

# DE IMPLEMENTATIE VAN EEN PREVENTIESTRATEGIE PSYCHOSOCIALE RISICO'S

Lessen uit 10 organisatiecases  
-SAMENVATTING-

**Miet Lamberts & Laurianne Terlinden**

**Oktober 2016**

Onderzoek in opdracht van Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid,  
Arbeid en Sociaal Overleg



Federale Overheidsdienst  
**Werkgelegenheid, Arbeid  
en Sociaal Overleg**

*Gepubliceerd door*  
KU Leuven  
HIVA ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING  
Parkstraat 47 bus 5300, 3000 LEUVEN, België  
hiva@kuleuven.be  
www.hiva.be

D/2016/4718/typ het depotnummer – ISBN typ het ISBN

© 2016 HIVA KU Leuven

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.  
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

# Inhoud

<b>1   Samenvatting</b>	<b>5</b>
1.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen	7
1.2 Overzicht van het gevolgde proces binnen de 10 organisaties	7
1.3 Conclusies en aanbevelingen	12
1.3.1 Opstart van een preventiebeleid PSR	12
1.3.2 Naar een risicoanalyse	15
1.3.3 Van risicoanalyse naar actieplan	17
1.3.4 Implementatie van het actieplan	19



# Samenvatting

Begin 2015 ontvingen meer dan 700 000 Belgen op beroepsactieve leeftijd (tussen 20 en 64 jaar) een vervangingsinkomen omdat ze arbeidsongeschikt waren. Van deze groep waren er 321 000 zelfs langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt en ontvingen een invaliditeitsuitkering. De stijging van het aantal arbeidsongeschikten in België gedurende de laatste 10 jaren was omvangrijk: deze groep groeide aan met maar liefst 53% (RIZIV, 2015).

Veelvuldige studies en onderzoek (o.a. recente bevindingen op basis van de EWCS 2015 voor België (Lamberts et al., 2016)) tonen aan dat jobkenmerken en de wijze waarop het werk georganiseerd wordt, bepaalde risico's kunnen inhouden voor de gezondheid en het welzijn van werkenden. Bovendien zullen we met z'n allen langer moeten werken en is het dus van groot belang om niet alleen langer aan de slag te willen maar ook te kunnen blijven. Investeren in *preventie* om vroegtijdige uitstroom uit de arbeidsmarkt te vermijden, is dan ook cruciaal; om langdurige ziekte of voortijdige uitval te voorkomen, dienen werkenden te werken in gezonde banen.

Kris Peeters stelde in zijn Beleidsnota dat Werkbaar werk de hoogste prioriteit is in 2016. Werkbaar werk wordt gedefinieerd als werk dat je intrinsiek motiveert, voldoende kansen geeft om bij te leren, waar je niet overspannen van wordt en je voldoende ruimte biedt voor gezin, sport en hobby's (Peeters, 2016).

De laatste jaren zien we dat de problematiek van het welzijn op het werk, zowel op het Europese als op het federale niveau, vooral onder de aandacht komt doordat grote groepen werknemers het arbeidsproces verlaten door een vervroegde uittrede of door een langdurige afwezigheid wegens *musculoskeletale problemen of een ernstige psychische belasting*.

*Psychosociale risico's (PSR's)* worden gedefinieerd als de waarschijnlijkheid dat één of meer werknemers *psychische schade* ondervinden, die al dan niet kan gepaard gaan met lichamelijke schade, *als gevolg van de blootstelling aan een arbeidssituatie die een gevaar inhoudt*. Deze arbeidssituatie kan betrekking hebben op de arbeidsorganisatie, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden, de arbeidsinhoud of de arbeidsverhoudingen en interpersoonlijke relaties op het werk.

De werkgever kan dus een impact hebben op deze risico's en kan een beleid voeren dat er op gericht is om de aanwezigheid van deze risico's te beperken.

De Welzijnswet van 4 augustus 1996 vormt de basiswet op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Daar waar er voorheen ook reeds verwezen werd naar psychosociale risico's als één van de zeven domeinen van welzijn op het werk, hebben de wetten van 28 februari 2014 en van 28 maart 2014 de bepalingen van hoofdstuk Vbis van de Welzijnswet grondig gewijzigd *waardoor de preventie van PSR's nu expliciet behandeld worden*. Het koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de preventie van de psychosociale risico's op het werk (Belgisch Staatsblad 28 april 2014) vervangt het KB van 17 mei 2007 betreffende de voorkoming van psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk. Dit KB geeft dus uitvoering aan het gewijzigde Hoofdstuk Vbis van de Welzijnswet en bevat bepalingen die onder meer betrekking hebben op de risicoanalyse en de preventiemaatregelen, de verschillende procedures die toegankelijk zijn voor de werknemers die menen schade te ondervinden ten gevolge van de blootstelling aan psychosociale risico's op het werk, het statuut van de preventieadviseur psychosociale aspecten en van de vertrouwenspersoon, ...

Deze nieuwe wetgeving trad in werking vanaf 1 september 2014.

De uitvoeringsbesluiten op de Welzijnswet stellen een multidisciplinaire aanpak en een geïntegreerd beleid inzake arbeidsomstandigheden en welzijn voorop. Hierdoor wordt elke werkgever verplicht preventieve acties in zijn bedrijfsbeleid te incorporeren. Het beleidsinstrument op organisatieniveau dat de basis moet vormen van een dergelijke planmatige aanpak op langere termijn, wordt door de wetgever het ‘*dynamisch risicobeheersingssysteem*’ genoemd. De werkgever dient ook de psychosociale risico’s regelmatig te evalueren en de nodige preventiemaatregelen te nemen om die aspecten van het werk te voorkomen en te managen (en dus ook dit beleid te evalueren en bij te sturen).

### **Dynamische risicobeheersing**

De Welzijnswet en de verschillende KB’s verplichten werkgevers niet enkel om de psychosociale risico’s te evalueren en preventiemaatregelen te nemen, maar legt ook tot op zekere hoogte de bepalingen vast hoe dit dient te gebeuren. De wetgeving beveelt een globale aanpak aan van de preventie van de psychosociale risico’s. Dit betekent dat er met deze risico’s rekening wordt gehouden bij het globale preventiebeleid van de onderneming zoals dit het geval is voor alle andere risico’s die een impact kunnen hebben op de gezondheid van werknemers.

De werkgever dient een preventiebeleid uit te bouwen volgens een systeem van dynamische risicobeheersing. Aan de basis hiervan ligt de verplichting om op ondernemingsniveau een globale risicoanalyse uit te voeren die zowel slaat op de onderneming als geheel, op de verschillende werkeenheden of locaties, als op de individuele werknemer. Deze risicoanalyse dient zo het opzetten van een algemeen preventiebeleid in de onderneming te onderbouwen door de uitwerking van een globaal preventieplan (GP) dat stapsgewijs moet worden gerealiseerd via opeenvolgende jaarlijkse actieplannen (JAP); het globaal preventieplan geeft een visie en plan voor een periode van 5 jaar, wat jaarlijks vertaald wordt in welke acties de onderneming plant uit te voeren om de gestelde langetermijndoelen van het globaal preventieplan stapsgewijs te realiseren. Het opzetten van een preventiebeleid kan gestructureerd cyclisch en dynamisch verlopen via verschillende vastgelegde stappen:

1. een verkennende fase bij verschillende actoren;
2. de fase van de risicoanalyse;
3. het opstellen van een meerjarig globaal preventieplan en de vertaling naar jaarlijkse actieplan;
4. het uitvoeren van het actieplan en implementatie van interventies;
5. de evaluatie van het actieplan en van de interventies en eventuele bijsturing.

