

Ser. 4  
S 14-1

2<sup>e</sup> ex.

# Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen

De visie van zesendertig sleutelinformanten in  
tien algemene ziekenhuizen

Een verkenning

Uitgevoerd in opdracht van het Directoraat-Generaal van  
de Arbeid door het Nederlands Instituut voor Praeventieve  
Gezondheidszorg TNO

Directoraat-Generaal van de Arbeid

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden



\*NIA000250X\*

S 14-1

# Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen

De visie van zesendertig sleutelinformanten in  
tien algemene ziekenhuizen

Een verkenning

Uitgevoerd in opdracht van het Directoraat-Generaal van  
de Arbeid door het Nederlands Instituut voor Praeventieve  
Gezondheidszorg TNO

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

Auteurs:  
Dr. P.G.W. Smulders  
H. Hoolboom, arts

ISN-nr.  
plaats  
datum

13684  
Ser 4 S14-1, 2<sup>e</sup> ex.

# INHOUD

blz.

## LEDEN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

1.	VRAAGSTELLING . . . . .	1
2.	METHODE VAN ONDERZOEK . . . . .	3
3.	RESULTATEN VAN DE INTERVIEWS . . . . .	7
3.1	Inleiding . . . . .	7
3.2	De organisatie . . . . .	7
3.2.1	Onderlinge verhoudingen . . . . .	7
3.2.2	Personeelstekorten . . . . .	9
3.2.3	Diensttijden en dienstroosters . . . . .	12
3.2.4	Overige organisatie-aspekten . . . . .	15
3.3	Het werk . . . . .	16
3.3.1	Inhoud van het werk . . . . .	16
3.3.2	Patiëntenkontakten en stervensbegeleiding . . . . .	19
3.4	Werkomstandigheden . . . . .	21
3.4.1	Fysische, chemische en biologische werkomstandigheden . . . . .	21
3.4.2	Tillen en houdingen . . . . .	23
3.5	Ziekteverzuim en personeelsverloop . . . . .	23
3.5.1	Ziekteverzuim . . . . .	23
3.5.2	Personeelsverloop . . . . .	27
3.6	Bedrijfsgeneeskundige zorg . . . . .	29
4.	DE INTERVIEWS SAMENGEVAT . . . . .	33
4.1	Inleiding . . . . .	33
4.2	Samenvatting van de interviews . . . . .	35
4.2.1	De organisatie . . . . .	35
4.2.2	Het werk . . . . .	37
4.2.3	Werkomstandigheden . . . . .	38
4.2.4	Ziekteverzuim . . . . .	39
4.2.5	Personeelsverloop . . . . .	40
4.2.6	Bedrijfsgeneeskundige zorg . . . . .	41

5.	VERGELIJKING VAN DE UITKOMSTEN VAN DE INTERVIEWS MET DIE VAN DE LITERAATUURSTUDIE . . . . .	43
5.1	Inleiding . . . . .	43
5.2	Vergelijking van de literatuurstudie en het inter- viewrapport ten aanzien van de besproken onderwerpen	44
5.3	Overeenkomsten en verschillen tussen interviews en literatuurstudie . . . . .	45
5.3.1	Inleiding . . . . .	45
5.3.2	De organisatie . . . . .	45
5.3.3	Het werk . . . . .	49
5.3.4	Werkomstandigheden . . . . .	50
5.3.5	Effekten van de werksituatie op het personeel . . . .	52
5.3.6	Bedrijfsgeneeskundige zorg . . . . .	54
5.3.7	Konklusie . . . . .	56
6.	BESPREKING VAN DE RESULTATEN UIT HET OGPUNT VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG . . . . .	57

## LEDEN BEGELEIDINGSCOMMISSIE

1. J.H.B.M. Willems, arts (voorzitter)  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (DGA)
2. S. Buma, arts  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (DGA)
3. Mevr. H. Overbosch  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (DGA)
4. Dr. H.A. van Geuns  
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid)
5. M.I.M. Kruse  
Nationale Ziekenhuisraad (NZR; Beleidsafdeling Sociale Zaken); op persoonlijke titel.

## 1. VRAAGSTELLING

Medio 1984 is overeengekomen tussen het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en TNO, dat de laatste instantie onderzoek zou doen naar arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen. Het ministerie zou een deel van de kosten voor haar rekening nemen.

Als eerste onderdeel van het onderzoek is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/TNO) en het Medisch Biologisch Laboratorium/TNO (MBL/TNO) een literatuurstudie verricht naar bovenvermeld onderwerp. Het rapport daarover is - na overleg met de betrokken begeleidingscommissie - medio 1985 aan het ministerie aangeboden en inmiddels in de studiereeks gepubliceerd (P.G.W. Smulders, P.C. Bragt, M.P. van der Grinten, J.S. Oversloot & H. Hoolboom. Arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen, Min.v.SoZaWe, DGA, 1985, publicatie S14).

Medio 1984 is met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid tevens afgesproken dat het NIPG/TNO, na afsluiting van de literatuurstudie, ook een "kortlopende verkenning van het veld van onderzoek" zou uitvoeren.

Na nader overleg met het Directoraat Generaal voor de Arbeid (DGA) van het ministerie en enigszins in afwijking van het oorspronkelijke plan, is besloten deze verkenning te laten bestaan uit interviews met sleutelinformanten (direkties, ondernemingsraadleden en verleners van bedrijfsgeneeskundige zorg) in een tiental Nederlandse academische, algemene en kategoriale ziekenhuizen.

Het doel van deze gesprekken met sleutelinformanten is na te gaan in hoeverre de konklusies uit de literatuurstudie overeenkomen met de aktuele situatie in een tiental Nederlandse ziekenhuizen anno 1985. Het moge duidelijk zijn dat het hier gaat om een zeer globale indruk; van een systematische, gestructureerde toetsing met representativiteitswaarde kan geen sprake zijn.

Over de vraagstelling kan in beschouwende zin nog het volgende opgemerkt worden. De literatuurstudie was voor een groot deel gebaseerd op buitenlandse - merendeels Engelse en Amerikaanse - literatuur. Toetsing van de konklusies hieruit aan de mening van personen die in de Nederlandse ziekenhuiswereld werkzaam zijn, kan derhalve relevant geacht worden.

Bovendien was de literatuurstudie gebaseerd op onderzoek dat nogal eens een paar jaar of langer geleden afgesloten werd. De financiële en organisatorische ontwikkelingen bij Nederlandse ziekenhuizen lijken de laatste jaren zeer snel te gaan. Mogelijkerwijs hebben deze invloed gehad op de arbeidssituaties. Ook uit dit oogpunt kan toetsing van de literatuurkonklusies anno 1985 dus relevant genoemd worden.

Tenslotte kan opgemerkt worden dat in ziekenhuizen diverse "partijen" werkzaam zijn, die niet gelijk over arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg behoeven te oordelen. Toetsing van de konklusies uit de literatuur aan het oordeel van direkties, ondernemingsraadleden en verleners van bedrijfsgeneeskundige zorg lijkt daarom ook vanuit dit gezichtspunt van belang.

## 2. METHODE VAN ONDERZOEK

Zoals gezegd, was het de bedoeling interviews te houden met drie groeperingen (direkties, ondernemingsraadleden en bedrijfsgeneeskundige zorgverleners) van een tiental Nederlandse ziekenhuizen.

Besloten werd om contact op te nemen met twee academische en acht algemene of kategoriale ziekenhuizen. Voorts werd besloten de laatste categorie uit vier kleinere en vier grotere ziekenhuizen te laten bestaan.

Tevens werd besloten een enigszins evenwichtige verdeling na te streven naar soort van bedrijfsgeneeskundige zorgverlening. Dit betekende dat in de "steekproef" ziekenhuizen met een eigen Bedrijfsgeneeskundige Dienst (BGD), ziekenhuizen aangesloten bij een regionale BGD (dan wel bij de Rijksgeneeskundige Dienst of een Gemeentelijke Geneeskundige Dienst) en ziekenhuizen zonder bedrijfsgeneeskundige zorg (eventueel alleen keuringen door een huisarts) opgenomen zouden moeten worden.

Over deze materie is in maart 1985 overlegd met de Beleidsafdeling Sociale Zaken van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) te Utrecht. Deze afdeling was behulpzaam bij het vinden van tien ziekenhuizen, die aan de selectiecriteria voldoen. Ook heeft de NZR de eerste (telefonische) contacten gelegd met de geselecteerde tien ziekenhuizen.

Het NIPG/TNO heeft vervolgens een introductiebrief doen uitgaan naar de direkties van de tien ziekenhuizen. Daarin werd het doel en de werkwijze van het onderzoek uitgelegd, de aan de orde te stellen onderwerpen vermeld en verzocht om medewerking voor het houden van interviews.

Omdat het de bedoeling van de onderzoekers was de interviews op één dag, zoveel mogelijk na elkaar, te houden, bleek het niet mogelijk de geplande interviews op korte termijn af te werken. De interviews vonden uiteindelijk plaats in de periode mei-juli 1985.



Eén van de geselecteerde ziekenhuizen viel in de beginfase af omdat de directie van dit ziekenhuis aan de onderzoekers geen toestemming wilde geven een gesprek te hebben met vertegenwoordigers van de Ondernemingsraad. Dit ziekenhuis werd door een ander vervangen.

Hieronder worden de tien bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen beschreven (zie tabel).

Er zijn vier kleinere ziekenhuizen (tot 500 personeelsleden) en zes grotere ziekenhuizen (meer dan 700 personeelsleden) in de steekproef opgenomen.

Ziekenhuis	Provincie	Globale personeelssterkte	vorm van bedrijfsgeneeskundige zorg
1*	Noord-Holland	2800	eigen BGD
2	Noord-Holland	1400	eigen BGD
3	Noord-Holland	400	huisarts (keuringen)
4	Noord-Holland	200	Rijksgeneesk. dienst (RGD)
5*	Zuid-Holland	3600	Rijksgeneesk. dienst (RGD)
6	Zuid-Holland	1100	Gemeent. gen. dienst (GG & GD)
7	Zuid-Holland	400	huisarts (keuringen, controle)
8	Utrecht	500	gezamenlijke/regionale BGD
9	Noord-Brabant	1800	gezamenlijke/regionale BGD
10	Friesland	700	huisarts (keuringen)

\* academisch ziekenhuis

Verder valt af te lezen dat van de tien ziekenhuizen er twee een eigen BGD op na houden; drie ziekenhuizen maken gebruik van de diensten van de RGD of een GG & GD; twee ziekenhuizen hebben een relatie met een gezamenlijke of regionale BGD en tenslotte zijn er drie ziekenhuizen die alleen voor aanstellingskeuringen of ziekte-wetcontrole een kontrakt hebben met een huisarts.

Tenslotte kan nog vermeld worden dat twee van de niet-academische ziekenhuizen behoren tot de kategoriale ziekenhuizen (zorgverlening

voor specifieke patiëntenkategorieën). De andere zes zijn algemene ziekenhuizen.

Uit het bovenstaande kan gekonkludeerd worden dat de samenstelling van de onderzoekssteekproef een redelijk divers beeld biedt. Uiteraard is er geen garantie voor volkomen representativiteit. Die kan ook niet geeist worden bij tien ziekenhuizen op een totaal bestand van 224 ziekenhuizen. Wel kan nog vermeld worden, dat de tien ziekenhuizen in de steekproef een ziekteverzuimpercentage hadden, dat slechts een fractie boven het "landelijk" gemiddelde voor ziekenhuizen lag (zie pag. 23). Dit betekent, dat de steekproef niet duidelijk uit een problematische of gunstige selectie van ziekenhuizen bestaat.

Het voorgaande betekent dat de te presenteren resultaten en conclusies niet op voorhand vertekend behoeven te zijn doordat de bezochte ziekenhuizen geselecteerd zouden zijn op bepaalde, van belang zijnde kenmerken.

Verder dient nog vermeld te worden met welke functionarissen uiteindelijk in de tien ziekenhuizen gesproken is. Alle respondenten bij elkaar opgeteld betreft dit de volgende personen:

- direktieleden	: 8
- hoofd of medewerker personeelszaken:	5
- afdelingshoofd	: 1
- OR-leden	: 15
- bedrijfsartsen	: 7
	<hr/>
totaal	36

Uit deze tabel valt af te lezen dat de onderzoekers er niet altijd in geslaagd zijn om met de direktie van het betreffende ziekenhuis te spreken. In zo'n geval trad het hoofd van de personeelsafdeling

of een ander afdelingshoofd op als vervanger. In totaal is gesproken driemaal met een medisch directeur, éénmaal met een verpleegkundig directeur en viermaal met een directeur sociale/ekonomische zaken.

Wat betreft de OR-leden kan vermeld worden dat deze voor een deel werkzaam waren in de verpleging. Anderen waren afkomstig uit de administratie, laboratoria, personeelszaken etc. Eén van de OR-leden was medisch specialist.

In één van de kleinere ziekenhuizen was op het moment van onderzoek geen ondernemingsraad beschikbaar.

In totaal hebben met 36 personen interviews plaatsgevonden. De interviews zijn afzonderlijk gehouden door de beide auteurs van deze rapportage. Nadat zij het eerste ziekenhuis te zamen bezocht hadden, hebben zij vervolgens ieder een deel van de ziekenhuizen voor hun rekening genomen.

De onderwerpen die door de interviewers aan de orde werden gesteld, zijn dezelfde als in de literatuurstudie. Ze zullen hier niet worden herhaald. Het resultaten-gedeelte van deze rapportage zal, wat dit betreft, voor zichzelf spreken.

