

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen in Nederlandse ziekenhuizen

"I never think of the future. It comes soon enough." (Einstein, 1879-1955)



V.F. Verhoeven

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen in Nederlandse ziekenhuizen

*Hoe komt het dat er verschil bestaat tussen Nederlandse ziekenhuizen omtrent
duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundigen?*

Master Thesis Bestuurskunde

*Master of Public Administration
Ter verkrijging van de graad Master of Science*

Radboud University Nijmegen-

Nijmegen School of Management



Auteur: Vincent Floriaan Verhoeven
Regulierstraat 41-C
6511DN Nijmegen

Studentnummer: S4168909

Email: vincentfloriaan@hotmail.com
v.verhoeven@student.ru.nl

Telefoonnummer: 06-43582414

Finale datum: 28-5-2014

Tutor: Dr. Christiaan J. Lako

Voorwoord

*Wat men moet leren doen, leert men door het te doen
Aristoteles, Grieks filosoof 348 v. C. – 322 v. C.*

Een bestuurskundige vraag

Nederland en Europa hebben het op dit moment lastig. Er is sprake van een flinke crisis en het ziet ernaar uit dat wij in ons land de komende jaren ingrijpende veranderingen moeten doorvoeren. Die veranderingen gaan ook over de manier waarop wij met elkaar onze collectieve behoeften formuleren, organiseren en betalen.

Die keuzes zijn aan de politiek en kunnen verschillen, afhankelijk van de overtuigingen die politici hebben op dat moment. Welke keuzes er ook zullen worden gemaakt, vast staat dat de publieke sector in alle scenario's kleiner zal moeten worden. Onze beroepsbevolking neemt af en dus neemt onvermijdelijk ook de publieke sector af. Als we dat niet voor elkaar krijgen dan zijn er: onvoldoende arbeidskrachten voor onze industrie en dienstverlening, wordt Nederland te duur en verslechtert onze internationale concurrentiepositie. Deze kleinere publieke sector staat daarbij voor de uitdaging om het werk goed of beter te blijven doen, met minder medewerkers. Dat is een zware opgave en zal dan ook niet vanzelf lukken. Dit vraagstuk is daarmee een link met deze masterthesis. Ook ziekenhuizen zullen meer met minder moeten doen. Daarom is het van belang dat kennis en ervaring zo lang mogelijk in de organisaties blijft en medewerkers vitaal blijven, zodat kennis gedeeld kan worden met de jongere medewerkers. Echter moeten de oudere medewerkers in staat worden gesteld om langer te kunnen blijven werken. Op de vragen hoe, wanneer en in welke vorm, zijn kernvragen die alleen middels onderzoek aan het licht kunnen komen.

Voor u ligt het onderzoeksrapport betreffende het onderwerp duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige in Nederlandse ziekenhuizen. Dit onderzoek heeft als probleemstelling: Hoe komt het dat er verschil bestaat tussen Nederlandse ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundigen? Om antwoord te kunnen geven op deze vraag heb ik input moeten krijgen van diverse geïnterviewden. Mijn dank gaat dan ook uit naar deze mensen en wil hen bedanken voor hun tijd en medewerking aan dit onderzoek. In het bijzonder wil ik de dhr. Dr. Christiaan Lako bedanken voor zijn rol als begeleider. Hij wist op een positieve manier handreikingen te doen, dacht mee over het onderzoek en had feedback waar ik inhoudelijk echt iets aan had. Daarnaast wil ik mijn vriendin Marieke Lourens bedanken voor haar luisterende oor. Dhr. Luc Goutier en dhr. Mr. Eric de Wit wil ik bedanken voor het reviewen van dit onderzoek. Tot slot wil ik Mw. Fatima Elmosawi MSc bedanken voor haar adviserende rol en als vraagbaak in het gehele proces.

In dit voorwoord wil ik ook kort aandacht schenken aan de persoonlijke belevenis van mij als auteur, voorafgaand aan de studie bestuurskunde. Het mooie van voorwoorden is dat ze de wetenschap een beetje vermenselijken. Het is het meest persoonlijke deel van deze thesis. Na het lezen van een voorwoord kom je over de schrijver van een thesis namelijk vaak weinig nieuws meer te weten, en treed je binnen in de wereld van passieve werkwoordsvormen, onderzoeksmethoden en uitgebreide literatuurverwijzingen. Vandaar hierna een evaluatief moment van bezinning van de auteur.

Iets betekenen voor de samenleving.

Ongeveer vier jaar geleden stond ik op een kruispunt in mijn leven. Ga ik door met wat ik aan het doen ben of kies ik een andere weg? Na mijn topsport carrière vaarwel te hebben gezegd was ik beland in een managersfunctie bij een verzekeraar. Al snel wist ik dat deze functie mij op langere termijn niet gelukkig ging maken. "Maar wat dan wel": Vroeg ik me af op een vakantie in Portugal. Toen ik thuis kwam van deze vakantie wist ik het. Weliswaar nog steeds globaal maar ik wist na mijn ervaringen, dat ik iets toe wilde voegen en wilde betekenen voor de samenleving!

Mijn oog was gevallen op de Bestuurskunde opleiding van de Radboud universiteit van Nijmegen. Mede omdat ik zelf op dat moment vond dat ik nog niet uitgestudeerd was, ben ik me gaan verdiepen in de studie Bestuurskunde. Op de informatiebijeenkomst stond op de eerste PowerPoint sheet: 'Elf doden bij de Schipholbrand'. 'Een groot tekort aan orgaandonoren'. 'Onderwijshervormingen zijn mislukt'. 'Overgewicht wordt een epidemie; artsen pleiten voor belasting op fastfood'. Allemaal zaken die ik direct interessant vond. Ofwel dit vraagstukken zijn die midden in de maatschappij leven. Bestuurskunde gaat over de problemen en het oplossend vermogen van de samenleving; over dingen die daarbij mis kunnen gaan en het waarom verklaren. Het gaat al met al over het oplossen van maatschappelijke problemen. Ik dacht meteen: "Dit vind ik waardevol om me voor in te zetten!".

Natuurlijk wordt je niet uit roeping ambtenaar. Alleen het woord al roept bij mij associaties op van mensen die niet veel doen en als ze iets doen dan vooral heel langzaam. Ik ben opgegroeid in een echte ondernemersfamilie waar de overheid toch vooral als lastig ervaren werd. Ik besef door deze studie en inmiddels mijn banen in de sport en de zorg dat het werken in de publieke sector veel meer is dan zomaar een baan. De op voorhand aanwezige aannames over de overheid en de ambtenaar blijken niet altijd te kloppen is mijn conclusie. Het betekent eigenlijk het tegenovergestelde van mijn eerdere associaties. Je komt in dienst van de samenleving en tegelijk maak je onderdeel uit van diezelfde samenleving. Ik ben nu klaar met mijn opleiding bestuurskunde en werk in een Nijmeegs ziekenhuis, daarnaast ben ik manager binnen een sportstichting. Mijn leven en mijn werk zijn daardoor met elkaar verbonden. Dit maakt het dat je persoonlijk betrokken bent bij je werk. Mede dankzij deze studie bestuurskunde ben ik mij dit meer gaan beseffen. Vandaar ook dat het gezegde van de Griekse filosoof Aristoteles: "*Wat men moet leren doen, leert men door het te doen*" toepasselijk is in deze. Ik ben er dan ook trots op dat ik de goede keuze heb gemaakt op het eerder genoemde kruispunt in mijn leven en deze studie met veel plezier en met goed gevolg heb afgerond. Ik hoop dat ik na deze leerzame 2,5 jaar, nog jarenlang een bijdrage kan en mag leveren aan maatschappelijke vraagstukken en daardoor iets kan betekenen voor de samenleving, in welke rol dan ook!

Ik wens u veel leesplezier toe!

Nijmegen, juni 2014
Vincent Verhoeven



Samenvatting

Uit eerder onderzoek van Verhoeven (2012) op het gebied van bewegingsstimulering als onderdeel van integraal gezondheidsmanagement, is het onderwerp van dit onderzoek tot stand gekomen. In de casestudy van Verhoeven (2012), zijn factoren naar voren gekomen die een rol spelen bij Nederlandse ziekenhuizen in de besluitvorming rondom bewegingsstimulering. Gezien het feit dat dit onderzoek meer aan het licht bracht dan alleen deze factoren, is er voor gekozen om het onderwerp vanuit een breder perspectief te bekijken. Dit onderzoek is gericht op het onderwerp duurzame inzetbaarheid en op de vraag hoe Nederlandse ziekenhuizen hier vorm aan geven. Voornamelijk de kennis en ervaring die de oudere medewerker heeft, is van essentieel belang voor de toekomst van vele organisaties, maar in het bijzonder in de gezondheidszorg bij ziekenhuizen. Als gevolg van de vergrijzing en ontgroening ontstaat er in de toekomst naar verwachting een tekort aan werknemers met voldoende kennis en ervaring. In de ziekenhuizen is daarbij sprake van een dubbele vergrijzing, omdat naast de vergrijzing van de bevolking ook de vraag naar zorg toeneemt. Daarbij is het aandeel 50-plussers binnen de werknemers in de ziekenhuizen de afgelopen jaren sterk gestegen. In de toekomst verwacht het CBS daardoor een grote uitstroom van oudere verpleegkundigen. Het is dus zaak dat Nederlandse ziekenhuizen ervoor zorgen hun oudere medewerker te behouden.

Met dit onderzoek en alle stappen die daarin worden genomen is het doel om antwoord te geven op de vraagstelling van dit onderzoek: *Waarom bestaan er verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen?*

Om een antwoord op deze vraag te kunnen formuleren zijn stappen genomen die vervolgens per hoofdstuk worden besproken. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de genomen stappen, uitmondend in de belangrijkste conclusies.

In het theoretisch kader, worden relevante theorieën betreffende het beleid, gericht op duurzame inzetbaarheid besproken. Daarnaast bestaat dit hoofdstuk uit de volgende beleidscyclus componenten: agenda-setting, beleidsformulering en besluitvorming betreffende het onderwerp duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige.

In de methode, leest u dat het onderzoek een kwalitatief onderzoek is, met als onderzoeksstrategie een casestudy. Het is een praktijkgericht onderzoek, waarin zowel deskresearch als fieldresearch toegepast worden. De dataverzameling heeft plaats gevonden door middel van interviews, documenten en literatuur. De interviews zijn afgenomen bij acht Nederlandse ziekenhuizen, twee brancheverenigingen en één beroepsvereniging. Totaal zijn er 18 sleutelfiguren betreffende dit onderwerp geïnterviewd. Met betrekking tot de acht Nederlandse ziekenhuizen is een onderscheid gemaakt tussen samenwerkende algemene-, topklinische-, categorale-, en academische ziekenhuizen.

In het hoofdstuk resultaten zijn de belangrijkste bevindingen uit de interviews verzameld, en wordt er aan de hand van deze informatie in de conclusie antwoord gegeven op de deelvragen en vraagstelling. Dit onderzoek laat zien waarom er verschillen bestaan tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om het beleid dat gericht is op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Een belangrijke verklaring in dit vraagstuk is gelegen in het feit dat leidinggevend en HRM functionarissen belangrijke entrepreneurs zijn in het vormgeven van dit soort beleid. De empirie laat zien dat deze zogenaamde entrepreneurs (Kingdon, 1984) op dit thema in meerdere of mindere mate waarneembaar zijn in de ziekenhuis organisatie. Deze entrepreneurs kunnen dan ook het verschil maken bij het ontstaan van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Raden van bestuur die niet veel met dit thema hebben, zullen in mindere mate duurzaam inzetbaarheidsbeleid krijgen.

Als ziekenhuizen al beleid hebben gericht op ziekteverzuim, levensfasebewust personeelsbeleid, ouderenbeleid, personeelsplanning, integraal gezondheidsmanagement of andersoortig beleid gericht op de inzetbaarheid van de medewerker, dan ontstaat sneller duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. Ziekenhuizen die in een dichtbevolkt ziekenhuislandschap gevestigd zijn, moeten meer concurreren en zich ten opzichte van medewerkers onderscheiden van andere ziekenhuizen en dus eerder een duurzaam inzetbaarheidsbeleid hebben. Ook de financiële situatie van ziekenhuizen is een belangrijke verklaring waarom het ene ziekenhuis meer met duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige doet dan het andere ziekenhuis. Tot slot is de probleempceptie een belangrijke verklaring te noemen. Als het probleem in het ziekenhuis niet of nauwelijks speelt, verklaart dat waarom er geen aandacht voor is. Uit de empirie kan geconcludeerd worden dat er vaak op korte termijn gedacht wordt in plaats van op langere termijn betreffende het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Vandaar dat de quote van Einstein dan ook goed past bij de conclusie van dit onderzoek: "I never think of the future. It comes soon enough." (Einstein, 1879-1955).

Abstract

In earlier research by Verhoeven (2012), in the field of exercise stimulating as a part of integral health management, the subject for this current research was found. In the case study by Verhoeven (2012), different factors emerged, which play a role in the decision making around exercise stimulating in Dutch Hospitals. Seen the fact that this earlier case study revealed more than just these factors, was chosen to look at the subject in a broader perspective. This research is directed to the subject sustainable employability, and the question is, how Dutch hospitals are dealing with this subject. Mainly the knowledge and experience of the older employee, is essential for the future of many organizations, but especially in the health care in hospitals. As a result of aging and rejuvenation there will be an expected shortage of employee with an sufficient amount of knowledge and experience. At this moment there is also case of double aging in the hospitals. This is due to the aging of the employees and the population, and next to that, there is also an increasing demand for care. With that, the amount of employees in the hospitals, in the age of 50 years and older increased rapidly in the last few years. The CBS expects thereby a big outflow of older nurses in the future. It is of big importance for Dutch hospitals to make sure they keep their older employees.

The purpose of this research and all the steps that haven been taken in this research, is to answer the main question of this research: *Why are there differences between Dutch hospitals when it comes to policy, targeting sustainable employability of the older nurses?*

To answer this question, there have been taken several steps who will be discussed per chapter. Below u will find a summary of the steps that have been taken, and with that some of the most important conclusions.

In Chapter Theoretical Frame, relevant theories regarding policy, targeting sustainable employability will be discussed. Besides that, this chapter consists of the following components: Agenda-setting, policy formulation, en decision making regarding the subject sustainable employability for the older nurses.

In Chapter Methods u will read that this research is a qualitative research, with a case study research strategy. This is a practical research, with both desk research and field research. Data collection has found place through the use of persons in interviews, documents and literature. The interviews have been held at eight Dutch Hospitals, at two Industry Associations, and at one Professional Association. In total there have been held interviews with 18 key figures regarding this subject. Regarding to the eight hospitals, a distinction is made in four kinds of hospitals. Collaborating General hospitals, Top Clinical hospitals, Categorical hospitals and Academic hospitals.

After that the most important results that were gathered during the interviews, will be used to answer the part questions and the main question. This research shows why there are differences between Dutch hospitals when it comes to policy, targeting the sustainable employability of older nurses. An important explanation in this question is situated in the fact that executives and HRM officials are important entrepreneurs in shaping these policies. The empiricism shows that these so-called entrepreneurs (Kingdom, 1984) are on this theme in greater or lesser extent perceptible in the hospital organization. These entrepreneurs can make a difference in the development of sustainable employability. Boards who don't have a lot up with this theme, will have sustainable employability in a lesser extent.

When hospitals already have policy targeting absenteeism, age awareness personnel policy, elderly policy, personnel planning, integral health management or some other kind of policy targeting employability of the employee, then it is more likely, and it will go much faster, for a hospital to develop sustainable employability policy for the older nurses.

Hospitals located in a place with a lot of other hospitals around, have more competition and with respect to employees, they have to distinguish themselves from other hospitals. They should have a sustainable employability policy before the other hospitals. Also the financial situation is an important factor of why one hospital does more with sustainable employability than another. In closure, the problem perception can be point out as an important explanation. When the problem is not recognized, it explains why there is no attention. From the empiricism can be concluded that there is a lot of short term thinking instead of long term thinking concerning sustainable employability of the older nurses. There is a quote from Einstein that matches the conclusion of this research: "I never think of the future. It comes soon enough." (Einstein, 1879-1955).

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING.....	4
ABSTRACT	6
INHOUDSOPGAVE	8
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	10
1.1 AANLEIDING ONDERZOEK.....	10
1.1.1 Keuze onderwerp onderzoek	10
1.1.2 Toenemende aandacht duurzame inzetbaarheid.....	10
1.1.3 Toekomstige vraag en aanbod van werk in relatie tot duurzame inzetbaarheid.....	11
1.2 AFBAKENING ONDERZOEK.....	12
1.2.1 Toekomst perspectief van werken in de zorg	12
1.2.2 De beroepsgroep verpleegkundige.....	12
1.2.3 De oudere verpleegkundige.....	14
1.2.4 Indeling ziekenhuizen in Nederland.....	14
1.3 TEGENSTELLINGEN IN DUURZAAM INZETBAARHEIDSBELEID VAN ZIEKENHUIZEN	15
1.4 VRAAGSTELLINGEN.....	16
1.4.1 Probleemstelling.....	16
1.4.2 Doelstelling.....	16
1.4.3 Vraagstelling	16
1.4.4 Deelvragen	16
1.5 ONDERZOEKSMODEL	17
1.5.1 Conceptueel model voor verschil in duurzaam inzetbaarheidsbeleid.....	18
1.6 RELEVANTIE	19
1.6.1 Praktische en maatschappelijke relevantie	19
1.6.2 Wetenschappelijke relevantie	19
1.7 LEESWIJZER.....	20
HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER	21
2.1 KERNBEGRIPPEN BINNEN DUURZAME INZETBAARHEID.....	21
2.1.1 Human Resource Management.....	21
2.1.2 Duurzame inzetbaarheid	21
2.1.3 Strategische personeelsplanning.....	22
2.1.4 Levensfase (bewust) gericht personeelsbeleid	22
2.1.5 Verhoudingen tussen de begrippen.....	23
2.2 THEORIE OMTRENT DUURZAME INZETBAARHEID	24
2.2.1 Duurzame inzetbaarheid volgens Ilmarinen et al. (2005)	24
2.2.2 Uitwerking lagen van het huis.....	25
2.3 BELEIDSCYCLUS.....	30
2.3.1 Wat is beleid?.....	30
2.3.2 Agendasetting	30
2.3.3 Beleidsformulering	32
2.3.4 Besluitvorming.....	33
2.4 SAMENVATTING THEORETISCH KADER	37
HOOFDSTUK 3 METHODEN.....	38
3.1 SOORT ONDERZOEK	38
3.2 ONDERZOEKSSTRATEGIE	38
3.3 DATAVERZAMELING.....	38

3.4	ONDERZOEKSOBJECTEN	39
3.4.1	<i>Steekproefkader</i>	39
3.4.2	<i>Personen binnen de eenheden</i>	40
3.4.3	<i>Experts</i>	40
3.4.4	<i>Schematische weergave onderzoeksobjecten</i>	41
3.4.5	<i>Documenten</i>	41
3.4.6	<i>Literatuur</i>	42
3.5	OPERATIONALISATIE VAN VARIABLEN	42
3.6	BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	42
3.7	SAMENVATTING METHODE	43
HOOFDSTUK 4	RESULTATEN	44
4.1	BELEIDS VARIABLEN DUURZAME INZETBAARHEID IN ZIEKENHUIZEN	44
4.1.1	<i>Gezondheid</i>	44
4.1.2	<i>Competenties</i>	46
4.1.3	<i>Normen en waarden</i>	48
4.1.4	<i>Werk</i>	49
4.1.5	<i>Schematisch overzicht beleidsvariabelen</i>	50
4.2	CONTEXT VARIABLEN DUURZAME INZETBAARHEID IN ZIEKENHUIZEN	51
4.2.1	<i>Wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën besluitvormers</i>	51
4.2.2	<i>Media aandacht thema duurzame inzetbaarheid</i>	52
4.2.3	<i>Probleemperceptie duurzame inzetbaarheid</i>	52
4.2.4	<i>Interacties tussen instituties, problemen en oplossingen</i>	53
4.2.5	<i>Formulering van beleid</i>	55
4.2.6	<i>Belemmeringen in beleidsformulering</i>	55
4.2.7	<i>Soort besluitvorming bij duurzaam inzetbaarheidsbeleid</i>	56
4.2.8	<i>Soort ziekenhuis</i>	58
4.2.9	<i>Schematisch overzicht context variabelen</i>	60
4.3	BEST PRACTICES VERSUS GEEN BEST PRACTICES	60
HOOFDSTUK 5	CONCLUSIES	61
5.1	DE DEELVRAGEN	61
5.1.1	<i>Welke maatregelen omtrent duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen worden toegepast binnen ziekenhuizen?</i>	61
5.1.2	<i>Welke verschillen zijn er in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen tussen verschillende soorten ziekenhuizen?</i>	62
5.1.3	<i>Hoe kunnen de verschillen tussen soorten ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen verklaard worden?</i>	63
5.2	DE VRAAGSTELLING	66
5.2.1	<i>Waarom bestaan er verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen?</i>	66
5.3	DISCUSSIE	67
5.3.1	<i>Tegenstellingen en tegenstrijdigheden</i>	67
5.3.2	<i>Begrenzing en vervolgonderzoek</i>	67
5.3.3	<i>Aanbevelingen</i>	68
LITERATUURLIJST	69	
BIJLAGEN	75	

Hoofdstuk 1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de aanleiding en het onderwerp van dit onderzoek, hoe tot dit onderwerp is gekomen en wat de samenhangende facetten zijn. Verder zal er in de afbakening aangegeven worden waarom de zorgsector en in het bijzonder oudere ziekenhuisverpleegkundigen als onderzoeksobjecten zijn gekozen. Daarnaast zullen de tegenstellingen omtrent het begrip duurzame inzetbaarheid in ziekenhuizen uiteengezet worden. Tevens zullen ook de onderzoeksvragen, het onderzoeksmodel, relevantie van het onderzoek en een leeswijzer worden beschreven. Na het lezen van dit hoofdstuk zal helder zijn wat de achtergrond is, wat het beoogde resultaat van dit onderzoek is en welke stappen tot dit resultaat hebben geleid. De opbouw van dit hoofdstuk is tot stand gekomen aan de hand van Verschuren en Doorewaard (2000).

1.1 Aanleiding onderzoek

1.1.1 Keuze onderwerp onderzoek

Uit eerder onderzoek van Verhoeven (2012) op het gebied van bewegingsstimulering als onderdeel van integraal gezondheidsmanagement, is het onderwerp van dit onderzoek tot stand gekomen. In de casestudy van Verhoeven (2012), zijn factoren naar voren gekomen die een rol spelen bij Nederlandse ziekenhuizen in de besluitvorming rondom bewegingsstimulering. Gezien het feit dat dit onderzoek meer aan het licht bracht dan alleen deze factoren, is er voor gekozen om het onderwerp vanuit een breder perspectief te bekijken. Vooral het bestaan van verschillen tussen ziekenhuizen op het gebied van bewegings- en gezondheidsbeleid was een interessante ontdekking. Duurzame inzetbaarheid is een belangrijk begrip dat raakvlakken heeft en tevens breder is dan de eerder genoemde soorten beleid. Bewegingsstimulering in gezondheidsbeleid is slechts een klein onderdeel van duurzame inzetbaarheid, waarbij enkel getracht wordt medewerkers langer fit te houden door beweging en/of andere gezondheidsbevorderende maatregelen.

Dit onderzoek zal gericht zijn op het onderwerp duurzame inzetbaarheid en op de vraag hoe Nederlandse ziekenhuizen hier vorm aan geven. Voornamelijk de kennis en ervaring die de oudere medewerker heeft, is van essentieel belang voor de toekomst van vele organisaties, maar in het bijzonder in de gezondheidszorg bij ziekenhuizen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de ziekenhuizen hoog op haar prioriteitenlijst. Dit omdat de Nederlandse bevolking zal vergrijzen en ontgroenen. Omdat er steeds meer mensen ouder worden en er minder kinderen geboren worden, zal een steeds kleinere groep werkenden het economisch draagvlak moeten vormen. Er zal in de toekomst als gevolg van de vergrijzing en ontgroening naar verwachting een tekort aan werknemers met voldoende kennis en ervaring ontstaan. In de ziekenhuizen is daarbij sprake van een dubbele vergrijzing, omdat naast de vergrijzing van de bevolking ook de vraag naar zorg toeneemt. Daarbij is het aandeel 50-plussers binnen de werknemers in de ziekenhuizen de afgelopen jaren sterk gestegen (NVZ, 2012).

1.1.2 Toenemende aandacht duurzame inzetbaarheid

Zowel op maatschappelijk, organisatorisch, als op individueel niveau is duurzame inzetbaarheid van belang. Met de vergrijzing van de beroepsbevolking en de aanstaande verschuiving van de pensioengerechtigde leeftijd vormt langer doorwerken, en daarmee duurzame inzetbaarheid van medewerkers, een maatschappelijk relevant thema. In 2008 adviseerde de Commissie Arbeidsparticipatie al te investeren in duurzame inzetbaarheid om zodoende tot een verbeterde arbeidsmarkt te komen (Commissie Arbeidsparticipatie, 2008). Ook in bedrijven verschuift steeds meer de focus van verzuim- en gezondheidsmanagement naar sturing op het bredere begrip duurzame inzetbaarheid. Het uitgangspunt is dat samenwerking in duurzame inzetbaarheid loont voor zowel werkgever als werknemer.

Minister Asscher van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ziet ook dat er toenemende aandacht is voor duurzame inzetbaarheid. Hij stelt middels de monitor duurzame inzetbaarheid vast dat er vooral animo bestaat voor een gezondheidscheck en een inzetbaarheidsgesprek. Uit deze monitor blijkt tevens dat de helft van de werknemers een inzetbaarheidsgesprek zou willen, om te bekijken of de werkzaamheden nog fysiek en mentaal haalbaar zijn. Verder noemen medewerkers ter bevordering van de gezondheid naast de gezondheidscheck, ook een persoonlijk budget om te werken aan inzetbaarheid en korting voor de sportschool. Bovenal blijven goede arbeidsomstandigheden, uitdagend werk en erkenning op de werkvloer de belangrijkste factoren waardoor mensen langer aan het werk blijven, zo blijkt uit de monitor (Kalmthout, 2013).

Op organisatieniveau ziet men eveneens toenemende aandacht voor duurzame inzetbaarheid. Organisaties en hun medewerkers moeten voortdurend in kunnen spelen op de snelle ontwikkelingen. Binnen die context wordt het steeds moeilijker exact te voorspellen aan welke arbeidscapaciteit de organisatie op de kortere en/of langere termijn behoefte zal hebben. Daarnaast speelt ook de krapte op de arbeidsmarkt een rol bij de behoefte aan het breed en flexibel inzetten van medewerkers. Het is moeilijker om nieuw personeel te vinden en dus is het aantrekkelijker om het bestaande personeel zo lang en optimaal mogelijk in te zetten. Investeren in het bestaande personeel blijkt bovendien een positief effect te hebben op de binding en betrokkenheid van medewerkers aan de organisatie. Daarnaast is de verloopintentie lager bij organisaties die werken aan inzetbaarheid van hun medewerkers en heeft beleid gericht op duurzame inzetbaarheid een positief effect op de tevredenheid, motivatie en behoud van medewerkers (Anderson, Milkovich & Tsui, 1981).

Volgens van der Klink et al. (2011) zijn demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in duurzame inzetbaarheid van werknemers een belangrijk aandachtspunt geworden. Het is een feit dat oudere werknemers grotere risico's lopen op gezondheidskundige problemen dan jongere werknemers. Daarom gaat veel aandacht uit naar die oudere werknemer. Organisaties worden de komende jaren geconfronteerd met een personeelsbestand waarin de oudere werknemer sterker is vertegenwoordigd dan voorheen. Enerzijds komt dit doordat de Nederlandse beroepsbevolking aan het verouderen is en anderzijds zullen oudere werknemers, mede om het sociale zekerheidsstelsel betaalbaar te houden, langer moeten doorwerken. Vanwege het toenemend belang van deelname van ouderen op de arbeidsmarkt - en vanwege de toenemende gezondheidsrisico's en ondersteuningsbehoefte - is duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer van groot belang (Koolhaas e.a., 2009). De komende jaren zijn dan ook tal van overheidsmaatregelen erop gericht om werknemers tot op hogere leeftijd deel te laten nemen aan betaald werk. De vraag 'blijven werken of met pensioen gaan?' wordt door de overheid in ieder geval op dit moment duidelijk beantwoord met: 'blijven werken'. (Rijksoverheid, 2011).

1.1.3 Toekomstige vraag en aanbod van werk in relatie tot duurzame inzetbaarheid

Volgens de Commissie Arbeidsparticipatie (2008) zal de beroepsbevolking over het algemeen vanaf 2010 krimpen. Deze daling is reeds ingezet. In de afgelopen zestig jaar is de beroepsbevolking - iedereen tussen de 20 en de 64 jaar - gegroeid van ruim 5 miljoen naar 10 miljoen mensen. Aan deze groei is dus een einde gekomen vanaf 2010. De omvangrijke generatie babyboomers stopt geleidelijk met werken, terwijl er veel minder jonge mensen op de arbeidsmarkt bijkomen. In de periode tot 2040 zal dit leiden tot een daling van de beroepsbevolking met maar liefst één miljoen mensen. De omvang van de totale bevolking zal nog licht groeien in die periode en het aandeel van mensen ouder dan 65 jaar stijgt sterk. De vraag naar arbeid blijft daarentegen groeien. (RIVM, 2013).

In de periode tot 2015 zouden er volgens onderzoeken 600.000 banen bijkomen, terwijl er door pensioen en arbeidsongeschiktheid ook nog eens 2,6 miljoen banen vrijkomen waarvoor mensen nodig zijn. Voor het eerst in de geschiedenis zullen er daardoor structureel minder mensen beschikbaar zijn om te werken, dan dat er banen zijn. Echter moet opgemerkt worden dat tekorten of overschotten aan personeel sterk per sector en op microniveau kunnen verschillen. Door de internationale concurrentie zullen er steeds meer verschuivingen plaatsvinden in sectoren en opleidingseisen. Er wordt meer gevraagd van de mensen zelf, maar ook wordt er een toenemend beroep gedaan op hun aanpassingsvermogen en flexibiliteit. De opgave waar Nederland voor staat is om zo veel mogelijk mensen duurzaam inzetbaar te maken en te houden voor de toekomst. Het vraagstuk duurzame inzetbaarheid speelt zich op dit moment af op vele terreinen. Bij de politie vreest minister Opstelten dat de oudere agenten het werk op straat fysiek niet meer aankunnen (nu.nl, 2013). In het onderwijs wordt door het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen aangegeven, dat de openstaande vacatures op zullen lopen tot 9.000 FTE in 2015 (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012). Ook in de zorg maakt men zich druk om de inzetbaarheid van personeel en om de vraag hoe toekomstige tekorten aan personeel op te vangen (Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn, 2012).

1.2 Afbakening onderzoek

1.2.1 Toekomst perspectief van werken in de zorg

Dit onderzoek zal zich richten op duurzame inzetbaarheid in de zorgsector. Ramingen laten zien dat de vraag naar arbeid in de zorgsector de komende jaren flink zal doorgroeien (RIVM, 2013). De zorg is daarmee onvoldoende voorbereid op de aankomende uitdagingen op de arbeidsmarkt, blijkt uit onderzoek (Functiemediair, 2010). Ook de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) is zich ervan bewust, dat om in de toekomst perspectief te bieden voor werknemers in de zorg, geïnvesteerd zal moeten worden in opleidingen, arbeidsvoorwaarden en (sociale) innovaties. Bij een onveranderde stijging van de vraag naar zorg, zijn er over vijftien tot twintig jaar veel extra medewerkers nodig in de zorg. Vandaar dat gesteld wordt dat we met minder mensen meer moeten doen. Het vorige kabinet besloot de zorgsector al in het begrotingsakkoord 2013 uit te zonderen van de 'nullijn' voor overheidspersoneel, betreffende het salaris. Voor het kunnen bieden van een aantrekkelijk pakket aan arbeidsvoorwaarden is dit een belangrijke bijdrage. In het regeerakkoord dat VVD en PvdA met elkaar sloten, schorten beide partijen echter per 2016 de overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling op. Deze bijdrage moet er juist voor zorgen dat de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector aantrekkelijk blijven voor nieuwe- en oude medewerkers. Zonder deze bijdrage verwacht men dat het in de toekomst moeilijker zal zijn, aan de groeiende behoefte aan personeel in de zorg te kunnen voldoen. Daarnaast is het belangrijk dat er genoeg ruimte is voor het opleiden van voldoende en goed ziekenhuispersoneel. Bij dit gegeven past het inzetten van de kracht van de zorgprofessionals door te investeren in onder andere (sociale) innovatie. Een goed voorbeeld daarvan is door taakherschikking in de ziekenhuizen, waarbij artsen en verpleegkundigen taken slimmer gaan verdelen (Batenburg et al., 2013). Ziekenhuizen zetten in op duurzame inzetbaarheid van hun medewerkers. Door waardering te tonen voor het werk van mensen in de zorg, zullen zij met meer plezier langer werken. Zeggenschap over de invulling van het eigen werk en het terugdringen van administratieve lasten spelen daarbij ook een belangrijke rol, volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ standpunten, 2013).

1.2.2 De beroepsgroep verpleegkundige

Zoals uit de aanleiding van dit onderzoek is gebleken, is duurzame inzetbaarheid van personeel een omvangrijk probleem in de toekomst voor diverse sectoren. Voor dit onderzoek is gekozen om binnen de zorg, specifiek de beroepsgroep ziekenhuisverpleegkundigen nader te bestuderen.

In Nederland werken honderdduizenden verzorgenden en verpleegkundigen, en inmiddels bijna 2000 verpleegkundig specialisten. Deze beroepsgroep is dan ook de grootste beroepsgroep van Nederland (Beroepsvereniging van zorgprofessionals, 2013). Nederland telt ongeveer 180.000 verpleegkundigen (CBS, 2013) en kent 13 vervolgspecialismen (College Zorg Opleidingen, 2013). Naar aanleiding van het toekomstperspectief dat werknemers in de zorg hebben, is gekozen voor een beroepsgroep in de zorg die het meest last heeft van de te verwachte toekomstige tekorten aan personeel (Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn, 2012). Uit onderzoek van de beroepsvereniging van zorgprofessionals blijkt dat er in de toekomst een tekort aan verpleegkundigen zal ontstaan. Reden hiervoor is dat door de vergrijzing en de complexere zorg, er in de toekomst meer en meer verpleegkundigen nodig zijn. Daarvoor moeten onder andere de opgeleide verpleegkundigen, die niet in de zorg werken, benut worden. De verpleegkundigen die al wel werkzaam zijn in de zorg moeten langer inzetbaar blijven. De arbeidsproductiviteit van de huidige verpleegkundigen alsmede de instroom van nieuwe verpleegkundigen moet verhoogd worden. Door deze maatregelen kan het verschil tussen instroom en uitstroom van verpleegkundigen de komende jaren worden gecompenseerd volgens Hellenthal (2012). Volgens een onderzoek van, Van der Velde & Van der Windt (2013) is te zien dat de gemiddelde jaarlijkse uitstroom in de periode 2000-2011 0,3% was. De gemiddelde jaarlijkse uitstroom in de periode 2006-2011 was 1,2% per jaar. Als dit als uitstroombestand wordt gehanteerd, naast de uitstroom vanwege pensionering, zal:

- Over vijf jaar 9% van de huidige groep verpleegkundigen niet meer werkzaam zijn;
- Over tien jaar 25% van de huidige groep verpleegkundigen niet meer werkzaam zijn;
- Over vijftien jaar 49% van de huidige groep verpleegkundigen niet meer werkzaam zijn.

