

*Duurzame inzetbaarheid in de Limburgse zorg*

## **Resultaten van een onderzoek naar werkvermogen in de Limburgse zorg**

In opdracht van Stichting Zorg aan Zet

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt dankzij bijdragen van  
de provincie Limburg, het ministerie van VWS, ZonMw, CZ en stichting IZZ

*Rotterdam, juli 2015*

Dr. Suzan Robroek

Kerstin Reeuwijk, M.Sc.

Prof.dr.ir Lex Burdorf



## Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING</b>	5
<b>ACHTERGROND</b>	9
<b>1. DE ONDERZOEKSPOPULATIE</b>	12
<i>1.1 Respons</i>	12
<i>1.2 Kenmerken onderzoekspopulatie</i>	12
<b>2. WERKVERMOGEN</b>	14
<b>3. DE ORGANISATIE, HRM EN WERKVERMOGEN</b>	16
<i>3.1 De organisatie en werkvermogen</i>	16
<i>3.2 HRM en werkvermogen vanuit een organisatieperspectief</i>	16
<i>3.3 HRM en werkvermogen vanuit een individueel perspectief</i>	18
<i>3.4 Conclusies</i>	19
<b>4. INDIVIDUELE FACTOREN, WERK EN WERKVERMOGEN</b>	20
<i>4.1 Individuele kenmerken en werkvermogen</i>	20
<i>4.2 Leefstijl, gezondheid en werkvermogen</i>	21
<i>4.3 Werk-gerelateerde factoren en werkvermogen</i>	22
<i>4.5 Conclusies</i>	23
<b>5. OORZAKEN VAN EEN VERMINDERD WERKVERMOGEN – SAMENGEVAT</b>	24
<b>6. GEVOLGEN VAN EEN VERMINDERD WERKVERMOGEN</b>	25
<i>6.1 Werkvermogen en arbeidsproductiviteit</i>	25
<i>6.2 Werkvermogen, interne en externe mobiliteit</i>	25
<i>6.3 Werkvermogen en medische consumptie</i>	26

---

<b>6.4 Conclusies</b>	27
<b>7. VERVOLGTRAJECTEN NA EEN VERMINDERD WERKVERMOGEN</b>	28
<b>8. ONDERNOMEN ACTIES IN HET KADER VAN DUURZAME INZETBAARHEID</b>	30
<i>8.1 Behoeften van medewerkers</i>	30
<i>8.2 Implementatie van acties</i>	30
<i>8.3 Mate van succesvolle implementatie</i>	34
<i>8.4 Deelname aan acties</i>	34
<i>8.5 Acties op het gebied van fysieke arbeidsbelasting</i>	36
<i>8.6 Acties op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting</i>	36
<i>8.7 Acties op het gebied van een gezonde leefstijl</i>	37
<i>8.8 Effecten van acties</i>	38
<i>8.9 Conclusies</i>	38
<b>REFERENTIES</b>	39
<b>BIJLAGE 1: STATISTISCHE ANALYSE</b>	40
<b>BIJLAGE 2: INDELING MATE VAN SUCCESVOLLE IMPLEMENTATIE</b>	41

## **Samenvatting**

Deze rapportage beschrijft de resultaten van een onderzoek naar duurzame inzetbaarheid in de Limburgse zorgsector. In 2010 heeft Zorg aan Zet het project WAI/Werkvermogen geïnitieerd. In de periode 2011-2012 is de WerkVermogensMonitor (WVM) ingezet in 18 organisaties met in totaal 8426 deelnemende medewerkers. Twee jaar na de beginmeting hebben 13 organisaties de vragenlijst nogmaals ingezet, en hebben 4112 medewerkers deelgenomen. Alle gegevens zijn verzameld door Preventned. De onderzoeksgroep Arbeid en Gezondheid van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC is verzocht een analyse te maken om onderstaande vraagstellingen te beantwoorden.

### *Vraagstellingen*

Voor het onderzoek zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Wat is het werkvermogen van medewerkers in de Limburgse zorgsector?
- Wat zijn de oorzaken van een verminderd werkvermogen?
- Wat zijn de gevolgen van een verminderd werkvermogen voor verzuim, productiviteitsverlies tijdens het werk en medische consumptie?
- Wat zijn de gevolgen van een verminderd werkvermogen voor de interne en externe mobiliteit?
- Wat is de mening van medewerkers over gezondheidsbevordering op de werkplek?
- Welke medewerkers nemen deel aan activiteiten voor het behouden of verbeteren van het werkvermogen?
- Aan wat voor activiteiten nemen medewerkers deel, op eigen initiatief of via het aanbod van de werkgever?
- Wat is de invloed van deelname aan acties op het werkvermogen?

### *Onderzoekspopulatie*

1. Aan de beginmeting hebben 8426 deelnemers uit 18 organisaties meegedaan. Dat is 55% van de uitgenodigde medewerkers.
2. In totaal hebben 2876 deelnemers uit 13 organisaties zowel aan de begin- als aan de eindmeting meegedaan. Dat is 51% van de medewerkers die in deze 13 organisaties aan de beginmeting hadden meegedaan.
3. De respons varieerde sterk tussen de deelnemende organisaties (tussen 35% en 95%).
4. De gemiddelde leeftijd op de beginmeting is 43 jaar, en 82% was vrouw. Het merendeel heeft een middelbaar (51%) of hoog (37%) opleidingsniveau.

*Duurzame inzetbaarheid in de Limburgse zorgsector*

1. Bij de start had 81% van de deelnemende medewerkers uit de 18 organisaties een goed of uitstekend werkvermogen. Bij 16% was het werkvermogen matig, en bij 3% slecht. In Nederland had in 2011 gemiddeld 13% een matig werkvermogen en 2% een slecht werkvermogen.
2. In de afgelopen twee jaar is het gemiddelde werkvermogen van de medewerkers niet veranderd.

*Organisatie, HRM en duurzame inzetbaarheid*

In organisaties waar een beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid bestaat, is het gemiddelde werkvermogen hoger.

De top 3 factoren op het gebied van HRM die werkvermogen positief beïnvloeden:

- Waardering uitspreken naar medewerkers en medewerkers motiveren
- Jaarlijkse functioneringsgesprekken met duidelijke afspraken
- Medewerkers ondersteunen in de ontwikkeling

Disbalans tussen werk en privéleven blijkt een belangrijke risicofactor voor een verminderd werkvermogen.

*Werkbelasting en werkvermogen*

De top 3 risicofactoren op het gebied van arbeidsbelasting die het werkvermogen negatief beïnvloeden:

- Een hogere werkdruk
- Minder regelmogelijkheden
- Werken in ongemakkelijke houdingen

*Gezondheid, gezondheidsgedrag en werkvermogen*

De top 3 risicofactoren op het gebied van gezondheid en gezondheidsgedrag die het werkvermogen negatief beïnvloeden:

- De eigen gezondheid als matig of slecht ervaren
- Zwaar overgewicht (obesitas)
- Onvoldoende lichamelijke activiteit in de vrije tijd

*Gevolgen van een verminderde inzetbaarheid*

1. Een verminderd werkvermogen is een risicofactor voor een verminderde arbeidsproductiviteit, en voor het verlaten van de zorgsector.

2. Respondenten met een verminderd werkvermogen maken vaker gebruik van medische hulp.

*Acties om het werkvermogen te behouden of verbeteren*

1. Medewerkers vinden dat:
  - zorgorganisaties activiteiten moeten aanbieden ter verbetering van gezondheid;
  - zorgorganisaties dat nu nog onvoldoende doen.
2. Medewerkers willen:
  - graag meedoen aan gezondheidsactiviteiten op het werk;
  - vooral graag meedoen als ze een verminderd werkvermogen hebben.
3. Veel medewerkers ondernemen acties
  - op het gebied van fysieke arbeidsbelasting (16%), psychosociale arbeidsbelasting (59%), en een gezonde leefstijl (33%);
  - en doen dit ook vaak op eigen initiatief
  - met name medewerkers met een verminderd werkvermogen worden bereikt
4. Een betere implementatie:
  - Hangt samen met een grotere deelname aan activiteiten via het aanbod van de werkgever.

Diverse organisaties geven om privacyoverwegingen geen inzicht in deelname aan gesprekken op basis van de WVM en ondernomen activiteiten. Op basis van informatie van de organisaties die via Preventned het vervolgttraject hebben vormgegeven blijkt dat bijna de helft van de uitgenodigde medewerkers met een verminderd werkvermogen een vervolgggesprek met plan van aanpak heeft gehad. Het werkvermogen blijkt in grotere mate te zijn verbeterd bij die medewerkers die een vervolgggesprek hebben gehad.

De effecten van deelname aan eigen gekozen acties is niet goed vast te stellen. Deze acties worden ondernomen door zowel medewerkers met een goed als matig/slecht werkvermogen. Doordat slechts een klein deel van de organisaties drie metingen hebben gedaan, is niet vast te stellen of een actie in het eerste jaar heeft geleid tot verbetering van werkvermogen in het tweede jaar.

**Concluderend**

1. Oorzaken van een verminderd werkvermogen liggen in:
  - \* organisatie: geen beleid op duurzame inzetbaarheid
  - \* HRM: onvoldoende waardering, rol van de leidinggevende, duidelijkheid van (het bij bijdragen aan) organisatiedoelen, disbalans tussen werk en privé.

\* werk: fysieke arbeidsbelasting (tillen, ongunstige houdingen), werkdruk, regelmogelijkheden, afwisseling in het werk

\* gezondheid: een ongezonde leefstijl, zoals te weinig lichaamsbeweging, en obesitas

2. Van veel acties van werknemers is niet bekend wat de te verwachten effecten zijn op de oorzaken van verminderd werkvermogen. Daarom is het raadzaam dat:

- organisaties monitoren wie er meedoet aan welke activiteiten gericht op verbeteren van de inzetbaarheid

- organisaties vastleggen of werknemers ook baat hebben bij deze activiteiten

- organisaties een integraal beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid hanteren met oog voor belangrijke oorzaken van verminderd werkvermogen (HRM aspecten, werkbelasting, gezondheid, individuele kenmerken).



## **Achtergrond**

### *Werkvermogen en duurzame inzetbaarheid*

Duurzaam inzetbaar betekent dat medewerkers doorlopend in hun arbeidsleven over mogelijkheden beschikken om nu en in de toekomst met behoud van gezondheid en welzijn te blijven werken (Van der Klink e.a. 2011). Volgens een advies van de Sociaal-Economische Raad (2009) spelen in duurzame inzetbaarheid werkvermogen, employability en vitaliteit een belangrijke rol.