De interviewers hebben in alle ziekenhuizen zoveel mogelijk dokumentatie-gegevens opgevraagd, zoals sociaal jaarverslagen, overzichten met de specialismen, additionele ziekteverzuim- en personeelsverloopdata, etc.

Tenslotte zij vermeld, dat aan de geïnterviewde funktionarissen in elk ziekenhuis is beloofd, dat de verstrekte gegevens vertrouwelijk behandeld zouden worden, dat de resultaten anoniem gepresenteerd zouden worden en dat elke geïnterviewde een exemplaar van het rapport zou krijgen.

### 3. RESULTATEN VAN DE INTERVIEWS

#### 3.1 Inleiding

In het volgende zullen de resultaten weergegeven worden van de interviews. Hierbij zal zoveel mogelijk de indeling worden gevolgd zoals deze in de literatuurstudie is gekozen.

In de rapportage worden de volgende paragrafen onderscheiden:

- 3.2 De organisatie; met als subparagrafen: onderlinge verhoudingen; personeelstekorten; diensttijden en dienstroosters; overige aandachtspunten;
- 3.3 Het werk; met als subparagrafen: inhoud van het werk; patiëntkontakten en stervensbegeleiding;
- 3.4 Werkomstandigheden; met als subparagrafen: fysische, chemische en biologische werkomstandigheden; ergonomie: tillen en houdingen;
- 3.5 Ziekteverzuim en personeelsverloop.
- 3.6 Bedrijfsgeneeskundige zorg.

#### 3.2 De organisatie

##### 3.2.1 Onderlinge verhoudingen

###### *inleiding*

Uitgaande van de centrale rol, die de verpleging speelt bij de zorg voor de patiënt, is het aantrekkelijk eventuele knelpunten in de organisatie te behandelen vanuit problemen die zich kunnen voordoen in de relatie tussen de verpleegkundigen en andere groeperingen binnen het ziekenhuis. Hierbij gaat het in hoofdzaak om de medisch specialisten en hun assistenten, en om de ondersteunen-

de afdelingen (laboratoria, röntgenkamer, etc.).

### *de sfeer*

Een belangrijke indikator voor het al dan niet bestaan van problemen binnen de organisatie lijkt de 'sfeer' in het ziekenhuis te zijn, zoals deze door de geïnterviewden wordt ervaren. De vertegenwoordigers van de OR van één van de tien bezochte ziekenhuizen karakteriseerden de sfeer als slecht. Bij de andere vallen de academische ziekenhuizen op door een meer als bureaucratisch omschreven werkklimaat. Het is de vraag of dit uitsluitend aan het academische karakter van deze ziekenhuizen te wijten is of dat hun grootte hierbij ook een rol speelt. Beide bezochte academische ziekenhuizen behoren namelijk tot de zeer grote.

### *verpleging en artsen*

In zes van de tien ziekenhuizen worden moeilijkheden gemeld in de relatie tussen specialisten en verpleegkundigen. Dit geldt voornamelijk voor de grote ziekenhuizen. In veel gevallen wordt naar de mening van respondenten onvoldoende rekening gehouden met het werkprogramma van de verpleging ('visite' op een moment dat het aantal aanwezige verpleegkundigen miniem is; opnemen van patiënten zonder overleg, etc.). In een paar gevallen worden de artsen gezien als een machtsblok dat zich autoritair gedraagt. Hiernaast hoort men ook de mening dat een aantal problemen sterk individueel bepaald is en soms afhankelijk van het specialisme.

Veel belang voor de verhouding tussen artsen en verpleegkundigen wordt gehecht aan het beleid dat de directie ten aanzien hiervan voert. Bij vijf van de tien ziekenhuizen wordt door de directies een duidelijk standpunt ingenomen. Zoals één van de directeuren het formuleert: "De specialist is geen afdelingshoofd". Toch blijkt dit niet altijd voor alle partijen even duidelijk te zijn, zoals blijkt uit een opmerking van de Ondernemingsraad van één der genoemde vijf ziekenhuizen: "Specialisten gaan toch hun gang

maar".

Met name bij de academische ziekenhuizen krijgt men de indruk, dat de verhoudingen formeler geregeld zijn. In veel gevallen is hier ook sprake van een afdelingsstructuur met een specialist aan het hoofd. Gegeven de rol van een academisch ziekenhuis als opleidingsinstituut zijn verschillende artsen bij de behandeling betrokken. Daardoor bestaat de kans, dat geen uniform beleid gevoerd wordt, met als gevolg tegenstrijdige instructies aan het verplegend personeel, die als rolconflicten ervaren kunnen worden. De verhouding tussen arts-assistenten en verpleging wordt in alle ziekenhuizen als goed gekarakteriseerd.

#### *"autorisatie"-problematiek*

In de loop der jaren zijn aan verpleegkundigen taken gedelegeerd die in feite niet tot hun bevoegdheid horen (bijvoorbeeld intraveneuze injecties). Deze zogenaamde 'autorisatie' dient naar de mening van geïnterviewden in vier van de tien ziekenhuizen, teruggedrongen te worden.

#### *verpleging en ondersteunende afdelingen*

Wat betreft de verhouding, tussen verpleging en ondersteunende afdelingen, zoals bijvoorbeeld laboratoria en röntgenkamer, zijn de geluiden over het algemeen positief. Men krijgt de indruk dat in veel gevallen initiatieven genomen zijn op 'werkvloerniveau' die tot een verbeterde samenwerking hebben geleid. Hierbij gaat het er vooral om duidelijk te maken waarom in het kader van patiëntenzorg een bepaald beroep op een ondersteunende afdeling wordt gedaan.

### 3.2.2 Personeelstekorten

#### *inleiding*

In alle bezochte ziekenhuizen wordt melding gemaakt van verhoogde

werkdruk als gevolg van personeelsschaarste. Toch zijn de meningen van leidinggevend en enerzijds en personeelsvertegenwoordigers en BGD anderzijds over het feitelijke bestaan van personeelstekorten verdeeld.

*situatie volgens leidinggevenden*

Bij drie van de tien ziekenhuizen wordt het beeld vertroebeld, doordat men hetzij met een reorganisatie bezig is, dan wel deze recent achter de rug heeft.

Bij de resterende zeven ziekenhuizen is de leiding in iets meer dan de helft van de gevallen van mening dat er geen sprake is van een personeelstekort. Eén maal wordt zelfs expliciet gesteld, dat hiervan bij de verpleging beslist geen sprake is.

Alle direktieleden zijn echter van mening dat de in het kader van de budgettering gestelde C.O.T.G.-normen aan de krappe kant zijn, hetgeen mogelijk tot problemen zal kunnen leiden bij de invoering van arbeidsduurverkorting (ADV).

*situatie volgens personeelsvertegenwoordigers en BGD*

Van de zijde van de personeelsvertegenwoordigers wordt bij vijf van de tien ziekenhuizen gesproken over een personeelstekort dat tot zeer grote, zelfs onaanvaardbare, werkdruk leidt. Bij de resterende vijf ziekenhuizen is van iets lichtere werkdruk sprake. Toch worden ook hier nuanceringen aangebracht. Zo vermeldt men bij één der ziekenhuizen, dat netto voldoende ruimte aanwezig is om bezuinigingen op te vangen, doch dat de roosters erg moeilijk in te vullen zijn door gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. Twee van de BGD-en met wier vertegenwoordigers gesproken is, melden het bestaan van een duidelijk personeelstekort, dat tot grote werkdruk leidt. Er zouden echter verschillen tussen afdelingen zijn, die mede samenhangen met de aard van de ziekten waarvoor men behandeld en verpleegd wordt. Zo is een afdeling dermatologie duidelijk verschillend van een afdeling chirurgie.

### *aangevoerde oorzaken*

Vele malen is erop gewezen, dat de intensivering van de zorg, de grote wisseling van patiënten, maar ook de toenemende zorgbehoefte van oudere patiënten, bijdragen tot een verhoogde werkdruk van het personeel. Daarbij komt, dat de budgetteringsoperatie uitbreiding van het personeelsbestand slechts onder voorwaarden (substitutievrijheid) toelaat.

Belangrijk in de discussie over al dan niet vermeende personeelstekorten is de verwachte invloed van de arbeidsduurverkorting (ADV) en roostervrijedagen. Hoewel er in geen der ziekenhuizen ervaring op dit gebied bestaat, is men vrijwel unaniem van mening dat de invoering van ADV tot problemen zal leiden. Hierbij gaat het om punten als de onmogelijkheid om herbezetting te verwezenlijken in verband met het reeds thans boven de norm zijn, en om de invulling van de dienstroosters. Over het algemeen wordt de problematiek echter nuchter benaderd. In veel gevallen zijn commissies ingesteld die de mogelijke gevolgen van de invoering van ADV moeten bestuderen. Veel hangt naar de mening van de respondenten af van het direktiebeleid, dat in deze gevoerd gaat worden.

Een andere faktor van belang is de deeltijdarbeid. Tijdens de interviews is veelvuldig melding gemaakt van de toename hiervan. Men krijgt de indruk dat deze ontwikkeling in een aantal ziekenhuizen doelbewust wordt nagestreefd. Goed inzicht hierin ontbreekt echter.

Ook het beleid ten aanzien van het al dan niet in dienst houden van leerlingen na het behalen van hun diploma speelt een rol bij het ontstaan van personeelstekorten. Dit beleid blijkt overigens tussen de ziekenhuizen te verschillen.

### *effekt op de taakuitvoering*

De invloed van de ervaren personeelstekorten op de uitvoering van de taak wordt in sterke mate bij de verpleegkundigen gesignaleerd.



Als belangrijkste effecten werden vermeld: gebrek aan tijd voor goed overleg en dienstverlening, evenals voor het nemen van pauzes. Hiernaast is ook sprake van een effect op de wijze van verplegen. Zo werd vermeld dat onder normale omstandigheden in afdelingen, waar sterk immobiele patiënten verpleegd worden (bijvoorbeeld neurologie, intensive care), geen problemen bestaan bij het hanteren van de patiënt. Onder invloed van personeelstekort zouden echter verpleegkundigen patiënten met te weinigen moeten tillen, waardoor enerzijds de patiënt zich minder comfortabel voelt en anderzijds de verpleegkundige rugklachten krijgt.

Eén maal werd een opmerking gemaakt over de konsekwentie van beddenreduktie voor de werklust van personeel in de huishoudelijke dienst: "Het aantal interieurverzorgsters is gedaald, maar het gebouw blijft even groot!".

### 3.2.3 Diensttijden en dienstroosters

#### *inleiding*

Uitgangspunt bij het weergeven van door de respondenten ervaren knelpunten ten aanzien van diensttijden en dienstroosters in de bezochte ziekenhuizen is de noodzaak tot het verlenen van 24 uren zorg aan opgenomen patiënten en de beschikbaarheid van geneeskundige expertise. Daarbij speelt mee wat voor dienstverlening door een bepaald ziekenhuis geboden wordt, bijvoorbeeld de aanwezigheid van 24 uren (poliklinische) hulp en van een afdeling voor intensieve behandeling.

De combinatie van continue zorg en specifieke behandeling noodzaakt tot een afstemming ten aanzien van dienstrooster en diensttijden tussen verpleging enerzijds en ondersteunende afdelingen en artsen anderzijds. Hiernaast moeten binnen de verpleging afspraken over de aanwezigheid van verpleegkundigen gemaakt worden, die hun weerslag vinden in het dienstrooster. Indien men zich hierbij rea-

liseert, dat men bovendien met een hiërarchie van verpleegkundigen (afdelings-/zaalhoofden, gediplomeerden en leerlingen) te maken heeft, wordt het duidelijk dat de problematiek van diensttijden en dienstroosters zeer gekompliceerd is.

Binnen de ondersteunende afdelingen (röntgenkamer, laboratoria) wordt over het algemeen in dagdienst gewerkt, waarbij voor spoedeisende gevallen een laborant beschikbaar of oproepbaar is. Bij de artsen moet wat betreft de diensttijden, onderscheid gemaakt worden tussen de behandelend specialisten en de arts-assistenten. Laatstgenoemden vervullen veelvuldig een taak in het 24 uur ter beschikking zijn van geneeskundige expertise in het ziekenhuis.

### *onregelmatige diensten*

Als belangrijkste knelpunten werden door alle geïnterviewden onregelmatige diensten en werkduur genoemd. Hierbij ontstaat de indruk dat binnen de verpleging de afdelings- en zaalhoofden over het algemeen geen onregelmatige diensten lopen, terwijl de andere verpleegkundigen dit als behorend tot hun beroep beschouwen. Dit is in overeenstemming met een opmerking van een ondernemingsraadlid uit een groot ziekenhuis, dat over onregelmatige diensten over het algemeen geen klachten zijn, maar "de mensen die nu in de verpleging gaan, slikken het, specialiseren zich en zoeken dan werkzaamheden zonder onregelmatige diensten". Wel wordt overigens gemeld, dat bij het stijgen der jaren het werken in onregelmatige diensten bezwaarlijk wordt. Dit geldt uiteraard niet alleen voor verpleegkundigen maar bijvoorbeeld ook voor portiers.