Er wordt in de toekomst volgens het CBS een grote uitstroom van verpleegkundigen verwacht. Een aantal jaren terug werden er al cijfers van instroom en uitstroom geraamd. In 2009 werkten er 6170 verpleegkundigen in de leeftijdscategorie 60 tot 65 jaar in de zorg. Tot 2013 stromen deze verpleegkundigen uit. Het jaarlijkse aantal geslaagde verpleegkundestudenten is ruim 6000. Zij kiezen echter niet allemaal voor een baan in de zorg. De komende 10 jaar verwacht het CBS, dat ruim 20.000 verpleegkundigen in de leeftijd van 55 tot 60 jaar zal uitstromen. Hellenthal (2012) geeft aan dat voor dit tekort een aanpak moet komen. In het landelijke tijdschrift voor verpleegkundigen wordt aangegeven dat de uitstroom van oudere verpleegkundigen veel te groot is en de instroom van jonge verpleegkundigen onvoldoende is. Aangegeven wordt dat er een groot probleem op de zorgsector af komt en dat alle zeilen bijgezet moeten worden om de oudere, deskundige verpleegkundigen binnen te houden. Anders houden we de boel niet draaiende, zo wordt gesteld (Nursing, 2011). Tot slot wordt er op Europees niveau ook gesproken over een dreiging van een tekort van verpleegkundigen. Dit blijkt uit het rapport 'Health at a Glance Europe, 2012'. De toenemende vergrijzing en (daardoor) stijgende vraag naar zorg en het uittreden van een grote groep verpleegkundigen die straks met pensioen gaat, leiden in meerdere Europese landen tot een tekort aan verpleegkundigen (OECD, 2012). Daar komt bij dat het beroep van verpleegkundige door slechte salarissen, arbeidsvoorwaarden en weinig aanzien voor de functie, voor de nieuwe generatie geen aantrekkelijk perspectief vormt. Kortom, het bovenstaande laat zien dat er alle reden is om op de eerste plaats te onderzoeken hoe men er in Nederlandse ziekenhuizen voor zorgt, deze beroepsgroep duurzaam inzetbaar te houden. Op de tweede plaats wordt er in dit onderzoek met name gekeken naar de verschillen in soorten ziekenhuizen op het onderwerp duurzame inzetbaarheid en waarom die verschillen er zijn. Tot slot zal dit onderzoek proberen te verklaren waarom er verschil is tussen soorten ziekenhuizen en hoe die verschillen tot stand komen.

1.2.3 De oudere verpleegkundige

Om in dit onderzoek nog specifiek te kijken naar de verpleegkundige is ervoor gekozen te richten op de oudere verpleegkundige. Om hier een afbakening voor te maken wordt onder oudere werknemer verstaan, de groep die hoort tot de laatste twee levensfasen van het werkzame leven. Men spreekt van de deskundige en de afbouwende senior volgens Stoffelsen & Diehl (2007). De voorlaatste fase gaat rond het vijfenveertigste levensjaar in. Deze afbakening is gekozen omdat beide groepen veel problemen ervaren met betrekking tot hun inzetbaarheid (Stoffelsen & Diehl, 2007). De andere reden is reeds genoemd in dit hoofdstuk. Door de opkomende vergrijzing worden deze fasen steeds meer vertegenwoordigd op de arbeidsmarkt en de noodzaak is er om deze groep langer inzetbaar te houden.

1.2.4 Indeling ziekenhuizen in Nederland

In dit onderzoek zullen de verschillen in beleid gericht op duurzaam inzetbaarheidsbeleid tussen soorten ziekenhuizen onderzocht worden. Vandaar dat de Nederlandse ziekenhuis structuur is onderverdeeld naar soort ziekenhuis. Grofweg zijn er volgens RIVM (2013a) drie soorten ziekenhuizen in Nederland, met daaronder weer subgroepen. Ziekenhuizen zijn grofweg op te splitsen in algemene, academische en categoriale ziekenhuizen. Hieronder zal weergegeven worden wat er onder de diverse soorten ziekenhuizen verstaan wordt. In bijlage 1 is een lijst van ziekenhuizen naar groep bijgevoegd ontleent aan de rapportage Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen. (Panteia Research to Progress, 2012).

Algemene ziekenhuizen

Een algemeen ziekenhuis is een concentratie van voorzieningen ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging. Daarnaast worden in een algemeen ziekenhuis zowel aanstaande artsen als verpleegkundigen opgeleid. In een algemeen ziekenhuis kom je patiënten met diverse gezondheidsproblemen tegen. Bij de zorg aan deze patiënten hoort het stellen van een diagnose met daarbij behorend onderzoek, behandeling, begeleiding, verzorging en verpleging. Binnen de algemene ziekenhuizen zijn er diverse subgroepen onder te verdelen. Te weten de: SAZ (samenwerkende algemene ziekenhuizen), OVA (overige algemene ziekenhuizen), STZ (Samenwerkende Topklinische opleidings Ziekenhuizen). De SAZ bestaat uit de ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en staat voor de kleinere ziekenhuizen. De STZ bestaat uit de ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidings Ziekenhuizen. De STZ vertegenwoordigt de grotere, topklinische ziekenhuizen. OVA staat voor overige ziekenhuizen en tot deze groep behoren de middelgrote ziekenhuizen.

Academische ziekenhuizen

Een academisch ziekenhuis heeft een aantal functies dat overeenkomt met de algemene ziekenhuizen, namelijk de reguliere patiëntenzorg, de topklinische zorg en de opleidingsfunctie voor medisch specialisten. Daarnaast heeft het universitair medische centrum nog een topreferentiefunctie, een werkplaatsfunctie - wetenschappelijk onderzoek en onderwijs voor de medische faculteit - en een ontwikkelingsfunctie van nieuwe medische technologieën en behandelwijzen.

In elk van de acht Nederlandse academische ziekenhuizen (Universitair Medische Centra) worden studenten Geneeskunde opgeleid tot arts of medisch specialist. Het bijzondere aan een academisch ziekenhuis is dus dat er niet alleen onderzocht, behandeld, verzorgd en verpleegd wordt. Het is vooral een plaats waar kennis en vaardigheden op het gebied van geneeskunde aan elkaar overgedragen wordt. Alle voorkomende specialistische functies zijn daarom in een academisch ziekenhuis te vinden.

Categoriaal ziekenhuis

Een categoriaal ziekenhuis richt zich op een bepaalde categorie patiënten. Categoriale ziekenhuizen worden ook wel specialistische ziekenhuizen genoemd. Voorbeelden hiervan zijn: kinderziekenhuizen, oogziekenhuizen, revalidatiecentra en kankercentra.

1.3 Tegenstellingen in duurzaam inzetbaarheidsbeleid van ziekenhuizen

In de zorgsector gebeurt al het één en ander op het gebied van strategisch personeelsbeleid volgens een rapport van het zorg en innovatie platform ZIP (2009). Er is echter nog veel meer nodig, ook om de trends in andere sectoren bij te houden. Anders redt de zorg het niet op de arbeidsmarkt stelt ZIP (2009). Er zijn genoeg kansen om verschillende groepen werknemers, waaronder verpleegkundigen voor de zorg te winnen en te behouden. Het ZIP vindt het belangrijk om nu te handelen en niet te wachten tot de problemen onoplosbaar zijn. Duurzame inzetbaarheid krijgt als thema binnen organisaties steeds meer aandacht. Echter ontbreekt er inzicht, in hoe duurzame inzetbaarheid bereikt kan worden. Duurzame inzetbaarheid van medewerkers is een breed gedragen doel, waarin veel wordt geïnvesteerd en waarnaar in toenemende mate onderzoek wordt gedaan. Desondanks lukt het maar zeer beperkt dit doel te realiseren. Dit heeft volgens Brouwer et.al. (2012) te maken met het ontbreken van een overzicht en van afstemming, waardoor initiatieven die genomen worden vanuit specifieke invalshoeken, zoals de sociaalgeneeskundige, de arbeidspychologische, de bedrijfskundige en de juridische disciplines aanlopen tegen beperkingen die buiten het eigen blikveld liggen. Een dergelijk overzicht van de relevante onderzoeken vanuit de genoemde perspectieven, zou inzicht geven in de bestaande 'body of knowledge' en daarmee ook in de leemten daarin, volgens Brouwer et al. (2012). Door het ontbreken hiervan is niet voldoende duidelijk welke informatie beschikbaar is en in hoeverre resultaten van verschillende studies en praktijkvoorbeelden elkaar versterken dan wel tegenspreken.

Een andere belangrijke tegenstelling betreffende het onderwerp duurzame inzetbaarheid zit hem in het gegeven dat de belangen van de ziekenhuizen als werkgever verschillen op korte en lange termijn. Op de korte termijn speelt het voornemen om te bezuinigen, gezien het feit er een aantal overheidsbezuinigingen van kracht worden. Terwijl op de lange termijn een tekort aan arbeidskrachten wordt verwacht als gevolg van het uittreden van de babyboomers. Deze tegenstelling wordt des te schrijnender als men ziet dat op dit moment zelfs een numerus fixus wordt ingesteld voor vijftien van de zeventien hbo-opleidingen verpleegkunde. Reden is dat door de bezuinigingen in de zorg een tekort dreigt aan stageplaatsen (Nu.nl, 2014). Dit gegeven is een paradox te noemen en is bepalend voor de insteek van het beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid.

Een laatste tegenstelling is te zien op het vlak van het beroep zelf. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen wordt traditioneel gezien als een beroepsdeelmarkt volgens Boon (1993). Dit houdt in dat werknemers op een dergelijke markt over diploma's beschikken die ze overal in kunnen zetten. Formeel zijn mensen uiteraard in dienst van een organisatie zoals een ziekenhuis, maar feitelijk zijn ze meer verbonden met het verpleegkundige beroep dan met de werkgevende organisatie. Er is daarmee volgens Boon (1993) eerder sprake van inhuren dan van in dienst nemen. Dat betekent dat onder meer het sturingsvermogen van de organisatie niet te hoog mag worden ingeschat. Mede in het kader van dit gegeven zou men verwachten dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige bij elk ziekenhuis is vormgegeven. Juist omdat elke verpleegkundige in elk ziekenhuis aan de slag kan, zou men verwachten dat afstemming in beleid op dit thema plaats zou vinden. In hoeverre dit gebeurt, zal in dit onderzoek bestudeerd worden om zodoende te verklaren waarom er verschillen in beleid is tussen ziekenhuizen op dit thema.

Bovenstaande tegenstellingen maken het des te interessanter om middels dit onderzoek te kijken waarom er verschillen bestaan tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundige. Ook het verschil in dit duurzame inzetbaarheidsbeleid met bijbehorende maatregelen is interessant om te bestuderen.

Daarbij is het belangrijk om te kijken naar waarom het ene ziekenhuizen dit beleid hoog op de agenda heeft staan en het andere ziekenhuis minder of zelfs helemaal niet.

In de Nederlandse ziekenhuizen is sprake van gefragmenteerde invoering van duurzame inzetbaarheid volgens Verhoeven (2012). Reden dus om in dit onderzoek specifiek te bestuderen waarom er verschillen zijn tussen ziekenhuizen. Op deze manier zal dit onderzoek verklaren waarom er verschil is in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige in Nederlandse ziekenhuizen.

1.4 Vraagstellingen

In aansluiting op Verschuren (2000) & 't Hart et al. (1998) wordt in dit onderzoek uitgegaan van een probleemstelling die bestaat uit twee elementen, namelijk de doelstelling en de vraagstelling. Ook de deelvragen zullen aanbod komen in deze paragraaf.

1.4.1 Probleemstelling

De probleemstelling geeft richting aan het onderzoek. Dit mede omdat de probleemstelling bepaalt wat wordt onderzocht en waartoe, beïnvloed het alle vervolgkeuzen (van Thiel, 2007, p. 20). De probleemstelling van dit onderzoek is:

Hoe komt het dat er verschil bestaat tussen Nederlandse ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundigen?

1.4.2 Doelstelling

Aan de hand van de algehele probleemstelling is een doelstelling geformuleerd.

In dit onderzoek is er sprake van praktijkgericht onderzoek omdat de kennis over het onderwerp die eerst wordt vergaard, gebruikt wordt om te verklaren hoe de Nederlandse ziekenhuizen omgaan met duurzame inzetbaarheid in relatie tot de oudere werknemer. Om deze verschillen te verklaren zal er vergeleken moeten worden in een vergelijkend onderzoek. Bovenstaande is dan ook herleid tot de volgende doelstelling:

Door middel van vergelijkend onderzoek achterhalen wat de verschillen zijn tussen Nederlandse ziekenhuizen en waarom die er zijn, als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen.

1.4.3 Vraagstelling

De vraagstelling is volgens Boeije (2008) de centrale vraag die de onderzoeker hoopt te beantwoorden. Er zal dan ook aandacht besteedt worden aan alles wat deel uitmaakt van het verschijnsel en bekeken worden uit welke elementen het verschijnsel is opgebouwd.

De vraagstelling van dit onderzoek is:

Waarom bestaan er verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen?

1.4.4 Deelvragen

1. Welke maatregelen omtrent duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen worden toegepast binnen ziekenhuizen?

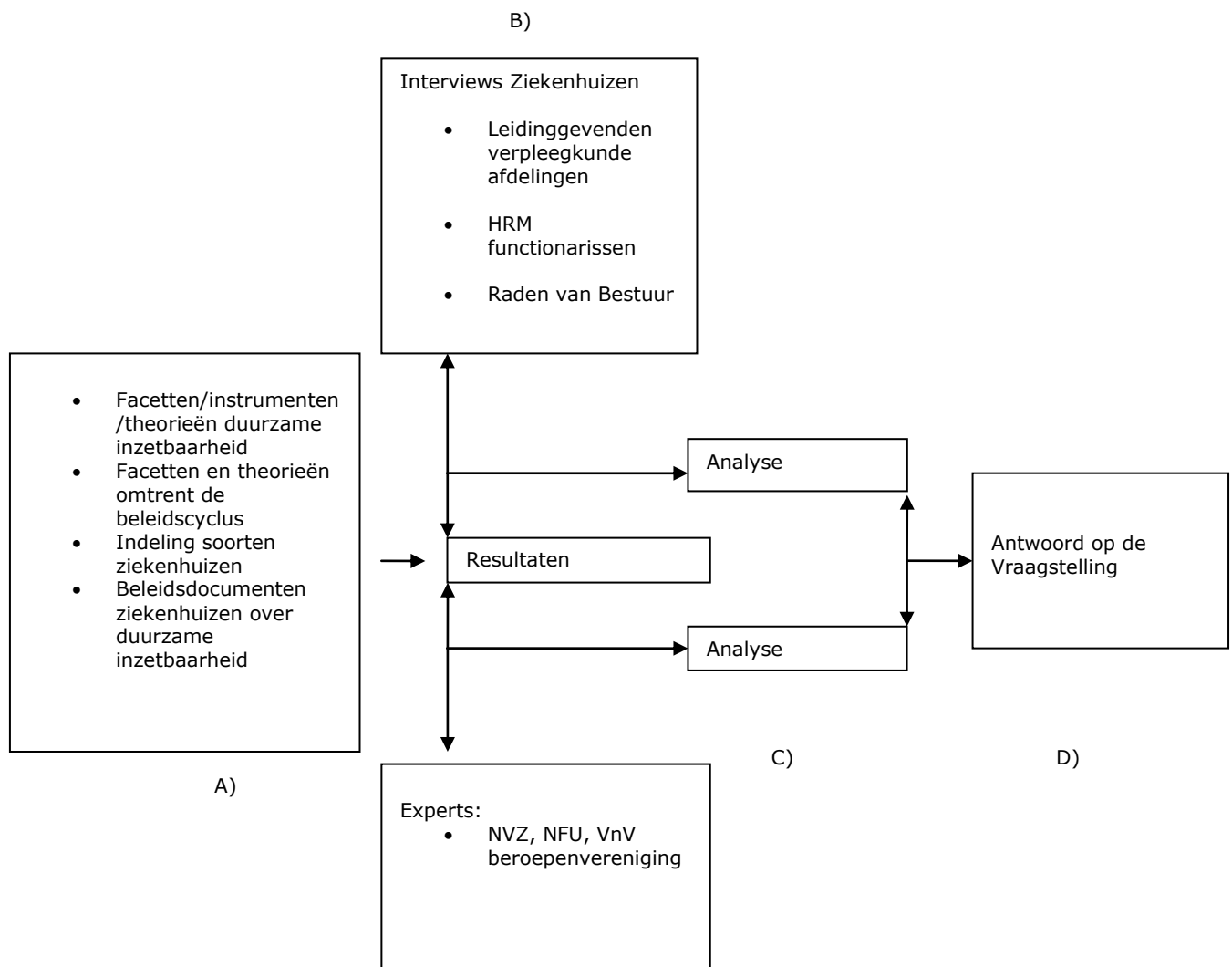
2. Welke verschillen zijn er in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen tussen verschillende soorten ziekenhuizen?

3. Hoe kunnen de verschillen tussen soorten ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen verklaard worden?

1.5 Onderzoeksmodel

Naar aanleiding van de probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en deelvragen van dit onderzoek is een onderzoeksmodel gemaakt. Een onderzoeksmodel is volgens Verschuren et al. (2000, p. 72) een schematische en sterk visuele weergave van de stappen die globaal in het onderzoek moeten worden gezet om het uiteindelijke projectdoel te bereiken. De stappen passend bij dit onderzoek zijn A, B, C en D en worden hieronder toegelicht, en weergegeven in onderstaand figuur 1. De dubbele pijl laat de visualisering zien van een confrontatie tussen twee zaken, waaruit vervolgens een conclusie wordt getrokken.

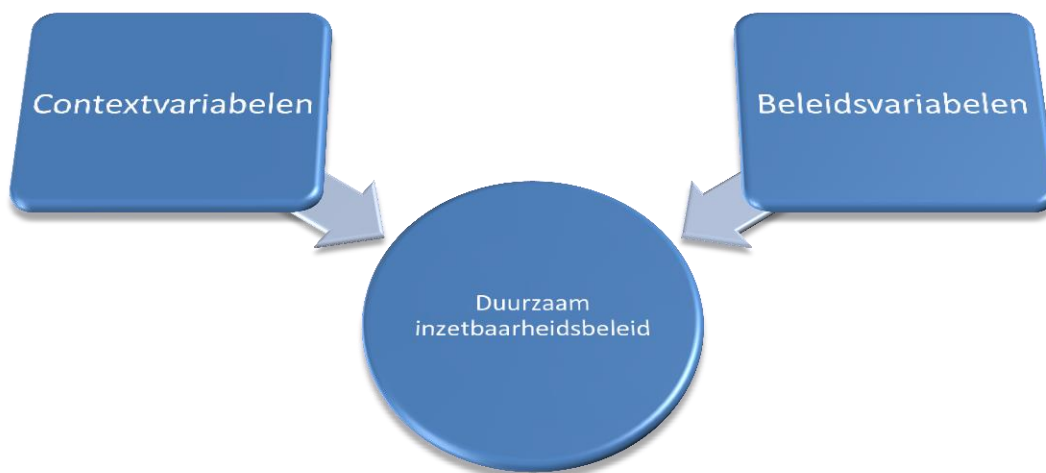
A: Een bestudering van diverse facetten/maatregelen omtrent duurzame inzetbaarheid en de beleidscyclus. Daarnaast zullen theorieën omtrent het begrip duurzame inzetbaarheid, beleidscyclus gebruikt worden. Fase A zal als input fungeren voor fase B.
 B: Met de resultaten van de interviews bij actoren in ziekenhuizen, experts en beleidsdocumenten betreffende het onderwerp duurzame inzetbaarheid zal in fase C een analyse gemaakt kunnen worden. C: Vervolgens worden de resultaten uit fase B getoetst aan de deelvragen die zijn geformuleerd. D: Vanuit de beantwoording van de deelvragen in fase C zal er een algehele conclusie gegeven worden op de vraagstelling.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.5.1 Conceptueel model voor verschil in duurzaam inzetbaarheidsbeleid

In de vorige paragraaf is het proces van onderzoek weergegeven in een onderzoeksmodel. Naar aanleiding van de inleiding van dit onderzoek is een conceptueel model opgesteld waarin de variabelen genoemd staan betreffende de vraagstelling. Dit zal uitmonden in een verklarend model om de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. In hoofdstuk twee zullen de beleidskenmerken van duurzame inzetbaarheid uiteen worden gezet. Deze kunnen verschillen laten zien in duurzaam inzetbaarheidsbeleid van ziekenhuizen. Daarnaast zullen uit het theoretisch kader verklarende context variabelen herleid kunnen worden, die invloed hebben op de verschillen in duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Hieronder in figuur 2 het conceptuele model van dit onderzoek.



Figuur 2: Conceptueel model

1.6 Relevantie

Bestuurskunde is een wetenschappelijke discipline die zich bezighoudt met de wijze waarop het openbaar bestuur functioneert, zowel intern als extern. Bestuurskundigen houden zich bezig met de beschrijving, verklaring en oplossing van praktische vraagstukken die te maken hebben met het bestuur, de organisatie en het beleid van organisaties in het openbaar bestuur, in relatie tot de omgeving. Een van de kernbegrippen uit de bestuurskunde is beleid. Het begrip beleid is beperkter dan sturen of besturen. Beleid is één van de vormen van (be)sturen. Het geeft de inhoud van sturing aan en de doelen die men met sturing wil bereiken. Een onderzoek als dit kan een bijdrage leveren aan het ziekenhuiswezen om inzicht te verkrijgen in de verschillen omtrent het inzetten van duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de (oudere) doelgroep verpleegkundigen. De vraag waarom er verschillen zitten tussen ziekenhuizen omtrent dit beleid zal inzicht verschaffen voor leidinggevendende van verpleegkundige afdelingen, HRM managers, raden van bestuur en stakeholders rondom ziekenhuizen. Er zullen waar mogelijk best practices bekeken worden, om onderscheid te kunnen maken in ziekenhuizen die op voorhand meer met dit thema doen en in ziekenhuizen die hier minder mee lijken te doen. Boven alles is dit onderzoek er ook voor bedoeld om als input voor het debat te dienen, hoe tekorten in de zorg bij verpleegkundigen terug te dringen en hoe er voor te zorgen dat de oudere verpleegkundigen op den duur langer inzetbaar kunnen zijn voor de organisatie. Kortweg kan dit onderzoek verdeeld worden in twee soorten relevanties:

1.6.1 Praktische en maatschappelijke relevantie

De zorg is één van de vele sectoren die geconfronteerd wordt met trends als vergrijzing. Voor ziekenhuizen in de zorg geldt dat het lastig is om de nodige kennis in huis te houden en goed geschoolde, jonge medewerkers aan te nemen. Dit onderzoek zal zich voornamelijk richten op de uitstroom van deze verpleegkundigen. Voor met name verpleegkundigen binnen ziekenhuizen geldt dat er een grote groep oudere werknemers in dienst is die binnenkort met pensioen zal gaan. Daarnaast is er ook een nog grotere groep oudere medewerkers, die nog een aantal jaren inzetbaar zal moeten blijven, voordat zij hun pensioengerechtigde leeftijd bereiken. De ziekenhuis organisatie wil haar (oudere) verpleegkundige duurzaam inzetbaar houden, zodat deze in staat en bereid zijn, om te blijven werken tot aan de pensioengerechtigde leeftijd, en daarbij een meerwaarde leveren voor de organisatie. Belangrijk is dan ook om als organisatie te weten hoe dit beleid vorm te geven. Waarom het bij het ene ziekenhuis anders vormgegeven is dan bij het andere, zal inzicht geven voor beleidsmakers op dit thema in de eerste drie fasen van de beleidscyclus.

1.6.2 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek blijkt uit het feit dat diverse inzichten bij elkaar gebracht worden binnen het onderwerp duurzame inzetbaarheid in Nederlandse ziekenhuizen. Er is voor Nederlandse ziekenhuizen sprake van kennisvermeerdering over de achterliggende vragen waarom er verschillen bestaan op het gebied van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Men zou verwachten dat elk ziekenhuis hier prioriteit aangeeft en elkaar opzoekt in dit vraagstuk. In welke vorm en hoedanigheid dit gebeurt, zal met dit onderzoek bestudeerd worden en is nog niet eerder in wetenschappelijke termen belicht en dus relevant te noemen. Tot slot zal er door dit onderzoek meer inzicht komen op de beleidsvraag, hoe duurzaam inzetbaarheid wordt georganiseerd voor de oudere verpleegkundige. Het zal dan ook bijdragen aan theorievorming omtrent beleidsformulering van dit soort beleid. Dit maakt dat dit onderzoek ook wetenschappelijk relevant is.

1.7 Leeswijzer

In dit onderzoek komen achtereenvolgens de volgende hoofdstukken aan bod: In Hoofdstuk 1: Inleiding wordt de aanleiding van het onderzoek gegeven, de vraagstellingen, het onderzoeksmodel, relevantie van onderzoek en een leeswijzer worden beschreven. In Hoofdstuk 2: Theoretisch kader wordt een beschrijving van relevante theorieën die nodig zijn geweest voor het onderzoek beschreven.

In Hoofdstuk 3: Methode wordt er aandacht besteed aan de manier van onderzoek die gebruikt is om tot dit eindproduct te komen. Hoofdstuk 4: Resultaten vermeldt de belangrijkste resultaten die vergaard zijn tijdens het onderzoek. Hoofdstuk 5: Conclusie geeft antwoord op de deelvragen en de vraagstelling. In dit hoofdstuk zal tevens de discussie plaatsvinden met daarin onder andere opgenomen, de begrenzingen van het onderzoek. Tot slot van dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden tot vervolgonderzoek. In de Literatuurlijst zijn alle verwijzingen uit dit onderzoek op alfabetische volgorde terug te vinden.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader worden literatuur en theorieën beschreven die gebruikt zijn voor dit onderzoek. Allereerst zullen kernbegrippen en de relatie daartussen, betreffende het onderwerp duurzame inzetbaarheid besproken worden. Daarna zal de leidende theorie van Ilmarinen et al. (2005), omtrent duurzame inzetbaarheid uiteengezet worden. Verder zal in het tweede deel van dit hoofdstuk theorie omtrent de beleidscyclus beschreven worden om antwoord te kunnen geven op de vraag waarom er verschillen zijn tussen ziekenhuizen als het gaat om duurzaam inzetbaarheidsbeleid. In de samenvatting van dit hoofdstuk zal een uitgewerkt conceptueel model gepresenteerd worden met de input van dit theoretisch kader.

2.1 Kernbegrippen binnen duurzame inzetbaarheid

In dit onderzoek zullen een aantal kernbegrippen gebruikt worden. De belangrijkste begrippen betreffende dit onderzoek zullen in deze begripsbepaling aan de orde komen. Dit zorgt ervoor dat er eenduidigheid over de begrippen, alsmede de relatie tot elkaar helder is.

2.1.1 Human Resource Management

HRM is het allesomvattende begrip als het om beleid gaat, dat gericht is op menselijk kapitaal in organisaties. HRM is een afkorting voor Human Resource Management. HRM beleid kan omschreven worden als "een visie op personeel volgens welke de ontwikkeling van het 'menselijk potentieel' van strategische waarde is voor de overlevingskansen van een bedrijfskundige eenheid" (Thijssen, 1997). Het HRM kan beschouwd worden als een bedrijfskundige benadering die past bij dynamische organisaties die op concurrerende markten actief zijn, maar het is tot nu toe nog niet een duidelijk omschreven concept. Het HRM of personeelsbeleid heeft volgens Gründemann, van Dalen & de Vries (2003) een relatief korte historie gezien vanuit de ontwikkeling van andere kennisgebieden. De term Human Resource Management lijkt tegenwoordig bijna inwisselbaar met personeelsmanagement, personeelsbeleid of personeel- en organisatiebeleid. Vaak worden deze termen gebruikt alsof het synoniemen zijn en ook door de beroepsgroep zelf wordt hier inconsistent mee om gegaan. Het toenemende belang van de eigen verantwoordelijkheid van een medewerker staat in de loop der jaren steeds meer centraal. Het verzorgende karakter van personeelsbeleid uit de jaren zeventig en vroege jaren tachtig heeft plaatsgemaakt voor beleid met een sterk accent op eigen verantwoordelijkheid. De werkgever faciliteert dit door middel van personeelsinstrumenten, coaching en het beschikbaar stellen van middelen als tijd en/of geld. Een tweede kentering die volgens Gründemann et al. (2003) te zien is, is in de betekenis van de nieuwe rol van de HRM afdeling ten opzichte van het lijnmanagement. Het is de lijnmanager die de primaire verantwoordelijkheid heeft voor de uitvoering van het HRM beleid. Van de HRM afdeling wordt een stimulerende en vernieuwende opstelling verwacht bij het ontwikkelen van een HRM visie en bijbehorende instrumentaria. (Verhoeven, 2012).

2.1.2 Duurzame inzetbaarheid

Er zijn verschillende definities van duurzame inzetbaarheid voorhanden. Enkele zullen hierna genoemd worden.

Volgens De Grip, Van Loo en Sanders (2004) is duurzame inzetbaarheid, de capaciteit en bereidheid van een werknemer om aantrekkelijk te blijven op de arbeidsmarkt, door te reageren en te anticiperen op veranderingen binnen zowel de functie als in de werkomgeving. Deze definitie gaat geheel uit van de werknemer, terwijl anderen uitgaan van een interactie tussen de organisatie en de werknemer. Duurzame inzetbaarheid wordt ook wel eens omschreven als langer gezond, gemotiveerd en met plezier doorwerken (Wijk, 2011) en het vermogen om, hetzij binnen de organisatie of daarbuiten, op productieve en zinvolle wijze meerwaarde voor de organisatie en plezier voor zichzelf te generen, zowel op dit moment als gedurende de gehele carrière (Harteveld & Zielschot, 2011).

De volgende definitie is opgesteld door een werkgroep van vooraanstaande wetenschappers op dit thema. Deze definitie luidt:

“Duurzaam inzetbaar betekent dat werknemers doorlopend in hun arbeidsleven over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren”. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de houding en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten (Van der Klink et al, 2011).

Uit algemene definities betreffende duurzame inzetbaarheid komt volgens Stamet & Scheeren (2011) een aantal belangrijke factoren van duurzame inzetbaarheid naar voren:

- Het kunnen blijven aansluiten bij de huidige arbeidsmarkt voor zowel het individu als de organisatie;
- Uitdagend en inspirerend werk hebben waardoor werknemers gemotiveerd zijn voor en betrokken zijn bij het werkproces;
- Fysiek en mentaal belastbaar kunnen zijn in relatie tot de belasting in het werk en de werkorganisatie.

De definities van beide auteurs hebben belangrijke elementen in zich en door ze te combineren ontstaat er een vollediger definitie beschrijving. In dit onderzoek zal de volgende definitie leidend zijn: “Duurzaam inzetbaar betekent dat werknemers gedurende hun arbeidzame leven gezond, gemotiveerd en met plezier werken en over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn zowel binnen als buiten de organisatie op productieve en zinvolle wijze meerwaarde te kunnen leveren aan zichzelf en aan de organisatie.”

2.1.3 Strategische personeelsplanning

In de literatuur worden veel verschillende definities gebruikt voor de term strategische personeelsplanning. In dit onderzoek wordt onderstaande definitie van strategische personeelsplanning gehanteerd: “Het voorbereiden, vormgeven en implementeren van beleid rondom de in-, door- en uitstroom van personeel waardoor de juiste personen op de juiste momenten aanwezig zijn op de juiste plaats in de organisatie, teneinde de activiteiten uit te kunnen voeren, benodigd voor het behalen van de strategische doelen.” Bovenstaande definitie is een combinatie die bestaat uit de definitie van Draper en Merchant (1978) die personeelsplanning definiëren als: “Het bewerkstelligen dat de juiste personen op de juiste momenten aanwezig zijn op de juiste plaats in de organisatie, teneinde de geplande activiteiten en projecten te kunnen uitvoeren.” Het andere deel van de in dit onderzoek gehanteerde definitie, is van Evers en Verhoeven (1999): “Personeelsplanning is het voorbereiden, vormgeven en implementeren van strategisch beleid rondom de in-, door- en uitstroom van personeel.”

Een belangrijk verschil tussen deze twee definities is, dat de eerste het eindresultaat beschrijft en de tweede de weg om daar te komen. Bij strategische personeelsplanning zijn beide onderdelen echter van belang.

2.1.4 Levensfase (bewust) gericht personeelsbeleid

Levensfasegericht personeelsbeleid is een onderdeel binnen het personeelsbeleid waarbij de verschillen tussen medewerkers, en de veranderingen die zij doormaken in samenhang met leeftijd, levensfase en loopbaan centraal staan. De wensen, behoeften en mogelijkheden van de verschillende medewerkers dienen te worden afgestemd op de (ook veranderende) doelstellingen van de organisatie doormiddel van een doelgerichte inzet van de personeelsinstrumenten. Een goede afstemming van beleid en organisatiedoelstellingen zorgt voor een duurzame en optimale inzetbaarheid van medewerkers. (Fonds Collectieve Belangen, 2008).

Volgens Brink, van der Linden & Madani (2006) is levensfasegericht personeelsbeleid een onderwerp dat de laatste jaren meer aandacht krijgt bij werkgevers en werknemers. Mensen kunnen en willen steeds meer zelf bepalen hoe zij invulling geven aan werken, leren en zorgen zodat dit afgestemd kan worden op hun individuele behoeften en wensen. In de 'oude' levensloop stond in elke fase één hoofdtaak, één hoofdactiviteit centraal in één levenssfeer. Vanwege de keuzemogelijkheden en individualisering van de huidige tijd heeft dit plaatsgemaakt voor een cultuur van combineren. Dit betekent dat werkgevers en medewerkers openstaan voor het feit dat de loopbaan eruit kan zien als een golfbeweging, waarbij voltijd- en deeltijdwerken elkaar kunnen afwisselen. De keuzes hiervoor zijn afhankelijk van de levensfase waarin de medewerker op dat moment verkeert. Levensfasegericht personeelsbeleid staat binnen het totale personeelsbeleid van een organisatie niet op zichzelf, maar is te zien als een specifieke invalshoek waarmee men naar dat personeelsbeleid kijkt.

