directie en/of bestuur of financiële beperkingen. Ook lopende fusies spelen een rol. Hierop aanvullend gaven de deskundigen aan dat men zich vaak wel realiseert dat een goed personeelsbeleid van belang is voor de duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de toekomst, maar zijn directie en bestuur meer bezig met de problemen van alledag.

#### *Welke instrumenten zet men in ter ondersteuning en welke rol speelt de WAI daarbij?*

De belangrijkste instrumenten die momenteel worden gebruikt op het vlak van gezondheid en arbeidsomstandigheden zijn de (wettelijke verplichte) Risico Inventarisatie & Evaluatie, het periodiek geneeskundig onderzoek en het medewerkerstevredenheidsonderzoek. In veel mindere mate worden zeer diverse meetinstrumenten ingezet voor het bepalen van competenties en vitaliteit. De WAI is slechts door een beperkt deel van de organisaties (6%) gebruikt. Bijna een kwart van de zorginstellingen is op dit moment bekend met de WAI.

Een deel van de zorgorganisaties geeft aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij de implementatie van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Met name in de vorm van instrumentele ondersteuning. De helft van de instellingen geeft aan geen behoefte te hebben aan ondersteuning. Onduidelijk is of dit komt omdat men zelf al de zaken op orde heeft, hetgeen op grond van de resultaten niet te verwachten is, of omdat men onbekend is met de mogelijkheden van ondersteuning vanuit sectorniveau.



### 7.3 Toepassing WAI in de zorgsector

#### *Hoe vaak en op welke wijze passen zorginstellingen de WAI toe?*

Op basis van de enquête en van de diverse interviews is duidelijk dat de ervaringen met de WAI in Nederland binnen de zorg nog beperkt zijn. Slechts enkele instellingen hebben voorzichtig een stap gezet, waarbij de meeste toepassingen in pilots plaatsvinden. Wel is in bijna al deze instellingen de WAI ingezet in een breder kader voor de ontwikkeling van duurzaam inzetbaarheidsbeleid of integraal vitaliteitsmanagement. In deze organisaties is de focus op verzuim duidelijk aan het verbreden naar vroegtijdige onderkenning en preventie. Veel van de instellingen bevinden zich nog midden in het invoeringstraject.

#### *Wat zijn de resultaten van de toepassing en waar loopt men tegenaan?*

In de organisaties die we gesproken hebben wordt de WAI ingezet in een breder kader van de ontwikkeling van duurzaam inzetbaarheidsbeleid of vitaliteitsmanagement. Hierbij dient de WAI een rol te spelen in een veranderings- en bewustwordingsproces, waarbij de verantwoordelijkheid voor vitaliteit en duurzame inzetbaarheid bij de werknemers zelf en bij het directe management gelegd wordt. Deze 'cultuuromslag' gaat niet vanzelf. Op dit moment kan nog geen oordeel worden gegeven of dit lukt; ook over andere effecten en opbrengsten van de verschillende trajecten is nog geen helderheid te geven. Dit vraagt om nader onderzoek. De organisaties die zijn gesproken in het kader van dit onderzoek zijn echter vol vertrouwen over een goede afloop. Ook de deskundigen geven aan dat het instrument geschikt is voor terugkoppeling en ondersteuning op individueel en op groepsniveau. Wel is het zinvol om vooraf na te gaan of het nodig is om de WAI aan te vullen met andere (werkgerelateerde) vragen die meerwaarde opleveren voor specifieke advisering over vervolgactiviteiten.

Ook in zorgsectoren in het buitenland wordt gebruik gemaakt van de WAI om het werkvermogen van medewerkers te bepalen. In de wetenschappelijke literatuur wordt met name gerapporteerd over factoren die gerelateerd zijn aan het werkvermogen. Verder biedt de internationale literatuur een aantal aanknopingspunten voor de implementatie van de WAI in de Nederlandse zorgsector. Ook internationaal is echter nog weinig bekend over de effectiviteit van interventies gericht op factoren die het werkvermogen beïnvloeden. Bij een verdere implementatie van de WAI in de zorgsector kan het nuttig zijn om de ervaringen te delen met buitenlandse partijen die eveneens met de WAI in de zorg aan de slag zijn.