### *het dienstrooster*

Het probleem voor de organisatie is volgens de respondenten tweeledig: enerzijds de noodzaak tot het opstellen van het dienstrooster, gegeven het beschikbare aantal personeelsleden, anderzijds de wijze waarop het onregelmatige werken aan het betreffende personeel gekompenseerd moet worden. Velen blijken namelijk een vergoe-

ding voor het werken in onregelmatige dienst of voor het verrichten van overwerk liever in de vorm van vrije dagen te ontvangen dan in geld. Dat dit (gekombineerd met de in de vorige paragraaf genoemde budgettering en ADV) weer tot problemen bij het opstellen van roosters leidt, zal zonder meer duidelijk zijn.

### *werkduur*

Wat betreft de lengte van de werktijden wordt door de geïnterviewden niet zozeer gewezen op de verpleegkundigen (voor de leerlingen zijn de werktijden in het opleidingsreglement van WVC geregeld) als wel op de artsen. Met name voor de assistenten worden zeer lange werktijden (60-80 uur per week) gemeld. In één van de academische ziekenhuizen wordt op dit ogenblik geëxperimenteerd met dienstroosters voor assistent-artsen. De resultaten van deze proefneming zijn nog niet bekend.

Overwerk als probleem voor verpleegkundigen in het ziekenhuis wordt slechts in één der ziekenhuizen door de ondernemingsraad genoemd. Men krijgt dan ook het gevoel dat dit meer een probleem voor de organisatie is (kompensatieregeling).

### *deeltijdarbeid en uitzendkrachten*

Naast roosters en werktijden moet nog aandacht besteed worden aan een ander aspekt van de werkorganisatie binnen het ziekenhuis, namelijk deeltijdarbeid (zie ook § 3.2.2). Drie van de tien ziekenhuizen melden hierin een eigen beleid te voeren. Van een friktie tussen "parttimers" en personeelsleden die in volledig dienstverband werken, zou volgens de geïnterviewden geen sprake zijn.

Het inzetten van uitzendkrachten in de nachtdienst wordt door de direktie van één der ziekenhuizen als probleem genoemd, omdat hierdoor de kontinuïteit van de verpleegkundige zorg in het gedrang zou komen.

### *gehuwde vrouwen met kinderen*

Tenslotte nog een opmerking over het werken van gehuwde vrouwen met kleine kinderen. Naar de mening van de direktie van één der grote ziekenhuizen veroorzaken moeilijkheden met de kinderopvang problemen bij het vervullen van de taken binnen een bepaald dienstrooster. Als gevolg hiervan wordt door de personeelsafdeling bij de sollicitatie extra aandacht besteed aan dit aspekt. Boven- genoemde mening wordt echter door de direkties van twee andere ziekenhuizen (één groot en één klein) uitdrukkelijk bestreden.

### 3.2.4 Overige organisatie-aspekten

#### *inleiding*

Naast de onderwerpen, waaraan in het voorgaande aandacht is be- steed, dienen nog een aantal punten vermeld te worden, die bij de bespreking van de organisatie aan de orde zijn geweest. Het gaat hierbij om meer algemene zaken, die ook bij andere organisaties voorkomen, en om punten, die op ziekenhuizen in het algemeen of één ziekenhuis in het bijzonder betrekking hebben.

#### *niet ziekenhuis-specifieke problematiek*

Niet uitsluitend van belang voor ziekenhuizen zijn problemen als gevolgen van nieuwbouw, invoering van automatisering en behoefte aan bijscholing van het personeel. Ook de vergrijzing van het per- soneel door een verminderde mobiliteit kan zich bij andere organi- saties voordoen.

#### *ziekenhuis-specifieke problematiek*

Door verschillende respondenten is aandacht gevraagd voor de ar- beidsvoorwaarden en arbeidsmarktpositie van de verschillende zie- kenhuizen. Zo schijnen er zowel in de rechtspositie (ambtenaar, trendvolger; overheids- of partikulier ziekenhuis) als in de belo-

ning van het personeel verschillen tussen ziekenhuizen te bestaan, die mede de arbeidsmarktpositie van het betreffende ziekenhuis bepalen. Ook de verschillende gevolgen van de budgettering voor de diverse ziekenhuizen is hierbij van belang. De leeftijdsopbouw van het personeel en de daarmee gepaard gaande salariëring verschilt namelijk tussen ziekenhuizen.

Hiernaast zijn er een aantal punten, die incidenteel, voor een bepaald ziekenhuis, van belang zijn. In deze categorie vallen problemen rond fusies en reorganisaties, het opheffen en openen van afdelingen, maar ook verschillen in opvatting tussen bijvoorbeeld direktie en personeelsafdeling over het personeelsbeleid. Dit laatste is van groot belang voor de wijze waarop de personeelszorg in een specifiek ziekenhuis georganiseerd wordt. Zoals een personeelsfunktionaris van één der grote ziekenhuizen dit formuleerde: "het is de vraag of men individu-gericht bezig wil zijn of dat men streeft naar een methodische, funktionele aanpak".

### 3.3 Het werk

#### 3.3.1 Inhoud van het werk

*inleiding: ontwikkelingen binnen de verpleging*

Tijdens de interviews is door verscheidene respondenten gewezen op de veranderingen, die zich binnen de verpleging hebben voorgedaan en op problemen, die hiermee samenhangen. Het algemene beeld uit deze interviews is als volgt:

Gedurende de laatste jaren heeft de wijze waarop door verpleegkundigen inhoud aan hun werk wordt gegeven grote wijzigingen ondergaan. Uit de traditionele verzorgende "zuster" en "broeder" heeft zich de "verpleegkundige" ontwikkeld met eigen professionele doelstellingen en specialisaties. Deze "professionalisering" van de

verpleging blijkt in de praktijk niet zonder problemen te verlopen: verschil in opvattingen tussen jong en oud, maar ook tussen de bestaande "kultuur in het ziekenhuis" en nieuw binnenkomende medewerkers, kunnen tot spanningen onder het personeel leiden. Het streven, door het overgaan van taak- naar teamverpleging met een grotere variëteit aan handelingen tot verrijking van de taak van de verpleegkundige te komen, vergt veel van de leiding van de afdelingen. Dit is mede gevolg van het feit, dat verpleegkundigen met een verschillend opleidingsniveau (jongere- en ouderejaarsleerlingen) niet overal inzetbaar zijn. In de oude situatie konden aan de jongste categorie leerlingen eenvoudige handelingen worden opgedragen, terwijl de nieuwe situatie van het afdelingshoofd veel organisatietalent vraagt om aan de teamverpleging gestalte te geven en tegemoet te komen aan de wensen van de nieuwe leerlingen. Bij twee van de tien ziekenhuizen wordt expliciet melding gemaakt van het feit, dat de hoofden deze ontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande eisen ten aanzien van het leidinggeven, niet kunnen bijhouden.

#### *professionalisering in de praktijk*

Bij één ziekenhuis wordt vermeld dat professionalisering van de verpleging door de directie duidelijk ondersteund wordt. Hiertegenover staat de mening van de directie van een ander ziekenhuis, dat van de professionalisering in de praktijk nog weinig terecht komt, doch dat het traditionele van het verplegen wel begint te verdwijnen. Naar haar mening is het evenwel zeer wel mogelijk, dat het door deze directie gesignaleerde samenhangt met reorganisatieproblemen in het betreffende ziekenhuis. In een ander, klein ziekenhuis vermeldt de directeur verheugd, dat de verpleegkundigen veel medische handelingen verrichten, terwijl deze door de ondernemingsraad als oneigenlijke taken (bijvoorbeeld bloedprikken voor laboratoriumbepalingen) worden gekwalificeerd.

Opvallend is het verschil van mening binnen één groot ziekenhuis,

waar de directie meent, dat de professionalisering probleemloos verloopt, terwijl bedrijfsarts en ondernemingsraad deze opvatting bestrijden. Zij konstateren een discrepantie tussen opleiding en taak: "Het inhoudelijke van de functie, zoals dit aan de leerlingen geleerd wordt, is in de praktijk niet waar te maken". Toch wordt dit niet altijd als een gemis ervaren. Zo constateert de ondernemingsraad van een ander ziekenhuis, dat er wel veel veranderd is in de relatie patiënt-verpleegkundige ("Het Florence Nightingale syndroom" is verdwenen, maar "je mag gelukkig nog wel zuster en broeder zijn!").

Tenslotte nog een opmerking over het moeilijk realiseren van taakverrijking in de praktijk. De directie van een groot ziekenhuis beklagt zich er over, dat veel verpleegkundigen erg vast zitten aan één soort werk. "Job-rotation" zou eigenlijk alleen binnen één specialisme plaatsvinden, terwijl bovendien het animo voor bijscholing gering zou zijn.

#### *behoefte aan specifieke verpleegkundige zorg*

Wat de inhoud van de taak van de verpleegkundige betreft, dient nog gewezen te worden op een toenemende behoefte aan specifieke/specialistische zorg voor de patiënten. Dit zou zowel samenhangen met het opnemen van oudere patiënten als met het feit, dat dit in een later stadium van hun ziekte gebeurt. Hiernaast spreekt het vanzelf dat het openen van nieuwe afdelingen binnen een ziekenhuis nieuwe specialistische kennis bij de verpleegkundigen noodzakelijk kan maken. Dit is dan een voor dat ziekenhuis specifiek probleem. Dit geldt ook voor de specifieke situatie in academische ziekenhuizen. Deze zullen over het algemeen meer gekompliceerde ziektebeelden ter diagnostisering en behandeling aangeboden krijgen met als konsekwentie ook dikwijls de noodzaak tot specifieke verpleegkundige zorg.

### *artsen en ondersteunende afdelingen*

De taak van artsen en ondersteunende afdelingen (laboratoria, röntgenkamer etc.) is gedurende de interviews weinig aan de orde geweest. Wel was men soms van mening dat het voor de verpleegkundigen een probleem kan zijn, dat pas opgeleide specialisten soms diagnostische en behandelingsmethoden toepassen, die afwijken van de in het ziekenhuis tot dat ogenblik gangbare.

### *civiele dienst*

Aandacht moet nog gewijd worden aan het takenpakket van de civiele dienst. Hieronder worden over het algemeen de schoonhouddienst, de wasserij en de keuken begrepen. In sommige gevallen valt hier ook de telefooncentrale onder. Men kan als het ware spreken van de "hotellerie" van het ziekenhuis.

Bij zeven van de tien ziekenhuizen wordt melding gemaakt van problemen bij de civiele dienst. Het werk, dat vaak verricht wordt door buitenlandse krachten, wordt over het algemeen als vuil, routinematig en geestdodend omschreven. Bovendien ondervindt het personeel ook de effecten van de grotere doorstroming van patiënten, als gevolg waarvan bijvoorbeeld meer schoonmaakwerkzaamheden verricht moeten worden. Door de respondenten wordt dit dikwijls in verband gebracht met het hoge ziekteverzuim bij deze afdeling.

## 3.3.2 Patiëntenkontakten en stervensbegeleiding

### *inleiding*

In de literatuurstudie wordt melding gemaakt van het feit, dat van alle personeelskategorieën in de verpleging, lager opgeleiden het meeste contact met de patiënten hebben. Aangezien het hier veelal om jonge mensen gaat, kan men zich voorstellen, dat deze nog niet goed raad weten met de problemen rond ziekte en dood. Dit was dan ook de reden tijdens de interviews navraag te doen naar dit aspect



van de taak, de mogelijke problemen op dit gebied in de betreffende ziekenhuizen, en naar de gekozen oplossingen.

### *psychische problemen van jonge verpleegkundigen*

In vijf van de tien ziekenhuizen worden psychische problemen van jonge verpleegkundigen in hun contact met ernstig zieke en stervende patiënten gemeld. Bij een zesde verklaren zowel directie als ondernemingsraad, dat de stervensbegeleiding beslist niet op de jonge leerlingen afgeschoven wordt. Bij een klein ander ziekenhuis wordt de stervensbegeleiding gerekend tot de taak van predikant of priester.

### *beoordeling van de ernst van de psychische problemen*

Bij de vijf ziekenhuizen, die problemen melden, is de beoordeling van de ernst hiervan verschillend. Men krijgt de indruk, dat het erg afhangt van de wijze van opvang door het afdelingshoofd. Daarnaast wordt ook in de opleiding van de verpleegkundigen aan de problematiek aandacht besteed. Of dit er overigens toe mag leiden, dat het probleem van het contact met ernstig zieke en stervende patiënten, zoals dit door de directeur in één ziekenhuis geschiedde, ontkend mag worden, is de vraag.

### *begeleiding van verpleegkundigen*

Over het begeleiden van jonge verpleegkundigen zijn verschillende opvattingen. Opmerkingen variëren tussen "Iedereen moet tegenwoordig begeleid worden"; "het is de taak van het afdelingshoofd" en "voor een cursus georganiseerd door het integraal kankercentrum is erg veel belangstelling". Van "nurse support groups", waarbinnen de ervaren problemen aan de orde kunnen komen, wordt overigens nergens gewag gemaakt.

### 3.4 Werkomstandigheden

#### 3.4.1 Fysische, chemische en biologische werkomstandigheden

##### *inleiding: algemene indruk*

In de gesprekken met de diverse personen uit de tien ziekenhuizen komt verrassenderwijs het beeld naar voren, dat er eigenlijk weinig problemen ten aanzien van mogelijke fysische, chemische en biologische risico's ervaren worden. Afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis zijn één of meer commissies aanwezig, die zich met de controle op deze werkomstandigheden bezig houden (infectie-, stralingscommissie, dienst veiligheid en milieuzaken). Een belangrijke rol wordt hierbij gespeeld door de ziekenhuishygiënist en in sommige gevallen ook de apotheker. Indien aanwezig, participeren bedrijfsartsen meestal in dergelijke commissies zonder dat zij hierin een voorttrekkende rol vervullen. Van systematisch arbeidshygiënisch werkplekonderzoek, zoals dit binnen de bedrijfsgezondheidszorg wordt aanbevolen, is eigenlijk nergens sprake. Men kan zich hierbij afvragen of dit laatste tot een onderschatting van de problematiek zou kunnen leiden. Er wordt in de literatuur immers uitgebreid melding gemaakt van mogelijke risico's voor de gezondheid. In één groot ziekenhuis blijkt een ARBO-commissie ingesteld te zijn. De bedrijfsarts doet hier incidenteel, te zamen met een arbeidshygiënist van buiten, werkplekonderzoek.

