



## TNO-rapport

R08-509 | 031.12977

# Het grote gevaar van de zorg

## Overzicht van arbeidsrisico's van en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Datum	18 juli 2008
Auteur(s)	Marjolein Douwes Swenneke van den Heuvel Henk Sonneveld

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2008 TNO

**TNO Kwaliteit van Leven, Arbeid**  
Polarisavenue 151, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp  
T +31 23 554 93 93, F +31 23 554 93 94  
[www.tno.nl](http://www.tno.nl), [info-arbeid@tno.nl](mailto:info-arbeid@tno.nl)



## Voorwoord

Nederlandse verpleegkundigen willen ongelukken, schade, letsel en angst bij patiënten vermijden. Daarom hechten zij veel waarde aan veilige zorgverlening, bleek uit een peiling van V&VN onder de beroepsgroep. Verpleegkundigen en verzorgenden stellen de veiligheid van de patiënt voorop, maar hechten ook aan hun eigen veiligheid in hun werk. Voelen zij zich niet veilig en gesteund, dan gaat dit ten koste van hun motivatie. In het ergste geval verlaten zij zelfs het vak. En dat in een tijd waarin ze nog harder nodig zijn dan voorheen, met een krimpende beroepsbevolking, een vergrijzende samenleving en een groeiende vraag naar complexe zorg. Dat is het grote gevaar van de Nederlandse gezondheidszorg. V&VN wil er samen met alle betrokken partijen alles aan doen om verpleegkundigen en verzorgenden voor het vak te behouden. Dat betekent dus ook de arbeidsrisico's zo klein mogelijk maken, om de veiligheid van de beroepsgroep zeker te stellen.

Hoe zit het eigenlijk met die veiligheid? V&VN onderzocht de arbeidsrisico's van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze analyse van hun arbeidsomstandigheden maakt veel duidelijk. Onder andere dat er al veel materiaal, maatregelen en hulpmiddelen ontwikkeld zijn. Maar blijkbaar worden deze in de praktijk te weinig ingezet of vragen ze alweer om een aanpassing. Het ziekteverzuim en de overbelasting van zorgverleners laten dit in harde cijfers zien. Voor V&VN is de belangrijkste constatering dat de menselijke factor in het werk méér aandacht moet krijgen. Om dit werk goed èn veilig te kunnen doen mag de fysieke belasting en de werkdruk die zorgverleners voelen niet te hoog zijn. Verplegen en verzorgen blijft mensenwerk immers!

Marian Kaljouw

Voorzitter Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>9</b>
1.1 Achtergrond .....	9
1.2 Doelstelling.....	10
1.3 Leeswijzer.....	10
<b>2 Werkwijze</b> .....	<b>11</b>
2.1 Literatuursearch .....	11
2.2 Interviews met sleutelinformanten.....	12
<b>3 Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen</b> .....	<b>13</b>
3.1 Fysieke belasting .....	14
3.2 Werkdruk .....	19
3.3 Agressie en geweld .....	22
3.4 Prikaccidenten.....	24
3.5 Cytostatica .....	27
3.6 Conclusies.....	31
<b>4 Ambulancepersoneel</b> .....	<b>33</b>
4.1 Fysieke belasting .....	33
4.2 Werkdruk .....	35
4.3 Agressie en geweld .....	37
4.4 Prikaccidenten.....	38
4.5 Cytostatica .....	39
4.6 Conclusies.....	39
<b>5 Verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg</b> .....	<b>41</b>
5.1 Fysieke belasting .....	41
5.2 Werkdruk .....	44
5.3 Agressie en geweld .....	47
5.4 Prikaccidenten.....	53
5.5 Cytostatica .....	53
5.6 Conclusies.....	53
<b>6 Verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg</b> .....	<b>55</b>
6.1 Fysieke belasting .....	55
6.2 Werkdruk .....	57
6.3 Agressie en geweld .....	59
6.4 Prikaccidenten.....	60
6.5 Cytostatica .....	61
6.6 Conclusies.....	61

<b>7</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen.....</b>	<b>63</b>
7.1	Fysieke belasting .....	63
7.2	Werkdruk .....	66
7.3	Agressie en geweld .....	69
7.4	Prikaccidenten.....	71
7.5	Cytostatica .....	73
7.6	Conclusies.....	73
<b>8</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg.....</b>	<b>75</b>
8.1	Fysieke belasting .....	75
8.2	Werkdruk .....	77
8.3	Agressie en geweld .....	80
8.4	Prikaccidenten.....	82
8.5	Cytostatica .....	82
8.6	Conclusies.....	83
<b>9</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen.....</b>	<b>85</b>
9.1	Algemene discussie en conclusies .....	85
9.2	Conclusies en aanbevelingen per arbeidsrisico.....	87
9.3	Algemene aanbevelingen.....	89
<b>10</b>	<b>Referenties .....</b>	<b>93</b>
	Bijlage A. Instrumenten Fysieke belasting.....	97
	Bijlage B. Instrumenten werkdruk/agressie en geweld.....	105
	Bijlage C. Instrumenten overige arbeidsrisico's en algemene instrumenten .....	111
	Bijlage D. Gebruikte afkortingen .....	113

