



Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

— Gezond werken aan gezondheid

Een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering
in een ziekenhuis

E.C.M.P. Lourijsen
R.W.M. Gründemann
M.A.J. Kompier

—

—

Gezond werken aan gezondheid

Een voorbeeld van integrale
gezondheidsbevordering in een ziekenhuis

E.C.M.P. Lourijsen
R.W.M. Gründemann
M.A.J. Kompier

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr. 29863
plaats 53
datum -90

Onderzoek verricht in opdracht van het Ministerie van
Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie
van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door TNO
Preventie en Gezondheid

juni 1996

Gezond werken aan
gezondheid

Gezondheidsinformatie
voor de werkvloer in een restaurant

E.C.M. van
A.W.M. Grootman
M.A.J. Kuper

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
Bibliografische documenten-informatie
Deel 1 van de Arbeidsomstandigheden

ISBN nr. 2-03-2
1987

Verkoop
VUGA Uitgeverij B.V.
Postbus 16400, 2500 BK 's-Gravenhage
Telefoon 070-31 31 500. Telefax 070-31 31 504

Inhoud

pagina

Voorwoord

Samenvatting

1. Gezondheidsbevordering in bedrijven	1
1.1 Vier landelijke voorbeeldprojecten	1
1.2 Een integrale aanpak	2
1.3 Europese ontwikkelingen	3
1.4 Waarom een voorbeeldproject in de intramurale gezondheidszorg?	4
1.4.1 Arbeid en gezondheid in de intramurale gezondheidszorg	4
1.4.2 Betrokkenheid van de brancheorganisaties	5
2. Het project in het Waterlandziekenhuis	6
2.1 Het Waterlandziekenhuis bij de start van het project in 1991	6
2.2 Aanleiding tot het project	7
2.3 Doelstellingen van het project	8
2.4 Het controleziekenhuis	8
2.5 De opzet van het project	8
3. Organisatie van het project	10
3.1 Een convenant	10
3.2 Interne projectgroep	10
3.3 Arbozorgstructuur gedurende het project	11
3.4 Introductie van het project binnen het ziekenhuis	11

4. Analyse van risicofactoren en risicogroepen	15
4.1 De gebruikte methoden	15
4.2 Criteria om risicofactoren en risicogroepen vast te stellen	17
4.3 De risicofactoren en risicogroepen	18
4.4 Terugkoppeling van de resultaten naar de medewerkers	23
5. Keuze van maatregelen	24
5.1 Een plan van aanpak	24
5.2 Uitwerking aan de hand van deelprojecten	25
5.2.1 De deelprojecten	25
5.2.2 De organisatie van de deelprojecten	26
5.3 Acties om personeel betrokken te houden bij het project	28
6. Uitvoering van de maatregelen	30
6.1 Preventieve maatregelen	30
6.2 Drempelverhogende maatregelen	51
6.3 Curatieve maatregelen	52
6.4 Overzicht en fasering van de maatregelen	54
6.5 Maatregelen in het controleziekenhuis	55
7. Evaluatie	57
7.1 Opzet van de evaluatie	57
7.2 Opbrengsten tot nu toe	57
7.2.1 Verbeteringen in de werksituatie	57

Voorwoord	
7.2.1.1 Verbeteringen in het Waterlandziekenhuis	57
7.2.1.2 Het Waterlandziekenhuis in vergelijking met het controleziekenhuis	62
7.2.1.3 Verbeteringen in het controleziekenhuis	62
7.2.2 Meer aandacht voor zieke werknemers en arbeids- omstandigheden	64
7.2.3 Een daling van het ziekteverzuim	65
7.2.4 Cultuuromslag	68
7.3 Kosten baten	68
7.4 Conclusies	70
7.5 Afronding van het project en follow-up in het Waterlandziekenhuis	71
8. Lessen	74
8.1 Belemmerende factoren	74
8.2 Bevorderende factoren	76
8.3 Suggesties voor toekomstige projecten	78
8.3.1 Factoren bij de voorbereiding	79
8.3.2 Factoren bij de uitvoering	81
Literatuur	85
Bijlagen	89

Voorwoord

Een grootschalig project zoals 'Gezond werken aan gezondheid' in het Waterlandziekenhuis kan niet plaatsvinden zonder de enthousiaste medewerking van een groot aantal mensen.

Daarom een woord van dank aan allen die dit project tot een interessant en succesvol project hebben gemaakt.

Ten eerste alle leden van de stuurgroep 'Gezond werken aan gezondheid' van het Waterlandziekenhuis. Zij hebben met hun enthousiaste inzet en kritische opstelling de grote lijnen van het project uitgezet:

mevr. B. van Dijk-Plant (voorzitter)

mevr. M. van de Aa

mevr. I. Roos-van Krimpen (tot en met 1994)

mevr. T. Veerman-v.d. Lee (tot en met 1992)

mevr. I. de Vruh-Conijn

dhr. J. Kamphuis (secretaris)

dhr. G. Kohlmeijer

dhr. R. Kolster (vanaf 1993)

dhr. J. Lambers

dhr. H. Wouda.

Ten tweede alle medewerkers van het ziekenhuis die een actieve en stimulerende rol hebben gehad in de uitvoering van interventies.

Ten derde alle collega-onderzoekers van TNO Preventie en Gezondheid die betrokken zijn geweest bij onderdelen van het project:

mevr. Ir. M.B. Berndsen	(Ergonomisch onderzoek)
mevr. Drs. J. Dekker	(Kosten-baten analyse)
mevr. Drs. M. Douwes	(Project fysieke belasting)
mevr. Drs. S.G. van den Heuvel	(Analyse vragenlijstgegevens)
mevr. C.P.F. van Kempen	(secretariële ondersteuning)
mevr. H.G. Knijnenburg	(secretariële ondersteuning)
mevr. Drs. M. Miedema	(Houding- en bewegingsonderzoek)
mevr. Dr. E. Wortel	(Project fysieke belasting)
mevr. Drs. S. Vaas	(WEBA-analyses)
dhr. Drs. M. van Dormolen	(Project dienstroosters)
dhr. Ir. M.P. van der Grinten	(Project fysieke belasting)

Verder dank aan de leden van de begeleidingscommissie die het project hebben gevolgd en met hun commentaar hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit eindrapport:

mevr. Dr. I.S.Y. Vromans (SZW)

mevr. Dr. N. van der Zouwe (GAK)

dhr. Ing. J. Brouwer (Tica)

dhr. Drs. J.G.N.M. Hoevenaars (BVG)

dhr. C. Kooy (FBV)

dhr. Drs. F. Licher (SZW)

dhr. Drs. K. Planting (VWS)

Ellis Lourijzen

Rob Gründemann

Michiel Kompier

Samenvatting

In dit rapport wordt verslag gedaan van het landelijk voorbeeldproject 'Gezond werken aan gezondheid' dat in de periode 1991-1995 is uitgevoerd in het Waterlandziekenhuis in Purmerend in opdracht van de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport en met subsidie van de centrale arbeidsongeschiktheidsfondsen Aaf/Aof.

Het project beoogt de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van de werknemers in het ziekenhuis te bevorderen en daarmee het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid te verminderen met behulp van een 'integrale gezondheidsbevorderende aanpak'. Een dergelijke aanpak richt zich zowel op het verbeteren van de werkomstandigheden en het versterken van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers, als op het intensiveren van de controle en begeleiding van de verzuimende werknemer. De aanpak tracht op meer structurele wijze de gezondheid en het welzijn van werkenden positief te beïnvloeden. Er is gekozen voor een systematische stapsgewijze methodiek waarin de volgende stappen zijn onderscheiden.

Organisatorische voorbereiding en creëren draagvlak

In eerste instantie hebben het ziekenhuis en TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) afspraken gemaakt over de afstemming tussen het voorbeeldproject en al lopende 'arbo-activiteiten' in het ziekenhuis. De afspraken zijn vastgelegd in een convenant. Hierin is onder meer opgenomen dat de zelfwerkzaamheid van het ziekenhuis centraal staat en dat de eindverantwoordelijkheid voor het project bij het management van het ziekenhuis ligt. Voor de uitvoering van het project wordt een interne stuurgroep samengesteld. Om een vliegende start te maken en een draagvlak te creëren voor het project wordt in het voorjaar van 1992 in de plaatselijke schouwburg een 'Kick-off' georganiseerd voor het voltallig personeel.

Probleemanalyse

Door middel van interviews, een vragenlijstonderzoek, een analyse van verzuim- en verloopgegevens en een nadere analyse van enkele functies met behulp van de WEBA-methodiek, zijn in 1992 risicofactoren en risicogroepen vastgesteld. Het blijkt dat het ziekenhuis in vergelijking met een grote externe referentiepopulatie vrij gunstig 'scoort'. Toch is er sprake van een aantal organisatiegebonden knelpunten op het gebied van: taakhoud, autonomie, inspanning/werktempo, werkorganisatie, binnenklimaat, fysieke belasting, fysieke werkomstandigheden, informatie, leiding en collega's, dienstroosters en waardering en opleidings- en loopbaanmogelijkheden.

De knelpunten lijken zich bovendien te vertalen in enkele organisatiegebonden gezondheidsklachten (vermoeidheid, klachten aan het bewegingsapparaat) en enkele sectorspecifieke klachten. Verder blijkt er bij medewerkers van het ziekenhuis een duidelijke behoefte te bestaan aan leefstijlactiviteiten en trainingen in sociale vaardigheden. Het ziekteverzuim ligt bij de start van het project in 1991 hoger dan het landelijk gemiddelde van ziekenhuizen in dat jaar.

Keuze en uitvoering van maatregelen

De interne stuurgroep is van mening dat alle gesignaleerde knelpunten moeten worden aangepakt. Uitgangspunt is dat dit zoveel mogelijk binnen 'de lijn' gebeurt. Voor knelpunten die het hele ziekenhuis betreffen of die te complex zijn, worden deelprojecten gestart. De volgorde van de deelprojecten wordt vooral bepaald door de duidelijkheid van oplossingen en maatregelen en de beschikbare tijd en mankracht om de projecten uit te voeren.

In de periode 1992-1995 worden acht deelprojecten uitgevoerd op de volgende onderwerpen: werkdruk (een kleinschalig voorbeeldproject op de interne verpleegafdeling), binnenklimaat, fysieke belasting (drie voorbeeldprojecten op de afdeling orthopaedie, de apotheek en de OK), informatie over arbeidsomstandigheden, dienstroosters (binnen de sector verpleging), opleidings- en loopbaanmogelijkheden, stijl van leidinggeven, leefstijl en sociale vaardigheden.

Tevens worden de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de arbeidsomstandigheden (arbozorgstructuur) verder uitgewerkt door de arbo-commissie.

Evaluatie

De opbrengsten van het project 'Gezond werken aan gezondheid' blijken aanzienlijk te zijn:

- Uit de nameting blijkt dat medewerkers van het ziekenhuis in 1995 beduidend gunstiger oordelen over de volgende werkaspecten: waardering werkkring, taakhoud, emotionele belasting. Ook worden minder klachten geuit over de beschikbare hulpmiddelen, het functioneren van het werkoverleg en het geïnformeerd worden door de leiding.
- Werknemers van het ziekenhuis zijn van mening dat als gevolg van het project verbeteringen zijn opgetreden in: de omgang met zieke werknemers, de arbeidsomstandigheden, de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie en de sfeer op het werk.
- Het ziekteverzuim is sinds de start van het project sterk aan het dalen. Voorlopige cijfers voor 1995 laten een verdere daling zien voor het Waterlandziekenhuis tot onder het niveau van de sector.

- De kosten-baten analyse van het project laat een positief resultaat zien van f 1.4 miljoen gulden over de periode 1992-1994. Wanneer rekening wordt gehouden met het dalende verzuim in de sector (Nederlandse ziekenhuizen) blijft er sprake van een positief resultaat van bijna een half miljoen gulden.

Het project 'Gezond werken aan gezondheid' is in oktober 1995 formeel afgerond. Het Waterlandziekenhuis gaat echter voort op de ingeslagen weg en besteedt de komende jaren verder aandacht aan de gezondheid van werknemers en het terugdringen van het ziekteverzuim. Het managementteam houdt hierin een coördinerende taak, ondersteund door de arbo-commissie -die de taak van de interne stuurgroep overneemt- en de VGW-commissie. Leidinggevenden gaan een steeds belangrijker rol spelen in het daadwerkelijk verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het beheersen van het verzuim.

Naar aanleiding van het project zijn aanbevelingen geformuleerd voor toekomstige preventieprojecten in de gezondheidszorg. Belangrijke factoren bij de voorbereiding van dergelijke projecten zijn: ondersteuning van het project door verschillende partijen binnen de organisatie, een kleine en slagvaardige projectgroep, het vaststellen van doelen, taken, bevoegdheden, planning en beschikbare middelen, de 'lijn' verantwoordelijk stellen voor de arbeidsomstandigheden en het verzuim op de eigen afdeling en de participatie van de leiding en werknemers bij de ontwikkeling van het preventiebeleid.

Factoren die van belang zijn bij de uitvoering van een preventieproject zijn: een goede planning en tijdbewaking van het project, het zorgvuldig omgaan met privacy-gevoelige informatie (bijvoorbeeld vragenlijstgegevens), het kiezen van een mix van maatregelen (meersparenbeleid), het betrekken van leiding en werknemers bij het inventariseren van knelpunten en oplossingen en het uitvoeren van maatregelen, verantwoordelijkheid voor de keuze en uitvoering van maatregelen in de 'lijn' en een goede communicatie naar de medewerkers in alle fasen van het project, ondersteuning van externe deskundige op onderdelen waarnaar expertise in de eigen organisatie ontbreekt of ontoereikend is.

1. Gezondheidsbevordering in bedrijven

1.1 Vier landelijke voorbeeldprojecten

Met ingang van 1 januari 1994 moeten werkgevers er voor zorgen dat een systematische en preventieve aandacht voor arbeidsomstandigheden in hun organisatie is gewaarborgd. Tevens hebben werkgevers vanaf die datum een groter financieel belang gekregen bij het beperken van het ziekteverzuim en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden.

De wettelijke basis voor de zorg voor arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het ziekteverzuim vormen de gewijzigde Arbowet en de Wet TZ (Terugdringing Ziekteverzuim) (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994). Manieren om bedrijven te stimuleren tot het opzetten en uitvoeren van een structureel preventief beleid zijn -naast wet- en regelgeving- het aanreiken van effectieve methodieken en het laten zien van succesvolle praktijkvoorbeelden. Daarom zijn in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de centrale arbeidsongeschiktheidsfondsen Aaf/Aof in de periode 1989-1995 vier landelijke voorbeeldprojecten uitgevoerd (zie kader).

Vier landelijke voorbeeldprojecten	Uitgevoerd door:
1. Het project 'Gezonder werken bij Brabantia'	Rijksuniversiteit Leiden (1989-1993)
2. Het project 'Gezond werken aan gezondheid' in het Waterlandziekenhuis te Purmerend	TNO Preventie en Gezondheid te Leiden (1991-1995)
3. Het project 'Bouwen aan gezond werken' bij Nelissen van Egteren Bouw Heerlen BV	Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht (1991-1995)
4. Het 'Burnout Interventie Project' bij de RIAGG's Eindhoven, Arnhem en Oost-Veluwe	Rijksuniversiteit Utrecht (1992-1995)

De projecten beogen de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van werknemers te bevorderen en daarmee het verzuim en de arbeidsongeschiktheid te verminderen door middel van een 'integrale aanpak'. Een integrale aanpak richt zich zowel op het verbeteren van de werkomstandigheden en het versterken van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers, als op het intensiveren van de controle en begeleiding van de verzuimende werknemer. De aanpak tracht op een meer structurele wijze de gezondheid en het welzijn van werkenden positief te beïnvloeden. Daarmee gaat de aanpak verder dan de meer traditionele aanpak van veiligheid en

gezondheid in het werk (zie ook paragraaf 1.2). De veronderstelling is dat een dergelijke integrale aanpak leidt tot gezondere werknemers met minder gezondheidsklachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheidsinstroom en daarmee tot een productievere en meer flexibele bedrijfsvoering.

Verder hebben de projecten tot doel de methodiek van integrale gezondheidsbevordering verder uit te werken en overdraagbaar te maken naar andere bedrijven, instellingen en organisaties. Met het oog daarop wordt op basis van de voorbeeldprojecten een 'draaiboek' voor arbodiensten opgesteld (Janssen e.a., 1996).

In dit rapport wordt verslag gedaan van het project 'Gezond werken aan gezondheid' in het Waterlandziekenhuis te Purmerend. Ook van de drie andere voorbeeldprojecten is een afzonderlijk rapport geschreven (Maes e.a., 1994, Lendfers e.a., 1996, Van Gorp & Schaufeli, 1996). De eindrapporten vormen een praktische illustratie van de aanpak die in het draaiboek is beschreven.

1.2 Een integrale aanpak

In de voorbeeldprojecten staat een integrale aanpak gericht op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het verminderen van verzuim centraal. Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn de volgende:

- Het veranderingsproject wordt gedragen door (partijen binnen) de doelorganisatie. Het is geen project van deskundigen maar een project van de organisatie zelf. 'Zelfwerkzaamheid' staat voorop en het bedrijf is bereid om in het project en eventuele vervolgactiviteiten te investeren.
- Er is sprake van een systematische stapsgewijze aanpak -een stappenplan- conform het Handboek Werkstress (Kompier & Marcelissen, 1990) en het Handboek Ziekteverzuim (Smulders & Veerman, 1990). De volgende stappen zijn onderscheiden: 1. organisatorische voorbereiding en creëren draagvlak, 2. probleemanalyse, 3. keuze van maatregelen, 4. uitvoering van maatregelen en 5. evaluatie.
- Wat betreft de inhoud van de interventies zijn drie invalshoeken onderscheiden (Allegro & Veerman, 1992):
 - a. Preventief beleid, gericht op het aanpassen van de arbeidsbelasting c.q. kwaliteit van de arbeid (door middel van verbeteringen in arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen) en het vergroten van de belastbaarheid van werknemers, onder andere door voorlichting en onderricht en leefstijl-activiteiten (bijvoorbeeld activiteiten op het gebied roken, voeding, lichaamsbeweging en alcoholgebruik).

- b. Drempelverhogend beleid, gericht op beperking van de verzuimgelegenheid (door beïnvloeding van de procedure van ziekmelding en controle) en/of verhoging van de arbeidssatisfactie om daarmee de verzuimbehoefte te verminderen.
- c. Curatief beleid, gericht op het verbeteren van de sociaal medische begeleiding en snellere reïntegratie van werknemers na ziekte.
- De interventies zijn gezondheid gerelateerd en niet ziekte gerelateerd. Belangrijk uitgangspunt vormen de factoren die de gezondheid beïnvloeden en verbeteren (bijvoorbeeld: het beter kunnen omgaan met stressoren, het bespreekbaar maken van problemen, het beïnvloeden van besluitvormingsprocessen bij interventies, het optimaliseren van de resterende arbeidsmogelijkheden) (Nijhuis, 1995).
- Interventies gaan uit van de actieve participatie van betrokken groepen werknemers en van het management. Werknemers hebben een actieve inbreng in de aard van de veranderingen en in de wijze waarop de veranderingen worden doorgevoerd. Dit is noodzakelijk voor het welslagen van beoogde veranderingen. Het management benadrukt binnen de organisatie dat het interventieprogramma's belangrijk en noodzakelijk vindt en zet zich daadwerkelijk in voor het slagen van deze programma's (Nijhuis, 1995).

1.3 Europese ontwikkelingen

De Nederlandse voorbeeldprojecten sluiten wat betreft de doelstelling en de inhoud goed aan bij Europese ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbevordering in bedrijven. Initiatieven ten behoeve van de gezondheid op de werkplek komen ook internationaal steeds meer in de belangstelling te staan (Wynne & Clarkin, 1992). Factoren die hieraan hebben bijgedragen zijn onder meer de volgende:

- Conventie 161 inzake bedrijfsgezondheidsdiensten van de International Labour Organization (1985). Deze wijst op de preventieve rol van bedrijfsgezondheidsdiensten en het recht van werknemers op voorlichting omtrent gezondheidsrisico's op de werkplek en op medezeggenschap via vertegenwoordigers bij bedrijfsgezondheidsvoorzieningen.
- Het Handvest van Ottawa, opgesteld in 1986 naar aanleiding van de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering (Health Promotion). Hierin wordt onder meer gesteld dat de werkplek een unieke mogelijkheid biedt om de gezondheid van mensen te beïnvloeden en dat gezondheidsbevordering op de werkplek niet in de eerste plaats medisch van aard is, maar als integraal onderdeel wordt gezien van de arbeidsorganisatie en de arbeidsomstandigheden.

- De Europese kaderrichtlijnen op het gebied van arbeidsomstandigheden die per 1 januari 1993 in alle lidstaten van de EG van kracht zijn, in het bijzonder de kaderrichtlijn veiligheid en gezondheid op het werk.

De genoemde ontwikkelingen passen in het klimaat dat is geschapen door het programma 'Health for all by the year 2000' (HFA:2000) van de Wereldgezondheidsorganisatie, dat gezondheidszaken op de agenda van de werkplek heeft gezet.

Op Europees niveau wordt getracht nader invulling te geven aan gezondheidsbevordering op de werkplek, voortbordurend op de Amerikaanse Health Promotion programma's die veelal eenzijdig gericht zijn op de leefstijl van werkkenden. Dit gebeurt met name in de onderzoeksprogramma's van de Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden te Dublin. Sinds 1989 verricht de Europese Stichting in acht EG-lidstaten onderzoek naar de stand van zaken op het gebied van gezondheidsbevordering op de werkplek. Recente activiteiten van de Stichting zijn onder meer gericht op het verspreiden van informatie over materialen en methodieken voor gezondheidsprogramma's in bedrijven, het stimuleren van demonstratieprojecten in de EG-lidstaten om de methodiek verder te ontwikkelen en het ontwikkelen van relevante trainingsprogramma's (Wynne, 1993). Volgens de Europese Stichting wordt een goede methodiek gekenmerkt door: een actieve participatie van werknemers bij de planning en implementatie van activiteiten, een integratie van verschillende activiteiten die aansluiten bij de wensen van de gebruiker (niet de deskundige), het toepasbaar zijn in zowel kleine, middelgrote als grote bedrijven en het feit dat de methodiek in te passen is in de normale bedrijfsprocessen.

1.4 Waaron een voorbeeldproject in de intramurale gezondheidszorg?

1.4.1 Arbeid en gezondheid in de intramurale gezondheidszorg

De keuze om één van de voorbeeldprojecten in de gezondheidszorg te laten plaatsvinden, heeft te maken met het feit dat de intramurale gezondheidszorg kampt met een aanzienlijke problematiek op het terrein van arbeid en gezondheid. Zo blijkt uit onderzoek (De Winter e.a., 1987) dat er problemen zijn op het gebied van lichamelijke belasting (werkhoudingen en tillen), psychische en emotionele belasting (werktempo en omgaan met patiënten), de werkroosters (ploegdienst) en zeggenschap over het werk. Deze factoren dragen bij aan werkdruk, het ziekteverzuim, de arbeidsongeschiktheid en het verloop in de sector. De gezondheidszorg heeft begin jaren negentig na

de bouwnijverheid het hoogste verzuimpercentage (De Gier & Smulders, 1995). Ook wat betreft de arbeidsongeschiktheidsinstroom behoort de gezondheidszorg in die periode tot de koplopers (voorafgegaan door de vee- en vlees sector, de bouwnijverheid en de horeca) (De Gier & Smulders, 1995).

1.4.2 Betrokkenheid van de brancheorganisaties

Vanwege het voorbeeldkarakter van het preventieproject heeft TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) de verschillende brancheorganisaties (Nederlandse Zorgfederatie (NZf), CFO (CNV-bond voor de zorgsector), Federatie van verenigingen van hogere functionarissen in de gezondheids- en bejaardenzorg (FHZ), Abva/Kabo, Nieuwe Unie '91 en de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheidszorg (BVG)) gevraagd om in te stemmen met de projectaanpak en het project actief te ondersteunen. De meeste organisaties reageerden hier positief op. Gedurende het project heeft TNO-PG hen periodiek informatie verschaft over de voortgang en de resultaten.

2. Het project in het Waterlandziekenhuis

2.1 Het Waterlandziekenhuis bij de start van het project in 1991

Het hier beschreven preventieproject vindt in de periode 1991-1995 plaats in het Waterlandziekenhuis te Purmerend. Het Waterlandziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat tien jaar geleden is ontstaan na een fusie van twee ziekenhuizen in Purmerend. Het telt op 31 december 1991 821 medewerkers die verspreid over vijf sectoren werkzaam zijn: de sector verpleging (394 medewerkers), de paramedische sector (188 medewerkers), de facilitaire sector (170 medewerkers), de sector informatie (42 medewerkers) en de sector algemeen (27 medewerkers, waaronder directie en stafdiensten). Bijlage 1 geeft de organisatiestructuur weer bij de start van het project. Vrouwen zijn veruit in de meerderheid (82%). De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 35 jaar, het opleidingsniveau ligt relatief hoog en varieert van MAVO/LBO (ruim 40% van de medewerkers) tot HBO of universitaire opleiding (ruim eenderde van de medewerkers). Het gemiddeld dienstverband is 6,5 jaar. Bij de start van het project -in 1991- ligt het ziekteverzuimpercentage op 8.9% (exclusief zwangerschapsverlof); beduidend hoger dan het landelijk gemiddelde van ziekenhuizen in dat jaar (6.5%). De Commissie Arbeidsomstandigheden is op dat moment verantwoordelijk voor de voorbereiding en evaluatie van het beleid inzake de arbeidsomstandigheden. Hierbij wordt nauw samengewerkt met de VGW (Veiligheid, Gezondheid, Welzijn)-commissie van de Ondernemingsraad. Maatregelen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden vallen onder de verantwoordelijkheid van de sectoren. Net voor de start van het project is een verzuimnota verschenen waarin het ziekenhuis aangeeft waarom aandacht voor het ziekteverzuim noodzakelijk is en hoe men het verzuim wil gaan aanpakken. Het hoge verzuim wordt gezien als een signaal van problemen in de gezondheid en de privé- en/of werksituatie van de werknemers. Het verzuim leidt tot een verhoging van de werkdruk en heeft een nadelige invloed op de kwaliteit van de dienstverlening. Ook de kosten van het verzuim zijn hoog. Het ziekenhuis gaat er van uit dat het ziekteverzuim te beïnvloeden is. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de leidinggevenden. Zij zullen een grotere rol gaan spelen in de begeleiding van zieke werknemers. Verder is een start gemaakt met het formuleren van een Arbo-jaarplan, waartoe krachtens de Arboret bedrijven en instellingen dan net verplicht zijn. Het ziekenhuis is voor de ziekteverzekering aangesloten bij de BVG (bedrijfsvereniging voor de gezondheidszorg).

Voor een beperkt aantal ambtenaren dat na de fusie nog in dienst is van het ziekenhuis, is het ziekenhuis eigen risicodragend.

Foto 2.1 Het Waterlandziekenhuis te Purmerend



2.2 Aanleiding tot het project

Het Waterlandziekenhuis voert in 1991 al enkele jaren een actief beleid ten aanzien van het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het verlagen van het ziekteverzuim. Het ziekteverzuim ligt op dat moment boven het gemiddelde in de ziekenhuissector (zie paragraaf 2.1), het streven is echter een beter dan gemiddeld ziekenhuis te zijn, zowel voor patiënten als medewerkers. In augustus 1991 wordt daarom besloten het verzuim meer gestructureerd aan te pakken in de vorm van een project.

Tegelijkertijd is TNO-PG op zoek naar een enthousiast ziekenhuis dat als voorbeeldziekenhuis wil dienen bij het landelijk voorbeeldproject gericht op het verminderen van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén en ander heeft geleid tot het gezamenlijke project 'Gezond werken aan gezondheid' in het Waterlandziekenhuis.

2.3 Doelstellingen van het project

Het project 'Gezond werken aan gezondheid' heeft tot doel:

1. De gezondheid, de veiligheid en het welzijn van de werknemers in het Waterlandziekenhuis te bevorderen en daarmee het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in dit ziekenhuis te verminderen.
2. De integrale aanpak verder uit te werken en te optimaliseren en overdraagbaar te maken naar andere instellingen en organisaties, resulterend in een draaiboek voor arbodiensten (zie ook paragraaf 1.1).

2.4 Het controleziekenhuis

Om een goed beeld te krijgen van de invloed van de aanpak is naast het Waterlandziekenhuis een 'controle'-ziekenhuis geselecteerd. Dit is het Diaconessenhuis in Leiden, dat bij de start van het project wat betreft omvang, opbouw van het personeelsbestand, opleidingsfaciliteiten en verloop in grote lijnen vergelijkbaar is met het Waterlandziekenhuis. Op 31 december 1991 werken er 794 mensen in het ziekenhuis die verspreid over vijf diensten werkzaam zijn: de verplegingsdienst, de paramedische dienst, de civiele dienst, de technische dienst en algemeen beheer. Evenals in het Waterlandziekenhuis zijn vrouwen veruit in de meerderheid (80%).

Het verzuimpercentage in het Diaconessenhuis (7.1%) is bij de start van het project significant lager dan in het Waterlandziekenhuis (8.9%) (zie paragraaf 7.2.3). Hierbij moet worden opgemerkt dat ook het Diaconessenhuis een actief beleid voert ten aanzien van het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het verzuim. Het arbeidsomstandighedenbeleid vormt een onlosmakelijk deel van het personeelsbeleid van het ziekenhuis. De Commissie Arbeidsomstandigheden (verder arbo-commissie) is verantwoordelijk voor de voortgang en uitvoering van het arbojaarplan. De arbo-commissie werkt hierbij nauw samen met de VGW-commissie van de Ondernemingsraad.

2.5 De opzet van het project

Er is gebruik gemaakt van een pre-test post-test controle groep design. Het Waterlandziekenhuis vormt de experimentele groep, het Diaconessenhuis de controlegroep. In beide ziekenhuizen vindt medio 1992 een voormeting plaats en medio 1995 een nameting. In de tussenliggende periode vinden de interventies alleen

in het Waterlandziekenhuis plaats. Overigens voert ook het Diaconessenhuis maatregelen in in het kader van het eigen arbo- en verzuimbeleid. Dit gebeurt echter niet in een speciaal daartoe opgezet project zoals in het Waterlandziekenhuis en de activiteiten zijn ook minder omvangrijk.

3. Organisatie van het project

3.1 Een convenant

In eerste instantie hebben het ziekenhuis en TNO-PG afspraken gemaakt over de afstemming tussen het voorbeeldproject en al lopende 'arbo-activiteiten' in het ziekenhuis (zie ook paragraaf 3.3). De afspraken worden vastgelegd in een convenant tussen de directie van het ziekenhuis en TNO-PG. Omdat de zelfwerkzaamheid van de organisatie centraal staat in het project, wordt hierin onder meer opgenomen dat de eindverantwoordelijkheid voor het project bij het management van het ziekenhuis ligt en dat het 'een project van het ziekenhuis is'. Verder wordt aangegeven dat (vertegenwoordigers) van de OR en het uitvoerend personeel actief betrokken zijn bij het project.

TNO-PG vervult in het project een ondersteunende, sturende en adviserende rol, gericht op de implementatie van het arbeidsomstandighedenbeleid in brede zin en -daarbinnen- op het project. Daartoe wordt ondermeer deskundigheid ingezet op het gebied van ergonomie, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, stress, fysieke belasting, leefstijlprogramma's en arbobeleid.

3.2 Interne projectgroep

Vanuit de gedachte dat een veranderkundig project alleen kan slagen als het door de gehele organisatie wordt gedragen, wordt voor de uitvoering van het project gekozen voor een breed samengestelde stuurgroep. In de stuurgroep 'Gezond werken aan gezondheid' zijn vertegenwoordigd: het hoofd van de sector verpleging (tevens voorzitter), het hoofd personeelszaken en opleiding (tevens lid van de arbo-commissie), twee leidinggevenden uit respectievelijk de paramedische sector en de facilitaire sector, een organisatiedeskundige, een lid van de OR, een verpleegkundige en een uitvoerend medewerker van de afdeling radiologie. Het hoofd van de sector verpleging, het hoofd personeelszaken en opleiding en de organisatiedeskundige zijn tevens lid van het Managementteam (MT). Twee adviseurs -later één- van TNO-PG maken eveneens deel uit van de stuurgroep. De stuurgroep komt gedurende het project eenmaal per drie weken circa drie uur bijeen.