Gezondheidsschade als gevolg van blootstelling aan fysische, chemische en biologische werkomstandigheden wordt door de respondenten nauwelijks gemeld. Cijfermatige gegevens waren echter niet beschikbaar.

##### *probleemgebieden*

Toch blijkt volgens respondenten de situatie niet altijd probleemloos te zijn. Zo meldt de ondernemingsraad van één der grote zie-

kenhuizen, dat er behoefte is aan een duidelijk veiligheidsbeleid. Hierbij wordt met name gewezen op de afvoer van afvalstoffen. In een ander, klein ziekenhuis was naar de mening van de directie alles onder controle. De ondernemingsraadleden daarentegen melden, dat er zeer slordig omgegaan wordt met cytostatica: "afval gaat in een mayonaisse emmertje"!

Uit de interviews ontstaat de indruk, dat naarmate een ziekenhuis formeler georganiseerd is, de controle op mogelijke fysische, chemische en biologische risico's beter geregeld is. Toch blijken ook hier mogelijk problemen te bestaan. Zo is in een groot ziekenhuis, ondanks een zeer alerte infectie-kommissie, een "explosie" van schurftgevallen opgetreden. In dat zelfde ziekenhuis bericht de ondernemingsraad, dat ondanks de aanwezigheid van een dienst voor veiligheid en milieu, niet alles onder controle lijkt te zijn. Zo zouden in een aantal laboratoria zuurkasten ontbreken en zouden op de afdelingen medicijnen worden klaargemaakt.

### *protokollen*

In alle ziekenhuizen zijn protocollen of handelingsvoorschriften aanwezig om de besmettingskans van personeelsleden te verminderen dan wel om de gevolgen hiervan te minimaliseren. Deze hebben bijvoorbeeld betrekking op controle op t.b.c., hepatitis-B en rubellavaccinatie, het omgaan met AIDS patiënten enz. Toch lijkt het niet op alle plaatsen afdoende geregeld te zijn. In één ziekenhuis wordt niet systematisch op infecties met hepatitis-B gescreend, terwijl de vaccinaties bovendien niet systematisch door de eigen BGD worden uitgevoerd, maar aan de huisarts uitbesteed zijn. In dit zelfde ziekenhuis wordt melding gemaakt van klachten van de technische dienst ten aanzien van het gevaar voor besmetting. Naar de mening van de ondernemingsraad van een ander, klein ziekenhuis bestaan de protocollen alleen op papier.

### 3.4.2 Tillen en houdingen

Het gaat hierbij voornamelijk om mogelijke tilproblematiek. In vier van de tien ziekenhuizen is dit onderwerp meer specifiek door de respondenten aan de orde gesteld. Het tillen werd hierbij als een beperkt probleem ervaren, hoewel dit toch bij enkele ziekenhuizen als mogelijke reden voor ziekteverzuim genoemd wordt. Eén ziekenhuis organiseert voor het personeel een tilkursus "in huis" en een ander heeft de BGD gevraagd er eens een onderzoekje naar te doen.

Het bovenstaande geeft de indruk, dat het tillen slechts onder speciale condities, zoals bij groot personeelstekort, tot problemen leidt. De moderne ziekenhuisbedden maken het hanteren van de patiënten ook veel makkelijker.

## 3.5 Ziekteverzuim en personeelsverloop

### 3.5.1 Ziekteverzuim

*inleiding: de cijfers*

Volgens gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) was het ziekteverzuimpercentage in de algemene ziekenhuizen in 1983 6,3%. Ten opzichte van de jaren daarvoor was dit percentage ongeveer gelijk gebleven. Bij de tien ziekenhuizen, die in dit onderzoek zijn opgenomen, lag het verzuimpercentage in 1983 tussen 5,2 en 8,8% (gemiddeld 7,2%) en in 1984 op ongeveer dezelfde hoogte. De tien ziekenhuizen in het onderzoek hadden dus gemiddeld een iets hoger verzuimpercentage dan de totale groep van algemene ziekenhuizen. Het verschil is echter niet spectaculair. Dit alles zegt iets over de mate waarin deze ziekenhuizen "problematisch" zijn.

Een tweede konklusie is dat de twee academische ziekenhuizen in het onderzoek de hoogste verzuimpercentages hadden. Er zijn aanwijzingen, dat dit te maken kan hebben met het grootschaliger en bureaukratischer karakter van academische ziekenhuizen.

Een derde konklusie is, dat de kleinere ziekenhuizen in het onderzoek - in tegenstelling tot het landelijk beeld - gemiddeld géén lager verzuimpercentage hadden dan de grotere ziekenhuizen in het onderzoek. Er is hier vermoedelijk sprake van "steekproef"-toevaligheden.

Tot zover de cijfers.

### *belangrijkste oorzaken en achtergronden*

De respondenten is uitvoerig gevraagd, wat naar hun mening de belangrijkste oorzaken zouden kunnen zijn van het verzuim in hun ziekenhuis. Als de vele commentaren naast elkaar worden gezet, springen de volgende drie hoofdproblemen naar voren:

#### 1. werkbelasting en werkdruk.

In bijna alle ziekenhuizen wordt gemeld, dat er grote problemen zijn met overbelasting, piekbelasting, te veel werk, werkdruk en overwerktheid bij het personeel. Deze worden door de respondenten in verband gebracht met verzuim en worden vooral waargenomen in de verpleegafdelingen.

#### 2. reorganisatie/sluitingsdreiging/nieuwbouw.

In een relatief groot aantal ziekenhuizen is er sprake (geweest) van reorganisaties, bouw van nieuwe afdelingen, integratie van nieuwe afdelingen in de bestaande structuur, afstoting of mogelijke afstoting van delen van de organisatie. Alle problemen hieromheen hebben vaak geleid tot psychische problemen en ziekteverzuim.

#### 3. civiele dienst.

In bijna alle ziekenhuizen werden de civiele diensten als probleem-afdelingen aangemerkt. De verzuimpercentages van rond de 15 procent zijn volgens de geïnterviewden vermoedelijk te wijten aan het routinematige, geestdodende werk met lage status. Inschakeling

van buitenlandse arbeidskrachten bij dit soort werk heeft bovendien communicatie-problemen en opgeleverd.

Andere mogelijke achtergronden, die veel minder frekwent genoemd worden bij het ziekteverzuim, zijn:

- ergonomische problemen (lichamelijke belasting met als gevolg rugklachten, vooral bij de verpleging en de civiele dienst);
- relationele problemen tussen werknemers (samenwerking, kollegiale verhoudingen, relatie leiding-ondergeschikten en dergelijke);
- ouderen, die langzamerhand moeilijker mee kunnen komen, dit mede in relatie tot de gestegen werkdruk;
- privésituaties;
- gebrekkige ziekteverzuimcontrole.

Wat het laatste punt betreft, zij vermeld, dat deze controle bij vijf van de tien ziekenhuizen door de verzekeringsarts van de bedrijfsvereniging geschiedt. Bij de ziekenhuizen onder zorg van de RGD of GG & GD gebeurt dat door deze instanties. Tenslotte geschiedt de controle in één geval door de eigen BGD en in één geval door een huisarts, waarmee het betreffende ziekenhuis een overeenkomst gesloten heeft. Voorts wordt nogal eens gemeld dat de verzuimgelegenheid in ziekenhuizen over het algemeen groot is. Vaak wordt er bij de eerste 14 dagen van de afwezigheid niets ondernomen door de kontrolerende instantie. In een paar ziekenhuizen werd ook gesteld, dat sommige verzuimgevallen (bijvoorbeeld "griepjes") niet in de cijfers worden opgenomen, doordat de betrokken afdelingen deze gevallen niet melden aan de registrerende instantie.

Een laatste opmerking in dit kader betreft het feit, dat een aantal respondenten er op wees, dat nog te weinig oog is voor de veranderingen die ziekenhuizen de laatste jaren doormaken. Eén ziekenhuisdirecteur merkte op, dat het personeel nog wel erg moest wennen aan het feit, dat de "beschermde wereld", waarin het jaren gewerkt had, enigszins aan het afkalven is. Dat de buitenwereld

daarin ook nog niet meegroeit, blijkt uit de opmerking van een personeelschef, die stelde dat het Gewestelijk Arbeidsbureau (GAB) ziekenhuizen als non-profitorganisaties (min of meer als sociale instellingen) ziet, die hun personeel slechts moeilijk ontslag kunnen geven (bijvoorbeeld bij een onredelijk hoog verzuim of dis-funktioneren in andere zin).

Alles bij elkaar lijken de ziekteverzuimproblemen voor zover zij met het werk te maken hebben, niet zo zeer van typisch fysieke, maar veel meer van psychische aard (men denke aan werkdruk en de reorganisatie-problematiek). De problemen bij de civiele dienst (arbeidsbelasting) en de een enkele keer vermelde ergonomische problemen in de verpleging zijn hier wellicht een uitzondering op.

#### *niet genoemde oorzaken en problemen*

Opvallend zijn de mogelijke oorzaken of problemen, die zo goed als niet genoemd worden, terwijl zij toch verwacht worden.

Daarbij valt het allereerst op, dat fysische, biologische of chemische werkomstandigheden bijna niet vermeld worden als verzuim-reden.

Voorts werd in slechts één van de ziekenhuizen door de ondernemingsraadleden de sfeer als beneden peil gekenmerkt. De mensen zouden er hun mond niet, open durven te doen, mede door het autoritaire optreden van de directeur.

Verder werd maar in één ziekenhuis de positie van de leerling-verpleegkundigen als problematisch aangemerkt (afschuiven, problemen in de psychische sfeer). Het lage verzuim van leerling-verpleegkundigen, dat ook uit de "landelijke" cijfers spreekt, heeft te maken met wat men zou kunnen noemen de geringe verzuimgelegenheid van deze categorie personeel: men mag slechts een maximaal aantal dagen afwezig zijn in de opleiding, wil men het diploma kunnen behalen.

Van de werktijden (nachtdienst, ploegendienst, weekeinddienst) werd over het algemeen gezegd, dat deze aanvaardbaar zijn. Niet

duidelijk is echter in hoeverre deze omstandigheden geleid hebben tot eerdere (zelf-)selectie van personeelsleden, die bedoelde werktijden als acceptabel hebben aanvaard. Het is met andere woorden mogelijk dat het huidige personeelsbestand van ziekenhuizen reeds geselecteerd is op deze problematiek.

#### *verzuimanalyse en beleid*

In dit verband zij ook opgemerkt, dat in bijna geen enkel ziekenhuis een behoorlijk feitelijk inzicht bestond in het verzuim bij bepaalde persoonscategorieën (bijvoorbeeld leeftijdsklassen, diensttijdsklassen, soort dienst, nationaliteit, opleidingsniveau, etc.). Personeelsafdelingen en medische diensten beschikken dus maar weinig over beleidsonderbouwend feiten-materiaal.

Ook onderzoek naar de oorzaken van ziekteverzuim (bijvoorbeeld met vragenlijsten onder het personeel) was door geen van de ziekenhuizen uitgevoerd. Aanzetten tot een gestructureerd ziekteverzuimbeleid zijn tijdens de interviews maar weinig vermeld. Slechts bij één ziekenhuis beschikte de bedrijfsgeneeskundige dienst over goed feitenmateriaal en over een beleidsnota op dit gebied. De meeste beleidsinstanties in de ziekenhuizen tasten wat de oorzaken en achtergronden van het verzuim betreft in het duister. En over mogelijke maatregelen, bijvoorbeeld wat het verzuim van de civiele diensten aangaat, worden zeer weinig gedachten vernomen.

De rol van de bedrijfsgeneeskundige diensten komt in de volgende paragraaf aan de orde.

### 3.5.2 Personeelsverloop

#### *inleiding: de cijfers*

Het NZI heeft, op basis van gegevens van de instellingen zelf,



berekend dat in 1980 het personeelsverlooppercentage in de algemene ziekenhuizen 21 procent was en in 1983 ongeveer 13,6 procent per jaar. Tevens is daaruit bekend dat de hoogste verlooppercentages voorkomen onder de medische staf en het verplegend personeel. Bij de tien ziekenhuizen in ons onderzoek lagen de verlooppercentages in 1983 tussen de 11 en 23 procent met een gemiddelde van 16 procent.

Zo goed als alle ziekenhuizen meldden een daling in het verloop gedurende de laatste jaren. Arbeidsmarktomstandigheden zijn daar vooral debet aan.

### *redenen voor verloop*

Redenen van personeelsverloop worden door drie van de tien ziekenhuizen bijgehouden en vermeld in het sociaal jaarverslag. Hieruit blijkt dat bij deze ziekenhuizen de drie meest frekwent voorkomende redenen van vertrek zijn: afloop van het kontrakt voor een bepaalde tijd (tijdelijk dienstverband; beëindiging opleiding van leerlingen), positieverbetering (functie aanvaarden elders) en zwangerschap. Alle tien ziekenhuizen kunnen gegevens leveren over het personeelsverloop binnen de diverse personeelskategorieën. Deze gegevens worden jaarlijks aan het NZI geleverd. In grote lijnen blijkt ook uit deze percentages, dat het grootste personeelsverloop voorkomt bij de medische staf en het verplegend personeel. Dit is in overeenstemming met het landelijk beeld.