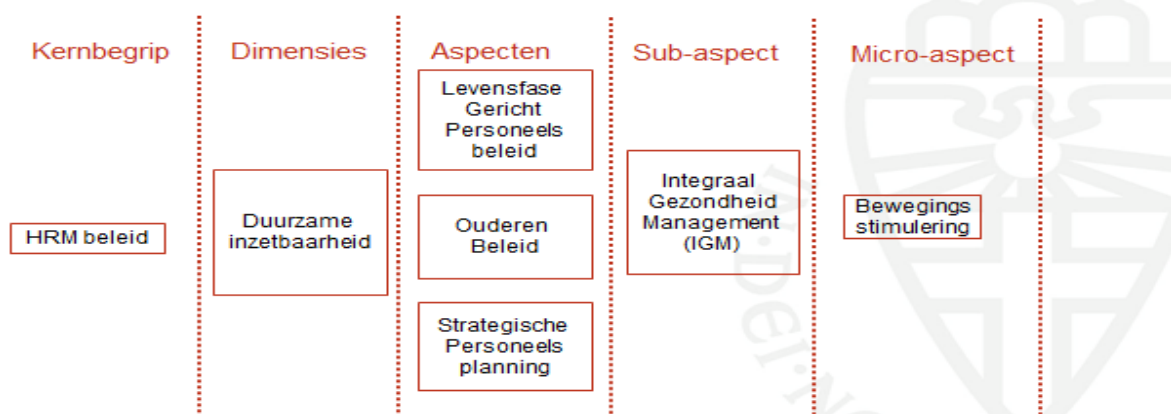
De definitie van levensfasegericht personeelsbeleid is volgens Brink, van der Linden & Madani (2006): "beleid dat zich richt op de duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers binnen een organisatie door rekening te houden met hun actuele levensfase en de daarbij behorende specifieke kenmerken en behoeften."

Hoewel de aandacht in veel bedrijven op dit moment gericht is op de oudere 50+ generatie, is levensfasegericht personeelsbeleid iets anders dan ouderenbeleid. Levensfasegericht personeelsbeleid houdt een proactieve rol in voor alle medewerkers, gericht op preventief handelen en duurzame inzetbaarheid. Ouderenbeleid is vaak reactief, gericht op de huidige inzetbaarheid en motivatie van oudere werknemers, vaak gedwongen door de verhoging van de pensioenleeftijd of grenzen aan (fysieke) belastbaarheid. In dit geval is vaak sprake van 'achterstallig onderhoud' doordat werkgevers en werknemers te weinig hebben stil gestaan bij de persoonlijke inzetbaarheid en ontwikkelrichting van de groep medewerkers in deze levensfase.

2.1.5 Verhoudingen tussen de begrippen

In de literatuur komen voornamelijk deze begrippen terug. De begrippen worden vaak door elkaar gehaald en gebruikt in verschillende verbanden en contexten. Geprobeerd is om in deze paragraaf de meest voorkomende toe te lichten en de verschillen duidelijk te maken. Dit onderzoek zal zich richten op duurzame inzetbaarheid waarbij de andere begrippen zijdelings behandeld zullen worden. Hieronder in figuur 3 een schematische weergave van de begrippen en hun onderlinge relatie tot elkaar. Integraal gezondheidsmanagement (IGM) en daarbinnen valt bewegingsstimulering, zijn begrippen die in alle aspecten integraal terug komen.

Boomdiagram begrippen

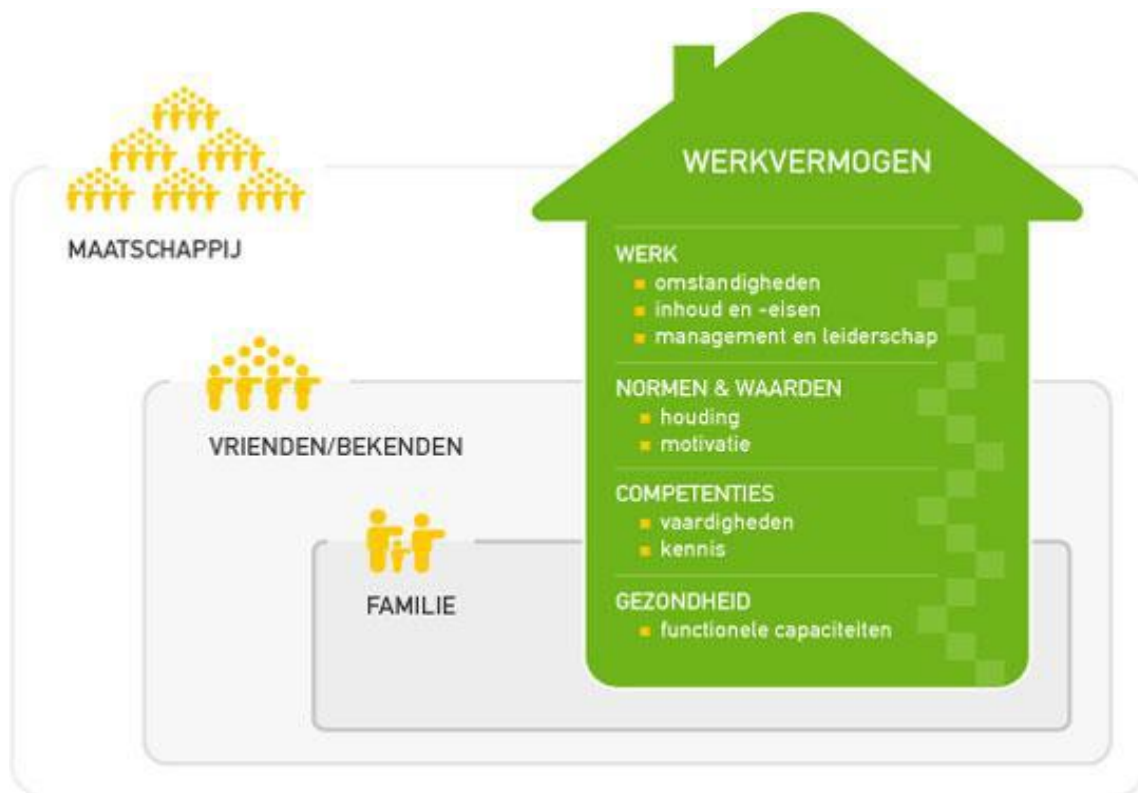


Figuur 3: Schematische weergave HRM begrippen

2.2 Theorie omtrent duurzame inzetbaarheid

2.2.1 Duurzame inzetbaarheid volgens Ilmarinen et al. (2005)

Om inzicht te krijgen in belangrijke aangrijpingspunten voor interventies, is informatie over determinanten van duurzame inzetbaarheid essentieel. Zowel demografische-, leefstijl-, gezondheid- en werkgerelateerde factoren als de werkcontext spelen een rol in duurzame inzetbaarheid en daarbij ook in het beleid hiervan. Op grond van vele onderzoeken naar de oorzaken van - verminderd - werkvermogen/inzetbaarheid is het zogenaamde 'Huis van werkvermogen' ontwikkeld door Ilmarinen et al. (2005). Dit huis biedt een kader waarin de factoren die het werkvermogen bepalen zijn opgenomen (zie figuur 4). Dit kader wordt in dit onderzoek toegepast om de diverse dimensies van duurzame inzetbaarheid te beschrijven en te ontrafelen.



Figuur 4: Huis van werkvermogen

Het raamwerk van Ilmarinen (2005) zoals in figuur 4 is te zien, is tot stand gekomen door de volgende definitie: *"how good is the worker at present, in the near future, and how is he or she to do her work with respect to the work demands, health and mental resources"*. Deze definitie heeft richting gegeven aan het instrument dat Ilmarinen (2005) de work ability index (WAI) heeft genoemd. Dit instrument bleek een goede voorspeller van verzuim en uitval en is uitgegroeid tot een internationale standaard om knelpunten bij werknemers op te sporen. Tevens laat het, het begrip duurzame inzetbaarheid uiteen zetten in deelcomponenten van het begrip.

Het huis van Ilmarinen (2005) is ontstaan naar aanleiding van omvangrijke kwantitatieve studies onder ruim 8000 respondenten van 30 jaar en ouder. In deze studies hebben ze elke laag van het huis onderverdeeld in componenten. Bij elk component is statistisch aangetoond hoe groot de invloed van het component op het construct duurzame inzetbaarheid is. Het huis van Ilmarinen (2005) beschrijft duurzame inzetbaarheid als een metafoor van een huis, waarbij inzetbaarheid het dak is en de gezondheid de begane grond.

Tussen deze twee bevinden zich nog drie lagen. Namelijk: competenties, werkwaarden en het werk zelf. Ilmarinen benadrukt dat alle lagen van cruciaal belang zijn om de duurzame inzetbaarheid hoog te houden.

In dit onderzoek zal voornamelijk gefocust worden op het huis en minder op de factoren die buiten dit huis plaats vinden zoals: familie, vrienden en maatschappij. Dit model van determinanten kan gebruikt worden op individueel niveau maar ook op organisatie niveau. In dit onderzoek zal dit model voornamelijk gebruikt worden op organisatie niveau, omdat gekeken zal worden naar verschillende maatregelen die gebruikt worden door de diverse ziekenhuizen. Vervolgens kan gekeken worden wat de verschillen zijn tussen soorten ziekenhuizen op de gebieden die Ilmarinen (2005) noemt. Hierna zal per laag van het huis beschreven worden wat hieronder verstaan wordt. Dit zal toegelicht worden met theorie die hiermee samenhangt.

2.2.2 Uitwerking lagen van het huis

Volgens Lutterop, Wending & Offers (2013) bestaat het huis van Ilmarinen uit diverse lagen. Hieronder zal een schets gegeven worden van de lagen en facetten die hierbij horen.

2.2.2.1 Gezondheid

Op de begane grond bevindt zich gezondheid. Dit is het fundament van een goed werkvermogen. Behalve lichamelijke en geestelijke gezondheid valt hier ook het sociale functioneren van medewerkers onder. Het blijkt uit meerdere studies dat er een verband is tussen fysieke gevolgen en ouderdom. Hierna zullen een aantal aspecten betreffende de eerste laag gezondheid uiteengezet worden.

Fysieke gevolgen ouder worden

Naarmate men ouder wordt nemen bepaalde functies af. Er treden onder anderen anatomische en fysiologische veranderingen van een aantal orgaansystemen op, die kunnen leiden tot functionele beperkingen en een verhoogt risico op vroegtijdig overlijden (Ehrman, Gordon, Visich, & Keteyian, 2009). Bepaalde factoren beïnvloeden de verschillende functies in de orgaansystemen zoals: voeding, omgevingsfactoren en genetica. Het verouderingsproces kan worden vertraagd door aanpassing van factoren die het proces juist verbeteren (Ehrman et al., 2009). Naast de verandering van verschillende orgaanfuncties zijn er meerdere veranderingen die optreden wanneer men ouder wordt. Men moet denken aan bijvoorbeeld veranderingen op het gebied van skelet en spierstelsel, cardiovasculair, ademhaling en thermoregulatie.

Fysieke gevolgen ouder worden in relatie tot werk

Als mensen ouder worden, gaat hun lichamelijke gezondheid zoals in de vorige paragraaf beschreven onmiskenbaar achteruit. Tot ongeveer het 45ste levensjaar hoeven mensen niet persé iets te merken van lichamelijke veroudering, maar na die leeftijd nemen bij veel mensen de lichamelijke vermogens merkbaar af. Verschillende onderzoeken tonen dit aan. Bijvoorbeeld die van Mossink, Gründemann & Vaas (1998, p24-34). Men stelt dat naarmate mensen ouder worden, zij minder goed kunnen horen en zien, een slechtere conditie hebben en fysiek minder sterk zijn. Verder beschrijft men dat de spierkracht afneemt. Ook de herstelbehoefte is groter ten op zichte van jongeren. Volgens Ringenbach & Jacobs (1995) hebben mensen een grotere herstelbehoefte. Mensen moeten dan langer rusten na een dag hard werken. Herstellen is ook harder nodig bij ziekte en ongevallen van ouderen. Haermae (1996) beschrijft dat ouderen gevoeliger zijn voor slaapverstoringen door veranderingen in hun dag-nachtritme. Dit is vooral relevant bij nachtwerk en ploegendienst. Ouderen kunnen dat lichamelijk minder goed aan dan jongeren, omdat ouderen moeilijker slapen. Seitsamo en Martikainen (1999) stelden in 1981 de vermogens - lichamelijke, cognitieve en sociaal emotionele - vast van bijna 4000 medewerkers van 45-58 jaar. In 1997 herhaalden ze deze meting.

Na zestien jaar bleek nog slechts 5% te werken, en bleek de som van lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele vermogens sterk afgenomen te zijn, zoals gemeten met een index voor capability.

Ziekteverzuim in relatie tot leeftijd

Gezondheid is een belangrijk element in duurzame inzetbaarheid. Ziekteverzuim en samenhangend daarmee arbeidsongeschiktheid, zijn indicatoren van tijdelijke en meer langdurige functionele beperkingen in de arbeidssituatie. In die zin worden ze beschouwd als indicatoren voor de gezondheidstoestand van een medewerker. Er is sprake van ziekteverzuim volgens het RIVM (2013b) als een medewerker een aantoonbare ziekte of gebrek heeft én daardoor ongeschikt is voor de uitvoering van het werk. Het ziekteverzuim in Nederland omvat zowel werkgebonden ziekteverzuim - bijvoorbeeld rugklachten door het tillen van zware lasten op het werk - als niet-werkgebonden ziekteverzuim - bijvoorbeeld door sportletsels -. Diverse cijfers laten zien dat er een relatie is tussen het ziekteverzuim percentage en de leeftijd van de medewerker.

Volgens het CBS is er een piek ten opzichte van andere leeftijdscategorieën te zien in de leeftijdscategorie 55-59 jaar, als het gaat om het ziekteverzuim percentage. Dit betekent dat hoe ouder men wordt hoe meer men gaat verzuimen (van der Linden & de Rijk, 2008).

2.2.2.2 Competenties

Na de begane grond komt de eerste verdieping competenties. Dit zijn beroepsspecifieke competenties, passende kennis en vaardigheden die gedurende de loopbaan van medewerkers worden afgestemd op veranderende eisen in het werk. Ook wel long life learning genoemd.

Vaardigheden en kennis

Als verpleegkundige biedt je de best mogelijke zorg. Volgens de beroepsvereniging voor zorgprofessionals (2013) moeten vaardigheden en kennis bijgehouden worden om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. De deskundigheid op peil houden is daarbij noodzakelijk. Bijvoorbeeld om nieuwe inzichten in behandelmethoden te krijgen, in technologische ontwikkelingen maar ook nieuwe wetgeving en richtlijnen bijhouden behoort hierbij. Kennis bijhouden kan op vele manieren. Door regelmatig ervaringen en kennis met collega's uit te wisselen, door scholing, e-learning of door vakbladen te lezen. Dit geeft nieuwe inzichten die werkwijzen kunnen beïnvloeden.

Training en opleiding

Volgens Boerlijst, Heijden & Assem (1993) hebben jongeren gemiddeld een hoger opleidingsniveau dan de oudere medewerker. Het Sociaal Cultureel Plan bureau (SCP, 2006) verwacht dat deze ontwikkeling de komende jaren steeds verder zal gaan doorzetten. Dit gegeven heeft effect op de oudere werknemer. De oudere werknemer kan zich namelijk op een bepaald moment niet meer meten met de jongere generatie en dit kan overbelasting in de hand werken. Het is dan ook belangrijk dit te onderkennen en vervolgens maatregelen te nemen, om te voorkomen dat de kennis van de werknemer veroudert door te investeren in opleidingen en training. Opleiding en training vormen een doeltreffend instrument om te worden ingezet in het kader van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid.

2.2.2.3 Normen en waarden

Op de tweede verdieping bevinden zich de sociale en morele normen en waarden van de medewerker, zoals waardigheid, waardering, rechtvaardigheid. Ook binding met de organisatie, motivatie en betrokkenheid spelen hier een rol. De normen en waarden dragen bij aan de cultuur van de organisatie en zijn van invloed op het vermogen en de bereidheid van medewerkers om zich verder te ontwikkelen.

Houding en Motivatie

Op deze tweede etage zijn de werkwaarden van belang. Deze waarden bepalen waarom iemand wil werken. Deze waarden hangen daarom nauw samen met motivatie en enthousiasme volgens Ilmarinen et al. (2005). Motivatie speelt een belangrijke rol in duurzame inzetbaarheid.

Voor de een kan een goed duurzaam inzetbaarheidsbeleid motiveren, voor de ander is het juist een voorwaarde om gemotiveerd te blijven. Het mes snijdt dus aan twee kanten. Een basale theorie op motivatie gebied is de behoeftepiramide van Maslow (1943). Hij stelde dat levende individuen dezelfde behoeftes nastreven die onder te verdelen zijn in lagen. Als men aan een behoefte voldaan heeft, verschuift het individu op naar een volgende laag. Hierdoor ontstaat een trap van behoeften. Als een laag wegvalt, zal het individu opnieuw aan deze behoefte moeten voldoen voordat men weer kan stijgen naar de volgende laag van behoeften.

Volgens Madsen (1978) is de synthese van de moderne motivatiepsychologie afhankelijk van een aantal determinanten. Het gedrag van de mens wordt gedetermineerd door:

- Organische motieven, gedetermineerd door lichaamsbehoeften;
- Emotionele en sociale motieven, gedetermineerd door externe stimuli;
- Cognitieve en interne activiteits motieven, gedetermineerd door cognitieve processen en de behoefte van de hersenen aan stimulering.

De krachten die het gedrag van de mens sturen, worden dus gedetermineerd door zowel externe stimuli als interne behoeften van het lichaam en de geest. De sterkste drijfveren hierin zijn de motivatie systemen die we interesses noemen volgens Madsen (1978). Dit terwijl de belangrijkste motieven achter specifieke gedragingen zoals werk of beoefenen van een hobby de interne activiteits motieven zijn. Deze laatste gedragingen worden ook beïnvloed door cognitieve en sociale motieven, werk en andere vormen van activiteiten die door interesses worden gemotiveerd, resulteren in een diepere bevrediging dan welk soort van gedrag dan ook. Deze zelfrealisatienorm betekent dat de werkomstandigheden in een moderne maatschappij zo georganiseerd zouden moeten zijn, dat de werknemers hun menselijke capaciteiten op een geïntegreerde wijze kunnen gebruiken, wat hun behoefte aan zelfrealisatie bevredigd. Als een bepaald soort werk speciale capaciteiten vereist, moet het zo gearrangeerd worden dat het werk wordt verricht door mensen die de interesse (motivatiesystemen) en de combinatie van voor het werk benodigde capaciteiten hebben.

Een onderzoek van Harpaz (1990) betreffende de meest dominante werkdoelen laat zien dat "interessant werk" en "een goede beloning" de meest belangrijke determinanten zijn voor een gemotiveerde medewerker. Dit zal dan ook de motivatie verhogen. Deze twee werkdoelen zijn consistent internationaal onderzocht, over verschillende organisatieniveaus, tussen geslachten en tussen verschillende leeftijdscategorieën. Dit onderzoek versterkt de bevindingen van Madsen (1978) als het gaat om het hebben van interessant werk, dat de motivatie om dit werk te doen verhoogt.

2.2.2.4 Werk

De derde verdieping staat symbool voor de werkomstandigheden, de werkinhoud en de sociale werkomgeving en organisatie. Het management en leidinggevendenden nemen een belangrijke positie in. Zij kunnen het werkvermogen van medewerkers diepgaand beïnvloeden.

Arbeidsomstandigheden

Onder arbeidsomstandigheden wordt verstaan het geheel van aspecten rond en in het werk, die invloed hebben op de kwaliteit van de arbeid, en de mate waarin mensen in staat worden gesteld het werk op een meer of mindere bevredigende manier te doen.

Deze omstandigheden kunnen volgens Dijk et al. (1992, p117-119) in een viertal dimensies worden onderscheiden:

- De arbeidsinhoud: de taakstelling, de werklast, de mate van autonomie;
- De materiele arbeidsomstandigheden: soort werk, lawaai, gevaarlijke stoffen, warmte of koude;
- De arbeidsverhoudingen: de manier van leiding geven, overleg en medezeggenschap, sociale relaties;
- De arbeidsvoorwaarden: beloning, werktijden, personeelsbeleid.

Personen verschillen onderling sterk in de waardering van hun werksituatie en ook in de aspecten van die werksituatie waaraan zij het meeste gewicht toekennen. De één ontleent zijn tevredenheid aan de materiële beloning, de ander schept vreugde uit het feit dat hij of zij door het werk iets voor een medemens kan doen.

Dijk et al. (1992) noemt een drietal overwegingen waarom een werkgever serieus aandacht zou moeten geven aan arbeidsomstandigheden:

Sociaal ethische factoren:

Het is de verantwoordelijkheid van de leiding van een organisatie om te waarborgen dat binnen de organisatie de werknemers onder veilige en gezonde arbeidsomstandigheden kunnen werken.

Bedrijfsmatige factoren:

Werknemers functioneren beter als er aandacht is voor hun arbeidsomstandigheden. De zorg voor goede arbeidsverhoudingen, arbeidsvoorwaarden, materiele arbeidsomstandigheden en arbeidsinhoud heeft invloed op de motivatie van mensen in de organisatie. Gemotiveerde medewerkers hebben vervolgens een positieve invloed op de kwaliteit van het product of de dienst. Tevens zijn er aanwijzingen dat structurele aandacht voor arbeidsomstandigheden leidt tot minder ongevallen en tot een daling van het ziekteverzuim. Bovendien heeft een organisatie die bekend staat om goede arbeidsomstandigheden, een grotere wervingskracht op de arbeidsmarkt.

Wettelijke factoren:

De arbeidsomstandighedenwet en de daarop gebaseerde uitvoeringbesluiten bevatten wettelijke regels. De bedoeling van de wet is een kader aan te geven waarbinnen de werkomstandigheden verbeterd kunnen worden. De wet schept niet alleen verplichtingen voor de werkgever, maar ook voor de werknemers ten aanzien van de naleving van de regels en het signaleren van knelpunten. De wet verplicht dan ook tot overleg en samenwerking tussen werkgever en werknemers over de arbeidsomstandigheden.

Arbeidsvoorwaarden (CAO)

De Collectieve Arbeids Overeenkomst (cao) ziekenhuizen 2011-2014 laat in principe ruimte over om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid in te richten. Men focust in de cao voornamelijk op de punten met betrekking tot ziekteverzuim. De cao geeft aan dat de werkgever een actief beleid gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim moet voeren. Ook moet de werkgever in overleg met de ondernemingsraad, een reglement ziekmelding vaststellen. Er worden nog wel een aantal bepalingen vastgesteld zoals het ziekmeld protocol. Verder wordt er in de cao medegedeeld dat ter ondersteuning van een actief beleid gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim, cao-partijen aanbevelingen hebben gedaan. Dit in de vorm van het 'Protocol Aanbevelingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden in ziekenhuizen en ter bestrijding van het ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkdruk'.

Management

Jobrotation

Volgens een studie van Nap (2006) wordt aanbevolen om de werkomgeving voor verpleegkundigen flexibeler te maken dan hij nu is en te zorgen dat verpleegkundigen meer van afdeling wisselen. Dat kan door het invoeren van jobrotation. Als verpleegkundigen regelmatig op een andere afdeling werken wordt de flexibiliteit vergroot en ook verbeteren de verpleegkundige vaardigheden binnen een andere patiëntencategorie. Volgens Meurs & Rooijen (2006) zijn er verpleegkundigen die zich beter thuis voelen en tot hun recht komen in een uitvoerende rol, dan in de rol van zorgregisseur of specialist. Deze groep wil voornamelijk patiëntenzorg verlenen.

Er wordt gesteld dat voor deze verpleegkundigen betere randvoorwaarden voor horizontale loopbaanveranderingen moeten worden gecreëerd. Onder andere jobrotation is een instrument dat hier geschikt voor is. De nadruk moet liggen op het uitbouwen van de patiëntgerichte competenties en moet een aantrekkelijk loopbaanperspectief bieden. Dit is tevens een belangrijke voorwaarde om deze groep verpleegkundigen voor de zorg te behouden.

Mobiliteit

Volgens een studie van Zandvliet et al. (2009), kan geconcludeerd worden dat de mobiliteit van werknemers in de zorgsector over het geheel genomen niet sterk afwijkt van het landelijke beeld. Dit geldt zowel voor de sector als geheel als voor verpleegkundig en verzorgend personeel. Alleen de interne doorstroom - bij dezelfde werkgever - is relatief laag. Het werk in de zorgsector is zwaar - fysiek en mentaal - en er wordt vaak op onregelmatige tijden gewerkt - in het weekend, 's avonds en 's nachts - . Werknemers in de zorgsector zijn minder tevreden over hun loon en de hoogte van het loon heeft invloed op de uitstroom.

Zelfroostering

Verpleegkundigen en verzorgenden die gezamenlijk hun rooster mogen samenstellen zijn volgens onderzoek van V&VN tevredener dan hun collega's die dit niet doen. Dat blijkt uit een onlangs verschenen onderzoek naar roosteren in de gezondheidszorg door beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Zelfsturende teams zijn op dit moment een trend binnen de gezondheidszorg. Zelfroosterende collega's daarentegen zijn nog een zeldzaamheid wordt gesteld. Uit het onderzoek kwam naar voren dat collega's die hun roosters door de centrale planner laten maken het minst tevreden zijn. In de open vragen van dit onderzoek kwam naar voren dat veel collega's aangeven meer gesloten diensten te willen draaien. Ook willen ze dat er meer rekening wordt gehouden met hun wensen. Een verpleegkundige laat weten dat ze liever het rooster door een eigen teamlid laat maken dan door een roosteraar. Deze laatste werkt alleen volgens protocollen en wettelijke richtlijnen. Er wordt gesteld dat een teamlid daarentegen vaak op de hoogte is van wensen en privé omstandigheden van collega's (Nursing, 2013).

2.3 Beleidscyclus

2.3.1 Wat is beleid?

Voordat er verder ingegaan wordt op de beleidscyclus is het goed om kort stil te staan bij wat beleid is en wat er onder verstaan wordt. Dit is van belang omdat in dit onderzoek duurzaam inzetbaarheidsbeleid centraal staat. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op het begrip duurzame inzetbaarheid. In deze paragraaf zullen de begrippen beleid en beleidscyclus nader uiteengezet worden. Gesteld moet worden dat er geen eenduidig begrip voor handen is voor het begrip beleid. Beleid is volgens Hoogerwerf & Herweijer (2008) "het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdskeuzes". Bovens et al. (2007) omschrijven de term beleid als alle voornemens, keuzes en acties van één of meer bestuurlijke instanties gericht op de sturing van een bepaalde maatschappelijke ontwikkeling".

Volgens Howlett, Ramesh & Perl (2009) worden in de beleidscyclus de volgende stappen onderscheiden:

- Agendasetting: het proces waarbij problemen onder de aandacht worden gebracht;
- Beleidsformulering: hoe beleidsopties worden geformuleerd;
- Besluitvorming: het proces waarbij de actor een bepaalde actie of non-actie aanneemt;
- Beleidsimplementatie: hoe de actor beleid effectueert;
- Beleidsevaluatie: de processen waarbij de resultaten van beleid worden gemonitord.

Het begrip beleidscyclus is een multi-dimensioneel proces. Het is dan ook niet zo statisch als hierboven weergegeven, maar door het proces uit te splitsen kan wel gekeken worden naar de complexiteit van het proces en naar de verschillende stappen daarbinnen. In de praktijk zullen deze fasen in de cyclus elkaar overlappen. Deze stappen kunnen wel allemaal apart onderzocht worden of in termen van de relatie tot elkaar bekeken worden (Howlett, et al. 2009). Daarnaast kan dit model gebruikt worden op alle mogelijke niveaus. Bovendien onderzoekt dit model alle actoren, ideeën en instituties die betrokken zijn bij het beleidsproces, dus niet alleen de formele actoren. In dit onderzoek zal gekeken worden welke fases te onderscheiden zijn in de beleidscyclus van de cases (ziekenhuizen), die zich bezig houden met duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Ook zal per fase gekeken worden naar theorie die samenhangt met de fase in de beleidscyclus, om mogelijk te kunnen verklaren waarom er verschil is in beleid. De laatste twee fasen, beleidsimplementatie en beleidsevaluatie zijn in dit theoretisch kader niet uitgewerkt. Hier is voor gekozen omdat in dit onderzoek voornamelijk ingezoomd wordt op de eerste drie stappen van de beleidscyclus, te weten de: agendasetting, beleidsformulering en besluitvorming. Het gaat erom te verklaren waarom er verschil zit in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. Dat wil zeggen: het proces om te komen tot dit beleid en het beleid zelf, zal centraal staan en dus niet de daadwerkelijke uitvoering en implementatie van dit beleid met bijbehorende evaluatie.

2.3.2 Agendasetting

Agendasetting is de eerste fase in de beleidscyclus. Deze fase wordt ook wel omschreven als het proces waarbij problemen onder de aandacht worden gebracht of de erkenning van een bepaald onderwerp als een probleem dat verdere aandacht behoeft. Het is belangrijk om naar agendavorming te kijken omdat actoren hun eigen gang gaan in een beleidsveld. In dit onderzoek staat het probleem van het wel of niet hebben van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige centraal. Dieperliggend is het probleem dat er over een aantal jaren te weinig (ervaren) verpleegkundigen aan het bed staan. Feit is dat het van belang is om dit soort beleid gestalte te geven in de organisatie, echter blijkt in praktijk dat dit niet altijd op de agenda staat van ziekenhuizen.

De besluitvormers zien geen probleem en dus komt dit thema niet op de agenda. Het kan ook zijn dat de besluitvormers het wel als een probleem zien en hier dan ook naar handelen. Daartussen zit nog een variëteit aan opties die mogelijk zijn. Er zijn een aantal modellen voor handen om de agendavorming nader te kunnen bestuderen. Hierna volgen enkele relevante modellen voor dit onderzoek omdat deze laten zien hoe iets op de agenda komt en wat de indeling hiervan is.

Er zijn drie soorten typen ideeën van belang voor beleid volgens Goldstein & Keohane (1993): Wereldbeelden, Principiële overtuigingen en Causale ideeën.

Wereldbeelden helpen mensen om de realiteit te begrijpen, de link met beleid blijft daarbij behoorlijk indirect. Principiële overtuigingen en causale ideeën zijn veel meer direct van invloed op het beleid. Dit zou kunnen verklaren waarom het thema duurzame inzetbaarheid in meer of mindere mate op de agenda staat bij een ziekenhuis. Als er principiële overtuigingen van besluitvormers of andere actoren zijn om duurzame inzetbaarheid op de agenda te krijgen, dan is de kans groter dat het daadwerkelijk op de agenda komt. Gevoed met een oorzaak/gevolg redenering met daarbij de overtuiging dat als men A doet men ook bij B uitkomt, dan is de kans eveneens groter dat het probleem op de agenda komt. Als dit alles niet het geval is dan zal hier uiteindelijk minder prioriteit aan gegeven worden.

2.3.2.1 *Issue attention cycle*

De issue-attention cycle van Downs (1972) zegt dat wat momenteel de aandacht heeft van het publiek en waar de overheid in kan grijpen, dat zal op de agenda verschijnen. Het lijkt op de media 'news cycle'. Elk probleem komt ineens onder de aandacht, blijft daar voor korte periode en - nog steeds voornamelijk onopgelost - verdwijnt langzaam weer uit het aandachtscentrum. Volgens Downs (1972) gaat de aandacht voor problemen in golven en dat geldt alleen voor problemen die de volgende drie kenmerken hebben. Als een probleem de minderheid benadeeld zal de aandacht van het probleem in golven gaan. Ook als het probleem gevolg heeft voor bestaand beleid dat positief is voor de meerderheid. Tot slot zal het in een golf van aandacht komen als het probleem tijdelijk media aandacht trekt of in ieder geval door een aanleiding op de agenda komt. Daarnaast is het tweede element van deze theorie ook belangrijk. Dat is namelijk het feit dat er ingegrepen kan worden door besluitvormers. Kortom als men aan de kenmerken voldoet moet uiteindelijk de besluitvormer kunnen zeggen dat het op de agenda komt. Deze kenmerken kunnen getoetst worden in de empirie van dit onderzoek.

Peters & Hogwood (1985) beargumenteerden dat er twee verschillende soorten cycli zijn binnen de issue-attention cycle. De eerst cycli wordt geïnitieerd door externe gebeurtenissen. De tweede is een politieke cyclus, waar het probleem eerst erkent werd door politici/beleidsmakers en daarna wordt opgepakt door de organisatie. Cobb, Ross & Ross (1976) onderscheidden de systematische (informele) agenda en de institutionele (formele) agenda. Deze eerste is vooral voor discussie, pas als het op de institutionele (formele) agenda staat worden er echt beslissingen genomen ten aanzien van het probleem. In ziekenhuizen zal het probleem op verpleegkunde afdelingen en door leidinggevenden op deze afdelingen gezien moeten worden. Dit zal opgepakt moeten worden op organisatie breed niveau bij een HRM manager en bij een raad van bestuur. Dit is dan ook het proces van een informele agenda die vormgegeven wordt naar een institutionele ziekenhuis brede formele agenda. Cobb, Ross & Ross (1976) identificeerden in navolging op dit verschil in agenda vorming vier fases van de informele naar de institutionele agenda. Het proces loopt van het initiëren van het probleem naar gespecificeerde oplossingen. Daarna zal op organisatie niveau support voor het probleem gezocht moeten worden om het probleem vervolgens op de formele agenda te krijgen. In dit onderzoek zal met behulp van deze theorie gekeken worden hoe dit proces van informele- naar formele agenda tot stand komt binnen de Nederlandse ziekenhuizen.