### *Project WAI/Werkvermogen?*

In 2010 heeft Zorg aan Zet het project WAI/Werkvermogen in de Limburgse zorgsector geïnitieerd. In de periode 2011-2012 is de WerkVermogensMonitor (WVM) ingezet in 18 instellingen met in totaal 8426 deelnemende werknemers. De dataverzameling is uitgevoerd door Preventned.

De 'work ability index' (WAI) staat centraal in de WVM. De WAI is in het begin van de jaren '80 door het Finnish Institute of Occupational Health ontwikkeld in het kader van een grootschalig onderzoek onder oudere werknemers in Finse bedrijven. De WAI is een instrument dat wordt gebruikt voor het beoordelen van het werkvermogen van werknemers, gebaseerd op een zevental dimensies over zowel fysieke als mentale belasting in het werk, de individuele gezondheid en beschikbare capaciteiten van de werknemer. Op basis van de antwoorden op deze items kan een somscore worden berekend welke in hoogte kan variëren tussen de 7 en 49. Hoe hoger de score hoe beter het werkvermogen. De kwalitatieve indeling in een viertal categorieën van de WAI score luidt: 7-27 (slecht), 28-36 (matig), 37-43 (goed) en 44-49 (uitstekend). De WAI is inmiddels vertaald in meerdere talen en wordt in verschillende landen ingezet, zowel in de praktijk van de arbozorg als voor wetenschappelijke doeleinden.

Naast de WAI wordt met de WVM zelf-gerapporteerde informatie verzameld over belangrijke determinanten van werkvermogen, zoals leefstijl, gezondheid, psychosociale en fysieke werkkenmerken. Daarnaast komen vragen over productiviteit en medische consumptie aan bod.

### *Oorzaken en gevolgen van verminderd werkvermogen*

In Nederland heeft de WAI een zeer sterk voorspellend vermogen voor arbeidsongeschiktheid (Alavinia e.a. 2009a) en langdurig verzuim (Alavinia e.a. 2009b). Daarnaast hangt een verminderd werkvermogen samen met productiviteitsverlies tijdens het werk (Van den Berg

e.a. 2010a). Een analyse onder ruim 5000 werknemers uit diverse sectoren laat zien dat de proportie werknemers die een bezoek aan huisarts, specialist, fysiotherapeut of psycholoog hebben gebracht in de afgelopen 12 maanden significant hoger is onder werknemers met een lager werkvermogen. Tevens is onder deze werknemers het gemiddelde aantal bezoeken per jaar ook aanmerkelijk hoger (Burdorf 2010).

In uitgebreid onderzoek naar determinanten van de WAI blijken fysieke en psychosociale arbeidsomstandigheden (tillen, belastende werkhoudingen, hoge werkdruk, gebrek aan regelmogelijkheden), leefstijl, de thuissituatie en algemene gezondheid van belang (Van den Berg e.a. 2008, 2009). Deze factoren zullen ook onderzocht worden in het project WAI/Werkvermogen.

### *Vraagstellingen*

Voor het onderzoek zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Wat is het werkvermogen van medewerkers in de Limburgse zorgsector?
- Wat zijn de oorzaken van een verminderd werkvermogen?
- Wat zijn de gevolgen van een verminderd werkvermogen voor verzuim, productiviteitsverlies tijdens het werk en medische consumptie?
- Wat zijn de gevolgen van een verminderd werkvermogen voor de interne en externe mobiliteit?
- Wat is de mening van medewerkers over gezondheidsbevordering op de werkplek?
- Welke medewerkers nemen deel aan activiteiten voor het behouden of verbeteren van het werkvermogen?
- Aan wat voor activiteiten nemen medewerkers deel, op eigen initiatief of via het aanbod van de werkgever?
- Wat is de invloed van deelname aan acties op het werkvermogen?

### *Analyse*

De gegevens zijn afkomstig uit een longitudinaal onderzoek met twee meetmomenten. Mogelijke determinanten van werkvermogen zijn tijdens de beginmeting uitgevraagd. Bij de nameting werd de mate van productiviteitsverlies en medische consumptie in kaart gebracht, alsmede inzicht verkregen in welke acties medewerkers hebben ondernomen om hun werkvermogen te behouden of te verbeteren en welke activiteiten organisaties hebben ingezet in het kader van de inzetbaarheid van de medewerkers. In bijlage 1 vindt u de wijze waarop de gegevens geanalyseerd zijn.

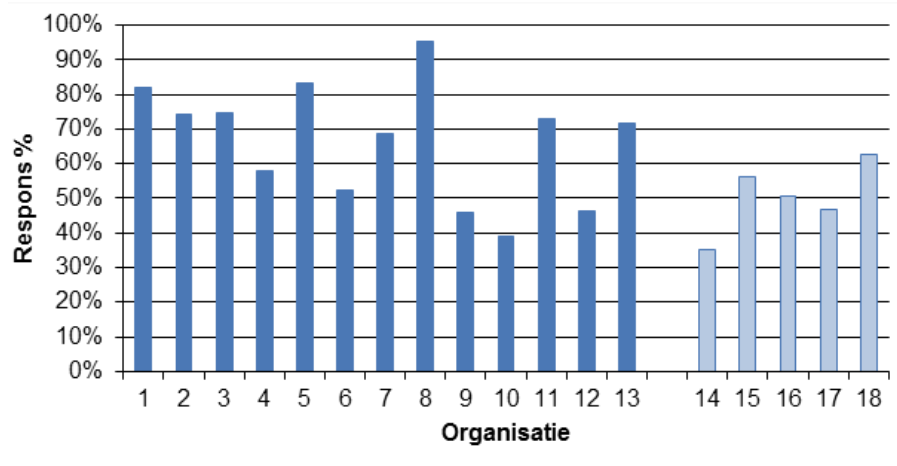
*Leeswijzer*

Hoofdstuk 1 beschrijft de onderzoekspopulatie en wordt gevolgd door een beschrijving van het werkvermogen (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 komt de relatie tussen organisatie, HRM, en werkvermogen aan bod. Hoofdstuk 4 beschrijft de rol van individuele kenmerken, leefstijl en fysieke en psychosociale werkfactoren. In hoofdstuk 5 wordt een verminderd werkvermogen in relatie tot mogelijke gevolgen als productiviteitsverlies tijdens het werk, in- en externe mobiliteit, en medische consumptie beschreven. In hoofdstuk 6 worden de ingezette vervolgtrajecten op individueel niveau en de verandering in werkvermogen beschreven. Hoofdstuk 7 beschrijft de behoeften van werknemers met betrekking tot activiteiten gericht op hun gezondheid, de implementatie van activiteiten, welke medewerkers deelnemen aan activiteiten om hun werkvermogen te behouden of verbeteren, aan welk type activiteiten men deelneemt en in hoeverre deelname het werkvermogen beïnvloedt.

## 1. De onderzoekspopulatie

### 1.1 Respons

Werknemers van 18 organisaties hebben een uitnodiging ontvangen om de WVM in te vullen. In totaal hebben 8426 van de 15358 uitgenodigde werknemers de vragenlijst ingevuld (respons: 55%).



**Figuur 1.1** Respons per organisatie (n=18)

Twee jaar na de beginmeting hebben 13 organisaties opnieuw de medewerkers uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Van de 5598 medewerkers van deze 13 organisaties die de beginmeting hebben ingevuld hebben 2876 bij de eindmeting opnieuw de vragenlijst ingevuld (51%).

### 1.2 Kenmerken onderzoekspopulatie

De totale onderzoekspopulatie bestaat voornamelijk uit vrouwen, en de gemiddelde leeftijd is 43 jaar. De meerderheid had een middelbaar of hoog opleidingsniveau en ervaart het werk als fysiek en mentaal belastend (zie Tabel 1.1).

**Tabel 1.1** kenmerken onderzoekspopulatie (n=8426)

Kenmerk		n	%
Geslacht	vrouw	6904	82%
	man	1522	18%
Gemiddelde leeftijd (standaarddeviatie)		M=43 jaar (SD=11 jaar)	
Opleidingsniveau	laag	990	12%
	midden	4283	51%
	hoog	3153	37%
Type werk	fysiek belastend	849	10%
	fysiek en mentaal belastend	4389	52%
	mentaal belastend	3188	38%

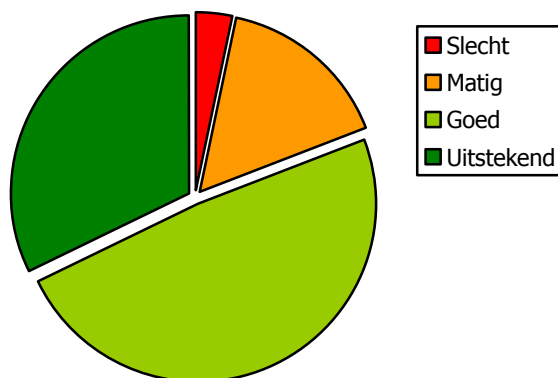
Tabel 1.2 beschrijft de kenmerken van de medewerkers die zowel aan de begin- als aan de eindmeting hebben deelgenomen. De kenmerken komen sterk overeen met de volledige onderzoeksgroep op de beginmeting.

**Tabel 1.2** kenmerken onderzoekspopulatie (n=2876)

Kenmerk		n	%
Geslacht	vrouw	2398	83%
	man	478	17%
Gemiddelde leeftijd (standaarddeviatie)		M=43 jaar (SD=11 jaar)	
Opleidingsniveau	laag	309	11%
	midden	1594	55%
	hoog	973	34%
Type werk	fysiek belastend	273	10%
	fysiek en mentaal belastend	1607	56%
	mentaal belastend	996	35%

## 2. Werkvermogen

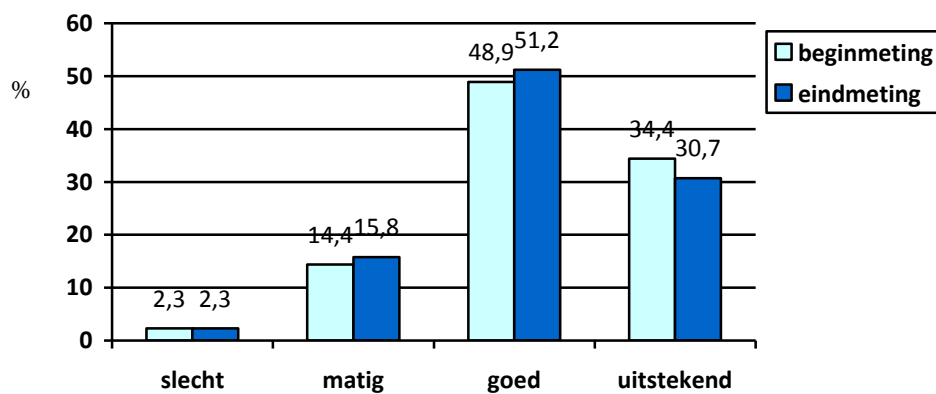
De meerderheid van de medewerkers heeft een goed (49%) of uitstekend (32%) werkvermogen (Figuur 2.1). Bij 16% is er sprake van een matig werkvermogen, en bij 3% werd een slecht werkvermogen gemeten.<sup>1</sup> Deze percentages zijn vergelijkbaar met gegevens uit eerder gepubliceerde studies (o.a. Van den Berg e.a. 2011). Volgens gegevens van Blik op Werk had in 2011 13% van de Nederlandse werkenden een matig werkvermogen en 2% een slecht werkvermogen. De gemiddelde score op de work ability index was 40,32 punten (standaard deviatie: 5,56).