#### 7.4 Randvoorwaarden en draagvlak voor implementatie WAI in de zorgsector

De verschillende deelonderzoeken laten zien dat er een aantal randvoorwaarden bestaat voor een succesvolle implementatie van de WAI in de zorgsector. Over het algemeen blijken dit randvoorwaarden te zijn die ook in andere sectoren waar de WAI wordt toegepast bekend zijn:

- Vooraf dient het doel en het breder kader waarbinnen de WAI wordt ingezet helder te zijn.
- Binnen de organisatie dient draagvlak te bestaan onder zowel directie, leidinggevenden als werknemers voor toepassing van de WAI. Vertegenwoordigers van deze groepen dienen al vanaf de beginfase bij het traject te worden betrokken.
- Besluitvorming door de directie is een essentiële randvoorwaarde voor het (breed in de organisatie) implementeren van de WAI, inclusief de besluitvorming over het vervolgtraject en bijbehorende financiën.
- Garanties dienen te worden gegeven over de privacy van werknemers en waarborgen voor de vertrouwelijke behandeling van individuele WAI-gegevens. Waarborgen van de privacy verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten.
- Om onder werknemers draagvlak te verkrijgen is een goede informatievoorziening over doel en opzet van het WAI-traject noodzakelijk. Ook de taak die van de werknemer zelf verwacht wordt, moet helder gecommuniceerd worden.
- In veel organisaties wordt een actieve rol verwacht van de leidinggevende, met name in het vervolgtraject. In veel organisaties is het de bedoeling dat de resultaten van de WAI en het onderwerp 'loopbaanontwikkeling' in functioneringsgesprekken aan de orde wordt gesteld. Facilitering van de leidinggevende hierin is daarbij gewenst.
- Het vervolgtraject dient helder te zijn. Op organisatorisch niveau kan hier bijvoorbeeld gedacht worden aan het bespreken van de groepsrapportages en de activiteiten die vervolgens op afdelings- of organisatieniveau ingezet kunnen worden. En op werknemersniveau moet duidelijk zijn wat in het algemeen van werknemers verwacht wordt en welke werknemers voor een vervolggesprek uitgenodigd worden. Er dienen interventietrajecten beschikbaar te zijn voor werknemers die een onvoldoende werkvermogen laten zien.
- Implementatie van de WAI vraagt om een juiste timing, waarbij rekening gehouden wordt met andere ontwikkelingen die binnen de organisatie spelen. Er moet geld en tijd beschikbaar zijn om het vervolgtraject goed vorm te geven.

*Is er draagvlak voor succesvolle implementatie van de WAI in de zorg en hoe is het draagvlak verder te verbreden?*

In de zorgsector is, naar de mening van de deskundigen, sprake van een erkenning van het belang van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Het draagvlak is dus wel aanwezig, maar de invoering in de praktijk verloopt niet snel. De bestaande netwerken van zorgorganisaties kunnen hierbij een rol vervullen. Het onderzoek laat zien dat inmiddels meerdere trajecten in de zorg zijn opgestart met de WAI. Tussen de verschillende trajecten bestaan duidelijke verschillen in de aanpak. Het verdient dan ook aanbeveling om vanaf sectorniveau de verschillende trajecten te volgen en hieruit lering te trekken voor specifieke succesfactoren bij de toepassing van de WAI in de zorg.

## **7.5 Promotie en infrastructuur voor implementatie WAI in de zorgsector**

Uit het onderzoek zijn verschillende punten naar voren gekomen ten aanzien van de promotie en infrastructuur voor implementatie van de WAI in de zorgsector.