2.3.2.2 *Stromenmodel en beleidsramen*

Kingdon (1984) en zijn manier van agendavorming heeft verwantschap met het model dat Cohen, March & Olsen (1972) maakte. Kingdon (1984) koos als vertrekpunt voor zijn benadering dan ook hun "garbage can model". In dit model worden vier verschillende stromen onderscheiden; een beslissingstroom, een probleemstroom, een oplossingsstroom en een stroom met besluitnemers. Dit model is meer een besluitvormingsmodel dan een agendasettingsmodel. Bij het stromenmodel van Kingdon (1984) dat meer een agendasettingsmodel is, is sprake van het bij elkaar komen van actoren en problemen, die op een of ander manier bij elkaar moeten komen om er voor te zorgen dat het probleem op de agenda komt. De interactie tussen de actoren en de stromen bepalen uiteindelijk het resultaat. Het model van Kingdon (1984) maakt deze interactie dan ook het beste zichtbaar. Kingdon (1984) suggereerde dat als stromen bij elkaar samen komen, beleidsramen open en dicht gaan. Dit is gebaseerd op de dynamische interactie van de politieke instituties, beleidsactoren en oplossingen daarvoor. Deze beleidsramen zorgen er vervolgens voor dat problemen op de agenda komen. De drie stromen zijn problemen (of de perceptie hiervan); Beleid (actoren die de problemen analyseren en daarbij oplossingen geven) en Politiek (alle actoren, besluitvormers). Het stromenmodel kan ook gezien worden in ziekenhuizen betreffende het thema duurzame inzetbaarheid, waar het probleem of de perceptie hiervan gezien wordt door bijvoorbeeld lijnmanagement, HRM managers en raad van bestuur. De uitvoer in de vorm van beleid wordt vormgegeven door beleidsmakers. Tot slot zal de politiek oftewel de besluitvormers in het ziekenhuis gevolg moeten geven aan het voorgestelde probleem met beleidsoplossingen.

De drie stromen in het stromenmodel zijn zo ongeveer onafhankelijk van elkaar. Als ze kruisen door toeval of door beleidsmakers, oplossingen of mogelijkheden, ontstaat er een beleidsraam dat tot beleid kan leiden. Er zijn vier verschillende soorten beleidsramen volgens Kingdon (1984). De eerste zijn de routinematige politieke beleidsramen die geopend worden door geïnstitutionaliseerde politieke gebeurtenissen. Het tweede raam zijn de discrete politieke beleidsramen waarin het gedrag van een individuele politieke actor leidt tot de opening van een raam en is daarmee minder voorspelbaar. Het derde type beleidsraam zijn de spillover probleem ramen die gerelateerde problemen in een beleidsraam trekt dat al open staat. Tot slot zijn er nog de willekeurige probleemramen die geopend worden door een willekeurige gebeurtenissen en zijn daarom van alle vier de ramen het meest onvoorspelbaar. In de empirie van dit onderzoek zal gekeken worden naar de toepassing van de verschillende ramen per ziekenhuis om zodoende een verschil te verklaren in agendavorming gericht op duurzame inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundige.

2.3.3 Beleidsformulering

De beleidsformulering komt na de agenda fase. Bij beleidsformulering gaat het over de vraag hoe beleidsopties worden geformuleerd. In principe staat het probleem nu dus op de agenda en kan er concreet beleid voor het probleem geformuleerd worden. In dit onderzoek wordt voor de beleidsformulering de theorie van Thomas (2001) gebruikt. Dit omdat hij fases heeft benoemd in beleidsformulering die mogelijk bloot kunnen leggen hoe de beleidsformulering in ziekenhuizen tot stand komt. Uiteindelijk kan dit een verklarende variabele zijn waarom er verschil zit tussen ziekenhuizen op dit thema. Thomas (2001) identificeerde vier fases van beleidsformulering. De eerste fase is taxatie waarin data en bewijs voor het probleem worden geïdentificeerd en afgewogen. Daarna vindt volgens Thomas (2001) de dialoog plaats waarin de communicatie tussen beleidsactoren met verschillende perspectieven over het probleem en de mogelijke oplossingen wordt gefaciliteerd.

Bij de derde fase formulering, wegen ambtenaren/beleidsmakers het bewijs dat er is van de verschillende beleidsopties en stellen een voorstel op. De vierde fase is consolidering, waarin iedereen mag reageren op het voorstel dat op tafel ligt. De theorie van Thomas (2001) laat zien dat de beleidsformulering uit vier fasen bestaat.

In de beleidsformulering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige binnen ziekenhuizen zijn ook fasen te herkennen. Uit de empirie moet blijken of onderscheid gemaakt kan worden in deze vier fasen. Wanneer men kijkt naar beleidsformulering moet er ook aandacht besteedt worden aan alle technische en politieke belemmeringen in deze beleidsformulering. Er is volgens Thomas (2001) sprake van substantiële belemmeringen en procedurele belemmeringen. In dit onderzoek zal gekeken worden in hoeverre deze belemmeringen gelden in ziekenhuizen, als het gaat om het formuleren van beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Hierna worden deze soorten belemmeringen kort toegelicht.

Substantiële belemmeringen zijn belemmeringen die inherent zijn aan de natuur van het probleem zelf. Het zijn objectieve belemmeringen in de zin dat als je het probleem herdefinieert, de belemmeringen niet zullen verdwijnen. Oplossing van het probleem vereist het gebruik van middelen en capaciteiten zoals: geld, informatie, personeel en/of het gebruik autoriteit.

Procedurele belemmeringen zijn belemmeringen die te maken hebben met de procedures die betrokken zijn met het aannemen van een oplossing of het uitvoeren daarvan. Deze kunnen zowel tactisch als institutioneel zijn. Denk hierbij aan institutionele bepalingen, de natuur van de organisatie en gevestigde patronen van ideeën over overtuigingen die bepaalde oplossingen kunnen voorkomen en andere kunnen promoten.

2.3.4 Besluitvorming

Besluitvorming is volgens Howlett, Ramesh & Perl (2009) het proces waarbij de actor een bepaalde actie of non-actie aanneemt. Het probleem staat dus op de agenda en er is beleid voor gemaakt. Vervolgens moet besloten worden of dit beleid uitvoering krijgt. Daarom wordt besluitvorming ook wel gedefinieerd als het proces waar één, meerdere of geen van de vele opties van de beleidscyclus wordt goedgekeurd, als de officiële gang van zaken. Belangrijke punten bij het besluitvormingsproces zijn dat besluitvorming niet een autonome stap is, noch een synoniem met de rest van het hele beleidsproces. Er kunnen verschillende besluiten worden genomen in het besluitvormingsproces en het is niet zozeer een technisch, maar vooral een politiek proces. In het besluitvormingsproces daalt het aantal actoren significant, alleen zij die besluiten mogen nemen over het beleid, zijn nog direct betrokken bij het proces. Op microniveau bepalen meestal vaste regels welke besluiten genomen kunnen worden en ook hoe die genomen moeten worden. Er zijn diverse soorten besluiten te onderscheiden. Er kan sprake zijn van positieve besluiten die de status quo wijzigen. Bij een negatieve beslissing wordt er bewust gekozen om de status quo zo te houden. De derde optie is een non-besluit. Dit is een besluit waarbij alle opties om de status quo te veranderen totaal niet in de agendasetting of beleidsformulering worden meegenomen. Er zijn een aantal besluitvormingsmodellen voorhanden die zullen worden uitgelegd en relevant zijn voor dit onderzoek. Allereerst zal het rationele model besproken worden. Dit omdat gekeken kan worden binnen ziekenhuizen of men op een rationele calculerende manier besluiten neemt over het wel of niet vormgeven van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Ook wordt er gekeken of de incrementele theorie van Lindblom (1959) van toepassing is op de ziekenhuizen. De incrementele manier staat voor het in kleine stapjes vormgeven of wijzigen van beleid door middel van trial en error. Samenvattend zal er nog een theorie besproken worden die zowel het rationele als het incrementele model combineert. In ziekenhuizen kan de vorm van besluitvorming wellicht mede verklaren waarom er verschil is in duurzaam inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Tot slot zal in deze paragraaf de koppeling gemaakt worden tussen besluitvorming theorie, HRM als het gaat om duurzame inzetbaarheid en de beslissers op dit thema.

2.3.4.1 *Rationeel model*

Bij het rationele model wordt volgens Howlett, Ramesh & Perl (2009) besluitvorming gezien als gelijk aan marktwerking. Iedereen wil maximaal nut bereiken van de beperkte middelen die ter beschikking zijn. Dit door de kosten te minimaliseren en de voordelen te maximaliseren. Het is rationeel in de zin dat het procedures voorschrijft waarmee je in theorie zal komen tot de meest efficiënte keuze van de mogelijke middelen om je doel te bereiken. Het is neutraal in de zin dat er op een technische manier wordt gekeken om het probleem op te lossen.

Allison & Zelikow (1999) presenteren het Rationele Actor Model (RAM) in hun boek *Essence of Decision*. Het kenmerk van het rationele actor model is volgens Allison & Zelikow de poging tot verklaring van gebeurtenissen aan de hand van het bestuderen van de doelen en de calculaties. Handelingen worden benaderd in dit model als zijnde waarde maximaliserende keuzes en gaat uit van rationeel gedrag. Rationeel gedrag is hierbij gedrag dat is gemotiveerd door een nauwkeurige calculatie van voordelen die is gebaseerd op een naar binnen en buiten toe consistent waardesysteem. In dit model wordt strategie gezien als een methode, die handelingen en reacties analyseert en uitlegt (Allison & Zelikow, 1999, p. 13). Kortom, de rationele benadering kan men zien als een manier van besluitvorming waarbij de gewenste doelen en beschikbare middelen geanalyseerd worden en de methode gekozen wordt, waarbij de opbrengsten de kosten het meest overtreffen. Voorbeeld hiervan is een kosten-baten analyse. Een aantal kenmerken zijn hierbij van belang: Genereren van alle mogelijke alternatieven; Schatting van alle consequenties van alle alternatieven; Kiezen van het alternatief met de beste consequenties voor de situatie. Handelingen zijn systematisch en logisch, vanuit het perspectief van de handelende actor. In ziekenhuizen kan met deze theorie gekeken worden naar de manier van besluitvorming en de facetten die Allison & Zelikow (1999) noemen in deze theorie.

Wel moet gesteld worden dat het moeilijk is om altijd tot een dergelijke rationele keuze te komen. Dit omdat er sprake is van belemmeringen in de rationele keuze. Simon (1972) kwam daarom met de 'bounded rationality' variant. Hierin stelt hij de volgende kritische punten:

- Je haalt maximaal resultaat alleen als je alle alternatieven bekijkt en dit is praktisch niet mogelijk;
- Je moet alle consequenties kunnen overzien, ook dit is niet mogelijk;
- Vaak komen er verschillende voordelen en nadelen, deze kun je niet rang ordenen;
- Afhankelijk van de omstandigheden kan de ene optie zowel voordelig als nadelig zijn.

2.3.4.2 *Incrementeel model*

Een andere manier van besluitvorming is de benadering van Lindblom (1959). Hij zag besluitvorming als een politiek proces, gekarakteriseerd door onderhandeling en compromissen tussen beleidsmakers met eigenbelang. In Lindblom's ogen vormen besluitvormers beleid, door een proces van opeenvolgende gelimiteerde vergelijkingen van eerdere besluiten, met welke ze het meest bekend zijn. Volgens hem zijn er twee redenen waarom besluiten meestal niet ver weg staan van de status quo. Dit omdat het middels onderhandelingen gaat, is het makkelijker om dicht te blijven bij hoe het al is dan om radicale veranderingen door te voeren. De tweede reden is dat de standaard procedures ernaar neigen bestaande praktijken zo te houden. Het voordeel van incrementalisme was volgens Lindblom (1959) dat je door een proces gaat van trial-and-error, in plaats van dat je je zomaar ergens instort. Incrementalisme is dus een stap voor stap benadering van het besluitvormingsproces om tot een resultaat in de vorm van een beslissing te komen, dat bovendien voldoende draagvlak in de organisatie heeft. In ziekenhuizen zal gekeken worden naar de onderstaande elementen in de incrementele vorm van besluitvorming.

De incrementele theorie beschrijft namelijk in hoofdlijnen het volgende proces:

- De beslisser richt zich op bekende en vertrouwde alternatieve mogelijkheden;
- Hij oriënteert zich daarbij op een marginale verbetering van de bestaande situatie;
- Hij geeft ruimschoots aandacht aan de beschikbaarheid van middelen om de marginale verbetering te realiseren;
- Hij kiest voor een gedraglijn die slechts marginaal afwijkt van de bestaande situatie.

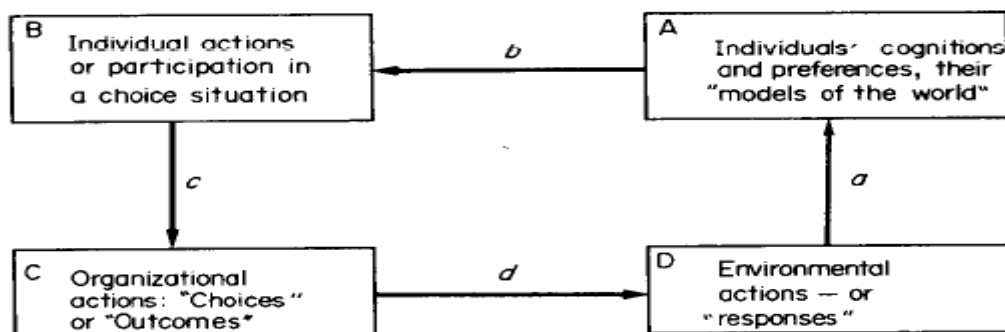
Beslissingen zijn in de visie van Lindblom compromissen tussen gevestigde belangen en een aanzienlijke koerswijziging is daarbij zeker op de korte termijn niet te verwezenlijken.

2.3.4.3 *Mixed scanning*

Een tussenvorm van het rationale en incrementalistische model is het mixed-scanning model van Etzioni (1967). Etzioni accepteerde dat het rationale model in de praktijk niet werkte en het incrementele model maar voor bepaalde beleidsomgevingen werkte. Hij bedacht een manier om ze te combineren. Optimale beslissingen zouden voortkomen uit eerst een scan van alternatieven en de meest redelijke wordt vervolgens volgens het rationale model onderzocht. In ziekenhuizen zal gekeken worden welke van de drie vormen van besluitvorming in duurzame inzetbaarheid voorkomen om op deze manier mede te kunnen verklaren waarom er verschil is in dit soort beleid.

2.3.4.4 *Besluitmodel volgens March & Olsen (1976)*

In dit onderzoek wordt voornamelijk gericht op het strategische besluit en het experiment (trial and error) dit omdat men volgens de theorie in ziekenhuizen op strategisch niveau besluit om te kiezen, of niet te kiezen voor een duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Een tweede mogelijkheid is dat het meer een incrementeel proces is waar met kleine beetjes gekeken wordt of iets werkt of niet. Dit is minder omvangrijk en zal ook minder strategisch van aard zijn. Een theorie die op deze tweedeling inhaakt is die van March & Olsen (1976). Deze geven een typologie die aangeeft dat er een cyclus van besluitvormingen/keuzes is. Er bestaat een onderscheid tussen organisatiekeuze en individuele medewerker keuze. Het model van March & Olsen (1976) presenteert in Box A de voorkeuren van mensen ofwel "models of the world". (weerspiegeling van de wereld). Pijl a stelt het meting proces voor. In Box A worden metingen ook gecheckt tegenover voorkeuren. Pijl b stelt het feedback signaal voor. Box B is de ontvangst en vertaling door individuele actoren. Pijl c is de tussenkomst in het organisatorische proces; laatstgenoemde (organisatorische proces) is gepresenteerd in Box C. Pijl d stelt de technologie van het proces voor, Box D de vertaling naar uitkomsten. Dit besluitvormingsmodel is bruikbaar om te kijken in de empirie of gebruik gemaakt wordt van individuele actie besluiten wat het maakt dat er een duurzaam inzetbaarheidsbeleid in ziekenhuizen komt of dat het organisatie breed direct ingestoken wordt en de overige fases overslaat. (Verhoeven,2012)



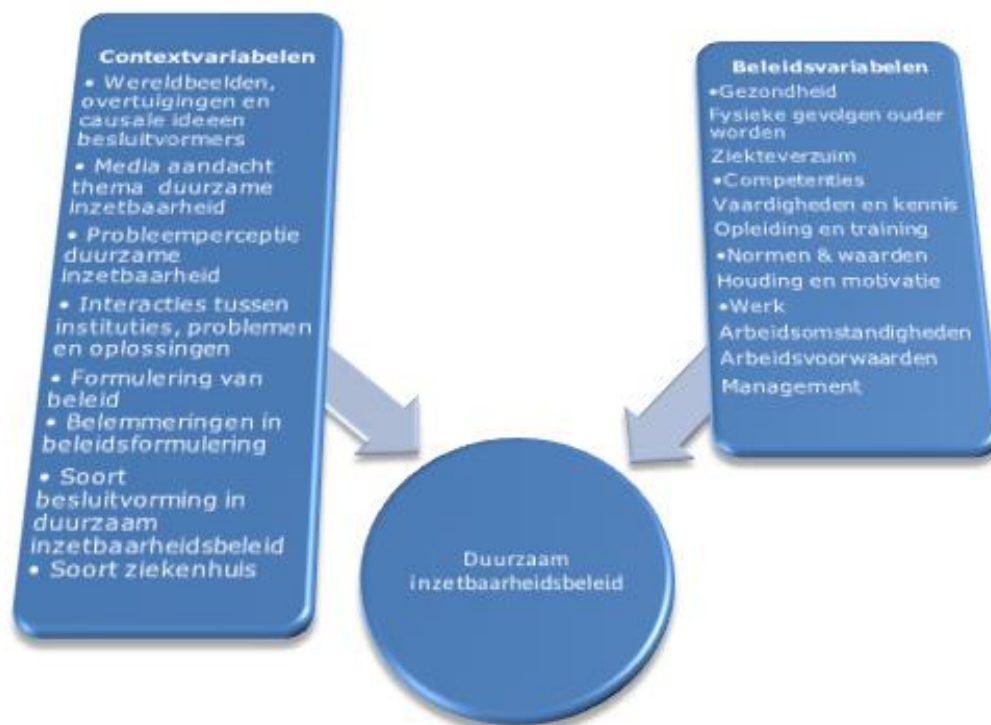
Figuur 5: The complete cycle of organizational choice (March & Olsen, 1976, p. 13)

2.3.4.5 *Besluitvorming in HRM vraagstukken*

Tot slot deze laatste paragraaf die een uiteenzetting geeft van besluitvorming in HRM vraagstukken. Besluitvormingstheorie biedt volgens Boudreau (1984) een uniek analytisch kader voor het bestuderen van HRM beslissingen. Traditioneel houdt micro-onderzoek zich bezig met de individuele reacties op de personeel programma's en worden deze bevindingen in statistische termen vaak niet duidelijk verbonden met resultaten, zoals organisatorische kosten, productiviteit en beslissingen van het management. Besluitvormingstheorie en de bijbehorende modellen zijn afgeleid van de resultaten van het micro-onderzoek waar de eenheden worden geïnterpreteerd in meestal geldwaarden volgens Boudreau (1984). Van dit theoretische perspectief, wordt HRM gezien als een besluitvormingsproces waarin alternatieve programma's - bijvoorbeeld, selectiemethodes, trainingsmethoden, feedback programma's - kunnen worden toegepast op veel individuen. De keuzen tussen alternatieven zijn afhankelijk van de "institutionele" voordelen (Cronbach en Gleser, 1965) die het gevolg zijn van elkaars alternatief. Human Resource besluiten, zijn management besluiten volgens Boudreau (1988). De bijdragen en het belang van beslissingen op personeelsgebied worden vaak abstract erkend. Dit is terug te zien in de vaak gehoorde uitspraak dat: "onze mensen zijn ons belangrijkste kapitaal". Alleen in praktijk werkt dit anders. Dag-tot-dag beslissingen van lijn- en topmanagers beantwoorden vaak juist niet aan dit sentiment. In de empirie van dit onderzoek zal gekeken worden of dit daadwerkelijk zo is. Human Resources-programma's zijn vaak de eerste budgetten waarin gesneden wordt omdat volgens Boudreau (1988) managers vaak alleen de kosten van programma's afzetten tegen werknemersgedrag. Als Human Resource professionals zijn te beïnvloeden door deze managers, moeten zij aantonen dat Human Resource thema's kunnen worden geanalyseerd binnen een kader van beheer en dat een dergelijke analyse essentiële en belangrijke informatie biedt. Er bestaan hulpprogramma's om beslissingen te rechtvaardigen. Zoals lange termijn geïntegreerde onderzoeksprogramma's en verbetering van de nutmodellen, het ontwikkelen van verbeterde ondersteuning van de besluitvormingstools met behulp van computers, en verkennen hoe dergelijke modellen invloed op de werkelijke bestuurlijke beslissingen hebben. Het is volgens Boudreau (1988) te hopen dat HRM-beslissers zullen analyseren en presenteren met behulp van kosten/baten- en hulpprogramma concepten, om zodoende betere communicatie met toezichthouders, lijnmanagers en topmanagers te krijgen over de te behalen doelen. (Verhoeven,2012)

2.4 Samenvatting theoretisch kader

Theorie betreffende duurzame inzetbaarheid is in het eerste deel van dit theoretische kader uiteengezet. De uiteenzetting van het begrip duurzame inzetbaarheid volgens Ilmarinen et al. (2005) zal als input dienen voor de interviews. Het geeft een richtlijn en kader aan het begrip en daarbinnen zijn diverse theorieën aan bod gekomen die getoetst kunnen worden in de empirie. Het tweede deel van dit theoretische kader bestaat uit de verschillende facetten van de beleidscyclus. Deze facetten en bijbehorende theorieën zullen eveneens gebruikt worden als input voor de topiclijsten die gebruikt zullen worden voor de interviews. Dit tweede deel zal eveneens getoetst worden aan de empirie om zodoende de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk zal een allesomvattend model worden gepresenteerd dat diverse elementen van het hier besproken theoretisch kader zal bevatten. De context en beleidsvariabelen worden in dit onderzoek gezien als de onafhankelijke variabele en het verschil in duurzaam inzetbaarheidsbeleid als afhankelijke variabele. Een voorbeeld hiervan is dat media aandacht (context) over een tekort aan personeel, waardoor wachtlijsten ontstaan mogelijk aanleiding kan geven tot invoering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Ook kan het zijn dat ziekteverzuim (beleid) aanleiding kan geven voor invoering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Beide soorten variabelen kunnen dus effect hebben op de afhankelijke variabele in dit onderzoek. Onderstaand model zal verschillen kunnen constateren tussen ziekenhuizen door middel van contextvariabelen en beleidsvariabelen. Hieronder is een uitwerking van het conceptueel model uit paragraaf 1.5.1 te zien.



Figuur 6: Verklarend model verschil in Duurzaam inzetbaarheidsbeleid

Hoofdstuk 3 Methoden

In dit onderzoek is een hoofdstuk methode opgenomen om te kunnen verantwoorden hoe het onderzoek wordt uitgevoerd. Er zal ingegaan worden op de manier van onderzoek die gebruikt is en ook zal uitgelegd worden waarom juist voor deze manier gekozen is. De onderzoeksmethoden en strategie zijn onderbouwd door literatuur en kent dezelfde opzet als andere rapportages van de auteur Verhoeven (2012).

3.1 Soort onderzoek

Onderzoek doen wordt volgens Verschuren en Doorewaard (2000, p. 33) onderverdeeld in twee typen van onderzoek. Het bestaat uit theoriegericht onderzoek en praktijkgericht onderzoek. Dit onderzoek is voornamelijk een praktijkgericht onderzoek. Het onderzoek is verklarend van aard (van Thiel, 2007, p.69) omdat onderzocht wordt waarom er verschillen in duurzaam inzetbaarheidsbeleid tussen ziekenhuizen bestaan. Volgens Fischer & Julsing (2007) draait het bij kwalitatief onderzoek om de diepte. Veel informatie verkrijgen over meestal weinig onderzoekseenheden. Daarbij is er de ruimte om nuance aan te brengen tijdens het onderzoek, wetende dat contexten binnen ziekenhuizen en ziekenhuizen onderling zullen verschillen. Op basis van diepgaande interviews wordt de doelgroep onderzocht om antwoord te kunnen krijgen op de vraagstelling. Hierbij ligt de nadruk op het uitgebreid zoeken naar meningen, het trekken van generaliserende bevindingen en conclusies.

3.2 Onderzoeksstrategie

Er bestaan vele onderzoeksstrategieën om een onderzoeksobject te onderzoeken. In dit onderzoek wordt de casestudy strategie gebruikt. Volgens Swanborn (2008) worden casestudy's gekenmerkt door een intensieve benadering. Zowel theorie- als praktijkgericht onderzoek kan te maken hebben met beschrijvingsproblemen en verklaringsproblemen. Volgens Verschuren en Doorewaard (2000, p. 169) wordt de casestudy vooral gehanteerd bij kwalitatieve methoden. In dit onderzoek wordt een aantal ziekenhuizen – cases - onderzocht. De selectie van de cases en daarmee de steekproeftrekking zal in paragraaf 3.4 uitgebreid worden toegelicht.

3.3 Dataverzameling

Aan de hand van Verschuren en Doorewaard (2000) is er gekeken naar welk materiaal er nodig is om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen van dit onderzoek. Personen zijn een onderzoeksobject evenals situaties, voorwerpen en processen. Onder deze twee hoofdobjecten zijn een aantal bronnen te verdelen, te weten: personen, media, werkelijkheid, documenten en literatuur. De drie bronnen die tijdens dit onderzoek gebruikt zullen gaan worden zijn: personen, documenten en literatuur. Binnen het onderzoeksobject personen is een tweedeling gemaakt van personen in ziekenhuizen en personen als experts over het thema duurzame inzetbaarheid in ziekenhuizen. In paragraaf 3.4 zal verder ingegaan worden op de selectie van cases en de personen hierbinnen.

Een korte samenvatting van de werkwijze en dataverzameling in dit onderzoek wordt hieronder uiteengezet:

Stap 1, Deskresearch (documenten en literatuuronderzoek):

1. Beeld krijgen van het onderwerp duurzame inzetbaarheid;
2. Literatuuronderzoek naar modellen en theorieën omtrent beleidscyclus en duurzame inzetbaarheid;
3. Uitwerken van documenten en literatuur in het theoretisch kader;
4. Op basis van theoretisch kader en documenten de interviewonderwerpen en vragen opstellen.

Stap 2, Fieldresearch (interviews):

5. Volledige lijst met geïnterviewden maken, Interviews plannen met personen;
6. Opzet interviews afronden, Interviews afnemen;
7. Interviews uitwerken.

Stap 3, Analyseren en rapporteren:

8. Resultaten interviews coderen en uitwerken;
9. Conclusies trekken op basis van de gevonden resultaten.

3.4 Onderzoeksobjecten

3.4.1 Steekproefkader

Onder de onderzoeksobjecten is een indeling gemaakt naar soort ziekenhuis. In de inleiding van dit onderzoek is een uitgebreide uiteenzetting gegeven van de ziekenhuisstructuur in Nederland. Voor dit onderzoek is gekozen voor een selecte steekproef betreffende de eenheden binnen deze ziekenhuisstructuur. Bij een selecte steekproef is sprake van het gericht kiezen van bepaalde eenheden. De selectie hiervan is gebaseerd op theoretische relevante criteria zoals in dit geval de indeling van soorten ziekenhuizen in Nederland (van Thiel, 2007, p.55). Binnen deze selecte steekproef is er sprake van een steekproef gebaseerd op doelgerichte selectie door middel van het verdelen van de onderzoekseenheden over Nederland in de gegeven categorieën.

Er is voor gekozen om op de eerste plaats de ziekenhuizen over het land te verspreiden zodat er een landelijke dekking is. In totaal zijn de cases verdeeld in 6 provincies. Op de tweede plaats is bij elk soort ziekenhuis twee ziekenhuizen geselecteerd wat het een purposive sampling maakt (Boeije, 2005, p. 50). Een van de twee ziekenhuizen komt naar voren als een best practice en om binnen hetzelfde soort ziekenhuis te kunnen vergelijken is er voor gekozen om ook een ziekenhuis daar tegen over te stellen, die geen best practice is op het thema duurzame inzetbaarheid. Om te bepalen of een ziekenhuis een best practice is op het gebied van duurzame inzetbaarheid is een selectie gemaakt op basis van theoretical sampling (p. 51). Dit is een vorm van doelgerichte steekproeftrekking waarbij de onderzoeker eenheden selecteert op basis van hun potentiële bijdrage aan de analyse. Er is gekeken op de websites van alle ziekenhuizen of er iets vermeld werd over duurzame inzetbaarheid. Daarnaast is er in vakbladen en netwerken gezocht naar best practices.

De gekozen ziekenhuizen zijn vervolgens telefonisch benaderd met de vraag of zij iets doen op het gebied van duurzame inzetbaarheid. Voor elk soort ziekenhuis is op deze manier een selectie gemaakt van ziekenhuizen, die zich ten eerste duidelijk profileren met het hebben van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid en ten tweede hier een prijs of ranking mee gewonnen hebben. In bijlage 2 treft men de lijst met ziekenhuizen, bijbehorende gegevens en criteria voor het kiezen van de best practices. In figuur 7 is de selectie van eenheden te zien. Bij de casus selectie is binnen de algemene ziekenhuizen de overige algemene ziekenhuizen niet meegenomen.

De reden hiervoor is dat de samenwerkende algemene ziekenhuizen (SAZ) en de samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ) uit de meeste ziekenhuizen bestaan. Het kleine deel overige algemene ziekenhuizen (OVA) is dusdanig klein dat deze niet meegenomen worden in dit onderzoek.

De bijkomende reden om hier voor te kiezen is dat zowel de SAZ als de STZ algemene ziekenhuizen samenwerkingsverbanden zijn. In dit onderzoek zal dan ook gekeken worden naar de samenwerking binnen deze verbanden op het thema duurzame inzetbaarheid.

3.4.2 Personen binnen de eenheden

Personen zijn een veelgebruikte bron van informatie. Personen kunnen, individueel of in groepsverband, een zeer grote, diversiteit van informatie verschaffen. Binnen de geselecteerde eenheden zullen personen in dit onderzoek de gebruikte bron van informatie vormen. Er is gebruik gemaakt van het topic-interview om de personen te ondervragen. Volgens Baarda, De Goede en Teunissen (2005) gaat het hierbij om een meer gestructureerde vorm dan het open interview. De bevragsmethode is open maar de onderwerpen die aan bod komen liggen vast. Bij het topic-interview bestaat de vragenlijst uit een topiclijst met daarbij de vragen behorende bij de topics herleid uit de theorie. Binnen de casussen zal ook een verantwoording plaats moeten vinden naar de soorten functies in de ziekenhuizen, benodigd voor dit onderzoek.

Er is in dit onderzoek gekozen voor de drie managementlagen in de ziekenhuizen. Dit om een zo breed mogelijk beeld te krijgen over het thema duurzame inzetbaarheid. Binnen deze drie managementniveaus wordt gebruik gemaakt van een veelheid aan functieaanduidingen en synoniemen. Echter spreekt men in dit onderzoek van een leidinggevende verpleegkundige afdeling, HRM functionaris en een raad van bestuur. Uit het theoretische kader blijkt dat leidinggevenden en HRM managers een grote invloed hebben op het duurzame inzetbaarheidsbeleid. Vandaar dat er voor gekozen is HRM managers of HRM medewerkers te bevragen, alsmede leidinggevenden van verpleegkunde afdelingen. De derde groep personen die inzicht en antwoorden kunnen verschaffen op het thema duurzame inzetbaarheid zijn de strategische besluitvormers. Hieronder vallen de raden van bestuur en ondernemingsraden. In verband met de gelimiteerde tijd van dit onderzoek is er een keuze gemaakt binnen de eenheden welk van de drie groepen personen bevragd is. De personen zijn door middel van een topic vragenlijst bevragd.

3.4.3 Experts

In dit onderzoek is ervoor gekozen om los van de personen in de ziekenhuizen (cases) ook experts te bevragen om zodoende een breder beeld te kunnen krijgen van verschillen in soorten ziekenhuizen, als het gaat om het beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen. Vooral de brancheverenigingen van de soorten ziekenhuizen zijn relevant omdat ze op afstand van het ziekenhuis opereren en inzicht kunnen geven in de verschillen in soorten ziekenhuizen. Daarnaast zijn de experts gekozen om bevindingen bij de ziekenhuizen te kunnen bevestigen, wat ten goede komt aan de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Ook de beroepsgroep vereniging voor verpleegkundigen geeft extra informatie over deze doelgroep verpleegkundigen in relatie tot hun duurzame inzetbaarheid. Tevens kan er door deze beroepsgroep vereniging meer informatie verschaft worden over de beroepsgroep zelf en alles wat hiermee samenhangt.

3.4.4 Schematische weergave onderzoeksobjecten

Naam ziekenhuis	SAZ	STZ	UMC	CAT	BrV	BV	BP	Functies geïnterviewden
Waterlandziekenhuis (Purmerend)	x						x	- Leidinggevende Verpleegkundige afdeling - HRM functionaris
Gelderse Vallei Ede (Ede)	x							- Raad van Bestuur - Leidinggevende Verpleegkundige afdeling - HRM functionaris
Rijnstate ziekenhuis (Arnhem)		x						- Leidinggevende Verpleegkundige afdeling - HRM functionaris
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen)		x						- Leidinggevende Verpleegkundige afdeling - HRM functionaris
Universitair Medisch Centrum (Maastricht)			x				x	- Voorzitter ondernemingsraad - HRM functionaris - Leidinggevende Verpleegkundige afdeling
Universitair Medisch Centrum (Utrecht)			x					HRM functionaris
Elkerliek ziekenhuis (Helmond)				x			x	HRM functionaris
Oogziekenhuis (Rotterdam)				x				Leidinggevende Verpleegkundige afdeling
Soort Expert	SAZ	STZ	AZ	CZ	BrV	BV	BP	
NVZ (Nederlandse vereniging van ziekenhuizen)					x			Bestuurslid NVZ
NFU (Nederlandse vereniging van universitaire medische centra)					x			Senior beleidsmedewerker arbeidsvoorwaarde NFU
Vereniging van verpleegkundigen						x		Hoofd innovatie vereniging van verpleegkundigen

Figuur 7: Tabel met onderzoeksobjecten

Afkorting	Uitleg afkorting
SAZ	Samenwerkende algemene ziekenhuizen
STZ	Samenwerkende topklinische ziekenhuizen
UMC	Academische ziekenhuizen
CAT	Categorale ziekenhuizen
BrV	Branche verenigingen
BV	Beroeps verenigingen
BP	Best practice

Figuur 8: Legenda bij tabel onderzoeksobjecten

3.4.5 Documenten

De bron documenten bestaat uit een grote diversiteit. Er kunnen bijvoorbeeld onderzoekverslagen, dossiers, jaarverslagen en beleidsdocumenten opgevraagd of middels internet verkregen worden. De moeilijkheid aan deze bron is wel dat het vaak niet meteen helder is waar bepaalde informatie opgeslagen is. In dit onderzoek zijn vooral documenten betreffende het onderwerp duurzaam inzetbaarheidsbeleid opgevraagd om een beeld te krijgen wat er in de ziekenhuizen voor een beleid is op dit punt.