**Figuur 2.1** Verdeling van werkvermogen

Bij de 13 organisaties met een begin- en eindmeting is onderzocht in hoeverre het werkvermogen is veranderd gedurende het twee jaar durende onderzoek. Figuur 2.2 laat zien dat in deze groep zowel tijdens de beginmeting als tijdens de eindmeting 2,3% een slecht werkvermogen had. In deze groep werden tijdens de beginmeting gemiddeld 40,83 punten (standaarddeviatie: 5,11) gescoord op de work ability index, en bij de eindmeting 40,49 punten (standaarddeviatie: 5,21). Over de periode van 2 jaar werkvermogen is het werkvermogen niet veranderd.

<sup>1</sup> Door afronding is de som van de gepresenteerde percentages niet exact 100%



**Figuur 2.2** Verdeling van werkvermogen bij deelnemers met een begin- en eindmeting.

### 3. De organisatie, HRM en werkvermogen

#### 3.1 De organisatie en werkvermogen

Tussen de organisaties varieert het percentage deelnemers met een verminderd werkvermogen op de beginmeting tussen de 8% en 33%. Verschillen tussen de organisaties in het gemiddelde werkvermogen tussen de organisaties is gedeeltelijk te verklaren door verschillen in de personeelsopbouw (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau). Van deze individuele factoren draagt het opleidingsniveau van medewerkers het meeste bij aan het werkvermogen.

Het gemiddelde werkvermogen is bijna drie punten hoger bij organisaties met een beleid gericht op duurzame inzetbaarheid. Het werkvermogen is een fractie hoger in organisaties die in hun missie of visie impliciet of expliciet duurzame inzetbaarheid van de medewerkers aan bod laten komen. In organisaties waarin een projectgroep is samengesteld ten behoeve van het project WAI/werkvermogen is het gemiddelde werkvermogen tot 1,18 punten hoger dan in organisaties waar geen projectgroep is samengesteld.

#### 3.2 HRM en werkvermogen vanuit een organisatieperspectief

In het onderdeel 'werktevredenheid' werden vragen gesteld gericht op afdeling- en organisatie-doelen, functioneringsgesprekken en werkoverleg, ontwikkeling en opleidingsmogelijkheden en over de rol van de leidinggevende met betrekking tot het uiten van waardering, feedback en motivering. De verschillen in werkvermogen tussen de organisaties zijn deels te verklaren door deze factoren. Tabel 3.1 laat de belangrijkste HRM toepassingen zien die samenhangen met het werkvermogen. Het werkvermogen is consistent hoger bij organisaties met een grotere fractie deelnemers die antwoorden dat de diverse factoren rondom HRM aanwezig zijn in de organisatie. Zo is het gemiddelde werkvermogen bij organisaties waar 10% meer van de medewerkers aangeeft dat de leidinggevende waardering naar hen uitspreekt 1,10 punten hoger.



**Tabel 3.1** HRM en werkvermogen in de organisaties (n=18 organisaties)

Toepassing	Voorkomen %	Invloed op gemiddelde werkvermogen bij 10% stijging punten (95% BI) <sup>1, 2</sup>
<i>Gesprekscyclus</i>		
% in de organisatie dat antwoordt dat afspraken die tijdens het functioneringsgesprek worden gemaakt, worden nagekomen	79%	0,84 (0,24-1,43)*
% in de organisatie dat het afgelopen jaar minimaal 1 functioneringsgesprek heeft gehad	74%	0,56 (0,12-0,99)*
<i>Opleiding &amp; ontwikkeling</i>		
% in de organisatie van mening dat de leidinggevende ondersteunt in hun ontwikkeling	84%	0,72 (-0,03-1,46)
<i>Rol leidinggevende</i>		
% in de organisatie van mening dat de leidinggevende waardering naar hen uitspreekt	81%	1,10 (0,43-1,76)*
% in de organisatie dat antwoordt dat de leidinggevende hen motiveert waardoor de prestaties verbeteren	65%	0,57 (-0,06-1,20)

\*  $p < 0,05$  (statistisch significant), overige associaties  $p < 0,10$

<sup>1</sup> punten: gemiddelde stijging in werkvermogen bij een verandering van 10% in het betreffende kenmerk, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval,

<sup>2</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, en opleidingsniveau in de organisatie

### 3.3 HRM en werkvermogen vanuit een individueel perspectief

Tabel 3.2 toont de resultaten vanuit een individueel perspectief, en laat zien dat al deze aspecten rondom HRM samenhangen met werkvermogen. Dit wordt uitgedrukt in odds ratios (OR). Een odds ratio groter dan 1 betekent een grotere kans op een verminderd werkvermogen. Voornamelijk de onbekendheid met doelen en de bijdrage die daaraan geleverd wordt, blijkt samen te hangen met een verminderd werkvermogen (zie Tabel 3.2).

**Tabel 3.2** HRM en werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		n	%	Verminderd werkvermogen OR (95% BI) <sup>1, 3</sup>
Doelen organisatie	positief (ref.) <sup>2</sup>	6032	78	1,00
	negatief	1766	22	1,86 (1,64-2,12)*
Gesprekscyclus	positief (ref.)	5322	66	1,00
	negatief	2746	34	1,57 (1,40-1,77)*
Opleiding & ontwikkeling	positief (ref.)	5699	71	1,00
	negatief	2367	29	1,59 (1,42-1,80)*
Rol leidinggevende	positief (ref.)	4792	59	1,00
	negatief	3270	41	1,74 (1,55-1,95)*

\* p < 0,05 (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, <sup>2</sup> ref: referentiecategorie

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

De waardering die medewerkers vanuit de organisatie en vanuit cliënten ervaren spelen een rol in het werkvermogen (zie Tabel 3.3). Een andere factor die sterk samenhangt met werkvermogen is de balans die werknemers ervaren tussen werk en privé. Bij werknemers met een disbalans tussen werk en privé wordt 4,5x zo vaak een verminderd werkvermogen gemeten als bij werknemers met een goede balans tussen werk en privé (Tabel 3.3).

**Tabel 3.4** Werk-gerelateerde factoren en werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		n	%	Verminderd werkvermogen OR (95% BI) <sup>1, 3</sup>
Waardering van organisatie	voldoende (ref.) <sup>2</sup>	5718	68	1,00
	onvoldoende	2629	32	2,42 (2,16-2,71)*
Waardering van cliënten	voldoende (ref.)	7755	92	1,00
	onvoldoende	642	8	1,64 (1,36-1,98)*
Voldoende salaris	voldoende (ref.)	4214	50	1,00
	onvoldoende	4183	50	1,44 (1,29-1,61)*
Balans werk en privé	balans (ref.)	6949	83	1,00
	disbalans	1448	17	4,57 (4,01-5,19)*

\* p < 0,05 (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, <sup>2</sup> ref: referentiecategorie

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

### 3.4 Conclusies

- HRM aspecten blijken samen te hangen met het werkvermogen. In organisaties waarin medewerkers functioneringsgesprekken krijgen waarin afspraken worden gemaakt die worden nagekomen blijkt het werkvermogen hoger. Hetzelfde geldt voor organisaties waarin leidinggevendens waardering uitspreken naar hun medewerkers en hen ondersteunen.
- Medewerkers die onvoldoende waardering vanuit de organisatie ervaren hebben vaker een verminderd werkvermogen.
- Onvoldoende balans tussen werk en privé hangt samen met een verminderd werkvermogen.
- De rol van de leidinggevende en duidelijkheid van (het bijdragen aan) organisatiedoelen zijn relevante factoren met het oog op werkvermogen.

## 4. Individuele factoren, werk en werkvermogen

### 4.1 Individuele kenmerken en werkvermogen

Bij 17% van de mannen en 20% van de vrouwen werd een verminderd werkvermogen gemeten. Een verminderd werkvermogen komt tweemaal zo vaak voor in de groep van 50 jaar en ouder dan bij werknemers jonger dan 30 jaar (zie Tabel 4.1). Ook blijken een lager opleidingsniveau en fysiek belastend werk, twee factoren die onderling samenhangen, gerelateerd met een verminderd werkvermogen.

**Tabel 4.1** Individuele kenmerken, type werk en werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		Werkvermogen			
		slecht (n=285)	matig (n=1337)	goed (n=4089)	uitstekend (n=2715)
Geslacht	man	3%	14%	46%	37%
	vrouw	4%	16%	49%	31%
Leeftijd	jonger dan 30 jaar	2%	11%	48%	39%
	30-40 jaar	3%	13%	49%	35%
	40-50 jaar	3%	14%	50%	33%
	50 jaar en ouder	5%	21%	48%	27%
Opleidingsniveau	laag	5%	20%	50%	26%
	midden	4%	18%	50%	29%
	hoog	2%	12%	47%	39%

Zoals hierboven beschreven, komt een verminderd werkvermogen vaker voor bij oudere medewerkers en medewerkers met een laag opleidingsniveau. In Tabel 4.2 is bijvoorbeeld te zien dat respondenten met een laag opleidingsniveau een 2x zo hoge kans hebben op een verminderd werkvermogen als respondenten met een hoog opleidingsniveau.