### **Faciliterende en hinderende factoren**

Zoals we in eerder onderzoek konden vaststellen, zien we dat het uitvoeren van de volledige cyclus van stappen eigen aan een dynamisch risicobeheersingssysteem, een proces is dat veel tijd in beslag kan nemen. Zo stelden we vast dat vnl. de stap zetten van de risicoanalyse naar het opstellen van een actieplan en de implementatie van interventies, een moeilijke stap vormt.

We kunnen veronderstellen dat het stellen van de diagnose rond de aanwezigheid van PSR’s, via een specifieke risicoanalyse of gekaderd binnen de algemene risicoanalyse, niet het grootste knelpunt zal vormen binnen de meeste organisaties, ook al vraagt dit voor een aantal ondernemingen toch ook wel wat zoekwerk en moeite omdat men de beschikbare expertise hiertoe niet in huis heeft (zoals verder zal blijken). Het grootste knelpunt blijkt vooral *de vertaalslag naar het actieplan*.

PSR’s vormen *een meer complexe materie* binnen het veiligheids- en gezondheidsverhaal op organisatieniveau en er zijn verschillende specifieke drempels eigen aan het thema, die overwonnen dienen te worden om PSR’s bespreekbaar te maken, te analyseren en op te lossen.

## 1.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Vanuit de vaststelling dat de wettelijke en regelgevende bepalingen inzake preventie van PSR in de praktijk nog steeds onvoldoende toegepast werden in de ondernemingen en de signalen dat een tekort aan concrete middelen om in de ondernemingen een preventiebeleid te kunnen voeren hierin een element was, diende dit onderzoek bij te dragen tot het bieden van een concrete, eenvoudige, haalbare aanpak, met eventuele goede praktijken als voorbeeld.

Doel van de hier voorliggende studie was het verwerven van inzicht in hoe het proces dat gepaard gaat met het opstellen en implementeren van een preventiebeleid rond psychosociale risico's, vorm krijgt op organisatieniveau. Hoe de ondernemingen motiveren en ondersteunen bij het opzetten van een doeltreffend en duurzaam preventiebeleid inzake PSR?

Door het intensief opvolgen van 10 organisaties die aan de slag gingen met het ontwikkelen en implementeren van een preventiestrategie PSR beogen we vooral om de *belemmerende en faciliterende factoren* in kaart te brengen. We focussen hierbij op de verschillende stappen zoals vastgelegd binnen het zorgsysteem dat het dynamische risicobeheersingssysteem is. Zo willen we nagaan welke factoren de start van het traject beïnvloeden, welke elementen een rol spelen in het al dan niet succesvol afronden van een risicoanalyse, welke factoren een impact hebben op het vertalen van de resultaten van de risicoanalyse in een actieplan, welke succes- en faalfactoren we kunnen onderscheiden bij de implementatie van het actieplan en de uitvoering van de interventies en hoe de verdere opvolging en evaluatie verloopt.

Via het intensief opvolgen van 10 organisaties zijn we zelf getuige van de verschillende stappen in het proces en kunnen we zelf ervaren welke elementen een rol spelen. Zo verwerven we rijkere informatie die verschillende actoren en beleidsmakers op verschillende niveaus kan helpen om meer gerichte verdere ondersteuningsacties uit te werken.

Leidraad voor deze studie was de *Gids voor de preventie van psychosociale risico's op het werk* (FOD WASO, 2013). Het doel van deze gids was enerzijds organisaties te sensibiliseren om van start te gaan met een preventiebeleid psychosociale risico's en anderzijds om organisaties (KMO's en ZKO's) te ondersteunen om een beleid te voeren tot voorkoming van psychosociale risico's (preventiebeleid dat kadert in een algemeen preventiebeleid volgens de principes van dynamische risicobeheersing en binnen de sociale dialoog). De mogelijke oplossingen die aan bod komen in deze Gids, bevelen collectieve maatregelen aan die rekening houden met de werkorganisatie. (FOD WASO, 2013).

We wilden in deze studie ook nagaan of de organisaties deze Gids kennen en of zij dit instrument gebruiken, en peilen naar de bruikbaarheid van de Gids op organisatieniveau en dit voor verschillende actoren.

## 1.2 Overzicht van het gevolgde proces binnen de 10 organisaties

In onderstaande overzichtstabel geven we een overzicht van de bevindingen die resulteerden uit het gedurende twee jaar opvolgen van 10 organisaties die aan de slag gingen met het opstellen van een preventiebeleid PSR. We opteerden om organisaties op te volgen die reeds een eerste stap gezet hadden (verkenning, risicoanalyse).

Oorspronkelijk was de doelstelling om de organisaties een jaar lang intensief op te volgen en te ondersteunen om zo zicht te krijgen op de opstart, uitwerking en implementatie van een preventiebeleid PSR. Maar al snel bleek een tijdspanne van één jaar onvoldoende om volledige trajecten te kunnen opvolgen, gegeven de toch wel langzame voortgang van de trajecten die we konden vaststellen in de door ons gevolgde organisaties. Het opvolgen van de organisaties *gedurende twee jaar* was nodig om de nodige informatie te kunnen verzamelen die tot op zekere hoogte toeliet om een aantal van de hierboven geformuleerde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Maar ook na 2 jaar stelden we vast dat we enkel voor enkele organisaties ook effectief iets kunnen vertellen over de

implementatie, opvolging en evaluaties van de acties. De overige organisaties staan ook na 2 jaar nog niet zo ver omwille van verschillende redenen die verder in dit rapport zullen voorgesteld worden.

De onderzoeksploeg was aanwezig op bepaalde overlegmomenten en kon ook ondersteuning en informatie aanreiken. Maar het was voor de betreffende organisaties ook duidelijk dat de onderzoeksploeg de eventuele inzet van een Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EDPB) niet kon vervangen of een gelijkaardig aanbod qua ondersteuning zou bieden. We kunnen vaststellen dat de aanwezigheid en ondersteuning vanwege de onderzoeksploeg in een aantal organisaties wel een faciliterende factor op zich was waardoor het proces versneld werd. Wij zijn ons hier terdege van bewust en hebben dit ook steeds vermeld bij de beschrijving en interpretatie van de desbetreffende cases. In andere cases stelden we echter vast dat de context en omstandigheden van het traject niet toelieten om als onderzoeksploeg ook een ondersteunende rol te kunnen spelen; andere factoren bleken een te grote belemmering (afwezigheid/verloop van sleutelfiguren, herstructurering, beperkt engagement vanuit het management, ...) waardoor het verloop van het proces in het gedrang kwam.

In de volgende tabel beschrijven we het verloop van dit proces in de tien betrokken organisaties.