3.4.6 Literatuur

Het verschil tussen literatuur en documenten is dat bij literatuur informatie is vastgelegd voor specifiek gebruik door individuele personen of organisaties. In die zin heeft documentatie vooral een praktijkgerichte toepassing. Literatuur is geschreven met het doel om bepaalde gegevens, eerdere reflectie op gegevens of andere theorieën in een nieuw licht te zien. In dit onderzoek zijn theorieën omtrent agendasetting, beleidsformulering, besluitvorming en theorieën die met het onderwerp duurzame inzetbaarheid te maken hebben gebruikt om op deze manier input te kunnen geven aan de interview vragen.

3.5 Operationalisatie van variabelen

Van Thiel (2007) duidt de overgang van theorie naar empirie als de fase van het operationaliseren, oftewel het waarneembaar en/of meetbaar maken van theoretische begrippen. De thema's die in het theoretisch kader zijn vastgesteld zijn geconcretiseerd in sub aspecten en uiteindelijke vragen. In dit onderzoek is de operationalisatie van de variabelen ontstaan vanuit het theoretisch kader om op deze manier een goed verklaringsmodel te krijgen. Er is begonnen met een conceptueel model te maken waarin het beleid betreffende duurzame inzetbaarheid uiteengezet wordt in beleidsvariabelen. De beleidscyclus en informatie uit het theoretisch kader zijn in contextvariabelen uiteen gezet. Vanuit elke theorie is een operationalisatie gemaakt naar uiteindelijke vragen voor de geïnterviewden. Op deze manier is goed te herleiden waar de vragen vandaan komen en kan verantwoord worden hoe te werk is gegaan in dit onderzoek. In bijlage 3 is een schematische weergave terug te zien van de operationalisatie gebruikt in dit onderzoek.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid wordt volgens Verhoeven (2004) gedefinieerd als de mate waarin de meningen onafhankelijk zijn van toeval. De betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van dit toeval. Er wordt nagegaan of de onderzoeksresultaten niet op toeval berusten. De betrouwbaarheid van de waarnemingen kan worden vergroot door standaardisatie van de methoden van dataverzameling (Boeije, 2005, p. 145). Door de interviews te structureren en hetzelfde toe te passen bij de actoren wordt in dit onderzoek de betrouwbaarheid gewaarborgd. De topics in de interviews zijn dan ook voor elk geïnterviewde persoon identiek. Er wordt wel een verschil gemaakt tussen de vragen binnen de topics bij de experts en de actoren binnen de ziekenhuizen. Dit omdat de experts toch verder weg staan van het primaire proces in ziekenhuizen dan bij de ziekenhuizen zelf. De experts hebben daarentegen ook de functie van het overkoepelend bevestigen van contexten in de ziekenhuizen, wat de betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogt. Ook wordt gebruik gemaakt van datatriangulatie. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker meer dan één data verzamelingsmethode gebruikt, wat eveneens de betrouwbaarheid van onderzoek verhoogt.

Bij validiteit van onderzoek wordt volgens Verhoeven (2004) de geldigheid van onderzoek nagegaan. De geldigheid van onderzoek bepaalt namelijk de mate waarin dit vrij is van systematische fouten. Er wordt gekeken naar de echtheid en het waarheidsgehalte van het onderzoek. Met validiteit wordt bedoeld of de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren (Boeije, 2005, p. 145). Hierbij gaat men na of het meetinstrument wat in het onderzoek wordt gehanteerd valide is. Met andere woorden of het een goede afspiegeling vormt van het te meten begrip. In dit onderzoek is het lastig om de juiste mensen te benaderen voor een interview, gegeven het feit dat het allemaal managers betreft. Dat wordt ondervangen door gericht te zoeken naar contactpersonen.

Daarnaast is op basis van theorie de steekproeftrekking met bijbehorende eenheden geselecteerd. Om de validiteit van dit onderzoek te verhogen is gebruik gemaakt van de member check methode. (Boeije, 2005, P.153).

Er zijn gedurende het proces van dataverzameling terugkoppeling momenten geweest betreffende de resultaten. Er is aan de geïnterviewden gevraagd of men het eens is met de uitwerking van de verbatims (Swanborn, 2008). Dit gegeven heeft dan ook bijgedragen aan de intersubjectiviteit en daarmee aan de interne validiteit van dit onderzoek. Verder is er door middel van een operationalisatie duidelijk te herleiden hoe de interviewvragen tot stand zijn gekomen wat eveneens de validiteit ten goed komt. Daarbij zijn de theorieën gelinkt aan de topics in dit onderzoek en op deze manier zijn deze dan ook terug te zien in de interviewvragen. Dit kan dan ook gezien worden als een protocol voor replicatie. Tot slot is de controleerbaarheid verhoogd omdat van elk interview een verbatim is gemaakt met interviewtranscripten, coderingen en reflecties. In bijlage 3 zijn de topiclijsten en interviewvragen van de interviews verwerkt van zowel de ziekenhuizen als de experts. (Verhoeven, 2012).

3.7 Samenvatting methode

In dit hoofdstuk is beschreven welke methode, strategie, dataverzameling, werkwijze en onderzoeksobjecten gebruikt zijn tijdens dit onderzoek. Tot slot zijn de betrouwbaarheid en validiteit beargumenteerd. Samenvattend heeft dit onderzoek zich gericht op de in dit hoofdstuk genoemde drie bronnen als onderzoeksmateriaal. Bij personen moet gedacht worden aan vooral de informant en de expert, waar gebruik van gemaakt wordt. Bij documenten heeft het onderzoek zich gericht op bestaande praktijkdocumenten over HRM beleid en duurzame inzetbaarheidsbeleid in de ziekenhuizen. In de literatuur is gezocht naar een uiteenzetting van de beleidscyclus en theorieën die hiermee samenhangen. Ook de beleidskenmerken omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid hebben als input gediend voor het conceptuele model. Dit onderzoek betreft een praktijkgericht onderzoek waarin zowel deskresearch als fieldresearch zijn toegepast. Bij deskresearch wordt er onderzoek gedaan naar bestaand materiaal, zoals documenten en literatuur, zo ook in dit onderzoek. Informatie vergaard uit de deskresearch is tevens input voor het fieldresearch. Bij fieldresearch wordt er in "het veld" naar informatie gezocht. In dit onderzoek wordt dit gedaan door het houden van interviews met experts en betrokken personen in de ziekenhuizen om zodoende antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. Op basis van de genoemde inclusiecriteria zijn de ziekenhuizen en partijen geselecteerd voor de dataverzameling. Daarmee kan dit onderzoek geclassificeerd worden als een kwalitatief verklarend onderzoek, met als onderzoeksstrategie een casestudy.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die tijdens de interviews naar voren zijn gekomen. Dit zal tevens het resultaat zijn van de stappen B en C in het onderzoeksmodel eerder gepresenteerd in hoofdstuk 1. Allereerst zullen in dit hoofdstuk de resultaten gepresenteerd worden betreffende de beleidsvariabelen duurzame inzetbaarheid in ziekenhuizen. Per beleidsvariabele is aangegeven wat in de diverse soorten ziekenhuizen aan de orde is. Daarna zullen de resultaten voor de contextvariabelen volgen in hoofdstuk 4.2. Na zowel de beleidsvariabelen als de contextvariabelen paragraaf is in een schematische weergave weergegeven in hoeverre de gevonden variabelen te zien zijn in de empirie.

4.1 Beleidsvariabelen duurzame inzetbaarheid in ziekenhuizen

4.1.1 Gezondheid

Bij de onderzochte samenwerkende algemene ziekenhuizen vinden diverse activiteiten plaats om de gezondheid van de oudere verpleegkundige op peil te houden. Activiteiten bestaan uit bewegingsprogramma's, die diverse elementen in zich hebben en waarbij het voor groepen of voor individuen aantrekkelijk gemaakt wordt om aan hun eigen conditie te werken. Daarnaast wordt door de geïnterviewden van de samenwerkende algemene ziekenhuizen aangegeven dat er vormen bedacht worden omtrent medische overleggen. In deze medische overleggen wordt gesproken met leidinggevend en HRM medewerkers, - soms in combinatie met een arbo arts - over de vraag wat medewerkers nog wel kunnen doen, wanneer er een fysieke of andere beperking optreedt. Tilbeleid wordt veel genoemd als maatregel dat juist bedoeld is om preventief op te treden tegen gezondheidsklachten. Het zijn vaak fysieke beperkingen met betrekking tot de gezondheid, wordt door de geïnterviewden aangegeven. Er worden diverse initiatieven aangehaald met betrekking tot projecten op het gebied van vitaliteit en gezondheid. Deze initiatieven zijn gericht op het in gesprek gaan met de medewerker en om heel nadrukkelijk te spreken over hoe de medewerker zo lang mogelijk gezond en vitaal kan blijven. Dit met als doel om de inzetbaarheid voor de organisatie te vergroten. Als er problemen omtrent de gezondheid ontstaan bij de medewerkers, dan wordt er door het lijnmanagement vaak op aangestuurd, dat de medewerker met het werk verbonden blijft. Een oplossing wordt gezocht in de trant van een tijdelijk andere werkplek. Dit is vaak maatwerk, waar niet speciaal beleid voor bestaat. Over het algemeen wordt er vrij strak gemonitord op het ziekteverzuim. Het blijkt, dat als medewerkers op een andere manier ingezet kunnen worden, - waardoor er ook geen volledig ziektepercentage aan iemand toegekend hoeft te worden - mensen sneller weer inzetbaar zijn. Het algemene credo luidt dat 50% inzetbaar beter is dan helemaal niet inzetbaar. Daarnaast ligt de nadruk op een maximum aantal ziekmeldingen per jaar. Onder de geïnterviewden wordt in de meeste gevallen het aantal van drie ziekmeldingen per jaar genoemd. Na deze drie ziekmeldingen per jaar volgt een uitnodiging voor een gesprek. Één ziekenhuis gaf aan dat er maatregelen zijn van straffen en belonen op dit thema. Bijvoorbeeld meer dan drie ziektemeldingen per jaar kan betekenen dat de medewerker hiervoor een vakantiedag moet inleveren. Bij geen ziekte dagen volgt dan aan de andere kant een beloning. Als het gaat om de gezondheid in relatie tot werkuren en de wisseling daarin, blijkt het in praktijk lastig te zijn voor lijnmanagement om hier een balans in te vinden. Men moet namelijk wel zorgen dat de jongere medewerker niet zeven nachtdiensten gaat draaien, waar een oudere er bijvoorbeeld geen draait. Over het algemeen wordt de focus gelegd op het actief bewegen in de organisatie. Daarmee wordt echter niet bedoeld, actief bewegen in de zin van bewegen en gezondheid, want dat gebeurt veel te weinig volgens de meeste geïnterviewden van de samenwerkende algemene ziekenhuizen.

De topklinische ziekenhuizen geven aan dat er geen gezondheidsbeleid bestaat. Er is wel actief beleid als het gaat om arbeid gerelateerde zaken, tiltechnieken en zorg voor de juiste materialen. Men moet dan bijvoorbeeld denken aan voldoende tilliften of glijzeilen. Ook de casemanagers of ergo coaches worden genoemd als gezondheidspreventieve maatregelen.

Met betrekking tot de gezondheid wordt gesteld dat het werk van verpleegkundigen alleen maar zwaarder zal worden in de toekomst. Dit komt ook omdat mensen steeds zieker worden. Aangegeven wordt dat men vroeger een week in het ziekenhuis lag bij een blindedarmoperatie en dat dit nu een dagopname is geworden. De patiënten die nog wel lang in het ziekenhuis liggen zijn veel zieker en zorgintensiever dan een aantal jaar geleden. In een ziekenhuis had men vroeger veel meer laagcomplex zorg en deze laagcomplex zorg schuift nu naar dagverpleging, poliklinische of privé klinieken. Door dit gegeven ontstaat op de verpleegafdelingen een concentratie van ziekere mensen en daarmee wordt het werk fysiek zwaarder. Ook bij de topklinische ziekenhuizen wordt sterk gefocust op verzuimbeleid. Aangegeven wordt dat de één op één relatie tussen de acties en de gezondheid moeilijk te bewijzen is. Ondanks dit gegeven wordt er bij de onderzochte topklinische ziekenhuizen een fiscaal vriendelijke fitnessregeling aangeboden aan de medewerkers. Vanuit de arbeidsvoorwaarden is geregeld dat de medewerker tegen een fors gereduceerd tarief kan sporten. Tot slot worden de risico inventarisatie en evaluatie analyses (RIE's) gebruikt om risico's waaraan medewerkers blootgesteld kunnen worden, te inventariseren. Gedacht kan worden aan straling op een afdeling radiologie, tot aan valincidenten bij schoonmakers.

In dit onderzoek zijn ook academische ziekenhuizen oftewel universitaire medische centra onderzocht (UMC). Aangegeven wordt dat alle UMC's het persoonlijk budget hebben om mensen inzetbaar te houden, ook als het gaat om de gezondheid. Men geeft aan dat medewerkers zelf aangespoord worden om preventief na te denken over hun loopbaan, hun zware functie en hoe dat over 5 jaar bijvoorbeeld gaat. Bij de UMC's wordt erkend dat verpleegkundigen zwaar lichamelijk werk hebben. Geïnterviewden vinden over het algemeen dat het belangrijkste instrument de medewerker zelf is. Men geeft aan dat de dialoog met de leidinggevende een belangrijke schakel is. De UMC's trekken gezamenlijk op als het gaat om gezondheidsbevorderende maatregelen. Het project "dialoog" waar gezondheidsinstrumenten in zitten, is bijvoorbeeld landelijk uitgerold. De leidinggevende wordt getraind om het gesprek aan te gaan met de medewerker over het verzuim en de gezondheid. In ditzelfde dialoogkader wordt aandacht besteedt aan trainingen gezondheidsmanagement voor leidinggevendenden. Hier is dus ten opzichte van andere soorten ziekenhuizen wel een gezondheidsbeleid aanwezig. In de UMC's wordt over het algemeen een strak ziektebeleid gevoerd waarbij de leidinggevendenden de belangrijkste rol hebben in het proces. Daarnaast is er een ander project dat "energiek at UMC" heet. Dit project is een andere manier van kijken naar verzuim en het voorkomen van verzuim. Het is een hele innovatieve methodiek waarin men kijkt naar energiebronnen, wordt aangegeven. Er worden in dit project trainingen aan leidinggevendenden gegeven door topsporters. Op dit moment is dit nog een pilot, maar er wordt aangegeven dat de leidinggevendenden heel enthousiast zijn. Dit is dan ook een voorbeeld van een project dat in de preventieve sfeer zit omtrent gezondheid. Het is daarbij een methode om het ziekteverzuim binnen UMC's laag te houden.

Daarnaast bestaan in de UMC's ook de gebruikelijke RIE's ter inventarisatie en evaluatie van werkplekken. Bij het roosteren wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van medewerkers, geven de geïnterviewden aan. In de UMC's wordt ook veel onderzoek gedaan naar levensfasegericht personeelsbeleid voor verpleegkundigen van 50 jaar en ouder. In deze onderzoeken worden psychische- en lichamelijke klachten gekoppeld aan de leeftijd en het vak. Aanleiding van dergelijke onderzoeken kan starten bij een ondernemingsraad maar ook hebben UMC's een grotere onderzoekstaak dan andere soorten ziekenhuizen. Op het gebied van gezondheid vindt een velerlei aan activiteiten plaats in de UMC's. Gedacht moet worden aan gezondheidschecks voor medewerkers en voorlichting op het gebied van voeding. Door de geïnterviewden wordt aangegeven dat het gros van de oudere verpleegkundigen nek-, rug-, en schouderklachten krijgt. Vandaar dat er stoelmassage en fysiotherapie diensten intern aangeboden worden. Één van de geïnterviewden UMC's is bezig met een pilot omtrent gezondheid, genaamd Sprintum. Dit project is geïnitieerd vanuit de fysiotherapie afdelingen.

Medici hebben de deskundigheid gebundeld om samen met medewerkers aan het herstel te werken. Gedacht moet worden aan mensen die om één of andere reden langdurig ziek zijn geworden. Dit kan van psychische- of fysieke aard zijn. Het voordeel daarvan is dat de deskundigheid vanuit de eigen organisatie komt. Het zijn mensen die weten wat de werkzaamheden zijn en welke afdelingen het betreft. Aangegeven wordt dat dit goed werkt.

De categorale ziekenhuizen zijn iets kleinschaliger dan andere soorten ziekenhuizen. Ook deze ziekenhuizen handelen volgens de verplichte wettelijke arbo kaders betreffende de gezondheid. Er wordt aandacht besteedt aan tiltrainingen, alsmede de RIE's. Één van de onderzochte categorale ziekenhuizen werkt volgens de Work Ability Index (WAI). Eens in de drie jaar wordt voor het hele ziekenhuis deze index uitgebreid uitgevoerd op individueel niveau. Als de medewerker rood op aandachtsgebied gezondheid scoort, vindt er vervolgens gerichte actie plaats. Bij de categorale ziekenhuizen wordt over het algemeen aangegeven dat medewerkers samen met de werkgever moeten zoeken naar oplossingen om langdurig inzetbaar te blijven. Echter hangt dit wel af van de beschikbare middelen. Gesteld wordt, dat als er voorziene problemen ontstaan, men ook al lang voor die tijd ander werk kan aanbieden. Er wordt niet zozeer naar leeftijdsfasen beleid gekeken in de categorale ziekenhuizen. Reden die hiervoor wordt aangegeven, is dat de categorale ziekenhuizen minder medewerkers in dienst hebben. Men stuurt erg op groepen die een zware fysieke belasting hebben. Daarnaast is het zo dat bij kleinere categorale ziekenhuizen op de verpleegafdelingen vaak minder ver gelopen hoeft te worden omdat de indelingen van ruimten anders zijn. Een van de categorale ziekenhuizen laat weten dat preventiebeleid gericht op gezondheid ook erg in leiderschapsontwikkeling zit. Als er veel wisselingen ontstaan in management op afdelingen dan zorgt dit ervoor dat het sturen op verzuim en gezondheid ook minder wordt, stellen de geïnterviewden.

4.1.2 Competenties

Binnen de onderzochte ziekenhuizen is gekeken naar het thema competenties. Men stelt, dat als het gaat om het op peil houden van vaardigheden en kennis, er bij de verpleegkundigen sprake is van BIG trainingen. Deze trainingen staan voor trainingen in het kader van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). In elk soort ziekenhuis wordt dan ook op deze manier aan competentie ontwikkeling gedaan. In de ziekenhuizen wordt meestal één tot twee keer per jaar een BIG markt georganiseerd. Hier kan men dan vaardigheden trainen. Daarnaast worden aparte cursussen gegeven voor vaardigheden, opleiding en training. Het meeste wat verplicht is doet men in ieder geval en als er wat extra's wordt gedaan hangt dit af van een stuk maatwerk. Een voorbeeld hiervan is als op een afdeling een nieuw apparaat in gebruik wordt genomen. Vooraf wordt er dan gezorgd voor scholing hierover.

Er is binnen de samenwerkende algemene ziekenhuizen geen sprake van scholing en training specifiek voor de oudere verpleegkundige. Aangegeven wordt dat als het gaat om kennisoverdracht, een jonge nieuwe medewerker vaak gekoppeld wordt aan een oudere verpleegkundige. Hierin wordt een balans gezocht. Aangegeven wordt dat het lastig kan worden als er veel personeelsverloop is. Er moet voor gezorgd worden dat jong en oud goed met elkaar verbonden is. Over het algemeen kan gezegd worden dat er geen specifiek beleid van kennisoverdracht van oudere op jongere bestaat. Het is meer situationeel dat dat gebeurt. Als het gaat om opleiding en training dan geeft één van de onderzochte ziekenhuizen aan dat er voor de medewerkers een bon van 150 euro voor scholing en training bestaat. Dit is dan ook een extra stimulans maar is niet wettelijk verplicht. Elke medewerker kan met dit budget naar eigen believen, in overleg met leidinggevendenden dit bedrag besteden. Gedacht moet worden aan een seminar, training of congres waar dit budget aan besteed mag worden. De extra trainingen die er zijn, worden vaak in eigen beheer aangeboden. Dit omdat extern inhuren te veel geld kost.

Binnen de onderzochte topklinische ziekenhuizen is er eveneens sprake van trainingen van vaardigheden en kennis vanuit de wetgevingskant. Gesteld wordt dat het een voorwaarde is om je functie goed uit te oefenen. Er wordt hierbij over het algemeen met behulp van een opleidingsprofiel gekeken naar de mogelijkheden om op individueel niveau bepaalde trainingen toe te voegen. Vaak wordt het jaargesprek als input gebruikt voor dergelijke extra trainingen. Sinds de invoering van wet- en regelgeving omtrent voorbehouden handelingen (BIG) is de situatie zo dat er nu iemand naast de medewerker staat, met vaste toetscriteria, die afvinkt of men de vaardigheid precies volgens het protocol uitvoert. Er wordt over het algemeen geen onderscheid gemaakt tussen de oudere en jongere verpleegkundige doelgroep. Opgemerkt wordt dat vooral oudere medewerkers nog wel eens willen blijven nadenken of ze alles nog doen zoals het hoort. Iedere afdeling in het ziekenhuis heeft zijn eigen opleidingsbudget. Er zijn heel veel beroepsgroepen in een ziekenhuis die verplichte bij- en nascholing hebben om geregistreerd te blijven staan voor hun professie. Dit wordt dan ook door de werkgever gefaciliteerd en betaald. Als het gaat om de kennisoverdracht van de jongere verpleegkundige naar de oudere verpleegkundige en visa versa, kan over het algemeen gesteld worden dat hier geen georganiseerd proces voor is. Aangegeven wordt dat het voornamelijk een natuurlijk proces is. Een manager van een afdeling is verantwoordelijk voor een goede mix tussen jong en oud op de afdeling. Wat blijkt, is dat iedere leidinggevende hier zo zijn eigen manier van werken voor heeft. Op strategisch niveau zijn de wettelijke taken omtrent competenties vastgesteld. Dit vormt dan ook het organisatie brede beleid op dit thema. Op de afdelingen zelf hebben de leidinggevenden een bepalende stem over hoe het wordt georganiseerd, en waar eventueel iets extra's kan worden gedaan voor de medewerker. Echter moet het afdelingsbudget hier wel toereikend voor zijn. Door geïnterviewden wordt gesteld dat op het moment van de bezuinigingen in ziekenhuizen, er op dit thema een rem werd gezet op de extra's voor de medewerker en in het bijzonder voor die oudere medewerker.

Binnen de onderzochte UMC's speelt hetzelfde als binnen de andere soorten ziekenhuizen. Hier geeft men eveneens aan dat opleiding geld kost en dat het vanuit de lengte of de breedte moet komen. Er gebeurt heel weinig extra's op het gebied van extra scholing van vaardigheden of kennis, vanwege de beperkte speelruimte. Toch is er verschil merkbaar tussen de UMC's en andere soorten ziekenhuizen op dit thema. Door de geïnterviewden wordt aangegeven dat los van de projecten omtrent betere werk/privébalans, experimenten met zelfroosteren en het kijken naar andere diensten voor de medewerker in het kader van flexibilisering, er toch meer aandacht is voor de oudere doelgroep verpleegkundigen. Men geeft aan dat het aantal voorbehouden handelingen, trainingen en opleidingen die verplicht gesteld worden op zichzelf geen probleem vormen, maar de hoeveelheid is wel steeds meer een probleem aan het worden. Dit komt ook omdat de oudere verpleegkundige vaak niet zo goed in ICT en computers thuis is. Bij de UMC's is een speciale ruimte ingericht om ouderen gewend te laten raken aan deze manier van werken. Aangegeven wordt door leidinggevenden dat altijd wel extra aandacht gegeven moet worden aan de oudere verpleegkundige, omdat bijna alles nu digitaal is. Het niveau is vaak wat lager maar ook de mentale belastbaarheid is lager wordt aangegeven. In de UMC's zijn ze hier bewust van en zijn daarom overstapt van scholingen door het jaar heen, naar twee tot drie scholingsdagen per jaar. Aangegeven wordt dat vroeger men de scholing apart nog weleens onder werktijd kon doen maar dat dit nu niet meer gaat. Tijdens de scholingsdagen doet een team een voorstel over onderwerpen die zij gepresenteerd willen zien. Daar zitten altijd een aantal onderwerpen in die wettelijk verplicht zijn en optionele onderwerpen om de kennis te verbreden of te verdiepen.

Door de geïnterviewden wordt daarnaast nog aangegeven dat opleidingen modulair gevolgd kunnen worden. Voordeel hiervan is dat men wel de basisblokken moet doen maar dat er optioneel gekozen kan worden. Men ziet dan ook de trend dat meer parttimers zich voor een deelblok van een opleiding inschrijven.

De geïnterviewde categorale ziekenhuizen geven aan dat men wettelijk een verpleegkundige bekwamingsbevoegd moet hebben voortvloeiend uit de wet BIG. Echter staat er in die wet niet hoe je dat dan moet regelen. Gevolg is dat hier dus verschillen zijn in interpretatie en in extra vormen van opleiding die er omheen worden gebouwd. Voorbeelden die gegeven zijn bij de categorale ziekenhuizen, zijn trainingen op het gebied van bejegening naar collega's, maar ook trainingen gericht op klantvriendelijkheid. Dit om een stuk uniformiteit in de organisatie te krijgen. Bij de andere soorten ziekenhuizen kwamen dit soort trainingen minder aan de orde. Binnen de categorale ziekenhuizen is te zien dat men zich meer op de individuele medewerker kan richten door de schaalgrootte van het ziekenhuis. Gesteld wordt dat er een digitaal systeem is waar wordt vastgelegd welke trainingen medewerkers in een bepaalde functie moeten halen per jaar. Een van de categorale ziekenhuizen geeft aan dat vakbekwaamheid een van de speerpunten is van het ziekenhuis, omdat de populatie medewerkers relatief lang aan de organisatie blijft verbonden. Er wordt door de onderzochte categorale ziekenhuizen ingezoomd op een basisprofiel dat elke medewerker moet kennen en daarnaast is er een specifiek profiel per functie, dat door de leidinggevende op de afdelingen extra wordt vastgesteld.

4.1.3 Normen en waarden

Als het gaat om maatregelen om te sturen op de motivatie van verpleegkundigen dan zijn die er niet binnen de onderzochte soorten ziekenhuizen. Men merkt op, dat pas wanneer het werk fysiek zwaar begint te worden, de motivatie voor het werk zakt en men daaropvolgend de motivatie krijgt om te kijken naar iets anders. De geïnterviewden geven aan dat er wel teamontwikkelingstrajecten zijn op de afdelingen zelf. Deze trajecten zijn dan met name gericht op teams waar een bepaalde problematiek speelt of op teams die op een bepaald vlak willen doorgroeien. Gesteld wordt dat hierin zeker ook die oudere medewerker meegenomen wordt. Men geeft aan dat verpleegkundigen vaak wel heel erg verbonden zijn met hun eigen afdeling. Verpleegkundigen voelen zich verantwoordelijk en dat zie je met name terug bij de oudere verpleegkundigen. Op dat punt ontbreekt de motivatie dus niet en zijn hiervoor ook geen maatregelen in ziekenhuizen. Door geïnterviewden wordt aangegeven dat de oudere doelgroep een groep is die ook flexibel kan zijn. Dit omdat ze geen kleine kinderen, of thuiswonende kinderen hebben, dus heel vaak ook gewoon makkelijker in te zetten zijn. Geïnterviewden geven aan dat de leidinggevende een integrale rol heeft als het gaat om het signaleren van een afnemende motivatie bij medewerkers.

Men geeft aan dat er op afdelingsniveau wordt gekeken hoe iemand gemotiveerd is en hoe men dit zo kan houden. Voornamelijk in het jaargesprek komt de motivatie aan de orde. Als het gaat om de motivatie dan wordt gesteld dat de oudere verpleegkundigen van nu nog traditioneel zijn opgeleid. Deze groep is met een bepaald ideaal de zorg ingegaan. De jongere groep medewerkers die nu de zorg in komen, zijn meer intern gericht, wordt aangegeven. De generatie van de jaren vijftig heeft een ander werkethos dan de generatie van nu. De oudere doelgroep in relatie tot de motivatie ondervindt wel soms problemen als het gaat om de bureaucratische manier van werken in ziekenhuizen. Gesteld wordt dat gemiddeld op een dag van 8 uur nog maar 4 uur aan het bed gestaan wordt door een verpleegkundige en de rest van de tijd opgaat aan het invullen van lijstjes. Deze laatste ontwikkeling wordt door de geïnterviewden aangegeven als het gaat om de motivatie in relatie tot het arbeidzame leven. Er is dan ook een hele omslag gaande in de zorg. Voorheen was werken in de zorg voor veel mensen een lifetime employment, maar er wordt tevens ook meer inzet van medewerkers gevraagd om bij te blijven en zelf na te denken over waar hun toegevoegde waarde zit.

Maatregelen op het gebied van het versterken van de motivatie staan dus niet in beleid. Wel hebben de UMC's in de jaargesprekken nadrukkelijk aandacht voor het levensfasegericht personeelsbeleid. In elke levensfase wordt samen met de medewerker gekeken hoe dit in de praktijk gestalte kan krijgen. De vraag is dan voornamelijk wat de medewerker de komende 5 jaar wil gaan doen als het gaat om de werkzaamheden. Aangegeven wordt dat de motivatie vaak niets met het werk zelf te maken heeft. Als het wel met werk te maken heeft dan heeft het ziekenhuis ruimte om te switchen. In UMC's kan vanwege de grootte van het UMC, relatief gezien sneller geswitcht worden van functie of taak. In de UMC's is meer oog voor levensfasebewust beleid. Motivatie heeft daar dan ook raakvlakken mee. Er worden manieren bedacht om medewerkers die dit nodig hebben op andere functies neer te zetten. Om dit te bekostigen kan aanspraak gemaakt worden op gelden die voortvloeien uit dit levensfase bewust beleid. Op deze manier hebben UMC's meer mogelijkheden om oudere verpleegkundigen een andere rol te geven binnen een afdeling en dus eventuele dalende motivatie met betrekking tot het werk te ondervangen.

4.1.4 Werk

De RIE's (Risico Inventarisatie en Evaluaties) vormen de basis van de werkomstandigheden van verpleegkundigen. De arbeidsomstandigheden zijn een centraal punt in deze RIE's, maar ook in de jaargesprekken vinden specifieke vragen naar de arbeidsomstandigheden plaats. De expert van de NVZ geeft inzicht in het feit dat de verpleegkundige opleiding vroeger een praktijkgerichte opleiding was en er nu met name sprake is van een theoretisch gerichte opleiding, met minder kennisaanbod. De kwaliteit van de verpleegkundigen is met deze ontwikkeling dan ook in het geding, wordt aangegeven. Voornamelijk het ontbreken van praktijkervaring en te weinig basiskennis baart men zorgen en verandert de werkomstandigheden. Als het gaat om arbeidsomstandigheden in de diverse onderzochte ziekenhuizen, wordt aangegeven dat men afhankelijk is van budget. Men praat vaak over grote investeringen voor werkplekken en om een moderniseringsslag hierin te maken. De ontwikkelingen rondom fusies en samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen onderling speelt ook een rol bij aanpassing of uitstel van grote investeringen op dit thema. Als het gaat om het werk zelf zie je bij de samenwerkende algemene ziekenhuizen nog geen beleid gericht op bijvoorbeeld het voorrang hebben van de oudere verpleegkundige om poliwerk te gaan doen. In de collectieve arbeidsovereenkomst (cao) is afgesproken dat men op een bepaalde leeftijd geen nachtdiensten meer hoeft te doen. Aangegeven wordt door geïnterviewden dat als er vacatureruimte is men kan schuiven, maar op dit moment moet er vooral weer ingekrompen worden. Er worden geen banen meer gecreëerd zoals een paar decennia geleden wel werd gedaan, wordt gesteld. Daarnaast speelt het feit dat aan de andere kant efficiëntieslagen moeten worden gemaakt en de ziekenhuizen in het algemeen onder financiële druk staan. Men is dus genoodzaakt te kijken hoe medewerkers zo efficiënt mogelijk ingezet kunnen worden. Jobrotation wordt dan ook wel aangemoedigd, maar de mogelijkheden hierin zijn vaak beperkt. Als het gaat om de mobiliteit van medewerkers wordt aangegeven dat door de bezuinigingen, activiteiten en maatregelen hieromtrent de afgelopen jaren afgezwakt zijn, c.q. opgehouden zijn te bestaan. Voornamelijk wordt de cao aangehouden op het thema werk, werkomstandigheden en de inhoud daarvan.

In de topklinische ziekenhuizen wordt over het algemeen voornamelijk de cao gehanteerd als het gaat om werkomstandigheden en arbeidsvoorwaarden. Waar kan, wordt er bijvoorbeeld geschoven van drie nachtdiensten naar één.

Aangegeven wordt dat er geen specifiek beleid is op dit thema als het gaat om de oudere verpleegkundige. Op het gebied van jobrotation onderscheiden ze zich niet van andere soorten ziekenhuizen. De verpleegkundige op de afdeling hebben wel diverse doorgroeimogelijkheden. De ontwikkeling begint meestal op een afdeling als verpleegkundige, waarnaar doorgegroeid kan worden naar een seniorrol en uiteindelijk een mentorrol.

Over het algemeen wordt er in de onderzochte topklinische ziekenhuizen niet zelf geroosterd. Bij sommige afdelingen wordt geroosterd door de leidinggevende en bij andere door een roosteraar van de afdeling zelf. Aangegeven wordt dat er wel verschil zit in de manier waarop een leidinggevende of roosteraar omgaat met de roosters. De één zit er heel strak in, terwijl de ander een wat lossere benadering hanteert. Wat men ziet is dat dit ook een relatie heeft met de arbeidskrapte op dat moment en de omgeving waar het ziekenhuis gevestigd is. Op het moment van krapte worden vaker eisen van medewerkers ingewilligd dan wanneer er genoeg arbeidskrachten zijn.

Bij de geïnterviewde UMC's blijkt dat men actief bezig is met zelfroosterprogramma's en ook specifiek voor de oudere verpleegkundigen. Aangegeven wordt, dat zeker met het oogpunt op de strategische personeelsplanning, de zelfroosterprogramma's belangrijk zijn. Dit zit hem in het feit dat als men een afdeling heeft met alleen maar oudere medewerkers, die medewerkers naar verloop van tijd kunnen gaan zeggen, ik hoef nu conform cao geen nachtdiensten meer te draaien. De signalen worden op dit moment herkend en daarom wordt hier dan ook aandacht aan besteed. Er bestaan bij de UMC's flexibele rooster portals. Hierbij kan de medewerker vanuit huis zelf het rooster inzien en kan dan zelf aangeven wanneer men wel of niet kan werken. Deze manier van werken dwingt de medewerkers op een afdeling dan ook om samen in dialoog, passende roosters te krijgen.