3.3 Arbozorgstructuur gedurende het project

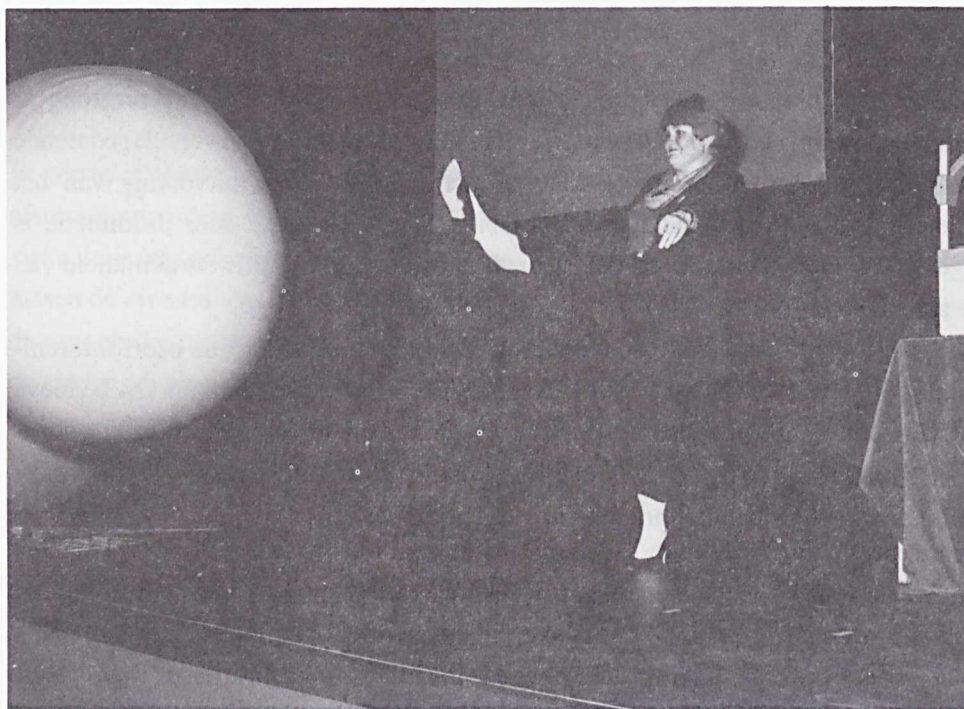
Het voorbeeldproject is van begin af aan ingepast binnen het totale arbeidsomstandighedenbeleid van het ziekenhuis. De verantwoordelijkheid voor het arbobeleid ligt te allen tijde bij het managementteam van het ziekenhuis. De stuurgroep is verantwoordelijk voor de uitvoering en voortgang van het project en vervult gedurende het project tevens een centrale en coördinerende rol in de uitvoering van het arbeidsomstandighedenbeleid. De arbo-commissie, die eerder door de directie is ingesteld, functioneert voor de duur van het project onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep.

Vrijwel gelijktijdig met het voorbeeldproject gaat een project met de bedrijfsvereniging BVG van start. In het kader van dit project heeft het ziekenhuis ten behoeve van de controle en begeleiding van verzuimende werknemers, voortaan nog maar met één verzekeringsarts en één lekenrapporteur te maken. Ook het BVG-project wordt ingepast binnen het arbobeleid van het ziekenhuis.

3.4 Introductie van het project binnen het ziekenhuis

Om in het ziekenhuis een vliegende start te maken en een draagvlak te creëren voor het project, wordt in het voorjaar van 1992 in de plaatselijke schouwburg een 'Kick off' georganiseerd voor het voltallig personeel (zie foto 3.1). Hierin worden het doel en de opzet van het voorbeeldproject toegelicht door de directeur en de voorzitters van de stuurgroep en de OR. De verzekeringsgeneeskundige en de lekenrapporteur geven een korte toelichting op de nieuwe verzuimprocedures vanuit de BVG. Het programma -dat plaatsvindt op twee middagen zodat alle medewerkers het kunnen bijwonen- wordt feestelijk afgesloten door een kort theaterprogramma. Tijdens de Kick-off wordt een speciaal voor het project ontworpen poster 'Gezond werken aan gezondheid' gepresenteerd (zie figuur 3.1), die gedurende het project tot doel heeft de aandacht voor het project vast te houden. De poster biedt tevens de mogelijkheid om korte informatie over het project op een A4-tje te vermelden. Na afloop van de Kick-off ontvangen alle aanwezigen een button met het logo van het project (figuur 3.2). Naar aanleiding van de Kick-off verschijnen enkele artikelen in de lokale en regionale pers (figuur 3.3).

Foto 3.1 De voorzitter van de stuurgroep geeft het start-schot voor het project



Voor een verdere introductie aan het personeel worden in de weken na de Kick-off afdelingsgewijze bijeenkomsten georganiseerd, waarbij aandacht wordt besteed aan het project en brandende vragen van medewerkers. De bijeenkomsten worden steeds voorgezeten door een lid van de stuurgroep. De betreffende stuurgroepleden zorgen voor een terugkoppeling van de vragen naar de stuurgroep, die vervolgens beslist of verdere actie -op korte of langere termijn- noodzakelijk is of niet.

Figuur 3.1 Button met logo van het project 'Gezond werken aan gezondheid'



Figuur 3.2 Poster 'Gezond werken aan gezondheid'



Figuur 3.3 Enkele kranteberichten naar aanleiding van de Kick-off

Project tegen ziekteverzuim in het Waterlandziekenhuis

NMC 16-5-'91

Van een verslaggever

PURMEREND — Met een trap tegen een reuzen balie is dinsdag het project 'Gezond werken aan gezondheid' van het Waterlandziekenhuis begonnen. De 'trap' in Theater De Purmeren wordt door B. van Dijk-Plant, voorzitter van de Stuurgroep Ziekteverzuim, stond symbool voor het begin van een vierjarig project dat het ziekteverzuim onder het personeel van het ziekenhuis moet terugbrengen, ofwel van tachtig naar vierzig mensen per dag. Meer dan vierhonderd personeelsleden krijgen te horen welke veranderingen hen boven het hoofd hangen. De andere helft van het personeelsbestand (ruim achthonderd mensen) kreeg gisteravond een lesdichting in het theater.

— Als iemand zich ziek voelt wordt er geen behandelende voer gegeven. Wij zijn allemaal normaal en bouwde dat maar wel verwachten wij van iedereen dat hij aangeeft wat er aan de hand is en hoe we er met elkaar voor kunnen zorgen dat de ziekte verdwenen kan worden of dat de terugkeer naar het werk kan worden bevordert. Dat zei B. van Hellen, directeur algemene zaken van het Waterlandziekenhuis. Hij wees in zijn toespraak op de tekenen die het hoge ziekteverzuim voor de organisatie betekent. Het belang en de kwaliteit van de dienstverlening vermindert en het image van het werken in het zie-

kenhuis verslechtert. Kort het ziekteverzuim enkele miljoenen geldens per jaar. Wij besteden het liefst aan meer personeel en aan betere hulpmiddelen, aldus de directeur.

In de eerste vierde dag na hun zekeringstijd een controletoets krijgen. Bovendien zal er door intensieve contact tussen het ziekenhuis en de ziekteverzuim onder het personeel van het ziekenhuis moet terugbrengen, ofwel van tachtig naar vierzig mensen per dag. Meer dan vierhonderd personeelsleden krijgen te horen welke veranderingen hen boven het hoofd hangen. De andere helft van het personeelsbestand (ruim achthonderd mensen) kreeg gisteravond een lesdichting in het theater.

In verband met het project wordt een onderzoek gehouden via interviews met gezonde en zieke personeelsleden. Aan de hand daarvan wordt een plan van aanpak opgesteld en de arbeidsomstandigheden eveneens te verbeteren. Tijdens het onderzoek worden personenlijsten opgesteld van hun privacy. Medewerkers met privacyproblemen willen zich nu nog wel eens ziek melden onder het mom van een griepje.

Voor deze uitvalstrijd is straks geen plaats meer. De controle-

urarts verkennde de maal die hij alleen aan het betrefende ad- delingshoofd zal melden als er sprake is van problemen in de praktijk.

Het Nederlandse Kinder Theat- ter sloot de middag feestelijk af met een korte, actuele perzellige op de gezondheid in het Waterlandziekenhuis.

Het ziekenhuis wordt in zijn streven ondersteund door het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg. Het project wordt uitgevoerd in op- dracht van enkele ministeries in Den Haag.

Ziekenhuis pakt ziekteverzuim aan

Van een verslaggever

PURMEREND — Het Waterlandziekenhuis gaat het ziekteverzuim onder het eigen personeel drastisch aanpakken. De ziekenhuisdirectie vindt dat het ziekteverzuim altijd een zwaardere last voor de collega's inhoudt, waardoor een neerwaartse spiraal ontstaat en nog meer mensen ziek worden. Het ziekenhuis hoopt dit probleem met het project 'Gezond werken aan gezondheid' in vier jaar tijd op te heffen. Van de ruim achthonderd personeelsleden die het ziekenhuis telt, zijn er dagelijks ongeveer tachtig ziek. Het ziekenhuis hoopt over vier jaar dit aantal te hebben teruggebracht tot een acceptabel gemiddeld: dertig medewerkers.

Het project begint volgende dag (vrijdag) met een voorlezing van de werkers. De ondernemingsraad staat achter de plannen aan het volledige personeel. Het project is namelijk niet alleen bestemd voor het management, maar voor de hele organisatie. De aanpak is zowel gericht op de knelpunten op het werk als op het gezondheids-

Het Waterlandziekenhuis in het streven naar vermindering van ziekteverzuim het 'veert gevend was', zegt B. van Dijk-Plant, voorzitter van de stuur- groep ziekteverzuim. 'Dat zijn we het een beetje trots op.'

Het ziekenhuis repte op eigen initiatief een werkgroep op om het ziekteverzuim te gaan terugbrengen. In september vorig jaar nam het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG) contact op met diverse ziekenhuizen in het land om het project te kunnen uitvoeren. Het zogenaamde TNO-Gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Behalve dat het ziekteverzuim in het Waterlandziekenhuis moet verbeteren, moeten de resultaten, vastgesteld in een handhaving en draaiboek, als voorbeeld dienen voor andere bedrijven en instellingen.

De uitvoering van het ziekteverzuim is volgens een stappenplan op de rails gezet. De eerste stap is inmiddels genomen door de installatie van een stuurgroep waarin ledengevoerde, mensen in het middenkader en uitvoerend personeel zitting hebben. Het NIPG heeft in de stuurgroep een steunrol en adviseerende rol. Na de presentatie van volgende week gaat het uitwerkingen van de werksituatie als een reeks van maatregelen worden de raadgeveringen en discussies. Wanneer deze maatregelen zijn vastgesteld, wordt de uitvoering van de maatregelen doorgevoerd worden, is het inmiddels twee jaar later. Aan- laatsleer stap wordt bekeken of de maatregelen ook de verwachte uitkomst van het ziekteverzuim en een gezonder levenwijze van het personeel hebben opgevoerd.

Project verzuim in ziekenhuis

(van een verslaggever) **PURMEREND** — Het Waterlandziekenhuis in Purmerend wil met het vierjarig project 'Gezond werken aan gezondheid' het ziekteverzuim van zijn personeel terugdringen.

Het project richt zich op knelpunten in het werk en gewoontes van werknemers met betrekking tot roken, drinken, voeding en beweging.

Er wordt een analyse gemaakt van de arbeids- en gezondheidsproblematiek binnen het ziekenhuis. Op basis daarvan wordt een pakket maatregelen samengesteld. Vast staat al dat iedere medewerker die zich ziek voelt, dezelfde dag wordt bezocht door een rapporteur. *Purmerend 7/91*

Grootschalig project tegen ziekteverzuim

PURMEREND — In het Waterlandziekenhuis, in Purmerend, doet de werk het starten geven voor een groot schalig project ter bestrijding van het ziekteverzuim. Het project, dat in totaal vier jaar zal duren, wordt uitgevoerd door het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG) waarbij samen werksamenwerk met de Bedrijfsvereniging van de Gezondheidszorg (BVG).

Het ziekteverzuim in het Waterlandziekenhuis, schommelt momenteel rond de tien procent. De bestrijding van het project is dat de gezondheid, maar ook de instroom in de werksituatie. De aanpak is daarbij met anderezamenwerk met de Bedrijfsvereniging van de Gezondheidszorg (BVG) waarbij samen werksamenwerk met de Bedrijfsvereniging van de Gezondheidszorg (BVG).

Terugdringen ziekteverzuim

Het Waterlandziekenhuis in Purmerend is gestart met een vierjarig project onder de titel 'Gezond werken aan gezondheid', met als doel het verminderen van het ziekteverzuim van werknemers. Het project wordt samenwerk met het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG) (De Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van WVC, en de arbeidsomstandigheden van (ArbO) gevolgd.

Het gaat om een project van de hele organisatie, alst onder andere de ondernemingsraad. De aanpak is zowel gericht op eventuele knelpunten in het werk, als op het gezondheids- (drinking, roken, voeding en beweging) van werknemers. In het project wordt samenwerk met het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG) (De Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van WVC, en de arbeidsomstandigheden van (ArbO) gevolgd.

Voorbeld 'Gezond werken aan gezondheid' is een voorbeeldproject dat door de Bedrijfsvereniging van de Gezondheidszorg (BVG) wordt ondersteund.

Waterlandziekenhuis pakt verzuim aan

PURMEREND — Het Waterlandziekenhuis start een vierjarig project, bedoeld om ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden van de werknemers terug te dringen, alomde hun gezondheid, veiligheid en welzijn te verbeteren. De titel van het project is 'Gezond werken aan gezondheid'.

De komende maanden wordt bekeken welke problemen er zijn in het ziekenhuis. Op basis van de uitkomsten worden maatregelen uitgewerkt die de werksituatie verbeteren zoals het verminderen van lijndruk. Er komen maatregelen gericht op de werksamenwerk met de Bedrijfsvereniging van de Gezondheidszorg (BVG).

zelf ook individuele begeleiding en er is aandacht voor zaken als roken, voeding en beweging. Binnen het project wordt samenwerk met het Nederlandse Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG) (De Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van WVC, en de arbeidsomstandigheden van (ArbO) gevolgd.

4. Analyse van risicofactoren en risicogroepen

4.1 De gebruikte methoden

Om een globaal beeld te krijgen van de knelpunten in het werk in het ziekenhuis worden gesprekken gevoerd met een beperkt aantal leidinggevenden en medewerkers - zogeheten 'sleutelinformanten'- uit de vier grootste sectoren (sector algemeen is vanwege de geringe omvang hier buiten beschouwing gelaten). Hiervoor worden bestaande checklists op het gebied van de inhoud en organisatie van het werk en de arbeidsomstandigheden, -verhoudingen en -voorwaarden gebruikt (Kompier & Marcelissen, 1990). Tevens worden de beschikbare gegevens op het gebied van verzuim, WAO-intrede en verloop bestudeerd. De bevindingen van deze eerste globale probleeminventarisatie zijn kort samengevat in het kader.

Resultaten globale probleeminventarisatie

Uit de gesprekken met de 'sleutelinformanten' komt naar voren dat er sprake is van organisatiegebonden knelpunten op het gebied van:

- arbeidsinhoud: grote tijdsdruk, geestelijke inspanning, emotionele belasting, onvoldoende ondersteuning andere afdelingen, werkoverleg onvoldoende, onvoldoende kunnen kiezen van werkmethode en onvoldoende informatie over het werk.
- arbeidsomstandigheden: binnenklimaat, tocht, risico op infecties, slechte stoelen, frequent tillen en krachtuitoefening en te veel licht.
- arbeidsvoorwaarden: onvoldoende loopbaan- en scholingsmogelijkheden, vervulling vacatures niet snel, onvoldoende beloning, verlofdagen niet kunnen opnemen, werk- en rusttijden onvoldoende geregeld, overwerk niet kunnen compenseren in tijd en onvoldoende kantinevoorzieningen.

In mindere mate spelen problemen op het gebied van:

- arbeidsverhoudingen: onvoldoende ondersteuning van directe leiding, ongewenste intimiteiten en onvoldoende waardering voor het werk.

Uit de analyse van de verzuim- en verloopgegevens blijkt dat de verzuim- en verlooppercentages het hoogst zijn binnen de facilitaire sector (respectievelijk 16.9% en 23.7%). In deze sector werken ook relatief meer ouderen en lager-opgeleiden dan in de overige sectoren. Ook 'arbeidsongeschiktheid' als reden van verloop komt hier relatief vaker voor (17% versus 9% voor het totale ziekenhuis). De paramedische sector en de sector informatie hebben een relatief laag verzuim (respectievelijk 6.4% en 6.1%).

Nadere bestudering van de procedures op het gebied van verzuimcontrole en begeleiding toont aan dat deze voor verbetering vatbaar zijn, met name waar het de rol van de leidinggevenden betreft. Op dit punt zijn dan al maatregelen in voorbereiding.

Op basis van de gesignaleerde knelpunten is het nog niet mogelijk specifieke risicogroepen aan te wijzen. Ook is nog onduidelijk welke factoren vooral tot problemen leiden en bij welke afdelingen of functies dat met name het geval is. Om hier inzicht in te krijgen vindt een nadere analyse van de stress- en gezondheidsproblematiek plaats door middel van een vragenlijstonderzoek onder alle medewerkers en vrijwilligers van het Waterlandziekenhuis. De bevindingen van de globale

probleeminventarisatie worden gebruikt om de juiste onderwerpen te selecteren voor de vragenlijst. Het controleziekenhuis -het Diaconessenhuis- doet eveneens mee aan het vragenlijstonderzoek, maar daar krijgt slechts een aselechte steekproef van 50% van de medewerkers de lijst toegestuurd. Het vragenlijstonderzoek vindt medio 1992 plaats.

De gebruikte vragenlijst

Het theoretisch model dat ten grondslag ligt aan de opzet van de vragenlijst is het model arbeidsbelasting (Van Dijk e.a., 1990). Dat wil zeggen dat gevraagd wordt naar aspecten van: arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, arbeidsverhoudingen, regelmogelijkheden, het verwerkingsvermogen/de belastbaarheid (waaronder leefstijl) en belastingsverschijnselen en -gevolgen. De vragenlijst is in belangrijke mate gebaseerd op gevalideerde instrumenten die in brede zin aandacht besteden aan aspecten van het werk en de gezondheid van werknemers (Gründemann e.a., 1992). Bij het samenstellen van de vragenlijst is gestreefd naar een gelijke basislijst voor de voorbeeldprojecten van TNO-PG en de Rijksuniversiteit Limburg (zie paragraaf 1.1). Deze basislijst kan als rompdienen voor toekomstige projecten. Aan de 'romplijst' zijn specifieke vragen toegevoegd voor de intramurale gezondheidszorg, specifieke Waterlandvragen naar aanleiding van de globale probleeminventarisatie en vragen om de behoefte aan activiteiten op het gebied van leefstijl te peilen (zoals een 'stoppen met roken'-cursus, bewegingsactiviteiten etc.). Figuur 4.1 geeft een overzicht van de modules die in de vragenlijst voorkomen.

Tevens vindt in deze fase van het project een nadere analyse van de verzuimgegevens over 1991 en 1992 plaats. Op basis van het vragenlijstonderzoek worden aansluitend enkele functies geselecteerd voor een nadere analyse met behulp van de WEBA-methodiek (Welzijn Bij de Arbeid) (Vaas e.a., 1995). Met deze methode kunnen in een functie stressrisico's en leer- en ontwikkelingsmogelijkheden worden vastgesteld. De WEBA-methodiek sluit aan bij de bepalingen in artikel 3 van de Arbowet. Een belangrijk kenmerk van de methode is dat er ook regels voor verbeteringen kunnen worden afgeleid.

Figuur 4.1 De vragenlijst: overzicht op modulenniveau

Onderwerp	Modulen
BELASTENDE FACTOREN	
Arbeidsinhoud	taakinhoud lichamelijke en geestelijke inspanning werkorganisatie tempo (demands) emotionele belasting
Arbeidsomstandigheden	fysieke werkomstandigheden/veiligheid fysieke belasting hinder fysieke belasting
Arbeidsverhoudingen	leiding en collega's (sociale steun)
Arbeidsvoorwaarden	relatie werk-privé en privé-werk waardering werkkring diensten en roosters
Regelmogelijkheden	autonomie
VERWERKINGSVERMOGEN/LEEFSTIJL	geslacht/leeftijd/opleiding rookgedrag alcoholgebruik lichaamsbeweging voeding
BELASTINGSVERSCHIJNSELEN	gezondheidsklachten emotionele uitputting aandoeningen bewegingsapparaat
BELASTINGSGEVOLGEN	ziektegedrag
OVERIG	algemeen oordeel werk gunstige/ongunstige kanten werk

4.2 Criteria om risicofactoren en risicogroepen vast te stellen

Om te kunnen beoordelen of er sprake is van 'knelpunten' kan gekeken worden naar de ernst en omvang van de klachten. Hiervoor zijn geen objectieve normen beschikbaar. Om toch tot een beoordeling te kunnen komen heeft TNO-PG het ziekenhuis geadviseerd gebruik te maken van een 'drempel' én van referentiegegevens. De keuze van een drempel is vrij arbitrair. In de literatuur (Broersen e.a., 1991) wordt als voorbeeld een percentage van 20% gehanteerd. Er is dan sprake van een knelpunt wanneer 20% of meer van de werknemers klachten rapporteert over het werk of de gezondheid. Daarnaast kunnen de vragenlijstgegevens van het Waterlandziekenhuis worden vergeleken met die van een groep referentieziekenhuizen (De Winter e.a., 1988). Er kan dan sprake zijn van een knelpunt wanneer de werknemers in het Water-

landziekenhuis relatief meer klachten rapporteren dan hun collega's in de referentieziekenhuizen.

4.3 De risicofactoren en risicogroepen

Het vragenlijstonderzoek

Het vragenlijstonderzoek levert een hoge respons (72%) die goed verdeeld is over de sectoren en afdelingen. In tabel 4.1 zijn de resultaten van het Waterlandziekenhuis vergeleken met die van een groot extern referentiebestand (circa 3500 werknemers in ziekenhuizen) (De Winter e.a., 1988) en met de resultaten van het Diaconessenhuis. Het blijkt dat het Waterlandziekenhuis in vergelijking tot de referentiepopulatie vrij gunstig scoort. Het Waterlandpersoneel uit significant minder klachten op de aspecten werkorganisatie, lichamelijke en geestelijke inspanning, fysieke werkomstandigheden/veiligheid, leiding en collega's en waardering werkkring; dat wil zeggen op vijf van de zes werkkenmerken waarop vergelijking mogelijk is. Ook het algemeen oordeel van de werknemers in het Waterlandziekenhuis (niet afgebeeld) is -anno 1992- significant gunstiger dan dat van de referentiepopulatie: 94% van de Waterlandwerknemers zegt redelijk of goed te zitten met het werk terwijl dit in de vergelijkingsgroep voor 82% van de werknemers geldt. Op het gebied van autonomie, werktempo, emotionele belasting, fysieke belasting en emotionele uitputting, ontbreken referentiegegevens. Wat betreft taakhoud, gezondheidsklachten en ziektegedrag is het beeld in het ziekenhuis vergelijkbaar met het referentiebestand.

Tabel 4.1 De resultaten van het **Waterlandziekenhuis** in vergelijking tot die van de **Referentiepopulatie** en het **Diaconessenhuis** in 1992 (**de voormeting**); uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een * voor de score van de referentiepopulatie duidt op een significant verschil ten opzichte van de Waterlandscore. Een onderstreepte score duidt op een significant verschil tussen het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)

Onderzochte aspecten	Referentiepopulatie (n=3522) %	Waterland voormeting 1992 (n=687) %	Diaconessen voormeting 1992 (n=455) %
Taakhoud	11	10	12
Autonomie	-	33	31
Werkorganisatie	* 35	27	29
Werktempo	-	36	38
Lichamelijke en geestelijke inspanning	* 44	35	35
Emotionele belasting	-	11	10
Fysieke belasting	-	39	38

Onderzochte aspecten	Referentiepopulatie (n=3522) %	Waterland voormeting 1992 (n=687) %	Diaconessen voorme- ting 1992 (n=455) %
Fysieke werkomstandigheden	* 28	26	28
Leiding en collega's	* 27	18	19
Waardering werkkring	* 45	<u>38</u>	<u>30</u>
Gezondheidsklachten	19	18	20
Emotionele uitputting	-	10	10
Ziektegedrag	31	30	29

In vergelijking met het Diaconessenhuis -waar eveneens 72% van de werknemers respondeert- uiten de werknemers van het Waterlandziekenhuis alleen significant meer klachten op het aspect waardering werkkring. Op alle overige aspecten zijn beide ziekenhuizen goed met elkaar vergelijkbaar.

De organisatiegebonden knelpunten

Tabel 4.2 bevat een beknopte samenvatting van de zogenaamde organisatiegebonden knelpunten. Op verzoek van de stuurgroep wordt bij de beoordeling van de knelpunten uitsluitend de 20%-grens aangehouden. Er is sprake van een organisatiegebonden knelpunt wanneer 20% of meer van de medewerkers in minimaal drie van de vier sectoren (verpleging, paramedisch, facilitair en informatie) klachten heeft geuit over het werk. De sector algemeen is hier buiten beschouwing gelaten vanwege de geringe omvang en de zeer heterogene samenstelling ervan.

Het blijkt dat -hoewel het ziekenhuis in vergelijking met een groot extern referentiebestand vrij gunstig scoort- er toch sprake is van een aantal knelpunten voor het hele ziekenhuis. De knelpunten betreffen met name: inspanning/werktempo, werkorganisatie, autonomie, werkomstandigheden, fysieke belasting, informatie, leiding en collega's, dienstroosters en opleidings- en loopbaanmogelijkheden.

Naast de organisatiegebonden knelpunten zijn er ook knelpunten die specifiek zijn voor een bepaalde sector. Bijlage 2 geeft een overzicht van alle knelpunten per sector (exclusief de sector algemeen).

Tabel 4.2 Organisatiegebonden knelpunten Waterlandziekenhuis (voormeting, 1992)

Arbeidsinhoud en organisatie	Toelichting
Taakinhoud	In drie van de vier sectoren vindt 21% à 32% van de medewerkers het werk te eenvoudig (sector verpleging uitgezonderd).
Autonomie	33%-43% klaagt over de regelmatigheid in het werk (bijvoorbeeld ten aanzien van het werktempo, werkvolgorde en het moment waarop een taak wordt uitgevoerd). De klachten gelden niet voor de sector informatie.
Werkorganisatie	24%-39% van de medewerkers zegt in het werk gehinderd te worden door gebreken van anderen, onverwachte situaties of de afwezigheid van anderen. 44% geeft aan dat de normale werkuitvoering vaak wordt onderbroken.
Inspanning/werktempo	44%-56% van de medewerkers vindt het werk lichamelijk dan wel geestelijk erg inspannend. 55% werkt geregeld onder tijdsdruk. 23%-49% zegt erg snel/hard/veel te moeten werken en niet genoeg tijd te hebben om het werk af te krijgen.
Arbeidsomstandigheden	
Fysieke belasting	28% á 60% heeft klachten op het gebied van fysieke belasting. Enkele veelgenoemde klachten zijn: vaak moeten buigen of draaien van het bovenlichaam (60%), lang achtereen moeten lopen (59%) of staan (47%), zwaar duwen/trekken (45%) en zware lasten tillen (44%). 28% van de medewerkers moet steeds dezelfde bewegingen maken.
Overige werkomstandigheden	Van de werknemers die te maken hebben met gevaarlijke stoffen, straling of infecties (52%), is 51% bang voor de nadelige gevolgen van infecties en 32% van chemische stoffen. Van de medewerkers die verplichte werkkleding dragen (71%), zegt 41% dat deze niet in orde is.
Binnenklimaat	64% van de medewerkers ondervindt veel hinder van warmte, de helft van droge lucht of een gebrek aan frisse lucht, 26% van wisseling in temperatuur en 22% van tocht en wind.
Informatie	Een kwart van de medewerkers is van mening onvoldoende op de hoogte gehouden te worden van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. 33%-44% zegt onvoldoende informatie/voorlichting te krijgen over onveilige kanten van het werk.
Arbeidsverhoudingen	
Leiding en collega's	21% is van mening niet te werken onder een goede dagelijkse leiding. 22% voelt zich onvoldoende gesteund door directe leiding. 23% vindt dat de dagelijkse leiding niet voldoende rekening houdt met wat men zegt. 21% vindt dat de dagelijkse leiding geen goed beeld heeft van de medewerker.
Arbeidsvoorwaarden	
Personeelstekort, invallen en verlofdagen	38% is van mening dat er een personeelstekort is op de afdeling, 30% moet geregeld invallen voor collega's en 35% kan verlofdagen niet opnemen wanneer men dat wil.
Waardering en Opleidings- en loopbaanmogelijkheden	29% van de medewerkers acht zich onvoldoende gewaardeerd, 49% acht de beloning niet in overeenstemming met het werk en 35% vindt de vooruitzichten niet goed. 46%-52% vindt dat de opleidings- en loopbaanmogelijkheden onvoldoende zijn.

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de belangrijkste gezondheidsklachten die mogelijk een gevolg zijn van de gesignaleerde knelpunten. Klachten zijn alleen weergegeven wanneer die door minimaal 20% van de medewerkers zijn genoemd.

Tabel 4.3 Lichamelijke en geestelijke gezondheid voor het ziekenhuis en per sector (voormeting, 1992)

Knelpunten voor het hele ziekenhuis	Aanvullende gezondheidsproblemen per sector
<p>Ervaren gezondheid (VOEG) Vaak een gevoel van moeheid (36%) Nogal eens last van rugpijn (36%) Nogal eens last van hoofdpijn (31%)</p> <p>Houding Beweging Gezondheid Heeft de afgelopen 12 maanden last gehad van: - de onderrug (43%) - de nek (26%) - de schouder (20%)</p> <p>Emotionele uitputting - Zet zich te veel in voor het werk (21%)</p> <p>Ziektegedrag Is in de zes maanden voorafgaand aan onderzoek: - naar de dokter geweest (53%) - weleens van het werk thuisgebleven wegens ziekte of ongeval (40%)</p> <p>24% heeft gezondheidsklachten door het werk</p> <p>Leefstijl - rookt (27%), rookt op werk (21%) - doet niet aan actieve lichaamsbeweging (25%) - eet naar eigen zeggen te veel (21%)</p>	<p>Verpleging: - leeg gevoel aan eind van de werkdag (27%) - sneller moe dan normaal (26%) - staat in de regel 's ochtends moe en niet uitgerust op (22%) - nogal eens klachten van pijnen in botten/spieren (27%) - door werk huidirritatie (21%)</p> <p>Paramedisch: - geen</p> <p>Facilitair: - staat in de regel 's ochtends moe en niet uitgerust op (20%) - nogal eens klachten van pijnen in botten/spieren (32%) - afgelopen 12 maanden last gehad van de knie (20%) - is onder behandeling van een arts (20%)</p> <p>Informatie: - leeg gevoel aan einde werkdag (21%) - last van pols/hand (21%)</p>

De genoemde knelpunten lijken zich te vertalen in enkele organisatiegebonden gezondheidsklachten -met name moeheidsklachten en klachten aan het bewegingsapparaat- en enkele sectorspecifieke gezondheidsklachten.

Behoeftte aan leefstijlactiviteiten

Bij de medewerkers van het ziekenhuis blijkt een duidelijke behoefte te bestaan aan activiteiten op het gebied van leefstijl. Het meest favoriet zijn sporten in bedrijfsverband (52% van de niet-bewegers en 49% van het totale ziekenhuis) en activiteiten op het gebied van 'gezonder eten' (31%). Van de rokers (27% van de medewerkers) geeft 54% aan mee te willen doen aan een cursus 'stoppen met roken' als de werkgever deze aanbiedt. Van de medewerkers in het ziekenhuis heeft 49% belangstelling voor een cursus op het gebied van sociale vaardigheden.