Met betrekking tot het personeelsverloop werd al vermeld, dat het uiterst moeilijk voor ziekenhuizen (ook partikuliere) is om ontslag te geven aan niet goed funktionerend personeel. De Gewestelijke Arbeidsbureau's (GAB) zouden in deze ook een zeer terughoudend (te terughoudend volgens één respondent) beleid voeren.

In hoeverre arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud en arbeidsvoorwaarden het personeelsverloop bij de tien ziekenhuizen beïnvloeden, werd niet duidelijk uit de interviews. De respondenten bleken hier weinig van te weten.

### 3.6 Bedrijfsgeneeskundige zorg

#### *inleiding*

De sociaal-medische zorg voor het personeel, die gegeven wordt door de bedrijfsgeneeskundige zorgverleners zal hieronder behandeld worden. De personeelsafdeling zal alleen in haar relatie tot hen ter sprake komen.

Zoals in hoofdstuk 2 (pagina 4) van dit rapport werd vermeld, wordt de bedrijfsgeneeskundige zorg in de tien ziekenhuizen in twee gevallen verzorgd door een eigen BGD, in drie gevallen door de RGD of een GG & GD, in twee gevallen door een gezamenlijke of regionale BGD en in drie gevallen door een huisarts, die alleen de aanstellingskeuringen en/of ziektewetkontrole verzorgt.

Bij laatstgenoemde drie ziekenhuizen met respectievelijk 200, 400 en 700 personeelsleden, was volgens de respondenten het gebrek aan financiële middelen de reden voor het ontbreken van bedrijfsgezondheidszorg.

#### *takenpakket*

Bij alle tien ziekenhuizen worden aanstellingskeuringen verricht. Bij zeven van de tien komt daar een bedrijfsgeneeskundig spreekuur bij. Vier van de zorgverlenende instanties doen ook de ziektewetkontrole (in twee gevallen is dit de RGD, verder de GG & GD en een eigen BGD). In vijf ziekenhuizen wordt de ziekenkontrole uitgevoerd door de bedrijfsvereniging, bij één ziekenhuis door een huisarts. Andere taken, die vrij vaak voorkomen, zijn: periodiek geneeskundig onderzoek, overleg met directie, PZ, etc., deelname aan (bijvoorbeeld infectie-)kommissies, uitvoeren van vaccinatieprogramma's. Werkplekbezoek komt weinig voor.

### *omvang*

De omvang van de bedrijfsgeneeskundige zorg loopt uiteen van nog geen half jaar per ziekenhuis tot 10 à 11 mensjaren (bij de twee academische ziekenhuizen).

### *mening van het personeel*

De visie van het personeel op de zorgverlening is in de interviews expliciet aan de orde gesteld. Als we er vanuit gaan, dat de OR-leden een goede afspiegeling van het personeel zijn, dan loopt die mening uiteen van ronduit negatief ("weggegooid geld", "men kiest voor de leiding") via terughoudend ("je merkt er weinig van") tot gematigd positief ("goedwillend, zouden wel meer op de werkplek moeten komen, zouden meer invloed moeten kunnen hebben op het beleid").

In de drie ziekenhuizen zonder bedrijfsgeneeskundige zorg werd dit door de OR-leden als een gemis ervaren. Zij maakten hierbij de volgende opmerkingen:

- begeleiding van zieken en ouderen is nodig;
- BGZ kan preventief werken bij dreigende problemen;
- er is behoefte aan professionele inbreng (ergonomie, werksituatie);
- psychische en sociale factoren vragen om zorg;
- archaische toestanden moeten verdwijnen (direkteur doet periodiek onderzoek, waaronder uitstrijkjes, bij het personeel; ziekenhuisartsen moet geleerd worden huisartsen van hun ondergeschikten niet op te bellen).

### *mening van direktieleden*

In twee van de zeven ziekenhuizen met zorgverlening werden van de kant van de direktie frikties vermeld in de relatie tot de bedrijfsgeneeskundige dienst. In het ene geval ging het om het feit, dat de direktie geen greep op de dienst had en dat deze niet scherp genoeg zou zijn in de ziekenkontrolle; in het andere geval

werd getwijfeld aan het nut van de zorg in het algemeen ("we kunnen het zelf wel"; "ze lopen maar werk te zoeken"). In een derde ziekenhuis werd (zonder dat er sprake was van frikties) negatief geoordeeld over de opstelling van de bedrijfsarts en de verleende bedrijfsgeneeskundige zorg.

Alle andere direktievertegenwoordigers oordeelden positief over de verleende zorg.

#### *bedrijfsgeneeskundige zorg en personeelszaken*

Wat betreft de relatie tussen de bedrijfsgeneeskundige zorg en de sektor personeelszaken, kan opgemerkt worden, dat er in drie ziekenhuizen een goed en intensief overleg bestaat tussen beide instanties. In één van deze gevallen gaat dit overleg ook tussen het hoofd van de BGD en de algemeen directeur met personeelsbeleid in zijn portefeuille. In een ander van deze drie ziekenhuizen is er ook een sociaal team, waarin beide instanties participeren. Verder was er in vier andere ziekenhuizen alleen contact tussen bedrijfsarts en personeelszaken over probleemgevallen (bijvoorbeeld veelverzuimers of disfunktionerende personeelsleden).

In de drie ziekenhuizen die alleen gebruik maken van de diensten van een huisarts, bestond er uiteraard alleen overleg over de aanstellingskeuringen en/of ziekenkontrolle.

#### *wensen van bedrijfsartsen*

Van belang is nog te vermelden welke wensen er bij de bezochte ziekenhuizen leefden onder de bedrijfsartsen zelf.

In de meeste gevallen betrof dit het krijgen van mogelijkheden tot het doen van onderzoek (opsporing schadelijke omgevingsfactoren, werkbelasting, onderzoek in het algemeen). Gebrek aan geld en tijd werd hier de drempel geacht. Dat er weinig werkplek-onderzoek wordt gedaan, heeft echter mogelijk ook te maken met gebrek aan onderzoekskennis, veranderingskundige kennis en mogelijke psychologische weerstanden onder de beleidsfunktionarissen.

Een tweede wens, die gehoord werd tijdens de interviews, betrof het scheppen van de mogelijkheid tot het vermeerderen van eigen kennis, onder meer op het gebied van arbeidshygiëne en onderzoek, ook om een betere tegenspeler te kunnen zijn van de ziekenhuisspecialisten.

Ten derde vermeldden een paar bedrijfsartsen de wens om meer te kunnen doen voor personeel, dat in moeilijkheden is geraakt (bijvoorbeeld herplaatsingsmogelijkheden).

Tenslotte zeiden twee bedrijfsartsen graag wat meer medewerking en ondersteuning te willen hebben van de afdeling personeelszaken van het betreffende ziekenhuis bij te ondernemen activiteiten en initiatieven.

## 4. DE INTERVIEWS SAMENGEVAT

### 4.1 Inleiding

In 1985 hebben gesprekken plaatsgevonden met 36 sleutelinformanten in tien ziekenhuizen. Doel hiervan was, na afsluiting van de literatuurstudie 'Arbeidssituaties en Bedrijfsgezondheidszorg in Ziekenhuizen' (Min.v.SoZaWe, DGA, 1985, publikatie S 14), een 'kortlopende verkenning van het veld van onderzoek' uit te voeren waarin een eerste indruk verkregen zou moeten worden van overeenkomsten en verschillen tussen de in de literatuurstudie gesignaleerde knelpunten en de actuele situatie, zoals ervaren in een beperkt aantal Nederlandse ziekenhuizen.

De reden hiervoor was mede gelegen in het feit dat in de literatuurstudie noodgedwongen gebruik gemaakt is van buitenlandse - mede Engelse en Amerikaanse - publikaties van onderzoek, die bovendien nogal eens een paar jaar of langer geleden afgesloten werden. Dit feit, gevoegd bij de snelle ontwikkelingen in de Nederlandse ziekenhuiswereld van de laatste paar jaren, was reden om tot een oriëntatie ter plekke over te gaan.

In overleg met de begeleidingscommissie hebben de onderzoekers zich gericht tot vertegenwoordigers van directie, ondernemingsraad en bedrijfsgezondheidszorg in tien ziekenhuizen die na bemiddeling van de Beleidsafdeling Sociale Zaken van de NZR, zich bereid verklaard hadden de gevraagde interviews toe te staan.

Hoewel bij de keuze van de ziekenhuizen het streven was een geschakeerd beeld te verkrijgen (zie hiervoor de tabel in hoofdstuk 2) moeten de uitkomsten van de interviews uiteraard met enige voorzichtigheid gehanteerd worden.

Er zijn slechts tien van de in Nederland aanwezige 224 ziekenhuizen bezocht, en deze stonden positief tegenover het onderzoek door hun medewerking te verlenen. Eén ziekenhuis was tevoren reeds afgevallen aangezien de directie geen toestemming gaf de ondernemingsraad te interviewen. Het moge dus duidelijk zijn dat het hier gaat om een globale indruk, verkregen bij een beperkt aantal ziekenhuizen en niet om een uitgewerkte enquête. Door de onderzoekers is gebruik gemaakt van een lijst van aandachtspunten, gebaseerd op de literatuurstudie, die tijdens de gesprekken systematisch aan de orde gesteld zijn. De te bespreken onderwerpen waren van te voren schriftelijk aan de respondenten bekend gemaakt. Hierdoor kan verwacht worden dat ten aanzien van knelpunten in de arbeidssituatie hooguit in kwantitatieve zin van onderrapportage sprake zal kunnen zijn.

Een nadeel van deze methode van interviewen van sleutelinformanten in vergelijking met vragenlijstonderzoek is, dat de informatie minder systematisch verkregen wordt en dat bepaalde punten slechts ten dele aan de orde komen omdat de respondent niet gedwongen is antwoord te geven op voorgestruktuurde vragen. Als gevolg hiervan bestaat de kans dat het interview op bepaalde punten onvolledige informatie levert.

In dat verband is bijvoorbeeld vermeldenswaard dat door de geïnterviewden zeer veel aandacht besteed is aan de verpleegkundige en, in mindere mate, aan de geneeskundige zorg. Hierbij is de werksituatie van het administratief personeel en van de ondersteunende afdelingen onvoldoende uit de verf gekomen, iets wat overigens ook geldt voor de rol van de personeelsafdeling bij de ondersteuning van het personeel. Achteraf gezien ware het wellicht beter geweest indien de niet-verpleegkundige afdelingen en de relatie PZ-BGZ systematischer tot onderwerp van gesprek waren gemaakt.

Hiermee zal bij het formuleren van plannen zowel voor nader onderzoek als ten aanzien van het beleid rekening gehouden moeten worden.

## 4.2 Samenvatting van de interviews

### 4.2.1 De organisatie

#### *onderlinge verhoudingen*

De sfeer in de bezochte ziekenhuizen varieert van formeel tot goedmoedelijk, in één van de tien ziekenhuizen lijkt deze uitgesproken slecht te zijn.

De relatie tussen de artsen (specialisten) en verpleging kan verbeterd worden. Knelpunten hierbij zijn dat eerstgenoemden onvoldoende rekening houden met de werkindeling van de verpleegkundigen en dat de kans bestaat op het ontbreken van een uniform beleid ten aanzien van individuele patiënten, indien de verpleegkundigen met meer dan één arts te maken hebben.

De relatie van de verpleging met de ondersteunende afdelingen lijkt over het algemeen goed te zijn.

De bevoegdheden van verpleegkundigen in de praktijk blijken in een aantal ziekenhuizen hun formele bevoegdheid te boven te gaan.

#### *personeelstekorten*

Het merendeel der respondenten meldt een personeelstekort. Het geheel overziend ontstaat de indruk, dat, hoewel in alle tien ziekenhuizen een sterke werkdruk wordt ervaren, toch onvoldoende cijfermatig inzicht bestaat in de aan- of afwezigheid van feitelijke tekorten.

Het feit, dat in veel gevallen het 'inroosteren' van personeel als probleem wordt gevoeld, zou erop kunnen wijzen, dat bij het op-



stellen van roosters een kwalitatieve behoefte ondanks een kwantitatief voldoende aanbod, in de praktijk moeilijk gedekt kan worden. Onduidelijk is bovendien of de beknotting in de financiën in veel gevallen heeft geleid tot het opheffen of sluiten van afdelingen.

Als oorzaken voor het optreden van personeelstekorten worden naast punten die te maken hebben met aspecten van de zorgverlening, zoals intensivering van de zorg, grote wisseling van patiënten en toenemende zorgbehoefte van oudere patiënten, ook de invoering van deeltijdarbeid en roostervrije dagen genoemd. Dit alles heeft niet alleen een vergrote belasting van de betrokken personeelsleden ten gevolge maar beïnvloedt ook de wijze waarop zij hun taak kunnen uitvoeren. In dit verband is door respondenten gewezen op gebrek aan tijd voor goed overleg en dienstverlening evenals voor het nemen van pauzes. Tevens zouden door een tekort aan personeel problemen ontstaan bij het hanteren van de patiënt.