*Wat is de meest effectieve manier om de WAI binnen de zorg in te voeren?*

### *1. Informatievoorziening*

Alhoewel de aandacht voor de WAI in de zorg sterk toeneemt, zijn veel zorginstellingen op dit moment nog niet op de hoogte van het instrument. Om de WAI te promoten dient dan ook vanuit de sector aan instellingen informatie te worden gegeven over de WAI. De instellingen die reeds actief zijn kunnen hierbij als inspirerend voorbeeld worden gebruikt.

### *2. Subsidieregeling*

Subsidiering zou organisaties een zetje kunnen geven om een start te maken met duurzaam inzetbaarheidsbeleid en toepassing van de WAI; financiële ondersteuning blijkt hoog te scoren onder de gewenste ondersteuning. Ook de geïnterviewde organisaties geven in het algemeen aan dat dit een versnelling teweeg zou brengen. Op basis van het oordeel van de deskundigen moet wel gewaakt worden voor het gevaar dat het bredere kader c.q. het vervolgtraject te weinig aandacht krijgt. Subsidiering moet dus wel afhankelijk gemaakt worden van een goed plan van aanpak, waarin het vervolgtraject is opgenomen. Ook is een koppeling naar de verplichting om cijfers voor een landelijke benchmark te leveren goed denkbaar.

### 3. *Onderzoek*

Er bestaat nog weinig zicht op de (kosten)effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van het individuele werkvermogen van medewerkers in de zorg. Om de WAI te kunnen promoten dient hier meer zicht op te worden verkregen. Hiervoor dient sectorspecifiek onderzoek te worden uitgevoerd.

*Hoe zijn deze activiteiten in te passen en te faciliteren binnen de bestaande infrastructurale kaders?*

Deze vraag komt tijdens de conferentie aan de orde.

## 7.6 **Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek en ervaringen in andere branches en sectoren met de WAI, kunnen we tot slot een aantal aanbevelingen formuleren:

- Binnen de zorgsector lopen op dit moment verschillende initiatieven met de WAI in relatie tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Het verdient aanbeveling om deze projecten de komende periode te monitoren. Op basis hiervan kunnen leerervaringen worden opgedaan ten aanzien van de toepassing van het instrument. Vanuit sectorniveau kan hiertoe het initiatief worden genomen. Daarnaast dient de verdere ontwikkeling van lerende netwerken binnen de zorg rond duurzaam inzetbaarheidsbeleid en de WAI te worden gestimuleerd.
- Binnen zorginstellingen bestaat nog grote onbekendheid met de WAI als instrument en als methode om duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de grond te krijgen. Het verdient dan ook aanbeveling om zorginstellingen hierover te informeren en hierbij te faciliteren. Voor dit doel zouden sectororganisaties in de zorg tijdelijk een steunpunt kunnen inrichten dat hierbij nauw samenwerkt met de Stichting *Blik op Werk*.
- Om meer zicht te krijgen op de juiste wijze van implementatie van de WAI binnen een breder duurzaam inzetbaarheidsbeleid in zorginstellingen en op de effectiviteit van verschillende interventietrajecten, verdient het aanbeveling om hiervoor pilotprojecten op te starten. Het eerder genoemde tijdelijk in te richten steunpunt op sector niveau dient deze pilots aan te sturen, in nauwe samenhang met zorginstellingen, dienstverleners en onderzoeksinstellingen.

## 8 LITERATUUR

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Baua (2008). Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Dortmund-Dorstfeld. pp 17-25 en 101-107.

Camerino, D., B.I. van der Heijden, M. Estryng-Behar, P. Kiss, J. Pokorski & H.M. Hasselhorn (2003). Work ability in the nursing profession. Hoofdstuk 11 (p.88-93) in: H.M. Hasselhorn, B.H. Müller & P. Tackenberg (Eds). *Working conditions and the intent to leave the profession among nurses*. Report No 7.