Over het algemeen hebben de onderzochte categorale ziekenhuizen niet echt maatregelen die aanpassingen doen op het vlak van de werkzaamheden van oudere verpleegkundigen. Aangegeven wordt dat er minder wordt gefocust op leeftijd. Door de grote van het ziekenhuis zijn de lijnen kort en is het vooral maatwerk op dit punt. De zelfroostering bij dit soort ziekenhuizen zie je ook in mindere mate. Gezien de grootte van categorale ziekenhuizen is jobrotation vaak ook een lastige maatregel om beleid op te maken. Juist vanwege de kleine omvang zijn categorale ziekenhuizen vaak kwetsbaar daardoor. Door het zwaar gespecialiseerde karakter van categorale ziekenhuizen zit er weinig variatie in de werkzaamheden. De geïnterviewden stellen dat als je het hebt over duurzaam inzetbaarheidsbeleid, je er wel voor moet zorgen dat er mogelijkheden zijn voor mensen om te werken op andere afdelingen. Echter de mogelijkheden zijn nu eenmaal minder dan in grotere algemenere of academische ziekenhuizen.

4.1.5 Schematisch overzicht beleidsvariabelen

Zoals in bovenstaande paragrafen is te zien, zijn er diverse maatregelen in elk soort ziekenhuis onderzocht in dit onderzoek. Toch zijn er een aantal opvallende verschillen op te merken als het gaat om de vier thema's in dit hoofdstuk behandeld. Hieronder in figuur 9 is te zien waar wel en geen verschillen zijn op de variabelen in de onderzochte ziekenhuizen.

Verschil in ziekenhuis Variabelen	<i>Wel verschillen in ziekenhuizen te zien</i>	<i>Geen verschillen in ziekenhuizen te zien</i>
1. Gezondheid	x	
2. Competenties	x	
3. Normen en Waarden		x
4. Werk	x	

Figuur 9: Overzicht beleidsvariabelen

4.2 Contextvariabelen duurzame inzetbaarheid in ziekenhuizen

4.2.1 Wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën besluitvormers

Deze eerste contextvariabele is onderzocht in de empirie. Bij alle geïnterviewden is nagegaan of deze variabele kan verklaren waarom er verschil is in duurzaam inzetbaarheidsbeleid in ziekenhuizen. Zoals Goldstein & Keohane definieerden zijn er drie soorten typen ideeën van belang om tot beleid te komen. Gesteld kan worden dat zowel wereldbeelden, principiële overtuigingen als causale ideeën naar voren kwamen bij de geïnterviewden. Bij wereldbeelden kwam voornamelijk de noodzaak omhoog om iets te doen met duurzame inzetbaarheid. Met name voor de oudere verpleegkundige doelgroep. Argumenten om beleid te richten op deze doelgroep zijn: dat het een grote groep medewerkers is in een ziekenhuis en het een belangrijke groep is omdat verpleegkundigen nu eenmaal direct om de patiënt heen werken. Dit gecombineerd met fysiek zwaar werk en onregelmatig werk, geeft aanleiding om voor deze groep beleid te maken. Dit met als doel om te voorkomen dat er vroegtijdig uitval plaats vindt, dat vervolgens het ziekteverzuim laat stijgen. In alle ziekenhuizen in dit onderzoek wordt strak gemonitord op het ziekteverzuim. Men geeft aan dat er inderdaad vooruit gekeken moet worden, zodat er geen plotselinge verrassingen ontstaan. Dit gegeven hangt dan ook af van de organisatie en van de tijd, doelend op de mogelijkheden die men als organisatie heeft voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Medewerkers blijven op dit moment dan ook graag op hun plek om baanzekerheid te behouden. Er is op dit moment in de ziekenhuizen minder roulatie, minder flexibiliteit en de mogelijkheden zijn minder dan een decennia geleden. Op strategisch bestuursniveau heeft men dan ook wel het wereldbeeld over duurzaam inzetbaarheid, maar dit verbrokkelt door de huidige tijdsgeest en de financiële positie van het ziekenhuis. Aangegeven wordt dat de voordelen op langere termijn niet altijd opwegen tegen de voordelen op korte termijn. Hier wordt bedoeld op het financiële aspect dat nodig is voor deze duurzame inzetbaarheid. Een aantal voorbeelden betreffende bezuinigingsoperaties op het thema duurzame inzetbaarheid worden door geïnterviewden genoemd. Geïnterviewden hebben het dan bijvoorbeeld over het wegbezuinigen van een mobiliteitscentrum, tot minder afdelingsbudget voor extra activiteiten gericht op duurzame inzetbaarheid. Gesteld wordt dat voornamelijk beleidsmakers op HRM afdelingen de principiële overtuigingen hebben om iets aan het (toekomstige) probleem te doen. Zij hebben vaak de kennis van duurzaam inzetbaarheidsbeleid en wat dit kan doen met medewerkers. Het is aan HRM functionarissen om het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige op de agenda te zetten en te houden bij raden van bestuur. Het overtuigende bewijs dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid werkt is niet altijd te geven. Daarmee gaat het causale mechanisme dat als men een duurzaam inzetbaarheids interventie inzet, men dan ook de gewenste uitkomst krijgt, niet altijd op. Geïnterviewden geven aan dat voornamelijk op HRM niveau gekeken wordt naar duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. Als op die plek in de organisatie de wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën niet tot uiting komen, dan doet een ziekenhuis minder met dit onderwerp. Vanuit een raad van bestuur van een ziekenhuis kan ook strategisch gekozen worden voor minder uren voor HRM functionarissen om zich bezig te kunnen houden met het thema duurzame inzetbaarheid.

De invulling en uitvoering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid vindt plaats op operationeel niveau. Het hangt dan ook sterk af, wat op de afdeling zelf door een leidinggevende wordt gedaan voor die oudere verpleegkundige. Dit gegeven komt bij alle geïnterviewden terug. De beleidsruimte die een leidinggevende neemt, is dan ook erg belangrijk en verklaart mede waarom er verschillen zijn in duurzaam inzetbaarheidsbeleid tussen ziekenhuizen. Op deze manier is het dan ook een verklarende variabele gebleken in de empirie van dit onderzoek.

4.2.2 Media aandacht thema duurzame inzetbaarheid

Media aandacht voor het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige, om te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid werd niet genoemd onder de geïnterviewden. Wel werd geschetst dat het te maken heeft met een maatschappelijke trend en dat de medewerkers zelf andere vragen beginnen te stellen betreffende dit thema. Daarnaast werden andere verklaringen gegeven waarom er in meer of mindere mate aandacht ontstaat omtrent het thema duurzame inzetbaarheid. De meest gehoorde zijn de verhoging van de AOW leeftijd en veroudering van het personeelsbestand.

Als het gaat om de aandacht voor dit thema was er wel een ander opvallend resultaat waar op voorhand in dit onderzoek niet aan gedacht was. Aangegeven wordt door geïnterviewden dat op locaties waar ziekenhuizen op een korte straal van elkaar gevestigd zijn, er meer urgentie is om duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de medewerker vorm te geven. Men moet binnen de ziekenhuissector een goed draaiend bedrijf neerzetten en dat kan enkel met goede medewerkers. Men moet dus in de eigen omgeving de concurrentiepositie verstevigen. Personeel behouden en aantrekken is dan ook van essentieel belang om te kunnen overleven als organisatie op plekken waar sprake is van een druk bevolkt ziekenhuis landschap.

Volgens Downs (1972) gaat de aandacht van problemen in golven. In de empirie van dit onderzoek kan dit bevestigd worden. Er zijn meerdere factoren waarom ziekenhuizen meer naar hun personeelsbestand en naar de duurzame inzetbaarheid daarvan gaan kijken. De ondernemingsraad, HRM afdeling, raden van bestuur en de werkvloer kunnen allen aan deze golven deelnemen. Wel is duidelijk zichtbaar in de empirie dat de ziekenhuizen die meer aandacht geven aan het thema, uiteindelijk meer beleid op dit thema hebben dan ziekenhuizen die deze aandacht niet hebben. Gesteld kan worden dat media aandacht geen reden geeft tot het maken van een duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Wel hebben aanverwante onderwerpen van deze variabele andere bovenstaande zaken aan het licht kunnen brengen.

4.2.3 Probleemperceptie duurzame inzetbaarheid

De verklarende variabele probleemperceptie is zichtbaar in de empirie. Over het algemeen is er in de onderzochte ziekenhuizen nog geen acuut probleem met de inzetbaarheid van de oudere doelgroep verpleegkundigen. Bij het ene ziekenhuis speelt het op afdelingsniveau meer dan bij het andere ziekenhuis. Geïnterviewden op strategisch niveau konden over het algemeen ook niet direct aangeven op welke afdelingen dit een acuut probleem is. Leidinggevendenden op afdelingsniveau konden dit aanmerkelijk beter aangeven. Deze gaven voornamelijk aan dat op dit moment er wel problemen zijn met de nachtbezetting van oudere verpleegkundigen. Dit omdat ouderen dit vaak niet meer kunnen en/of willen doen. Aangegeven wordt dat als problemen echt zichtbaar gaan worden in de toekomst, dat men dan de contacten met andere ziekenhuizen wel gaat opzoeken. Dit is nu niet het geval omdat het probleem nog niet groot genoeg is. Geïnterviewden geven aan dat een medewerker met een contract voor onbepaalde tijd vaak eerst gaat kijken wat voor doorgroeimogelijkheden er zijn in het eigen ziekenhuis. Gesteld wordt dat in deze tijd van crisis men niet bang hoeft te zijn voor een massale wegloop. Bijna alle geïnterviewden verwachten over 5 tot 10 jaar wel dat er een probleem met deze oudere verpleegkundige zal komen. Het belang van dit soort beleid zal dan ook steeds duidelijker gaan worden. Het probleem is wel helder wordt aangegeven, maar de oplossingen en consequenties om er vervolgens iets mee te doen zijn nog niet duidelijk op de radar. Zowel in ziekenhuizen als in een breder samenwerkend kader zal dit meer uitgekristalliseerd moeten worden, wordt aangegeven door de geïnterviewden. Een aantal ziekenhuizen onderzocht in dit onderzoek, laten weten dat zij juist meer met het thema duurzame inzetbaarheid doen, omdat er daar wel duidelijk probleemsignalen zijn binnen de hele populatie medewerkers dat er een groot deel 50+ aan het worden is.

Wat men bij deze ziekenhuizen dan ook kan waarnemen is dat soms verpleegkundigen uit andere landen worden ingezet. Geïnterviewden noemen Belgen en Spanjaarden als ingezette verpleegkundigen om de productie van het ziekenhuis aan te blijven kunnen. Daarnaast zijn er verschillen te zien tussen wat op strategisch niveau bedacht wordt aan instrumenten en wat ervaren wordt op de werkvloer door leidinggevenden. De informatie bereikt de werkvloer niet altijd is een veel gehoord probleem. Wat opvallend is, is dat de geïnterviewden en voornamelijk die op afdelingsniveau, zich wel bewust zijn van het probleem, maar door geïnterviewd te worden op dit thema de prioriteit ervan ineens weer inzien. De probleempceptie wordt op deze manier dus aangewakkerd. De verklaring hiervoor is dat door de waan van de dag op het moment als er geen problemen zijn met de inzetbaarheid er ook niet verder dan een jaar gekeken wordt. Gesteld kan worden dat de mate waarin het probleem van inzetbaar (ouder) verpleegkundig personeel speelt in ziekenhuizen, bepaald in hoeverre er aandacht is voor het thema duurzame inzetbaarheid en het uiteindelijke duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor deze doelgroep. Cobb, Ross & Ross (1976) identificeerden de fasen van informele naar formele agenda. Uit de empirie blijkt dat deze fasen omtrent het thema duurzame inzetbaarheid ook gevolgd worden. Meestal begint de probleempceptie van dit thema op operationeel niveau bij de informele agenda. Vervolgens is het aan beleidsmakers op HRM niveau om via de leidinggevenden grip te krijgen op wat er precies speelt omtrent dit thema. Vervolgens komt het op de formele agenda bij HRM, deze actor gaat mogelijke oplossingen samen met de leidinggevenden formuleren. Het besluit ligt vervolgens bij de raad van bestuur van een ziekenhuis. Deze actor gaat over de vraag welke middelen en mogelijkheden, binnen welk budget kunnen worden ingezet. Als dit proces ergens stopt kan dit verklaren waarom er verschillen zijn tussen ziekenhuizen. Dit omdat elke genoemde actor op een bepaalde manier een beslissing over de urgentie van het probleem betreffende het thema maakt. Dit laatste is een cruciaal gegeven blijkt uit de empirie. De probleempceptie is dus een variabele die kan verklaren waarom er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen omtrent het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige.

4.2.4 Interacties tussen instituties, problemen en oplossingen

In navolging op de probleempceptie is bij deze variabele sprake van het in kaart brengen van het proces waarin instituties, problemen en oplossingen op het thema duurzame inzetbaarheid inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Het model van Kingdon (1984) laat zien hoe in het stromen model het beleidsraam geopend kan worden. In de empirie is dan ook onderzoek gedaan naar de vraag, hoe dit soort beleid op de agenda komt, om vervolgens tot beleid te worden gemaakt. Dit kan dan vervolgens verklaren waarom er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen betreffende dit soort beleid. Over het algemeen kan gesteld worden dat problemen omtrent inzetbaarheid gesignaleerd worden op de werkvloer en dat de HRM afdeling deze signalen wel of niet oppakt. Vervolgens komen zij samen met partijen als een ondernemingsraad, leidinggevenden en werkvloer om tot oplossingen te komen. Tot slot zal de politieke stroom uit het model van Kingdon (1984), de raad van bestuur met de hoogste managementlaag in de organisatie besluiten welk beleid uitvoering kan krijgen. Door geïnterviewden wordt gesteld dat het een soort coproductie is tussen de HRM functionarissen en management om uiteindelijk te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Belangrijk hierbij is dat een raad van bestuur aan het thema belang hecht en achter het beleid gaat staan, anders zal het nooit van de grond komen. Door de geïnterviewden worden een aantal voorbeelden gegeven van hoe in de ziekenhuizen omgegaan wordt met problemen en oplossingen gericht op duurzame inzetbaarheid, en budget om hier iets mee te doen. Het gaat van aanpassing van een werkruimte op het gebied van lucht, licht en ergonomie tot voorbeelden van roostering en de eisen van medewerkers op het moment dat de arbeidsmarkt krap is voor de werkgever. Het feit wil dan dat eisen van medewerkers sneller worden ingewilligd dan op het moment dat er keuze genoeg is aan arbeidskrachten.

Er is in dit onderzoek specifiek gekeken met het model van Kingdon (1984), hoe de diverse stromen bij elkaar komen en beleidsramen openen op het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Geïnterviewden noemen voornamelijk het routinematige, politieke en spillover raam. De willekeurige probleemramen werden niet genoemd. In het licht van dit onderzoek en de uitkomsten daarvan kan gesteld worden dat daarom ook de variabele media aandacht niet in de empirie is gevonden. Het thema duurzame inzetbaarheid komt absoluut niet uit de lucht vallen om ergens willekeurig te landen, wordt aangegeven. Het is een jarenlang proces van diverse actoren binnen ziekenhuizen die ervoor zorgen dat het duurzame inzetbaarheidsbeleid gestalte krijgt. Het routinematig politieke beleidsraam wordt in verband gebracht met de collectieve arbeidsovereenkomst (cao) ziekenhuizen dat een geïnstitutionaliseerde politieke gebeurtenis is en eens in de zoveel jaar herzien wordt. Dit komt dan ook via een bepaalde werkwijze en structuur op de agenda. Een cao komt van onderuit de geledingen van de ziekenhuizen, gecombineerd met de vakbonden tot stand. Het politieke beleidsraam, wordt gezien als het jarenlang door menigeeen en vanuit verschillende hoeken op de agenda zetten van het thema. Het politieke raam zit hem met name ook in het feit dat op ziekenhuisniveau een raad van bestuur uiteindelijk beslist hoe men met het thema om dient te gaan. Zij bepalen uiteindelijk na de beleidsafwegingen te hebben gedaan, de koers voor de toekomst op dit thema. Het opstellen van dit soort beleid gebeurt gezamenlijk en in alle geledingen van het ziekenhuis. In die zin, zit daar ook een politiek proces in. Het meest genoemde beleidsraam is het spillover gerelateerde beleidsraam. Dit zijn beleidsramen die andere problemen in het ziekenhuis meebrengen in het beleidsraam. Dus wanneer gerelateerde problemen zoals strategische personeelsplanning, levensfasegericht personeelsbeleid en verzuimbeleid gebruik maken van het al openstaande beleidsraam, zal er eerder duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige op de agenda komen. Op basis van cijfers wordt een bepaalde ontwikkeling gezien, daarnaast speelt de vergrijzing een grote rol. Als dit soort thema's in ziekenhuizen spelen, dan kan duurzaam inzetbaarheidsbeleid tot stand komen. Er zijn HRM afdelingen in ziekenhuizen bij in dit onderzoek, die vanuit een spillover beleidsraam redeneren en meer bij een raad van bestuur voor elkaar krijgen daardoor. Aangegeven wordt dat raden van besturen gevoelig zijn voor het combineren van beleidsdoelen in algemeen beleid. Een voorbeeld is dat verzuim nu geld kost en dient dan ook nu een oplossing te hebben, wordt gesteld door geïnterviewden. In de empirie kan men zien dat als er al nagedacht wordt en beleid is gericht op levensfase, personeelsplanning en verzuim, er eerder ook duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige ontstaat. Ook de ontwikkeling van het steeds meer certificeren van ziekenhuizen heeft verwantschap met dit spillover raam. Bij de certificeringen staat vaak de medewerker centraal. De zorgverzekeraars die steeds meer alleen contracten sluiten met gecertificeerde ziekenhuizen laten de focus op personeelsbeleid dan ook op deze manier toenemen. De variabele interactie tussen instituties, problemen en oplossingen kan dan ook verklaren waarom er verschil is tussen ziekenhuizen op dit thema.

4.2.5 Formulering van beleid

De vijfde variabele bestaat uit de formulering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. In de vorige variabelen is al kort aan de orde gekomen hoe de lijnen lopen in een ziekenhuisorganisatie, betreffende het maken van dit soort beleid. Alle geïnterviewden geven dezelfde soort schets van actoren om te komen tot beleid op dit thema. Hierin is dan ook geen verschil te zien en daarom kan deze variabele geen verschil verklaren tussen de ziekenhuizen in dit onderzoek. Het beleid wordt gemaakt door een HRM functionaris. Dit is in veel ziekenhuizen dan ook de kartrekker en initiator van dit soort beleid. Aangegeven wordt dat als het puur om de formulering van beleid gaat, steeds meer een duo wordt gevormd met leidinggevenden in het lijnmanagement. De variabele formulering van beleid richt zich enkel op de fasen van beleidsformulering. Thomas (2001) identificeerde vier fasen van beleidsformulering zoals gesteld wordt in het theoretisch kader van dit onderzoek. In de empirie komen al deze fasen terug en is bij de geïnterviewde ziekenhuizen geen verschil te ontdekken. De volgende variabele in dit hoofdstuk zal zich meer toespitsen op de belemmeringen in de beleidsformulering. Hier is duidelijk meer verschil te zien tussen de ziekenhuizen die kunnen verklaren waarom er verschillen bestaan op het thema duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundige.

4.2.6 Belemmeringen in beleidsformulering

Belemmeringen in de beleidsformulering die in het theoretisch kader van dit onderzoek zijn genoemd - aangaande de theorieën van Gründemann & de Vries (2003) en Thomas (2001) - , zijn onderzocht in de empirie. Thomas (2001) sprak hierbij over substantiële en procedurele belemmeringen in de beleidsformulering. Als substantiële belemmering in de beleidsvorming werd budget als meeste genoemd door geïnterviewden. Er wordt aangegeven dat er in de meeste ziekenhuizen weinig ruimte is qua financiën voor dit soort beleid. Gesteld wordt dat er vroeger meer maatregelen waren om ouderen te ontsien in hun werk. Gedacht moet worden aan extra vrije dagen, de mogelijkheid bieden om gebruik te maken van een deeltijd-VUT of deeltijd-pensioen en een kortere werkweek. Met deze maatregelen konden medewerkers eerder stoppen met werken en zodoende kon de oudere verpleegkundige dan ook minder uren gaan werken als ze een bepaalde leeftijd hadden bereikt, echter met behoud van loon. Aangegeven wordt dat al die maatregelen langzamerhand geschrapt zijn uit de cao. Ziekenhuizen hebben over het algemeen niet de middelen om dat op te vangen. Daarbij is een feit dat er geld nodig is om beleid te formuleren. In de empirie is te zien dat ziekenhuizen die financieel ruimer in hun budgetten zitten, meer op dit thema doen dan ziekenhuizen die aangeven echt sterk te moeten bezuinigen. Op dit punt zijn dan ook verschillen waarneembaar.

Als procedurele belemmering kan het ziekenhuis zelf als organisatie als belemmering worden gezien. Ziekenhuizen worden gekenschetst als bureaucratische organisaties waar besluitvormingsprocedures lang duren. Bij het onderwerp duurzame inzetbaarheid is ook sprake van relatief veel actoren waarmee vervolgens consensus moet worden bereikt over de inhoud van het te bereiken beleid. Iedereen heeft een eigen visie op hoe het probleem aangevlogen dient te worden. Er wordt gesteld dat als er ziekenhuisbreed geen beleid is op dit thema, er op afdelingsniveau geen uniformiteit is. Op afdelingsniveau is het besef er wel, maar men geeft er dan op een eigen manier een heel individualistische vorm aan. Daarbij laat één van de geïnterviewde leidinggevende zien dat het makkelijker is voor leidinggevenden die meerdere afdelingen onder zich hebben, om medewerkers te plaatsen bij andere afdelingen. Voor leidinggevenden die maar één team hebben is dat niet zo makkelijk te doen. Als dat laatste het geval is, moet er met andere leidinggevenden geschakeld worden. Aangegeven wordt dat dit over het algemeen nog niet zo in de natuur van werken zit. Uiteindelijk kan dit dan ook een belemmering zijn in de beleidsformulering omdat iedereen dan maar wat doet. Op afdelingsniveau gaat het over de probleemperceptie zoals al eerder was vastgesteld. Door geïnterviewden wordt aangegeven dat als men als leidinggevende geen probleem heeft met de inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige, dit afdelingshoofd ook niet zo snel geneigd is om andere leidinggevenden van andere afdelingen te helpen.

Kortom men kijkt niet over de schutting van afdelingen en divisies binnen ziekenhuizen. Dit is dan ook sterk afhankelijk van de cultuur en structuur binnen een ziekenhuis. Dit kan een belemmering zijn in de beleidsformulering. Bovenstaande verschillen en voorbeelden die genoemd zijn geven aan dat belemmeringen in beleidsformulering ervoor kunnen zorgen dat er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen betreffende het duurzame inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige.

4.2.7 Soort besluitvorming bij duurzaam inzetbaarheidsbeleid

In het theoretische kader van dit onderzoek is een driedeling van theorieën gemaakt omtrent besluitvormingsmodellen, om te kunnen verklaren waarom er verschil is tussen ziekenhuizen betreffende duurzaam inzetbaarheidsbeleid. In de fase besluitvorming zijn de actoren die uiteindelijk besluiten, tot een minimum beperkt. Allereerst is er in de empirie gekeken naar het rationele model. Gekeken is of er in de vorm van een kosten-baten analyse besloten wordt op dit thema. Er is gekeken of men op deze manier binnen ziekenhuizen, op een rationele calculerende manier besluiten neemt over het wel of niet vormgeven van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. In het bijzonder voor oudere verpleegkundigen. Ook is er gekeken of de incrementele theorie van Lindblom (1959) van toepassing is op de ziekenhuizen. Tot slot is er gekeken volgens "the complete cycle of organizational choice" van March & Olson (1976) om te zien of de keuze tot een duurzaam inzetbaarheidsbeleid tot stand komt via een organisatiekeuze of door een individuele actie. Deze bovenstaande modellen zijn gebruikt om in de empirie duidelijk te krijgen of de variabele besluitvorming kan verklaren waarom er verschil is in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige.

4.2.7.1 Is er sprake van rationele besluitvorming?

In de onderzochte ziekenhuizen is sprake van een rationele afweging van keuzen als het gaat om de inzet van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Een kosten- en batenanalyse wordt vaak gemaakt om te kijken wat het beleid gaat opleveren tegen de te maken kosten. Aangegeven wordt dat op dit moment de kostencomponent enorm in zicht is. De start van dit duurzame inzetbaarheidsbeleid begint vaak bij eerder beleid op een deelvlak van duurzame inzetbaarheid. Voornamelijk ziekteverzuimbeleid wordt hierbij genoemd. Dit strookt met de bevindingen uit dit hoofdstuk betreffende de agendavorming. Het spillover beleidsraam - voornamelijk door middel van een al bestaand probleem zoals ziekteverzuim - zorgt ervoor dat het probleem van duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundige eerder op de agenda komt.

Het blijft lastig bij duurzaam inzetbaarheidsbeleid, om aan te tonen of het ook echt iets oplevert. De individuele kwaliteit van een HRM functionaris zal dan ook zijn om de raad van bestuur van een ziekenhuis toch te kunnen overtuigen op dit punt. Uit de empirie blijkt dat de HRM afdelingen die in staat zijn goed uit te drukken in geld wat het beleid oplevert, ervoor kunnen zorgen dat duurzaam inzetbaarheid er komt. Aangegeven wordt dat het lastige in dit proces is dat niet alle consequenties kunnen worden overzien. Ook uit de literatuur is dit een belangrijk gegeven gebleken. Uiteindelijk bepaalt de raad van bestuur welk beleid met passende maatregelen de eindstreep haalt en welk beleid niet. Op het eerste gezicht kan men niet stellen dat deze rationele besluitvorming een verklarende variabele is om te verklaren waarom er verschil bestaat omtrent dit soort beleid. Dit komt omdat elk ziekenhuis in dit onderzoek te kennen geeft dat er absoluut sprake is van een rationele besluitvorming. Echter wordt gesteld, dat er verschil zit in de mate waarnaar er naar de return on investment component gekeken wordt bij deze besluitvorming, wat er toe leidt dat men besluit een uitgekleden vorm of helemaal geen vorm van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige te maken. Gecombineerd met het "zachte karakter" van dit soort beleid waarin de effecten lastig om te zetten zijn in kwantitatieve en kwalitatieve opbrengsten, zorgt ervoor dat dit per ziekenhuis verschilt. De sleutelfiguur hierin is de HRM functionaris die al dan niet weet te overtuigen en het verschil maakt in deze rationele besluitvorming.

4.2.7.2 *Is er sprake van een incrementele manier van besluitvorming?*

In de onderzochte ziekenhuizen is sprake van een incrementele manier van beleid maken op het onderzochte thema. Het blijkt een stap voor stap organisch proces te zijn waarin gekeken wordt in de context van het ziekenhuis, hoe te handelen op het thema duurzame inzetbaarheid. Door alle geïnterviewden wordt gesteld dat het absoluut geen revolutionaire koerswijziging behelst op dit thema. Daarbij geeft men aan dat het succes bij de besluitvorming rondom dit thema gelegen is in het feit dit juist niet top-down maar bottom-up te doen. Deze aanpak maakt dat dit soort beleid heel breed gedeeld wordt met elkaar en heeft daardoor meer kans van slagen. Het hand in hand met elkaar en stapje voor stapje vormgeven van beleid heeft de voorkeur onder de geïnterviewden. De verklaring die voor deze aanpak gegeven wordt is dat er eerst een sense of urgency gevoeld moet worden, of het probleem zo groot moet zijn, wil er in één klap structureel beleid op dit thema worden gemaakt. De beslissers op dit thema richten zich dan ook op bekende en vertrouwde alternatieven. Ze oriënteren zich op een marginale verbetering van de bestaande situatie. Gezien het feit dat elk ziekenhuis in dit onderzoek in meer of mindere mate met de eerdergenoemde probleemperceptie te maken heeft, zal dit dan ook de basis leggen van een hogere of lagere mate van incrementele besluitvorming. Als het gaat om de besluitvormingsprocedure binnen de onderzochte ziekenhuizen is een link te zien met het in het theoretische kader genoemde model van Etzioni (1967). Hierbij wordt gesteld dat optimale beslissingen zouden voortkomen uit een eerste scan van alternatieven op incrementele wijze, waarna vervolgens de meest redelijke volgens het rationele model worden onderzocht. In de empirie was deze volgorde dan ook vaak te zien. Gesteld kan worden dat over het algemeen een incrementele wijze van besluitvorming gehanteerd wordt. Echter kan gezegd worden dat op het moment als de probleemperceptie groot is, de actoren die beslissen op dit onderwerp eerder overgaan tot grotere koerswijzigingen en een speerpunt maken van duurzaam inzetbaarheidsbeleid, dan als dit niet het geval is. In deze kan deze variabele dus verklaren waarom er verschil is tussen ziekenhuizen op dit thema.

4.2.7.3 *Besluit op basis van organisatiekeuze of op basis van individuele actie?*

Uit de empirie van dit onderzoek kan men vaststellen dat er een combinatie te zien is van beide soorten keuzen herleid uit de theorie van March & Olson (1976). Aangegeven wordt dat de focus van leidinggevendenden, HRM functionarissen en raden van bestuur met name gericht is op de waan van de dag. Vaak met de vraag: hoe bestuur ik mijn ziekenhuis nu? Echter staan problemen van vandaag en morgen boven op de prioriteitenlijst en die van over een paar jaar onderaan, wordt gesteld door de geïnterviewden. Aangegeven wordt dat als er FTE vrijgemaakt wordt voor het thema duurzame inzetbaarheid, het thema beter gestalte krijgt in de organisatie. Een geïnterviewde geeft aan dat dit ook een reden is geweest, waarom er specifiek een projectleider voor dit thema in dienst is genomen. Dit omdat in dit ziekenhuis de organisatie op dit thema niet in beweging kwam. Dit gegeven neigt dan ook naar voornamelijk individuele actie, maar die actie kan pas gemaakt worden als er een organisatiekeuze gemaakt is om een FTE voor dit thema aan te trekken. Deze twee uitersten hangen dan ook met elkaar samen en hebben hun wisselwerking. Echter is in de empirie te zien dat de individuele actie binnen de HRM afdelingen en binnen de leidinggevende een belangrijke verklaring is waarom er wel dan niet gekozen wordt voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid met bijbehorende maatregelen en instrumenten voor de oudere verpleegkundige. Diverse voorbeelden van geïnterviewden illustreren dit gegeven. Een sprekend voorbeeld is dat medici van een ziekenhuis zelf in combinatie met fysiotherapieafdelingen een dienst aanbieden aan alle medewerkers van het ziekenhuis. Deze dienst biedt hulp aan medewerkers die om één of andere reden langdurig ziek zijn, psychische problemen hebben (burn-out) of fysiek een mankement hebben. Kortom de kaders worden door de organisatie bepaald en slaan dus op de organisatiekeuze vanuit de theorie. Er is altijd sprake van een definitief besluit op strategisch niveau op basis van budgetten vastgesteld door een raad van bestuur.

Maar binnen die kaders zijn er entrepreneurs die individueel er voor kunnen zorgen dat duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige op de agenda komt.

Aangegeven wordt dat het absoluut essentieel is dat de besluitvormers zoals een raad van bestuur, ervan overtuigd zijn dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid de manier is waarop men goed omgaat met medewerkers. Deze intrinsieke motivatie heeft verwantschap met de wereldbeelden variabele eerder genoemd in dit hoofdstuk resultaten. Gesteld wordt door geïnterviewden dat als een raad van bestuur deze intrinsieke motivatie op dit thema mist of dat het nog moet worden aangewakkerd, dat dat dan het verschil maakt. Daarnaast is waar te nemen dat de individuele actie, strookt met het incrementele karakter van besluitvorming, wat doorgaans in alle onderzochte ziekenhuizen is waargenomen. Voornamelijk een besluit op basis van individuele actie - in het ene ziekenhuis is dat meer dan in het andere - verklaart waarom er verschil is tussen ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige.

4.2.8 Soort ziekenhuis

In dit onderzoek zijn er verschillen te zien tussen algemene, topklinische, academische en categorale ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid en in het bijzonder voor de oudere verpleegkundige. Ook zijn er andere verschillen op het thema duurzame inzetbaarheid gevonden in de empirie, wat te maken heeft met het soort ziekenhuis. Hierna zal er een uiteenzetting volgen van de resultaten gevonden in de empirie als het gaat om het soort ziekenhuis.

4.2.8.1 Verschil in organisatie ziekenhuizen

Geïnterviewden geven aan dat er verschillen zijn in de organisatie van ziekenhuizen. In de inleiding van dit onderzoek is een verdeling gemaakt naar soort ziekenhuis. Het blijkt dat over het algemeen, geen hele grote verschillen zitten tussen de algemene ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid. Wel worden er duidelijke verschillen aangegeven tussen de algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid. Het verschil zit hem in het feit dat UMC's anders georganiseerd zijn. Er zijn enkel 8 UMC's in Nederland die samenwerken met elkaar op het thema duurzame inzetbaarheid en gezamenlijk beleid maken op dit thema. Men heeft in dit verband dan ook afgesproken en vastgelegd dat duurzame inzetbaarheid een belangrijk thema is. Veel maatregelen worden samen met de Nederlandse federatie voor universitaire medische centra (NFU) opgezet en de NFU heeft hier dan ook een adviserende, aanjagende en coördinerende rol in. De NFU is één van de experts in dit onderzoek en geeft aan dat zij samen met de vakbonden en de UMC's een gezamenlijke cao hebben voor in totaal ruim 60.000 medewerkers die op punten afwijkt van de cao voor algemene ziekenhuizen. Door geïnterviewden wordt aangegeven dat er meer geëxperimenteerd wordt op het thema duurzame inzetbaarheid, omdat het een kleiner verband is, dan dat van algemene ziekenhuizen. Er zijn meer mogelijkheden voor afstemming, wordt gesteld. Aangegeven wordt dat de HRM functionarissen binnen de 8 UMC's overleg met elkaar hebben op het thema duurzame inzetbaarheid. Als het gaat om de organisatie van ziekenhuizen in Nederland, dan heeft de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) meer ziekenhuizen onder zich dan de UMC's in de NFU. Deze tellen namelijk alle ziekenhuizen in Nederland minus de 8 UMC's. Aangegeven wordt dat binnen de NVZ er te weinig aandacht is voor dit thema. Wat betreft mogelijkheden voor (oudere) verpleegkundigen in hun functie, is het zo dat bij puur productie ziekenhuizen de mogelijkheden beperkt zijn. In een UMC zijn meer specialistischere functies te vinden dan in andere soorten ziekenhuizen. Dit geeft dan ook meer mogelijkheden tot roulatie van taken en functies. Daarbij zit in de academische ziekenhuizen meer kennis en kennisdeling omdat het aangesloten is aan een universiteit. Bij sommige UMC's bestaan zelfs onderzoeksterreinen die betrekking hebben op duurzame inzetbaarheid. De expert NFU in dit onderzoek onderstreept dit verschil ten opzichte van andere soorten ziekenhuizen.