	Case A	Case B	Case C	Case D	Case E
Grootte en sector	Tehuis voor personen met een beperking, 100 werknemers	Tertiaire sector, >1 000 werknemers	Ziekenhuis, >1 000 werknemers	Industrie, <100 werknemers	Secundair Onderwijs > 100 werknemers
Beknopt chronologisch overzicht van de verschillende stappen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorjaar 2014: verkennende fase</li> <li>- Voorjaar 2014: oprichten beperkte werkgroep en voorlegging aan de directie</li> <li>- Zomer 2014: voorstel van EDPB voor risicoanalyse</li> <li>- Februari-maart 2015: afname risicoanalyse</li> <li>- Juni 2015-februari 2016: rapportering resultaten aan de directie, leidinggevenden, personeel en ten slotte op teamniveau</li> <li>- Einde 2015: voorstel voor globaal actieplan op het CPBW</li> <li>- Voorjaar 2016: verdere uitwerking en verdieping van de acties en het actieplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Najaar 2013: risicoanalyse</li> <li>- Voorjaar 2014: presentatie van de resultaten van de kwantitatieve RA en voorstel om verder aan te vullen via een kwalitatieve methode op subgroepsniveau</li> <li>-&gt; proces viel stil wegens beperkte interesse om hieraan te participeren</li> <li>- Vanaf 2015: gestart met individuele afname vragenlijst psychosociale barometer tijdens periodiek medisch onderzoek bij de arbeidsgeneesheer/individuele bevraging met eventuele individuele acties</li> <li>- Najaar 2015: heropstart van kwalitatieve fase van de RA</li> <li>-&gt; proces viel stil omwille van nakende overname</li> <li>- Eind 2015: werkgroep vertaalde de resultaten van de RA naar een eerste actieplan. Voorgesteld actieplan werd niet aanvaard wegens de impact op de werklust voor de team managers</li> <li>- 2016: nog geen nieuw actieplan, ook omwille van de overname. Maar problemen worden wel aangepakt en men houdt individueel wel een vinger aan de pols via de psychosociale barometer. <i>'Het is belangrijker om zaken uit te voeren dan om een risicoanalyse en actieplan op papier te hebben'</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mei 2014: risicoanalyse</li> <li>- 2015: keuze van andere externe organisatie om actieplan uit te werken</li> <li>- 2016: werkgroep en focusgroepen om actieplan uit te werken (timing tegen midden 2016)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2014: verkennende fase + keuze externe partner voor RA</li> <li>- Voorjaar 2015: afname risicoanalyse</li> <li>- Augustus 2015: keuze van prioriteiten</li> <li>- September 2015: workshops om de resultaten te vertalen naar een actieplan</li> <li>- November-december 2015: opstellen actieplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- September 2013: risicoanalyse</li> <li>- Januari 2014: voorstelling resultaten RA</li> <li>- Mei-oktober 2014: opstellen actieplan door de werkgroep</li> <li>- Oktober 2014: communicatie actieplan naar voltallig personeel</li> <li>- Begin 2015: implementatie actieplan</li> <li>- Juni 2015: eerste beperkte evaluatie actieplan via schoolinterne bevraging</li> <li>- September 2015: directiewisseling + interne preventieadviseur met pensioen+ wisseling externe preventieadviseur: trekker en ervaring weg</li> <li>- December 2015: nieuwe interne preventieadviseur. Doel is om 2016 verdere implementatie op te volgen, te evalueren en bij te sturen</li> </ul>
Voornaamste reden(en) van het opzetten van een preventiebeleid PSR	Regelgeving + verhoogde aandacht voor stijgende PSR en prevalentie van klachten bij werknemers door de aangekondigde veranderingen binnen de zorgsector	Vorige RA dateerde van 2001 maar het proces viel toen stil na de RA. Nu opnieuw analyse, gegeven hoog aandeel presentisme, met verhoogde aandacht voor de situatie van de thuiswerkers	In 2014: uitwerken van een beleid inzake preventie van PSR op de planning geplaatst van het algemeen preventiebeleid. Nieuwe interne preventieadviseur, samen met HR: verhoogde aandacht, niet enkel omwille van de regelgeving. Ook verhoogde werkdruk.	Hoge werkdruk, situatie werd als 'dringend' ervaren en vereiste actie	Groeiend aantal signalen van emotionele uitputting + professionalisering van HR-beleid
Wie draagt het project?	Interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur en arbeidsgeneesheer + HR vanaf najaar 2015	HR-medewerker en interne preventieadviseur	HR-medewerker en interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur

	Case A	Case B	Case C	Case D	Case E
Medewerking en inzet van de EDPB?	EDPB: instrument, afname en verwerking van de risicoanalyse door de PAPS + eerste aanzet tot een mogelijk actieplan bij presentatie van de resultaten	EDPB: instrument voor RA, analyse en presentatie van resultaten, EDPB zou ook betrokken worden bij verdere kwalitatieve verdieping maar dit proces viel stil omwille van overname EDPB: inzet van diensten EDPB nu heronderhandeld gegeven de wijzigingen in de wetgeving; investering in medisch toezicht daalde en verhoogde aandacht voor PSR	- EDPB: risicoanalyse - Andere externe partner voor het uitwerken van het actieplan	EDPB niet, wel commerciële dienstverlener voor afname instrument en resultaten	- EDPB: sterk betrokken bij de verschillende stappen van het traject (van risicoanalyse tot implementatie actieplan)
Gebruikte methode voor RA: kwantitatief en/of kwalitatief?	Kwantitatieve methode, keuze sterk bepaald door het financiële aspect + gebruiksvriendelijke methode	Kwantitatief (breed) en kwalitatief (verdieping en aanvulling op sub-groepniveau)/ naar de toekomst toepassen voor participatieve risicoanalyse op teamniveau (geen collectieve bevraging meer)	Kwantitatief + kwalitatieve update via focusgroep	Kwantitatief (SIMP) + verdere update in workshops	Kwantitatief
Interne werkgroep opgericht?	Ja	Ja	Ja	Ja, CPBW volgt op en werkgroep boog zich over vertaling in actieplan	Ja, CPBW volgt op + uitbreiding met de vertegenwoordigers van LOC
Participatie van de medewerkers?	Via vertegenwoordiging binnen CPBW	Ja, via vertegenwoordiging in de werkgroep. Bij verdere uitwerking in sub-groepen weinig betrokkenheid door individuele medewerkers.	Ja, via werkgroep en focusgroepen waarbij de resultaten van de RA vertaald worden naar een actieplan	Ja, via participatieve workshops	Ja, via vertegenwoordigers CPBW en LOC
Actieplan?	Ja, verdere uitwerking is wel nog nodig	Een eerste versie werd niet weerhouden, een herwerkte versie nog niet opgesteld	Gepland zomer 2016	Ja	Ja
Ontwikkeling van opvolgingsindicatoren?	Nee, nog niet, suggesties werden door de onderzoeksploeg aangereikt en worden bij verdere uitwerking mogelijk wel opgevolgd	/ tenzij via de psychosociale barometer	/	Ja	Gedeeltelijk, suggesties werden door de onderzoeksploeg aangereikt en worden overwogen
Betrokkenheid van het CPBW?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Werd de preventiegids PSR van FOD WASO gebruikt?	Ja, naast andere instrumenten en de website van FOD WASO	Gedeeltelijk	Gedeeltelijk	Ja, naast andere instrumenten en de website van FOD WASO	Ja