Camerino, D., P.M. Conway, B.I.J.M. van der Heijden, E. van der Schoot, J. Pokorski, M. Estryng-Behar, H.M. Hasselhorn & the NEXT Group (2005). *The role of job alienation in work ability deterioration and unhealthy ageing*. In: Costa G., W.J.A. Goedhart, J. Ilmarinen (Eds) *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. International Congress Series, Volume 1280, Amsterdam, Lausanne, New York: Elsevier. pp 61-66.

Camerino, D., P.M. Conway, B.I. van der Heijden, M. Estryng-Behar, D. Consonni, D. Gould, et al. (2006). *Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries*. *J Adv Nurs*; 56(5):542-52.

Camerino, D., P.M. Conway, S. Sartori, P. Campanini, M. Estryng-Behar, B.I. van der Heijden, et al. (2008). *Factors affecting work ability in day and shift-working nurses*. *Chronobiol Int*. 25(2):425-42.

Camerino, D., P.M. Conway, B.I. van der Heijden, M. Estryng-Behar, G. Costa & H.M. Hasselhorn (2008). *Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: A longitudinal study*. *Int J Nurs Stud*.

Chiu, M.C., M.J. Wang, C.W. Lu, S.M. Pan, M. Kumashiro & J. Ilmarinen (2007). *Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan*. *Nurs Outlook*: 55(6):318-26.

Conway, P.M., P. Campanini, S. Sartori, R. Dotti & G. Costa (2008). *Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers*. *Appl Ergon*: 39(5):630-9.

Costa, G., S. Sartori, B. Bertoldo, D. Olivato, G. Antonacci, V. Ciuffa & F. Mauli (2005). *Work ability in health care workers*. International Congress Series, Volume 1280, June 2005, pages 264-269.

Cremer, R. (2007) *Werkvermogen, meten en verbeteren. Behoud van werkvermogen oudere werknemers (concept rapportage)*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Estry-Behar, M., G. Kreutz, O. Le Nezet, L. Mouchot, D. Camerino, R.K. Salles, E. Ben-Brik, J.P. Meyer, J.F. Caillard, H.M. Hasselhorn & the NEXT study group (2005). *Promotion of work ability among French health care workers – value of the work ability index*. In: Costa, G., W.J.A. Goedhart & J. Ilmarinen (Eds) *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. International Congress Series, Volume 1280. Amsterdam, Lausanne, New York: Elsevier: pp 73-78.

Fischer, F.M., F.N. Borges, L. Rotenberg, et al. (2006). *Work ability of health care shift workers: What matters?* Chronobiol Int.:23(6):1165-79.

Hasselhorn, H.M., B.H. Müller & P. Tackenberg (Eds) (2005). *NEXT Scientific Report*. University of Wuppertal.

Hasselhorn, H.M., B. Müller, G. Freude, J. Tempel & S. Kaluza (2005). *The Work Ability Index (WAI) – establishment of a German WAI-Network*. In: Costa G., W.J.A. Goedhart & J. Ilmarinen (Eds). *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. International Congress Series, Volume 1280, Amsterdam, Lausanne, New York: Elsevier: pp 292-295.

Ilmarinen, J. & J. Rantanen (1999). *Promotion of work ability during ageing*. American J of Industrial medicine: suppl 1: 21-23.

Monteiro, M.S., J. Ilmarinen & J.R.C. Filho (2006). *Work ability of workers in different age groups in a public health institution in Brazil*. International Journal of occupational safety and ergonomics: 12: 417-427.

Nachiappan, N. & J. Harrison (2005). *Work ability among health care workers in the United Kingdom: A pilot*. International Congress Series Volume 1280: June 2005: pages 286-291.

Nielsen, J., A. Andreasen & A. Alexander (2005). *Promotion of work ability at company level: Intention and performance, dreams and realities*. International Congress Series Volume 1280: June 2005: pages 386-391.