#### *diensttijden en dienstroosters*

Klachten over het werken in onregelmatige diensten worden tijdens de interviews nauwelijks geuit. Men krijgt de indruk dat dit als "all in the game" wordt beschouwd. Alleen voor oudere werknemers werd in dit verband aandacht gevraagd.

Lange werktijden van met name de arts-assistenten blijken aan de orde van de dag. Bij één ziekenhuis wordt in dit verband met proefroosters geëxperimenteerd.

Het invullen van de roosters als probleem voor de organisatie, wordt bemoeilijkt door het feit, dat voor de compensatie van onregelmatige diensten en overwerk door veel personeelsleden aan extra vrije tijd de voorkeur gegeven wordt. Dit feit, gevoegd bij de in het kader van de budgettering gestelde personeelslimieten en de binnenkort te verwachten arbeidsduurverkorting, maakt het waarschijnlijk, dat de problemen in de toekomst alleen maar zullen toenemen. Ook de in verscheidene ziekenhuizen aanwezige mogelijk-

heid voor het verrichten van arbeid in deeltijd vergt veel van het organisatietalent van de leiding om tot een optimale zorgverlening te komen. Door een ondernemingsraadlid van één der ziekenhuizen werd in dit verband gepleit voor een meer flexibele invulling van het personeelsbestand ("waarom niet meer personeel inzetten gedurende piekuren?").

#### *overige organisatie-aspekten*

Onderscheid kan gemaakt worden in niet ziekenhuis-specifieke en ziekenhuis-specifieke problematiek.

Binnen de eerste categorie worden door de respondenten aspecten gemeld zoals gevolgen van nieuwbouw en invoering van automatisering voor het personeel; behoefte aan bijscholing; vergrijzing van het personeelsbestand.

Tot de tweede categorie kan men aspecten rekenen als arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktpositie van verschillende ziekenhuizen; invloed van budgettering op het personeelsbestand. Hiernaast zijn er punten genoemd, die incidenteel van belang blijken te zijn: reorganisaties; opheffen en openen van afdelingen; verschillen in opvattingen tussen directies en personeelsafdelingen over het personeelsbeleid.

#### 4.2.2 Het werk

##### *de inhoud van het werk*

Door de respondenten wordt vermeld, dat zowel de taak als taakopvatting bij verpleegkundigen gedurende de afgelopen jaren ingrijpend is veranderd. Hoewel uit de interviews de indruk ontstaat, dat deze ontwikkeling tot spanningen binnen de verpleging leidt, ontbreekt werkelijk inzicht in aard en omvang van deze problematiek. Factoren als de "cultuur" van het ziekenhuis, overgaan van taak- naar teamverpleging en beperkte inzetbaarheid van leerlingen

lijken een rol te spelen. In hoeverre een beperking van de financiële middelen het verwezenlijken van in de opleiding geformuleerde doelstellingen in gevaar zou kunnen brengen, is nog onbekend.

Als gevolg van de toenemende zorg voor oudere patiënten, die bovendien dikwijls eerst in een laat stadium van hun ziekte worden opgenomen, blijkt de taakinhoud van de verpleegkundige ook veranderd te zijn. Hiernaast wordt afhankelijk van de aard van de ontwikkelingen binnen de geneeskunde meer specifieke verpleegkundige kennis en zorg vereist.

De taak van artsen en van ondersteunende afdelingen is gedurende de interviews weinig aan de orde geweest.

Het veelvuldig melden van problemen bij de civiele dienst wordt door de meeste respondenten in verband gebracht met de aard van de werkzaamheden (routinematig, soms vuil werk).

#### *patiëntenkontakten en stervensbegeleiding*

Uit de interviews krijgt men de indruk dat het omgaan van jonge mensen met ernstig zieke en stervende patiënten inderdaad tot psychische problemen kan leiden. Hoe hierop gereageerd kan worden, lijkt sterk afhankelijk van de opvattingen binnen het betreffende ziekenhuis. In ieder geval wordt behalve aan cursorische scholing veel waarde gehecht aan de opvang door het afdelingshoofd.

#### 4.2.3 Werkomstandigheden

##### *fysische, chemische en biologische werkomstandigheden*

Schadelijke gevolgen van blootstelling aan fysische, chemische en biologische factoren worden nauwelijks gemeld. Hoewel de gezondheidsrisico's wel degelijk herkend worden, blijken de respondenten deze niet als problematisch te ervaren. Opvallend zijn evenwel de incidentele opmerkingen over de aanwezigheid van toch niet geheel

optimale werkomstandigheden. Hierbij ging het onder meer om een ontoereikend afvalstoffenbeleid en om het omgaan met cytostatica. In de meeste ziekenhuizen wordt gepoogd de fysische, chemische en biologische risico's goed onder controle te houden. Hoewel de aanpak in grote lijnen niet verschilt, lijkt deze toch niet geheel uniform te zijn. Bovendien blijken aanwezige protocollen en richtlijnen in de praktijk niet altijd toegepast te worden. In de meer formeel georganiseerde (grote) ziekenhuizen lijkt het toezicht goed gestructureerd in de vorm van commissies van deskundigen. De bedrijfsarts, voorzover aanwezig, speelt in dit geheel over het algemeen een ondergeschikte rol. Van arbeidshygiënisch werkplekonderzoek is slechts zeer incidenteel sprake.

#### *tillen en houdingen*

Door de respondenten wordt het tillen over het algemeen als een beperkt probleem beschouwd. De moderne ziekenhuisbedden maken het hanteren van de patiënt onder normale omstandigheden veel gemakkelijker. Personeelstekort kan echter ten gevolge hebben dat toch een overmatige lichamelijke belasting optreedt bij het verplegen van sterk immobiele patiënten.

#### 4.2.4 Ziekteverzuim

De ziekteverzuimproblemen lijken niet zo zeer van typisch fysieke aard, maar veel meer in de psychische sfeer te liggen (hoge werkbelasting en werkdruk; reorganisatie/sluitingsdreiging/nieuwbouw; routinematige arbeid bij de civiele dienst).

Uitzondering hierop vormen de fysieke arbeidsbelasting bij de civiele dienst en de enkele keren genoemde tilproblemen in de verpleging. Opvallend is dat fysische, biologische en/of chemische werkomstandigheden bijna niet vermeld worden als verzuimredenen. Dit geldt evenzeer voor onregelmatige werktijden. Deze worden over het

algemeen niet als onaanvaardbaar beschouwd. De mogelijkheid van het optreden van (zelf) selectie van het personeel werd in dit verband genoemd. Andere punten, die in het kader van ziekteverzuim, zij het minder frekwent, als belangrijke faktor werden genoemd, zijn de verzuimkontrolle, die niet bij alle tien ziekenhuizen op uniforme wijze wordt uitgevoerd en de relatief grote verzuimgelegenheid, doordat bepaalde ziektegevallen door de betrokken afdelingen niet aan de verantwoordelijke instantie gemeld worden. Het lage verzuim van leerlingverpleegkundigen heeft te maken met het feit dat zij voor het behalen van het diploma slechts een maximaal aantal dagen tijdens de opleiding mogen verzuimen. Tenslotte zij vermeld dat in bijna geen van de bezochte ziekenhuizen een behoorlijk feitelijk inzicht bestond in het verzuim bij bepaalde persoonskategorieën. Personeelsafdelingen en BGD'en beschikken hierdoor nauwelijks over beleidsonderbouwend feitenuateriaal. Door het ontbreken van systematisch onderzoek hiernaar lijken zij bovendien wat de oorzaken en achtergronden van verzuim betreft, in het duister te tasten.

#### 4.2.5 Personeelsverloop

Alle tien ziekenhuizen leveren jaarlijks cijfermatige gegevens over het verloop binnen de diverse personeelskategorieën, aan het NZI.

Redenen van personeelsverloop worden door drie van de tien ziekenhuizen bijgehouden en vermeld in het sociaal jaarverslag. De hierbij drie meest voorkomende zijn: afloop van het kontrakt voor bepaalde tijd, positieverbetering en zwangerschap.

De respondenten konden geen informatie geven in hoeverre arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud en arbeidsvoorwaarden het personeelsverloop bij de tien bezochte ziekenhuizen beïnvloeden.

#### 4.2.6 Bedrijfsgeneeskundige zorg

Van de tien bezochte ziekenhuizen hebben drie een relatie met een huisarts voor aanstellingskeuringen en/of verzuimkontrolé. De andere zeven beschikken over een eigen bedrijfsgeneeskundige dienst of worden vanuit RGD/GG & GD of een gezamenlijke/regionale BGD verzorgd. Het takenpakket is hierbij over het algemeen sterk individu-gericht (aanstellingskeuring, spreekuur, periodiek geneeskundig onderzoek, sociale begeleiding). Vier van de zeven BGD-en verichten kontroléwerkzaamheden in het kader van de ziektewet.

Hiernaast wordt tijd besteed aan overleg met direktie, PZ, deelname aan kommissies en het uitvoeren van vaccinatieprogramma's. Werkplekbezoek komt weinig voor.

De omvang van de bedrijfsgeneeskundige zorg bleek sterk uiteen te lopen (van minder dan  $\frac{1}{2}$  tot 10 mensjaar per ziekenhuis).

De mening van de geïnterviewde ondernemingsraadsleden over de verleende bedrijfsgeneeskundige zorg varieerde van ronduit negatief tot gematigd positief. Van de direkties hadden de geïnterviewden in vier van de zeven ziekenhuizen een positief oordeel. In de andere drie werden of frikties gemeld of was de mening uitgesproken negatief. In drie ziekenhuizen bestaat een goed en intensief kontakt tussen BGD en afdeling personeelszaken. In vier andere beperkt zich dit tot probleemgevallen.

Daar waar nog geen zorg aanwezig is werd dit door de direkties van de betreffende ziekenhuizen toegeschreven aan het ontbreken van financiële middelen. Ook werd door hen soms het nut betwijfeld. OR-leden van deze ziekenhuizen zouden de komst van bedrijfsgezondheidszorg over het algemeen toejuichen.

De geïnterviewde bedrijfsartsen bleken behoefte te hebben aan mogelijkheden tot het doen van onderzoek naar werk en werkomstandigheden, het verbeteren van de eigen professionele kennis, en tot hulpverlening aan personeel, dat in moeilijkheden is geraakt.

Al met al hebben de onderzoekers de indruk gekregen dat bij twee ziekenhuizen de verleende bedrijfsgeneeskundige zorg (part-time) zeer weinig ontwikkeld en passief is, in één geval (full-time) ronduit beneden peil (inactief, ook zo gevoeld door directie en OR) en in vier gevallen op redelijk tot goed niveau en actief/initiatiefnemend.

Bij deze laatste vier diensten geldt echter ook, dat de zorg tamelijk individu-gericht is. Werkplek-onderzoek met daaropvolgende akties/veranderingen worden maar zeer spaarzaam vermeld.

## 5. VERGELIJKING VAN DE UITKOMSTEN VAN DE INTERVIEWS MET DIE VAN DE LITERATUURSTUDIE

### 5.1 Inleiding

Als leidraad voor de interviews in de tien ziekenhuizen is gebruik gemaakt van de voornaamste punten, die in hoofdstuk 10 (samenvatting en konklusies) van de literatuurstudie naar arbeidssituaties en bedrijfsgezondheidszorg in ziekenhuizen staan vermeld. Niet alle onderwerpen werden tijdens de gesprekken door de respondenten als problematisch ervaren. Hierover is dan ook weinig vermeld.

Hiernaast dient men ook rekening te houden met het andere karakter van de literatuurstudie. Hierin worden immers uitspraken gedaan op basis van de resultaten van onderzoek. Tijdens de interviews zijn daarentegen meningen van mensen gepeild, die niet cijfermatig onderbouwd worden of gebaseerd zijn op resultaten van onderzoek. De indruk van betrokkenen is echter van veel belang aangezien zij met de praktijk van het ziekenhuis te maken hebben en daardoor in staat geacht mogen worden weer te geven, wat hierin volgens hen aandacht behoeft.

Door de onderzoekers is uitgebreid gevraagd naar de opvattingen van betrokkenen over bedrijfsgezondheidszorg. Dit was temeer van belang aangezien hier in de literatuurstudie geen aandacht aan besteed kon worden.

In het verslag van het interview-onderzoek is een iets andere indeling gehanteerd dan in de literatuurstudie. In paragraaf 5.2 wordt aangegeven welke onderwerpen al dan niet aan de orde zijn gekomen, terwijl in paragraaf 5.3 overeenkomsten en verschillen in de uitkomsten van interviews en literatuurstudie besproken zullen worden.



## 5.2 Vergelijking van de literatuurstudie en het interviewrapport ten aanzien van de besproken onderwerpen

Wat betreft de inhoud van de interviews kan gesteld worden, dat bijna alle in de literatuurstudie vermelde aandachtspunten tijdens de gesprekken aan de orde zijn geweest. Hierbij is in het bijzonder aandacht besteed aan de verpleging. Binnen de verschillende categorieën verpleegkundigen zijn HBOV-leerlingen en praktijkbegeleiders nauwelijks aan de orde geweest. Dit vindt zijn oorsprong in het feit, dat in de bezochte ziekenhuizen de meeste leerlingen in het ziekenhuis worden opgeleid en bovendien dat de interviews zich niet gericht hebben op de problematiek van de opleiding tot verpleegkundige.

Bij het niet tot de verpleging behorende personeel is zowel in de literatuurstudie als tijdens de interviews aandacht besteed aan problemen bij de civiele dienst. Het administratief personeel en de ondersteunende afdelingen (laboratoria, röntgenafdeling) zijn slechts zijdelings door de respondenten aan de orde gesteld.