	Case F	Case G	Case H	Case I	Case J
Grootte en sector	Chemische nijverheid, >100 werknemers	Bouwsector, +/- 350 werknemers	Financiële sector, > 100 werknemers	Bouwsector, +/- 700 werknemers	Publieke sociale sector, > 100 werknemers
Beknopt chronologisch overzicht van de verschillende stappen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- September 2014: risicoanalyse</li> <li>- December 2014: voorstelling van de resultaten</li> <li>- Mei-oktober 2015 verdere verdieping binnen begeleidingscomité (BC) en toewerken naar actieplan</li> <li>- Oktober 2015: proces wordt stilgelegd door interne reorganisatie + vertrek lid BC/BC wordt opgeschort</li> <li>- Januari 2016: vertrek interne preventieadviseur</li> <li>- Mei 2016; nog geen nieuwe interne preventieadviseur, proces nog steeds on hold</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juni 2014–december 2014: verkennende fase.</li> <li>- Vanaf voorjaar 2015: kwalitatieve risicoanalyse bij bepaalde groepen + opleiding PSR voor lijnhiërarchie</li> <li>- September 2015: Tussentijdse evaluatie van het proces</li> <li>- December 2015: nieuwe EDPB ten gevolge van tariefwijziging</li> <li>- Vanaf januari 2016: kwalitatieve opvolging PSR geïntegreerd in medisch toezicht voor arbeiders</li> <li>- Timing afhankelijk van de entiteit: opzetten van een beperkt aantal acties op maat van de entiteiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2013: grote welzijnsenquête als basis om de waarden, visie en missie van de organisatie te onderbouwen</li> <li>- Voorjaar 2014: verkennende fase voor het opstarten van een preventiebeleid PSR, specifieke stress-enquête werd gepland in 2014</li> <li>- Mei 2014: afwezigheid van de interne preventieadviseur, proces on hold</li> <li>- Najaar 2014: nieuwe interne preventieadviseur maar geen geplande stappen inzake PSR</li> <li>- Vanaf voorjaar 2015: fusie wordt aangekondigd en alle projecten stand by</li> <li>- Voorjaar 2016: geen verdere vooruitgang omwille van de fusie: doel is om te komen tot een geïntegreerde strategie inzake preventie van PSR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2014-voorjaar 2015: vragenlijst risicoanalyse werd ontwikkeld in verschillende stappen, samen met EDPB, maar werd in eerste instantie geweigerd door de directie binnen het CPBW</li> <li>- Oktober 2015: overwegen van pistes van individuele opvolging gekoppeld aan kwalitatieve subjectieve verkenning i.p.v. collectieve risicoanalyse</li> <li>- Voorjaar 2016: geen vooruitgang, vragenlijst nog steeds niet gelanceerd, ook geen andere verdere stappen gezet. Wordt nu overwogen door de interne preventieadviseur om zelf een eerste aanzet tot analyse te doen op basis van beschikbare indicatoren, perceptie en terreinkennis, aangevuld met kwalitatieve interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorjaar 2015: verkennende fase</li> <li>- September 2015: Risicoanalyse</li> <li>- Oktober 2015: presentatie resultaten risicoanalyse</li> <li>- Najaar 2015: kwalitatieve verdieping in werkgroepen</li> <li>- Voorjaar 2016: lijst van plus- en verbeterpunten en voorstel preventie-maatregelen/actieplan in ontwikkeling</li> </ul>
Voornaamste reden(en) van het opzetten van een preventiebeleid PSR	De wens van de interne preventieadviseur om PSR te integreren binnen het reeds goed ontwikkelde globale preventiebeleid	De wens van de interne preventieadviseur om PSR te integreren binnen het reeds goed ontwikkelde globale preventiebeleid	Voor de fusie: sterke interesse vanwege interne preventieadviseur, wetgeving respecteren + 'corporate social responsibility'	Omwille van vastgestelde problemen binnen de organisatie (stress, alcohol, pestgedrag) + wettelijke verplichting	Vastgestelde problemen binnen de organisatie (absenteïsme, denigrerend gedrag) + wettelijke bepalingen
Wie draagt het project?	Interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur	Interne preventieadviseur
Medewerking en inzet van de EDPB?	EDPB: risicoanalyse + aanzet tot actieplan	EDPB: beperkte rol wegens beperkt aanbod	Geen nauwe samenwerking met EDPB rond dit thema	EDPB: vragenlijst voor risicoanalyse werd opgesteld in samenwerking met de PAPS	EDPB: de externe PAPS was betrokken bij alle fases van het afgelegde traject
Gebruikte methode voor RA: kwantitatief en/of kwalitatief?	Kwantitatief (SIMP) + kwalitatieve verdieping binnen de werkgroep (begeleidingscomité)	Verschillende kwalitatieve methodes voor de arbeiders, kwantitatieve methode voor administratief bedienden (nog niet uitgevoerd)	Voorstel voor een kwalitatieve benadering	Nog niet vastgelegd: kwantitatieve collectieve methode werd in vraag gesteld omwille van de complexe praktische organisatie (begeleide collectieve afname)	Kwantitatieve bevraging aangevuld met kwalitatieve verdieping van specifieke risicofactoren in werkgroepen
Interne werkgroep opgericht?	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
Participatie van de medewerkers?	Ja	Ja, afhankelijk van doelgroep/ entiteit, uitwisselingsinitiatieven op niveau entiteit	Nee	Nee	Ja
Actieplan?	Ja, in process, maar on hold	Ja, beperkte acties maar nog niet voor iedereen	Nee	Nee	Ja, in ontwikkeling
Ontwikkeling van opvolgings-indicatoren?	Nee	Nee	/	/	/, voorzien in actieplan-template
Betrokkenheid van het CPBW?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Werd de preventiegids PSR van FOD WASO gebruikt?	Nee	Gedeeltelijk	Nee	Nee	Gedeeltelijk

### 1.3 Conclusies en aanbevelingen

In deze samenvatting geven we de voornaamste faciliterende en blokkerende factoren mee met betrekking tot het opstarten en vormgeven van een preventiebeleid PSR, die we vaststelden in of die gemeld werden door de verschillende cases. Ook de aanbevelingen die we hieruit konden afleiden of die door de verschillende betrokkenen in de verschillende cases werden geformuleerd, geven we hier mee.

#### 1.3.1 Opstart van een preventiebeleid PSR

Tabel 1 vat de belangrijkste faciliterende en hinderende factoren met betrekking tot het opstarten en vormgeven van een preventiebeleid PSR samen, die we konden vaststellen in de verschillende organisatiecases.