Ogińska, H., J. Pokorski, J. Pokorska & E. Nitecka (2005). *Chronoergonomics and WAI in Polish physicians*. In: Costa, G., W.J.A. Goedhard & J. Ilmarinen (Eds) *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. Elsevier ICS 1280, 118–123.

Pohjonen, T. & R. Ranta (2001). *Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up*. *Prev Med*: 32(6):465-75.

Pohjonen, T. (2001). *Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups*. *Occup Med. (Lond)*: 51(3):209-17.

Pohjonen, T. (2001). *Age-related physical fitness and the predictive values of fitness tests for work ability in home care work*. *J Occup Environ Med.*: 43(8): 723-30.

Pranjic, N., L. Males-Bilic, A. Beganlic, et al. (2006). *Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study*. *Croat Med. J.*;47(5):650-8.

Radkiewicz, P., M. Widerszal-Bazyl & the NEXT-Study group (2005). *Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study*. International Congress Series Volume 1280, June 2005: pages 304-309.

Rotenberg, L., L.F. Portela, B. Banks, R.H. Griep, F.M. Fischer & P. Landsbergis (2008). *A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel*. *Appl. Ergon.* 39(5):646-52.

Slana-Jöbstl, M. & K. Leodorfter (2007). *ABI als Monitor der Arbeitsfähigkeit in Pflegeberufen*. Arbeitsmedizin, AUVA, Graz.

Stordeur, S., W. D'Hoore & NEXT study group (2006). *Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses*. *J Adv Nurs Jan.*; 57(1): 45-58.

Schoot, E. van der & B. van der Heijden (2003). *Intent to leave nursing in the Netherlands*. Hoofdstuk 22 (p. 193-202) In: Hasselhorn, H.M., B.H. Müller & P. Tackenberg (Eds). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Report No 7.



**BIJLAGE 1 GEÏNTERVIEWDE PERSONEN PER ZORGORGANISATIE**

<b>Organisatie</b>	<b>Geïnterviewde personen</b>
Thuiszorg Noord-West Twente	Dhr. L. Wilders
Ouderenzorg Trivium	Dhr. P. Kroeze
Zorggroep Rivas	Mw. S. de Jong
Parnassia, GGZ-instelling	Mw. J. v.d. Brug
Gelderse Roos, GGZ	Dhr. L. Hutten
Laboratoria	Mw. M. Hampsink
Ziekenhuis Jeroen Bosch	Mw. E. Kluijtmans
Ziekenhuis Amphia	Dhr. K. de Roos
Ziekenhuis MCA	Dhr. T. Huberts
Ziekenhuis Atrium	Mw. M. Klein
Ziekenhuis Antonius	Mw. M. v.d. Son
Ziekenhuis Waterland	Dhr. J. de Bie
Ziekenhuis Rijnstate	Mw. H. Berkhout



**BIJLAGE 2 GEÏNTERVIEWDE DESKUNDIGEN**

<b>Dienstverleners / onderzoeksinstituten</b>	<b>Geïnterviewde personen</b>
PreventNed	Dhr. D. Molenaar
Market Concern	Dhr. P. Staal
PreVita	Dhr. S. Huizer
LifeGuard	Dhr. D. Lindeboom
Maetis	Dhr. R. Hoving
Erasmus Universiteit	Dhr. L. Burdorf
TNO Kwaliteit van Leven	Dhr. R. Cremer
Hogeschool Zuyd	Dhr. J. Stoffers en dhr. K. Romme



### BIJLAGE 3 INTERNATIONALE STUDIES

Tabel 3.1 Overzicht internationale studies naar factoren die gerelateerd zijn aan werkvermogen onder zorgpersoneel (WAI)