De verzuimgegevens

Uit een analyse van de verzuimpercentages voor 1991 en 1992 voor het ziekenhuis en op sector- en afdelingsniveau (tabel 4.4) komt het volgende beeld naar voren: het ziekteverzuim in het Waterlandziekenhuis ligt in 1991 voor het ziekenhuis als geheel hoger dan het landelijk gemiddelde van ziekenhuizen (8.9% versus 6.5%, exclusief zwangerschapsverlof; een significant verschil). Op het niveau van de sectoren wijkt in 1991 alleen het verzuimpercentage in de sector faciliteiten significant af van dat in de andere sectoren. De verschillen in het verzuimpercentage binnen elk van de sectoren zijn - met uitzondering van de Huishoudelijke Dienst binnen de sector faciliteiten - nergens significant. Met andere woorden, verschillen kunnen toevallig zijn ontstaan.

In 1992 treedt een significante daling op van het verzuim voor het hele ziekenhuis en in de sector faciliteiten. Verder is er op het niveau van de sectoren en afdelingen nergens sprake van een significante toe- of afname van het verzuim.

Verder kan op basis van het verzuimpercentage (de enige beschikbare verzuimmaat op dat moment) geen duidelijke relatie worden aangetoond tussen het ziekteverzuim enerzijds en de beleving van het werk of de gezondheid anderzijds. Dit geldt zowel op het niveau van de sectoren als op afdelingsniveau. Hierbij moet worden opgemerkt dat om privacy-redenen de verzuimgegevens niet op individueel niveau kunnen worden gekoppeld aan de vragenlijstgegevens. Ook daardoor is het moeilijker om eventuele relaties aan te tonen tussen de vragenlijstgegevens en de verzuimgegevens.

Tabel 4.4 Verzuimpercentages Waterlandziekenhuis (exclusief zwangerschapsverlof) over 1991 en 1992 op sectorniveau en voor het ziekenhuis als totaal en voor de Nederlandse ziekenhuizen (bron: BVG)

Sectoren	Verzuimpercentage 1991	Verzuimpercentage 1992
Verpleging	7.8	6.5
Paramedisch	6.4	4.8
Facilitair	16.9	9.6
Informatie	6.1	4.8
Algemeen	3.7	2.9
Totaal Waterland	8.9	6.5
Nederlandse ziekenhuizen	6.5	5.5

De WEBA-analyses

Naar aanleiding van het vragenlijstonderzoek zijn de volgende functies beoordeeld met behulp van de WEBA-methodiek: verpleegkundige, medisch analist, kok, medewerker archief en medewerker OK. Dit zijn functies binnen afdelingen met

relatief veel klachten over taakhoud, lichamelijke en geestelijke inspanning, werkorganisatie, werkdruk, waardering werkkring en autonomie.

Een algemene indruk die uit de WEBA-analyses naar voren komt, is dat er in de onderzochte afdelingen belangrijke stressrisico's zijn. Deze risico's worden vooral in verband gebracht met het ontbreken van -of onvolledig dan wel multi-interpretabel zijn van- procedures, regels of afspraken tussen afdelingen.

De fysieke- en stressrisico's op het medisch archief worden als zeer zorgelijk bestempeld en moet het 'voorkomen van erger' de hoogste prioriteit krijgen. Deze afdeling heeft niet alleen een ruimtelijk probleem (medewerkers werken in een hele kleine ruimte), maar ook een technisch, organisatorisch en managementprobleem. Technisch in de zin dat het gebruikte archiveringssysteem steeds opnieuw weer tot ruimtegebrek leidt. Een organisatorisch en managementprobleem omdat de werkafspraken met de afdelingen die door het archief bediend worden, onduidelijk zijn of niet gehandhaafd worden.

4.4 Terugkoppeling van de resultaten naar de medewerkers

In eerste instantie wordt door de stuurgroep -in samenwerking met TNO-PG- een notitie opgesteld waarin de vragenlijstgegevens worden besproken en een aanzet wordt gegeven voor een plan van aanpak. De notitie wordt voorgelegd aan het managementteam, dat vervolgens behoefte blijkt te hebben aan een nadere onderbouwing van:

- de relatie tussen de gerapporteerde knelpunten en het ziekteverzuim op sector-niveau en afdelingsniveau;
- de mate waarin het ziekenhuis iets aan de knelpunten kan doen.

De stuurgroep krijgt het verzoek de notitie op genoemde punten bij te stellen. Naar aanleiding daarvan schrijft de stuurgroep -wederom in samenwerking met TNO-PG- in eerste instantie een rapport over het vragenlijstonderzoek. Later verschijnt een aparte notitie waarin een plan van aanpak wordt geschetst (zie paragraaf 5.1).

Om binnen het ziekenhuis bekendheid te geven aan de resultaten van het vragenlijst-onderzoek worden de volgende acties ondernomen:

- het rapport wordt -na goedkeuring door managementteam en OR- verspreid onder afdelingshoofden met het verzoek de resultaten te bespreken in het reguliere werk-overleg;
- er verschijnt een korte samenvatting van de bevindingen op de speciaal voor het project ontworpen poster die overal in het ziekenhuis hangt;
- er verschijnen enkele artikelen in het personeelsblad.

5. Keuze van maatregelen

5.1 Een plan van aanpak

Uit het vragenlijstonderzoek naar de arbeidssituatie van werknemers in het ziekenhuis blijkt dat het ziekenhuis in vergelijking met de referentieziekenhuizen goed scoort. Toch is er sprake van een aantal organisatiegebonden knelpunten die zich lijken te vertalen in enkele organisatiegebonden en sector-specifieke gezondheidsklachten. De directe relatie tussen knelpunten/klachten en het verzuim in het ziekenhuis is echter statistisch moeilijk aan te tonen (zie ook paragraaf 4.3). Op grond van de verzuim-literatuur (Smulders, 1984, Grosfeld e.a., 1990) kan echter worden gesteld dat het zeer aannemelijk is dat elk van de hier onderzochte aspecten in meer of mindere mate van invloed is op het verzuim.

Daarom is bij de keuze van maatregelen uitgegaan van een integrale benadering, die zowel gericht is op het verbeteren van de werkomstandigheden en het versterken van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers, als het intensiveren van de controle en begeleiding van de verzuimende werknemer (zie ook paragraaf 1.2). De aanpak beoogt verder te gaan dan het louter wegnemen van gezondheidsbedreigende factoren in het werk door op een meer structurele wijze de gezondheid en het welzijn van werkenden positief te beïnvloeden.

De stuurgroep is van mening dat alle gesignaleerde knelpunten moeten worden aangepakt. Om te komen tot een samenhangend pakket van maatregelen wordt door de stuurgroep eerst nagegaan of er voor de gesignaleerde knelpunten oplossingen mogelijk zijn. Daartoe wordt per knelpunt steeds onderzocht:

- a) of de oorzaak van het knelpunt voldoende duidelijk is, dan wel dat verder onderzoek nodig is;
- b) welke bron en niet-bron gerichte maatregelen het ziekenhuis kan nemen;
- c) welke kosten naar verwachting met de maatregelen gemoeid zijn;
- d) wat de verwachte (neven)opbrengsten zijn, onder andere in termen van verzuimreductie.

Hieruit blijkt dat van sommige knelpunten de achterliggende oorzaken onvoldoende duidelijk zijn. Voor andere knelpunten geldt dat het probleem duidelijk is en dat er oplossingsrichtingen kunnen worden aangegeven, maar dat een verdere uitwerking van maatregelen nodig is.

Naar aanleiding daarvan schrijft de stuurgroep een notitie voor het managementteam waarin een aanzet wordt gegeven voor een plan van aanpak. De notitie bevat

ondermeer een overzicht van alle knelpunten, onderverdeeld naar arbeidsinhoud en organisatie, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden. Leefstijlactiviteiten vormen een aparte categorie. Uitgangspunt is dat de knelpunten zoveel mogelijk binnen de bestaande lijnorganisatie worden aangepakt. Knelpunten die specifiek zijn voor een bepaalde sector moeten in die sector worden opgelost. Voor knelpunten die niet in de lijnorganisatie kunnen worden aangepakt - omdat ze het hele ziekenhuis betreffen of te complex zijn - wordt voorgesteld een deelproject te starten. Het managementteam kan zich in de voorgestelde werkwijze vinden.

5.2 Uitwerking aan de hand van deelprojecten

5.2.1 De deelprojecten

De stuurgroep besluit om voor de volgende onderwerpen een deelproject te starten: werkdruk, binnenklimaat, fysieke belasting, informatievoorziening, werktijden en dienstroosters, opleidings- en loopbaanmogelijkheden, stijl van leidinggeven en leefstijl. De deelprojecten hebben tot doel om maatregelen en oplossingen (verder) uit te werken en in te voeren. Er vindt geen verdere prioriteitstelling plaats. De volgorde van de deelprojecten wordt vooral bepaald door de duidelijkheid van de oplossingen en de beschikbare tijd en mankracht om de projecten uit te voeren. Tabel 5.1 geeft een beknopt overzicht van de inhoud en looptijd van de deelprojecten.

Tabel 5.1 De inhoud en looptijd van de deelprojecten

Deelprojecten	Inhoud
<i>Arbeidsinhoud en organisatie</i> Werkdruk (1993-1994)	Inventariseren en uitvoeren van maatregelen op het gebied van werkplanning, organisatie van het werk en werkprocessen en autonomie. Omdat maatregelen op dit vlak organisatorisch gezien ingrijpend kunnen zijn vindt in eerste instantie een kleinschalig project (pilot) plaats op de interne verpleegafdeling.
<i>Arbeidsomstandigheden</i> Binnenklimaat (1993-1996)	Er vindt een haalbaarheidsonderzoek plaats naar de mogelijkheden van koeling voor het hele ziekenhuis met de reeds aanwezige installaties en koelingsmogelijkheden. Vervolgens is een plan van aanpak opgesteld dat in 1995-1996 zal worden uitgevoerd.
Fysieke belasting (1994-1995)	Nader inventariseren van oorzaken en oplossingen en het implementeren van maatregelen. Ook hier wordt kleinschalig gestart met een pilot-project op de verpleegafdeling orthopaedië, bij de apotheek en bij de operatiekamers (OK).

Deelprojecten	Inhoud
Informatie (1994-1995)	Nagaan welke problemen zich voordoen in de informatievoorziening op het gebied van arbeidsomstandigheden en de onveilige kanten van het werk en inventariseren van maatregelen.
<i>Arbeidsvoorwaarden</i> Werktijden en dienstroosters (1995)	Een plan van aanpak ontwikkelen om op de verpleegafdelingen tot een beter dienstrooster te komen, rekening houdend met de problemen op het gebied van invallen en het opnemen van verlofdagen.
Opleidings- en loopbaanmogelijkheden (1996)	Het verder uitwerken van het opleidings- en loopbaanbeleid.
<i>Arbeidsverhoudingen</i> Stijl van leidinggeven (1994-1995)	Maatregelen uitwerken ter ondersteuning van leidinggevendenden, onder andere op het gebied van werkoverleg en functioneringsgesprekken.
<i>Leefstijl</i> Leefstijl en sociale vaardigheden (1994-1996)	In overleg met aanbieders van leefstijlprogramma's mogelijke activiteiten op het gebied van lichaamsbeweging, roken, voeding en sociale vaardigheden inventariseren. Na instemming van het managementteam uitwerken en aanbieden van concrete programma's.

Zorg voor de arbeidsomstandigheden en verzuimcontrole en begeleiding

Naast de genoemde deelprojecten werkt de arbo-commissie (die voor de duur van het project onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep functioneert) in 1993 de zorg voor de arbeidsomstandigheden verder uit in de vorm van:

- een door de directie en Ondernemingsraad overeengekomen 'intentieverklaring arbeidsomstandighedenbeleid'
- een 'arbobeleidsplan' en een 'arbojaarplan 1993'.

Verder worden in 1994/1995 door het hoofd personeelszaken de procedures op het gebied van verzuimcontrole en begeleiding verder uitgewerkt. Het betreft onder meer maatregelen voor het verbeteren van de verzuimregistratie, het vergroten van de betrokkenheid van de direct leidinggevendenden bij het verzuim en het periodiek verstrekken van verzuimgegevens aan de leidinggevendenden.

5.2.2 De organisatie van de deelprojecten

Vijf coördinatoren

Voor elke categorie van knelpunten (arbeidsinhoud en organisatie, arbeidsomstandigheden, -voorwaarden, -verhoudingen en leefstijl) wordt door de stuurgroep een stuur-

groep lid als coördinator aangewezen. De coördinatoren zorgen er onder meer voor dat voor de geformuleerde deelprojecten een goed onderbouwd voorstel op papier wordt gezet. In elke stuurgroepvergadering zorgen de coördinatoren voor een terugkoppeling over de stand van zaken in de deelprojecten. Op deze wijze wordt steeds nagegaan of de (voorbereiding dan wel uitvoering van de) deelprojecten volgens plan verlopen en of er een tussentijdse bijstelling in de planning of uitvoering van de deelprojecten nodig is.

Bewaking van de voortgang en coördinatie en afstemming van de verschillende deelprojecten vindt plaats in de stuurgroep.

De projectvoorstellen

Voor elk deelproject wordt een projectvoorstel geschreven. In zo'n voorstel wordt aandacht besteed aan:

- a) de aan te pakken knelpunten;
- b) de looptijd van het project;
- c) de wijze waarop de knelpunten worden aangepakt;
- d) de samenstelling van de projectgroep die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project (dit kan soms één functionaris zijn);
- e) de verwachte kosten;
- f) de wijze waarop de betrokken medewerkers worden geïnformeerd over het project.

Elk voorstel wordt in concept besproken binnen de stuurgroep en zonodig aangepast. Vervolgens worden definitieve voorstellen -één voor één- ter goedkeuring voorgelegd aan het managementteam.

Rol Ondernemingsraad en Managementteam

De ondernemingsraad (OR) wordt tussentijds geïnformeerd en geraadpleegd over de projectvoorstellen en de projectuitvoering door de afgevaardigde van de OR in de stuurgroep. Wanneer voor de uitvoering van maatregelen advies of instemming van de OR verplicht is, wordt dit door de directeur van het ziekenhuis in de reguliere overlegvergaderingen van de OR aan de orde gesteld.

Zoals eerder aangegeven worden de voorstellen voor een deelproject eerst ter goedkeuring voorgelegd aan het managementteam, alvorens tot uitvoering wordt overgegaan. Bij de daadwerkelijke uitvoering van de deelprojecten is het managementteam niet betrokken. Wel wordt het managementteam door de drie stuurgroepleden die tevens lid zijn van het managementteam, periodiek geïnformeerd over de voortgang van de deelprojecten. Van elk beëindigd deelproject wordt een eindverslag geschreven dat, na vaststelling in de stuurgroep, definitief wordt

vastgesteld door het managementteam als de feitelijke opdrachtgever van elk deelproject.

5.3 Acties om personeel betrokken te houden bij het project

Gaande het project signaleert de stuurgroep dat de leidinggevenden en het uitvoerend personeel in het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte zijn van en zich ook te weinig betrokken voelen bij de activiteiten van de stuurgroep. Naar aanleiding hiervan organiseert de stuurgroep op 12 oktober 1994 een themadag 'Gezond werken aan gezondheid' om alle medewerkers te informeren over de reeds behaalde resultaten en lopende onderzoeken. In het onderstaande kader wordt een korte impressie gegeven van de themadag (zie ook foto's). Medewerkers die op de themadag geen dienst hebben maar toch de themadag bijwonen krijgen deze extra tijd gecompenseerd.

Activiteiten tijdens de themadag 'Gezond werken aan gezondheid', 12 oktober 1994

Het programma vindt plaats gedurende de koffie-, de lunch- en de theepauze. De stuurgroep biedt alle medewerkers een lopend buffet aan waarbij men al wandelend kan kennismaken met de activiteiten van de stuurgroep.

In het personeelsrestaurant staan tal van stands opgesteld waar leden van de stuurgroep, de OR, de arbo- en VGW-commissie en betrokken medewerkers informatie verschaffen over de lopende activiteiten in het ziekenhuis.

Tevens worden medewerkers door de afdeling personeelszaken & opleiding geïnformeerd over de verschillende opleidingsmogelijkheden in het ziekenhuis en is er een gelegenheid om zich aan te melden voor cursussen op het gebied van sociale vaardigheden en leefstijl (onder andere een cursus 'stoppen met roken'). Ook kan men meedoen aan een korte 'steps-les' (een bewegingsactiviteit) en/of een conditie-test.

In aparte ruimten worden korte workshops gehouden waarin voorbeelden worden getoond van ziekteverzuimgesprekken, het omgaan met kritiek en waar de resultaten van een onderzoek naar het functioneren van werkoverleg worden gepresenteerd.

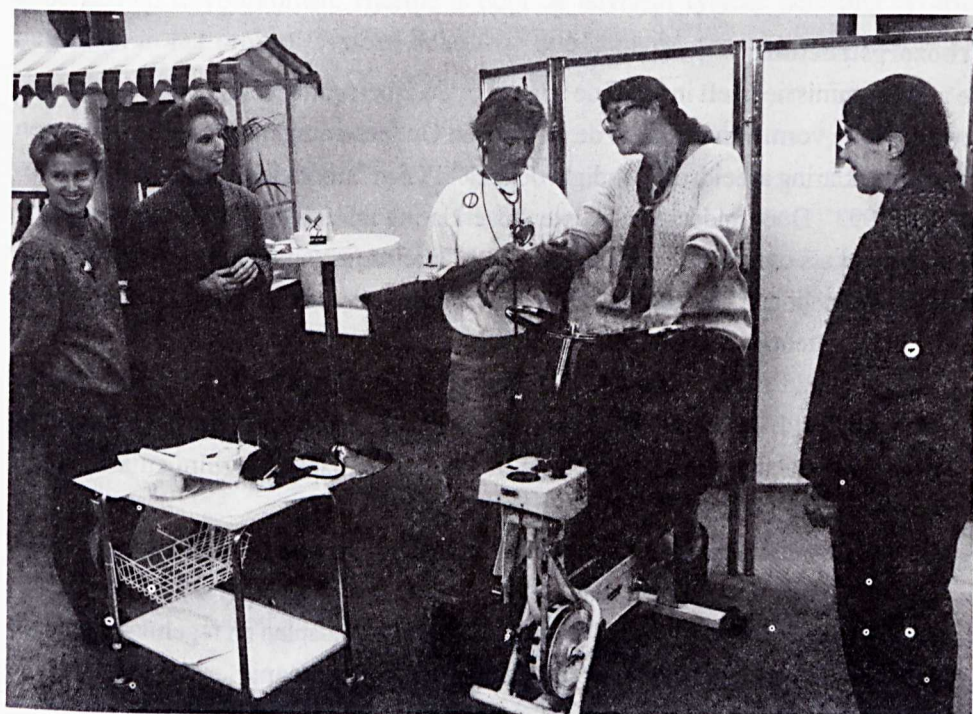
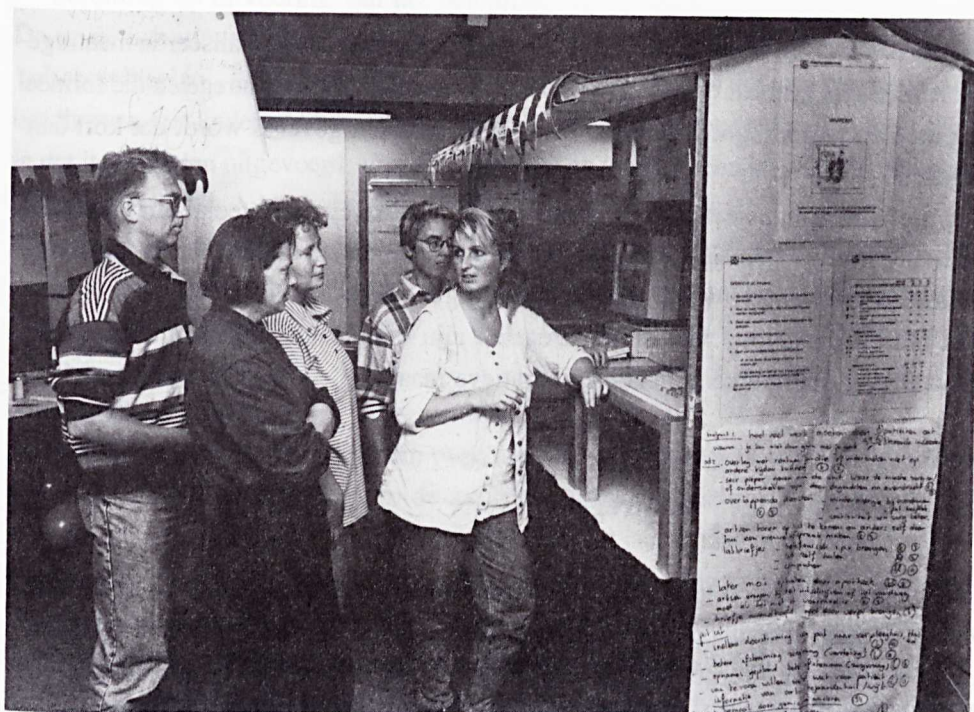
Tevens wordt de videofilm "En... hoe voelen wij ons vandaag?" getoond. De film -die gemaakt is in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid- handelt over welzijnsaspecten in het werk. Scenes ervan zijn in het ziekenhuis opgenomen.

De medische registratie en het centraal medisch archief houden 'open dag' om te laten zien welke verbeteringen op het gebied van de arbeidsomstandigheden op de afdeling zijn gerealiseerd.

Verder besluit de stuurgroep om de medewerkers regelmatig op de hoogte te houden van de voortgang van het project door -bij voorkeur- elke maand één of meerdere korte artikelen te plaatsen in het personeelsblad. Kort voor het tweede vragenlijstonderzoek in april/mei 1995 verschijnt zelfs een 'special gezond werken' in het personeelsblad, waarin alle activiteiten van de stuurgroep nog eens kort worden samengevat.

Tevens rapporteren stuurgroepleden in toenemende mate over het project of onderdelen ervan in het eigen reguliere werkoverleg.

Foto's van de Themadag op 12 oktober 1994



6. Uitvoering van de maatregelen

De hier beschreven maatregelen betreffen voor een deel reeds gerealiseerde maatregelen. Anderzijds gaat het om goed uitgewerkte voorstellen voor maatregelen die formeel nog moeten worden goedgekeurd. Waar dat laatste het geval is wordt dat kort aangegeven.

Nog niet alle gesignaleerde knelpunten zijn aangepakt. Er zijn -veelal om praktische redenen- keuzes gemaakt en voor sommige knelpunten zullen pas in de nabije toekomst oplossingen worden bedacht en uitgevoerd.

Wat betreft de inhoud van de maatregelen zijn drie invalshoeken onderscheiden: preventieve, drempelverhogende en curatieve maatregelen (zie ook paragraaf 1.2).

6.1 Preventieve maatregelen

Dit type maatregelen is gericht op het aanpassen van de arbeidsbelasting c.q. kwaliteit van de arbeid (door middel van verbeteringen in arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen) en het vergroten van de belastbaarheid van werknemers, onder andere door voorlichting en onderricht en leefstijlactiviteiten.

Arbozorgstructuur

De arbo-commissie heeft in 1993 de zorg voor de arbeidsomstandigheden verder uitgewerkt in de vorm van een door de directie en Ondernemingsraad overeengekomen 'intentieverklaring arbeidsomstandighedenbeleid', een 'arbobeleidsplan' en een 'arbojaarplan 1993'. Door middel van de intentieverklaring informeert het managementteam de medewerkers over het belang dat aan goede arbeidsomstandigheden wordt gehecht en welke bedoelingen het managementteam ten aanzien van de arbeidsomstandigheden heeft. In de intentieverklaring is onder meer vastgelegd:

- dat het beleid inzake arbeidsomstandigheden gericht is op het bevorderen van de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van de medewerkers en het voorkomen en beperken van werkstress, fysieke overbelasting, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
- dat het ziekenhuis naar redelijkheid zal investeren in maatregelen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden;
- dat het arbo-beleid zal worden vastgesteld in een beleidsplan en regelmatig getoetst zal worden aan de ervaringen die daarmee zijn opgedaan;

- dat de verantwoordelijkheid voor het arbo-beleid bij het management van het ziekenhuis ligt en dat medewerkers actief zullen worden betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van het beleid.

De in de intentieverklaring overeengekomen uitgangspunten zijn uitgewerkt in het 'arbobeleidsplan'. In het arbobeleidsplan wordt het arbobeleid voor de komende jaren beschreven (zie kader). In het jaarplan voor 1993 wordt aangegeven welke activiteiten in dat jaar worden uitgevoerd. Van deze activiteiten wordt in een jaarverslag gerapporteerd.

Alle maatregelen in het kader van het project 'Gezond werken aan gezondheid' - zoals beschreven in dit hoofdstuk- zijn ingebed in de hier beschreven arbozorgstructuur.

Twee nieuwe functies

In 1994 heeft het managementteam twee nieuwe functies ingesteld: de arbo/milieu-coördinator (50%-aanstelling) en de adviseur fysieke belasting (20%-aanstelling). De arbo/milieu-coördinator schrijft het jaarplan en het jaarverslag in concept. De arbo-commissie -die het arbobeleid blijft opzetten en de uitvoering ervan blijft evalueren- stelt het jaarplan en het jaarverslag vast. De arbo/milieu-coördinator is -als vertegenwoordiger van de OR- ook lid van de stuurgroep 'gezond werken aan gezondheid'. De adviseur fysieke belasting adviseert leidinggevenden hoe fysieke belasting te beperken en te voorkomen. Hiertoe is door de adviseur fysieke belasting ervaring opgedaan in het project 'fysieke belasting' (zie verder).

Inhoud van het arbobeleidsplan (1993)

1. De structuur van het arbobeleid, waarin aandacht wordt besteed aan:
 - de planning van het arbobeleid
 - het overleg over arbeidsomstandigheden: hierin zijn taken en verantwoordelijkheden uitgewerkt voor de directie en het managementteam, de arbo-commissie, sector- en afdelingshoofden, de OR en de VGW-commissie en de medewerker.
 - de afstemming met het project 'Gezond werken aan gezondheid'. Het project vormt een geïntegreerd onderdeel van het arbeidsomstandighedenbeleid in het ziekenhuis.

2. Afspraken over registratie en procedures: onder meer op het gebied van ziekteverzuim, ongevallen en beroepsziekten, gevaarlijke en kankerverwekkende stoffen, gevaren en klachten en een brandplan.

3. Inhoud van het arbo-beleid, waarin de volgende onderwerpen aan bod komen:
 - Een risico-inventarisatie: in het kader van het project 'Gezond werken aan gezondheid' is het vragenlijstonderzoek van TNO-PG één van de instrumenten die hiervoor worden ingezet. Andere instrumenten zijn bijvoorbeeld inspecties met de 'Inspectiemethode Arbeidsomstandigheden', of het 'Inspectie Plus Pakket', gesprekken tussen leidinggevenden en medewerkers (werkoverleg), analyse van verzuim-, verloop- en ongevalsgegevens;
 - Prioriteitstelling;
 - Ziekteverzuimbeleid (zie ook paragraaf 6.2 en 6.3)
 - Fysieke belasting
 - Gevaarlijke en kankerverwekkende stoffen
 - Stralingsgevaar
 - Biologische risico's
 - Binnenklimaat
 - Werkdruk
 - Roosters
 - Functie-ontwerp
 - Agressie en geweld
 - Seksuele intimidatie
 - Voorlichting en instructie
 - Periodiek Arbeidsgezondheidskundig onderzoek
 - Persoonlijke beschermingsmiddelen
 - Leefstijl
 - Deskundige ondersteuning

Arbeidsinhoud en organisatie

Werkdruk

In mei 1993 is op de interne afdeling (circa 80 medewerkers) het project 'werkdruk' van start gegaan. Het project heeft tot doel de werkdruk van de medewerkers te verlagen en tegelijkertijd de doelmatigheid van de afdeling te verhogen. In de wandelgangen wordt het project ook wel het 'Waarom-project' genoemd omdat het de medewerkers bewust wil maken van zaken die met de werkorganisatie te maken hebben: medewerkers worden aangemoedigd zich af te vragen 'waarom' bepaalde taken worden gedaan door bepaalde personen op bepaalde tijdstippen en op bepaalde wijzen.

De coördinatie van het project ligt in handen van een projectgroep, bestaande uit het afdelingshoofd (tevens voorzitter), de vijf teamleiders van de interne afdeling, de organisatiedeskundige van het ziekenhuis alsmede een vertegenwoordiger van respectievelijk de medisch specialisten, de afdelingssecretaressen en de voedingsassistenten. De adviseurs van TNO-PG geven regelmatig advies op onderdelen van het project.

Uitgangspunt vormen de knelpunten uit het vragenlijstonderzoek op het gebied van werktempo, autonomie en organisatie van het werk. In eerste instantie vindt een afdelingsbijeenkomst plaats waarbij -naast de projectgroep- 40 medewerkers aanwezig zijn. Tijdens de bijeenkomst wordt een beperkt aantal knelpunten geselecteerd die volgens de betrokkenen als eerste opgelost dienen te worden: in het werk vaak belemmerd worden door onverwachte situaties, vaak gehinderd worden door gebreken in het werk van anderen, in het algemeen onvoldoende tijd om het werk af te krijgen, moet erg hard werken en moet heel veel werk doen. Vervolgens worden per knelpunt oplossingen en verbeteringen bedacht. Verbeteringen die direct uitvoerbaar zijn, worden meteen ingevoerd. Veel oplossingen kunnen door de afdeling zelf worden ingevoerd. Voor een aantal knelpunten/verbeteringen acht de projectgroep verder onderzoek nodig, te weten:

- de voorspelbaarheid c.q. afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod,
- de werkorganisatie,
- de transmurale zorg,
- het maken van en zich houden aan afspraken,
- de communicatie binnen en bereikbaarheid van de afdeling,
- overleg met de functie-afdeling en de afdeling radiologie,
- de houding van de medewerkers van de interne afdeling,
- de overdracht van dienst naar dienst,
- het patiëntenvervoer.

Er worden aparte werkgroepen geformeerd, veelal bestaande uit enkele leden van de projectgroep, soms aangevuld met anderen zoals medewerkers en/of hoofden van andere afdelingen. De werkgroepen krijgen de opdracht om verbeteringsvoorstellen uit te werken (zie kader). Uiteindelijk bepaalt de projectgroep 'werkdruk' wat er met de voorstellen gebeurt. Verbeteringen en maatregelen die het groene licht krijgen worden vervolgens vanaf de tweede helft van 1994 ingevoerd (zie kader).

Organisatie project 'Werkdruk'

Stuurgroep 'Gezond werken aan gezondheid'

Coördineert totaal-project 'Gezond werken aan gezondheid' en zorgt voor onderlinge afstemming van de deelprojecten waaronder 'project werkdruk'

Projectgroep 'Werkdruk'

Bestaat uit afdelingshoofd (tevens voorzitter) en teamleiders interne afdeling, organisatiedeskundige van het ziekenhuis, een vertegenwoordiger van respectievelijk medisch specialisten, afdelingssecretaressen en voedingsassistenten.

Coördineert het 'project werkdruk'.