**Tabel 1** Faciliterende en hinderende factoren met betrekking tot het opstarten en vormgeven van een preventiebeleid PSR

Faciliterende factoren	Hinderende factoren
Iedereen overtuigd van belang -> engagement	Bedreigend voor management/geviseerd, PSR geen prioriteit binnen OSH
Trekker met expertise/voeling met het complexe thema	Gebrekkige kennis, ervaring, expertise bij IPA
Beschikbare tijd en middelen	Geen tijd en middelen, onduidelijke ROI
De juiste context (prevalentie stress, burn-out, ...)	Niet de juiste context (taboe, 'verkeerde moment')
De wetgeving	Vaagheid binnen de wetgeving, niet weten hoe er aan te beginnen, geen duidelijke handvaten in complexe materie, groot/breed aanbod (van min. tot max.)
Gestructureerde aanpak zorgsysteem	Lang proces met hierdoor groter risico op personeelswisselingen, andere contextwijzigingen, ...
Visie, strategisch, geïntegreerd, verankerd in globaal preventie- en welzijnsbeleid	Geen structurele verankering
Goede ondersteuning/samenwerking EDPB	Onduidelijk aanbod vanwege EDPB
Goede communicatie	
Participatie en betrokkenheid	

##### 1.3.1.1 Faciliterende factoren

- Het is noodzakelijk dat iedereen op alle niveaus het belang inziet van de te zetten stappen. **Engagement** zal dan volgen en dit is noodzakelijk om te komen tot goed doordachte en algemeen gedragen acties.
- Veel hangt af van de persoon die de **trekkersrol** opneemt, vaak is dit de interne preventieadviseur of iemand van de HR-afdeling. Indien deze persoon een sterke voeling heeft met het thema, is de kans groter dat er ook effectief van start gegaan wordt met de opstart van een preventiebeleid PSR. Het blijft echter belangrijk dat die persoon zijn motivatie en kennis over het thema deelt met de rest van de organisatie (of minstens met de werkgroep).
- Belangrijk om **tijd en middelen** vrij te maken ofwel voor de interne preventieadviseur ofwel voor het kunnen beroep doen op externe PAPS.
- De **context** van de organisatie is sterk bepalend:
  - het opstarten van een preventiebeleid kan sterk gefaciliteerd worden door de **noodzaak** om aanwezige problemen beter te begrijpen (signalen rond werkdruk, ...) en naar gerichte oplossingen te zoeken. Er dient wel een zekere nood erkend te worden en het belang om er aan te werken;

- in sommige organisaties heerst er echter nog een echt **taboe** rond het thema van PSR en komt dit enkel op een individueel niveau aan bod, vaak in contact met de arbeidsgeneesheer. In deze organisaties is het moeilijk om voldoende draagvlak te vinden voor de ontwikkeling van een preventiebeleid. Net voor deze doelgroep dienen zoveel mogelijk kanalen voorzien te worden om de problematiek bespreekbaar te maken. De drempel dient zo laag mogelijk te zijn;
- in andere organisaties is het **niet echt het moment** om over te gaan tot het invoeren van een preventiebeleid PSR, omwille van een overname of fusie, omwille van personeelwissels bij de preventiedienst of HR, een periode van herstructurering, ...
- De veranderde **wetgeving** heeft er voor gezorgd dat meer organisaties zich bewust zijn van de verplichting om een risicoanalyse uit te voeren en een actieplan op te stellen. De wetgeving kan voor sommige organisaties zeker wel een duwtje in de rug betekenen. Dit wil echter niet zeggen dat zij ook altijd even overtuigd zijn van het nut ervan en het soms zien als een eerder administratieve verplichting. Het dynamisch aspect van de wetgeving is ook niet altijd geïntegreerd door de organisaties.
- De voordelen om te moeten werken met een risicoanalyse, een globaal actieplan en jaarlijkse actieplannen is dat de problematiek ook op een **gestructureerde** en goed onderbouwde manier kan aangepakt worden. Het kan ook een stok achter de deur betekenen, zeker in organisaties waar de situatie geblokkeerd is of wordt.
- Risicoanalyse en actieplan kunnen aanleiding geven om een **visie** verder uit te werken en meer **strategisch en geïntegreerd** te gaan werken, dan eerder ad hoc en gefragmenteerd.
- Indien gekoppeld aan een goed preventiebeleid van fysieke risico's, kan dit zorgen voor een goed **geïntegreerd en systematisch overall gezondheids- en veiligheidsmanagement**.
- Een 'klik' en een **goede ondersteuning op maat** vanwege de externe dienst of een andere ondersteunende organisatie is van belang. Deze dienst of persoon kan een neutrale rol opnemen en zorgt er ook vaak mee voor dat het proces niet stilvalt.
- De veranderende wetgeving op de werking van de **externe preventiediensten** bepaalt ook mee dat de externe preventiediensten meer aandacht moeten en kunnen besteden aan PSR.
- Belang van **transparantie**, goede **communicatie- en informatiekkanalen**: zolang het proces loopt is het niet altijd zichtbaar wat er gebeurt voor de medewerkers, dus het is belangrijk om goed te communiceren en snel tot concrete acties te komen.
- Belang van een **goed sociaal overlegklimaat**.
- De wijze waarop en de snelheid waarmee werknemers betrokken worden bij het vorm geven van het preventiebeleid en bij het invoeren van maatregelen, verhoogt de kans op succes. Hoe groter de **participatie**, hoe groter het draagvlak, hoe groter de impact van het actieplan.
- Bij elke stap dient nagegaan te worden **welke personen** idealiter dienen betrokken te worden.

### 1.3.1.2 Hinderende factoren

- De perceptie rond dit thema is dat het vooral een thema is dat het **management** en hun competenties rechtstreeks betreft. Het management kan zich dan ook soms bedreigd en geïsoleerd voelen door dit proces. Het is daarom van belang om ervoor te zorgen dat de verantwoordelijkheden voor het actieplan verdeeld worden onder werknemers en management.
- Binnen het preventiebeleid, zeker in de hardere sectoren zoals de industrie en de bouwsector, vormt het preventiebeleid inzake PSR vaak **geen prioriteit**. In eerste instantie wordt aandacht gegeven aan veiligheidsaspecten en ergonomie. De **meerwaarde** (ROI) is niet altijd voor iedereen duidelijk.
- De interne preventieadviseur wordt vaak slechts zeer beperkt vrijgesteld in zijn/haar takenpakket voor preventie. Preventie PSR is geen essentie, 'het komt er bij'. Er moet ook **ruimte** zijn om mensen samen te brengen in denkgroepen, stuurgroepen, ...
- Veel hangt af van de **interne preventieadviseur**. Indien hij/zij geen voeling heeft met het thema rond PSR is het moeilijker om de weg te vinden naar een geïmplementeerd preventiebeleid PSR.

Er werd ons ook gesignaleerd dat in de **opleiding** interne preventieadviseur er enkel maar beperkt aandacht besteed wordt aan het thema van preventie van psychosociale risico's.

- De wetgeving is er maar **men weet niet hoe men er aan moet beginnen**. Men kijkt in sommige organisaties sterk naar 'hetgeen dat minimaal dient te gebeuren om in orde te zijn'. De vereisten die gesteld worden in de wetgeving worden niet voldoende ondersteund door het aanbod van instrumenten en informatie. Er zijn heel veel mogelijkheden, het **aanbod is breed** en 'schiet een beetje als paddenstoelen uit de grond'. De kwaliteit van dit aanbod is echter niet altijd even duidelijk. Er zijn grote verschillen inzake kostprijs en inzake aanbod van externe diensten en ondersteuning. Voor veel organisaties gaat het echter om **nieuwe materie**, men is hier niet in thuis en men heeft het moeilijk om de juiste informatie te vinden en de juiste keuzes te maken. Ondersteuning hierin zou aan te bevelen zijn. Organisaties vinden zich echter niet altijd terug in de brochure (FOD-WASO, 2013) die volgens hen nog te algemeen blijft en niet genoeg grootte- en sectorspecifiek is.
- Ook in het **aanbod vanwege de externe preventiediensten** vinden verschillende organisaties niet hetgeen ze zoeken terug. Andere organisaties zijn juist ver geraakt dankzij de ondersteuning vanuit de externe preventiedienst. Veel hangt vaak af **van de concrete persoon** waar men mee samenwerkt. De dienstverlening vanuit de externe PAPS biedt voor de organisatie niet altijd de verwachte toegevoegde waarde. Vaak wordt ook van deze externe personen verwacht dat zij een dossier kunnen aankaarten bij de directie en andere actoren die daar nog niet altijd open voor staan.
- Organisaties veranderen regelmatig van EDPB, vooral sinds de uitvoering van de nieuwe tariefregeling. Dit betekent vaak dat ze het proces opnieuw moeten beginnen.
- Indien men geen beroep doet op externe ondersteuning, is het **niet vanzelfsprekend** om de verschillende stappen te plannen, inhoudelijke knopen door te hakken, de resultaten en bevindingen op de juiste manier te interpreteren, prioriteiten te bepalen en verdere acties uit te werken.
- Het volledige proces neemt **tijd** in beslag, ook omdat vaak het vergaderritme van de overlegorganen dient gevolgd te worden.
- In een **lang proces** wordt men vaak geconfronteerd met personeelwisselingen en met wisselende situaties. Het is dan ook van belang om het proces **structureel** zo goed mogelijk te verankeren om stilvallen in deze situaties te vermijden. Ook het werken en faciliteren van een **welzijnscultuur** is hierin noodzakelijk.