## Samenvatting

Op verzoek van V&VN bracht TNO de blootstelling aan arbeidsrisico's in kaart van verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg, alsmede maatregelen en instrumenten om die risico's te verminderen. Achterliggend doel was om na te gaan in welke mate arbeidsrisico's kunnen leiden tot uitval of uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden en welke maatregelen en middelen dit kunnen tegengaan. Het onderzoek betrof alleen de belangrijkste risico's, te weten fysieke belasting, werkdruk, agressie en geweld, prikaccidenten en blootstelling aan cytostatica. Het overzicht kwam tot stand via literatuuronderzoek en interviews met sleutelinformanten vanuit de verschillende zorgsectoren. In het voorliggende rapport zijn de resultaten per zorgsector weergegeven.

### *Arbeidsrisico's*

Gegevens over blootstelling aan arbeidsrisico's zijn veelal afkomstig van de eindmetingen die vanuit de diverse Arboconvenanten in de zorgsectoren zijn uitgevoerd. Uit de resultaten wordt duidelijk dat verpleegkundigen en verzorgenden een hogere fysieke belasting en een hogere werkdruk hebben dan andere beroepsgroepen. Ook agressie en geweld komen relatief vaak voor. Voor prikaccidenten en blootstelling aan cytostatica zijn geen representatieve gegevens beschikbaar over de mate van vóórkomen, maar het is aannemelijk dat ook deze risico's vaker voorkomen bij verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg dan bij andere beroepsgroepen daarbuiten.

Er zijn wel duidelijke verschillen in problematiek tussen de zorgsectoren. Zo is bij ziekenhuizen bijvoorbeeld de fysieke belasting, maar waarschijnlijk ook het risico op prikaccidenten en de blootstelling aan cytostatica hoog in vergelijking met andere zorgsectoren. Bij verpleeg- en verzorgingshuizen geldt dat voor fysieke belasting en werkdruk. Agressie en geweld komen relatief vaak voor in de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ambulancezorg.

Blootstellingcijfers op functieniveau binnen de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden konden niet worden weergegeven omdat die gegevens nauwelijks beschikbaar zijn.

### *Maatregelen en instrumenten*

Mede dankzij de Arboconvenanten die in de verschillende zorgsectoren zijn afgesloten zijn er in de afgelopen jaren veel projecten uitgevoerd c.q. instrumenten ontwikkeld om de arbeidsrisico's in de zorg aan te pakken. Dit geldt voor alle zorgsectoren als het gaat om de fysieke belasting en agressie en geweld. Op het gebied van werkdruk zijn er in de gehandicaptenzorg en bij verpleeg- en verzorgingshuizen nog relatief weinig maatregelen beschikbaar, hoewel in die sectoren wel sprake is van een hoog werkdrukrisico. Voor het beperken van de blootstelling aan cytostatica en prikaccidenten zijn ook vele maatregelen en instrumenten ontwikkeld. Deze zijn echter vooral bekend bij en toegepast in de ziekenhuizen en minder buiten de ziekenhuizen. Daar ontbreekt het nog aan een goede naleving van de bestaande wetgeving (cytostatica) en protocollen.

De hoge risicocijfers aan het eind van de convenantsperioden geven echter aan dat de maatregelen nog onvoldoende resultaat hebben gehad. Voor zover er gegevens bekend zijn over toepassing van instrumenten of hulpmiddelen, blijkt dat deze niet altijd worden gebruikt. Dit is voor werkdruk nog sterker het geval dan voor fysieke belasting. Werkdruk is een onderwerp dat nog niet zo lijkt te leven bij managers in

de zorg. De oorzaken van de beperkte toepassing van beschikbare instrumenten en middelen zijn hier niet onderzocht.