**Tabel 4.2** Individuele kenmerken en werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		n	%	Verminderd werkvermogen OR (95% BI) <sup>1, 3</sup>
Geslacht	man (ref.) <sup>2</sup>	1522	18	1,00
	vrouw	6904	82	1,21 (1,05-1,41)*
Leeftijd	jonger dan 30 jaar (ref.)	1385	17	1,00
	30-40 jaar	1679	20	1,29 (1,05-1,58)*
	40-50 jaar	2328	28	1,42 (1,17-1,72)*
	50 jaar en ouder	2304	36	2,29 (1,91-2,73)*
Opleidingsniveau	hoog (ref.)	3153	37	1,00
	midden	4283	51	1,66 (1,47-1,88)*
	laag	990	12	2,02 (1,69-2,41)*

\* p &lt; 0,05 (statistisch significant)

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, <sup>2</sup> ref: referentiecategorie<sup>3</sup> gecorrigeerd voor organisatie

#### 4.2 Leefstijl, gezondheid en werkvermogen

Uit eerder onderzoek blijken leefstijlkenmerken en gezondheid een rol te spelen in werkvermogen. Ook bij de deelnemers aan het project WAI/Werkvermogen blijkt een ongezonde leefstijl en verminderde gezondheid samen te hangen met een verminderd werkvermogen (zie Tabel 4.3). Bij medewerkers met zwaar overgewicht (obesitas) en een matige of slechte eigen ervaren gezondheid wordt vaker een verminderd werkvermogen gemeten. In mindere mate spelen leefstijlgedragingen zoals onvoldoende lichamelijke activiteit, ongezonde voeding en roken een rol in het werkvermogen.

**Tabel 4.3** Leefstijl, gezondheid en verminderd werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		n	%	Verminderd werkvermogen OR (95% BI) <sup>1, 3</sup>
Lichamelijke activiteit	voldoende (ref.) <sup>2</sup>	5695	68	1,00
	onvoldoende	2726	32	1,27 (1,13-1,43)*
Fruit & groente	voldoende (ref.)	5862	70	1,00
	onvoldoende	2559	30	1,22 (1,09-1,38)*
Roken	niet roker (ref.)	6556	78	1,00
	huidige roker	1865	22	1,25 (1,10-1,42)*
Alcohol	≤ 10 glazen/week (ref.)	7694	91	1,00
	> 10 glazen/week	727	9	0,98 (0,80-1,20)
BMI	gezond gewicht (ref.)	4832	57	1,00
	overgewicht	2651	32	1,15 (1,01-1,30)*
	obesitas	942	11	1,94 (1,65-2,28)*
Ervaren gezondheid	(heel) goed (ref.)	6722	80	1,00
	matig of (heel) slecht	1677	20	15,55 (13,63-17,73)*

\* p < 0,05 (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, <sup>2</sup> ref: referentiecategorie

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

#### 4.3 Werk-gerelateerde factoren en werkvermogen

Diverse psychosociale en fysieke werkfactoren blijken een rol te spelen in het werkvermogen (Tabel 4.4). Werknemers met een hogere werkdruk, minder regelmogelijkheden, of veel in ongemakkelijke houdingen werken hebben zo'n 2 tot ruim 2,5 maal zo vaak een verminderd werkvermogen als werknemers die dit niet ervaren.

**Tabel 4.4** Werk-gerelateerde factoren en werkvermogen (n=8426)

Kenmerk		n	%	Verminderd werkvermogen OR (95% BI) <sup>1, 3</sup>
Regelmogelijkheden	meer (ref.) <sup>2</sup>	6035	72	1,00
	minder	2389	28	1,96 (1,75-2,17)*
Afwisseling	meer (ref.)	5266	63	1,00
	minder	3159	38	1,79 (1,60-2,00)*
Werkdruk	lager (ref.)	6244	74	1,00
	hoger	2181	26	2,58 (2,29-2,90)*
Type werk	mentaal (ref.)	3188	10	1,00
	mentaal en fysiek	4389	52	1,75 (1,53-2,00)*
	fysiek	849	38	1,68 (1,36-2,08)*
Lasten tillen	weinig (ref.)	6370	76	1,00
	veel	2055	24	1,85 (1,64-2,09)*
Ongemakkelijke houding	weinig (ref.)	6995	83	1,00
	veel	1430	17	2,79 (2,45-3,18)*

\*  $p < 0,05$  (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, <sup>2</sup> ref: referentiecategorie

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

#### 4.5 Conclusies

- Medewerkers met een hogere werkdruk en minder regelmogelijkheden hebben vaker een verminderd werkvermogen.
- Medewerkers die in ongemakkelijke houding werken en veel lasten moeten tillen hebben vaker een verminderd werkvermogen.
- Een verminderde ervaren gezondheid komt vaker voor bij medewerkers met een verminderd werkvermogen.
- Meer medewerkers met obesitas of onvoldoende lichamelijke activiteit in de vrije tijd hebben een verminderd werkvermogen.

## 5. Oorzaken van een verminderd werkvermogen – samengevat

Onderstaande tabel 5.1 toont de belangrijkste risicofactoren voor een verminderd werkvermogen op het gebied van HRM, werkbelasting, gezondheid en gezondheidsgedrag. Als geen van de medewerkers een disbalans tussen werk en privé ervaart, zou – theoretisch gezien - het percentage met een slecht of matig werkvermogen met 38% verminderd kunnen worden. Indien een 10% verbetering plaatsvindt in de balans tussen werk en privé zou het percentage deelnemers met een slecht of matig werkvermogen met 4% verminderd kunnen worden.

Tabel 5.1 Relatieve verandering in het % medewerkers met een verminderd werkvermogen na a) volledige eliminatie van de betreffende risicofactor, b) een scenario van 25% reductie in de risicofactor, en c) een scenario van 10% reductie in de risicofactor.

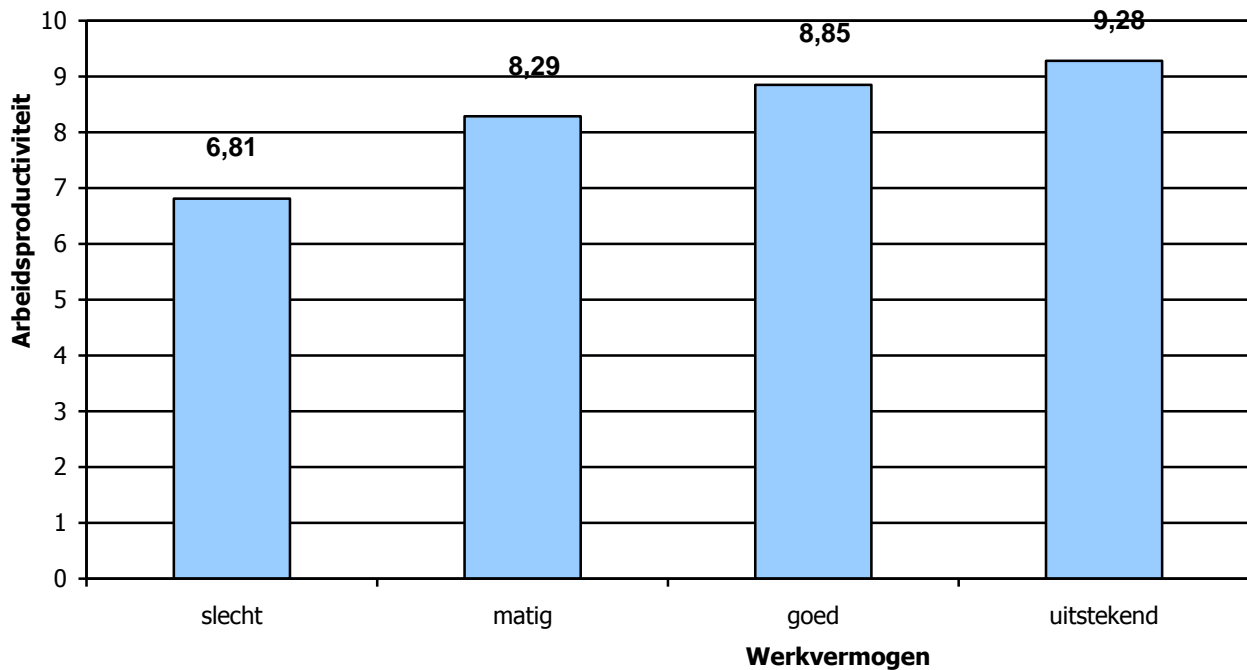
Risicofactor	Verandering in % verminderd werkvermogen (%)		
	Volledige eliminatie risicofactor	25% reductie in risicofactor	10% reductie in risicofactor
<i>HRM</i>			
Negatief m.b.t. gesprekscyclus	33%	8%	3%
Negatief m.b.t. opleiding & ontwikkeling	15%	4%	1%
Negatief m.b.t. duidelijkheid en bijdrage aan organisatiedoelen	16%	4%	2%
Negatief m.b.t. rol leidinggevende	23%	6%	3%
Onvoldoende waardering	31%	8%	3%
Disbalans tussen werk en privé	38%	9%	4%
<i>Werkbelasting</i>			
Hoge werkdruk	29%	7%	3%
Beperkte regelmogelijkheden	21%	5%	2%
Veel tillen	17%	4%	2%
Ongemakkelijke houding	23%	6%	2%
<i>Gezondheid- en gezondheidsgedrag</i>			
Obesitas	9%	2%	1%
Onvoldoende lichamelijke activiteit	8%	2%	1%



## 6. Gevolgen van een verminderd werkvermogen

### 6.1 Werkvermogen en arbeidsproductiviteit

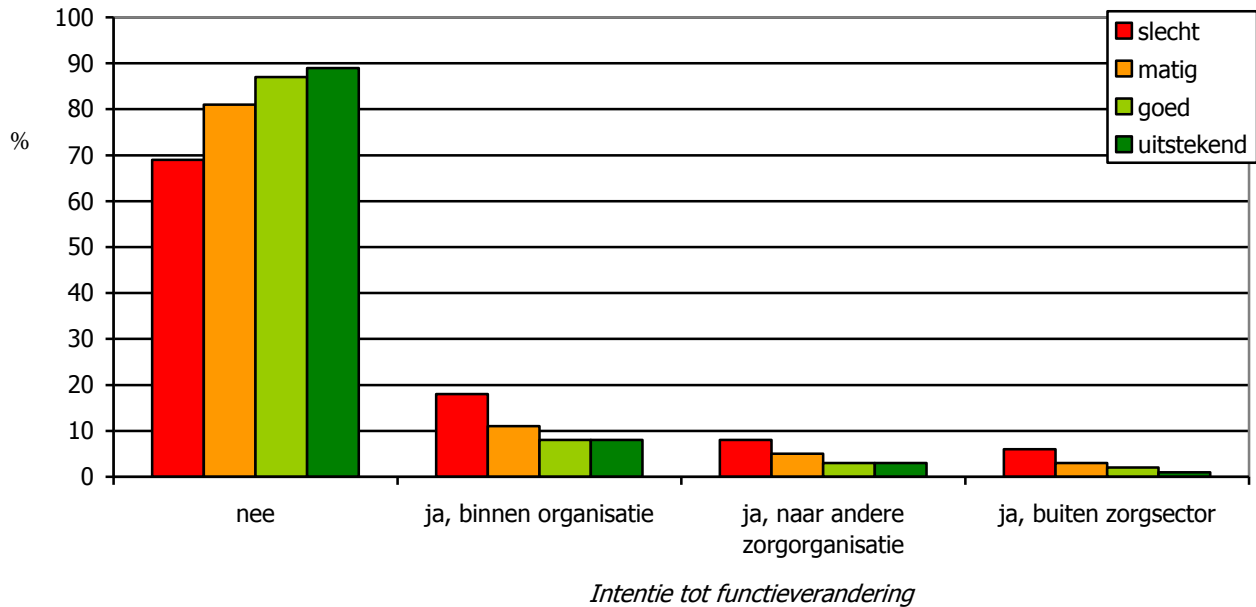
Werknemers met een verminderd werkvermogen scoren hun arbeidsproductiviteit statistisch significant lager dan werknemers met een goed of uitstekend werkvermogen (Figuur 6.1).