Werkgroepen

Bestaan uit enkele leden projectgroep (soms aangevuld met medewerkers en/of hoofden andere afdelingen).
Werken verbeteringsvoorstellen uit en leggen deze ter goedkeuring voor aan 'projectgroep werkdruk'

Maatregelen ter vermindering van de werkdruk op de interne verpleegafdeling

Concrete verbeteringen in de organisatie van het werk en in de regelmogelijkheden van de medewerkers zijn:

- een training voor de medewerkers in het 'weerbaar communiceren', met als doel beter met kritiek van collega's, leiding of specialisten te kunnen omgaan en andere mensen te kunnen aanspreken op hun functioneren (voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar het onderdeel 'sociale vaardigheden en leefstijl' in deze paragraaf).
- een betere afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod door het aantal opnames per specialist per dag in kaart te brengen en door de invoering van een computerprogramma dat inzicht geeft in de bedbezetting van de afdeling.
- een verbetering van de interne communicatie en bereikbaarheid van de afdeling door:
 - a) het inrichten van een personeelskamer waar alle relevante informatie voor het personeel ligt (kamer is tevens als rustpunt bedoeld);
 - b) het invoeren van protocollen waarin is aangegeven hoe te handelen bij bijvoorbeeld het aanvragen van onderzoek bij paramedische afdelingen en het voorbereiden van patiënten op onderzoeken;
 - c) het aanstellen van een full-time afdelingssecretaresse;
 - d) het aanstellen van een afdelingsassistente (een administratieve functie tussen de afdelingssecretaresse en verpleging in kader van 'Melkert-banen');
 - e) het ontwikkelen van een nieuw afsprakenboek waarin op overzichtelijke wijze de gemaakte opname- en ontslagafspraken kunnen worden ingevuld (een initiatief van de secretaressen);
 - f) het installeren van een computer op de balie waardoor medewerkers beter toegang hebben tot relevante informatie;
 - g) het instellen van een telefonisch spreekuur voor familieleden van patiënten, alsmede het aanwijzen van vaste contactpersonen die zorgen voor informatieoverdracht naar familie van de patiënten.
- aanschaf van nieuwe apparatuur.

Het project werkdruk wordt in december 1994 formeel afgerond door middel van een bijeenkomst met het afdelingshoofd, de medewerkers en de organisatiedeskundige van het ziekenhuis. Tijdens de bijeenkomst worden de resultaten en ervaringen met het werkdrukproject besproken. Omdat dan nog niet alle voorgenomen maatregelen zijn ingevoerd, worden tevens afspraken gemaakt over de wijze waarop de interne afdeling in 1995/1996 verder gaat met het verlagen van de werkdruk en het verhogen van de doelmatigheid.

Functie-differentiatie

Er zijn binnen het ziekenhuis ontwikkelingen gaande die wellicht op termijn bijdragen aan een verdere verbetering van de arbeidsinhoud en organisatie van het werk binnen de verpleging. In dit verband kan het 'project functie-differentiatie en zorgmethodiek' worden genoemd dat los van het project 'Gezond werken aan gezondheid' binnen de sector verpleging wordt uitgevoerd. In dit project worden in eerste instantie de mogelijkheden voor het onderscheiden van verschillende type functies binnen de verpleging verkend. Ook wordt gekeken naar eventuele consequenties voor de wijze van zorgverlening en de organisatie van het werk (zorgmethodiek). Mits goed uitgevoerd kan functie-differentiatie er toe bijdragen dat functies aantrekkelijker worden (in WEBA-termen) en dat de kwaliteit van de zorg toeneemt (zie ook Mulders, 1994).

Arbeidsomstandigheden

Binnenklimaat

Bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis (eind jaren tachtig) staat het toenmalige ministerie van WVC -vanwege de hoge kosten- niet toe dat volledige airconditioning wordt aangelegd. Hoewel het ziekenhuis sinds de ingebruikname van het nieuwe gebouw forse investeringen heeft gedaan om het warmteprobleem in het gebouw aan te pakken (automatisch bediende zonnenschermen, aanpassing ventilatie, extra isolatie, zonwerend folie), blijven de problemen op dit vlak voortbestaan. Geconcludeerd wordt dat een aangename temperatuur alleen bereikt kan worden met koeling. Daarom wordt in 1993 aan een extern bureau opdracht gegeven om te onderzoeken of koeling van de lucht mogelijk is. Nadat dit haalbaarheidsonderzoek positief is uitgevallen wordt in juli 1994 de opdracht verstrekt om voor f 70.000,- een voorontwerp te maken. De eerste aanpassingen vinden plaats in het najaar van 1995 op de verpleegafdelingen. Naar verwachting zal het tot na de zomer van 1996 duren voordat het gebouw volledig gearconditioned is. De totale kosten worden geschat op circa 3 á 4 miljoen gulden.

Fysieke belasting

Het project 'fysieke belasting' vindt in de periode medio 1994-medio 1995 plaats op de afdeling orthopaedie, bij de apotheek en de OK. Er is gekozen voor een participatieve aanpak (Vink e.a., 1992, 1995), waarbij de medewerkers van de betreffende afdelingen direct betrokken worden bij de verschillende fasen van het project:

- het analyseren van lichamelijk belastende werksituaties,
- het bedenken van oplossingen,
- het invoeren van maatregelen.

In nauwe samenwerking tussen de afdelingshoofden, de medewerkers van de afdelingen, de adviseur fysieke belasting alsmede een adviseur en een ergonoom van TNO-PG, wordt voor elke afdeling afzonderlijk een pakket van maatregelen uitgewerkt. In eerste instantie worden per afdeling de knelpunten op het gebied van fysieke belasting nader bestudeerd en worden mogelijke oplossingen geïnventariseerd. Vervolgens beoordelen de betrokkenen de verschillende oplossingen aan de hand van de volgende criteria:

- a) draagt de oplossing bij aan het verminderen van de fysieke belasting?
- b) is de oplossing wenselijk, beschikbaar en financieel haalbaar?
- c) brengt invoering van de oplossing organisatorische consequenties met zich mee?

Aan deze laatste beoordelingsronde nemen tevens het hoofd van de technische dienst en het hoofd inkoop deel vanwege hun kennis op het gebied van de technische haalbaarheid en beschikbaarheid van oplossingen alsmede de kosten die aan maatregelen zijn verbonden.

De aanpak heeft inmiddels voor twee afdelingen -orthopaedie en de apotheek- geresulteerd in een samenhangend pakket van maatregelen (zie kaders). Over maatregelen waar kosten aan zijn verbonden, vindt eind 1995 nadere besluitvorming plaats door het sectorhoofd of het managementteam (afhankelijk van de omvang van de kosten). Het project bij de OK is nog in volle gang. Na een eerste inventarisatie van oplossingen vindt eind 1995 een nadere beoordeling plaats aan de hand van de eerder genoemde criteria.

Voorgestelde maatregelen ter vermindering van de fysieke belasting op de afdeling orthopaedie

Transport bed:

- In kader van 'Melkertbanen' worden brancadiers aangenomen die het transport van bedden gaan verzorgen.

Onderlaken verwisselen:

- Aanschaf 'handy-let': lap van glijdend materiaal waardoor patiënt ten opzichte van onderlaag verschoven kan worden.

Stuit wassen:

- Aanschaf 'handy-let' (zie boven).
- Mogelijkheid van schuimrubber wiggen ter stabilisatie van patiënt in zijlig wordt nog verder onderzocht.

Patiënt van lig naar zit brengen:

- Touwladder wordt uitgetoetst.

Patiënt van zit naar stand brengen:

- Aanschaf 'Sara tillift'.

Wassen onderbenen:

- Dragen van broeken door verpleegkundige.
- Bed altijd op juiste hoogte zetten.

Ondersteunen patiënt bij toiletgang:

- Aanschaf 'opduw wc-bril': een speciale WC-bril die de patiënt overeind helpt.

Aantrekken variceskousen:

- Gebruik kous van glijdend materiaal.

Voorgestelde maatregelen ter vermindering van de fysieke belasting bij de apotheek

Tillen infuuszakken en zakken gedestilleerd water:

- Elektrische heftruck voor het uitpakken en in stellingkast plaatsen van zakken (zie foto).
- Werkwijze met betrekking tot vervoer van zakken wordt veranderd. In plaats van grote kar per afdeling wordt gebruik gemaakt van meerdere kleinere karren zodat gewicht tijdens vervoer lager is.
- Opbergen van de zakken in stellingkast wordt zoveel mogelijk in lage manden gedaan zodat het gewicht per mand lager is.
- Aanpassing hoogte van de steunen in de stellingkast aan de hoogte van de steunen in de kleine karren voor transport naar de afdelingen zodat er minder getild hoeft te worden.

Reinigen en tillen van het 40 liter vat dat gebruikt wordt voor de bereiding:

- Aanbrengen van ijschaal en pompsysteem in vat zodat vat niet meer in wasbak getild hoeft te worden om te vullen.
- Verrijdbare en in hoogte verstelbare tafel om vat op te plaatsen.

Rijden zware karren:

- Automatische ingangsdeur naar de apotheek zodat niet gestopt hoeft te worden met de zware karren.
- Toegangsdeur naar de uitgifteruimte is voorzien van kleefmagneet zodat deze open blijft staan.

Geluidsoverlast uitgifteruimte:

- Ventilatiesysteem aangepast.

Administratie uitgifteruimte:

- Nieuwe tafels zodat de verschillende administratieve handelingen op één werkplek gedaan worden en de assistenten dit werk niet meer half staand/zittend en hangend over de tafel uitvoeren, maar zittend.

Foto 6.1 Fysieke belasting apotheek



In oktober 1995 is de betrokkenheid van TNO-PG bij de drie fysieke belastingprojecten beëindigd. Tevens heeft een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden op de afdeling orthopaedie, bij de apotheek en bij de OK. De bedoeling is dat de adviseur fysieke belasting de aanpak in de nabije toekomst ook gaat toepassen bij andere afdelingen waar sprake is van fysieke belastingproblematiek.

Fysieke belasting Medische Administratie

Als gevolg van het toenemend aantal gezondheidsklachten van medewerkers van de medische administratie, vindt -voorjaar 1993- een nadere beoordeling van de fysieke belasting plaats door een houdings- en bewegingsdeskundige van TNO-PG. Op basis van de evaluatie en de adviezen van de TNO-deskundige worden vrijwel direct maatregelen uitgewerkt en ingevoerd door een ad-hoc-werkgroep bestaande uit het afdelingshoofd van de medische administratie, het betrokken sectorhoofd, het hoofd personeelszaken en opleiding en de organisatiedeskundige (zie kader).

Maatregelen ter vermindering van de fysieke belasting bij de medische administratie

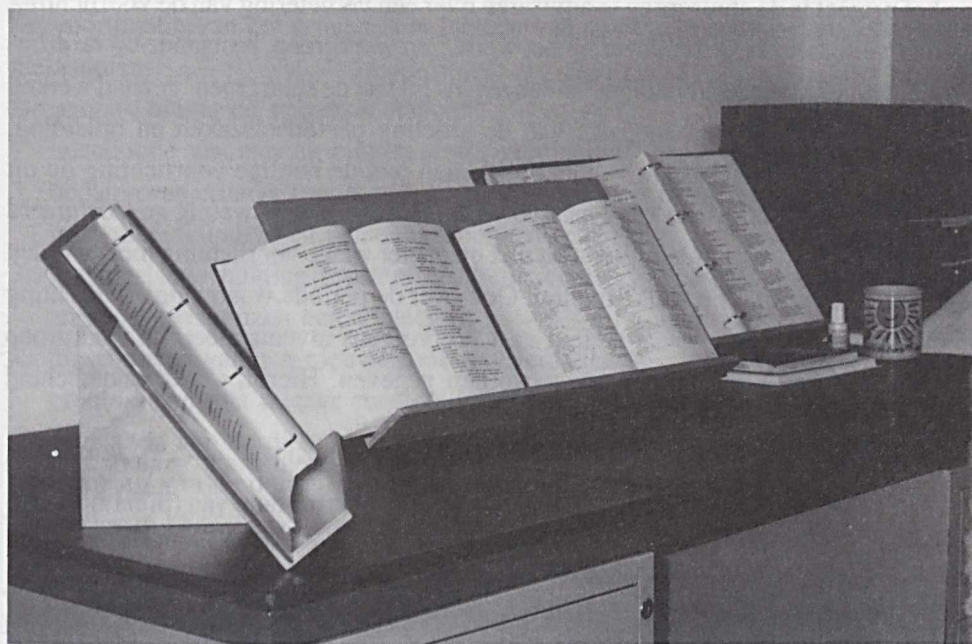
(Hiertoe behoren: bureau opname, centraal medisch archief en medische registratie)

- Er worden karretjes gemaakt om de dozen met dossiers beter te kunnen vervoeren.
- De dossierdozen worden voorzien van handvatten en kunnen eenvoudig gestapeld worden, waardoor men minder hoeft te bukken, te tillen en te sjouwen.
- De archiefruimte wordt aangepast, zodat men minder hoeft te bukken of te reiken bij het opbergen van dossiers.
- Er worden dossierhouders gemaakt ter verbetering van de werkzaamheden op de medische registratie (vooral opzoeken van juiste codes bij diagnoses en behandelingen) (zie foto).
- Er vinden aanpassingen plaats aan de beeldschermwerkplekken (in hoogte verstelbare stoelen en dergelijke).
- Daarnaast wordt het dienstrooster verbeterd waardoor medewerkers kunnen rouleren over de verschillende werkzaamheden.

Aanvullende maatregelen:

- Medewerkers krijgen meer ruimte voor eigen initiatieven en verantwoordelijkheid. Er wordt een maandelijks teamoverleg ingevoerd waar problemen in de werksituatie kunnen worden besproken.

Foto 6.2 Fysieke belasting medisch archief



Beeldschermwerkplekken

Naar aanleiding van gerapporteerde klachten over de verlichting en reflectie en klachten aan het bewegingsapparaat (nek, schouder, pols en hand), vindt begin 1993 een evaluatie plaats van een aantal beeldschermwerkplekken door een TNO-ergonoom. Op basis van de evaluatie en adviezen van de TNO-deskundige, zijn inmiddels nieuwe bureaustoelen uitgetest en aangeschaft. In 1996 zal de adviseur fysieke belasting aandacht besteden aan het optimaal instellen van beeldschermwerkplekken.

Hulpmiddelen

Naar aanleiding van klachten over het onvoldoende beschikbaar zijn van technische hulpmiddelen en de kwaliteit van de hulpmiddelen, heeft het ziekenhuis de afgelopen jaren verschillende hulpmiddelen aangeschaft, waaronder een CTG-apparaat, tilliften, elektronische afslagapparatuur, pompen en infuusstandaarden.

Voorlichting en instructie over arbeidsomstandigheden/veiligheid

In augustus 1994 is het project 'voorlichting en instructie' van start gegaan. Doel van het project is de stuurgroep te adviseren over een verbetering van de voorlichting omtrent veiligheid en gezondheid op het werk. Een werkgroep, bestaande uit de arbo-coördinator, een verpleegkundige (beiden tevens lid van de stuurgroep 'gezond werken aan gezondheid') en een stagiaire van de afdeling personeelszaken en opleiding, starten met een inventarisatie van de problemen met de huidige voorlichting op dit gebied. Uit de inventarisatie komt naar voren dat de voorlichting weinig gestructureerd verloopt. Op de meeste afdelingen staat niet op papier welke voorlichting moet worden gegeven, door wie en op welke manier. Ook over de periode waarna de voorlichting moet worden 'opgefrist' staat weinig vast. Vervolgens inventariseert de werkgroep welke voorlichting in principe moet worden gegeven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in voorlichting over:

- de organisatie met betrekking tot veiligheid (bijvoorbeeld: waar vindt men informatie over materialen, machines; wat is de meldingsprocedure van (bijna)ongevallen);
- veiligheidsrisico's (bijvoorbeeld: wat zijn de risico's bij het omgaan met machines, materialen; waar zijn gevaarlijke stoffen opgeslagen, hoe wordt omgegaan met cytostatica);
- preventie (bijvoorbeeld: gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen; vrijhouden vluchtwegen; HIV-preventiebeleid);
- ongevalsprocedures (bijvoorbeeld: gebruik van beveiligingen op machines; herkennen van alarmsignalen, vluchtroutes, ongevalsbestrijdingsmiddelen; evacuatieplannen, rampenprocedures).

Anderzijds wordt onderscheid gemaakt naar informatie die op het niveau van de functie, de afdeling of het ziekenhuis van belang is. Op basis van deze informatie moet nog een plan van aanpak worden uitgewerkt waarin is aangegeven door wie, op welke wijze, in welk tijdsbestek de voorlichting in de toekomst gegeven moet gaan worden. Het project is begin 1995 overgedragen aan de arbo-commissie die - in de loop van 1995/1996- voor de verdere uitwerking van het plan en de invoering ervan zal zorgdragen.

Arbeidsvoorwaarden

Dienstroosters

Het project 'dienstroosters' is op 1 oktober 1994 van start gegaan en zal eind 1995 worden afgerond. Het project heeft tot doel een goed dienstrooster te vinden, te maken en in te voeren voor de verpleegafdelingen, de spoedeisende hulp en de IC/CCU. Aanleiding vormen de in het vragenlijstonderzoek aangegeven knelpunten over de

dienstroosters, alsmede het feit dat de huidige dienstroosterplanning en werk- en rusttijden niet geheel voldoen aan het Werktijdenbesluit en de CAO-eisen op dit gebied. De coördinatie van het project is in handen van een organisatiedeskundige van het ziekenhuis.

De aanpak omvat de volgende stappen:

1. introductie van aanpak binnen sector verpleging;
2. bepalen van criteria voor dienstroosters (onder meer de formele, bedrijfskundige, gezondheidkundige en persoonsgebonden criteria);
3. inventarisatie huidige roosters en dienstroosterssystematiek (eventueel worden andere ziekenhuizen geraadpleegd);
4. ontwikkelen van een nieuwe roostersystematiek en nieuwe roosters;
5. proefdraaien met nieuwe roosters (minimaal 6 maanden);
6. aanpassen van de dienstroosters;
7. invoeren van de definitieve dienstroosterssystematiek.

De vakgroep bedrijfseconometrie van de Vrije Universiteit Amsterdam en TNO-PG zijn geraadpleegd voor informatie over punt 2 (criteria voor dienstroosters). De aanpak is gebaseerd op de 'WHAW-methodiek' (WHAW staat voor Werkdruk en Herstel bij Afwijkende Werktijden) die specifiek voor de zorgsector is ontwikkeld door het NZi (1995). Kenmerkend voor de methodiek is dat gestreefd wordt naar een gezonder evenwicht tussen werkdruk en herstel, zowel tijdens het werk als na afloop van het werk en naar een efficiëntere inzet van personeel bij een minimaal gelijke kwaliteit van zorg. De aanpak die in het Waterlandziekenhuis wordt toegepast wijkt in zoverre af van de WHAW-methode, dat (nog) geen inventarisatie plaatsvindt van de werklast en de ervaren werkdruk over de dag/week. De aanpak is als zodanig dan ook meer gericht op het creëren van herstelmogelijkheden tussen diensten dan binnen diensten. In het eerste half jaar van het project worden de stappen 1 t/m 4 doorlopen. Hierin worden onder meer de criteria voor gezondheid en welzijn geïnventariseerd die als uitgangspunt kunnen dienen voor het nieuwe rooster. Tevens wordt het huidige dienstroostersysteem per afdeling in kaart gebracht. Op basis van deze stappen schrijft de organisatiedeskundige samen met het afdelingshoofd van de Kinder- en kraamafdeling een discussiestuk dat vervolgens wordt besproken in de afdelingshoofdenvergadering van de sector verpleging. Op basis van de discussie worden adviezen geformuleerd over de te hanteren gezondheidkundige criteria (zie kader), alsmede over het hanteren van een cyclisch rooster en het starten met een experiment op twee verpleegafdelingen. Een cyclisch rooster voldoet optimaal aan de eisen voor gezondheid en welzijn van de werknemers. Het wordt ontworpen voor een beperkt aantal weken (twee/drie maanden), waarna het rooster steeds opnieuw kan worden herhaald. Een dergelijk rooster is zeer regelmatig en overzichtelijk en de werk- en

rusttijden van iedere medewerker zijn lang van tevoren bekend. Bovendien biedt het de garantie voor voldoende herstel van vermoeidheid tussen diensten.

Uitgangspunten voor de nieuwe dienstroosters: criteria voor gezondheid en welzijn

1. voorwaartse rotatie (ochtend-avond-nacht-vrij)
2. maximaal 6 diensten aaneen
3. minimaal 2, maximaal 4 gelijksoortige diensten achter elkaar
4. na iedere nachtdienstperiode minimaal 36 uren vrij
5. gegarandeerde hersteltijd van tenminste 36 uren vrij
6. niet beginnen met een nachtdienstperiode als begin van een aaneengesloten dienstvolgorde
7. vroege dienst niet beginnen voor 07.00 uur
8. zoveel mogelijk vaste doordeeweekse avonden vrij
9. hooguit eenmaal in de vijf of zes weken een vaste vrije avond inroosteren
10. zoveel mogelijk regelmatigheid en voorspelbaarheid in het rooster; een cyclusduur mag hooguit twee tot drie maanden bedragen.

Nadat de Ondernemingsraad heeft ingestemd met de adviezen van de afdelingshoofden, is medio 1995 een proef gestart op twee verpleegafdelingen; de PAAZ en de kraamafdeling. Uiteindelijk wordt gestart met een proef met een kwartaalrooster omdat er bij de medewerkers teveel weerstand bestaat tegen het cyclisch model (het kwartaalrooster is een 'lagere' vorm van roosteren waarvoor minder strikte voorwaarden gelden dan voor het cyclisch rooster: het kwartaalrooster biedt bijvoorbeeld meer ruimte voor de individuele wensen van medewerkers terwijl de zogenaamde 'wensenlijst' in een cyclisch rooster moet worden afgeschaft (Bloemendaal & De Vries-Griever, 1995)).

Op basis van de ervaringen bij de twee proef-afdelingen zal uiteindelijk een keuze worden gemaakt voor een definitief roostersysteem dat ook op andere verpleegafdelingen kan worden ingevoerd.

Opleidings- en loopbaanbeleid

Activiteiten op het gebied van opleidings- en loopbaanbeleid worden opgenomen in het beleidsplan voor 1996 van de afdeling personeelszaken en opleiding.

Arbeidsverhoudingen

Stijl van leidinggeven

Het hoofd personeelszaken en opleiding werkt in 1994 een plan uit voor het project 'stijl van leidinggeven'. In dit plan wordt voorgesteld om leidinggevenden -dat wil zeggen alle teamleiders, alle afdelingshoofden alsmede sectorhoofden en directie- te ondersteunen bij hun taakuitvoering door:

1. het verbeteren van de persoonlijke stijl van leidinggeven;

2. het verbeteren van het werkoverleg;
3. het verbeteren van de interne informatievoorziening.

Het managementteam besluit begin 1995 twee onderdelen -1 en 3- te laten uitvoeren. De uitvoering van onderdeel 2, het verbeteren van het werkoverleg, wordt voorlopig uitgesteld in afwachting van de uitslag van de nameting. Reden hiervoor is dat er anders teveel tegelijkertijd plaatsvindt. In het onderstaande kader worden de concrete maatregelen per onderdeel verder toegelicht. Tevens is aangegeven welke maatregelen reeds zijn ingevoerd en welke in de komende periode (eind 1995-1996) zullen worden ingevoerd.

Maatregelen ter verbetering van de stijl van leidinggeven

1. Verbeteren van de persoonlijke stijl van leidinggeven door:

Reeds ingevoerd:

- een cursus stressmanagement voor leidinggevenden
- een middenkadertraining voor afdelingshoofden;
- een teamleiderstraining voor teamleiders en waarnemend afdelingshoofden;
- training in het voeren van functioneringsgesprekken (afdelingshoofden);
- een cursus verzuimbegeleiding waarin afdelingshoofden en teamleiders instrumenten krijgen aangereikt om hun zieke medewerkers te begeleiden.
- training in het maken van personeelsbeoordelingen en het voeren van beoordelingsgesprekken;
- training in het omgaan met beloningen, aansluitend bij het nieuwe beloningsbeleid;
- het opzetten van een netwerk voor collegiale ondersteuning, waarin leidinggevenden in groepen bijeenkomen om ervaringen uit te wisselen;

Nog in te voeren:

- training in het voeren van functioneringsgesprekken (teamleiders);
- het vaststellen van een individueel opleidingsplan opdat elke leidinggevende zijn/haar kennis en vaardigheden kan aanvullen.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de trainingen wordt verwezen naar het onderdeel 'sociale vaardigheden en leefstijl'.

Vervolg maatregelen ter verbetering van de stijl van leidinggeven

2. Verbeteren informatievoorziening voor alle werknemers.

Reeds ingevoerd:

- Het MT heeft besloten twee-wekelijks een info-bulletin uit te geven; een samenvoeging van een bestaand informatieblad (Watertussenstand) en het kort managementteam-verslag.

3. Verbeteren van werkoverleg door:

Op termijn in te voeren (besluitvorming vindt plaats op basis van gegevens nameting):

- het opstellen van een 'intentieverklaring' door het managementteam ter onderstreping van het belang dat wordt gehecht aan goed werkoverleg. Hierin wordt onder andere vastgelegd wat belangrijke doelen zijn van het werkoverleg (informatieuitwisseling, in onderling overleg nemen van beslissingen over de organisatie van het werk, oplossen van problemen in de organisatie van het werk etcetera);
- het vastleggen van randvoorwaarden voor werkoverleg door managementteam (bijvoorbeeld verplichte aanwezigheid, vaste onderwerpen etcetera);
- het vaststellen van een 'checklist werkoverleg' waarmee deelnemers het eigen werkoverleg kunnen analyseren en beoordelen;
- training 'leiden werkoverleg' voor afdelingshoofden en teamleiders;
- aanbieden 'ondersteuning werkoverleg' aan afdelingshoofden/teamleiders;
- vaststellen communicatieplan om alle medewerkers op de hoogte te brengen van bovengenoemde activiteiten;
- vaststellen evaluatie werkoverleg (met name afspraken over de wijze waarop het werkoverleg periodiek geëvalueerd kan worden).

Sociale vaardigheden en leefstijl

Activiteiten op het gebied van sociale vaardigheden en leefstijl hebben vooral tot doel om de belastbaarheid van de medewerkers te vergroten, met als doel gezonde werknemers te krijgen die minder gauw een beroep zullen doen op de ziekteverzuimen en arbeidsongeschiktheidsregelingen. In dit verband worden de volgende maatregelen ingevoerd.

Trainingen voor leidinggevend

Voorafgaand aan de start van het project 'Gezond werken aan gezondheid' heeft een training 'Stressmanagement' plaatsgevonden voor de directie, sector- en afdelingshoofden, teamleiders, waarnemend hoofden en praktijkdocenten. Aanleiding tot de training vormt de gesignaleerde stressproblematiek tijdens een retraite van het managementteam. De training -die gegeven wordt door een externe deskundige- heeft tot doel om de deelnemers in staat te stellen:

- beter met hun werkstress om te gaan;
- werkstress tijdig bij hun medewerkers te beoordelen.

De training vindt plaats verspreid over twee dagen, waarvan één voor alle deelnemers tegelijkertijd en één dag workshop voor alle deelnemers in groepen van tien.

Hoewel de training feitelijk buiten het voorbeeldproject valt (bij de start van het project is de training afgerond), blijkt de training een belangrijke bevorderende factor

voor de introductie van het thema ziekteverzuim. Het project 'Gezond werken aan gezondheid' wordt gezien als een logische volgende stap na de training.

De '*Middenkadertraining*' die in de tweede helft van 1992 al is gestart en doorloopt tot medio 1993, is bedoeld voor afdelingshoofden. De training wordt gegeven aan twee groepen en heeft tot doel de afdelingshoofden te leren om:

- de doelen van medewerkers en organisatie te integreren door 'contracten' met medewerkers aan te gaan;
- de doelen van de eigen afdeling en het ziekenhuis te integreren, door de eigen bijdrage aan de 'cultuur' en het organisatie-resultaat te benoemen, te vertalen in doelen voor de eigen afdeling en de afdelingstaak uit te voeren;
- de hiervoor benodigde vaardigheden toe te passen.

De cursus c.q. de gegeven modules zijn ontwikkeld door NZf-consult en gegeven door een externe deskundige. Het ziekenhuis vergoedt de kosten voor deelname.

In het kort bevat de training de volgende onderwerpen:

- eigen taak en plaatsstelling in relatie tot het statement van de instelling;
- leidinggeven wat houdt dat in?
- hoe geef ik effectief leiding?
- medewerkers in de veranderende organisatie, hoe ga ik daarmee om (onder andere conflicthantering, teamontwikkeling)?

De training wordt door de twee deelnemersgroepen overwegend positief gewaardeerd. Als gevolg van de training hebben de deelnemers meer respect voor elkaar gekregen, er is een 'wij-gevoel' gegroeid, er is sprake van intercollegiale uitwisseling en men gaat bewuster om met problemen. Wat betreft de inhoud sluit de training goed aan bij de praktijk in het ziekenhuis. In aangepaste vorm wordt de training periodiek herhaald voor nieuwe afdelingshoofden.

De '*Teamleiderstraining*' vindt plaats in de tweede helft van 1994 - eerste helft 1995 en is bedoeld voor teamleiders en waarnemend afdelingshoofden. De training -ontwikkeld en gegeven door degene die ook de middenkadertraining heeft verzorgd- heeft dezelfde doelstellingen als de middenkadertraining voor afdelingshoofden maar dan toegespitst op het eigen team (in plaats van de afdeling). De kosten worden voor de deelnemers betaald.

De training, bestaande uit 16 bijeenkomsten, omvat:

- algemene vaardigheden;
- coaching met behulp van collegiale toetsing;
- gespreksvaardigheden;
- systematisch leidinggeven.

Uit een tussentijdse evaluatie blijkt dat de deelnemers tevreden zijn over de cursus. De deelnemers blijken zeer betrokken bij alles wat er in de organisatie en op hun afdeling gebeurt en zijn zeer gemotiveerd om kennis en vaardigheden te verwerven. Er zal jaarlijks een follow up plaatsvinden.

De cursus '*Functioneringsgesprekken*' vindt plaats in de tweede helft van 1994 en is bedoeld voor afdelingshoofden. De training die tot doel heeft functioneringsgesprekken te leren voeren, is ontwikkeld door het hoofd personeelszaken & opleiding en wordt gegeven door medewerkers van die afdeling. Het betreft een bestaande opleiding, aangepast aan de situatie in het Waterlandziekenhuis, bestaande uit drie hele cursusdagen (intern) en elk jaar een terugkomdag. De kosten worden voor de deelnemers betaald.

De inhoud van de training bestaat uit:

- theorie functioneringsgesprekken
- introductie functioneringsgesprekken
- gespreksfasen
- omgaan met gespreksonderwerpen
- situationeel leidinggeven
- afronding gesprek/follow up
- evaluatie

De deelnemers blijken de cursus qua inhoud en organisatie (zeer) positief te waarderen. Het ligt in de bedoeling de training jaarlijks te geven aan nieuwe afdelingshoofden, waarbij zonodig -in verband met de groepsomvang- wordt samengewerkt met andere zorginstellingen.

De cursus '*Verzuimbegeleiding*' voor afdelingshoofden vindt plaats in de periode eind 1994-begin 1995. Doel van de training is afdelingshoofden in staat te stellen een systematische verzuimbegeleiding uit te voeren, zowel voor individuele medewerkers als voor de gehele afdeling. De cursus is ontwikkeld en gegeven door het hoofd personeelszaken & opleiding, een praktijkdocent en twee externe deskundigen en beslaat acht dagen en elk jaar een terugkomdag. De deelnamekosten komen voor rekening van het ziekenhuis.

De cursus omdat de volgende onderdelen:

- beleid ten aanzien van ziekteverzuim kunnen vertalen naar eigen situatie;
- telefonisch contact en administratie;
- gespreksvoering oplopend in moeilijkheidsgraad;
- individuele begeleidingsplannen tijdens ziekte en na hervatting;

- preventieactiviteiten aan de hand van een afdelingsplan.

Waar mogelijk worden in de training onderdelen gebruikt uit de 'Handleiding ziekteverzuimbegeleiding' die het ziekenhuis heeft opgesteld voor leidinggevenden (zie ook paragraaf 6.2 en 6.3).

De deelnemers blijken overwegend tevreden tot zeer tevreden over de inhoud en de organisatie van de training, evenals over de aangeleerde vaardigheden. De training zal jaarlijks worden herhaald voor nieuwe afdelingshoofden, waarbij zonodig -in verband met de groepsomvang- wordt samengewerkt met andere zorginstellingen. In een iets andere versie zal de training worden gegeven aan teamleiders.