	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwegen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>7.516 verpleegkundigen, ziekenhuizen, 7 Europese landen, longitudinale data, NEXT (Camerino et al., 2008)</b>		dag- en nachtdiensten geen effect op WAI-score 1 jaar later			hogere slaapkwaliteit en -kwantiteit en gunstige psychosociale factoren geven hogere WAI-score 1 jaar later	
<b>3.329 verpleegkundigen, Italië, longitudinale data, NEXT (Camerino et al., 2008)</b>				lagere WAI bij jongeren (< 45 jaar) hangt niet samen met daadwerkelijk ontslag nemen, boven 45 jaar wel		
<b>1.842 ziekenhuismedewerkers, Noord-Italië (Conway et al., 2008)</b>	oudere werknemers (45+) hebben grotere kans op slechte of matige WAI-score	ploegendiensten - met nachtdiensten - geeft lager risico op slechte of matige WAI-score; grote onbalans tussen inspanning en beloning geeft groter risico op slechte of matige WAI-score		overcommitment hangt samen met slechte of matige WAI-score		

	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwe- gen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>1.092 vrouwen, 156 mannen, verpleegkundigen, Brazilië (Rotenberg et al., 2008)</b>	lagere WAI bij vrouwen	totale werktijd (professioneel en huishoudelijk) geeft lagere WAI-score bij vrouwen				
<b>1.534 verpleegkundigen, 8 ziekenhuizen, Taiwan (Chiu et al., 2007)</b>	WAI-score neemt toe tot 45 jaar, daarna afname	kwaliteit en veiligheid van werkomgeving en vrijetijdsmanagement verhogen WAI-scores; fysieke werkbelasting hangt samen met afname WAI met de leeftijd; mentale eisen bij jongeren geeft lagere WAI-score			verminderde persoonlijke gezondheid hangt samen met afname van WAI met leeftijd	
<b>98 zorgverleners, Duitsland (Slana-Jöbstl et al., 2007)</b>		bij toenemende arbeidsduur en leeftijd neemt het werkvermogen af in de thuiszorg, en in geringere mate in verzorgingshuizen. Bij verpleegkundigen in verzorgingstehuizen geen samenhang tussen leeftijd en WAI-score				

	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwegen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>25.976 verzorgenden en verpleegkundigen, 10 Europese landen, NEXT (Camerino et al., 2006)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score			lagere WAI hangt samen met overweging zorg te verlaten (met name bij jongeren)		
<b>696 verpleegkundigen van één academisch ziekenhuis, Brazilië (Fischer et al., 2006)</b>	lagere leeftijd (<40) geeft lagere WAI-score (echter healthy worker selection effect is plausibel)	onaangename temperatuur en organisatie van de werkplek zijn gerelateerd aan lagere WAI-score	verbaal geweld is gerelateerd aan lagere WAI-score		hoog BMI, zwaarlijvigheid, slaapproblemen en vermoeidheid zijn gerelateerd aan een lagere WAI-score	
<b>651 werknemers GGD. Brazilië (Monteiro et al., 2006)</b>	hogere leeftijd, lagere opleiding geeft lagere WAI-score	lange werkgeschiedenis bij organisatie geeft lagere WAI-score				
<b>511 artsen, Bosnië en Herzegovina (Pranjic et al., 2006)</b>			langdurige blootstelling aan intimidatie hangt samen met lagere WAI-score			
<b>1.175 verpleegkundigen, twaalf ziekenhuizen, België, longitudinale data, NEXT (Stordeur et al., 2006)</b>				WAI-score van verpleegkundigen in ziekenhuizen met kleine uitstroom van zorgpersoneel is hoger dan in ziekenhuizen met grote uitstroom		