**Figuur 6.1** Werkvermogen en gemiddelde zelf-gerapporteerde arbeidsproductiviteit (0-10)

### 6.2 Werkvermogen, interne en externe mobiliteit

Een verminderd werkvermogen is gerelateerd aan zowel interne als externe mobiliteit. Deelnemers is gevraagd in hoeverre zij de intentie hebben om komend jaar van baan te veranderen binnen de organisatie, of de organisatie/zorgsector te willen verlaten. Bij de beginmeting was de meerderheid van de respondenten (86%) niet van plan komend jaar van baan te veranderen of de organisatie te verlaten, 9% was van plan van functie te veranderen binnen de organisatie, 4% bij een andere organisatie te gaan werken, en 2% wilde een andere baan buiten de gezondheidszorg. Voornamelijk medewerkers met een verminderd werkvermogen hadden de intentie van baan te veranderen, zowel binnen als buiten de organisatie (zie Figuur 6.2).



**Figuur 6.2** Werkvermogen en intentie tot verlaten zorgsector

### 6.3 Werkvermogen en medische consumptie

In Tabel 6.1 staat een overzicht van het gebruik van medische zorg over de verschillende categorieën van werkvermogen bij de beginmeting.

**Tabel 6.1** Werkvermogen en medische consumptie bij deelnemers aan het project WAI/werkvermogen (n=6.713)

	Werkvermogen			
	slecht (n=230)	matig (n=1087)	goed (n=3268)	uitstekend (n=2128)
<b>Raadpleging medische behandelaar in de afgelopen 12 maanden:</b>				
huisarts	87%	80%	66%	42%
fysiotherapeut	54%	43%	28%	14%
specialist	69%	51%	32%	15%
psycholoog/psychiater	35%	17%	7%	3%

De resultaten laten zien dat de proportie werknemers die medische hulp hebben gezocht in de afgelopen 12 maanden hoger is onder werknemers met een verminderd werkvermogen. Dit geldt zowel voor bezoek aan huisarts, specialist, fysiotherapeut als psycholoog. Onder de

werknemers met een verminderd werkvermogen is het gemiddelde aantal bezoeken per jaar ook aanmerkelijk hoger dan onder werknemers met een verminderd werkvermogen.

Voor de totale zorgconsumptie betekent dit dat er een sterke samenhang is met het werkvermogen. Als gekeken wordt naar de invloed van de verschillende dimensies binnen het werkvermogen, dan valt op dat alle afzonderlijke dimensies van de WAI samenhangen met zorgconsumptie.

Bij de deelnemers uit de organisaties met een begin- en eindmeting (n=2.878), zien we dat medewerkers met een verminderd werkvermogen bij de beginmeting vaker gebruik maken van medische zorg in de periode na deze beginmeting (zie Tabel 6.2).

**Tabel 6.2** Verminderd werkvermogen en medische consumptie bij deelnemers aan de begin- en eindmeting bij het project WAI/werkvermogen (n=2.878)

	Medische consumptie in afgelopen 12 maanden			
	Huisarts (n=1615)	Fysiotherapeut (n=734)	Specialist (n=798)	Psycholoog/ Psychiater (n=188)
	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Verminderd werkvermogen	2,16 (1,75-2,68)*	1,85 (1,50-2,28)*	2,51 (2,04-3,08)*	3,17 (2,28-4,41)*

\* p < 0,05 (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, ref: referentiecategorie – goed/uitstekend werkvermogen

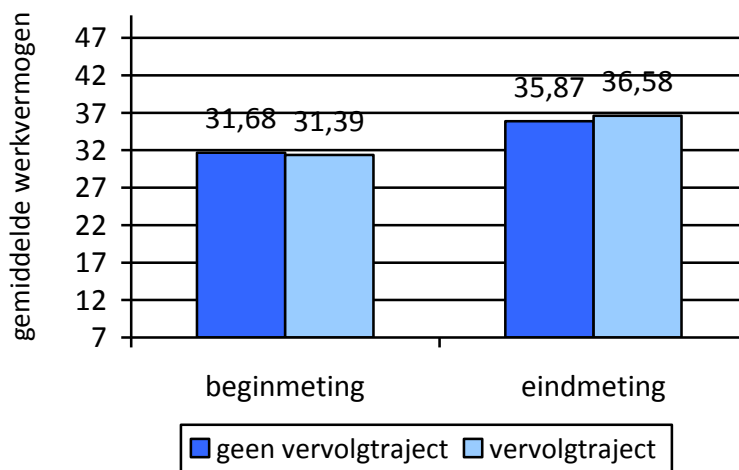
<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

#### 6.4 Conclusies

- Een verminderd werkvermogen is een risicofactor voor een verminderde arbeidsproductiviteit, en voor het verlaten van de zorgsector.
- Respondenten met een verminderd werkvermogen maken vaker gebruik van medische hulp.

## 7. Vervolgtrajecten na een verminderd werkvermogen

Naast de informatie uit de vragenlijst is de invloed van de vervolgtrajecten bij mensen met een verminderd werkvermogen geëvalueerd. Dit was uitsluitend mogelijk bij die organisaties die het vervolgtraject via Preventned hebben vormgegeven. In totaal hebben 11 organisaties dit gedaan. Bij de organisaties die het vervolgtraject op een andere wijze hebben vormgegeven is onbekend hoeveel en welke medewerkers hebben deelgenomen aan een vervolgtraject. Preventned heeft 625 van de 5.659 medewerkers (11%) uit de 11 organisaties uitgenodigd voor een aanvullend onderzoek. Hier hebben 272 medewerkers (44%) gehoor aan gegeven. De adviezen tijdens het aanvullend onderzoek betroffen zowel adviezen gericht op de fysieke en mentale gezondheid van de betreffende medewerker, alsmede mogelijkheden om het werk aan te passen en problemen bespreekbaar maken met de leidinggevende. Van 224 medewerkers (36%) die zijn uitgenodigd voor een aanvullend onderzoek zijn zowel gegevens van de beginmeting als de eindmeting beschikbaar.

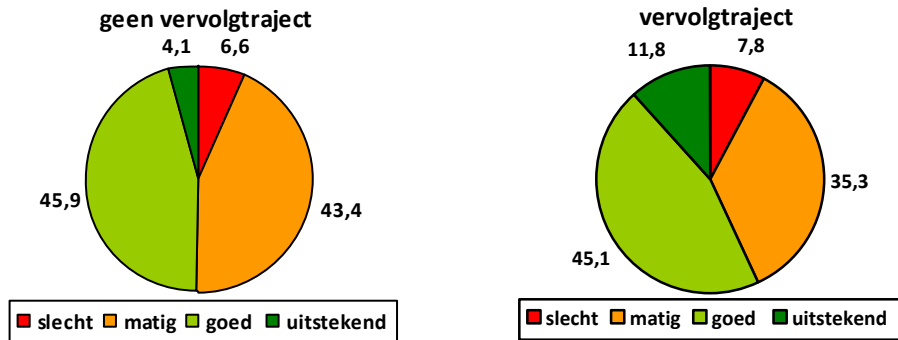


**Figuur 7.1** Werkvermogen op de begin- en eindmeting van medewerkers die wel (n=102) en niet (n=122) hebben deelgenomen aan een vervolgonderzoek via Preventned.

Figuur 7.1 presenteert het werkvermogen op de begin- en eindmeting van deze 224 medewerkers. Het werkvermogen in de totale groep met een verminderd werkvermogen is gedurende de periode van 2 jaar toegenomen van 31,55 naar 36,19. De toename is wat groter bij de groep die heeft deelgenomen aan een aanvullend onderzoek (5,19 punten) ten opzichte van de groep die hier wel voor is uitgenodigd maar niet heeft deelgenomen (4,19).

Een recent onderzoek laat geen verandering in de WAI score zien wanneer alleen de vragenlijst wordt ingevuld. Echter, wanneer het invullen van de vragenlijst wordt gevolgd door een gesprek is er een stijging in het gemiddelde werkvermogen van 34,8 naar 38,2 te zien (Coenen e.a. 2015).

Figuur 7.2 laat zien dat minder medewerkers die hebben deelgenomen aan een vervolgonderzoek op de eindmeting een verminderd werkvermogen had dan medewerkers die niet hebben deelgenomen aan de eindmeting. In totaal hadden in de groep met een vervolgtraject 7% minder mensen een verminderd werkvermogen dan in de groep zonder vervolgtraject.



**Figuur 7.2** Verdeling van werkvermogen op de eindmeting van medewerkers die wel (n=102, rechts) en niet (n=122, links) hebben deelgenomen aan een vervolgonderzoek via Preventned.

## 8. Ondernomen acties in het kader van duurzame inzetbaarheid

### 8.1 Behoeften van medewerkers

In enkele aanvullende vragen is aan medewerkers gevraagd in hoeverre zij behoefte hebben aan activiteiten gericht op het verbeteren van de gezondheid, en hun mening over dergelijke activiteiten.