Trainingen voor medewerkers

De training '*Controle en fysieke beheersing*' vindt plaats in 1994 voor medewerkers van de afdelingen spoedeisende hulp en PAAZ en voor de avond- en nachthoofden en is gericht op het verwerven van:

- een veilige en fysiek zekere professionele houding in gewelddadige situaties;
- vaardigheden om met een minimum aan kracht en maximale wederzijdse veiligheid, teamgericht in gewelddadige situaties te handelen.

De training is ontwikkeld door een particulier bureau 'Leo Verpleegkundig Management' en gegeven door medewerkers van dit bureau en door enkele speciaal hiervoor opgeleide ziekenhuismedewerkers. De training van 1994 vindt plaats verspreid over vijf hele dagen. Een zelfde cursus die op het programma staat voor het najaar van 1995 zal zeven dagen duren. Verder krijgt iedere deelnemer jaarlijks een opfrustraining van drie uur. De kosten voor deelname worden door het ziekenhuis betaald.

Onderdelen van de training zijn:

- een theoretisch gedeelte met betrekking tot de controle en fysieke beheersing met algemene vaardigheden;
- een praktijkgedeelte met onder andere training van controle en fysieke beheersings- en persoonlijke veiligheidstechnieken.

De cursusgroep van 1994 blijkt tevreden tot zeer tevreden over de inhoud en de organisatie van de cursus en de aangeleerde kennis en vaardigheden. Jaarlijks zullen nieuwe medewerkers in de gelegenheid worden gesteld om deze training te volgen.

De training '*Weerbaar communiceren*' is één van de maatregelen uit het project 'werk-druk' en vindt plaats in 1995 voor (een team van) medewerkers van de interne afdeling. Het doel van de training is dat medewerkers zo goed mogelijk met elkaar

communiceren en daardoor een prettige samenwerking krijgen, waardoor een goed teamverband ontstaat.

De cursus is ontwikkeld door een extern bureau (Ten Have & Partners te Diemen) en gegeven door een medewerker van het bureau en de praktijkdocent van het ziekenhuis.

De training -die bestaat uit negen bijeenkomsten van vijf uur en een follow up bijeenkomst van vijf uur (extern) is onder meer gericht op:

- interviewen
- luisteren
- ik-boodschappen
- feed-back
- negatieve en positieve emoties
- metacommunicatie
- non-verbale communicatie
- communiceren in teamverband

De training -die ruim voldoende scoort- wordt door de deelnemers vooral gezien als een eerste aanzet waarin de beoogde vaardigheden zijn aangeleerd. Vervolgactiviteiten (bijvoorbeeld casusbesprekingen, verdere training in gesprekstechnieken) worden echter nodig geacht omdat een korte training niet meteen tot gedragsverandering leidt. De training zal de komende jaren regelmatig worden gegeven en als project in het ziekenhuis lopen.

Maatregelen die zullen worden ingevoerd in de loop van 1995/1996

Op de afdeling oncologie -waar men veel met lijden en de dood geconfronteerd wordt- bestaat sinds enkele jaren een *begeleidingsgroep* waar mensen hun ervaringen kunnen uitwisselen. Overwogen wordt om dergelijke begeleidingsgroepen structureel in te voeren op andere verpleegafdelingen.

Tevens zijn drie cursussen in ontwikkeling aansluitend op de behoeften van medewerkers: een cursus '*gesprekstechnieken met patiënten*', een cursus '*stressmanagement*' (gestart in september 1995) en een cursus '*omgaan met publiek*'; de laatste is bedoeld voor medewerkers van de polikliniek, radiologie, EHBO en de receptie.

Programma 'Stoppen met roken'

Het ligt in de bedoeling om begin 1996 een 'stoppen met roken' programma aan te bieden aan de medewerkers. Het programma heeft tot doel het bevorderen van de gezondheid en fitheid van de medewerkers (en hun partners) door:

- niet-rokers te stimuleren niet te starten met roken;

- rokers te stimuleren te stoppen met roken en vervolgens nooit meer te beginnen met roken: het ziekenhuis streeft naar een afname van het aantal rokers met 20%. Het programma is ontwikkeld en uitgetest door de Vereniging van Integrale Kankercentra (VvIK) en zal worden gegeven door de afdeling personeelszaken & opleiding die voor dit doel een speciale werkgroep in het leven zal roepen. De VvIK zal de werkgroepleden trainen en gedurende het eerste jaar begeleiden; daarna kan de werkgroep het programma zelfstandig uitvoeren.

Het programma is gericht op: 1) het verbeteren van het rookbeleid in het ziekenhuis en 2) het bewerkstelligen van gedragsverandering bij de medewerkers door:

- een informatieprogramma (10 weken)
- een voorlichtingsbijeenkomst (voor medewerkers en 'thuisfront')
- een cursus 'stoppen met roken' (6 weken, 8 bijeenkomsten van 1,5 uur plus een follow up na 2 maanden: 15-20 deelnemers)
- een zelfhulpgids
- een arbothemadag (jaarlijks)
- evaluatie door middel van een enquête.

Gelijktijdig met de nameting heeft in het voorjaar van 1995 een draagvlakmeting plaatsgevonden door middel van een korte enquête onder een steekproef van 300 medewerkers van het ziekenhuis. Hieruit blijkt dat er nog steeds voldoende basis is om een 'stoppen met roken' programma uit te voeren.

Programma 'Eet Smakelijk'

In de tweede helft van 1995 is het programma 'Eet smakelijk' van start gegaan. Dit programma heeft tot doel de gezondheid en fitheid van de medewerkers te bevorderen door hen te stimuleren hun voedingsgewoonten te verbeteren en het gewicht te verminderen. Het programma is tot stand gekomen in samenwerking met een ziekenhuisdiëtiste en wordt gegeven door een speciaal voor dit doel samengestelde werkgroep bestaande uit: een ziekenhuisdiëtiste, het hoofd voedingsdienst, een verpleegkundige en het hoofd personeelszaken en opleiding.

Het programma bestaat uit:

- 1) het verbeteren van het aanbod in het personeelsrestaurant (reeds gebeurd) en
- 2) het bewerkstelligen van gedragsverandering bij medewerkers door middel van:
 - een voedingsvoorlichtingsprogramma (elke twee maanden een week in het restaurant);
 - het stimuleren van voorbeeldgedrag. Hiertoe start begin 1996 een voorbeeldgroep die op vrijwillige basis is samengesteld (circa 50-75 medewerkers) en die gedurende twaalf weken -thuis en op het werk- volgens de richtlijnen 'gezonde

voeding' van de Hartstichting gaat eten. Het personeelsrestaurant doet in dit kader elke dag een voorstel voor een gezonde lunch. Verder krijgen deelnemers gerichte bewegingsadviezen en kunnen ze desgewenst individueel begeleid worden;

- een cursus 'overgewicht te lijf' (een door Teleac ontwikkelde cursus);
- collectieve en individuele voedselvoorlichting
- een jaarlijks terugkerende arbo/leefstijldag.

Het programma zal drie jaar gaan duren.

Programma 'Actieve lichaamsbeweging'

In het voorjaar van 1995 wordt door een interne werkgroep een voorstel uitgewerkt voor een bewegingsprogramma. De werkgroep is van mening dat het ziekenhuis onvoldoende ervaring in huis heeft om zelf een dergelijk programma op te stellen. Met name ontbreekt expertise op het gebied van:

- 1) de organisatie van een bewegingsprogramma en het zorgen voor continuïteit en een hoge participatiegraad van deelnemers;
- 2) de technische know-how voor het opzetten en uitvoeren van een bewegingsprogramma.

Daarom wordt besloten te zoeken naar een externe aanbieder die bereid is het ziekenhuis te helpen bij het voorbereiden en uitvoeren van een bewegingsprogramma. Hiertoe worden verschillende aanbieders benaderd met het verzoek een offerte op te stellen voor een bedrijfsintern bewegingsprogramma voor circa 200 medewerkers. De betreffende aanbieders zijn geselecteerd op basis van een korte produktbeschrijving in de 'Bedrijfswijzer Arbeid en Gezondheid' (Veen e.a., 1993) en na een 'screening' aan de hand van enkele criteria (zie kader).

Uiteindelijk blijkt uit de verschillende offertes dat de (opstart)kosten voor een dergelijk bedrijfsintern programma erg hoog zijn (circa twee ton) en wordt afgezien van een uitgebreid bewegingsprogramma. Besloten is met een kleinschalig programma te beginnen, bestaande uit een combinatie van testen en fitness.

Criteria die gebruikt zijn om aanbieders van een bewegingsprogramma te selecteren

- ruime ervaring op het terrein van bewegingsprogramma's;
- kwalitatief goede programma's kunnen bieden (kwaliteit bij voorkeur aangetoond in evaluatie-onderzoek);
- goede ondersteuning kunnen bieden (onder andere bij het enthousiasmeren van het managementteam omdat nog besloten moest worden over de invoering van een bewegingsprogramma);
- hoge participatiecijfers bij andere bedrijven;
- hoge participatie van niet-sporters (onder andere door programma's die op deze doelgroep zijn toegespitst);
- mogelijkheden voor secundaire revalidatie (dat wil zeggen dat het programma of onderdelen ervan gericht zijn op snelle reïntegratie van zieke werknemers met klachten aan bewegingsapparaat en externe klanten van het ziekenhuis die op andere afdelingen -bijvoorbeeld fysiotherapie- uitbehandeld zijn).

Spin-off maatregelen

Lopende het project wordt -mede op basis van de bevindingen van de voormeting in 1992- besloten de uniformen te vernieuwen (verpleegkundigen krijgen hierbij de mogelijkheid lange broeken te dragen) en er wordt een vertrouwenspersoon seksuele intimidatie aangesteld. Het managementteam is van mening dat deze maatregelen buiten het directe kader van het project vallen. Activiteiten op dit gebied lopen via de afdeling personeelszaken & opleiding en/of de arbocommissie.

6.2 Drempelverhogende maatregelen

Maatregelen in deze categorie zijn gericht op het beperken van de verzuimgelegenheid door beïnvloeding van de procedure van ziekmelding en controle en/of verhoging van de arbeidssatisfactie om daarmee de verzuimbehoefte te verminderen.

Door het hoofd personeelszaken & opleiding is de afgelopen jaren de 'Handleiding Ziekteverzuimbegeleiding' geschreven, gebaseerd op de uitgangspunten die het ziekenhuis voor de aanpak van het ziekteverzuim heeft vastgesteld. Deze uitgangspunten zijn:

- Ziekteverzuim is gedrag en gedrag is beïnvloedbaar (onder andere door het beïnvloeden van de achterliggende factoren van verzuim);
- Gedrag heeft gevolgen (zowel management als medewerker moet op verzuim kunnen worden aangesproken);
- Het management heeft de regie (het afdelingshoofd coördineert de verschillende activiteiten en schakelt eventueel deskundigen in);
- Ziekteverzuim moet terug in het gesprek tussen management en medewerkers.

De 'Handleiding Ziekteverzuimbegeleiding' geeft aan hoe op systematische wijze wordt omgegaan met verzuimende werknemers. De handleiding vormt de uitwerking van de verplichtingen voor de werkgever op het gebied van verzuimbegeleiding zoals die in de arbowet zijn omschreven. Het doel van de ziekteverzuimbegeleiding is de ziekmelding van de medewerker te voorkomen en werkhervatting van de zieke medewerker in het eigen of ander werk te bespoedigen. De handleiding geeft de hiervoor gewenste activiteiten en taken aan. Over de genoemde activiteiten bestaat bij werkgevers, werknemers en deskundigen inmiddels een brede consensus. De voorgestelde activiteiten zijn primair bedoeld als leidraad voor de afdelingshoofden; het afdelingshoofd heeft de bevoegdheid -binnen bepaalde marges- ervan af te wijken.

De concept-versie van de 'Handleiding Ziekteverzuimbegeleiding' is in de training verzuimbegeleiding (zie paragraaf 6.1) met de afdelingshoofden besproken. De afdelingshoofden reageren positief: de handleiding geeft hen duidelijke richtlijnen en biedt voldoende speelruimte om de regels naar de eigen situatie 'te vertalen'. De handleiding zal begin 1996 door het MT worden goedgekeurd. Nadat de OR met de handleiding heeft ingestemd, zullen de afdelingshoofden in een aparte bijeenkomst worden geïnformeerd. De afdelingshoofden zullen de handleiding op een afdelingsbijeenkomst aan hun medewerkers presenteren. De handleiding is voor de medewerkers samengevat in een brochure.

In het kader is aangegeven welke drempelverhogende maatregelen zijn voorgesteld. Voor de curatieve maatregelen wordt verwezen naar paragraaf 6.3.

Drempelverhogende maatregelen gericht op het beperken van de verzuimgelegenheid

(Wanneer iemand anders dan het afdelingshoofd verantwoordelijk is voor een bepaalde maatregel, wordt dit tussen haakjes aangegeven).

1. Maatregelen om problemen die tot ziekteverzuim kunnen leiden te signaleren en voorkomen
 - informatievoorziening
 - werkoverleg
 - ziekteverzuim met medewerkers bespreken
 - informatie bij sollicitatie (afdelingshoofd/sectorhoofd)
 - medische aanstellingskeuring (bedrijfsarts)
 - melding commissie arbeidsomstandigheden
 - bedrijfsgezondheidskundig spreekuur (bedrijfsarts)
 - afdelingsplan met onder meer inventarisatie en aanpak van knelpunten
 - goedkeuren afdelingsplan (sectorhoofd)
2. Ziekmelding:
 - ziekmelding bij afdelingshoofd (medewerker)
 - ziekmelding in ontvangst nemen en voeren van verzuimgesprek
 - ziekmelding invoeren, verzuimkaart invullen
 - doorgeven ziekmelding aan arbodienst (salarisadministratie)
 - controle door verzuimcontroleur binnen 1-6 dagen, inclusief werkhervattingsafpraak (arbodienst)
 - medische beoordeling van ziekte (bedrijfsarts)
 - acties bij fout ziekmelden, salaris doorbetaling, aanvulling op ziekengeld en acties bij ongeoorloofd verzuim (sectorhoofd)
3. Arbeidsvoorwaardelijke maatregelen:
 - inzet belonen, vervallen ADV-dagen, stopzetten opbouw vakantiegoed, stopzetten periodieke salarisverhoging, inleveren ADV- of vakantiedagen, inleveren vakantiedagen bij vakantie tijdens ziekte, beëindiging dienstverband

6.3 Curatieve maatregelen

Curatieve maatregelen zijn gericht op het verbeteren van de sociaal medische begeleiding en snellere reïntegratie van werknemers na ziekte. In de 'Handleiding

Ziekteverzuimbegeleiding' (zie paragraaf 6.2) worden de volgende curatieve maatregelen voorgesteld (zie kader).

Maatregelen ter verbetering van de sociaal medische begeleiding en snellere reïntegratie (curatieve maatregelen)

(Wanneer iemand anders dan het afdelingshoofd verantwoordelijk is voor een bepaalde maatregel, wordt dit tussen haakjes aangegeven).

1. Begeleiding in de ziekteperiode:

- begeleidingsplan (regelmatig contact met zieke medewerker, zelf op de hoogte stellen in 3e-4e week, attentie, eenmaal per vier weken voortgangsgesprek, zieke medewerker informeren over gang van zaken op afdeling/in ziekenhuis, zorgdragen voor contact door collega's)
- attentie (sectorhoofd, indien > 6 weken verzuim)
- bijhouden van acties op verzuimkaart
- overlegt met bedrijfsarts over begeleiding, biedt externe hulp aan zieke medewerker
- bevordert herstel door te zorgen voor snel onderzoek in eigen/extern ziekenhuis
- bespreekt begeleidingsplan in Sociaal Medisch Team (SMT) en bespreekt conclusies met medewerker
- acties bij niet houden aan voorschriften van het 'reglement ziekmelding' (sectorhoofd)
- acties bij niet nakomen voorschriften vanaf 7e week verzuim (bedrijfsvereniging)

2. Maatregelen die reïntegratie bevorderen:

- bevorderen werkherhvatting (door: aanbieden van (gedeeltelijke) werkherhvatting in eigen of passend werk, regelmatig bespreken van mogelijkheden/voortgang van werkherhvatting, aanbieden van faciliteiten voor werkherhvatting zoals aangepast woon-werkverkeer)
- opstellen reïntegratieplan voor de 13e verzuimweek gericht op interne/externe herplaatsing in eigen of andere functie en plan laten goedkeuren door SMT
- rapportage over reïntegratieplan aan bedrijfsvereniging, uiterlijk 26e week (afdelingshoofd en bedrijfsarts)
- beslissing over werkherhvatting tijdens eerste zes weken verzuim
- beslissing over werkherhvatting na zes weken verzuim (bedrijfsvereniging) (neemt begeleiding over als werkherhvatting in ziekenhuis niet mogelijk is)
- advies over werkherhvatting (bedrijfsarts)
- medewerker kan bezwaar aantekenen tegen beslissing van afdelingshoofd of bedrijfsvereniging
- ontslag als reïntegratie na 24 maanden niet is gelukt (sectorhoofd)

3. Maatregelen die herstel ondersteunen:

- herstelmelding bij afdelingshoofd (medewerker)
- invoeren herstelmelding en aantekenen op verzuimkaart
- medewerker welkom heten bij terugkeer
- voeren van verzuimgesprek met medewerkers die frequent verzuimen (meer dan twee keer in twaalf maanden) (doel: opsporen oorzaken, opstellen actieplan)
- voeren van vervolgggesprek bij vermindering frequent verzuim (doel: nagaan afspraken, redenen van verbetering)
- binnen 1 week voeren van werkherhvattingsgesprek (doel: evalueren geboden begeleiding, voorkomen verzuim door oorzaken weg te nemen)
- extra aandacht in eerste periode na werkherhvatting

4. Maatregelen die afdelingshoofd ondersteuning bieden bij ziekteverzuimbegeleiding:

- bespreken van verzuimbegeleiding in SMT. Dit geldt in ieder geval voor medewerkers die zich meer dan twee keer ziek hebben gemeld of zes weken of langer ziek zijn.
- SMT signaleert werksituaties waaruit problemen op gebied van arbeid en gezondheid kunnen voortkomen en tracht verzuim te beperken of voorkomen door bijdragen van verschillende deelnemers aan verzuimbegeleiding op elkaar af te stemmen.
- ondersteuning door afdeling personeelszaken & opleiding
- inschakelen van externe deskundigen (anders dan bedrijfsarts) indien nodig
- Het Sociaal Medisch Team (SMT) bespreekt de mogelijkheden voor werkherhvatting van langdurig zieken en zoekt naar tijdelijke of langdurige aanpassingen van het werk.

6.4 Overzicht en fasering van de maatregelen

In tabel 6.1 worden de verschillende maatregelen nog eens kort samengevat.

Tabel 6.1 Reeds ingevoerde en nog in te voeren preventieve maatregelen

Onderwerpen	Ingevoerde maatregelen medio 1995	Nog in te voeren maatregelen 1995-1996
Preventief		
Algemeen	Arbeidsomstandighedenbeleid Twee nieuwe functies: Arbo/milieu-coördinator en adviseur fysieke belasting	-
Arbeidsinhoud en organisatie	Werkdruk Interne afdeling - afstemming zorgvraag/aanbod - verbetering interne communicatie en bereikbaarheid	Zorgsector - project functie-differentiatie en zorgmethodiek
Arbeidsomstandigheden	Fysieke belasting Medische administratie verbetering van: - vervoer/verwerking dossiers - beeldschermwerkplekken - dienstroosters, teamoverleg, autonomie Hele ziekenhuis - aanschaf hulpmiddelen	Fysieke belasting Afdeling Orthopaedie Verbetering van: - beddentransport - verschoneden bedden en verzorgen patiënten - ondersteunen van patiënten bij toiletgang Fysieke belasting Apotheek Verbetering van: - uitpakken en vervoer van infuus-zakken en gedestilleerd water - transport zware karren - uitgifte medicijnen/beeldschermwerkplek Fysieke belasting OK Hele ziekenhuis - verbetering binnenklimaat - verbetering arbo-informatievoorziening
Arbeidsvoorwaarden	-	Sector zorg - nieuwe dienstroosters Hele ziekenhuis - opleidings- en loopbaanbeleid

Onderwerpen	Ingevoerde maatregelen medio 1995	Nog in te voeren maatregelen 1995-1996
Vervolg tabel 6.1		
Arbeidsverhoudingen Stijl van leidinggeven	Leidinggevenden <ul style="list-style-type: none"> - middenkadertraining afdelingshoofden - teamleiderstraining - training functioneringsgesprekken - cursus verzuimbegeleiding Hele ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> - Invoering infobulletin 	Leidinggevenden inmiddels gestart: <ul style="list-style-type: none"> - training beoordelingsgesprekken - training omgaan beloningbeleid - netwerk collegiale ondersteuning nog te starten: - training functioneringsgesprekken teamleiders - individueel opleidingsplan - verbeteren werkoverleg
Sociale vaardigheden leefstijl	Leidinggevenden <ul style="list-style-type: none"> - zie trainingen stijl van leidinggeven Medewerkers Interne afdeling <ul style="list-style-type: none"> - training weerbaar communiceren Medewerkers PAAZ/Spoedeisende hulp <ul style="list-style-type: none"> - training controle en fysieke beheersing 	Alle medewerkers Cursus/training inmiddels gestart: <ul style="list-style-type: none"> - stressmanagement Cursus/training nog te starten: <ul style="list-style-type: none"> - gesprekstechnieken - omgaan met publiek Programma: <ul style="list-style-type: none"> - stoppen met roken, eet smakelijk (actief bewegen)
Drempelverhogend Ziekmelding en controle	Hele ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> - ziekmelding bij directe chef - bezoek lekenrapporteur tussen 1-6 dagen - arbeidsvoorwaardelijke maatregelen Leidinggevenden <ul style="list-style-type: none"> - informatie/overleg over verzuim en afdelingsplan 	-
Curatief Sociaal medische begeleiding	Hele ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> - herstelmelding bij directe chef Leidinggevenden <ul style="list-style-type: none"> - begeleiding tijdens ziekte - bevorderen reïntegratie - ondersteuning bij herstel SMT <ul style="list-style-type: none"> - onderzoekt mogelijkheden voor werkhervatting/aangepast werk 	Leidinggevenden <ul style="list-style-type: none"> - nadrukkelijker betrokkenheid bij terugdringen verzuim

6.5 Maatregelen in het controleziekenhuis

Ook het Diaconessenhuis voert een actief beleid ten aanzien van het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het ziekteverzuim. Dit gebeurt echter niet in een speciaal daartoe uitgevoerd project zoals in het Waterlandziekenhuis en de activiteiten zijn veelal ook minder omvangrijk.

In het Diaconessenhuis vinden in de periode 1991-1995 de volgende activiteiten plaats:

Voor het hele ziekenhuis:

- Leidinggevend en volgen een managementcursus waarin onder meer aandacht wordt besteed aan stijl van leidinggeven en conflicthantering.
- Er wordt informatie verstrekt aan het personeel over arbeidsomstandigheden, onder meer in het personeelsblad en door middel van het invoeren van een 'arboklapper' op alle afdelingen.
- De registratie van kankerverwekkende stoffen en etikettering van gevaarlijke en kankerverwekkende stoffen wordt geregeld;
- Er vindt een evaluatie plaats van functioneringsgesprekken;
- Er start in 1992 een project 'terugdringen en beheersen van het verzuim'. Centraal in de aanpak staat de verantwoordelijkheidstelling van het afdelingsmanagement. Het afdelingshoofd dient regelmatig contact te onderhouden met zijn/haar zieke medewerkers.

Voor bepaalde diensten/afdelingen:

- Er vindt een project 'preventie en afname van rugklachten bij verpleegkundigen' plaats op de verpleegafdelingen van de tweede etage van het ziekenhuis in 1991-1992. In het kader van dit project worden vier tilliften aangeschaft, worden tien verpleegkundigen opgeleid tot tilspecialist, er wordt een tilprotocol ingevoerd en er vinden enkele bouwtechnische aanpassingen plaats. Uit de nameting van dit project blijkt dat het aantal rugklachten beduidend is teruggelopen.
- Er worden maatregelen getroffen ter verbetering van de veiligheid op de werkplek, onder andere door middel van renovaties, het invoeren van een prikaccidentenprotocol en de aanschaf van nieuwe apparatuur;
- Binnen de verplegingsdienst, de OK en de opname worden maatregelen genomen met als doel de werkorganisatie te verbeteren (met name de planning van activiteiten).

7. Evaluatie

7.1 Opzet van de evaluatie

De evaluatie van het project 'Gezond werken aan gezondheid' vindt plaats in de periode van april tot en met oktober 1995 en omvat de volgende onderdelen:

- Een herhaling van het vragenlijstonderzoek (de nameting) onder alle werknemers van het Waterlandziekenhuis en bij een 50%-steekproef van werknemers van het Diaconessenhuis (april-mei 1995);
- Een analyse van de verzuim- en verloopgegevens over de periode 1991-1995;
- Gesprekken met de stuurgroepleden (september 1995);
- Een kosten-baten analyse (oktober 1995).

De resultaten van de evaluatie worden in de volgende paragrafen besproken.

7.2 Opbrengsten tot nu toe

7.2.1 Verbeteringen in de werksituatie

7.2.1.1 Verbeteringen in het Waterlandziekenhuis

Ook de nameting in het Waterlandziekenhuis levert een hoge respons (72%) die goed verdeeld is over de sectoren en afdelingen. Uit de nameting blijkt dat er in de werksituatie van werknemers van het Waterlandziekenhuis enkele belangrijke verbeteringen zijn opgetreden. Figuur 7.1 geeft voor het Waterlandziekenhuis de resultaten van de voor- en de nameting, uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per onderzocht aspect*. Voor een cijfermatig overzicht van de resultaten wordt verwezen naar bijlage 3.

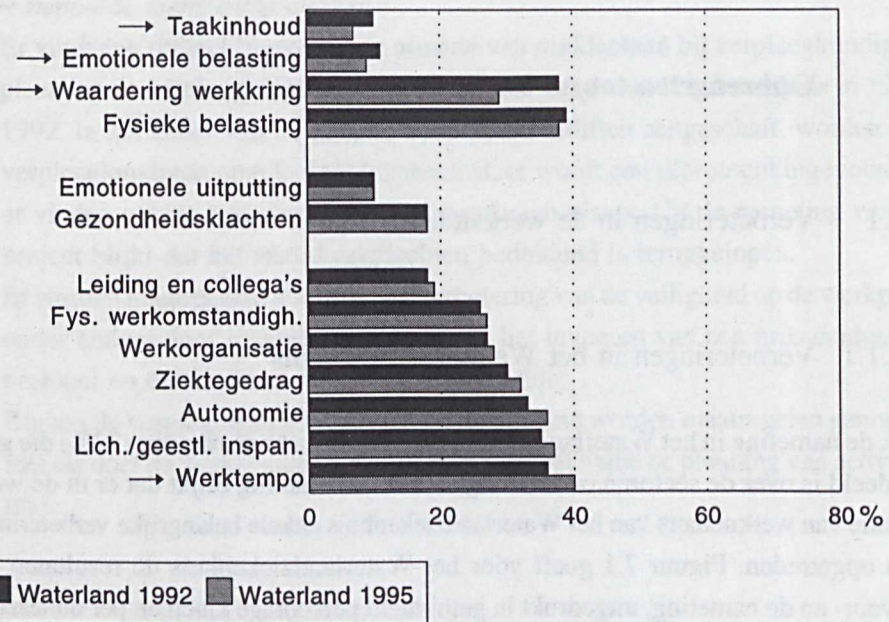
Het Waterlandpersoneel uit in 1995 in vergelijking tot 1992 significant minder klachten op de aspecten taakhoud, emotionele belasting en waardering werkkring.

* Elk van de onderzochte aspecten (taakhoud, autonomie etcetera) is samengesteld uit meerdere vragen (variërend van 5 vragen over taakhoud tot 13 vragen over fysieke belasting). Door uit te gaan van het gemiddeld percentage klachten per aspect is het mogelijk de scores op de verschillende aspecten onderling te vergelijken.

De verbeteringen op de aspecten taakinhoud en emotionele belasting hebben overigens weinig praktische waarde omdat de uitgangssituatie op deze punten al vrij gunstig was (laag percentage klachten op de voormeting). Verder worden nu significant meer klachten geuit over het werktempo. Dit lijkt overigens een landelijk verschijnsel te zijn. Uit CBS-gegevens blijkt dat van de ontwikkelingen in werkstressrisico's vooral die van werktempo ongunstig is (Houtman e.a., 1994). Dit geldt in nagenoeg gelijke mate voor vrouwen en mannen, voor alle leeftijdsgroepen en voor nagenoeg alle bedrijfs- en beroepstakken.

Wat betreft de overige aspecten is het beeld in het ziekenhuis vergelijkbaar met de situatie in 1992.

Figuur 7.1 De resultaten van het Waterlandziekenhuis op de voormeting (1992: n=687) en de nameting (1995: n=612) uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een -> voor een score duidt op een significant verschil ten opzichte van de voormeting in 1992 (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)



Daarnaast laat het vragenlijstonderzoek een aantal verbeteringen in de werksituatie zien die (mogelijk) in verband kunnen worden gebracht met de reeds ingevoerde maatregelen. Tabel 7.1 geeft een overzicht voor de maatregelen en effecten op ziekenhuisniveau. Overigens kunnen geen 'harde' uitspraken worden gedaan over de relatie tussen de maatregelen enerzijds en de effecten anderzijds omdat een mix van maatregelen is getroffen die niet afzonderlijk kunnen worden geëvalueerd.

Het blijkt dat de medewerkers van het ziekenhuis -mogelijk als gevolg van de aanschaf van hulpmiddelen- nu minder klachten uiten over de beschikbare hulpmiddelen. Mogelijk als gevolg van de trainingen voor leidinggevenden worden nu ook minder klachten geuit over het functioneren van het werkoverleg en het op de hoogte gehouden worden van wat er zich in het ziekenhuis afspeelt. Bovendien is een aanzienlijk deel van de werknemers van mening dat er verbeteringen zijn opgetreden in de arbeidsomstandigheden en de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie, de sfeer op het werk en de kwaliteit van de zorg (zie ook paragraaf 7.2.2.). Ook de activiteiten op het gebied van verzuimcontrole- en begeleiding hebben hun vruchten afgeworpen: de meeste medewerkers vinden dat de directe leiding voldoende aandacht besteedt aan zieke werknemers en de helft is van mening dat de omgang met zieke werknemers is verbeterd.

Tabel 7.1 Reeds ingevoerde maatregelen voor het hele ziekenhuis en mogelijke effecten volgens de nameting

Onderwerpen	Ingevoerde maatregelen medio 1995	Effecten volgens nameting voor totale ziekenhuis (n=621)
Preventieve maatregelen/ Algemeen	Arbeidsomstandighedenbeleid	Van alle respondenten vindt: - 45% dat de arbeidsomstandigheden in het ziekenhuis zijn verbeterd - 40% dat de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie is verbeterd - 33% dat gezondheid, welzijn en veiligheid zijn verbeterd
	Twee nieuwe functies: Arbo/milieu-coördinator en adviseur fysieke belasting	Niet te beoordelen
Preventieve maatregelen/ Arbeidsomstandigheden	Aanschaf hulpmiddelen	Er zijn minder klachten ¹ over: - onvoldoende hulpmiddelen - kwaliteit van hulpmiddelen
Sociale Vaardigheden/ Arbeidsverhoudingen	Trainingen voor leidinggevenden	Er zijn minder klachten ¹ over: - functioneren van het werkoverleg - onvoldoende geïnformeerd worden Van alle respondenten vindt: - 37% dat de sfeer op het werk is verbeterd - 36% de kwaliteit van zorg is verbeterd - 32% de motivatie bij het werk is verbeterd
	Training functioneringsgesprekken	57% van respondenten heeft het afgelopen jaar een functioneringsgesprek gehad. Daarvan was 92% tevreden over het gesprek

Onderwerpen	Ingevoerde maatregelen medio 1995	Effecten volgens nameting voor totale ziekenhuis (n=621)
Sociale vaardigheden/ Drempelverhogende en curatieve maatregelen	Training verzuimbegeleiding (afdelingshoofden) Ziek- en herstelmelding directe chef Bezoek lekenrapporteur tussen 1-6 dagen Arbeidsvoorwaardelijke maatregelen Begeleiding tijdens ziekte Bevorderen van reïntegratie Ondersteuning bij herstel zieke werknemers SMT onderzoekt mogelijkheden voor werkherhvatting/aangepast werk	Van alle respondenten vindt: - 82% dat directe leiding voldoende aandacht besteedt aan zieke werknemers - 50% dat omgang met zieke werknemers is verbeterd (77% leidinggevend versus 45% niet-leidinggevend) - 36% dat omgang met gezonde werknemers is verbeterd (48% leidinggevend versus 34% niet-leidinggevend) Zie ook paragraaf 7.2.2

¹ Op vraagniveau is niet getoetst of het om significante verschillen gaat. De resultaten wijzen in de richting van een afname van het percentage klachten.