	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwegen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>639 werknemers van Parnassia (zorgaanbieders onder andere verslaving en psychiatrie), Nederland (TNO, 2006)</b>	WAI-score hangt niet samen met geslacht; werknemers van boven de 52 hebben lagere WAI-score; hoger opleidingsniveau hangt samen met hogere WAI-score	WAI-score is niet afhankelijk van arbeidsduur of aantal jaar werkzaam	medewerkers met een leidinggevende functie scoren hoger op WAI.			
<b>22.355 verpleegkundigen, ziekenhuis, 10 Europese landen, NEXT (Hasselhorn et al., 2005)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score	minder ontwikkelmogelijkheden; onzekerheid over behandeling van patiënten; werk-privéconflicten zijn gerelateerd aan lagere WAI-score		lagere WAI hangt samen met overweging zorg te verlaten		Noorwegen, Nederland, Finland relatief goed, Duitsland, Frankrijk, Polen relatief slecht
<b>zorgpersoneel 38 Duitse zorginstellingen (Hasselhorn et al., 2005)</b>			hogere WAI bij betere kwaliteit van leiderschap			
<b>27.146 vrouwelijke gespec. verpleegkundigen, 10 Europese landen, NEXT (Camerino et al., 2005)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score	onzekerheid over behandeling van patiënten geeft lagere WAI-score (bij jongere verpleegkundigen)		overcommitment hangt samen met lagere WAI-score (bij oudere verpleegkundigen); weinig zingeving binnen het werk hangt samen met lagere WAI-scores (bij jongeren)		



	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwegen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>867 medewerkers in diverse functies, Italië (Costa, 2005)</b>	vrouwen lagere WAI-scores	ploegendiensten snellere daling in WAI-scores			ervaren gezondheidsproblemen hangt samen met lagere WAI-score	
<b>4.306 zorgverleners, Frankrijk, NEXT (Estry-Behar et al., 2005)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score	fysieke belasting, oncomfortabele fysieke houdingen, onzekerheid over behandeling van patiënten geeft sterkere afname in WAI-score met de leeftijd; ontevredenheid met fysieke werkomstandigheden geeft lagere WAI-score	gebrek aan steun van collega's, ontevredenheid met psychologische ondersteuning gaat samen met lagere WAI-score			
<b>507 medewerkers, diverse functies, Groot-Brittannië (Nachiappan et al., 2005)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score	verpleegkundigen en managers betere WAI dan artsen en medewerkers thuiszorg			door artsen vastgestelde gezondheidsproblemen geeft lagere WAI-scores	
<b>90 artsen, Polen (Oginska et al., 2005)</b>					extreme avondmen- sen hebben lagere WAI-score	
<b>4.024 verpleegkundigen, diverse sectoren, Nederland, NEXT (Van der Schoot &amp; van der Heijden, 2003)</b>				lagere WAI hangt samen met overwe- ging zorg te verlaten		

	leeftijd, sekse, opleidingsniveau	werkomstandigheden en sector	leiderschap en collega's	commitment en zingeving/(overwegen van) ontslag	fysieke en psychosociale gezondheid	cross-nationale resultaten
<b>33.491 zorgverleners, 10 Europese landen, NEXT (Camerino et al., 2003)</b>	hogere leeftijd geeft lagere WAI-score; mannen hogere WAI-scores	medewerkers bejaardenhuizen laagste WAI-scores		lagere WAI hangt samen met overweging zorg te verlaten (met name bij jongeren)	stress en ervaren burn-out hangt samen met lagere WAI-scores, ervaren gezondheid met hogere WAI-scores	Nederland hoogste scores, Polen en Fransen laagste scores
<b>636 vrouwelijke werknemers in de thuiszorg, Finland (Pohjonen, 2001)</b>	eerste sterke daling van WAI-score tussen 40 en 44, tweede sterkere daling na 55e levensjaar.	ongunstige ergonomie, afname van controle over het werk, tijdsdruk zijn gerelateerd aan lage WAI-score	slechte of matige ervaringen met management geven lagere WAI-score		het ervaren van een slechte gezondheid, aandoening aan spieren of botten of psychosomatische symptomen geven lagere WAI-score	
<b>132 vrouwelijke werknemers in de thuiszorg, Finland, longitudinale data (Pohjonen, 2001)</b>					zwaarlijvigheid hangt samen met afname van werkvermogen; slechte scores op fysieke fitheidstesten hangen samen met afname van WAI-score	