Een op de vijf medewerkers geeft aan behoefte te hebben aan een programma gericht op het verbeteren van hun gezondheid: 15% van de medewerkers met een goed of uitstekend werkvermogen, en 43% van de medewerkers met een verminderd werkvermogen. De overgrote meerderheid van de respondenten (88%) vindt het goed dat de werkgever activiteiten aanbiedt gericht op de gezondheid van medewerkers. Bijna de helft (46%) is van mening dat de werkgever voldoende activiteiten aanbiedt om aan hun eigen gezondheid te werken. Echter, 75% regelt deelname aan activiteiten gericht op hun gezondheid liever zelf dan via de werkgever. Meer medewerkers met een verminderd werkvermogen (25%) vinden het moeilijk om op eigen kracht aan hun eigen gezondheid te werken dan medewerkers met een goed of uitstekend werkvermogen (13%). Een mogelijk voordeel van gezondheidsactiviteiten via het werk is het contact tussen collega's. Van de respondenten geeft 43% aan het prettig te vinden samen met collega's aan hun gezondheid te werken. Op de vraag of men van plan is via de werkgever mee te doen aan activiteiten gericht op gezondheid antwoordt 36% van wel: 35% van de medewerkers met een goed of uitstekend werkvermogen, en 41% van de medewerkers met een verminderd werkvermogen.

### 8.2 Implementatie van acties

Gedurende de periode van het onderzoek is er in deelnemende organisaties een diversiteit aan maatregelen genomen in het kader van de inzetbaarheid van medewerkers. Deze maatregelen betreffen bijvoorbeeld het opstellen van strategische beleidsnota's gericht op cultuur en leiderschap, opzetten van integraal gezondheidsmanagement, verbetering van communicatie door stroomlijnen van informatie, inzetten van coaches en intervisiegroepen, duurzame inzetbaarheid als thema in de gesprekscyclus, zelfroosting, activiteiten op het gebied van gezondheid (gezondheidschecks, thema-bijeenkomsten op het gebied van arbo) en gezonde leefstijl (gezonde voeding in restaurant, activiteiten op het gebied van sport en beweging en stoppen met roken).

In interviews hebben projectleiders van de deelnemende organisaties factoren genoemd die volgens hen nodig zijn voor een succesvolle implementatie van interventies (Tabel 8.1). Zo ervaren projectleiders dat het belangrijk is om aan te sluiten bij behoeften van medewerkers

en dat het bevorderend werkt als activiteiten kunnen worden uitgevoerd tijdens werktijd. Het wordt van groot belang gevonden dat er draagvlak is binnen de organisatie. Het inschakelen van (eventueel externe) experts kan volgens projectleiders bevorderend werken. Daarnaast noemt men dat het belangrijk is dat er een daadkrachtige kartrekker is die medewerkers en management weet te enthousiasmeren om activiteiten te implementeren. Bevorderende factoren voor deelname aan activiteiten door medewerkers zijn: voldoende regelmogelijkheden om deel te kunnen nemen aan activiteiten en activiteiten die aansluiten bij de behoefte. Tijdgebrek wordt als een belemmerende factor voor deelname genoemd.

**Tabel 8.1** Door projectleiders genoemde bevorderende factoren voor succesvolle implementatie van interventies

Deelname aan activiteiten mogelijk tijdens werktijd.
Toegankelijk maken door op meerdere tijdstippen aan te bieden (dat mensen met diensten bijv. ook kunnen deelnemen).
Goed inzicht in behoeften binnen de organisatie, bijv. via een werkgroep met afgevaardigden van alle afdelingen.
Structuur en herkenbaarheid in aanbod.
Experts inschakelen om acties neer te zetten.
Acties moeten gedragen worden door organisatie.

In Tabellen 8.2 en 8.3 worden factoren beschreven die projectleiders noemden als factoren die kunnen bijdragen of belemmerend kunnen werken bij het neerzetten van het thema duurzame inzetbaarheid met behulp van de WVM. Draagvlak van het hoger management en de overige managementlagen is volgens de projectleiders een belangrijke voorwaarde voor een succesvol beleid. Zo zeggen projectleiders:

*"als je bijvoorbeeld kijkt naar het verzuimbeleid...daarvan zeggen leidinggevenden in de top van de organisatie ook van dat vinden wij belangrijk en dan zie je ook dat het resultaat oplevert"*

*"je moet als organisatie gewoon altijd heel duidelijk je keuze maken om ergens aan mee te doen wanneer het past in datgeen waar je mee bezig bent, ik denk dat daar het succes vanaf hangt".*

Wanneer het thema eenmaal in de organisatie is opgenomen, wordt het belangrijk gevonden om er voortdurend aandacht aan te blijven besteden vanuit HRM om duurzame inzetbaarheid op de agenda te blijven houden. Dit wordt onder meer gedaan door communicatie via interne

kanalen (intranet, bedrijfsblad), het organiseren van themaweken, en het herhaald inzetten van de WVM.

**Tabel 8.2** Door projectleiders genoemde belemmerende factoren voor het neerzetten van het thema duurzame inzetbaarheid met behulp van de WVM

Weinig draagvlak bij hoger management.
Onrust in de organisatie (ga ik eruit als ik slecht scoor, privacy waarborg).
Zonder helder doel wat je wil bereiken beginnen aan thema duurzame inzetbaarheid.
'feestje van HRM': het moet echt iets van de medewerkers zijn. Duidelijk uitleggen wat bedoeling is van bijv. inzetten van WVM en wat medewerkers ermee kunnen doen.
Wanneer medewerkers zich niet bewust zijn van eigen regie/verantwoordelijkheid om inzetbaar te blijven. (wat kan ik zelf doen (evt. met ondersteuning van organisatie), wat moet ik bij management neerleggen).
Achterdocht bij medewerkers richting organisatie/leidinggevenden, geen vertrouwen in dat wat gezegd wordt ook gedaan wordt.
Als medewerkers niet durven 'bewegen', angst om vaste baan te verliezen.
Toegevoegde waarde van duurzame inzetbaarheid is niet duidelijk.

**Tabel 8.3** Door projectleiders genoemde bevorderende factoren op organisatieniveau voor neerzetten van het thema duurzame inzetbaarheid met behulp van de WVM

Stabiele organisatie.
Uitdragen van belang duurzame inzetbaarheid door hoger management.
Transparantie in communicatie m.b.t. reorganisatie om onrust in organisatie zoveel mogelijk weg te nemen.
Noodzaak tot: bijv. hoog verzuim, of bezuinigingen in de sector die ervoor zorgen dat de urgentie er is om iets met duurzame inzetbaarheid te doen.
Duidelijke verwachtingen uitspreken: wat verwacht organisatie van medewerker en wat kan de medewerker van de organisatie verwachten.
Relatie leidinggevende-medewerker waarin duurzame inzetbaarheid constant gespreksonderwerp is. Aandacht voor medewerker: niet denken 'het zal wel goed gaan'.
Inzetten van lerend netwerk overleg om ideeën uit te wisselen met organisaties die het zelfde traject doorlopen.
Lange termijn visie is belangrijk: wat wil ik over een x aantal jaar met mijn medewerkers bereiken.
Goed om verantwoordelijkheid bij medewerker te laten liggen om wat met inzicht in eigen werkvermogen te doen.
Geen apart 'project' van maken, valt onder gezondheidsbeleid en arbobeleid. Past binnen missie/visie.
Betrokkenheid van de ondernemingsraad.

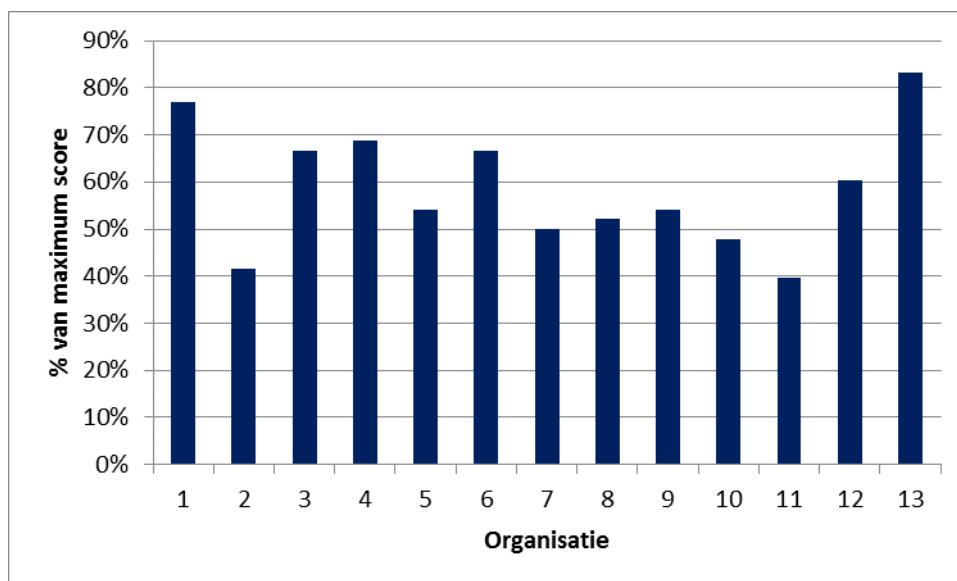


---

Lerende cultuur in plaats van een afrekeningscultuur.
Pilot werkvermogensmonitor doen in klein deel van organisatie, successen daarbinnen delen met raad van bestuur om hen te overtuigen welke resultaten behaald kunnen worden op gebied van duurzame inzetbaarheid.
Projectleider die vertrouwen heeft van en invloed heeft op hoger management.
Ambassadeurs (bijv. ergocoaches, leden van werkgroep) binnen de organisatie, op medewerker niveau, die andere medewerkers kunnen informeren/enthousiast kunnen maken voor het onderwerp.

### 8.3 Mate van succesvolle implementatie

Na afloop van de beginmeting hebben de deelnemende organisaties een plan van aanpak opgesteld om duurzame inzetbaarheid van medewerkers op de kaart te zetten. De organisaties zijn op basis van het zogenaamde RE-AIM framework ingedeeld in de mate van succesvolle implementatie. Door scores op de onderliggende dimensies Reach, Adoption, Implementation en Maintenance zijn de 13 organisaties met een begin- en eindmeting ingedeeld en vergeleken met betrekking tot deelname aan activiteiten ter bevordering en behoud van het werkvermogen. In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de definiëring van de dimensies van het RE-AIM framework. Figuur 8.1 laat de verdeling van de mate van succesvolle implementatie over de 13 organisaties zien.



**Figuur 8.1** Mate van succesvolle implementatie in de 13 organisaties met een begin- en eindmeting.

In deelnemende organisaties met een minder succesvolle implementatie is er een 45% lagere deelname aan activiteiten op het gebied van fysieke en 36% lagere deelname op het gebied van psychosociale werkkenmerken via het aanbod van de werkgever. Overigens blijken er geen structurele verschillen in werkvermogen op basis van de indeling naar mate van succesvolle implementatie.