Tabel 7.2 geeft een overzicht van de maatregelen en effecten op afdelingsniveau.

Tabel 7.2 Reeds ingevoerde preventieve maatregelen op afdelingsniveau en mogelijke effecten volgens de nameting

Onderwerpen	Ingevoerde maatregelen medio 1995	Effecten volgens nameting op afdelingsniveau
Arbeidsinhoud en organisatie	Werkdruk Interne afdeling - afstemming zorgvraag/aanbod - verbetering interne communicatie en bereikbaarheid - training weerbaar communiceren	Geen duidelijke verbeteringen
Arbeidsomstandigheden	Fysieke belasting Medische ad- ministratie verbetering van: - vervoer/verwerking dossiers - beeldschermwerkplekken - dienstroosters, teamoverleg, autonomie	Minder klachten ¹ op het gebied van: - lichamelijke en geestelijke inspanning - fysieke werkomstandigheden - ziektegedrag - taakhoud - werkorganisatie - werktempo Meer klachten over: - autonomie
Sociale vaardigheden leefstijl	Medewerkers PAAZ/Spoedeisende hulp - training 'controle en fysieke beheersing'	Niet te beoordelen. Zie verder evaluatiege- gevens paragraaf 6.1

¹ Vanwege het kleine aantal respondenten is niet getoetst of de verschillen significant zijn.

Van de maatregelen op afdelingsniveau lijken vooral de fysieke belastingsmaatregelen bij de medische administratie tot een vermindering van klachten over het werk geleid te hebben.

Het project 'werkdruk' op de interne verpleegafdeling blijkt daar (nog) niet tot significante verbeteringen van het aantal klachten op werktempo, autonomie en werkorganisatie te hebben geleid. Naar de mening van de betrokken medewerkers is de werkdruk ook niet verlaagd. Wel is men positief over het feit dat er op de afdeling een veranderingsproces in gang is gezet en heeft men hoge verwachtingen voor de toekomst; een aantal voorgenomen maatregelen moet nog worden ingevoerd. Het project heeft op de afdeling 'iets losgemaakt'. Betrokkenen spreken van een positieve en meer open communicatie als het gaat om het realiseren van verbeteren en veranderingen.

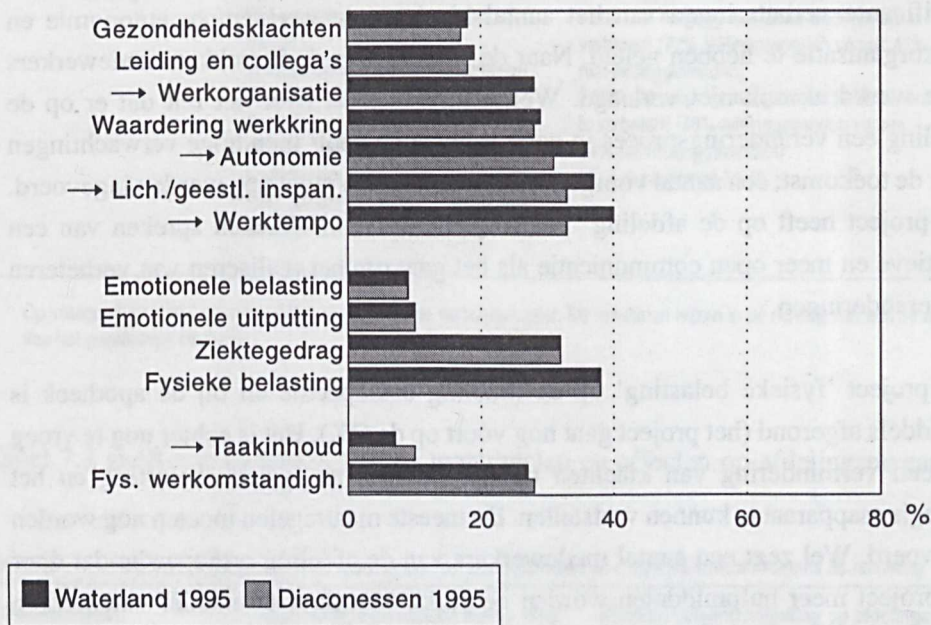
Het project 'fysieke belasting' op de afdeling orthopaedie en bij de apotheek is inmiddels afgerond (het project gaat nog voort op de OK). Het is echter nog te vroeg om een vermindering van klachten op het gebied van fysieke belasting en het bewegingsapparaat te kunnen vaststellen. De meeste maatregelen moeten nog worden ingevoerd. Wel zegt een aantal medewerkers van de afdeling orthopaedie dat door het project meer hulpmiddelen worden gebruikt, waardoor de manier van werken is veranderd en plezieriger is geworden.

7.2.1.2 Het Waterlandziekenhuis in vergelijking met het controleziekenhuis

In figuur 7.2 zijn de resultaten van de nameting in het Waterlandziekenhuis vergeleken met die van het Diaconessenhuis, uitgedrukt in het gemiddeld percentage klachten per onderzocht aspect (zie voetnoot 1). Een cijfermatig overzicht van de resultaten is opgenomen in bijlage 3.

In 1995 blijkt het Waterlandpersoneel significant gunstiger te oordelen over de taakhoud dan het personeel van het Diaconessenhuis. Op het gebied van autonomie, werkorganisatie, werktempo en lichamelijke en geestelijke inspanning, uit het Waterlandpersoneel nu echter significant meer klachten dan hun collega's van het controleziekenhuis.

Figuur 7.2 De resultaten van de nameting in het Waterlandziekenhuis in vergelijking met die van het Diaconessenhuis: uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een -> voor een bepaalde score duidt op een significant verschil tussen beide ziekenhuizen (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)

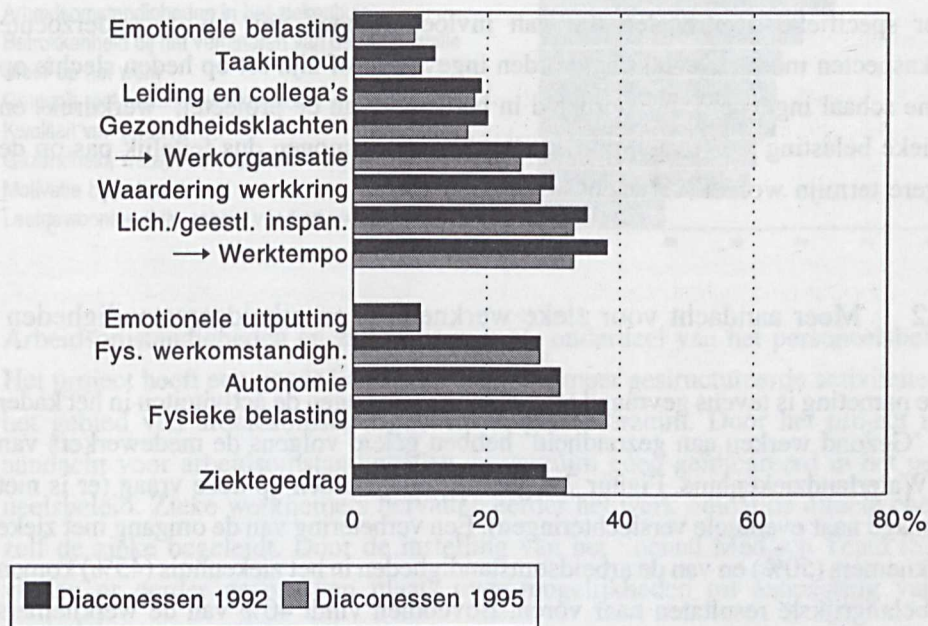


7.2.1.3 Verbeteringen in het controleziekenhuis

Een verklaring voor de verschillen tussen beide ziekenhuizen in 1995 kan wellicht gevonden worden in de ontwikkelingen die zich in de periode 1992-1995 in het Diaconessenhuis hebben voorgedaan. De nameting in het Diaconessenhuis levert eveneens een hoge respons (68%) die goed verdeeld is over de sectoren en afdelingen. In figuur 7.3 zijn de resultaten van de voor- en nameting voor het Diaconessenhuis weergegeven, uitgedrukt in het gemiddeld percentage klachten per onderzocht aspect (zie voetnoot 1).

Ook in dit ziekenhuis zijn ten opzichte van 1992 enkele significante verbeteringen opgetreden. De werknemers van Diaconessenhuis uiten in 1995 significant minder klachten op het gebied van de werkorganisatie en het werktempo. Deze verbeteringen hangen mogelijk samen met maatregelen die de afgelopen jaren zijn ingevoerd ter verbetering van de organisatie van het werk en de stijl van leidinggeven (zie paragraaf 6.5). Voor een cijfermatig overzicht van de resultaten wordt verwezen naar bijlage 3.

Figuur 7.3 De resultaten van het Diaconessenhuis op de voormeting (1992: n=455) en de nameting (1995: n=382) uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een -> voor een score duidt op een significant verschil ten opzichte van de voormeting in 1992 (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)



Concluderend kan op basis van de kwantitatieve vergelijking worden gesteld dat in het Waterlandziekenhuis -in vergelijking met 1992- significante verbeteringen zijn opgetreden in de werksituatie. Wellicht ten gevolge van de verbeteringen op taakhoud scoort het Waterlandziekenhuis nu ook significant gunstiger op dit aspect dan het Diaconessenhuis. In 1992 is de waardering voor de werkkring in het Waterlandziekenhuis nog significant ongunstiger dan in het Diaconessenhuis. Wellicht door de significante verbeteringen op dit aspect, is de situatie nu vergelijkbaar met die in het Diaconessenhuis. Daar staat tegenover dat het Diaconessenhuis nu significant gunstiger scoort op de aspecten lichamelijke en geestelijke inspanning, werkorganisatie, werktempo en autonomie.

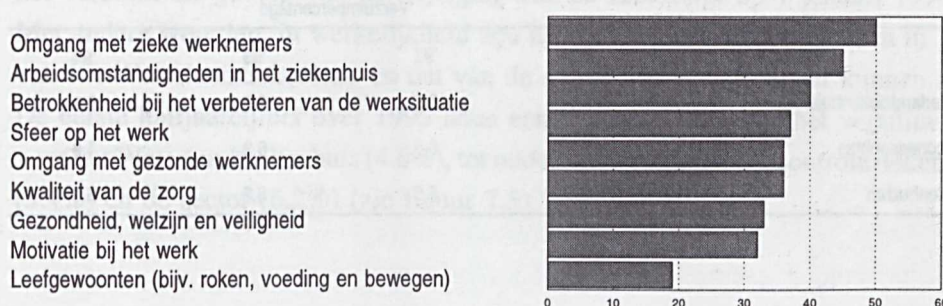
Hierbij moet worden opgemerkt dat ook het Diaconessenhuis een actief arbo- en verzuimbeleid heeft gevoerd in de afgelopen jaren. Het Diaconessenhuis is dan ook geen 'klassiek' controleziekenhuis. Van geen enkel ziekenhuis kan momenteel verwacht worden dat het vier jaar lang (de looptijd van het voorbeeldproject) geen maatregelen treft op dit terrein.

Een andere kanttekening betreft het feit dat in het Waterlandziekenhuis tot dusver voornamelijk maatregelen zijn genomen van meer algemene aard, zoals het uitwerken van het arbeidsomstandighedenbeleid, het vaststellen en invoeren van procedures op het gebied van verzuimbegeleiding en controle en trainingen voor leidinggevenden. Meer specifieke maatregelen die van invloed kunnen zijn op de onderzochte werkaspecten moeten veelal nog worden ingevoerd (of zijn tot op heden slechts op kleine schaal ingevoerd, bijvoorbeeld in het kader van de projecten 'werkdruk' en 'fysieke belasting'). Effecten op deze werkaspecten mogen dus feitelijk pas op de langere termijn worden verwacht.

7.2.2 Meer aandacht voor zieke werknemers en arbeidsomstandigheden

In de nameting is tevens gevraagd tot welke verbeteringen de activiteiten in het kader van 'Gezond werken aan gezondheid' hebben geleid volgens de medewerkers van het Waterlandziekenhuis. Figuur 7.4 geeft de antwoorden op deze vraag (er is niet gevraagd naar eventuele verslechtingen). Een verbetering van de omgang met zieke werknemers (50%) en van de arbeidsomstandigheden in het ziekenhuis (45%) komen als belangrijkste resultaten naar voren. Bovendien vindt 40% van de werknemers dat de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie is toegenomen en is 37% van mening dat de sfeer op het werk is verbeterd. Ruim eenderde signaleert een verbetering van de omgang met gezonde werknemers en een verbetering in de kwaliteit van de zorg. Daarnaast hebben de activiteiten voor eenderde van de werknemers in positieve zin bijgedragen aan de gezondheid, het welzijn en de veiligheid en aan de motivatie bij het werk. De activiteiten in het kader van het project hebben nog maar beperkt invloed gehad op de leefgewoonten. Dit is niet vreemd omdat maatregelen op dit gebied nog moeten worden ingevoerd (zie paragraaf 6.1).

Figuur 7.4 Mening van de werknemers van het Waterlandziekenhuis (in percentages) over de opbrengsten van het project 'Gezond werken aan gezondheid' (nameting, n=612). Alle aspecten duiden op 'verbeteringen in/met'.



Arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim als onderdeel van het personeelsbeleid
 Het project heeft een goede basis gegeven voor meer gestructureerde activiteiten op het gebied van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim. Door het project is de aandacht voor arbeidsomstandigheden en verzuim goed geïntegreerd in het personeelsbeleid. Zieke werknemers hervatten eerder het werk omdat de directe chef nu zelf de zieke begeleidt. Door de instelling van het Sociaal Medisch Team (SMT) vinden er eerder gesprekken plaats over mogelijkheden tot aanpassing van de werkplek.

7.2.3 Een daling van het ziekteverzuim

In de tabellen 7.3 tot en met 7.5 zijn de verzuimgegevens (exclusief zwangerschapsverlof) van het Waterlandziekenhuis, het Diaconessenhuis en de Nederlandse ziekenhuizen (exclusief Academische ziekenhuizen; bron BVG) weergegeven over de periode 1991-1994.

Tabel 7.3 laat zien dat het verzuimpercentage in het Waterlandziekenhuis bij de start van het project hoger ligt dan in het controleziekenhuis en fors hoger is dan in de sector. Beide verschillen zijn significant. Sinds 1991 is het verzuimpercentage in het Waterlandziekenhuis echter sterk aan het dalen; met name tussen 1991 en 1992. 1993 laat een geringe stijging zien, waarschijnlijk samenhangend met twee griepgolven in dat jaar, hetgeen ook het hogere cijfer in de sector verklaart. In 1994 benadert het verzuimpercentage het cijfer voor de sector.

Tabel 7.3 Verzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof) over de periode 1991-1994 van het Waterlandziekenhuis, het Diaconessenhuis (controleziekenhuis) en de Nederlandse ziekenhuizen (bron: BVG, exclusief academische ziekenhuizen)

	Verzuimpercentage			
	'91	'92	'93	'94
Waterlandziekenhuis	8.9	6.5	6.7	5.8
Diaconessenhuis	7.1	6.5	6.3	4.9
Ziekenhuizen	6.5	5.5	5.8	5.3

Tabel 7.4 Gemiddelde verzuimduur (exclusief zwangerschapsverlof) over de periode 1991-1994 van het Waterlandziekenhuis, het Diaconessenhuis (controleziekenhuis) en de Nederlandse ziekenhuizen (bron: BVG, exclusief academische ziekenhuizen)

	Gemiddelde duur			
	'91	'92	'93	'94
Waterlandziekenhuis	-"	13.5	14.2	13.7
Diaconessenhuis	11.6	10.6	9.1	10.6
Ziekenhuizen	11.4	12.1	11.4	12.8

Tabel 7.5 Meldingsfrequentie (exclusief zwangerschapsverlof) over de periode 1991-1994 van het Waterlandziekenhuis, het Diaconessenhuis (controleziekenhuis) en de Nederlandse ziekenhuizen (bron: BVG, exclusief academische ziekenhuizen)

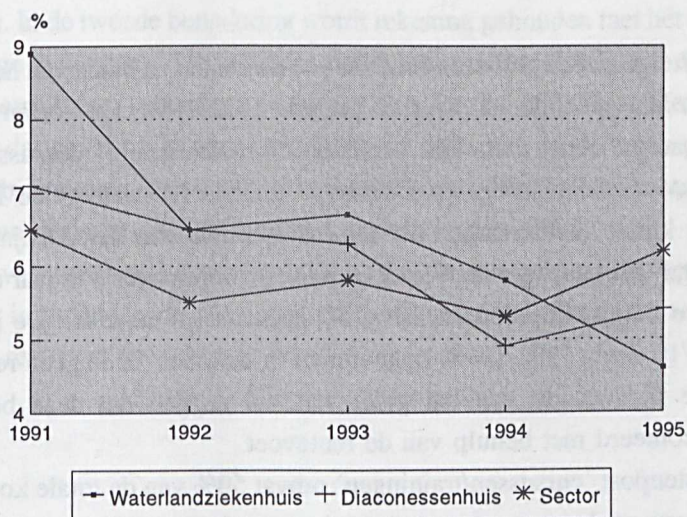
	Meldingsfrequentie			
	'91	'92	'93	'94
Waterlandziekenhuis	2.4 ²	1.7	1.8	1.5
Diaconessenhuis	2.2	2.2	2.2	1.7
Ziekenhuizen	1.9	1.7	1.9	1.5

Verder daalt in het Waterlandziekenhuis ook de meldingsfrequentie terwijl de gemiddelde duur stabiel blijft (tabel 7.4 en 7.5). Deze laatste twee gegevens indiceren dat het verzuim over de gehele linie daalt, dus zowel het kort, het middellang als

** Van het Waterlandziekenhuis zijn geen gegevens beschikbaar over de gemiddelde duur en de meldingsfrequentie over 1991. De meldingsfrequentie over 1991 betreft een schatting.

het langdurig verzuim^{***}. Overigens moet worden opgemerkt dat de cijfers voor de sector in 1994 mogelijk aan de lage kant zijn vanwege een onderrapportage van het verzuim als gevolg van de wijziging van de Ziektewet op 1 januari 1994^{****}. Met andere woorden, in werkelijkheid zou het verschil tussen het verzuim in 1994 van het Waterlandziekenhuis en dat van de sector wel eens geringer kunnen zijn. De eerste halfjaarcijfers over 1995 laten een verdere daling van het verzuim zien voor het Waterlandziekenhuis (4.6%), tot onder het niveau van het controleziekenhuis (5.4%) en de sector (6.2%) (zie figuur 7.5).

Figuur 7.5 Verzuimpercentage over de periode 1991-1994 en de eerste halfjaarcijfers over 1995 van het Waterlandziekenhuis, het Diaconessenhuis en de Nederlandse ziekenhuizen (Bron: BVG; exclusief academische ziekenhuizen)



^{***} In het algemeen geldt dat wanneer alleen het kortdurend verzuim afneemt, de gemiddelde duur fors stijgt. Wanneer alleen het langdurig verzuim afneemt, daalt de meldingsfrequentie vrijwel niet en moet de gemiddelde duur sterker dalen dan hier het geval is.

^{****} Sinds 1 januari 1994 moeten grote bedrijven de eerste zes weken zelf hun ziektekosten betalen. Het gevolg daarvan is dat veel kortstondig verzuim niet meer aan de bedrijfsverenigingen wordt gemeld, waardoor ziektecijfers van de bedrijfsverenigingen minder betrouwbaar geworden zijn (Volkskrant 13 mei 1995). Uit het registratiesysteem van TNO -dat niet gevoelig is voor onderrapportage- blijkt dat het ziekteverzuim sinds de wijziging van de Ziektewet met 20 procent gedaald is van 6,3 in 1993 naar 5 procent in 1994.

7.2.4 Cultuuromslag

Als gevolg van het project en de vele maatregelen die genomen zijn -en nog genomen zullen worden- bestaat er bij veel medewerkers het idee dat in dit ziekenhuis veel mogelijk is. Vooral op afdelingen waar inmiddels concrete maatregelen zijn genomen, staan medewerkers 'positief kritischer' ten opzichte van hun werksituatie en is men minder afwachtend als het gaat om het doorvoeren van verbeteringen. In het algemeen geldt dat medewerkers door het project beter op de hoogte zijn van wat zich op de verschillende afdelingen in het ziekenhuis afspeelt, hetgeen heeft geleid tot meer onderling begrip en een verbeterde sfeer in het ziekenhuis.

7.3 Kosten baten

Tabel 7.6 geeft een globaal overzicht van de kosten en baten van het project 'Gezond werken aan gezondheid' over de periode 1992-1994. De kosten zijn ingedeeld in drie categorieën, namelijk technische maatregelen, cursussen/trainingen en organisatorische maatregelen. De meeste 'technische maatregelen' hebben betrekking op vrij kleine investeringen die ten laste komen van het boekjaar waarin zij zijn gepleegd. Investeringsbedragen boven de f 5000,- worden over tien jaar afgeschreven. Het gaat om de apotheekdeuren, het CTG apparaat en de tillift. De investeringen zijn voor 3/10 deel (1992-1994) opgenomen in de tabel. Er is geen rekening gehouden met de tijds waarde van het geld, wat wil zeggen dat deze bedragen niet zijn verdisconteerd met behulp van de rentevoet.

De kostenpost 'cursussen/trainingen' omvat 50% van de totale kosten. Het gaat om trainingen zoals omgang met agressie, verzuimgesprekken, stressmanagement en dergelijke. Naast de kosten van de inschakeling van externe cursusbureau's is de tijdsbesteding (tijd maal gemiddeld loon) opgenomen van alle medewerkers die een dergelijke cursus of training gevolgd hebben. Deze kostenpost is weliswaar ten laste gekomen van de jaren 1992-1994, maar de verwachting is dat de 'baten' van het volgen van dergelijke cursussen en trainingen de komende jaren nog merkbaar zullen zijn. De huidige baten kunnen niet nader worden gekwantificeerd en zijn derhalve niet in de tabel opgenomen.

De kostenpost 'organisatorische maatregelen' omvat 46% van de totale kosten. De kosten worden net als bij cursussen/trainingen vooral veroorzaakt door de tijdsbesteding van de betrokken medewerkers. Er is een uitsplitsing gemaakt in eenmalige en terugkerende kosten. Eenmalige kosten betreffen het opzetten van overlegstructuren, het vastleggen van taken en dergelijke. De terugkerende kosten

hebben betrekking op de loonkosten van de aangestelde milieu/arbocoördinator, deelname aan overleg etcetera. De terugkerende kosten zijn voor drie jaar op de balans opgenomen (jaarbedrag maal drie).

Aan de baten-kant van de tabel zijn alleen de gerealiseerde kostenbesparingen opgenomen als gevolg van de daling van het ziekteverzuim. Het verzuim en bijbehorende kosten uit 1991 gelden hierbij als 'nulsituatie'. In 1991 ligt het ziekteverzuimpercentage op 8,9%. Elk procent verzuimreductie in jaren 1992-1994 levert een besparing op van f 340.000,- (uitgaande van het feit dat de kosten van 1% verzuim overeenkomen met 1% van de brutoloon som die in 1991 f 34 miljoen bedraagt). Er is nog geen rekening gehouden met baten zoals een verbeterde werksfeer of gestegen produktiviteit.

Er worden nu twee benaderingen gekozen. In het eerste geval wordt simpelweg het verschil tussen de kosten en de baten over 1992-1994 berekend: een positief resultaat van f 1.4 miljoen. In de tweede benadering wordt rekening gehouden met het dalende verzuimpercentage in de sector (Nederlandse ziekenhuizen; bron BVG). Als daarvoor wordt 'gecorrigeerd' (netto schatting), bedragen de baten f 1.632.000,-. Met andere woorden, ook in dat geval blijkt het verschil tussen de kosten en de baten positief: f 460.275,-. Hierbij moet worden opgemerkt dat de 'kosten-kant' niet is gecorrigeerd voor investeringen die gebruikelijk worden gemaakt in de sector.

Er is dus sprake van een positief resultaat. Hierbij is de verwachting dat het pakket van maatregelen in de komende jaren nog meer vruchten zal afwerpen, waardoor het uiteindelijke resultaat wellicht nog positiever uitpakt.

Tabel 7.6 Overzicht van kosten en baten van het project 'Gezond werken aan gezondheid' over de periode 1992-1994

Kosten van maatregelen 1992-1994 (in guldens) (totale afschrijvingstermijn is tussen haakjes vermeld)		Baten 1992-1994 (in guldens)	
Technische maatregelen		Opbrengsten als gevolg van verzuimdaling: Bruto-schatting (niet gecorrigeerd voor daling in de sector):	
- aanpassingen patiënten toilet	2.000,-	- verzuim 1991 = 8.9%	
- automatische deuren apotheek (10 jaar)	3.000,-	(kosten: 3.026.000,-)	
- karretje t.b.v. vervoer dossiers	2.000,-	- verzuimdaling 1992:	
- archiefdozen met handvatten	300,-	8.9% - 6.5% = 2.4 x 340.000,-	816.000,-
- CTG-apparaat (10 jaar)	30.000,-	- verzuimdaling 1993:	
- tillift (10 jaar)	1.800,-	8.9% - 6.7% = 2.2 x 340.000,-	748.000,-
- elektronische afslagapparatuur	5.000,-	- verzuimdaling 1994:	
- aanpassing beeldschermwerkplekken	2.700,-	8.9% - 5.8% = 3.1 x 340.000,-	1.054.000,-
Cursussen en trainingen		Totaal bruto	2.618.000,-
- omgaan met kritiek			
- functioneringsgesprekken			
- verzuimbeleid			
- leidinggeven			
- stressmanagement			
- omgaan met agressie en geweld			
<i>Totaal:</i>	579.330,-		
Organisatorische maatregelen		Netto schatting (gecorrigeerd voor daling in de sector)	
<i>Eenmalig:</i>		- verzuimdaling 1992:	
- vastleggen taken		2.4 - 1.0 (daling sector) = 1.4 x 340.000,-	476.000,-
- opzetten overlegstructuren		- verzuimdaling 1993:	
<i>Totaal eenmalige kosten:</i>	79.155,-	2.2 - 0.7 (daling sector) = 1.5 x 340.000,-	510.000,-
<i>Jaarlijks terugkerend (x 3 jaar):</i>		- verzuimdaling 1994:	
- taken milieu/arbocoördinator		3.1 - 1.2 (daling sector) = 1.9 x 340.000,-	646.000,-
- deelname aan overleg			
- lekencontrole bij verzuim			
<i>Totaal jaarlijks terugkerende kosten:</i>	466.440,-		
Totaal	1.171.725,-	Totaal netto	1.632.000,-

7.4 Conclusies

De evaluatie van het project 'Gezond werken aan gezondheid' laat zien dat de opbrengsten van het project aanzienlijk zijn:

1. Uit de nameting blijkt dat het Waterlandpersoneel in 1995 beduidend gunstiger oordeelt over een aantal werkaspecten (taakinhoud, emotionele belasting en waardering werkkring) dan in 1992. Bovendien worden nu minder klachten geuit over de beschikbare hulpmiddelen, het functioneren van het werkoverleg en het op de hoogte gehouden worden van wat er in het ziekenhuis speelt. Hier staat tegenover dat nu aanzienlijk meer klachten worden geuit op het gebied van werktempo.

Ook het controleziekenhuis blijkt -in vergelijking met 1992- een aantal verbeteringen te hebben gerealiseerd in de werksituatie (met name op het gebied van werkorganisatie en werktempo). Hierbij speelt mogelijk een rol dat het controleziekenhuis de afgelopen jaren eveneens een actief arbo- en verzuimbeleid heeft gevoerd. Bovendien geldt dat de ingevoerde maatregelen in het Waterlandziekenhuis over het algemeen voorwaardescheppend zijn geweest (arbobeleid, verzuimprocedures, trainingen voor leidinggevenden) voor de nog in te voeren meer specifieke maatregelen (bijvoorbeeld op het gebied van werkdruk, fysieke belasting, stijl van leidinggeven etcetera).

2. Werknemers van het Waterlandziekenhuis zijn van mening dat als gevolg van het project verbeteringen zijn opgetreden in onder meer: de omgang met zieke werknemers, de arbeidsomstandigheden in het ziekenhuis, de betrokkenheid bij het verbeteren van de werksituatie, de motivatie bij het werk, de kwaliteit van de zorg en de sfeer op het werk.
3. Het ziekteverzuim in het ziekenhuis is sinds de start van het project in 1991 sterk aan het dalen. In 1994 benadert het verzuimpercentage het cijfer voor de sector. De voorlopige cijfers voor 1995 laten een verdere daling zien voor het Waterlandziekenhuis tot onder het niveau van het controleziekenhuis en de sector.
4. De kosten-baten analyse van het project laat een positief resultaat zien van f 1.4 miljoen gulden over de periode 1992-1994. Ook wanneer rekening wordt gehouden met het dalende verzuim in de sector (Nederlandse ziekenhuizen) blijkt er sprake van een positief resultaat van circa f 460.000,-

De genoemde ontwikkelingen en opbrengsten zijn slechts de voorlopige resultaten van het project 'Gezond werken aan gezondheid'. Aangenomen mag worden dat de huidige ontwikkelingen zich verder in positieve richting doorzetten. Temeer daar de komende jaren nog tal van maatregelen voorzien zijn en het feit dat ook het huidige pakket van maatregelen nog verder haar vruchten zal afwerpen.

7.5 Afronding van het project en follow-up in het Waterlandziekenhuis

Het project is eind oktober 1995 formeel afgerond door middel van een afsluitende themamiddag voor het voltallig personeel. De activiteiten tijdens de themamiddag zijn weergegeven in het kader. Voorafgaand aan de themamiddag hebben de afdelingshoofden het eindverslag van het project 'Gezond werken aan gezondheid' besproken in een speciaal hiervoor gepland werkoverleg op de afdeling. Het

eindverslag is geschreven door de voorzitter van de stuurgroep mede op basis van de eindrapportage van TNO-PG.

Activiteiten tijdens de themamiddag 30 oktober 1995

Het programma vindt plaats vanaf 16.00 uur in het personeelsrestaurant. Er zijn -net als op de themadag van 12 oktober 1994- tal van stands opgesteld met informatie over de verschillende deelprojecten. Tevens kunnen geïnteresseerde medewerkers zich aanmelden voor de cursussen op het gebied van 'stoppen met roken' en 'gezonde voeding'.

De directeur algemene zaken houdt een korte toespraak waarin hij kort ingaat op de resultaten van het project 'Gezond werken aan gezondheid'. Verder benadrukt hij dat het belangrijk is dat medewerkers zelf betrokken zijn bij het verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Dit vanuit de opvatting 'betere mensen, betere zorg'.

Vervolgens wordt de eerste 'arbojaarprijs' uitgereikt aan de afdeling radiologie omdat deze afdeling zelf het initiatief heeft genomen voor een simpele maar doeltreffende verandering van de karretjes waarmee röntgenmappen worden vervoerd (het karretje is aan de bovenzijde voorzien van een transparante plaat waardoor de mappen direct te zien zijn en men er niet -zoals voorheen- onder hoeft te kruipen om een goede map eruit te halen). De arbojaarprijs (een wisseltrofee en een door de afdeling te kiezen kunstwerk uit de kunsttuileen) is ingesteld om uit te drukken dat het ziekenhuis zo'n eigen initiatief van medewerkers waardeert.