### *Aanbevelingen*

Op basis van het gemaakte overzicht van de arbeidsrisico's en beschikbare maatregelen en instrumenten zijn in hoofdstuk 9 algemene aanbevelingen geformuleerd voor de toekomst. Samengevat luiden die aanbevelingen:

- Gezien de hoge risicocijfers en relatief beperkte beschikbaarheid c.q. toepassing van maatregelen en instrumenten heeft de aanpak van werkdruk prioriteit in de zorgsector. Vermindering van werkdruk is van groot belang vanwege de huidige en toekomstige problemen rond arbeidscapaciteit in de zorg. Bovendien zal vermindering van de werkdruk naar verwachting leiden tot een frequenter gebruik van hulpmiddelen om de fysieke belasting te verminderen.
- Bevorderen van de (verdere) implementatie van bestaande instrumenten en (hulp)middelen, bijvoorbeeld door:
  - Na te gaan in hoeverre bestaande maatregelen en instrumenten zijn ingevoerd bij verschillende zorgsectoren en welke redenen of oorzaken er zijn bij onvoldoende invoering van maatregelen (diepteonderzoek) en hoe die belemmeringen weggenomen kunnen worden;
  - Kosten-baten analyses uitvoeren om management te kunnen ondersteunen dan wel overtuigen bij besluitvorming over aan te schaffen instrumenten of hulpmiddelen of uit te voeren projecten; hierbij is ook aandacht voor kwalitatieve baten, zoals comfort, tevredenheid etc. van belang;
  - Nagaan op welke manier interventies succesvol kunnen plaatsvinden door te kijken naar andere zorgsectoren (denk aan het project Veilige zorg) of andere instellingen binnen sectoren.
- Kennis en ervaringen delen (Good practices): goede voorbeelden werken vaak stimulerend. Men kan leren van de ervaringen van een ander, wat tijd en geld bespaart. De eerder genoemde kosten-baten analyses kunnen hierbij ook een goede aanvulling vormen.
- Innovaties/ nieuwe technologieën: naast de bestaande maatregelen en instrumenten is er behoefte aan nieuwe oplossingen die de arbeidsrisico's omlaag brengen. De eindrapportages van Arboconvenanten, alsmede inspectierapporten kunnen input geven voor bestaande behoeften. Zo is er bijvoorbeeld behoefte aan een nieuwe lichtere brancard in de ambulancesector. Maar ook op het gebied van werkdruk is behoefte aan vernieuwing; door een slimmere organisatie van het werk kan immers de werkdruk verminderen.
- Verbreden van de analyse van het onderwerp 'werkdruk' naar 'psychosociale belasting', waarbij ook zaken als emotionele belasting, werk-privé-balans, roosterproblematiek, bedrijfscultuur en managementstijlen aandacht krijgen.
- Tot slot is het van belang goed inzicht te krijgen in de mate van blootstelling aan arbeidsrisico's en gevolgen daarvan. Dit is vooral voor prikaccidenten en cytostatica nog onvoldoende mogelijk omdat er geen representatieve gegevens zijn. Een goede landelijke registratiemethode kan daarin verandering brengen. Voor prikaccidenten en agressie en geweld zijn hiervoor al initiatieven genomen. Voor de fysieke belasting, psychosociale belasting en agressie en geweld zou een monitor opgezet kunnen worden waarmee zowel de arbeidsrisico's en daaraan gerelateerd ziekteverzuim, als de behoefte aan en toepassing van maatregelen en instrumenten periodiek wordt gemeten.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Werken in de gezondheidszorg brengt risico's voor de gezondheid met zich mee, die relatief hoog zijn. Vooral fysieke belasting is een bekend arbeidsrisico in de zorgsector, onder andere omdat patiënten veelal hulp van het personeel nodig hebben om zich te kunnen verplaatsen. Maar ook andere risico's spelen een rol, zoals agressie en geweld, prikaccidenten en blootstelling aan cytostatica. Daarnaast is er in veel zorgsectoren sprake van een hoge werkdruk, onder andere doordat er te weinig personeel is voor het werk dat moet worden verricht. Dit brengt niet alleen risico's op gezondheidsklachten en uitval door ziekte met zich mee maar is ook een belangrijk aandachtspunt in het licht van het behoud van de arbeidscapaciteit. Gezien de toenemende vergrijzing zal er in de komende jaren meer zorgcapaciteit nodig zijn. De verwachting is dat in 2011 26% van de medewerkers in de zorg ouder is dan 50 jaar waarmee er nog maar een beperkte invloed is op de vervangingsvraag: deze zal pas na 2015 een rol spelen (Windt e.a. 2007). In de zorgsector neemt echter de vraag naar personeel toe door een stijgende zorgconsumptie door de verouderende bevolking (SER, 2006, Kwartel e.a., 2007). Met een stijgende levensverwachting van de bevolking neemt het aantal niet-gezonde levensjaren toe. Er is een toename van het aantal chronisch zieken te zien. Verder kan een aantal ongunstige gezondheidstrends van invloed zijn op de toenemende vraag naar zorg (overgewicht, weinig bewegen, gebruik tabak en alcohol) (Kwartel e.a., 2007). Door deze trends is er in de komende jaren een personeelstekort te verwachten bij verzorgend en verplegend personeel over de hele linie en in verpleeg- en verzorgingstehuizen in het bijzonder (Windt e.a. 2007; SER, 2006). Als aan deze vraag niet kan worden voldaan dan zal de werkdruk een steeds groter probleem worden.