Geïnterviewden geven aan dat bij UMC's het thema duurzame inzetbaarheid meer op de agenda staat en dat daar vervolgens ook middelen voor beschikbaar zijn uit een speciaal fonds. Dit fonds hebben de UMC's samen bij elkaar gelegd voor het thema duurzame inzetbaarheid. Dit fonds wordt beheerd door werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers.

4.2.8.2 *Klein versus groot ziekenhuis*

De grootte van ziekenhuizen lijkt ook een rol te spelen, als het gaat om de mate waarin duurzaam inzetbaarheidsbeleid gestalte krijgt. Voornamelijk de categorale ziekenhuizen hebben van alle soorten ziekenhuizen gemiddeld de kleinste omvang. Dit soort ziekenhuizen kenmerkt zich door de familiecultuur. Deze cultuur zorgt ervoor dat op een andere manier accent wordt gelegd op duurzame inzetbaarheid, dan het geval is in hele grote ziekenhuizen. Ook de informatie overdracht omtrent maatregelen gericht op dit thema wordt als lastiger ervaren wanneer ziekenhuizen groter qua omvang zijn. Men geeft aan dat het lastig is om iedereen geïnformeerd te houden over de ontwikkelingen op dit thema. Bij categorale ziekenhuizen of kleine algemene ziekenhuizen zal meer besef op de werkvloer door kunnen dringen, als het gaat om maatregelen voor die oudere verpleegkundige. Daarbij wordt aangegeven dat kleinere ziekenhuizen vaak kortere lijnen met de werkvloer hebben dan de grote ziekenhuizen. Dat zorgt ervoor dat er altijd meer gekeken zal worden naar wat er op individueel niveau mogelijk is. Hier zijn dan ook duidelijke verschillen te zien tussen ziekenhuizen.

4.2.8.3 *Locatie en vergrijzing*

Een andere verklaring waarom ziekenhuizen in meer of mindere mate met het thema duurzame inzetbaarheid bezig zijn, is de locatie van het ziekenhuis in de regio. Gesteld wordt dat ziekenhuizen die in een dichtbevolkt ziekenhuislandschap zitten meer moeten concurreren en zich ten opzichte van medewerkers moeten onderscheiden van andere ziekenhuizen. Het blijkt dat de urgentie om met dit thema iets te doen en er vervolgens beleid op te maken onder andere afhangt van waar het ziekenhuis gevestigd is. Gekeken wordt naar omliggende ziekenhuizen in de buurt en naar een vergrijsde beroepsbevolking in die regio. Aan de ene kant zijn medewerkers ook minder bereid tot mobiliteit in dun bevolkte ziekenhuisgebieden, wat het maakt dat men met deze groep medewerkers ook echt iets moet op het thema duurzame inzetbaarheid. Aan de andere kant speelt de probleemperceptie een rol in de regio. Gesteld wordt dat duurzame inzetbaarheid hand in hand gaat met vergrijzing: hoe hoger de vergrijzing in een bepaald gebied des te eerder het een onderwerp van discussie is.

4.2.8.4 *Financiële mogelijkheden van een ziekenhuis*

Uit de empirie van dit onderzoek blijkt dat de financiële mogelijkheden van een ziekenhuis sterk bepalend zijn in welke mate duurzaam inzetbaarheidsbeleid - in het bijzonder voor de oudere verpleegkundige - gemaakt wordt in ziekenhuizen. Aangegeven wordt dat geld een rol speelt in dit soort beleid en men maatregelen probeert te bedenken die zo veel mogelijk opleveren en zo min mogelijk geld kosten. Aangegeven wordt dat randvoorwaarden omtrent duurzame inzetbaarheid worden besproken op branche niveau. De kaders worden gesteld door het ministerie van volksgezondheid en sport. Vervolgens ligt het aan de bonden of ze gaan zitten op loonsverhoging of randvoorwaarden voor ouderen. Er komt vervolgens een cao uit waar men in principe niet van af mag wijken. Ziekenhuizen geven aan wel de vrijheid te hebben geld beschikbaar te stellen voor duurzame inzetbaarheid met daarin ouderenbeleid, levensfasebeleid of ander soort beleid gericht op het inzetbaar houden van de (oudere) medewerker. Aangegeven wordt dat het budget per ziekenhuis verschilt. Diverse ziekenhuizen in dit onderzoek geven aan dat men erg naar de UMC's kijkt op dit thema, omdat men daar veel van leren kan en daar gewoon meer geld is voor duurzame inzetbaarheid. Dus de kennis, de doorontwikkeling en het geld dat bij de UMC's zit, dat maakt het dat ideeën worden overgenomen door sommige algemene ziekenhuizen.

Aangegeven wordt dat bij een aantal ziekenhuizen omwille van het budget gezocht wordt naar een optimale uitvoering van het bestaande beleid in plaats van nieuwe initiatieven te starten op dit thema. Daarnaast is op afdelingsniveau waar te nemen dat het afdelingsbudget op dat niveau geldend is en daar vaak niet van mag worden afgeweken. Er worden meerdere voorbeelden gegeven omtrent de spanning die bestaat tussen budget en beleid in ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid. Één van de sprekende voorbeelden is van een geïnterviewd leidinggevende van een verpleegkunde afdeling, die aangeeft alle medewerkers met een tijdelijk contract eruit te moeten doen. In het overgrote deel betreft dit de jongere groep medewerkers. De paradox zit hem erin dat een leidinggevende streeft naar een gemengd team met een goede verdeling tussen jong en oud. Dit ook om ouderen te kunnen ontlasten van fysiek zwaarder werk. Echter gaat dat in deze situatie niet. Ook de experts in dit onderzoek onderstrepen deze tegenstelling. Over het algemeen kan gezegd worden dat de financiële mogelijkheden binnen ziekenhuizen sterk bepalend is in hoeverre duurzame inzetbaarheid gestalte krijgt in ziekenhuizen.

4.2.9 Schematisch overzicht context variabelen

Zoals in bovenstaande paragrafen is te zien, zijn er diverse contextvariabelen onderzocht in elk soort ziekenhuis binnen dit onderzoek. Hieronder in figuur 10 is te zien welke variabele in mindere mate of in sterke mate kan verklaren waarom er verschil is tussen ziekenhuizen omtrent het thema duurzaam inzetbaarheidsbeleid.

Verklaringsgehalte Contextvariabelen	<i>Empirie geeft in mindere mate steun aan theorie</i>	<i>Empirie geeft in sterke mate steun aan theorie</i>
1. Wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën besluitvormers		x
2. Media aandacht duurzame inzetbaarheid	x	
3. Probleemperceptie duurzame inzetbaarheid		x
4. Interacties tussen instituten, problemen en oplossingen		x
5. Formulering van beleid	x	
6. Belemmeringen in beleidsformulering		x
7. Soort besluitvorming bij duurzame inzetbaarheid		x
8. Soort ziekenhuis		x

Figuur 10: Overzicht contextvariabelen

4.3 Best practices versus geen best practices

Bij de steekproeftrekking is rekening gehouden met ziekenhuizen die als best practice naar buiten treden op het thema duurzame inzetbaarheid. Bij elk soort ziekenhuis is gezocht naar een best practice op dit thema om te kijken of hier verschillen waren te ontdekken. Het blijkt dat hier geen grote verschillen tussen zitten. Het verschil dat wel kan worden genoemd, is dat het ene ziekenhuis zich vervolgens bij het hebben van duurzaam inzetbaarheid meer profileert dan het andere ziekenhuis. Het is voornamelijk symbolisch om medewerkers aan de organisatie te binden. De ziekenhuizen die als best practice fungeren in dit onderzoek waren wel vaak de eerste met het vormen van dit soort beleid en kunnen hiermee de early adopters genoemd worden.

Hoofdstuk 5 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies getrokken op basis van de resultaten van dit onderzoek. De conclusies geven antwoord op de deelvragen en de vraagstelling van dit onderzoek en zijn een logisch gevolg van stap D, in het in de inleiding gepresenteerde onderzoeksmodel. De koppeling van theorie met de empirische gegevens vergaard uit dit onderzoek zullen met voorbeelden worden toegelicht.

5.1 De deelvragen

In het hoofdstuk resultaten is een uitgebreide uiteenzetting gemaakt van de maatregelen op het thema duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Hierna volgen in navolging op de deelvragen kort en bondig de maatregelen op het gebied van duurzame inzetbaarheid, de verschillen die te zien zijn in dit soort beleid en tot slot hoe die verschillen verklaard kunnen worden middels de contextvariabelen.

5.1.1 Welke maatregelen omtrent duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen worden toegepast binnen ziekenhuizen?

5.1.1.1 Gezondheid

Concluderend kan gezegd worden dat er binnen de onderzochte ziekenhuizen een verscheidenheid aan initiatieven op het gebied van gezondheid plaatsvinden. Soms op structurele basis maar vaak ook op incidentele basis. Wat betreft gezondheid in duurzame inzetbaarheid worden voornamelijk de risico inventarisatie en evaluatie analyses (RIE's) gebruikt, om risico's aangaande de gezondheid waaraan medewerkers bloot kunnen worden gesteld te inventariseren. Zeker ook de oudere verpleegkundigen worden hierbij gevolgd in de analyses. Activiteiten op het gebied van gezondheid bestaan uit bewegingsprogramma's, die diverse elementen in zich hebben en waarbij het voor groepen of voor individuen aantrekkelijk gemaakt wordt om aan hun eigen conditie te werken. Als het gaat om reeds ontstane problemen met betrekking tot ouderdom en werk zijn er binnen de Nederlandse ziekenhuizen de verplichte wettelijke arbo kaders betreffende de gezondheid. Over het algemeen kan gesteld worden dat er zowel proactieve als reactieve maatregelen op het gebied van gezondheid genomen worden.

5.1.1.2 Competenties

Bij de component competenties binnen duurzame inzetbaarheid wordt gefocust op de BIG trainingen die wettelijk verplicht zijn. Op deze manier worden vaardigheden en kennis van de oudere verpleegkundigen op peil gehouden. Daarnaast worden binnen de onderzochte ziekenhuizen aparte opleidingen gegeven voor vaardigheden mits het afdelingsbudget dit toelaat. Het meeste wat verplicht is doet men in ieder geval en extra maatregelen hangt af van een stuk maatwerk. Sommige ziekenhuizen hebben budget voor de medewerker om te gebruiken voor extra scholing. Vaak wordt het jaargesprek als input gebruikt voor dergelijke extra trainingen. Op de afdelingen zelf hebben de leidinggevenden een stem hoe de opleiding en training te organiseren en kunnen waar mogelijk eventueel iets extra's doen voor de oudere verpleegkundige. Echter moet het afdelingsbudget hier wel toereikend voor zijn.

5.1.1.3 Normen en waarden

Als het gaat om maatregelen om te sturen op de motivatie van verpleegkundigen dan zijn die er niet in de diverse soorten ziekenhuizen, in dit onderzoek. Gesteld wordt dat het wat betreft motivatie voor het verpleegkundige werk bij de oudere medewerker wel goed zit. Verpleegkundigen voelen zich verantwoordelijk en dat ziet men met name terug bij de ouderen. Over het algemeen wordt aangegeven dat juist de oudere medewerker veel gemotiveerder is dan een andere groep medewerkers. De oudere doelgroep in relatie tot de motivatie ondervindt wel soms problemen als het gaat om de bureaucratische manier van werken in ziekenhuizen.

5.1.1.3 *Werk*

Arbeidsvoorwaarden worden over het algemeen in alle soorten ziekenhuizen niet aantrekkelijker gemaakt voor de oudere verpleegkundige. De arbeidsomstandigheden zijn een centraal punt in zowel de risico inventarisatie als de jaargesprekken. Als het gaat om de arbeidsomstandigheden dan zorgen ziekenhuizen ervoor dat men aan de wettelijke eisen voldoet maar als het budget op is, dan zal men grote investeringen voor werkplekken en modernisering uitstellen. Daarnaast wordt binnen de onderzochte ziekenhuizen jobrotation waar kan toegepast. Ook experimenteren een aantal ziekenhuizen met zelfroostering en flexibele werktijden.

5.1.2 Welke verschillen zijn er in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen tussen verschillende soorten ziekenhuizen?

5.1.2.1 *Gezondheid*

Op het gebied van gezondheid in duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige kan gesteld worden dat de UMC's gezamenlijk optrekken als het gaat om gezondheidsbevorderende maatregelen. Hier bestaat dan ook gezondheidsbeleid voor. In de diverse soorten algemene ziekenhuizen ziet men een verscheidenheid van activiteiten die uitgevoerd worden. Echter afstemming met andere ziekenhuizen is daar niet aan de orde. De UMC's richten zich proactief op verzuim en de algemene ziekenhuizen doen dit in meerdere of mindere mate voornamelijk reactief. Eén van de onderzochte categorale ziekenhuizen werkt volgens de Work Ability Index (WAI) om de pijler gezondheid in duurzame inzetbaarheid vorm te geven.

5.1.2.2 *Competenties*

Op de component competenties is verschil te zien tussen de UMC's en andere soorten ziekenhuizen op dit thema. Aangegeven wordt dat bij UMC's los van de projecten omtrent trainingen werk/privébalans, experimenten met zelfroosteren en het kijken naar andere diensten voor de medewerker in het kader van flexibilisering, er toch meer aandacht is voor de oudere doelgroep verpleegkundigen op het gebied van scholing dan in andere ziekenhuizen. Ook de categorale ziekenhuizen hebben meer aandacht voor speciale trainingen op het gebied van trainingen van bejegening naar collega's maar ook trainingen gericht op klantvriendelijkheid. Het grootste verschil zit hem dan ook in de persoonlijke budgetten per medewerker op het gebied van het versterken of uitbreiden van competenties, wat bij het ene ziekenhuis meer is dan bij het andere ziekenhuis. Alles wat wettelijk verplicht is aan scholing en opleiding doen alle onderzochte ziekenhuizen.

5.1.2.3 *Normen en waarden*

Op het gebied van houding en motivatie bestaan er geen maatregelen binnen het duurzame inzetbaarheidsbeleid binnen de onderzochte ziekenhuizen. Een enkel verschil is te zien in de UMC's die meer oog hebben voor levensfase bewust beleid. Motivatie heeft daar dan ook raakvlakken mee, wordt aangegeven. Er worden manieren bedacht om medewerkers die dit nodig hebben op andere functies neer te zetten. Om dit te bekostigen kan aanspraak gemaakt worden op gelden die voortvloeien uit dit levensfase bewust beleid. Op deze manier hebben UMC's meer mogelijkheden om oudere verpleegkundigen een andere rol te geven binnen een afdeling wat ten goede kan komen aan een eventuele daling van de motivatie.

5.1.2.4 *Werk*

Binnen de component werk is cao breed afgesproken dat men op een bepaalde leeftijd geen onregelmatigheidsdiensten meer hoeft te doen. De cao van de UMC's wijken hierbij iets af van de cao van de algemene ziekenhuizen. Bij de algemene ziekenhuizen was de leeftijdsgrens in 2011 al 57 jaar waarbij de oudere verpleegkundige niet meer verplicht was om onregelmatige diensten te draaien. Vanaf 2014 zal ook binnen de UMC's deze leeftijdsgrens gaan gelden.

Voorheen was deze grens 55 jaar. In de algemene ziekenhuizen wordt jobrotation wel aangemoedigd, maar de mogelijkheden hierin zijn vaak beperkt in verband met de financiële situatie. Dit verschilt dus sterk per ziekenhuis. Als het gaat om de mobiliteit van de oudere verpleegkundige wordt aangegeven dat door de bezuinigingen, activiteiten en maatregelen hieromtrent de afgelopen jaren afgezwakt zijn c.q. op zijn gehouden te bestaan. De algemene ziekenhuizen stellen dat er geen specifiek beleid is op het thema werk en eventuele aanpassingen daaraan als het gaat om de oudere verpleegkundige. Bij de geïnterviewde UMC's blijkt dat men meer actief bezig is met zelfroosterprogramma's en ook specifiek voor de oudere verpleegkundigen. Bij de UMC's zijn over het algemeen ook meer doorstroom mogelijkheden. Daarnaast is er een verschil te zien met de categorale ziekenhuizen ten opzichte van de andere soorten ziekenhuizen in dit onderzoek. Deze ziekenhuizen hebben juist minder mogelijkheden tot mobiliteit en jobrotation door het zwaar gespecialiseerde karakter van categorale ziekenhuizen.

5.1.3 Hoe kunnen de verschillen tussen soorten ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen verklaard worden?

In het vorige hoofdstuk resultaten is er een verscheidenheid aan verklaringen gegeven waarom er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige. Om deze deelvraag te beantwoorden zullen dan ook de meest verklarende variabelen gebruikt worden voor de beantwoording van deze deelvraag. Wat uit de empirie blijkt is dat de meeste ziekenhuizen onderzocht in dit onderzoek, wel initiatieven hebben die gelinkt kunnen worden aan duurzame inzetbaarheid maar dat dit bij het ene ziekenhuis breder, integraler en meer gekoppeld is aan dit soort beleid dan bij andere ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen zijn heel basaal bezig en doen volgens de wetgeving waar zij aan moeten voldoen en niet meer dan dat. Echter, zijn er ook ziekenhuizen die wel specifiek beleid hebben geformuleerd op dit thema. Van de verklarende variabelen zijn onderstaande variabelen teruggevonden in de empirie. Van elk soort variabele dat verklaart waarom er verschil zit tussen soorten ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige, volgt hierna de conclusie.

1. Wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën besluitvormers

Uit dit onderzoek blijkt dat voornamelijk beleidsmakers op HRM afdelingen de principiële overtuigingen moeten hebben om iets aan het (toekomstige) probleem van een tekort aan duurzaam inzetbare oudere verpleegkundige te doen. Het is dan ook aan de HRM functionarissen om het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige op de agenda te zetten en te houden in de organisatie en bij de raden van bestuur. In dit onderzoek geven de geïnterviewden aan dat voornamelijk op HRM niveau gekeken wordt naar duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. Als op die plek in de organisatie de wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën niet tot uiting komen, dan doet een ziekenhuis minder met dit onderwerp en maakt hier dan geen beleid op. Een raad van bestuur van een ziekenhuis moet vervolgens het idee hebben dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid loont in de context van het ziekenhuis. Pas als deze uiteindelijke besluitvormers de overtuiging hebben dat dit beleid de goede ingeslagen weg zal zijn, dan zal duurzaam inzetbaarheidsbeleid kunnen ontstaan in ziekenhuizen.

2. Probleemperceptie duurzame inzetbaarheid

De empirie in dit onderzoek laat zien dat als er nog geen problemen omtrent de oudere verpleegkundige bestaan in een ziekenhuis, men geen beleid hierop maakt. In het geval van een aantal onderzochte ziekenhuizen was het probleem nog niet groot genoeg om daadwerkelijk tot actie over te gaan. Een aantal andere ziekenhuizen in dit onderzoek geven aan dat zij juist meer met het thema duurzame inzetbaarheid doen, omdat er daar wel duidelijk signalen zijn binnen de hele populatie medewerkers dat er een grote groep ouderen problemen gaan vormen.

De probleemperceptie is dus een belangrijke variabele om te verklaren waarom in het ene ziekenhuis meer sprake is van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige dan bij het andere ziekenhuis.

3. Interacties tussen instituties, problemen en oplossingen

Uit de empirie blijkt dat het ontstaan van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige een coproductie is tussen de HRM functionarissen en managementlagen binnen ziekenhuizen. Zoals hiervoor genoemd in de probleemperceptie is een raad van bestuur belangrijk om aan het thema belang te hechten en achter het beleid te gaan staan. Wanneer dit niet het geval is, zal het soort beleid niet van de grond komen. Een interessante conclusie hierbij is dat van de diverse soorten beleidsramen die geopend worden, het spillover beleidsraam de belangrijkste is. Aangegeven is dat het een combinatie is van wat er al aan beleid is en wat er speelt in de ziekenhuizen, dat ervoor zorgt dat duurzame inzetbaarheid via een spillover beleidsraam op de agenda van de besluitvormers terecht komt. Er zijn HRM afdelingen in de onderzochte ziekenhuizen bij die vanuit een spillover raam redeneren en hierdoor eerder een duurzaam inzetbaarheidsbeleid kunnen vormen. Dit omdat het gelinkt wordt aan bijvoorbeeld verzuimbeleid, ouderenbeleid of ander soortig beleid.

4. Belemmeringen in beleidsformulering

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er sprake is van substantiële belemmering in de beleidsvorming. Voornamelijk het budget voor dit soort beleid is een belangrijk aspect in de vorming van beleid. De meeste ziekenhuizen hebben weinig ruimte qua financiën voor dit soort beleid. Echter is dit per ziekenhuis verschillend. De UMC's springen daarbij boven de andere soorten ziekenhuizen uit, omdat zij met 8 UMC's samenwerken op dit thema. Daarnaast draagt elk UMC bij aan het totale budget voor het maken van duurzaam inzetbaarheidsbeleid, dat gecoördineerd wordt door de NFU.

Ook zijn er procedurele belemmeringen waarneembaar in de empirie. Ziekenhuizen worden gekenschetst als bureaucratische organisaties waar besluitvormingsprocedures lang duren. Bij het onderwerp duurzame inzetbaarheid is sprake van relatief veel actoren waarmee vervolgens consensus moet worden bereikt over de inhoud van het te bereiken beleid. Iedereen heeft een eigen visie op hoe het probleem aangevlogen dient te worden en als samenwerking met andere ziekenhuizen uitblijft, dan krijgt men voornamelijk in de algemene ziekenhuizen een versnipperd beeld. Deze belemmeringen zijn bij sommige ziekenhuizen dan ook groter dan bij andere ziekenhuizen. Dit verklaart dan ook het verschil.

5. Soort besluitvorming in duurzame inzetbaarheid

Geconcludeerd kan worden dat in de onderzochte ziekenhuizen sprake is van een rationele afweging van keuzen als het gaat om de inzet van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Een kosten- en batenanalyse wordt vaak gemaakt om te kijken wat het beleid gaat opleveren versus de te maken kosten. De kostencomponent verschilt hier wel per ziekenhuis en dat heeft te maken met het beschikbare budget dat elk ziekenhuis hiervoor heeft. In de onderzochte ziekenhuizen is sprake van een incrementele manier van beleid maken op het onderzochte thema. Het blijkt een stap voor stap organisch proces te zijn, waarin gekeken wordt in de context van het ziekenhuis hoe te handelen op het thema duurzame inzetbaarheid. Daarnaast is de conclusie dat het besluit op basis van individuele actie - in het ene ziekenhuis is dat meer dan in het andere - verklaart waarom er verschil is tussen ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige. Deze individuele actie slaat dan ook terug op de eerder genoemde wereldbeelden, overtuigingen en causale ideeën die besluitvormers hebben en vervolgens de interacties tussen instituties, problemen en oplossingen.

6. Soort ziekenhuis

Een laatste conclusie in dit onderzoek is dat het soort ziekenhuis verklaart waarom er verschillen zijn tussen ziekenhuizen omtrent duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen. Het blijkt dat over het algemeen geen hele grote verschillen zitten tussen de algemene ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid. Er zijn wel verschillen zichtbaar tussen UMC's en algemene ziekenhuizen. Zoals eerder aangegeven hebben de HRM functionarissen binnen de 8 UMC's overleg met elkaar op het thema duurzame inzetbaarheid. Als het gaat om de organisatie van ziekenhuizen in Nederland, dan heeft de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) die de algemene ziekenhuizen vertegenwoordigd geen samenwerking op dit thema. Daarnaast speelt bij het soort ziekenhuis ook de grootte van het ziekenhuis mee als het gaat om dit soort beleid. Voornamelijk de categorale ziekenhuizen hebben van alle soorten ziekenhuizen gemiddeld de kleinste omvang. Dit soort ziekenhuizen kenmerkt zich door de familiecultuur. Deze cultuur zorgt ervoor dat duurzaam inzetbaarheid een persoonlijker karakter heeft. Dit uit zich dan ook direct op de werkvloer. Een andere verklaring die verwantschap heeft met het soort ziekenhuis is de locatie van het ziekenhuis in de regio. Aangegeven wordt dat ziekenhuizen in een dichtbevolkt ziekenhuislandschap gevestigd zijn, meer moeten concurreren en zich ten opzichte van medewerkers moeten onderscheiden van andere ziekenhuizen. Het blijkt dat de urgentie om met dit thema iets te doen en er vervolgens beleid op te maken, onder andere afhangt van waar het ziekenhuis gevestigd is. Gekeken wordt naar omliggende ziekenhuizen in de buurt en naar een vergrijsde beroepsbevolking in die regio. Tot slot is de financiële positie een belangrijke verklaring waarom het ene ziekenhuis er meer mee doet dan het andere ziekenhuis. De UMC's beschikken over een fonds dat gezamenlijk beheerd wordt en dat ter beschikking staat voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid in het algemeen en specifiek voor de oudere verpleegkundige. Een verklaring waarom er bij UMC's meer geld beschikbaar is, is gelegen in het feit dat een UMC een overheidswerkgever is en de algemene ziekenhuizen niet.

5.2 De vraagstelling

Dit onderzoek laat zien dat er alle reden is om op de eerste plaats te onderzoeken hoe men er in Nederlandse ziekenhuizen voor zorgt de oudere verpleegkundige beroepsgroep duurzaam inzetbaar te houden. Op de tweede plaats is er in dit onderzoek met name gekeken naar de verschillen in soorten ziekenhuizen op het onderwerp duurzame inzetbaarheid om vervolgens te verklaren waarom die verschillen er zijn. Hierna volgt de beantwoording van de vraagstelling van dit onderzoek.

5.2.1 Waarom bestaan er verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen?

Dit onderzoek laat zien waarom er verschillen bestaan tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om het beleid dat gericht is op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige. Een belangrijke verklaring in dit vraagstuk is gelegen in het feit dat leidinggevend en HRM functionarissen belangrijke entrepreneurs zijn in het vormgeven van dit soort beleid. De empirie laat zien dat deze zogenaamde entrepreneurs (Kingdon, 1984) op dit thema in meerdere of mindere mate waarneembaar zijn in de ziekenhuisorganisatie. Bijna unaniem laten de geïnterviewden weten dat deze proactieve geledingen in het ziekenhuis verschil kunnen maken bij het ontstaan van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Er is dan ook sprake van een individuele actie. De raad van bestuur is vervolgens de belangrijkste besluitvormer die er voor kiest om dit soort beleid gestalte te laten krijgen. Raden van bestuur die niet veel met dit thema hebben, zullen dan ook in mindere mate duurzaam inzetbaarheidsbeleid krijgen. Echter, de probleemperceptie moet er bij deze geledingen dan ook zijn. Als het probleem in het ziekenhuis niet of nauwelijks speelt, verklaart dat waarom er geen aandacht voor is. Als ziekenhuizen al beleid hebben gericht op ziekteverzuim, levensfasebewust personeelsbeleid, ouderenbeleid, personeelsplanning, integraal gezondheidsmanagement of ander soortig beleid gericht op de inzetbaarheid van de medewerker, dan ontstaat sneller duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige. Ook de samenwerking op dit thema is een essentieel verschil gebleken. De algemene ziekenhuizen en daarbinnen de samenwerkende algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen, werken niet samen op het thema duurzame inzetbaarheid, dan wel dit beleid gericht op de oudere verpleegkundige. De UMC's daarentegen werken wel samen op dit thema en hebben hier dan ook bekostigingsmodellen en beleid voor gemaakt. De branchevereniging NFU is vervolgens aanjager en coördinator van dit beleid gericht op duurzame inzetbaarheid. Uit de empirie blijkt dat de locatie van het ziekenhuis in de regio ook een belangrijke verklaring is. Aangegeven wordt dat ziekenhuizen die in een dichtbevolkt ziekenhuislandschap gevestigd zijn, meer moeten concurreren en zich ten opzichte van medewerkers moeten onderscheiden van andere ziekenhuizen. Daarnaast hangt de plaats in de regio ook nauw samen met de vergrijzende beroepsbevolking in deze regio. Als een rode draad door de empirie van dit onderzoek liep tot slot de financiële situatie van ziekenhuizen. Een belangrijke verklaring waarom het ene ziekenhuis meer met duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige doet dan de andere, is het beschikbare budget. De UMC's hebben dit opgelost door een gezamenlijk fonds te organiseren wat ter beschikking staat voor duurzaam inzetbaarheidsbeleid in het algemeen en specifiek voor de oudere verpleegkundige.

5.3 Discussie

In deze laatste paragraaf van dit onderzoek zal de discussie plaatsvinden. Er zal gekeken worden naar tegenstellingen en tegenstrijdigheden, de relatie tussen conclusie en theoretisch kader. Tot slot zal de begrenzing van dit onderzoek worden weergegeven, evenals opties tot vervolgonderzoek en aanbevelingen voor het ziekenhuiswezen.

5.3.1 Tegenstellingen en tegenstrijdigheden

In de inleiding van dit onderzoek zijn een aantal tegenstellingen genoemd betreffende het thema duurzame inzetbaarheid. Het bleek in de empirie dat deze tegenstellingen bevestigd kunnen worden. Voornamelijk het door Brouwer et.al. (2012) genoemde missen van afstemming tussen ziekenhuizen op dit thema was duidelijk te zien in de empirie van dit onderzoek. Wel moet gezegd worden dat de UMC's wel samenwerking zoeken op dit punt. In de algemene ziekenhuizen is sprake van minder samenwerking. Op operationeel niveau is nadrukkelijk wel behoefte aan die afstemming en het uitwisselen van maatregelen die bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid, echter door de tijdsdruk en de financiële mogelijkheden blijft dit vaak uit. De bezuinigingen in ziekenhuizen hebben dan ook geen gewenst effect op het tot stand komen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Men kan in de ziekenhuizen inderdaad praten over eerder inhuren dan in dienst nemen van verpleegkundigen. Het blijkt dat inderdaad het sturingsvermogen van de organisatie waar Boon (1993) het in zijn onderzoek over had, door dit gegeven niet al te groot is. In dunbevolkte ziekenhuis gebieden en regio's met een grote vergrijzingspopulatie is dat sturingsvermogen een stuk hoger te noemen. Gezien de verklaringen die dit onderzoek hebben kunnen brengen, blijkt dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige niet bij elk ziekenhuis is vormgegeven.

Tegenstrijdigheden omtrent dit thema zijn gevonden in dit onderzoek. De belangrijkste is dat gegeven het feit dat verpleegkundigen veel verschillende specialismen kunnen hebben, het lastig is om algemeen beleid te maken voor deze doelgroep. Verpleegkundigen die op de OK werken, hebben hele andere dienstverbanden en opleidingen, dan verpleegkundigen die op dagcentra werken of op poli's werken. Daarmee is de belastbaarheid van verpleegkundigen dus ook verschillend. Uit dit onderzoek blijkt dat het toch maatwerk blijft omtrent dit thema. Desondanks zijn er wel ziekenhuizen in dit onderzoek die hier wel algemeen beleid op hebben gemaakt en inspringen op de toekomstige ontwikkelingen. Door beperkt onderzoek op dit thema zijn overeenkomsten met ander onderzoek lastig te vinden. Dit is gelegen in het feit dat op het deelterrein duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundige weinig tot geen onderzoek is gedaan. Echter zijn er toch opvallende overeenkomsten met het onderzoek van Verhoeven (2012) als het gaat om factoren die een rol spelen in de besluitvorming rondom bewegingsstimulering, dat een onderdeel is te noemen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Conclusies uit dit onderzoek laten eveneens zien dat budget een rol speelt in de besluitvorming en de juiste entrepreneur op de juiste plek een rol spelen in het tot stand komen van dit soort beleid.

5.3.2 Begrenzing en vervolgonderzoek

In dit onderzoek is de relatie tussen het theoretische kader en de conclusie duidelijk geworden tijdens de analyse. Er zijn dan ook veel zaken uit de theorie getoetst in de empirie en wat daarbij opviel is dat veel elementen overeen kwamen. Dit onderzoek heeft zich waar blijkt uit de theorie op de juiste sleutelfiguren gericht. Echter is er een begrenzing te noemen als het gaat om het aantal cases dat is onderzocht. Er is een plausibele verdeling gemaakt in de soorten ziekenhuizen en naar best practices verdeeld over het land, maar er kan beter gegeneraliseerd worden met een hogere N. Dit onderzoek geeft dan ook aanleiding tot vervolgonderzoek op dit thema. Vervolgonderzoek waaraan gedacht kan worden is een kwantitatief onderzoek om de verklarende variabelen uit dit onderzoek beter te kunnen generaliseren over het hele ziekenhuislandschap van Nederland.

Dit om met meer zekerheid vast te kunnen stellen of de variabelen gevonden in dit onderzoek die verklaren waarom er verschil is in duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundige, de juiste variabelen zijn.

5.3.3 Aanbevelingen

Tot slot kunnen er naar aanleiding van dit onderzoek een aantal aanbevelingen worden gedaan. Een aanbeveling richting de ziekenhuizen is het stimuleren en organiseren van structurele- en georganiseerde kennisuitwisselingen op dit thema. Voornamelijk bij de algemene ziekenhuizen is dit nodig. Alle geïnterviewden geven aan dat men niet verder kijkt dan de afdeling en het eigen ziekenhuis. Het is goed om kennis uit te wisselen, door middel van congressen en structurele bijeenkomsten op dit thema.

Ook de samenwerking op regio niveau zal opgepakt moeten worden. Men kan denken aan regio's waar algemene ziekenhuizen zich clusteren op het thema duurzame inzetbaarheid.

Daarnaast is het aan te bevelen om één centrale plek te organiseren waar best practices en succesverhalen van zowel NVZ als NFU verband bijeenkomen en met de Nederlandse ziekenhuizen gedeeld kunnen worden. Dit zal dan al een stap in de goede richting zijn om dit vraagstuk, wat de komende jaren alleen nog maar meer gaat spelen vroegtijdig te kunnen ondervangen.