Aansluitend worden korte toespraken gehouden door respectievelijk de voorzitter van de stuurgroep 'Gezond werken aan gezondheid', de voorzitter van de OR en de adviseur van TNO-PG. Tevens worden alle stuurgroepleden voor al hun inspanningen in de bloemen gezet.

Ter afsluiting ontvangen alle aanwezigen een kleine attentie en wordt iedereen getraceerd op een warm- en koud buffet.

Het project is weliswaar afgerond maar het ziekenhuis gaat voort op de ingeslagen weg en besteedt de komende jaren verder aandacht aan de gezondheid van de werknemers en het terugdringen van het ziekteverzuim. Het managementteam houdt een coördinerende taak in het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het verlagen van het ziekteverzuim, daarin ondersteund door de arbocommissie -die de taak van de stuurgroep overneemt- en de VGW-commissie. Leidinggevend en gaan een steeds belangrijker rol spelen in het daadwerkelijk verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het beheersen van het verzuim. Daarin staan ze niet alleen maar kunnen ze rekenen op actieve ondersteuning van verschillende partijen in en buiten het ziekenhuis, zoals: de arbocommissie, de arbo/milieu-coördinator, de adviseur fysieke belasting, de afdeling personeelszaken, de bedrijfsarts, de arbodienst waarbij het ziekenhuis sinds kort is aangesloten en eventuele andere externe deskundigen.

Foto's themamiddag 30 oktober 1995

Foto 7.1 Voorlichting over stoppen met roken



Foto 7.2 Training omgaan met agressie



8. Lessen

Op basis van de gesprekken met de stuurgroepleden en de evaluatie van het totale project en enkele deelprojecten (tot op heden zijn alleen het project 'werkdruk' en het project 'fysieke belasting' geëvalueerd), worden in paragraaf 8.1 en 8.2 factoren besproken die belemmerend danwel bevorderend hebben gewerkt op de voortgang en de resultaten van het project 'Gezond werken aan gezondheid'.

8.1 Belemmerende factoren

Participatie

Hoewel in het project de participatie van alle partijen in het ziekenhuis beoogd werd, blijkt dit in de praktijk moeilijk te realiseren. Uit gesprekken met de stuurgroepleden blijkt dat het middenkader zich onvoldoende betrokken voelt bij het project en bij de activiteiten gericht op het terugdringen van het verzuim. De aanwezigheid van de stuurgroep vormt zelfs een excuus om niet zelf actief bezig te zijn met het ziekteverzuim.

Ook blijkt het moeilijk de 'werkvloer' actief te betrekken bij de activiteiten van de stuurgroep. Het opnemen van vertegenwoordigers van het uitvoerend personeel in de stuurgroep blijkt achteraf niet zonder problemen. Er is een groot verschil in kennis en vaardigheden tussen de verschillende stuurgroepleden. De uitvoerende medewerkers blijken vaak onvoldoende toegerust om actief deel te nemen aan de discussies in de stuurgroep, hetgeen hen regelmatig het idee geeft 'niet mee te kunnen komen'. Aan de andere kant beschikken de vertegenwoordigers van het managementteam veelal over uitgebreide achtergrondinformatie over de te bespreken onderwerpen, waardoor zij vaak het idee hebben dat de stuurgroepvergaderingen traag verlopen.

Ook in de kleinschaliger deelprojecten blijkt het soms moeilijk om de participatie van alle partijen te realiseren. Het project 'werkdruk' op de interne verpleegafdeling blijft in de ogen van alle betrokkenen te lang een project van de leiding. In eerste instantie bestaan de projectgroep en werkgroepen voornamelijk uit het afdelingshoofd en de vijf teamleiders. Slechts incidenteel worden anderen (hoofden van andere afdelingen en medewerkers) geraadpleegd. Daardoor voelen de uitvoerende medewerkers zich weinig betrokken bij het project. Ook andere afdelingen voelen zich weinig betrokken bij de gang van zaken in het project werkdruk. Ze tonen weinig bereidheid tot meedenken over oplossingen voor de problemen die bestaan tussen

de eigen en de interne afdeling. De bereidheid om voor de interne afdeling een uitzondering te maken op een standaard werkwijze is gering.

Bevoegdheden

Een ander knelpunt vormt het mandaat van de stuurgroep. Hoewel het managementteam met drie personen in de stuurgroep vertegenwoordigd is, blijkt de stuurgroep niet in de gelegenheid zelf beslissingen te nemen. Deze worden op basis van notities van de stuurgroep genomen in het managementteam. Vooral in het begin van het project worden deze stukken nogal eens teruggestuurd naar de stuurgroep voor aanvullingen of correcties, wat een vertragend effect heeft op de voortgang van het project. Gedurende het project verandert deze werkwijze en toetst het managementteam de voorgestelde beslissingen alleen nog op hoofdlijnen om ze vervolgens door de stuurgroep verder te laten uitwerken. Enkele stuurgroepleden zijn van mening dat het goed is dat het managementteam de uiteindelijke beslissingen neemt, omdat het managementteam hierdoor betrokken blijft bij het project.

In het project 'werkdruk' blijkt er sprake van onduidelijkheid over de rol en bevoegdheden van de vertegenwoordiger van de medisch specialisten in de projectgroep. Hierdoor worden de medisch specialisten onvoldoende geïnformeerd over de voorstellen voor veranderingen en is er sprake van onrust en weerstand bij enkele specialisten op het moment dat de projectgroep bepaalde maatregelen in gang wil zetten.

Ook over de bevoegdheden van de werkgroepen (die verbeteringsvoorstellen uitwerken in het kader van het project werkdruk), blijken vooraf geen duidelijke afspraken te zijn gemaakt. Werkgroepen mogen niet zelfstandig verbeteringen invoeren, maar moeten hiervoor eerst toestemming vragen aan de projectgroep. Hierdoor wordt de implementatie van maatregelen nogal eens vertraagd, waardoor de motivatie van de betrokken medewerkers dreigt af te nemen.

Planning

De lange periode tussen de probleemanalyse -de voormeting- en de feitelijke invoering van maatregelen (ruim één jaar) blijkt een belangrijke belemmerende factor als het gaat om het in stand houden van een draagvlak voor het totale project. Nadat de gegevens van de voormeting bekend zijn, blijkt het lastig vast te stellen wanneer al dan niet sprake is van een knelpunt. De stuurgroep kiest voor een vrij arbitraire grens van 20%, wat wil zeggen dat een item uit de vragenlijst als knelpunt wordt gezien als tenminste 20% van de ondervraagde werknemers daarover een klacht uit. Vervolgens is vrij uitgebreid gesproken over criteria om prioriteiten te kunnen stellen. Uiteindelijk besluit de stuurgroep om alle gesignaleerde knelpunten aan te pakken.

De volgorde waarin dit gebeurt, wordt vooral bepaald door de mate waarin de problemen en oplossingsrichtingen helder zijn en of er voldoende mankracht beschikbaar is om de activiteiten uit te voeren. Deze werkwijze heeft tot gevolg dat het na het vragenlijstonderzoek te lang duurt voordat de werknemers weer wat horen over het project. Daardoor is men nogal terughoudend ten aanzien van de voortgang van het project.

Ook bij de projecten 'fysieke belasting' op de afdeling orthopaedie, bij de apotheek en de OK, zien de betrokken medewerkers de lange tijd die verstrikt tussen het kiezen van maatregelen en de feitelijke invoering ervan als een minder sterke kant van het project. Hierdoor dreigt de waardering voor de projecten -na een aanvankelijk zeer positief oordeel- weer wat af te nemen.

Het moment waarop het project 'Werkdruk' op de interne afdeling van start gaat, blijkt achteraf weinig gelukkig gekozen. De interne afdeling heeft op dat moment net een reorganisatie achter de rug waarbij de afdeling van zes naar vijf units is teruggebracht en waarbij teams opnieuw zijn samengesteld. Hierdoor zijn de medewerkers aanvankelijk weinig enthousiast voor het project 'werkdruk' dat mogelijk nieuwe wijzigingen in de organisatie van het werk tot gevolg heeft.

8.2 Bevorderende factoren

Consensus om het ziekteverzuim aan te pakken

Het verzoek van TNO-PG aan het ziekenhuis om aan het voorbeeldproject deel te nemen is op het juiste moment gekomen. In het ziekenhuis bestaat op dat moment voldoende consensus om het ziekteverzuim aan te pakken en is het juist bezig een structuur te organiseren waarin een dergelijk project kan plaatsvinden. Daardoor kan het ziekenhuis voldoen aan de door de opdrachtgevers van TNO gestelde eisen, terwijl tegelijkertijd optimaal gebruik kan worden gemaakt van de ondersteuning die vanuit het onderzoek wordt geboden.

De systematische aanpak

De systematische aanpak van het project blijkt van groot belang om op een gestructureerde wijze aandacht te besteden aan de vermindering van het ziekteverzuim. Door middel van de 'Kick-off' geeft het ziekenhuis aan het personeel te kennen dat het serieus 'werk gaat maken' van het terugdringen van het verzuim. De gesprekken met sleutelfiguren aan het begin van het project, geven al in een vroeg stadium een indruk van de knelpunten binnen het ziekenhuis. Het vragenlijstonderzoek heeft dit beeld nader gekwantificeerd, zowel wat betreft risicofactoren als risicogroepen. Het heeft

ook een legitimerend effect ten aanzien van de aan te pakken knelpunten, omdat in het vragenlijstonderzoek iedere medewerker de kans heeft gekregen om de werksituatie te beoordelen. Bovendien verschaft het onderzoek informatie over meer gevoelige onderwerpen, zoals de wijze van leidinggeven, de ondersteuning door collega's en zaken als discriminatie en seksuele intimidatie.

De nameting heeft het overzicht van risicofactoren en risicogroepen geactualiseerd, en kan als zodanig als uitgangspunt dienen voor het uitwerken van verdere actieplannen in het kader van het arbo- en verzuimbeleid.

Betrokkenheid van leidinggevend en werknemers

Door de cursus verzuimbegeleiding voor leidinggevenden en de 'Handleiding Ziekteverzuimbegeleiding' is de betrokkenheid van de leidinggevenden bij het terugdringen van het ziekteverzuim vergroot. De verwachting is dat wanneer leidinggevenden in de nabije toekomst verantwoordelijk worden voor het verzuim op hun afdeling, deze betrokkenheid nog verder toeneemt.

Het betrekken van werknemers bij deelprojecten blijkt van groot belang voor het creëren van een draagvlak voor verbeteringen en het daadwerkelijk implementeren van maatregelen. De direct betrokken werknemers zijn onmisbaar bij het bedenken van verbeteringen omdat ze dagelijks met de gesignaleerde knelpunten te maken hebben en uiteindelijk ook in de verbeterde situatie moeten werken. In het project 'fysieke belasting' bijvoorbeeld, zijn de medewerkers van begin af aan nauw betrokken geweest bij de nadere probleemdefinitie en de keuze en implementatie van oplossingen. Een dergelijke aanpak -waarbij de inbreng van de medewerkers en hun leidinggevende een grote rol speelt- wordt door de betrokkenen erg gewaardeerd.

Ook de 'Kick-off', de daarop volgende afdelingsgewijze bijeenkomsten en de themadag tijdens en bij de afronding van het project, blijken prima middelen om werknemers (meer) te betrekken bij het project. Met de 'Kick-off' en de afdelingsbijeenkomsten wordt een draagvlak gecreëerd voor het project. Tijdens de themadag - enkele maanden voor de evaluatie- is het hele ziekenhuis uitgebreid op de hoogte gebracht van alle activiteiten van de stuurgroep en de arbocommissie. Veel medewerkers blijken enthousiast om te vertellen wat er op de eigen afdeling heeft plaatsgevonden en wat men bereikt heeft.

De themamiddag ter afsluiting van het project geeft een goede aanzet voor de follow-up activiteiten in de komende jaren.

Spin-off effecten

Het spin-off effect van het project is ook groot. Zo worden lopende het project -mede op basis van de bevindingen in de voormeting- de uniformen vernieuwd met de mogelijkheid om lange broeken te dragen voor de verpleegkundigen, er komt een nieuw beloningsbeleid er is een vertrouwenspersoon sexuelle intimidatie aangesteld. Deze zaken zouden wellicht ook zonder het project zijn ingevoerd, maar pas op langere termijn.

Tabel 8.1 geeft in het kort een overzicht van de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in het project.

Tabel 8.1 Belemmerende en bevorderende factoren in het project 'Gezond werken aan gezondheid'

Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Geringe betrokkenheid van het middenkader bij het project en de activiteiten om verzuim terug te dringen	Voldoende commitment in het ziekenhuis om ziekteverzuim aan te pakken
Veel verschillende deskundigheidsniveau's in de stuurgroep waardoor deze te omvangrijk is en weinig slagvaardig	Het op een gestructureerde wijze aanpakken van de vermindering van het verzuim door middel van een project
Onduidelijkheid over het mandaat van stuurgroepleden die tevens zitting hebben in het managementteam	Het kwantificeren van risicofactoren en -groepen door middel van een vragenlijstonderzoek
Teveel tijd tussen probleemanalyse en uitvoering van maatregelen	Cursus verzuimbegeleiding voor leidinggevend en 'Handleiding Ziekteverzuimbegeleiding'
Onduidelijkheid over wanneer iets een knelpunt is en hoe nadere prioritering van maatregelen plaatsvindt	Betrekken van werknemers bij de uitvoering van deelprojecten
Onvoldoende betrokkenheid van werknemers bij het project	Organiseren van een arbo/verzuim-themadag voor alle werknemers
	Door het project zijn bepaalde maatregelen sneller ingevoerd (spin off effect)

8.3 Suggesties voor toekomstige projecten

Het project 'Gezond werken aan gezondheid' heeft mede tot doel de methodiek van integrale gezondheidsbevordering (zie paragraaf 1.2) verder uit te werken en overdraagbaar te maken naar andere instellingen en organisaties. Daarom worden tot slot suggesties gegeven voor toekomstige projecten op dit gebied. Bij het formuleren van de suggesties is tevens gebruik gemaakt van recente ervaringen in soortgelijke preventieprojecten (Gründemann e.a., 1993, Kompier e.a., in voorbereiding, Smulders, in voorbereiding).

Bij de factoren die van belang zijn voor het welslagen van preventieprojecten kan onderscheid worden gemaakt in factoren die een rol spelen bij de voorbereiding van het project (paragraaf 8.3.1) en factoren die een rol spelen bij de uitvoering ervan (paragraaf 8.3.2).

8.3.1 Factoren bij de voorbereiding

Ondersteuning van het project door verschillende partijen binnen de organisatie

Voorwaarde voor een preventieproject is dat alle partijen binnen de organisatie (management, staffunctionarissen, leidinggevenden (afdelingshoofden en teamleiders) en uitvoerend personeel) het erover eens zijn dat het ziekteverzuim een probleem is en dat men dit probleem wil aanpakken. Een startbijeenkomst (Kick-off) kan een middel zijn om alle betrokkenen 'op één lijn te krijgen'.

Hierbij dient men zich te realiseren dat alle partijen in de organisatie belang hebben bij het slagen van een dergelijk project. Het management bijvoorbeeld omdat een vermindering van het verzuim de beschikbare capaciteit vergroot en een positief effect heeft op de continuïteit en kwaliteit van het (zorg)proces. De staffunctionarissen omdat in een preventieproject op een systematische wijze aandacht wordt geschonken aan de achtergronden van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid waardoor de eigen capaciteit gericht en doelmatiger kan worden ingezet. De leidinggevenden omdat structurele knelpunten in het werk worden aangepakt en zij ondersteuning kunnen krijgen bij de controle en begeleiding van zieke werknemers. De uitvoerende werknemers omdat in het kader van een preventieproject geïnventariseerd wordt welke knelpunten zij in het werk ervaren en maatregelen worden genomen om deze op te lossen.

De samenstelling van de projectgroep

Bij het samenstellen van de projectgroep dient vooraf goed te worden overwogen welke partijen hierin vertegenwoordigd moeten zijn. Veelal zal volstaan kunnen worden met een kleine vaste kern waarin het management, personeelszaken en de ondernemingsraad zijn vertegenwoordigd. Een dergelijke projectgroep heeft dan met name een coördinerende en ondersteunende taak, zoals het vaststellen van activiteiten en het verdelen van de verantwoordelijkheden voor de verschillende onderdelen. Afhankelijk van de fase waarin het project verkeert, kan deskundige inbreng vanuit andere disciplines worden gemobiliseerd en aan de projectgroep worden toegevoegd. Op deze wijze kan gericht gebruik gemaakt worden van de beschikbare deskundigheid in de organisatie.

Overwogen kan worden om een stuurgroep alleen aan het begin van het project actief te laten, bijvoorbeeld tot en met de probleemanalyse en prioriteitstelling. Bij het kiezen van maatregelen kan de verantwoordelijkheid voor het verdere verloop van het project dan bij 'de lijn' worden gelegd. Hierbij zou een nieuwe 'projectgroep' kunnen worden samengesteld op afdelingsniveau, waarin de betreffende leidinggevende(n) en het uitvoerend personeel vertegenwoordigd zijn (zie ook participatie van leiding en werknemers).

De participatie van de leiding en de werknemers

Zowel het topmanagement als de leidinggevenden en werknemers dienen betrokken te zijn bij de ontwikkeling van het preventiebeleid. De reguliere overlegsituaties (zowel van het managementteam als van de leidinggevenden en het werkoverleg op afdelingen) bieden een goede gelegenheid om informatie uit te wisselen en wensen en ideeën naar voren te brengen. Op deze wijze kan ook concreet gebruik gemaakt worden van de kennis en ervaring die in de organisatie aanwezig is.

Bovendien zouden leidinggevenden al vanaf het begin van een project verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het ziekteverzuim op hun afdeling en op de resultaten hiervan kunnen worden beoordeeld. De afdeling personeelszaken kan hierbij een ondersteunende en coördinerende rol vervullen en stimuleren dat afdelingen voordeel kunnen doen met elkaars ervaringen. Hierdoor kunnen leidinggevenden minder vrijblijvend met het verzuim op hun afdeling omgaan.

Vaststellen van de doelstelling, de taken en bevoegdheden, de planning en beschikbare middelen voor het project

In een vroeg stadium van het project moet consensus worden bereikt over wat men in het project wil bereiken, met welke partijen en hoe dat gerealiseerd zal worden en welke middelen daarvoor beschikbaar zijn. Wanneer de verschillende partijen een gezamenlijk doel hebben geformuleerd en taken en bevoegdheden hebben afgebakend, is duidelijk wat de consequenties zijn en kan iedereen begrijpen waarom vervolgens bepaalde beslissingen worden genomen. In het Waterlandziekenhuis bestaat bijvoorbeeld enige tijd onduidelijkheid over het mandaat van de drie vertegenwoordigers van het managementteam in de stuurgroep. Hierdoor is de stuurgroep niet in de gelegenheid zelf beslissingen te nemen en worden stukken van de stuurgroep door het managementteam nogal eens teruggestuurd naar de stuurgroep voor aanvullingen of correcties, wat een vertragend effect heeft op de voortgang van het project.

Vooraf moet ook duidelijk zijn, onder welke randvoorwaarden het project plaats zal vinden. In ieder geval moeten in het begin van het project duidelijke afspraken worden

gemaakt over het beschikbare budget voor de uitvoering van de maatregelen. In het Waterlandziekenhuis steekt de werkgroep 'actieve lichaamsbeweging' veel tijd in het uitwerken van een plan voor het opzetten van een bewegingsprogramma. Uiteindelijk wordt het voorstel afgeblazen vanwege de hoge kosten die eraan verbonden zijn. Indien vooraf duidelijkheid had bestaan over de beschikbare financiële middelen, had de werkgroep met een minder omvangrijk voorstel kunnen komen of kunnen concluderen dat een bewegingsprogramma niet haalbaar was geweest. Nu is veel tijd en energie van de werkgroep verloren gegaan, zonder dat het tot een duidelijk resultaat heeft geleid.

8.3.2 Factoren bij de uitvoering

De planning van het project

Een systematische en stapsgewijze (veranderkundige) aanpak blijkt de kans van slagen van een preventieproject aanzienlijk te vergroten (Knotter e.a., 1995). Men moet er echter op gespist zijn dat aan de eerste stappen niet teveel tijd wordt besteed. In het project in het Waterlandziekenhuis blijkt bijvoorbeeld veel tijd te verstrijken tussen de probleemanalyse en de feitelijke invoering van maatregelen. Daardoor dreigt het draagvlak voor het totale project af te nemen.

Grootschalige projecten zoals in het Waterlandziekenhuis vragen een relatief lange doorlooptijd. Een periode van vier jaar blijkt voldoende om een goed arbo- en verzuimbeleid op te zetten, maar blijkt onvoldoende om alle maatregelen in het kader van dit beleid in te voeren. Maatregelen die veranderingen in de organisatie van het werk met zich meebrengen vragen over het algemeen meer tijd dan beperkte ergonomische maatregelen.

Vertrouwelijkheid en anonimiteit

Bij de probleemanalyse met behulp van een vragenlijst dient extra aandacht besteed te worden aan het waarborgen van de anonimiteit van de betrokken werknemers. In het Waterlandziekenhuis blijken nogal wat werknemers huiverig om de vragenlijst in te vullen omdat men bang is dat de resultaten snel te herleiden zijn naar individuele werknemers. Om deze reden wordt besloten om alleen over grotere groepen (minimaal 10 werknemers) te rapporteren en informatie over de 'stijl van leidinggeven' uitsluitend op sectorniveau beschikbaar te stellen. Verder is om privacy redenen én het voorbeeldkarakter van het project (in casu de dagelijkse praktijk bij veel organisaties), besloten om de vragenlijstgegevens niet op individueel niveau te

koppelen aan de verzuimgegevens. Nadeel hiervan is dat risicogroepen en risicofactoren minder goed kunnen worden vastgesteld.

Meersporenbeleid c.q. mix van maatregelen

De aanpak van verzuimpreventieprojecten is de laatste jaren met name gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de arbeid in combinatie met aandacht voor individuele verzuimbegeleiding, of te wel een mix van werkgerichte en persoonsgerichte maatregelen (Smulders, in voorbereiding). Dit in tegenstelling tot de verzuimaanpak waarin veelal alleen de kwaliteit van de arbeid centraal stond. Recente ervaringen in preventieprojecten maken het zeer aannemelijk dat een effectief programma bestaat uit een evenwichtige 'mix' van werk- en persoonsgerichte maatregelen (een meersporenbeleid) (Kompier e.a., in voorbereiding).

Participatie van de leiding en de werknemers en communicatie naar de achterban

Het management zal telkens moeten benadrukken dat aandacht voor arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim tot de prioriteiten van het beleid behoren. Daarnaast hebben leidinggevenden een voorbeeldfunctie. Medewerkers vinden het belangrijk als leidinggevenden de voorgestelde maatregelen/veranderingen actief ondersteunen en uitdragen.

De medewerkers zelf zijn onmisbaar bij het bedenken en invoeren van verbeteringen. Zij zijn het beste bekend met hun werk en de problemen die zich daarbij voordoen. Bovendien moeten zij in de verbeterde situatie gaan werken. Het kan voorkomen dat werknemers zich niet bewust zijn van bepaalde problemen in het werk. Het is daarom van belang werknemers ook bij de probleemsigalering te betrekken, zodat bewustwording zo vroeg mogelijk plaats kan vinden. Betrekken houdt onder meer in dat arbeidsomstandigheden op de agenda van het reguliere werkoverleg staan en dat resultaten van een vragenlijstonderzoek -waarmee problemen opgespoord worden- worden besproken. De WEBA-methodiek (zie paragraaf 4.1) is bedoeld als een participatieve methode, waar door interviews met medewerkers een welzijnsprofiel van de functie tot stand komt dat vervolgens ter toetsing aan de functievervullers wordt voorgelegd. Ook de aanpak die in het Waterlandziekenhuis gehanteerd is bij het project 'werkdruk' en 'fysieke belasting' is een goed voorbeeld van hoe de participatie van medewerkers kan worden geregeld.

Om het draagvlak voor een project te behouden dienen medewerkers ook voortdurend op de hoogte gehouden te worden van de activiteiten die in een project plaatsvinden. Dit kan onder meer door in het reguliere werkoverleg regelmatig aandacht te besteden aan arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim, maar ook door informatieve artikelen

in het personeelsblad te plaatsen en 'arbo-themadagen' te organiseren waaraan medewerkers een actieve bijdrage leveren.

De rol van het middenkader

In het project in het ziekenhuis blijkt de betrokkenheid van de leidinggevenden bij het project een knelpunt. Hoewel leidinggevenden vertegenwoordigd zijn in de projectgroep, blijkt deze groep zich toch min of meer te kunnen onttrekken aan het project. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat, door de aanwezigheid van de projectgroep, men zich minder verantwoordelijk voelt voor het project. Om te voorkomen dat partijen het project als niet nuttig ervaren en hun deelname beperken, verdient het de voorkeur de verantwoordelijkheid voor arbeidsomstandigheden zo vroeg mogelijk terug te brengen in 'de lijn' en project-besprekingen binnen het reguliere werkoverleg te laten plaatsvinden. Op deze wijze is het mogelijk om leidinggevenden te betrekken bij zowel de ontwikkeling als de uitvoering van een preventiebeleid.

Het inschakelen van externe deskundigen

Wanneer de instelling gebruik maakt van externe deskundigen, zorg er dan voor dat het project een activiteit van de organisatie blijft en voorkom dat de instelling zich 'laat' onderzoeken. Een project kan het best vanuit een interne 'projectgroep' gestuurd worden, onder verantwoordelijkheid van het topmanagement of de lijn.

The first part of the paper discusses the importance of the...

The second part of the paper discusses the importance of the...

The third part of the paper discusses the importance of the...

The fourth part of the paper discusses the importance of the...

The fifth part of the paper discusses the importance of the...

The sixth part of the paper discusses the importance of the...

The seventh part of the paper discusses the importance of the...

The eighth part of the paper discusses the importance of the...

The ninth part of the paper discusses the importance of the...

The tenth part of the paper discusses the importance of the...

The eleventh part of the paper discusses the importance of the...

The twelfth part of the paper discusses the importance of the...

The thirteenth part of the paper discusses the importance of the...

The fourteenth part of the paper discusses the importance of the...

The fifteenth part of the paper discusses the importance of the...

The sixteenth part of the paper discusses the importance of the...

The seventeenth part of the paper discusses the importance of the...

The eighteenth part of the paper discusses the importance of the...

The nineteenth part of the paper discusses the importance of the...

The twentieth part of the paper discusses the importance of the...

Literatuur

ALLEGRO J. & T. VEERMAN. Ziekteverzuim. In: Drenth, Thierry & de Wolff (red.) Nieuw Handboek Arbeids- en Organisationspsychologie. Houten, Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1989.

BLOEMENDAAL A. & A.H.G. DE VRIES-GRIEVER. Diagnose van het roosterbeleid in de instelling en de roostersituatie op de afdelingen. Een handleiding voor de uitvoering van de tweede fase van de WHAW-methodiek (Cahier 3B). Utrecht/Groningen, NZi/Rijksuniversiteit Groningen, 1995.

BROERSEN J.P.L., A.N.H. WEEL & F.J.H. VAN DIJK. Periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek middel en maatstat. Amsterdam, Coronel Laboratorium, Studiecentrum Arbeid en gezondheid/Doetinchem, BGD Oost-Gelderland, 1989.