Een andere trend die direct van invloed is op de belasting en gezondheidsrisico's van verpleegkundigen en verzorgenden, is dat patiënten steeds korter in het ziekenhuis verblijven. Hierdoor neemt de zorgvraag toe in intensiteit, zowel in het ziekenhuis als in de thuiszorg. Tenslotte is er in de zorg, net als in andere sectoren, aandacht nodig voor de leefstijl van verpleegkundigen en verzorgenden. Obesitas is een toenemend probleem dat voor deze beroepsgroep dubbel nadelig is, enerzijds omdat het leidt tot verminderde belastbaarheid en toenemend ziekteverzuim (CBS, 2007) en anderzijds vanwege de steeds zwaarder wordende patiënten. Gezien de bovenstaande ontwikkelingen is aandacht voor de aanpak van arbeidsrisico's van groot belang om uitval te voorkomen en de aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten.

Binnen de verschillende sectoren in de gezondheidszorg is de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan de arbeidsomstandigheden, doordat in veel zorgsectoren een Arboconvenant is afgesloten tussen werkgevers en werknemersorganisaties en het Ministerie van Sociale Zaken. In die Arboconvenanten zijn afspraken gemaakt over het verminderen van de risico's en daaraan gerelateerd ziekteverzuim. Ook zijn afspraken gemaakt over de manier waarop die doelstellingen bereikt zouden moeten worden. In dat kader zijn diversen maatregelen genomen en instrumenten ontwikkeld en beschikbaar gesteld aan de instellingen binnen de betreffende zorgsectoren. Dit lijkt zijn vruchten af te werpen want het ziekteverzuim in de zorgsector is de laatste jaren afgenomen.

### *Vraagstelling*

De Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft voor het vormgeven van haar beleid, behoefte aan inzicht in de stand van zaken rondom arbeidsomstandigheden van haar doelgroep. Daartoe heeft zij TNO gevraagd om een overzicht te maken van wat er landelijk bekend is over arbeidsrisico's bij verpleegkundigen en verzorgenden, over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze risico's en over projecten en maatregelen om deze risico's te verminderen. Afsproken is om dit overzicht te richten op de belangrijkste risico's voor deze beroepsgroep, namelijk fysieke belasting, agressie en geweld en werkdruk, prikaccidenten en blootstelling aan cytostatica.

Het achterliggende doel van deze vraag is dat men advies wil kunnen geven over wat er nodig is om de arbeidsrisico's bij deze beroepsgroepen omlaag te brengen en hiermee de huidige capaciteit te behouden en de arbeidsparticipatie te verhogen.

## **1.2 Doelstelling**

Doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in:

1. Wat er momenteel bekend is over de blootstelling aan en aard van arbeidsgerelateerde risico's voor de gezondheid van verpleegkundigen en verzorgenden in de verschillende zorgsectoren in Nederland;
2. De maatregelen die voor de vermindering van deze risico's bij verpleegkundigen en verzorgenden genomen worden op landelijk, regionaal, of sector-niveau;
3. Lacunes in maatregelen, resulterend in aanbevelingen voor maatregelen om arbeidsrisico's van verplegend en verzorgend personeel (verder) omlaag te brengen.

Primair was het onderzoek gericht op fysieke belasting, werkdruk, agressie en geweld, blootstelling aan cytostatica en prikaccidenten. Over andere risicofactoren is niet structureel naar informatie gezocht.

In dit project is gekeken naar de grootschalige projecten die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. Dat zijn projecten die op brancheniveau zijn uitgevoerd, of projecten met een landelijke of eventueel regionale insteek. Ook onderzoeksprojecten met als doel een plan van aanpak voor de hele branche te ontwikkelen kwamen in aanmerking. Kleinschalige projecten die binnen één instelling plaats vonden zijn niet beschreven.