In tegenstelling met de literatuurstudie zijn in de interviews ook nog meer algemene punten met betrekking tot de organisatie door de geïnterviewden vermeld. Het ging hierbij onder meer om invoering van automatisering en verminderde mobiliteit van het personeel, die ook voor andere organisaties dan ziekenhuizen gelden. Meer specifiek voor ziekenhuizen, werd aandacht gevraagd voor arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktpositie.

### 5.3 Overeenkomsten en verschillen tussen interviews en literatuurstudie

#### 5.3.1 Inleiding

De bespreking van de overeenkomsten en verschillen in de uitkomsten van de interviews en de literatuurstudie zal aan de hand van de indeling van hoofdstuk 3 van dit rapport geschieden.

Opgemerkt wordt nogmaals dat op grond van de interviews slechts een globaal beeld van de situatie in Nederlandse ziekenhuizen ontstaat, dat vergeleken kan worden met de konklusies uit de literatuurstudie.

#### 5.3.2 De organisatie

##### *onderlinge verhoudingen*

- De sfeer in het ziekenhuis als indikator voor het al dan niet bestaan van problemen binnen de organisatie wordt binnen de literatuurstudie niet gehanteerd.
- Uit de interviews blijkt, dat de relatie tussen artsen (specialisten) en verpleging tot problemen kan leiden. Een knelpunt is, dat de arts niet altijd rekening houdt met de eigen taak van de verpleegkundige in de verpleging van de patiënt. Dit stemt overeen met de bevindingen in de literatuurstudie, waarin melding gemaakt wordt van het optreden van rolconflicten en rolambiguiteit bij de verpleegkundigen. In de literatuurstudie wordt echter niet gesproken over het ontbreken van een uniform beleid, indien zich meer artsen met één patiënt bezig houden. Dit door de respondenten gemelde knelpunt geldt echter misschien meer voor de specifieke situatie van een academisch ziekenhuis, waar in het kader van de opleiding zowel specialisten als arts-assistenten zich met de be-

handeling bezig houden.

- De relatie tussen verpleging en ondersteunende afdelingen is volgens de respondenten over het algemeen goed. In de literatuurstudie komt dit punt niet aan de orde.

- De delegatie van bevoegdheden ("autorisatie") blijkt in een aantal ziekenhuizen als een probleem te worden gezien. Dit lijkt te sporen met de opmerking uit de literatuurstudie over problemen bij de uitvoering van oneigenlijke taakonderdelen door verpleegkundigen en hun hiërarchische afhankelijkheid van de arts. In welke mate deze autorisatieproblematiek op grote schaal voorkomt en tot mogelijke rolkonflikten bij verpleegkundigen leidt, kon in de interviews uiteraard niet duidelijk worden.

Konklusie: de uitkomsten van de interviews lijken in dezelfde richting te gaan als die uit de literatuurstudie. Problemen in de verhouding tussen verpleging en artsen blijken zich voor te kunnen doen zowel bij de onderlinge afstemming van de werkzaamheden als bij de delegatie van bevoegdheden.

#### *personeelstekorten*

- Over het algemeen meldt men tijdens de interviews de aanwezigheid van personeelstekorten. Toch blijkt niet voor alle tien ziekenhuizen en voor alle categorieën personeel in gelijke mate geoordeeld te worden over het bestaan van een feitelijk tekort. Een dergelijk verschil in opvattingen wordt ook in de literatuurstudie genoemd.

- Als oorzaken worden, naast de budgettering, een intensivering van de zorg, grote "turnover" van patiënten en toenemende zorgbehoefte van oudere patiënten genoemd. Dit is geheel in overeenstemming met de literatuurstudie, die in dit verband ook nog spreekt over de uitbreiding van medische diagnostiek, meer dagopnamen, meer intern patiëntenvervoer en toename van diagnostische behandelingen. Laatstgenoemde punten zijn ook tijdens de interviews wel

eens genoemd.

- Arbeidsduurverkorting, niet in de literatuurstudie aan de orde, wordt door de geïnterviewden met enige zorg tegemoet gezien in verband met een mogelijke verergering van de schaarste aan personeel. Ervaring is hier echter niet mee, omdat de ADV nog niet ingevoerd is.

- Wat betreft de effecten van personeelstekorten moet onderscheid gemaakt worden in:

. bemoeilijking van de taakuitoefening, niet alleen bij de verpleegkundigen (verpleging en patiëntenzorg), maar ook bij personeel van de huishoudelijke dienst;

. problemen voor de organisatie met name bij het opstellen van de dienstroosters;

. psychische en lichamelijke klachten bij het personeel. Door de geïnterviewden wordt dit veelvuldig als oorzaak van ziekteverzuim genoemd.

Opvallend is, dat in de interviews, in vergelijking met de literatuurstudie, de roosterproblematiek veelvuldiger aan de orde werd gesteld. Wat betreft de andere effecten van een tekort aan personeel is er weinig verschil tussen beide bronnen.

Konklusie: ook in de gesprekken bij de tien ziekenhuizen zijn de personeelsschaarste met haar oorzaken en gevolgen, van belang gebleken. De resultaten wijzen in dezelfde richting als in de literatuur.

Onvoldoende inzicht is verkregen in:

. de feitelijke aan- of afwezigheid van personeelstekorten en de mogelijke effecten hiervan op de gezondheid van betrokkenen;

. de roosterproblematiek in relatie tot personeelstekorten;

. de gevolgen van de invoering van arbeidsduurverkorting en roostervrije dagen voor het benodigde personeelsbestand.

### *dienstitijden en dienstroosters*

- In tegenstelling tot het gemelde in de literatuurstudie lijken in de tien bezochte ziekenhuizen nauwelijks klachten over onregelmatige diensten te bestaan. Er werd in dit verband wel aandacht gevraagd voor de oudere werknemers.

- Andere hoofdpunten van aandacht waren:

. roosterproblematiek, waarbij evenals in de literatuurstudie, compensatie van overwerk in vrije tijd en de personeelsschaarste als gevolg van de budgettering, van belang genoemd worden;

. deeltijdarbeid: deze blijkt in sommige ziekenhuizen wel, in andere niet, voorwerp van bedrijfsbeleid te zijn;

. de werkduur: deze wordt eigenlijk alleen voor de specialisten en arts-assistenten als probleem genoemd. Voor de verpleegkundigen lijkt één en ander beter geregeld te zijn. Beide punten zijn in overeenstemming met de literatuur.

Konklusie: belangrijkste verschilpunten tussen literatuurstudie en interviews zijn het ontbreken van klachten over onregelmatige diensten in de tien ziekenhuizen, mogelijk als gevolg van zelfselectie. Verder stemmen de bevindingen overeen.

### *overige organisatie aspecten*

- Niet-ziekenhuis specifieke problematiek als gevolg van nieuwbouw en automatisering, behoefte aan bijscholing en de vergrijzing van het personeel is niet of nauwelijks in de literatuurstudie aan de orde geweest.

- Ditzelfde geldt voor de ziekenhuis-specifieke problematiek van arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktpositie, die in zijn consequenties voor het personeel door enkele respondenten genoemd worden.

- Dat specifieke problemen van één ziekenhuis als bijvoorbeeld fusie- en reorganisatieproblematiek, niet in de literatuurstudie besproken zijn, spreekt vanzelf.

Konklusie: de hierboven genoemde aspecten zijn logischerwijze niet of nauwelijk in de literatuur aan de orde geweest.

### 5.3.3 Het werk

#### *inhoud van het werk*

~ Meer dan in de literatuurstudie is door de respondenten gewezen op de veranderingen in taak en taakinhoud, die zich gedurende de laatste jaren bij de verpleegkundigen hebben voltrokken. Zowel uit de literatuur als uit de gesprekken blijken theorie (de leerdoelen) en praktijk (de verpleging) nog al eens te verschillen. Zo is er ook overeenstemming in de mening, dat dit tot teleurstellingen bij (jonge) verpleegkundigen kan leiden. Een schatting van ernst en omvang van mogelijke spanningen als gevolg hiervan ontbreekt echter bij de respondenten en wordt in de literatuur eveneens slechts aangeduid.

~ Problemen bij de civiele dienst worden in verscheidene van de tien ziekenhuizen geweten aan de inhoud van de taak. Hier wordt ook in de literatuur op gewezen.

Konklusie: in principe bestaat overeenstemming bestaat tussen literatuur en interviews. In beide bronnen wordt erop gewezen, dat de taakuitoefening zowel van verpleegkundigen als van personeelsleden van de civiele dienst tot spanningen en klachten kan leiden. Systematisch inzicht in ernst en omvang ontbreekt echter.

#### *patiëntenkontakten en stervensbegeleiding*

~ Zowel in de literatuurstudie als tijdens de interviews is gewezen op het mogelijk optreden van psychische problemen bij jonge mensen die kontakt met ernstig zieke patiënten en stervenden hebben.

- Over de ernst van de problematiek werd door de respondenten zeer verschillend geoordeeld evenals over de wijze, waarop deze wordt aangepakt. Naast aandacht voor het probleem tijdens de opleiding wordt aan het afdelingshoofd een belangrijke rol toegeedeeld. Dit laatste wordt in de literatuurstudie niet vermeld. Men krijgt enigszins de indruk, dat de problematiek wat wordt weggewimpeld, omdat het nu eenmaal bij het werk hoort.

- In de literatuur wordt melding gemaakt van zogenaamde "nurse support groups", waarbinnen de ervaren problemen aan de orde gesteld kunnen worden. Van het bestaan hiervan werd in geen der tien ziekenhuizen melding gemaakt.

Konklusie: samenvattend blijkt er overeenstemming te zijn over het mogelijk optreden van psychische problemen bij jonge verpleegkundigen in hun omgang met ernstig zieke en stervende patiënten. Inzicht in de ernst en de gewenste aanpak blijken te ontbreken.

#### 5.3.4 Werkomstandigheden

##### *fysische, chemische en biologische werkomstandigheden*

- In de literatuurstudie wordt uitgebreid gewag gemaakt van een veelheid aan fysische, chemische en biologische risico's, waaraan het personeel in ziekenhuizen kan worden blootgesteld. Tevens worden een aantal preventieve maatregelen voorgesteld en wordt melding gemaakt van de resultaten van (incidenteel) arbeidshygiënisch werkplekonderzoek.

Bij specifieke risicogroepen vermeldt de literatuur in het beroep ontstane ziekteverschijnselen, waaronder irritatie van huid en slijmvliezen en het optreden van overgevoeligheid.

Tenslotte wordt er op gewezen, dat in de Nederlandse situatie grote aandacht wordt geschonken aan preventie door middel van periodiek geneeskundig onderzoek, immunisatie-strategieën, infectie-

meldingsplicht en interventie-maatregelen. In dit verband berust volgens de literatuurstudie een belangrijke taak bij de ziekenhuishygiënist, de infectie-kommissie en (indien aanwezig) de bedrijfsarts.

- Uit de interviews blijkt, dat men over het algemeen het gevoel heeft, dat de bovengenoemde risico's, hoewel onderkend, over het algemeen goed onder controle zijn, zij het dan dat de aanpak van de beteugeling niet voor alle tien ziekenhuizen uniform blijkt te zijn.

Gevolgen van blootstelling aan fysische, chemische en biologische factoren in het werkmilieu worden nauwelijks gemeld.

Het toezicht in de vorm van kommissies van deskundigen lijkt veelal goed gestructureerd. Hierbij speelt de bedrijfsarts over het algemeen een ondergeschikte rol.

Arbeidshygiënisch werkplek-onderzoek vindt slechts incidenteel plaats.

Konklusie: vergelijking van bovenstaande gegevens toont een duidelijke discrepantie. Terwijl in de literatuurstudie zeer veel aandacht gevraagd wordt voor de mogelijke gezondheidsrisico's ten gevolge van fysische, chemische en biologische factoren als probleemgebied, blijken de respondenten dit eigenlijk niet als zodanig te ervaren. Men onderkent de risico's wel, doch vindt over het algemeen, dat deze goed onder controle zijn. Men kan zich evenwel afvragen of de geringe mate, waarin arbeidshygiënisch onderzoek van de werkplek schijnt plaats te vinden tot een onderschatting van de problematiek zou kunnen leiden. Een andere tegenstrijdigheid is het nauwelijks melden van gezondheidsschade in de tien bezochte ziekenhuizen, terwijl in de literatuur uitgebreid melding gemaakt wordt van de mogelijke risico's.

### *tillen en houdingen*

Zowel in de literatuurstudie als bij de interviews is aandacht



besteed aan ergonomische aspecten van de werkomstandigheden. Uit de interviews lijkt het tillen geen groot probleem (meer) te zijn, hoewel het toch bij enkele ziekenhuizen als mogelijke reden voor rugklachten en ziekteverzuim werd genoemd.

Konklusie: vergelijking tussen de literatuur en de uitkomsten van de gesprekken toont slechts een gradueel verschil. Op basis hiervan mag echter niet gekonkludeerd worden, dat werkhoudingen en tillen niet meer tot gezondheidsproblemen bij ziekenhuispersoneel zouden leiden.

### 5.3.5 Effekten van de werksituatie op het personeel

De mogelijke effecten van het werken in ziekenhuizen in de vorm van verschijnselen van "stress" en "burnout" en van verminderde arbeidssatisfactie, zijn tijdens de interviews bij de bespreking van de organisatie, het werk en de werkomstandigheden aan de orde geweest en in de voorgaande drie paragrafen mede in de vergelijking betrokken.