DIJK F.J.H. VAN, M. VAN DORMOLEN, M.A.J. KOMPIER & T.F. MEIJMAN. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. TSG 1990:3-10

GIER H.G. DE, P.G.W. SMULDERS. Arbeid en gezondheid in perspectief. In: Smulders en Op de Weegh (red.) Arbeid en gezondheid: risicofactoren. Utrecht: LEMMA, 1995

GORP K.VAN & W. SCHAUFELI. Over de werksituatie van RIAGG-medewerkers. Eindrapportage van het Burnout Interventie Project. Den Haag, VUGA, 1996

GRÜNDEMANN R.W.M., E.C.M.P. LOURIJSEN EN M.A.J. KOMPIER. Voorbeeldproject Gezond werken aan gezondheid. Vragenlijst ten behoeve van stap 2. Leiden: TNO-PG, 1992

GRÜNDEMANN R.W.M., E.C.M.P. LOURIJSEN, S. VAAS & P. VINK. Verbetering van de kwaliteit van de arbeid en de gezondheid bij de rijksoverheid. Den Haag, Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993

HOUTMAN I.L.D., P.G.W. SMULDERS, A. BLOEMHOFF EN M.A.J. KOMPIER. Bedrijfs- en beroepsgebonden werkstress-risico's en ontwikkelingen hiervan in de tijd. TSG, 1994:128-137(p.215 erratum)

JANSSEN P., F.J.N. NIJHUIS, E.C.M.P. LOURIJSEN, W. SCHAUFELI E.A. Gezonder Werken, minder verzuim. De handleiding voor integrale gezondheidsbevordering op de werkplek. Amsterdam: NIA, 1996

KOMPIER M.A.J. EN F.H.G. MARCELISSEN. Handboek Werkstress. Systematische aanpak voor de bedrijfspraktijk. Amsterdam: NIA, 1990

- KOMPIER M.A.J., R.W.M GRÜNDEMANN, P. VINK & P.G.W. SMULDERS (RED). Aan de slag! Tien praktijkvoorbeelden van succesvol verzuimmanagement. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1996
- LENDFERS M.L., F. NIJHUIS, A. DE JONG & P. JANSSEN. Bouwen aan gezond werken. Een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering in de bouw. Den Haag: VUGA, 1996
- MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID. Arbo- en Verzuimbeleid. De wettelijke basis voor de zorg voor arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het verzuim nader toegelicht (Publikatieblad 190). Den Haag, Sdu Uitgeverij, 1994.
- MULDERS H. Taakafsplitting werkt niet. Functiedifferentiatie zet organisatie op z'n kop. Het Ziekenhuis, 1994.
- NIJHUIS, F.J.N. De paradoxale gezondheidseffecten van arbeid. Van gezondheidsbedreiging naar gezondheidsbevordering, Maastricht, 28 april 1995 (oratie).
- NZI. De instrumenten van de WHAW-methodiek. Een methode van dienstroosterplanning, gebaseerd op evenwicht tussen werkdruk en herstel. Utrecht/Groningen: NZI, 1995.
- SMULDERS P.G.W. EN T.J. VEERMAN (RED.). Handboek Ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk. 's-Gravenhage, DELWEL Uitgeverij B.V., 1990.
- SMULDERS P.G.W. Interventies ter beheersing van ziekteverzuim (hoofdstuk C4-5, p. 1 t/m 24). In: Buijs, Wolvetang & Van Oosterom. Handboek Bedrijfsgezondheidszorg. Utrecht, Bunge, in voorbereiding
- VAAS S., DHONDT S., M.H.H. PEETERS & J. MIDDENDORP. De WEBA-methode. Deel 1 WEBA-analyse handleiding. Alphen aan den Rijn/Zaventem: Samsom BedrijfsInformatie, 1995
- VINK P, E LOURIJSEN, E WORTEL & J DUL. Experiences in participatory ergonomics: results of a roundtable session during the 11th IEA Congress, Paris July 1991. Ergonomics, 1992 (35) p.123-127.
- VINK P, M PEETERS, RWM GRÜNDEMANN, PGW SMULDERS, MAJ KOMPIER & J DUL. A participatory ergonomics approach to reduce mental and physical workload. International Journal of Industrial Ergonomics, 1995 (15) p.389-396
- WINTER C.R. DE, J.S. OVERSLOOT, M.J.T. SCHLATMANN EN P.G.W. SMULDERS. Werknemers in de intramurale gezondheidszorg over hun arbeid en gezondheid. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1987

WYNNE R. EN N. CLARKIN. Under Construction. Building for Health in the EC Workplace. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992

WYNNE R. Action for health at work: the next steps. Policy paper. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1993

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
CHICAGO, ILL. 60637

RECEIVED BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY ON FEBRUARY 15, 1967

FROM THE LIBRARY OF
DR. J. H. GOLDSTEIN
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILL. 60637

UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

Bijlagen

pagina

Bijlage 1	Organisatiestructuur Waterlandziekenhuis per 1-1-1992	91
Bijlage 2	Overzicht van knelpunten per sector	95
Bijlage 3	Cijfermatige gegevens van de ontwikkelingen in het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis	105

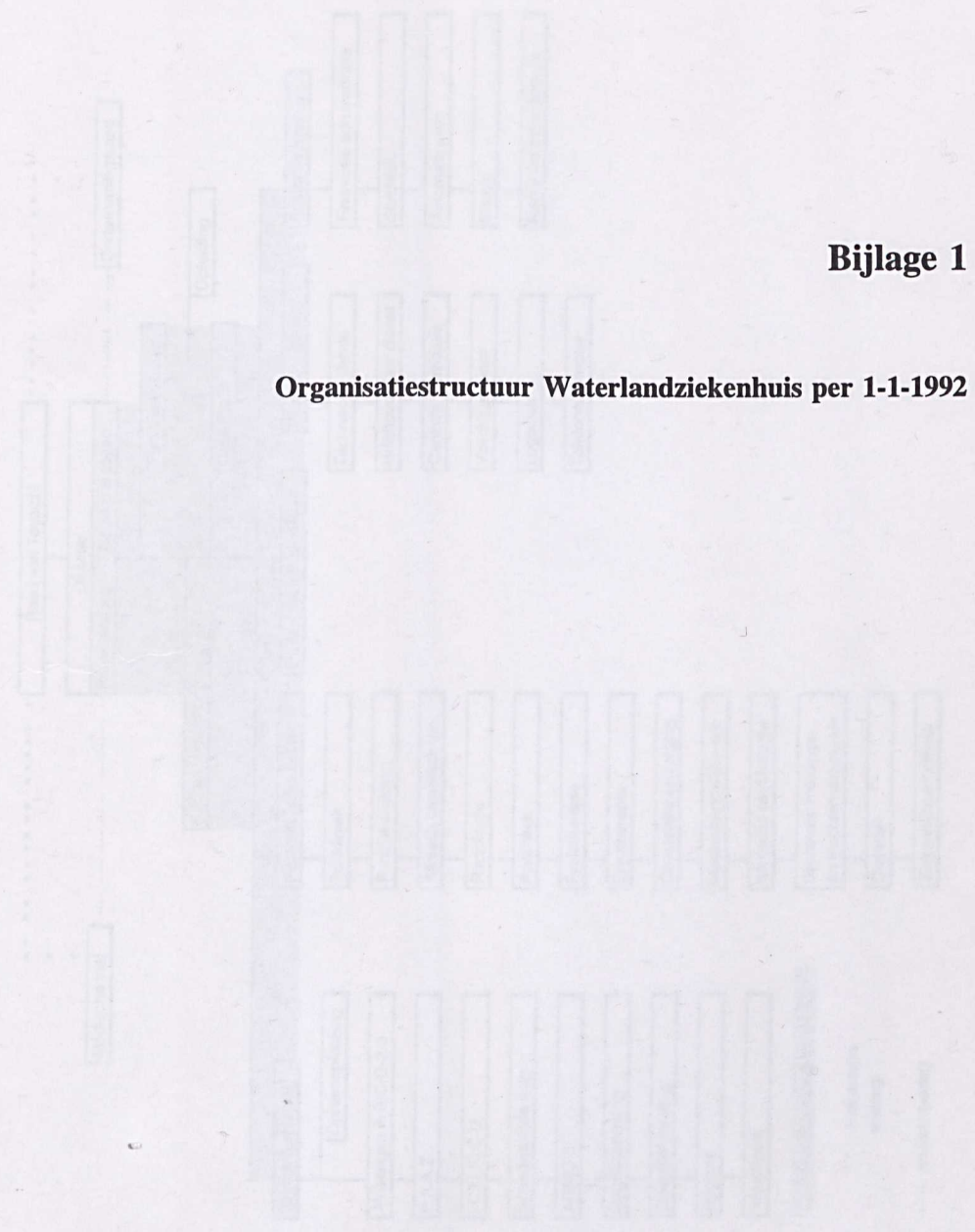
1911

Organization and Administration of the
Department of Agriculture
Department of Agriculture
Department of Agriculture
Department of Agriculture

Organisatiestructuur Waterlandziekenhuis per 1-1-1992

Bijlage 1

Organisatiestructuur Waterlandziekenhuis per 1-1-1992

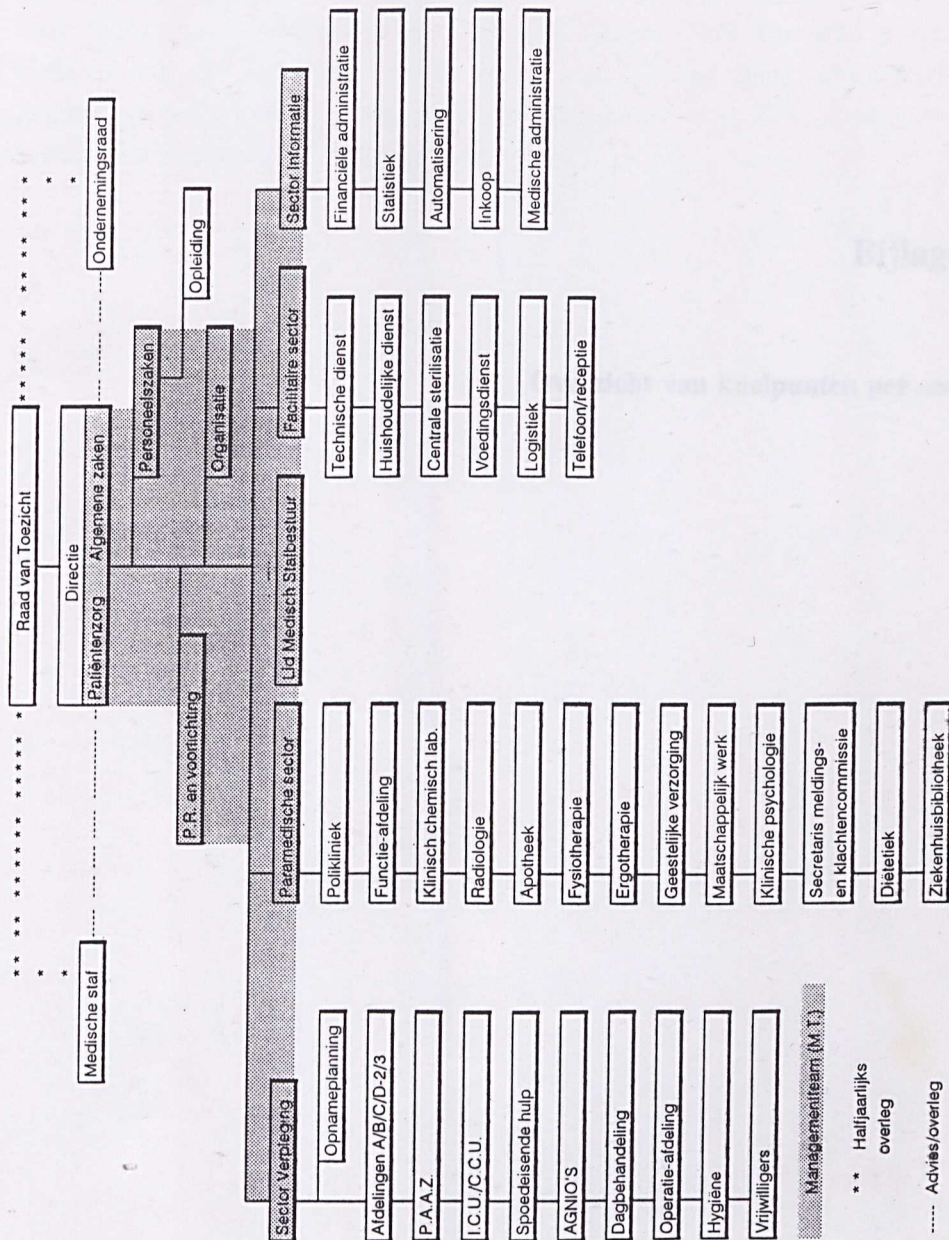


1871-1872

1871

1871-1872

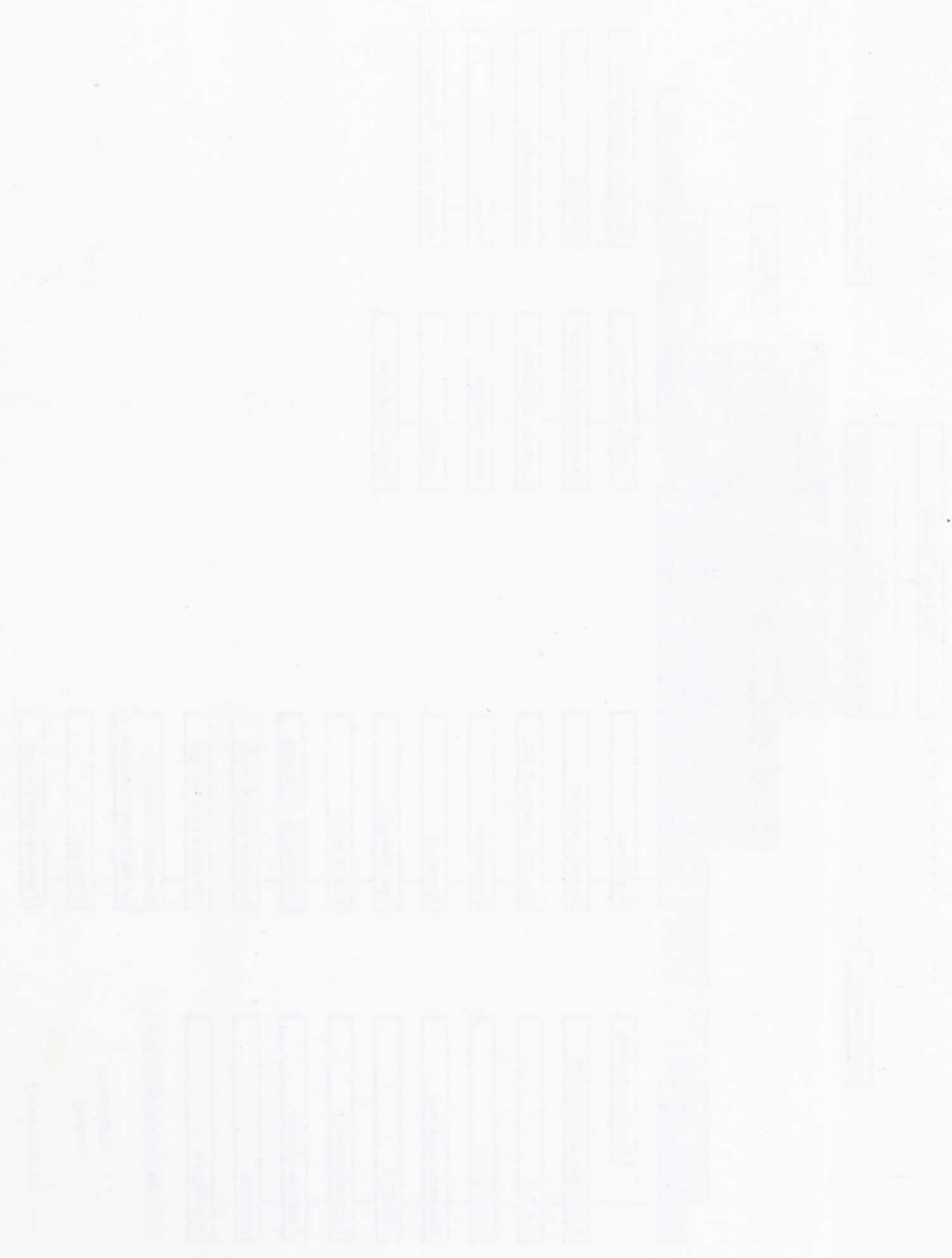
Organisatiestructuur Waterlandziekenhuis per 1-1-1992



Managementteam (M.T.)

** Haljaarlijks overleg

..... Advies/overleg



Overzicht van knelpunten per sector

De organisatiegebonden knelpunten (tabel 4.1, kolom tot -4) zijn hierin opgenomen, de percentages betreffen echter de hanteerbare sector. Knelpunten die specifiek zijn voor de audiovisuele sector zijn niet vermeld. Van de sector algemeen worden in verband met de bezetting van de personeelsomvang geen knelpunten gesignaleerd. Er wordt gesproken van een knelpunt wanneer 20% of meer van de sector-medewerker knelpunt is over het hoofd gezien.

Bijlage 2

Overzicht van knelpunten per sector



Overzicht van knelpunten per sector

De organisatiegebonden knelpunten (tabel 4.1, hoofdstuk 4) zijn hierin opgenomen; de percentages betreffen echter de aangegeven sector. Knelpunten die specifiek zijn voor de aangegeven sector zijn apart vermeld. Van de sector algemeen worden in verband met de heterogeniteit en de geringe omvang geen sectorgegevens gepresenteerd. Er wordt gesproken van een knelpunt wanneer 20% of meer van de sector-medewerkers klachten uit over het werk.

Tabel 1 Overzicht van knelpunten voor de Sector Verpleging.

Arbeidsinhoud en organisatie	Toelichting op de knelpunten voor de Sector Verpleging
Inspanning/werktempo	<p>53%-75% van de medewerkers vindt het werk lichamelijk dan wel geestelijk erg inspannend. 67% werkt geregeld onder tijdsdruk. 26%-56% zegt erg snel/hard/veel te moeten werken en niet genoeg tijd te hebben om het werk af te krijgen.</p> <p>Sectorspecifiek: 27% van de medewerkers vindt het werk vaak te vermoeiend en 27% zegt het eigenlijk kalmer aan te moeten doen. 21% zegt dat het op het werk een gekkenhuis is. Van het verplegend personeel zegt 20% in het werk moeite te hebben met onthouden.</p>
Werkorganisatie	<p>28%-55% van de medewerkers zegt in het werk gehinderd te worden door gebreken van anderen, onverwachte situaties of de afwezigheid van anderen. 62% geeft aan dat de normale werkuitvoering vaak wordt onderbroken.</p> <p>Sectorspecifiek: 20% van de medewerkers kan in het werk onvoldoende overleggen met anderen. 20% geeft aan dat er in het werkoverleg geen aandacht is voor arbeidsomstandigheden.</p>
Emotionele belasting	<p>Sectorspecifiek: 27% is ontevreden over de zorg aan patiënten en 23% vindt de confrontatie met lijden en dood belastend. Van het verplegend personeel werkt 21% veel met agressieve of lastige patiënten en vindt 21% de verantwoording niet in overeenstemming met het de bevoegdheden.</p>
Autonomie	<p>29%-50% klaagt over de regelmogelijkheden in het werk, bijvoorbeeld ten aanzien van het werktempo, werkvolgorde en het moment waarop een taak wordt uitgevoerd.</p>
Arbeidsomstandigheden	
Binnenklimaat	<p>64% van de medewerkers ondervindt veel hinder van warmte, 58% van droge lucht, 52% van een gebrek aan frisse lucht, 23% van wisseling in temperatuur.</p>
Hulpmiddelen	<p>Sectorspecifiek: 36% kan onvoldoende over hulpmiddelen beschikken en 28% zegt dat de hulpmiddelen niet goed genoeg zijn.</p>
Overige werkomstandigheden	<p>Van de werknemers die te maken hebben met gevaarlijke stoffen, straling of infecties (72%), is 55% bang voor de nadelige gevolgen van infecties en 33% van chemische stoffen. Van de medewerkers die verplichte werkkleding dragen (71%), zegt 51% dat deze niet in orde is.</p> <p>Sectorspecifiek: Van de medewerkers die met straling werken heeft 22% angst voor de nadelige gevolgen ervan. 20% vindt de veiligheid in het werk niet in orde. Van het verplegend personeel dat met cytostatica werkt heeft 20% angst voor de gevolgen ervan.</p>
Fysieke belasting	<p>23% à 67% heeft klachten op het gebied van fysieke belasting. Enkele veelgenoemde klachten zijn: lang achtereen moeten lopen (67%), vaak moeten buigen of draaien van het bovenlichaam (65%), lang achtereen moeten staan (54%), zwaar duwen/trekken (53%) en zware lasten tillen (59%).</p> <p>Sectorspecifiek: 35% moet vaak zware lasten dragen. 27%-31% ondervindt veel hinder van tillen of sjouwen en het werken in ongemakkelijke houdingen. Van het verplegend personeel moet 20% steeds dezelfde bewegingen maken.</p>
Arbeidsomstandigheden	
Informatie	<p>Toelichting op de knelpunten voor de Sector Verpleging</p> <p>24% van de medewerkers is van mening onvoldoende op de hoogte gehouden te worden van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. 40-52% zegt onvoldoende informatie/voorlichting te krijgen over onveilige kanten van het werk.</p>

 Vervolg tabel 1

Arbeidsverhoudingen

Leiding en collega's 20% voelt zich onvoldoende gesteund door directe leiding en 21% vindt dat de dagelijkse leiding niet voldoende rekening houdt met wat men zegt.

Arbeidsvoorwaarden

Personeelstekort, invallen en verlofdagen 53% is van mening dat er een personeelstekort is op de afdeling, 35% moet geregeld invallen voor collega's en 53% kan verlofdagen niet opnemen wanneer men dat wil.

Waardering en Opleidings- en loopbaanmogelijkheden 26% van de medewerkers acht zich onvoldoende gewaardeerd, 62% acht de beloning niet in overeenstemming met het werk en 36% vindt de vooruitzichten niet goed. 46%-48% vindt dat de opleidings- en loopbaanmogelijkheden onvoldoende zijn.

Relatie werk-privé 31% van de medewerkers is van mening dat het werk een ongunstige invloed heeft op het privéleven

Rooster en diensten **Sectorspecifiek:**
48% heeft wisselende dienst met nachtdienst. Daarvan zegt 29% dit soort dienst ongunstig te vinden.

Tabel 2 Overzicht van knelpunten voor de Paramedische Sector

Arbeidsinhoud en organisatie	Toelichting op de knelpunten voor de Paramedische Sector
Taakinhoud	22% van de medewerkers vindt het werk te eenvoudig.
Inspanning/werktempo	35%-47% van de medewerkers vindt het werk lichamelijk dan wel geestelijk erg inspannend. 55% werkt geregeld onder tijdsdruk. 22%-43% zegt erg snel/hard/veel te moeten werken en niet genoeg tijd te hebben om het werk af te krijgen.
Werkorganisatie	31% van de medewerkers zegt in het werk gehinderd te worden door onverwachte situaties. 35% geeft aan dat de normale werkuitvoering vaak wordt onderbroken.
Autonomie	44%-51% klaagt over de regelmogelijkheden in het werk, bijvoorbeeld ten aanzien van het werktempo, werkvolgorde en het moment waarop een taak wordt uitgevoerd.
Arbeidsomstandigheden	
Binnenklimaat	58% van de medewerkers ondervindt veel hinder van warmte, 60% van droge lucht, 58% van een gebrek aan frisse lucht, 31% van wisseling in temperatuur en 30% van tocht en wind.
Overige werkomstandigheden	Van de werknemers die te maken hebben met gevaarlijke stoffen, straling of infecties (60%), is 38% bang voor de nadelige gevolgen van infecties en 28% van chemische stoffen. Van de medewerkers die verplichte werkkleding dragen (80%), zegt 51% dat deze niet in orde is. Sectorspecifiek: Van de medewerkers die werken met straling heeft 20% angst voor de nadelige gevolgen ervan.
Fysieke belasting/hinder	25% a 56% heeft klachten op het gebied van fysieke belasting. Enkele veelgenoemde klachten zijn: vaak moeten buigen of draaien van het bovenlichaam (56%), lang achtereen moeten lopen (48%) of staan (44%), ver reiken met armen/handen (38%), in ongemakkelijke houdingen werken (37%), zware lasten tillen (32%). 26% van de medewerkers moet steeds dezelfde bewegingen maken. Sectorspecifiek: 25% heeft in het werk veel hinder van het werken in ongemakkelijke houdingen.
Informatie	24% van de medewerkers is van mening onvoldoende op de hoogte gehouden te worden van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. 33%-37% zegt onvoldoende informatie/voorzichting te krijgen over onveilige kanten van het werk.
Arbeidsverhoudingen	
Leiding en collega's	22% vindt dat de dagelijkse leiding niet voldoende rekening houdt met wat men zegt. 26% vindt dat dagelijkse leiding geen goed beeld heeft van medewerker.
Arbeidsvoorwaarden	
Personeelstekort, invallen en verlofdagen	24% is van mening dat er een personeelstekort is op de afdeling, 27% moet geregeld invallen voor collega's en 31% kan verlofdagen niet opnemen wanneer men dat wil.
Waardering en Opleidings- en loopbaanmogelijkheden	31% van de medewerkers acht zich onvoldoende gewaardeerd, 51% acht de beloning niet in overeenstemming met het werk en 43% vindt de vooruitzichten niet goed. 58%-62% vindt dat de opleidings- en loopbaanmogelijkheden onvoldoende zijn.

Tabel 3 Overzicht van knelpunten voor de Facilitaire Sector.

Arbeidsinhoud en organisatie	Toelichting op de knelpunten voor de Facilitaire Sector
Taakinhoud	32% van de medewerkers vindt het werk te eenvoudig. Sectorspecifiek: 38% vindt het werk niet boeiend.
Inspanning/werktempo	30%-46% van de medewerkers vindt het werk lichamelijk dan wel geestelijk erg inspannend. 35% werkt geregeld onder tijdsdruk. 28%-46% zegt erg snel/hard/veel te moeten werken en niet genoeg tijd te hebben om het werk af te krijgen. Sectorspecifiek: 21% vindt het werk vaak te vermoeiend en 21% zou het eigenlijk kalmer aan moeten doen.
Werkorganisatie	23%-25% van de medewerkers zegt in het werk gehinderd te worden door gebreken van anderen of de afwezigheid van anderen. 23% kan onvoldoende overleggen met de leiding. Sectorspecifiek: 37% heeft geen vast werkoverleg, 20% vindt dat werkbesprekingen niet goed lopen.
Autonomie	35%-54% klaagt over de regelmogelijkheden in het werk, bijvoorbeeld ten aanzien van het werktempo, werkvolgorde en het moment waarop een taak wordt uitgevoerd.
Arbeidsomstandigheden	
Binnenklimaat	72% van de medewerkers ondervindt veel hinder van warmte, 35% van droge lucht, 47% van een gebrek aan frisse lucht, 28% van wisseling in temperatuur en 20% van tocht en wind.
Overige werkomstandigheden	Van de werknemers die te maken hebben met gevaarlijke stoffen, straling of infecties (25%), is 44% bang voor de nadelige gevolgen van infecties en 28% van chemische stoffen. Van de medewerkers die verplichte werkkleding dragen (91%), zegt 22% dat deze niet in orde is.
Fysieke belasting/hinder	34% a 69% heeft klachten op het gebied van fysieke belasting. Enkele veelgenoemde klachten zijn: vaak moeten buigen of draaien van het bovenlichaam (68%), lang achtereen moeten lopen (69%) of staan (57%), zware lasten duwen/trekken (57%), ver moeten reiken met handen/armen (56%), zware lasten tillen (43%). 50% van de medewerkers moet steeds dezelfde bewegingen maken. Sectorspecifiek: 39% moet vaak zware lasten dragen. 24% heeft veel hinder van tillen of sjuwen en het werken in eenzelfde houding.
Informatie	32% van de medewerkers is van mening onvoldoende op de hoogte gehouden te worden van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. 32%-40% zegt onvoldoende informatie/voorlichting te krijgen over onveilige kanten van het werk.
Arbeidsverhoudingen	
Leiding en collega's	32% is van mening niet te werken onder een goede dagelijkse leiding. 32% voelt zich onvoldoende gesteund door directe leiding en 32% vindt dat de dagelijkse leiding niet voldoende rekening houdt met wat men zegt. Sectorspecifiek: 27% vindt de onderlinge sfeer niet goed en 32% ergert zich aan anderen. 28% vindt dat er onvoldoende hulp beschikbaar is bij problemen.

Vervolg tabel 3

Arbeidsvoorwaarden	Toelichting op de knelpunten voor de Facilitaire Sector
Personeelstekort, invallen en verlofdagen	28% is van mening dat er een personeelstekort is op de afdeling, 24% moet geregeld invallen voor collega's en 21% kan verlofdagen niet opnemen wanneer men dat wil.
Waardering en Opleidings- en loopbaanmogelijkheden	39% van de medewerkers acht zich onvoldoende gewaardeerd, 36% acht de beloning niet in overeenstemming met het werk en 35% vindt de vooruitzichten niet goed. 46%-58% vindt dat de opleidings- en loopbaanmogelijkheden onvoldoende zijn.

Tabel 4 Overzicht van knelpunten voor de Sector Informatie

Arbeidsinhoud en organisatie	Toelichting op de knelpunten voor de Sector Informatie
Taakinhoud	21% van de medewerkers vindt het werk te eenvoudig.
Inspanning/werktempo	<p>Sectorspecifiek: 24% van de medewerkers vindt het werk niet boeiend en 21% onvoldoende afwisselend.</p> <p>70% van de medewerkers vindt het werk geestelijk erg inspannend. 61% werkt geregeld onder tijdsdruk. 36%-45% zegt erg snel/hard/veel te moeten werken en niet genoeg tijd te hebben om het werk af te krijgen.</p>
Werkorganisatie	<p>21%-42% van de medewerkers zegt in het werk gehinderd te worden door gebreken van anderen, onverwachte situaties of de afwezigheid van anderen. 39% geeft aan dat de normale werkuivoering vaak wordt onderbroken. 21% kan onvoldoende overleggen met de leiding.</p> <p>Sectorspecifiek: 30% vindt het werk niet goed georganiseerd. 55% heeft geen vast werkoverleg en 27% kan onvoldoende overleggen met anderen dan leiding of collega's.</p>
Arbeidsomstandigheden	
Binnenklimaat	88% van de medewerkers ondervindt veel hinder van warmte, 39% van droge lucht en 52% van een gebrek aan frisse lucht.
Overige werkomstandigheden	<p>Sectorspecifiek: 21% heeft veel hinder van reflectie en ongeschikte verlichting. 33% ondervindt veel hinder van lawaai.</p>
Fysieke belasting/hinder	<p>24% a 82% heeft klachten op het gebied van fysieke belasting. Enkele veelgenoemde klachten zijn: vaak in eenzelfde houding moeten werken (82%), vaak in voorovergebogen of gedraaide houding moeten werken (30%), vaak moeten buigen of draaien van het bovenlichaam (30%). 52% van de medewerkers moet steeds dezelfde bewegingen maken.</p> <p>Sectorspecifiek: 39% ondervindt veel hinder van het werken in eenzelfde houding</p>
Informatie	27% van de medewerkers is van mening onvoldoende op de hoogte gehouden te worden van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. 24% zegt onvoldoende voorlichting te krijgen over onveilige kanten van het werk.
Arbeidsverhoudingen	
Leiding en collega's	30% is van mening niet te werken onder een goede dagelijkse leiding. 30% vindt dat de dagelijkse leiding niet voldoende rekening houdt met wat men zegt. 27% vindt dat de dagelijkse leiding geen goed beeld heeft van de medewerkers. 21% voelt zich onvoldoende gesteund door directe leiding.
Arbeidsvoorwaarden	
Personeelstekort, invallen en verlofdagen	21% is van mening dat er een personeelstekort is op de afdeling en 24% moet geregeld invallen voor collega's.
Waardering en Opleidings- en loopbaanmogelijkheden	27% van de medewerkers acht zich onvoldoende gewaardeerd, 36% acht de beloning niet in overeenstemming met het werk en 27% vindt de vooruitzichten niet goed. 45%-48% vindt dat de opleidings- en loopbaanmogelijkheden onvoldoende zijn.

1870-1871

Date	Description
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...
1870-1871	...

Cijfermatige gegevens van de ontwikkelingen in het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis

Tabel 1. De veranderingen van het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis in 1980 (in procenten) ten opzichte van 1979. De veranderingen in 1980 zijn gebaseerd op de cijfers van de verandering in 1980 (zie de toelichting op de tabel).

Ontwikkeling	Verandering 1980	Verandering 1979
Totaalbed		
Wardens		
Woningruimte		
Verwoning		
Leden van de gemeenschap		
Medische dienst		
Fysieke dienst		
Psychische dienst		
Leiding en controle		
Woning dienst		
Bezoeken dienst		
Overige dienst		
Zelfzorging		

Bijlage 3

Cijfermatige gegevens van de ontwikkelingen in het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur
Geschichte der deutschen Literatur.

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert.

Cijfermatige gegevens van de ontwikkelingen in het Waterlandziekenhuis en het Diaconessenhuis

Tabel 1 De resultaten van het Waterlandziekenhuis op de voormeting (1992: n=687) en de nameting (1995: n=612) uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een onderstreepte score duidt op een significant verschil ten opzichte van de voormeting in 1992 (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)

Onderzochte aspecten	Waterland voormeting 1992 %	Waterland nameting 1995 %
Taakhoud	<u>10</u>	<u>7</u>
Autonomie	33	36
Werkorganisatie	27	28
Werktempo	<u>36</u>	<u>40</u>
Lichamelijke en geestelijke inspanning	35	37
Emotionele belasting	<u>11</u>	<u>9</u>
Fysieke belasting	39	38
Fysieke werkomstandigheden	26	27
Leiding en collega's	18	19
Waardering werkring	<u>38</u>	<u>29</u>
Gezondheidsklachten	18	18
Emotionele uitputting	10	10
Ziektegedrag	30	32

Tabel 2 De resultaten van het Waterlandziekenhuis (n=612) en het Diaconessenhuis (n=382) op de nameting in 1995; uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een onderstreepte score duidt op een significant verschil tussen beide ziekenhuizen (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20; $p < 0.05$)

Onderzochte aspecten	Waterland nameting 1992 %	Diaconessen nameting 1995 %
Taakhoud	<u>7</u>	<u>10</u>
Autonomie	<u>36</u>	<u>31</u>
Werkorganisatie	<u>28</u>	<u>25</u>
Werktempo	<u>40</u>	<u>33</u>
Lichamelijke en geestelijke inspanning	<u>37</u>	<u>33</u>
Emotionele belasting	9	9
Fysieke belasting	38	38
Fysieke werkomstandigheden	27	28
Leiding en collega's	19	18
Waardering werkkring	29	28
Gezondheidsklachten	18	17
Emotionele uitputting	10	10
Ziektegedrag	32	32

Tabel 3 De resultaten van het Diaconessenhuis op de voormeting (1992: n=455) en de nameting (1995: n=382) uitgedrukt in gemiddeld percentage klachten per aspect. Een onderstreepte score duidt op een significant verschil ten opzichte van de voormeting in 1992 (dat wil zeggen dat de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten kleiner is dan 1 op 20: $p < 0.05$)

Onderzochte aspecten	Diaconessen voormeting 1992 %	Diaconessen nameting 1995 %
Taakhoud	12	10
Autonomie	31	31
Werkorganisatie	<u>29</u>	<u>25</u>
Werktempo	<u>38</u>	<u>33</u>
Lichamelijke en geestelijke inspanning	35	33
Emotionele belasting	10	9
Fysieke belasting	38	38
Fysieke werkomstandigheden	28	28
Leiding en collega's	19	18
Waardering werkkring	30	28
Gezondheidsklachten	20	17
Emotionele uitputting	10	10
Ziektegedrag	29	32



Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Directie Voorlichting, Bibliotheek en Documentatie
Postbus 90801, 2509 LV 's-Gravenhage

Verkoop
VUGA Uitgeverij B.V.
Postbus 16400, 2500 BK 's-Gravenhage
Distributie en facturering: Infolio B.V.
Telefoon: 070-3819900
Telefax: 070-3338399

ISBN 90-5250-996-4



9 789052 509969

Ordernummer 15.012.96
ISBN 90 5250 996 4