### 8.4 Deelname aan acties

Tijdens de nameting is aan medewerkers gevraagd of zij in de afgelopen twee jaar acties hebben ondernomen in het kader van het behouden of verbeteren van hun werkvermogen. Driekwart van de medewerkers geeft aan een actie te hebben ondernomen. De acties zijn onderverdeeld naar acties op het gebied van a) de fysieke arbeidsbelasting, b) de

psychosociale arbeidsbelasting (verder ingedeeld in werkdruk, plannen/regelmogelijkheden, en balans tussen werk en privé), en c) een gezonde leefstijl.

Een belangrijke vraag is in hoeverre die medewerkers bereikt worden die het nodig hebben. In tegenstelling tot wat vaak beweerd wordt, blijken ook juist die mensen die het nodig hebben acties te ondernemen.

**Tabel 8.4** Verminderd werkvermogen en deelname aan activiteiten (al dan niet via het werk) (n=2.878)

	Deelname aan acties		
	Leefstijl (n=958)	Fysiek werk (n=446)	Psychosociaal werk (n=1697)
	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
Verminderd werkvermogen	1,46 (1,19-1,78)*	2,57 (2,04-3,25)*	1,66 (1,35-2,06)*

\*  $p < 0,05$  (statistisch significant),

<sup>1</sup> OR: odds ratio, 95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval, ref: referentiecategorie – goed/uitstekend werkvermogen

<sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie

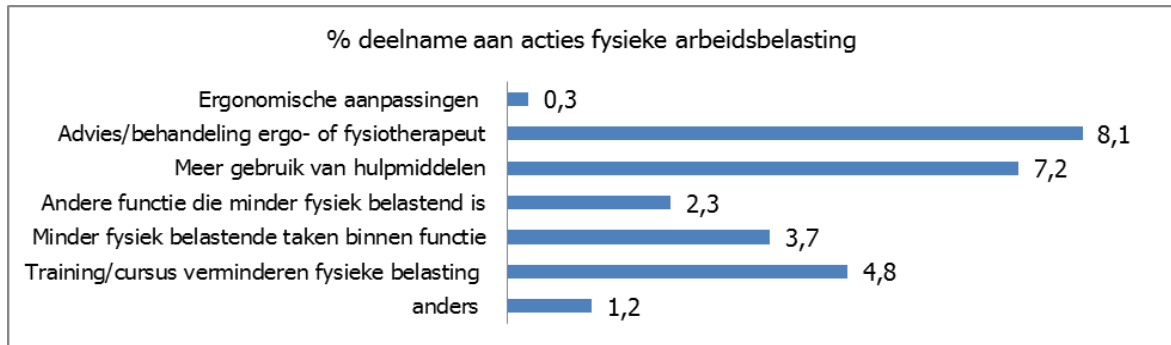
Relatief meer medewerkers met een slechtere gezondheid en ongezonde leefstijl blijken acties op het gebied van leefstijl te hebben ondernomen. Dit gebeurt veelal op eigen initiatief en niet via de werkgever. Ook zien we dat relatief meer mensen met fysiek zwaarder werk en een minder goede gezondheid acties op het gebied van fysieke arbeidsbelasting ondernamen. Relatief meer mensen met ongunstigere psychosociale werkomstandigheden ondernamen acties op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting. Net als bij activiteiten op het gebied van een gezonde leefstijl, gebeurt dit veelal op initiatief van de medewerker en niet via het gestructureerde aanbod van de werkgever.

Medewerkers die aan het begin van het onderzoek de intentie hadden deel te nemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten via de werkgever (36%) blijken gedurende de looptijd van het onderzoek meer te hebben deelgenomen aan activiteiten op het gebied van een gezonde leefstijl (38% versus 31%), verminderen van de fysieke werkbelasting (19% versus 14%), en verminderen van de psychosociale werkbelasting (62% versus 57%). Ook namen zij eerder deel via het aanbod van de werkgever.

Hieronder wordt per actiegebied beschreven welke acties medewerkers hebben ondernomen.

### 8.5 Acties op het gebied van fysieke arbeidsbelasting

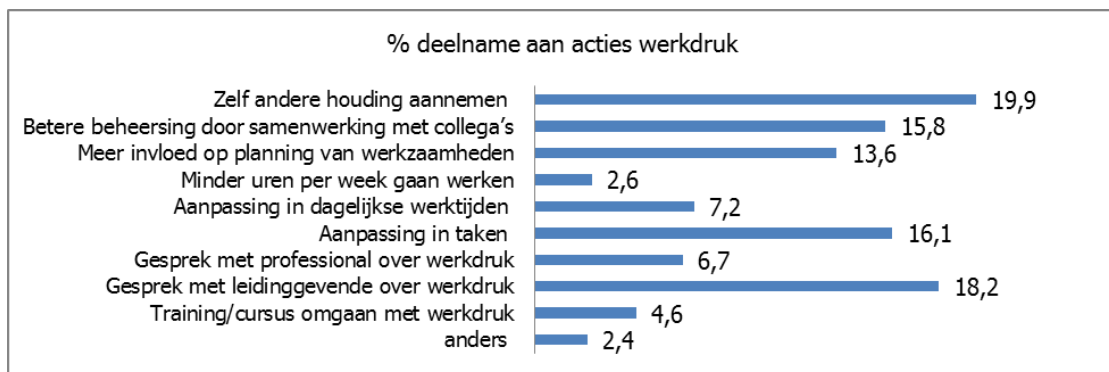
Zestien procent van de medewerkers antwoordt een of meerdere acties te hebben ondernomen op het gebied van de fysieke arbeidsbelasting. Figuur 8.2 laat zien welke acties medewerkers op het gebied van de fysieke arbeidsbelasting hebben ondernomen. De meerderheid van deze acties (55%) verliep via het aanbod van de werkgever.

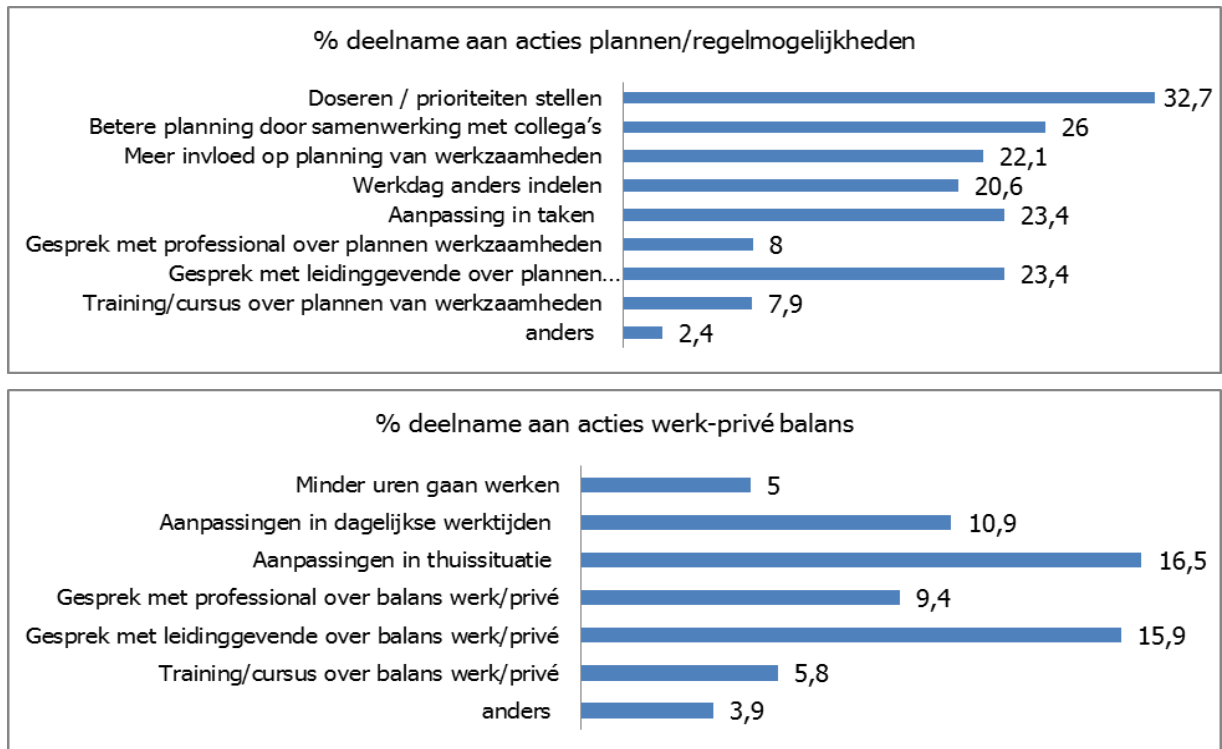


**Figuur 8.2** Deelname aan acties op het gebied van fysieke arbeidsbelasting

### 8.6 Acties op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting

Bijna zes op de tien medewerkers (59%) heeft een of meerdere acties te hebben ondernomen op het gebied van de psychosociale arbeidsbelasting. Figuur 8.3 laat zien welke acties medewerkers op dit gebied hebben ondernomen, onderverdeeld naar acties op het gebied van werkdruk, plannen/regelmogelijkheden, en de balans tussen werk en privé. De meerderheid van deze acties (64%) verliep via het aanbod van de werkgever.

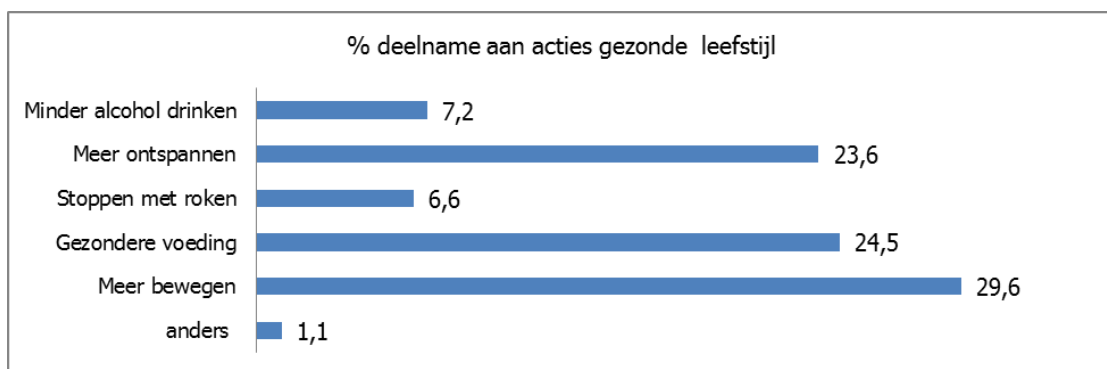




**Figuur 8.3** Deelname aan acties op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting, onderverdeeld in werkdruk, plannen/regelmogelijkheden, en werk-privé balans.