### 1.3.1.3 Aanbevelingen

- '**Orde scheppen in de chaos van het aanbod**'. Nu is het aanbod grotendeels in de handen van het commerciële circuit:
  - het bestaande aanbod in kaart brengen met een wegwijzer wanneer wat te gebruiken;
  - het aanbieden van geschikte instrumenten naast het commerciële circuit.
- Op dit moment wordt heel de **wet- en regelgeving** rond preventie in zijn totaliteit als behoorlijk **zwaar** ervaren. Een meer pragmatische invulling zou moeten mogelijk zijn.
- **Uitwisseling** faciliteren tussen organisaties, Jaaractieplannen worden gedeeld, er wordt feedback gegeven, ... men leert van elkaar, zo wordt vermeden dat steeds opnieuw het warm water moet worden uitgevonden. Dit laat toe om efficiënter te werken.
- De **meerwaarde** van het voeren van een preventiebeleid rond PSR is niet altijd onmiddellijk zichtbaar. De kosten en baten van de investeringen zijn moeilijk zichtbaar te maken. Aangeven welke projecten zouden kunnen leiden tot welke besparingen, zou inderdaad wel kunnen bijdragen tot het sneller ondernemen van degelijke acties. Het ontwikkelen van informatie hierover of een instrument hiertoe, zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren.
- Bijkomend onderzoek is nodig: niet alle elementen laten zich echter even goed in indicatoren gieten of zijn moeilijk meetbaar. Zo kunnen verzuimcijfers wel opgevolgd worden maar is het niet eenvoudig om na te gaan wat de concrete impact is van vb. stressbegeleiding.

- De plaats van PAPS en preventiebeleid PSR binnen het **aanbod van de externe preventiediensten**, de **opleiding** van de preventie-adviseurs mag belangrijker zijn. De herziene wetgeving met betrekking tot het takenpakket en financiering van de EDPB geeft hier enigszins een antwoord op.
- Er worden **weinig richtlijnen** voorzien over de risicoanalyse, daar waar dit toch het startpunt is van het volledige proces. Deze dient dus goed doordacht en weloverwogen te gebeuren en met een duidelijke plaats (en timing) binnen het globale traject.
- Nu verkopen externe preventiediensten nog te vaak enkel de risicoanalyse, en niet het volledige traject. Hun aanbod hierrond zou duidelijker **gestructureerd en geïntegreerd** moeten zijn.
- De vraag naar (gratis) **ondersteuning** is groot. De brochure biedt wel handvaten voor de op te volgen stappen maar het eigenlijke proces houdt veel meer in: bepalen van (en onderhandelen over) prioriteiten, beslissen van werkwijze (werkgroepen of niet), coaching van werkgroepen, opstellen van acties, toewijzen van verantwoordelijkheden, er voor zorgen dat het een prioriteit is en blijft voor directie, ...
- In een infosessie wordt voorgesteld om externe dienstverlening en ondersteuning te zoeken bij het uitzetten van dit beleid, maar dit is niet altijd wat men wilt. Men is ook op zoek naar handvaten en vorming om dit op een correcte manier **intern** te kunnen oppakken.

### 1.3.2 Naar een risicoanalyse

In deze paragraaf geven we de voornaamste faciliterende en blokkerende factoren mee met betrekking tot de risicoanalyse, die we vaststelden in of die gemeld werden door de verschillende cases. Ook de aanbevelingen die we hieruit konden afleiden of die door de verschillende betrokkenen in de verschillende cases werden geformuleerd, geven we hier mee.

**Tabel 2** Faciliterende en hinderende factoren met betrekking tot de risicoanalyse (RA)

Faciliterende factoren	Hinderende factoren
Aanbod op maat	Kwaliteit en prijs van het aanbod
RA is vaak meer dan een bevestiging van wat men al weet	Intern vertaalwerk en kwalitatieve verdieping is vaak noodzakelijk
Niet als instrument op zich, duidelijk kaderen in geïntegreerd proces	Negatieve resultaten=negatieve angst Ongeacht resultaat: niets mee doen = fataal Tijdsintensief Instrumenten niet altijd voor iedereen even toegankelijk (taal, afnameprocedure vb. op werven) Anonimiteit wanneer proces intern loopt Collectieve RA niet altijd zinvol

#### 1.3.2.1 Faciliterende factoren

- Het **aanbod** aan verschillende instrumenten is groot. Dit maakt dat men ook een keuze kan maken op **maat** van de organisatie. Het uitvoeren van een ‘verplichte’ risicoanalyse dient best afgestemd te worden op de bestaande context binnen de organisatie/werken op maat:
  - kwantitatieve en/of kwalitatieve methode;
  - kostprijs;
  - benchmarking-mogelijkheden;
  - bevragsingswijze (online, schriftelijk, ...);
  - ...

- **Benchmarking** maakt het mogelijk om de resultaten die men krijgt, enigszins te nuanceren en laat ook toe om bepaalde knelpunten te relativeren zonder het belang ervan te minimaliseren.
- Werken met een instrument van een externe dienstverlener biedt niet alleen benchmarking-mogelijkheden maar ook **inzicht** in hoe **andere organisaties** met de resultaten omgaan.
- De risicoanalyse is vaak meer dan een loutere bevestiging van wat men al weet. Een aantal organisaties gaf aan dat er zeker problemen waren **opgedoken** die tot dan onder de radar waren gebleven.
- Het kaderen van de risicoanalyse in het grotere geheel van een geïntegreerd welzijnsbeleid is nodig: het instrument op zich zal niet veel veranderen, het is juist de integratie in een **globale visie en strategie** die van belang is.