Literatuurlijst

Boeken en artikelen

- Allison, G., Zelikow, P. (1999). *Essence of Decision*. Explaining the Cuban Missile Crisis, New York: Longman.
- Anderson, J.T., Milkovich, G.T., & Tsui, A. (1981). *A model of intra-organizational mobility*. Academy of management Review, 6, 529-538.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Wolters Noordhoff: Groningen/Houten.
- Batenburg, R., van der Lee, I., Wiegers, T., van der Velden, L. (2013). *De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027*. Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's. Utrecht: NIVEL.
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boerlijst, J., Heijden, v.d., Assem, v.a. (1993). *Veertig-plussers in de onderneming*. Assen: van Gorcum.
- Boon, L. (1993). *Zorg markt en management*. Dilemma's bij middenkader, personeelsbeleid, kwaliteit instellingen, ondernemerschap verpleegkundigen en alternatieve geneeswijzen. P 39-45. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Boudreau, J.W. (1984). *Decision Theory Contributions to HRM Research and Practice*. Industrial relations, Vol. 23, No. 2.
- Boudreau, J.W. (1988) *Utility Analysis: A New Perspective on Human Resource Management Decision Making*. CAHRS Working Paper Series. Paper 452.
- Bovens, M.A.P., 't Hart, P. & van Twist, M.J.W. (2007). *Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Brink, E., Linden van der, M., Madani, F. (2006). *Handboek levensfasegericht personeelsbeleid*. Utrecht: CNV.
- Brouwer, S., Lange de, A., Mei van der, S., Wessels, M., Koolhaas, W., Bültmann, U., Heijden van der, B & Klink van der, J (2012). *Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken. Overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit verschillende perspectieven*. Groningen: Universitair Medisch Centrum.
- Cobb, R.W., Ross, J.K. & Ross, M.H. (1976). *Agenda building as a comparative political process*. American political science review 70, 1: 126-38.
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1972). *A Garbage Can Model of Organizational Choice*. Administrative Science Quarterly, Vol. 17, No. 1 (Mar., 1972), pp. 1-25.
- Commissie Arbeidsparticipatie (2008). *Naar een toekomst die werkt*. Rotterdam: arbeidsparticipatie.
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.G. (1965). *Psychological Tests and Personnel Decisions*. 2nd ed.; Urbana, IL: University of Illinois Press.

- De Grip, A., Van Loo, J. van & Sanders, J. (2004). *The industry employability index: Taking account of supply and demand characteristics*. International Labour Review, 143, 211-233.
- Dijk, van J.K., Grunveld, J.E. & Pool, J. (1992). *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg, theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Downs, A. (1972). *Up and down with ecology: the issue attention cycle*. The public interest, 28: 38-50.
- Draper, J. & Merchant, J.R. (1978). *Selecting the Most Appropriate Manpower Model*, in: Bryant, D.T. & R.J. Niehaus (Eds.), pp. 587-601.
- Ehrman, J., Gordon, P., Visich, P. & Keteyian, S. (2009). *Clinical exercise physiology*. United States of America: Human Kinetics.
- Etzioni, A. (1967). *Mixed Scanning: A Third Approach to Decision-Making*. Public Administration Review 27, 5:385-92.
- Evers, G.H.M. & Verhoeven, C.J. (1999). *Human resources planning*. Deventer: Kluwer.
- Fischer, T., Julsing, M.(2007). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Goldstein, J. & Keohane, R.O. (1993). *Ideas and foreign policy: beliefs, institutions and political change*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Gründemann, R., Dalen, E.J. van & Vries, S. de (2003). *HRM in de toekomst*. Amsterdam: Thema BV.
- Haermae, M. (1996). *Ageing, physical fitness and shiftwork tolerance*. Applied-Ergonomics. 27, (pp 25-29).
- Harpaz, I. (1990). *The Importance of Work Goals: An International Perspective*. Journal of International Business Studies, Vol. 21, No. 1 (1st Qtr., 1990), pp. 75-93.
- Hart, H. 't, Dijk, J. van, Goede, M. de, Jansen, W & Teunissen, J. (1998). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.
- Harteveld, L. & Zielschot, E. (2011). *Eindevaluatie cao-seizoen 2010: Vanuit de recessie naar duurzame inzetbaarheid*. Den Haag: AWWN.
- Hellenthal, A. (2012). *Verpleegkundigen aan het werk*. Sociaaleconomische trends, 1e kwartaal 2012. CBS.
- Hoogerwerf, A. & Herweijer, M. (2008). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Howlett, M., Ramesh, M., Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Seitsamo, J. (2005). *New dimensions of work ability*. International Congress Series, 3-7.

- Kalmthout van, R (2013). *Issuemonitor Duurzame inzetbaarheid Q1 2013*, een monitoronderzoek naar duurzame inzetbaarheid onder werknemers. In opdracht van ministerie van SZW. Amsterdam: Veldkamp.
- Kingdon, J.W. (1984). *Agenda's, alternatives and public policies*. Boston: Little, Brown.
- Klink van der, J., Bultmann, U., Brouwer, S., Burdorf, A., Schaufeli, W., Zijlstra, F & Wilt van der, G.J (2011). *Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde*. Gedrag & Organisatie 2011 (24) 4.
- Koolhaas, W., Brouwer, S., Groothoff, J.W., Sorgdrager, B. & Van der Klink, J.J.L. (2009). *Bevorderen van de duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer*. Langer doorwerken gaat niet vanzelf. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 17, 286-291.
- Lindblom, C.E. (1959). *The science of muddling Through*. Public Administration review 19, 2:79-88.
- Linden van der, F & Rijk de, A (2008) *CBS, Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 2002-2005*. Voorburg/Heerlen: Centraal bureau voor de statistiek.
- Lutterop, K., Wending, J., Offers, E. (2013). *Inspiratieboek: Duurzame Inzetbaarheid*. Haren: Stichting ZorgpleinNoord.
- Madsen, K (1978). *Motivatie, welzijn, werk*. Rotterdam: Kooyker.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen, Norway: Universitetsforlaget.
- Maslow, A.H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review, 50(4), 370-96.
- Meurs, P. & van Rooijen A.P.N. (2006). *Rapport: 'Verpleegkundige toekomst in goede banen'*. Utrecht: VBOC – AVVV.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2012). *Trends in Beeld 2012, zicht op Onderwijs, Cultuur en Wetenschap*. Den Haag: publicatie van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Mossink, J.C.M., Gründemann, R.W.M. & Vaas, S. (1998). *Technologische ontwikkeling en de arbeidsparticipatie van oudere werknemers*. Den Haag: SZW/VUGA.
- Nap, E. (2006). *Competent meten, Ontwikkeling van een meetinstrument om competentie management voor verpleegkundigen te beoordelen naar effectiviteit*. Universiteit Twente.
- NVZ standpunten (2013). *Nederlandse vereniging van ziekenhuizen, zorg in de toekomst*. Utrecht: NVZ.
- OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn (2012). *Integrerend jaarrapport*, stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. Zoetermeer.

Panteia Research to Progress (2012). *De rapportage Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2012*. Utrecht: Dutch Hospital Data.

Peters, B. & Hogwood, W (1985). *In search of the issue-attention cycle*. Journal of politics 47, 1: 238-53.

Ringenbach, K.L & Jacobs, R. (1995). *Injuries and aging workers*. Journal-of-Safety-Research. 26, (pp 169-176).

Seitsamo, J. & Martikainen, R. (1999). *Changes in capability in a sample of Finnish aging workers*. Experimental-Aging-Research. 25, (pp 345-352).

Simon, H.A. (1972). *Theories of bounded Rationality*. Decision and Organization H8. North-Holland Publishing Company.

Sociaal Cultureel Plan Bureau (2006). *Rapportage ouderen 2006*, veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: SCP.

Stamet, Y & Scheeren, J. (2011). *Thematische studie Duurzame inzetbaarheid in de publieke sector*. Resultaten van de secundaire analyse op POMO 2010. Den Haag: CAOP Research.

Stoffelsen, J & Diehl, P. (2007). *Handboek levensfasebewust personeelsbeleid*. Alphen a/d Rijn: Kluwer.

Swanborn, P.G. (2008) *Case-study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam: Boom.

Thiel van, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek, een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Thijssen, J.G.L. (1997). *Leren om te Overleven, over Personeelsontwikkeling als Permanente Educatie in een Veranderende Arbeidsmarkt*. Bilthoven: Oratie.

Thomas, H.G. (2001). *Toward a new higher education law in Lithuania: reflections on the process of policy formulation*. Higher education policy 14, 3: 213-23.

Van der Velde, F & van der Windt, W. (2013). *Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice*. Capaciteitsorgaan. Utrecht: Kiwa Prismant.

Verhoeven, N. (2004). *Wat is onderzoek?*. Amsterdam: Boom.

Verhoeven, V. (2012). *Welke factoren spelen bij Nederlandse ziekenhuizen een rol in de besluitvorming rondom beweging stimulering als onderdeel van integraal gezondheidsmanagement?* Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2000). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma BV.

Wijk, R. (2011). *Duurzaam inzetbare gemeenten halen het beste uit zichzelf omdat ze daar beter van worden!* Visie VNG op DI en de wijze waarop dit tot stand is gekomen. Den Haag: College voor Arbeidszaken van de Vereniging Nederlandse Gemeenten.

Zandvliet, K., Spijkerman, M. & Koning, J.(2009). *Concurrentiepositie van de zorgsector op de arbeidsmarkt*. Rotterdam: Seor: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Internet bronnen

Beroepsvereniging van zorgprofessionals (2013). Dossier: kwaliteit. Geraadpleegd op 11-7-2013. Ontleend aan:
<http://www.venvn.nl/Dossiers/Kwaliteit/Detail/tabid/5262/ArticleID/7608/mod/14467/Rekenen.aspx>

CBS (2013). Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkkring, naar beroep. Geraadpleegd op 20-6-2013. Ontleend aan:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81551NED&D1=0,2,9,14,19-20,27&D2=0&D3=0&D4=66&D5=I&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T>

College Zorg Opleidingen (2013). Opleidingen, verpleegkundige vervolgoopleidingen. Geraadpleegd op 20-6-2013. Ontleend aan:
http://www.czo.nl/czo_dev/index.php?c=opleidingen&cat=vvo

Fonds Collectieve Belangen (2008). Dienstverleners in arbeidsmarkt vraagstukken, levensfase bewust personeelsbeleid. Geraadpleegd op 31-05-2013. Ontleend aan:
<http://www.fcb.nl/Content/Publicaties%20en%20hulpmiddelen.aspx/?filter=%7BF390BCE4-51A7-4C9D-91E3-F5D279E23AB2%7D>

Funktiemediair.nl. (2010) Uitdaging voor zorg op arbeidsmarkt. Geraadpleegd op 12-4-2013. Ontleend aan: <http://www.flexnieuws.nl/2010/07/06/grote-uitdaging-voor-zorg-op-arbeidsmarkt/>

Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, NVZ (2012). Geraadpleegd op 08-05-2013, ontleend aan: http://www.nvzziekenhuizen.nl/Werkgeverschap/Strategisch_HRM.

Nu.nl (2013). Opstelten maakt zich zorgen over vergrijzing politie. Geraadpleegd op 31-05-2013. Ontleend aan: <http://www.nu.nl/binnenland/3476682/opstelten-maakt-zich-zorgen-vergrijzing-politie.html>

Nu.nl (2014). Studentenstop voor opleidingen verpleegkunde. Geraadpleegd op 24-1-2014. Ontleend aan: <http://www.nu.nl/binnenland/3683618/studentenstop-opleidingen-verpleegkunde.html>

Nursing (2011). Geen genade voor oudere verpleegkundige. Geraadpleegd op 20-6-2013. Ontleend aan: <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2011/10/Geen-genade-voor-oudere-verpleegkundige-NURS007429W/>

Nursing (2013). Zelf roosterende collega's zijn tevredener. Geraadpleegd op 19-6-2013. Ontleend aan: <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2013/5/Zelf-roosterende-collegas-zijn-tevredener-1248053W/>

Rijksoverheid (2011). Kabinet en sociale partners eens over uitwerking pensioenakkoord. Geraadpleegd op 31-05-2013. Ontleend aan: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/persberichten/2011/06/10/kabinet-en-sociale-partners-eens-over-uitwerking-pensioenakkoord.html>

RIVM (2013). Nationaal kompas volksgezondheid, vergrijzing samengevat. Geraadpleegd op: 14-5-2013. Ontleend aan:
<http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/vergrijzing-samengevat>

RIVM (2013a). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op: 3-7-2013. Ontleend aan: <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/>.

RIVM (2013b). Wat is ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? Geraadpleegd op: 4-7-2013. Ontleend aan: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/wat-is-ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/>.

ZIP (2009). Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. Geraadpleegd op 19-6-2013. Ontleend aan: <http://www.zorgmarktresearchbase.nl/zorg-voor-mensen-mensen-voor-de-zorg.115161.lynkx?RapportPointer=9-431502-431504-431513>

Bijlagen

Inhoudsopgave:

Bijlage I	Overzicht Nederlandse ziekenhuizen
Bijlage II	Gegevens onderzoeksobjecten
Bijlage III	Operationalisatie en interviewvragen

Bijlage I Overzicht Nederlandse ziekenhuizen

UMC's	STZ	SAZ
Academisch Medisch Centrum Academisch Ziekenhuis Maastricht Erasmus MC Leids Universitair Medisch Centrum Universitair Medisch Centrum Groningen Universitair Medisch Centrum St. Radboud Universitair Medisch Centrum Utrecht VU Medisch Centrum	Albert Schweitzer Ziekenhuis Alysis Zorggroep Amphia Ziekenhuis Atrium Medisch Centrum Parkstad Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Catharina Ziekenhuis Deventer Ziekenhuis Gelre Ziekenhuizen HagaZiekenhuis Isala klinieken Jeroen Bosch Ziekenhuis Kennemer Gasthuis Maasstad Ziekenhuis Martini Ziekenhuis Maxima Medisch Centrum Meander Medisch Centrum Medisch Centrum Alkmaar Medisch Centrum Haaglanden Medisch Centrum Leeuwarden Medisch Spectrum Twente Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Reinier de Graaf Groep Spaarne Ziekenhuis St. Antonius Ziekenhuis St. Elisabeth Ziekenhuis St. Franciscus Gasthuis St. Lucas Andreas Ziekenhuis VieCuri	Antonius Ziekenhuis BovenIJ Ziekenhuis De Tjongerschans Diaconessenhuis Leiden Diaconessenhuis Meppel Elkerliek Ziekenhuis Franciscus Ziekenhuis Roosendaal Gemini Ziekenhuis Haven Ziekenhuis IJsselland Ziekenhuis LangeLand Ziekenhuis Laurentius Ziekenhuis Lievensberg Ziekenhuis Maasziekenhuis Boxmeer MC Groep (IJsselmeer Ziekenhuizen) Nij Smellinghe Ommelander Ziekenhuis Groep Refaja Ziekenhuis Rivas Zorggroep, Beatrixziekenhuis Rode Kruis Ziekenhuis Röpcke-Zweers Ziekenhuis Ruwaard van Putten Ziekenhuis Scheper Ziekenhuis Slingeland Ziekenhuis St. Anna Ziekenhuis St. Jansdal Ziekenhuis St. Jans Gasthuis Weert Streekziekenhuis Koningin Beatrix Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Waterland Ziekenhuis Wilhelmina Ziekenhuis Assen Zaans Medisch Centrum Ziekenhuis Amstelland Ziekenhuis Bernhoven Ziekenhuis Bethesda Ziekenhuis Bronovo Ziekenhuis De Sionsberg Ziekenhuis Rivierenland ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
Overig algemeen		
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Centraal Militair Hospitaal Diaconessenhuis Utrecht Flevoziekenhuis Groene Hart Ziekenhuis Ikazia Ziekenhuis Orbis Medisch Centrum Rijnland Ziekenhuis Slotervaart Ziekenhuis Tergooiziekenhuizen TweeSteden ziekenhuis Vlietland Ziekenhuis Westfries Gasthuis Ziekenhuis Gelderse Vallei Ziekenhuisgroep Twente		

Bijlage II Gegevens onderzoeksubjeten

Naam ziekenhuis	Criteria best practice	Naam geïnterviewde	Officiële functienaam	Datum interview
Waterlandziekenhuis (Purmerend)	Uit vakblad blijkt dat het Ziekenhuis experimenteert met duurzame inzetbaarheid. Manifest 100 bedrijven duurzame inzetbaarheid staat men in vernoemd. Whitepaper Nederlandse praktijkrichtlijn NPR 6070 "Sturen op duurzame inzetbaarheid van medewerkers". Staat men in vernoemd. Het Waterlandziekenhuis mag zich onder de 'Gezondste Bedrijven van Europa' scharen vanwege haar integrale gezondheidsaanpak als onderdeel van het vitaliteitsbeleid.	Joost de Bie Birgit van Gulpen	Adviseur HRM veilig en vitaal werken Afdelingshoofd longziekte en neurologie	23 oktober 2013 om 13.00 uur 25 november 2013 om 10.00 uur
Gelderse Vallei Ede (Ede)		Jantine de Smit Erik van Oudheusden Nicolet Zeller	Zorgmanager Personeelsadviseur Lid Raad van Bestuur	5 december 2013 om 13.30 uur 5 december 2013 om 11.00 uur 4 oktober 2013 om 10.00 uur
Rijnstate ziekenhuis (Arnhem)		George brinkhoff Jeroen Veldboer	Personeelsadviseur HR manager	26 november 2013 om 14.00 uur 26 november 2013 om 13.00 uur
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen)		Madeleine rутten Paul stevens	Hoofd MDL(maag darm lever)/cardiologie HRM manager	2 oktober 2013 om 10.00 uur 11 oktober 2013 om 13.00 uur



Universitair Medisch Centrum (Maastricht)	Ziekenhuis is genomineerd voor Cum L'Oude Prijs, ingesteld om organisaties te eren die oudere werknemers (45+) goede loopbaanmogelijkheden bieden (TNO, de mythe doorbroken, blz 74).	Jose Verheijen Pie Esten Rob Roggeveen	consultant stafdirectoraat personeelszaken voorzitter OR Afdelingshoofd verpleging neurologie	24 oktober 2013 om 11.00 uur 24 oktober 2013 om 12.30 uur 24 oktober 2013 om 14.00 uur
Universitair Medisch Centrum (Utrecht)		Amajanti Sumantri	Hoofd HR	28 november 2013 om 11.00uur
Elkerliek ziekenhuis (Helmond)	Manifest 100 bedrijven duurzame inzetbaarheid wordt men in genoemd. Doet mee aan lerend netwerk NVZ op het thema duurzame inzetbaarheid van medewerkers in ziekenhuizen.	Hester Wagenvoort	Projectmedewerker P&O	8 oktober 2013 om 11.00 uur
Oogziekenhuis (Rotterdam)		Pascal Gobreau	Teamleider verpleegafdeling	10 oktober 2013 om 11.00 uur
NVZ (Nederlandse vereniging van ziekenhuizen)		Nicolet Zeller	Bestuurslid NVZ	4 oktober 2013 om 10.00 uur
NFU (Nederlandse vereniging van universitaire medische centra)		Monica Teuns	Senior beleidsmedewerker arbeidsvoorwaarde NFU	22 oktober 2013 om 11.00 uur
Vereniging van verpleegkundigen		Christina Woudhuizen	Hoofd innovatie vereniging van verpleegkundigen	9 oktober 2013 om 13.00 uur

Bijlage III Operationalisatie en interviewvragen

In deze bijlage is in een schematische weergave de operationalisatie terug te zien, gebruikt in dit onderzoek. Tevens zijn hierin de topiclijsten van de interviews met interviewvragen terug te vinden. Dit zodat nagegaan kan worden hoe de interviewvragen tot stand zijn gekomen.

Tabel 1 Operationalisatie beleidsvariabelen voor vragenlijst ziekenhuizen

Ziekenhuizen Operationalisatie Beleidskenmerken				
Kernbegrip	Dimensie	Aspect	Indicator /vraag	Concept/theorie
DI	Gezondheid	Fysieke gevolgen ouder worden	1. Hoe zorgt men in uw ziekenhuis ervoor dat verpleegkundigen inzetbaar blijven als er fysieke problemen optreden ten gevolge van ouderdom?	Ilmarinen e.a. (2005)
		Ziekteverzuim	2. In hoeverre is er sprake van ziekteverzuim bij de oudere verpleegkundigen in uw ziekenhuis? 3. Welke maatregelen worden er genomen om het ziekteverzuim zo laag mogelijk te houden? 4. Welke maatregelen omtrent gezondheid worden er in dit ziekenhuis genomen om de oudere verpleegkundigen duurzaam inzetbaar te houden?	
DI	Competenties	Vaardigheden en kennis	5. Welke maatregelen worden er genomen om vaardigheden van de oudere verpleegkundigen op peil te houden? 6. Welke maatregelen worden er genomen om de kennis van de oudere verpleegkundigen op peil te houden? 7. Hoe wordt ervaring van de oudere verpleegkundigen overgebracht op de jongere verpleegkundigen? 8. Op welke manier wordt er geïnvesteerd in opleiding en training voor de oudere verpleegkundigen? 9. Welke faciliteiten voor opleiding en training biedt dit ziekenhuis voor de oudere verpleegkundigen?	Ilmarinen e.a. (2005)
		Opleiding en training		

DI	Normen waarden	en	Houding en Motivatie	10. Kent uw maatregelen die erop gericht zijn om de motivatie van de oudere verpleegkundige op peil te houden? 11. Op welke manier wordt er omgegaan met de motivatie van de oudere verpleegkundigen? 12. Zijn er maatregelen om te sturen op motivatie?	Ilmarinen e.a. (2005)
DI	Werk		Arbeidsomstandigheden Arbeidsvoorwaarden Management	13. Welke maatregelen kent u die aanpassingen doen op het vlak van de werkzaamheden van oudere verpleegkundigen, met als doel ze langer inzetbaar te kunnen houden? 14. Hoe zien de arbeidsomstandigheden eruit voor de oudere verpleegkundigen? 15. Worden arbeidsvoorwaarden aantrekkelijker gemaakt voor de oudere verpleegkundigen? 16. Hoe ziet het loopbaan perspectief eruit van een verpleegkundige? 17. Zijn er mogelijkheden tot jobrotation? Dus dat men van taken rouleert? 18. Hoe is het gesteld met de interne mobiliteit van de oudere verpleegkundigen binnen uw ziekenhuis? 19. Zijn er mogelijkheden tot zelfroostering? 20. Zijn er mogelijkheden tot flexibele werktijden?	Ilmarinen e.a. (2005)

Tabel 2 Operationalisatie contextvariabelen voor vragenlijst ziekenhuizen

Ziekenhuizen Operationalisatie context variabelen				
Kernbegrip	Dimensie	Aspect	Indicator /vraag	Concept / theorie
Context variabelen	Wereldbeelden besluitvormers	Principiële overtuigingen en causale ideeën.	1. Is er in dit ziekenhuis sprake van duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen? Of algemeen duurzaam inzetbaarheidsbeleid? 2. Welke ideeën heeft u over duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen? • Positief • Negatief 3. Welke motieven zijn er te noemen om te kiezen voor inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen? • Zorg personeel • Brede/flexibele inzetbaarheid • Voorkomen uitval/burn-out • Krapte op arbeidsmarkt • Andere eisen • Cao	Goldstein &. Keohane (1993) Gründemann & de Vries (2003)
Context variabelen	Media aandacht voor duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige	Aandacht door problemen in golven	4. Wat is de aanleiding geweest vanuit de omgeving buiten het ziekenhuis, om (wel dan wel niet) met een duurzaam inzetbaarheidsbeleid te starten voor de oudere verpleegkundigen? 5. Waaruit blijkt dit dan? 6. Welke externe factoren zijn er te noemen die invloed hebben op het op de agenda komen van duurzaam inzetbaarheidsbeleid? 7. Hoe verloopt het probleem van informele agenda naar meer formele agenda in uw ziekenhuis?	Downs (1972)

Context variabelen	Probleemperceptie	Probleemperceptie inzetbaarheid verpleegkundigen	duurzame oudere	8. Op welke manier ondervindt uw ziekenhuis problemen met de inzetbaarheid van oudere verpleegkundig personeel? 9. Hoe groot verwacht u dat het belang van duurzame inzetbaarheid wordt voor HRM, de komende 10 jaar? 10. Verwacht u een probleem met de duurzame inzetbaarheid van de verpleegkundige op langere termijn binnen uw ziekenhuis? 11. Is dit probleem in uw ziekenhuis geformuleerd? Zo ja, Hoe?	Cohen, March & Olsen (1972) Kingdon (1984)
Context variabelen	Interacties tussen instituties, problemen, oplossingen	Interacties tussen instituties, problemen, oplossingen		12. Welke besluitvormers zijn er rondom het thema duurzame inzetbaarheid in uw ziekenhuis? 13. Wie bepaald het probleem van een tekort aan oudere verpleegkundigen? 14. Wie bepaald de oplossingen voor een tekort aan oudere verpleegkundigen? 15. Wilt u beschrijven op welke manier het probleem op de agenda komt bij uw ziekenhuis? 16. Routinematig beleidsraam. Door politiek, vakbond of andere partij? 17. Politiek raam beleidsraam. Gedrag politieke actor zoals RVb of buiten ziekenhuis? 18. Spillover beleidsraam, probleem gerelateerde ramen. Zijn er andere problemen in het ziekenhuis die er voor zorgen dat er di op de agenda komt? 19. Willekeurig beleidsraam. Is er een zekere mate van toeval te zien in het wel of niet tot stand komen van duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen?	Kingdon (1984)
Context variabelen	Formulering van beleid	Taxatie, dialoog, formulering, consolidering		20. Kunt u een beschrijving geven wat er gebeurd na de agendafase? 21. Hoe ziet het proces van beleidsformulering eruit in dit ziekenhuis? 22. Hoe ziet het proces van beleidsformulering eruit in dit ziekenhuis als het gaat om duurzame inzetbaarheid?	Thomas (2001)

Context variabelen	Belemmeringen beleidsformulering	in Substantiële belemmeringen Procedurele belemmeringen	23. Op welke manier zijn er belemmeringen te constateren om te komen tot de formulering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid? Geld Informatie Personeel Gebrek aan personeel Subsidies Aandacht media/vakbladen 24. Zijn er belemmeringen op het gebied van structuur van het ziekenhuis aanwezig om te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen? 25. Zijn er andere belemmerende factoren te noemen die van invloed zijn op de invoering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid? Or mening Economische situatie Nederland Cao Vakbonden Beleid overheid	Thomas (2001) Gründemann & de Vries (2003)
Context variabelen	Sprake van rationele besluitvorming	Generen van alle mogelijke alternatieven; Schatting van alle consequenties van alle alternatieven; Kiezen van het alternatief met de beste consequenties voor de situatie. Handelingen zijn systematisch en logisch, vanuit het perspectief van de handelende actor.	26. Wordt er door middel van een kosten-baten analyse besloten welk duurzaam inzetbaarheidsbeleid gevoerd gaat worden? 27. Op welke manier worden alle duurzaam inzetbaarheidsmaatregelen voor de oudere verpleegkundigen gebundeld? 28. Wie kiest uiteindelijk de beste alternatieven? 29. Is er sprake van een rationele keuze?	Allison & Zelikow (1999)



Context variabelen	Sprake van incrementele manier van besluitvorming	De beslisser richt zich op bekende en vertrouwde alternatieve mogelijkheden; Hij oriënteert zich daarbij op een marginale verbetering van de bestaande situatie; Hij geeft ruimschoots aandacht aan de beschikbaarheid van middelen om de marginale verbetering te realiseren; Hij kiest voor een gedragslijn die slechts marginaal afwijkt van de bestaande situatie.	30. Wordt er een stap voor stap benaderingen gekozen in uw ziekenhuis om te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid?	Lindblom (1959).
Context variabelen	Besluit op basis van organisatiekeuze of op basis van individuele actie		31. Komt duurzaam inzetbaarheidsbeleid in uw ziekenhuis tot stand door individuele actie of door organisatiekeuze?	March & Olsen (1976)
Context variabelen	Beleidsproces/beleidscyclus	Agendasetting Beleidsformulering Besluitvorming Beleidsimplementatie Beleidsvaluatie	32. Waar staat uw ziekenhuis op dit moment in het beleidsproces van het duurzame inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundigen?	Howlett, Ramesh & Perl (2009)
Context variabelen	Soort ziekenhuis	Algemeen Topklinisch Academische Categoriaal	33. Wat voor een soort ziekenhuis is dit? 34. Op welke schaal vindt afstemming plaats tussen de diverse soorten ziekenhuizen op het thema duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen? 35. Wat kunnen ziekenhuizen van elkaar leren als het gaat om duurzaam inzetbaarheidsbeleid van de oudere verpleegkundigen?	RIVM (2013)

Tabel 3 Operationalisatie contextvariabelen en beleidsvariabelen voor vragenlijst Experts

Experts Operationalisatie contextvariabelen met beleidsvariabelen				
Kernbegrip	Dimensie	Aspect	Indicator /vraag	Concept / theorie
Context variabelen	Wereldbeelden besluitvormers	Principiële overtuigingen en causale ideeën.	1. Wat kunt u zeggen over duurzaam inzetbaarheidsbeleid vanuit uw functie/branche organisatie? 2. Welke ideeën heeft u over duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen? • Positief • Negatief 3. Welke motieven zijn er te noemen om te kiezen voor inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen? • Zorg personeel • Brede/flexibele inzetbaarheid • Voorkomen uitval/burn-out • Krapte op arbeidsmarkt • Andere eisen • Cao 4. Kunt u maatregelen noemen die in ziekenhuizen getroffen worden om oudere verpleegkundigen langer duurzaam inzetbaar te houden? • Gezondheid Welke maatregelen omtrent gezondheid worden er in dit ziekenhuis genomen om de oudere verpleegkundigen duurzaam inzetbaar te houden? • Competenties	Goldstein &. Keohane (1993) Gründemann & de Vries (2003) Ilmarinen e.a. (2005)

			Welke maatregelen worden er genomen om vaardigheden van de oudere verpleegkundigen op peil te houden? Welke maatregelen worden er genomen om de kennis van de oudere verpleegkundigen op peil te houden? • Normen en waarden Kent u maatregelen die erop gericht zijn om de motivatie van de oudere verpleegkundige op peil te houden? • Werk Welke maatregelen kent u die aanpassingen doen op het vlak van de werkzaamheden van oudere verpleegkundigen? (met als doel ze langer inzetbaar te kunnen houden)	
Context variabelen	Media aandacht voor duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundige	Aandacht door problemen in golven	5. Geeft u aanleiding voor de ziekenhuizen om met een duurzaam inzetbaarheidsbeleid te starten voor de oudere verpleegkundigen? Waaruit blijkt dit dan?	Downs (1972)
Context variabelen	Probleemperceptie	Probleemperceptie duurzame inzetbaarheid verpleegkundigen oude	6. Krijgt u signalen van ziekenhuizen omtrent problemen met de inzetbaarheid van ouder verpleegkundig personeel? 7. Wordt dat als een probleem gezien door uw organisatie?	Cohen, March & Olsen (1972)
Context variabelen	Interacties tussen instituties, problemen, oplossingen	Interacties tussen instituties, problemen, oplossingen	8. Heeft u een overzicht van de besluitvormers die er zijn rondom het thema duurzame inzetbaarheid? 9. Wie bepaald het probleem van een tekort aan (oudere)verpleegkundigen? 10. Wie bepaald de oplossingen voor een tekort aan (oudere)verpleegkundigen? 11. Is er een zekere mate van toeval te zien in het	Cohen, March & Olsen (1972) Kingdon (1984)

			wel of niet tot stand komen van duurzame inzetbaarheid voor de oudere verpleegkundigen? 12. Hoe kijkt uw organisatie daarna?	
Context variabelen	Formulering van beleid	Taxatie, dialoog, formulering, consolidering	13. Hoe ziet het proces van beleidsformulering eruit in ziekenhuizen op het punt duurzame inzetbaarheid? Of kunt u daar een inschatting van maken?	Thomas (2001)
Context variabelen	Belemmeringen in beleidsformulering	Substantiële belemmeringen Procedurele belemmeringen	14. Op welke manier zijn er belemmeringen te constateren om te komen tot de formulering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid? Geld Informatie Personeel Gebrek aan personeel Subsidies Aandacht media/vakbladen 15. Zijn er belemmeringen op het gebied van structuur van het soort ziekenhuis aanwezig om te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid voor de oudere verpleegkundigen? 16. Hebben de volgende zaken een belemmerende werking op invoering van duurzaam inzetbaarheidsbeleid? Or Economische situatie Nederland Cao Vakbonden Beleid overheid	Thomas (2001)
Context variabelen	Sprake van rationele besluitvorming	Generen van alle mogelijke alternatieven; Schatting van alle consequenties van alle alternatieven; Kiezen van het alternatief met de beste consequenties voor de situatie.	17. Wordt er door middel van een kosten-baten analyse besloten welk duurzaam inzetbaarheidsbeleid gevoerd gaat worden binnen ziekenhuizen? 18. Op welke manier worden alle duurzaam inzetbaarheidsmaatregelen voor de oudere verpleegkundige gebundeld? 19. Wie kiest de beste alternatieven volgens u? 20. Wordt de keuze op een rationele manier benaderd?	Allison & Zelikow (1999)

		Handelingen zijn systematisch en logisch, vanuit het perspectief van de handelende actor.		
Context variabelen	Sprake van incrementele manier van besluitvorming	De beslisser richt zich op bekende en vertrouwde alternatieve mogelijkheden; Hij oriënteert zich daarbij op een marginale verbetering van de bestaande situatie; Hij geeft ruimschoots aandacht aan de beschikbaarheid van middelen om de marginale verbetering te realiseren; Hij kiest voor een gedragslijn die slechts marginaal afwijkt van de bestaande situatie.	21. Wordt er een stap voor stap benaderingen gekozen in ziekenhuizen om te komen tot duurzaam inzetbaarheidsbeleid?	
Context variabelen	Besluit op basis van organisatiekeuze of op basis van individuele actie		22. Denkt u dat duurzaam inzetbaarheidsbeleid tot stand komt door individuele actie of door organisatiekeuze binnen ziekenhuizen?	March & Olsen (1976)
Context variabelen	Beleidsproces/beleidscyclus	Agendasetting Beleidsformulering Besluitvorming Beleidsimplementatie Beleidsvaluatie	23. Heeft u een idee in hoeverre ziekenhuizen aandacht hebben voor duurzaam inzetbaar personeel? 24. Is hierbij een verschil waarneembaar in soort ziekenhuizen? Umc, algemeen, topklinisch enz? 25. Bestaan er volgens u verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen als het gaat om beleid gericht op duurzame inzetbaarheid van de oudere verpleegkundigen?	Howlett, Ramesh & Perl (2009)

Disclaimer:

© Vincent Verhoeven | juni 2014

In samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen

Studentnummer | S4168909

Opleiding | Master Bestuurskunde

Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Managementwetenschappen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en / of openbaar worden gemaakt aan derden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur en de Radboud Universiteit Nijmegen. Aan de in dit onderzoek vermelde gegevens kunnen geen enkele rechten worden ontleend.