### 8.7 Acties op het gebied van een gezonde leefstijl

Een derde van de medewerkers antwoordt een of meerdere acties te hebben ondernomen op het gebied van een gezonde leefstijl. Figuur 8.4 laat zien welke acties medewerkers op het gebied van een gezonde leefstijl hebben ondernomen. Een klein gedeelte van deze acties (7%) verliep via het aanbod van de werkgever.



**Figuur 8.4** Deelname aan acties op het gebied van een gezonde leefstijl

Een literatuuronderzoek naar de invloed van leefstijlinterventies op het werk laat zeer beperkt effecten zien op uitkomsten als werkvermogen, arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim (Rongen e.a. 2013).

### 8.8 Effecten van acties

In voorgaande hoofdstukken laten we zien welke factoren het werkvermogen en de productiviteit bepalen. In dit onderzoek kunnen we helaas niet met hard wetenschappelijk bewijs komen dat activiteiten en programma's op deze factoren hebben geleid tot een beter werkvermogen en hogere productiviteit. Daarvoor is onvoldoende bekend:

- welke medewerkers hebben deelgenomen aan bepaald activiteiten
- of deze activiteiten ook hebben geleid tot verbetering in werkvermogen...

Het globale beeld is dat medewerkers met een verminderd werkvermogen baat kunnen hebben bij: het gebruik van hulpmiddelen om de fysieke belasting te verminderen, meer invloed op de planning van de werkzaamheden, een gezondere leefstijl (met name meer bewegen, en minder alcohol drinken). Er is echter langdurig vervolgonderzoek met meerdere metingen en beter inzicht in de deelname aan type activiteiten nodig om hier concretere uitspraken over te kunnen doen.

### 8.9 Conclusies

1. Medewerkers vinden dat:

- zorgorganisaties activiteiten moeten aanbieden ter verbetering van gezondheid;
- zorgorganisaties dat nu nog onvoldoende doen.

2. Medewerkers willen:

- graag meedoen aan gezondheidsactiviteiten op het werk;
- vooral graag meedoen als ze een verminderd werkvermogen hebben.

3. Veel medewerkers ondernemen acties

- op het gebied van fysieke arbeidsbelasting (16%), psychosociale arbeidsbelasting (59%), en een gezonde leefstijl (33%);
- en doen dit ook vaak op eigen initiatief
- met name medewerkers met een verminderd werkvermogen worden bereikt

4. Een betere implementatie:

- hangt samen met een grotere deelname aan activiteiten via het aanbod van de werkgever.

5. Er is geen systematische registratie in organisaties van welke medewerkers een gesprek over hun werkvermogen hebben gehad met bijbehorend plan van aanpak. Onder meer vanwege privacyoverwegingen is het onbekend welke personen wel of geen gesprek hebben uitgevoerd, en is de invloed van de gesprekken op het werkvermogen niet onderzocht.

## Referenties

1. Alavinia SM, De Boer AGEM, Van Duivenbooden JC, Frings-Dresen MHW, Burdorf A. Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occup Med* 2009a;59:32-7.
2. Alavinia SM, van den Berg TIJ, van Duivenbooden C, Elders LAM, Burdorf A. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health* 2009b;35:325-33.
3. Laurier J. Analyse landelijke WAI-database <http://www.blikopwerk.nl/doc/media/Eerste-analyse-WAI-database-augustus-2011.pdf>. Utrecht, Blik op Werk, 2011.
4. Burdorf A. Werkvermogen en zorgconsumptie. Rotterdam, interne notitie, 2010.
5. Coenen L, Hollander M, Engelen, M. Hoe werkt de werkscan? Eindevaluatie. Zoetermeer: Panteia. Mei 2015.
6. Robroek SJW, Van den Berg TIJ, Plat J, Burdorf A. The role of obesity and lifestyle behaviors in a productive workforce. *Occup Environ Med* 2011;68:134-9..
7. Robroek SJW, Berg TIJ van den, Burdorf A. De invloed van psychosociale en fysieke werkgerelateerde factoren op vroegpensioen in elf Europese landen. *Gedrag & Organisatie*. 2011b;24:453-65.
8. Robroek SJW, Beumer P, Sluis S van der, Weel A, Burdorf A. Dossier Duurzame Inzetbaarheid. [www.arbeidskennisnet.nl](http://www.arbeidskennisnet.nl); 2011c.
9. Rongen A, Robroek SJW, Van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion. A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013;44:406-415.
10. Van den Berg T, Alavinia SM, Bredt FJ, Lindeboom D, Elders LAM, Burdorf A. The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2008;81:1029-36.
11. Van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on work ability: A systematic review. *Occup Environ Med* 2009;66:211-20.
12. Van den Berg TIJ, Robroek SJW, Plat JF, Koopmanschap MA, Burdorf A. The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *Int Arch Occup Environ Health* 2010a, in press.
13. Van den Berg T, Schuring M, Avendano M, Mackenbach J, Burdorf A. The impact of ill health on exit from the labour market in Europe. *Occup Environ Med* 2010b, ePub online.
14. Van der Klink JJJ, Bültmann U, Brouwer S, Burdorf A, Schaufeli WB, Zijlstra FRH, Wilt GJ van der. Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag & Organisatie* 2011;24:342-56.

## **Bijlage 1: Statistische analyse**

Oorzaken van verminderd werkvermogen op organisatie en individueel niveau

Hierdoor krijgt men inzicht in het belang van de diverse factoren, en wordt bijvoorbeeld duidelijk hoe de invloed van HRM kenmerken op het werkvermogen zich verhoudt tot de invloed van andere factoren. De samenhang van individuele kenmerken, leefstijl, gezondheid en werkfactoren met een verminderd werkvermogen wordt onderzocht. De statistische analyse bestaat uit een lineaire regressieanalyse op organisatie niveau en een logistische regressieanalyse op individueel niveau waarin wordt bepaald hoe sterk elke factor samenhangt met het werkvermogen. In deze analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie. Hiervoor worden de gegevens van alle 18 deelnemende organisaties meegenomen.

Gevolgen van verminderd werkvermogen

De invloed van een verminderd werkvermogen op verzuim, productiviteitsverlies tijdens het werk en medische consumptie wordt bepaald. De statistische analyse bestaat uit een logistische regressieanalyse waarin wordt bepaald hoe groot de invloed is van een verminderd werkvermogen op productiviteitsverlies tijdens het werk, interne en externe mobiliteit en medische consumptie. In deze analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie.

Deelname en effecten van acties

Door middel van beschrijvende statistiek wordt gepresenteerd welke acties medewerkers hebben uitgevoerd. Deze informatie is verzameld door middel van de vragenlijst. Onderzocht is welke medewerkers vooral deelnemen aan acties. Deze analyse bestaat uit een logistische regressieanalyse waarin wordt bepaald welke kenmerken van medewerkers samenhangen met deelname aan acties. In de analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre deelname aan acties leidt tot een verandering in werkvermogen. De statistische analyse bestaat uit een lineaire regressieanalyses waarin wordt bepaald hoe sterk deelname aan acties samenhangt met een verandering in werkvermogen. In deze analyses wordt gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, en organisatie.



## Bijlage 2: Indeling mate van succesvolle implementatie

**Tabel B2.1** Indeling in mate van succesvolle implementatie op basis van het RE-AIM framework

Onderwerp	Item	Definitie	Score
Reach	1 Exposure	% medewerkers wat is uitgenodigd voor de beginmeting, op basis van aantal medewerkers in dienst van hele organisatie op dat moment	Indelen in terlielen van %: 1) 0-33% 2) 34-66% 3) 67-100%
	2 Respons	% deelgenomen medewerkers aan 0-meting, op basis van aantal uitgenodigde medewerkers voor de beginmeting	Indelen in terlielen van %: 1) 0-33% 2) 34-66% 3) 67-100%
	3 Participatie	% deelnemers die actie heeft ondernomen via het aanbod van de werkgever, op basis van het aantal deelnemers aan de beginmeting	Indelen in terlielen van %: 1) 0-33% 2) 34-66% 3) 67-100%
Adoption	4 Stakeholders	Medewerkers, OR, leidinggevenden, management, HRM/P&O, Arbo vertegenwoordigd in projectgroep. Gemiddelde van de score op moment van de beginmeting en eind-meting.	1) geen projectgroep 2) stakeholders gedeeltelijk vertegenwoordigd 3) alle stakeholders aanwezig in projectgroep
	5 Missie/Visie	Duurzame inzetbaarheid opgenomen in de missie en/of visie van de organisatie	1) niet benoemd 2) impliciet benoemd 3) expliciet benoemd
	6 Leidinggevende	Leidinggevenden stimuleren medewerkers om deel te nemen aan de WVM. Gemiddelde van score op de beginmeting en eind-meting	1) nee 2) impliciet of gedeeltelijk 3) expliciet
Implementation	7 Vervoltraject	% doorverwezen medewerkers naar een aanvullend onderzoek, op basis van totaal aantal deelnemers met een oranje of rode score in de organisatie	Indelen in terlielen van %: 1) 0-33% 2) 34-66% 3) 67-100%
	8 Kosten	gemiddelde kosten per medewerker in dienst uitgegeven aan WVM, aanvullend onderzoek en evt. health check.	indelen in tertielen 1) laagste 33% 2) 34-66% 3) 67-100%

---

	9	Rapportage	Wat is er gedaan naar aanleiding van de groepsrapportage van Preventned	1) geen acties uitgevoerd 2) acties uitgevoerd maar niet op basis van de resultaten uit de groepsrapportage 3) acties uitgevoerd op basis van de resultaten uit de groepsrapportage
Maintenance	10	Eindmeting	Is er een eindmeting uitgevoerd met de WVM	1) Eindmeting uitgevoerd met alternatieve meting van Erasmus MC 2) Eindmeting deels uitgevoerd met WVM, deels met alternatieve meting van Erasmus MC 3) Eindmeting uitgevoerd met WVM
	11	Beleid	Is er een integraal duurzaam inzetbaarheidsbeleid in de organisatie	1) niet aanwezig 2) aanwezig, maar alleen impliciet genoemd 3) expliciet benoemd
	12	Nieuwe medewerkers	Worden nieuwe medewerkers geïnformeerd over duurzame inzetbaarheid	1) niet benoemd in introductie 2) impliciet benoemd in introductie 3) expliciet benoemd in introductie