### 1.3.2.2 Hinderende factoren

- Het **aanbod** aan verschillende instrumenten is groot maar het is moeilijk voor de organisaties om hierin de beste keuze te maken. Vaak overwogen financiële argumenten en kiest men voor de goedkoopste oplossing om toch maar tegemoet te komen aan de minimale vereisten. Hoe een geschikt instrument kiezen: **afweging tussen kwaliteit en kostprijs?**
- De **kostprijs** van het instrument is vaak een knelpunt, zeker voor een kleine organisatie.
- Bij algemene instrumenten, vaak afgenomen en geanalyseerd door een derde, blijft **intern vertaalwerk** nodig om de resultaten goed te kunnen kaderen.
- Ook is vaak nog een **kwalitatieve verdieping** aangewezen om de bevindingen juist te kunnen interpreteren. Gebrek aan draagvlak om deel te nemen aan deze kwalitatieve verdieping kan echter het proces vertragen of zelfs laten stilvallen maar is ook een belangrijk signaal.
- Veel organisaties hebben in het verleden een risicoanalyse of tevredenheidsenquête uitgevoerd **waar toen niets mee gedaan werd**. Het vertrouwen in dergelijke instrumenten en in de bereidheid van het management om effectief iets te willen aanpakken, is dan ook vaak laag in deze situaties.
- De fase van de risicoanalyse neemt veel **tijd** in beslag.
- Waar een persoonlijke begeleiding nodig is om de risicoanalyse in te vullen, is het praktisch niet altijd mogelijk (bv. werknemers op bouwerven).
- Niet in iedere organisatie is een **collectieve risicoanalyse** zinvol. Het is belangrijk om de risicoanalyse zo toe te passen dat een gericht beleid op maat van de organisatie verder vorm kan krijgen. Eén vragenlijst dient echter vaak tegemoet te kunnen komen aan een grote diversiteit van werksituaties.
- Bij **negatieve of tegenvallende resultaten** dient men bij het management te vechten tegen negatieve angst, tegen het gevoel dat ‘men het potje maar beter gesloten kan houden’. Er dient gezocht te worden naar hoe men deze negatieve angst kan omdraaien naar een positieve constructieve houding: ‘Ja, er is een probleem, we erkennen het en we werken aan oplossingen.’ Hoe kan er vermeden worden dat bij de tegenvallende resultaten een eerder ‘low profile’- reactie verkozen wordt boven een reactie van er ‘kwalitatief sterk tegenaan gaan’?
- Hoe een **anonieme** risicoanalyse uitvoeren in kleinere organisaties? Het is moeilijk om binnen een kleine organisatie voldoende verfijnd te kunnen analyseren en toch de anonimiteit te kunnen bewaken. Hoe kan de anonimiteit gegarandeerd zonder informatie te verliezen? Ook is er soms wantrouwen tegen online instrumenten; men had vragen over de traceerbaarheid.
- **Taalproblemen**, en vb. problemen met online-instrumenten kunnen moeilijk opgelost worden zonder de anonimiteit in gevaar te brengen. Het is bovendien een zeer tijdsintensief proces om werknemers persoonlijk te begeleiden om de vragenlijst in te vullen.

### 1.3.2.3 Aanbevelingen

- De vraag naar duidelijke en pragmatische **info** met betrekking tot de instrumenten die beschikbaar zijn en de kwaliteit en prijs ervan is dan ook groot.
- **Gevalideerde instrumenten** dienen gratis beschikbaar en toepasbaar te zijn (nu vnl. commercieel).



### 1.3.3 Van risicoanalyse naar actieplan

In deze paragraaf geven we de voornaamste faciliterende en blokkerende factoren mee met betrekking tot de vormgeving van het actieplan, die we vaststelden in of die gemeld werden door de verschillende cases. Ook de aanbevelingen die we hieruit konden afleiden of die door de verschillende betrokkenen in de verschillende cases werden geformuleerd, geven we hier mee.

**Tabel 3** Faciliterende en hinderende factoren met betrekking tot de vormgeving van het actieplan

Faciliterende factoren	Hinderende factoren
Beschikbare expertise, neutrale externe ondersteuner/ procesbegeleider	Geen vooraf bepaald plan om aan de slag te gaan met de resultaten van de RA
Goede sociale relaties	Vaak keuze voor de goedkoopste aanpak en acties
Juiste methodieken	Actieplan wordt doel op zich
Werkgroep met een mandaat	Actieplan vooral gericht op korte termijn
laagdrempelig participatief proces, met duidelijke timing en indicatoren en eigenaarschap van acties	Context en historiek m.b.t. inspraak en participatie
Niet beperken tot bevindingen RA	
GP is kapstok voor geïntegreerd beleid	
<i>Wat in actieplan en wat niet? Toetsen of de voorgestelde maatregelen wel zwaar genoeg wegen en effectief bijdragen tot een oplossing van de gesignaleerde knelpunten!</i>	
Doelgroep evenwichtig verdeeld	

#### 1.3.3.1 Faciliterende factoren

- Wanneer de risicoanalyse gebeurt door iemand met **expertise** ter zake, kunnen de resultaten reeds onmiddellijk vertaald worden in een eerste concrete aanzet tot acties, dit zowel door een interne als door een externe dienstverlener.
- Aangezien het gaat om soms moeilijk materie, vaak werkgever tegen werknemer, kan het aangegeven zijn om het proces gedeeltelijk in handen te geven van een **neutrale externe ondersteuner of procesbegeleider**, zeker bij een historiek van conflicten. Deze persoon kan er ook voor zorgen dat het proces niet stilvalt bij moeilijke, op het eerste zicht soms onoplosbare, discussiepunten.
- Ingeval de expertise intern aanwezig is, de **sociale relaties** binnen de organisatie goed zitten en alle neuzen in dezelfde richting staan, kan dit proces ook intern opgenomen worden.
- Goed nadenken over **methodieken** om van de resultaten van de risicoanalyse tot een actieplan te komen is belangrijk. Een akkoord over een methodiek om prioriteiten te bepalen en acties te toetsen op wenselijkheid en haalbaarheid, zijn hierin belangrijk.
- Binnen de **werkgroep** waarin het actieplan vorm krijgt, is het van belang dat hierrond een duidelijk mandaat vanuit het management voor gegeven wordt en dat deze werkgroep ook de middelen en bevoegdheden krijgt die nodig zijn om deze verantwoordelijkheid te kunnen opnemen.
- Een **laagdrempelig participatief proces** naar concrete acties, met duidelijke timing en indicatoren alsook de persoon verantwoordelijk voor elke maatregel, draagt niet enkel bij tot de verantwoording van het proces naar de directie toe maar bevordert ook de aanvaarding van de acties die geformuleerd worden (en de basis waarop dit gebeurde) bij de medewerkers (met eigenaarschap en verantwoordelijkheid van alle relevante partners).
- Het globale actieplan biedt een **kapstok** op langere termijn en draagt bij om te komen tot een **geïntegreerd welzijnsbeleid** op langere termijn.
- De basis waarvan men idealiter vertrekt, zijn niet alleen de resultaten van de risicoanalyse maar ook van tevredenheidsmetingen, de informatie en documentatie die men verzamelde in het kader van

de ontwikkeling van een verzuimbeleid, ... en andere projecten, informatie en documentatie (*'alles wat er tot nu toe ligt'*).

- *Belangrijk om nadien te **toetsen** of de voorgestelde maatregelen wel zwaar genoeg wegen en effectief bijdragen tot een oplossing van de gesignaleerde knelpunten!*
- Maatregelen evenwichtig spreiden over betrokkenen want 'anders krijgen de leidinggevenden het gevoel dat zij alles moeten oplossen'. Het is belangrijk om een evenwicht te vinden. . Het is van belang om ook te kijken naar wat medewerkers zelf eventueel kunnen bijdragen om zo de verantwoordelijkheid voor welzijn en welbevinden meer te delen. Toch is het niet eenvoudig om te bepalen wie de maatregelen zal uitvoeren? Hoe mensen motiveren?