In het volgende zal speciaal aandacht besteed worden aan het ziekteverzuim en personeelsverloop.

#### *ziekteverzuim*

- De in het onderzoek betrokken tien ziekenhuizen blijken een iets hoger verzuimpercentage te hebben dan het "landelijk" percentage voor algemene ziekenhuizen. Het verschil is echter niet groot. De twee academische ziekenhuizen hadden hierbij de hoogste verzuimpercentages.

- Wat betreft de achtergronden spreken de respondenten over drie hoofdkategorieën:

- . werkbelasting/werkdruk
- . reorganisatie/sluitingsdreiging/nieuwbouw

- . civiele dienst.

Hiernaast worden factoren genoemd als:

- . ergonomische problemen
- . relationele problemen tussen werknemers
- . ouderen
- . privé-situaties
- . gebrekkige ziekteverzuimkontrolle.

Konklusie uit de interviews was, dat de ziekteverzuimproblemen vooral van psychische aard zijn ten gevolge van werkdruk en reorganisatie-problematiek. Bij de civiele dienst zou met name sprake zijn van een grote fysieke arbeidsbelasting en ergonomische problemen.

- In de literatuur worden een aantal aspecten van de werksituatie genoemd, die het verzuim zouden bevorderen:

- . laag vereist opleidingsniveau voor het werk
- . geringe mate van taakvariatie
- . geringe mate van sociaal leiderschap
- . veel werksituatieveranderingen (verplaatsingen)
- . grote ziekenhuisomvang
- . werken in nachtdienst.

Hierbij werd opgemerkt, dat een ruim aantal werksituatie-kenmerken in ziekenhuizen nog niet of onvoldoende onderzocht zijn inzake hun invloed op het ziekteverzuim, zoals bijvoorbeeld teamverpleging, salaris en promotie, en werktijden.

Konklusie: vergelijking van de uitkomsten van de interviews en de literatuur geeft de indruk, dat, afgezien van de specifieke problematiek van de civiele dienst, in de interviews veel sterker de nadruk gelegd wordt op de effecten van de werkdruk en de onzekerheid met betrekking tot de arbeidssituaties dan op de invloed van de inhoud van de taak en van de werktijden op het verzuim. Mede gezien de in de literatuur gemelde lacunes in de kennis kan een verklaring voor deze mogelijke discrepantie in bevindingen niet

gegeven worden. Hierbij dient nog wel gewezen te worden op de vaak gebrekkige ziekteverzuimregistratie in de bezochte ziekenhuizen.

### *personeelsverloop*

- Als belangrijkste redenen voor het personeelsverloop worden door drie van de tien bezochte ziekenhuizen in hun sociaal jaarverslag genoemd:

- . afloop van het kontrakt voor een bepaalde tijd
- . positieverbetering door het aanvaarden van een functie elders
- . zwangerschap

De laatste twee redenen worden ook in de literatuurstudie genoemd:

- In hoeverre arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud en arbeidsvoorwaarden het personeelsverloop, als gemeld in de literatuur, in de tien ziekenhuizen beïnvloeden, werd niet duidelijk uit de interviews. Hier is cijfermatig onderzoek voor nodig.

Konklusie: uit het bovenstaande blijkt, dat de interviews onvoldoende inzicht hebben opgeleverd in mogelijke discrepanties ten opzichte van beweringen in de literatuur.

### 5.3.6 Bedrijfsgeneeskundige zorg

- De in het kader van de interviews bezochte ziekenhuizen beschikken over een variëteit aan bedrijfsgeneeskundige zorg (eigen BGD, RGD, GG & GD, gezamenlijke BGD en huisarts). Dit komt overeen met het beeld uit de literatuurstudie.

- Het takenpakket omvat aanstellingskeuringen (10 maal), spreekuur (7 maal) en ziekenkontrolle (4 maal). Andere taken, die nog voorkomen, zijn: periodiek geneeskundig onderzoek; overleg met directie, PZ, etc.; deelname aan (bijvoorbeeld infectie-)kommissies; uitvoeren van vaccinatieprogramma's. (Arbeidshygiënisch) werkplekbezoek komt weinig voor. Ook dit beeld spoort met de gegevens uit de li-

teratuur.

- De mening van de geïnterviewde ondernemingsraadleden over de bedrijfsgeneeskundige zorg varieerde van negatief tot gematigd positief, terwijl in vier van de zeven ziekenhuizen met een bedrijfsarts het direktie-oordeel positief was. In de literatuurstudie is door gebrek aan gegevens de mening van betrokkenen niet aan de orde gekomen.

- Ook de visie van het BGD-personeel komt in de literatuurstudie niet aan de orde. Tijdens de interviews blijken de voornaamste wensen:

- . faciliteiten voor onderzoek van werk en werkomgeving
- . vermeerderen van eigen kennis
- . (meer) mogelijkheden voor individuele hulpverlening (herplaatsing)
- . steun van personeelszaken.

Konklusie: literatuuronderzoek en interview-uitkomsten wijzen, voor zover te vergelijken, in een zelfde richting:

- . de variëteit aan BGZ is groot;
- . het takenpakket is sterk individu-gericht;
- . (arbeidshygiënisch) werkplek-onderzoek komt weinig voor;
- . de opvattingen over bedrijfsgeneeskundige zorg bij betrokkenen variëren.

### 5.3.7 Konklusie

Over het algemeen blijken de uitkomsten van de interviews in dezelfde richting te gaan als de literatuur, zij het dat de ernst van de problematiek in de interviews veel minder duidelijk naar voren kwam.

Toch blijken er enige discrepanties te zijn. Zo zouden de personeelsleden in de bezochte ziekenhuizen, met uitzondering van de ouderen, weinig klagen over onregelmatige diensten. Ook tillen en ongunstige werkhoudingen zouden over het algemeen tot weinig problemen leiden.

Werkdruk en onzekerheid over de arbeidssituatie zouden van grotere invloed zijn op het optreden van ziekteverzuim dan taakinhoudelijke aspecten en (onregelmatige) werktijden. Dit is niet in overeenstemming met de resultaten van de literatuurstudie, hetgeen ook geldt voor de beoordeling van de fysische, chemische en biologische werkomstandigheden.

Ten aanzien hiervan merkten de geïnterviewden op dat zij over het algemeen de in de literatuur beschreven risico's onderkennen, doch dat deze goed onder controle zouden zijn. Tevens blijkt echter dat door BGD-en, voor zover aanwezig, slechts sporadisch (arbeidshygiënisch) werkplek onderzoek wordt verricht.

6.       BESPREKING VAN DE RESULTATEN UIT HET OOGPUNT VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

Zoals bekend is de werkgever in het kader van de Arbeidsomstandigheden Wet verplicht alle aandacht te besteden aan de gezondheid, veiligheid en welzijn van de bij hem in dienst zijnde werknemers. Om aan deze verplichtingen te voldoen dient hij te beschikken over gezondheidscriteria en -normen waaraan hij de werkomstandigheden in zijn organisatie kan toetsen. Bovendien heeft hij behoefte aan verdergaand inzicht in mogelijke ongunstige effecten van bepaalde werkomstandigheden op het personeel. Daarnaast wil hij weten in welke mate het gedrag en de klachten van zijn medewerkers, bijvoorbeeld in termen van (ziekte)verzuim en gezondheidsproblemen, te wijten zijn aan het werk of veroorzaakt worden door factoren in het individu.

De bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) heeft in dit verband een belangrijke adviserende taak, zowel jegens de werkgever als de werknemers. Om deze goed te vervullen moet de BGD in staat zijn tot:

- signalering van vroege gezondheidseffecten bij werknemers als gevolg van werkomstandigheden;
- interpretatie van arbeidssituatiekenmerken in termen van gezondheidsrisico's;

Hiernaast dient de BGD zich ook bezig te houden met individuele hulpverlening.

Genoemde trits van taken vergt van de BGD specifieke professionele deskundigheid. Deze is in het ziekenhuis te meer van belang, aangezien hier een breed scala van (dikwijls medische) deskundigen werkzaam is, waaraan de bedrijfsarts zijn specifieke inbreng in de zorg voor de medewerkers van het ziekenhuis moet kunnen duidelijk maken.

Op grond van de interviews blijkt de bedrijfsgeneeskundige zorg, voor zover aanwezig in de bezochte tien ziekenhuizen, sterk individugericht te zijn. Als voornaamste bezigheden werden het verichten van aanstellingskeuringen, het houden van spreekuur en ziektewetcontrole genoemd. In mindere mate was sprake van periodiek geneeskundig onderzoek, systematisch overleg met andere disciplines en individugerichte preventieve acties (bijv. vaccinaties). Arbeidshygiënisch werkplekonderzoek kwam nauwelijks voor.

Zowel in de literatuur als in de interviews wordt aandacht gevraagd voor problemen in de arbeidssituatie. Hierbij komen punten aan de orde, zoals de verhouding tussen verpleging en artsen, personeelstekorten, onregelmatige diensten en veranderingen in taak en taakinhoud die, mede als gevolg van de gewijzigde opleiding, tot spanningen binnen de verpleging hebben geleid. Hiernaast worden werkdruk, reorganisaties en ergonomische problemen als oorzaak voor ziekteverzuim en personeelsverloop genoemd. Bij de civiele dienst zou vooral het zware en routinematige werk een rol spelen. In de literatuur wordt bovendien sterk de nadruk gelegd op het bestaan van gezondheidsrisico's als gevolg van fysische, chemische en biologische factoren in de werksituatie.

In veel gevallen zal in het bovengenoemde een oorzaak kunnen liggen voor klachten over gezondheid en welbevinden van individuen en groepen personen werkzaam in het ziekenhuis.

Het voorgaande lijkt voldoende basis om een pleidooi te houden voor de invoering van bedrijfsgezondheidszorg in die ziekenhuizen waar deze nog niet voorhanden is. Ander argument zijn de uitspraken van de geïnterviewde OR-leden van ziekenhuizen die niet over deze zorg beschikken. Zij zeiden behoefte te hebben aan een onafhankelijke instantie, die zich op professionele wijze bezig kan houden met de begeleiding van personeelsleden met gezondheidspro-

blemen, het onderzoek van de werksituatie en het adviseren over preventieve maatregelen.

In dit verband is het wenselijk dat de BGD voor zichzelf goed definieert op welke aspecten van de arbeidssituatie in het ziekenhuis zij zich wil richten. Aan de hand van de uitkomsten van interviews en literatuur is - zoals boven aangegeven - aan dit laatste enige invulling te geven.

Zoals al eerder opgemerkt werd, ligt de lijnverantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in de organisatie, zoals bijvoorbeeld de taakafbakening tussen artsen en verpleegkundigen, bij de directie. De BGD, evenals PZ een stafafdeling, kan slechts signalerend en adviserend optreden.

In sommige gevallen zal het mogelijk zijn op grond van de beschikbare kennis, voorlichting te geven aan directies en personeelsleden over aanwezige gezondheidsrisico's in de werksituatie en de in dit verband te nemen preventieve maatregelen. In andere gevallen is hier echter systematisch onderzoek van (groepen) personeelsleden of van werksituaties voor noodzakelijk.

Op basis van de resultaten van de interviews lijkt het in ieder geval gewenst onderzoek te doen onder personeelsleden van de diverse afdelingen naar ervaren werkdruk, problemen rond de taakuitvoering, naar de gevolgen voor gezondheid en welbevinden van onregelmatige diensten (werk- en rusttijden) en naar het bestaan van psychische problematiek (vooral bij jongere verpleegkundigen).

Het personeel van de civiele dienst blijkt in dit verband, op grond van zowel literatuur als interviews, een specifieke risicogroep te vormen, waaraan aandacht moet worden geschonken.

Doel van dergelijk onderzoek is zowel het identificeren van individuen en groepen werknemers die tekenen van (beginnende) gezondheidsschade vertonen, als het opsporen van knelpunten in de werksituatie.



Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kunnen zowel acties in het kader van individuele zorgverlening als ten aanzien van de advisering van directie en personeel ondernomen worden.

Hiernaast maakt de discrepantie tussen de literatuur en uitspraken van geïnterviewden over gezondheidsrisico's als gevolg van blootstelling aan fysische, chemische en biologische factoren in de werkomgeving, het wenselijk arbeidshygiënisch werkplekonderzoek te verrichten ter verificatie van het onder controle zijn van deze risico's.

Op basis van de resultaten van dergelijk systematisch werkplekonderzoek zal de leiding van het ziekenhuis vervolgens geadviseerd kunnen worden ten aanzien van eventueel te nemen maatregelen.

Voorwaarde voor het bovenstaande is dat de BGD-en in de toekomst minder individu-gericht bezig zijn.

Voor het opsporen van gezondheidseffekten in relatie met werk en werkomstandigheden bij groepen personeelsleden is een goede registratie van bedrijfsgezondheidsgegevens onontbeerlijk. Hiernaast dient ervaring verkregen te worden in het analyseren van deze gegevens.

Zoals uit de interviews blijkt, kan de relatie van de BGD met directie en personeelsafdeling verbeterd dan wel verder uitgebouwd worden. Dit is temeer noodzakelijk, indien de BGD haar adviserende rol in de praktijk wil kunnen realiseren. Uiteraard is hierbij en bij het contact met andere disciplines (psychologen, veranderingskundigen), maar ook met de in het ziekenhuis werkzame artsen, een gedegen professionele kennis, naast kennis van de arbeidssituaties in het ziekenhuis, gewenst.