### 1.3.3.2 Hinderende factoren

- Vaak denkt men (zowel de organisaties als de ondersteunende externe dienstverleners) in eerste instantie niet verder dan de afname van de risicoanalyse. Hierdoor is de kans heel groot dat men niet weet wat te doen met de resultaten van de analyse:

- omdat ze moeilijk te interpreteren zijn;
- omdat ze te ver af lijken te staan van de realiteit binnen de organisatie;
- omdat het onduidelijk is hoe men de stap naar maatregelen nu kan zetten.

Vaak zijn er duidelijke signalen van problemen maar weet men niet hoe deze kunnen aangepakt worden.

- Het aanbod aan verschillende instrumenten is groot maar het is moeilijk voor de organisaties om hierin de beste keuze te maken. Vaak overwegen **financiële argumenten** en kiest men voor de goedkoopste oplossing om toch maar tegemoet te komen aan de minimale vereisten.

- Het actieplan wordt soms **een doel op zich**; om in orde te zijn, kiest men voor **'gemakkelijke' acties** in het actieplan waar weinig discussie rond is. Men wil ook geen te grote verwachtingen wekken. Hierdoor sneuvelen soms wel goede initiatieven op lange termijn of die meer in de diepte gaan en waarvan de uitkomst meer onzeker is omdat men wilt toewerken naar successen. Soms lijkt men zelfs te vermijden om procesmatige maatregelen die veel inspanning vragen, in het actieplan te willen inschrijven omdat men vreest er op afgerekend te worden en dan slecht te scoren. Dit is het nadeel van een geformaliseerde procedure. Belangrijk is dat het actieplan gekaderd kan worden binnen een globale visie en strategie waarin dergelijke maatregelen passen.

Wat komt in het formele actieplan en wat niet? Of wat pakken we parallel aan in een andere werkgroep of met andere actoren, maar buiten het formele actieplan?

Er is dan niet echt sprake van de opzet van een geïntegreerd welzijnsbeleid met het actieplan als middel. Vaak zijn er andere maatregelen of acties die parallel lopen met het actieplan maar waar de linken niet mee gelegd worden.

- Een **globaal actieplan** ontwikkelen en komen tot een **geïntegreerde visie rond welzijn**, is vaak een brug te ver. De actieplannen situeren zich toch eerder op korte termijn om tegemoet te komen aan de prioritaire, meest dringende knelpunten. Soms is het onderscheid tussen globaal actieplan en jaarlijks actieplan niet duidelijk, ook niet in de uitwerking.

- **Draagvlak en inspraak** van medewerkers of hun vertegenwoordiging bij het uitwerken van het actieplan is in veel organisaties een pijnpunt. De bereidheid hiertoe is ook sterk afhankelijk van de **historiek** binnen de organisatie, het vertrouwen van medewerkers in het effectief kunnen bereiken van een oplossing of het vertrouwen dat problemen ook effectief willen en zullen aangepakt worden.

Iets wat toch regelmatig terugkomt, is: personeel dat inspraak vraagt, maar de directie verwijt hen dan dat ze niet willen deelnemen wanneer hen de kans tot inspraak geboden wordt. Het is duidelijk dat het niet louter gaat om het geven van inspraak maar ook het **faciliteren** hiertoe, en de zekerheid bieden dat inspraak ook gevraagd wordt rond prioritaire zaken en zal gehonoreerd worden; uitwerken van structuren en middelen geven om dit te kunnen realiseren, zijn in deze belangrijk. Inspraak evolueert naar participatie wat op zich ook meer verantwoordelijkheid oplegt aan alle

participanten, maar dan moeten ook alle middelen geboden worden om deze verantwoordelijkheid te kunnen opnemen.

- Meestal zijn de resultaten van de RA **niet het eerste signaal** dat gegeven wordt aan het management. Het op een participatieve manier verder werken aan de uitwerking van een concreet actieplan stuit dan ook vaak op emotionele drempels. Het signaal is gegeven en niet voor de eerste keer, laat het management nu 'maar 's uit zijn pijp komen want het is genoeg geweest'. Vaak is er een houding van het personeel dat het, na zoveel enquêtes en bevestigingen, vergaderingen en werkgroepen, nu eens tijd wordt voor concrete acties: 'De boodschap zou nu toch wel duidelijk moeten zijn. Men verwacht nu concrete acties ter verbetering vanwege het management'.

### 1.3.3.3 Aanbevelingen

- Het is van belang om reeds voor het uitvoeren van een risicoanalyse na te denken over het proces dat men wilt volgen om te komen tot een actieplan. Indien men dit niet vooraf vastlegt, liefst binnen een duidelijke timing en planning, bestaat het risico dat het proces stilvalt, eenmaal de diagnose gesteld.
- Het is van belang om ook van in het begin duidelijkheid en betrokkenheid te scheppen. Dit kan ook best vooraf gebeuren door iedereen van in het begin mee te motiveren om over te gaan tot het voeren van een beleid rond PSR.
- Een lijst met voorbeeldmaatregelen (vanuit de overheid, de sectoren of externe preventiedienst) kan inspiratie bieden.

### 1.3.4 Implementatie van het actieplan

Slechts een beperkt aantal cases zijn tijdens de procesopvolging overgegaan tot de effectieve implementatie van het actieplan. In deze paragraaf geven we de voornaamste faciliterende en blokkerende factoren mee, die we vaststelden in of die gemeld werden door de verschillende cases.

**Tabel 4** Faciliterende en hinderende factoren met betrekking tot het opstarten en vormgeven van een preventiebeleid PSR

Faciliterende factoren	Hinderende factoren
Concrete actie met onmiddellijke win naast andere acties	Geen goede opvolging mogelijk
Monitoring en opvolging/toetsing of antwoord geboden wordt aan vastgesteld probleem	
Externe ondersteuning om te vermijden dat het proces stilvalt/duidelijk gelinkt aan dynamisch zorgsysteem	
Communicatie en transparant	

#### 1.3.4.1 Faciliterende factoren

- Het is van belang om **zo snel mogelijk** aan de slag te gaan met de resultaten van de risicoanalyse met kleine acties; het boeken van **kleine onmiddellijke successen** kan bijdragen tot het verdere engagement.
- Een dynamisch actieplan is echter ook van belang: eens de kleine, kortetermijnacties gedaan, overgaan naar grotere, langetermijnacties.
- Wat ook kan faciliteren, is het werken met **concrete opvolgingsindicatoren**. Dit kan de nood zichtbaar maken en maakt de hopelijke positieve evolutie transparant zodat mensen meer gemotiveerd zijn om hier blijvend in te investeren.
- Voldoende **communicatie** is noodzakelijk om de implementatie te doen slagen.

- Belang van een **externe ondersteuner/facilitator** om te vermijden dat het proces ook in deze fase stilvalt.

#### **1.3.4.2 Hinderende factoren**

- Het **opvolgen** van dergelijke indicatoren betekent dat 'er weer iets bij komt'.
- Indien er geen opvolgingsindicatoren opgenomen werden of mogelijk waren, voelt men zich genoodzaakt om een **nieuwe bevraging** te organiseren om het proces te evalueren en te kunnen bijsturen.