## **1.3 Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk (2) wordt kort beschreven op welke wijze voorliggend rapport tot stand is gekomen. Vervolgens geven we in de hoofdstukken 3 t/m 8 het overzicht van de beschikbare informatie over arbeidsrisico's en maatregelen en daarbij horende conclusies weer per zorgsector. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen voor toekomstige projecten (hoofdstuk 9). In bijlagen zijn korte beschrijvingen van een groot aantal ontwikkelde instrumenten opgenomen, ingedeeld naar arbeidsrisico. Hierin zijn alleen de instrumenten opgenomen, en geen andere maatregelen, promotiematerialen of trainingen. Een lijst met afkortingen is opgenomen in bijlage D.

## 2 Werkwijze

Om tot het gewenste overzicht te komen is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn gesprekken met sleutelinformanten gevoerd. Beide onderdelen worden hierna besproken. Tussentijds is overleg gevoerd met V&VN.

### 2.1 Literatuursearch

Het project is gestart met een inventarisatie van de belangrijkste arbeidsrisico's voor verpleegkundigen en verzorgenden. Bronnen die we voor deze inventarisatie ondermeer hebben geraadpleegd zijn:

- de rapportages van Inspectieprojecten in de verschillende zorgsectoren;
- de rapportages die in het kader van de Arboconvenanten in de diverse zorgsectoren zijn verschenen, vooral eindevaluaties en eindmetingen omdat deze de meest recente informatie geven over blootstelling aan arbeidsrisico's enerzijds en de mate waarin afgesproken preventieve activiteiten zijn uitgevoerd dan wel maatregelen zijn ingevoerd anderzijds;
- de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA, uitgevoerd door TNO zelf); met een representatieve steekproef van de werkende bevolking; resultaten uit de zorg worden vergeleken met die van 'andere beroepsgroepen' buiten de zorgsector.

Ook hebben we naar relevante, openbare informatie gezocht via het verzuimnetwerk (VERNET), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Daarnaast is een beknopte literatuursearch uitgevoerd via de arbo-bibliotheek van TNO en de bibliotheek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel). Tenslotte zijn ook de verschillende websites, bijvoorbeeld van de werkgevers- en werknemersorganisaties, geraadpleegd en is via Google met behulp van de bovengenoemde trefwoorden gezocht naar relevante informatie. De aldus verkregen informatie is vervolgens bekeken op de volgende onderwerpen:

- de arbeidsrisico's;
- de daaraan gerelateerde maatregelen;
- cijfers over klachten aan het bewegingsapparaat;
- cijfers over burnout-klachten;
- cijfers over ziekteverzuim;
- cijfers over arbeidsongeschiktheid.

De beschikbare informatie over blootstelling aan arbeidsrisico's is in de meeste gevallen verzameld via schriftelijke werknemersvragenlijsten. Het gaat dus om zelfgerapporteerde en niet om kwantitatieve metingen of vastgestelde diagnoses. Dit geldt ook voor metingen van de bekendheid en toepassing van maatregelen.

Op basis van de literatuur is de beschikbare informatie over de blootstelling aan de vijf arbeidsrisico's per zorgsector in kaart gebracht. Tevens is in kaart gebracht welke projecten en maatregelen op sectorniveau zijn uitgevoerd om de risico's te verminderen. De maatregelen zijn kort weergegeven in de tekst. Daarnaast is van veel beschikbare instrumenten een iets uitgebreidere beschrijving (indien beschikbaar) opgenomen in de bijlagen 1 t/m 3. Die instrumenten zijn gegroepeerd naar arbeidsrisico. In bijlage A staan de instrumenten op het gebied van fysieke belasting, in bijlage B die voor werkdruk en agressie en geweld en in bijlage C de instrumenten

voor overige arbeidsrisico's en de algemene instrumenten. In de bijlagen zijn alleen instrumenten opgenomen en geen andere maatregelen, promotiematerialen, cursusmateriaal of trainingen. Arbobrede maatregelen staan steeds aan het begin van een hoofdstuk vermeld. Opgemerkt moet worden dat het rapport een beeld beoogt te geven van de omvang van de risico's enerzijds en de mate waarin risico's worden bestreden anderzijds. Er wordt geen 100% volledigheid nagestreefd van maatregelen en instrumenten; dit is niet haalbaar gezien de keuze om een zorgbreed overzicht te geven.

Waar mogelijk is onderscheid gemaakt tussen verschillende beroepsgroepen binnen de zorgsectoren. We hebben echter weinig informatie over arbeidsrisico's van specifieke beroepsgroepen gevonden. Soms waren zelfs alleen gegevens beschikbaar over alle werknemers in een hele sector en niet alleen over verpleegkundigen en verzorgenden in die sector. Als dat de enige informatiebron was hebben we ervoor gekozen die toch op te nemen.

Informatie over de mate van toepassing van maatregelen is in sommige gevallen beschikbaar, bijvoorbeeld vanuit een eindmeting van een Arboconvenant of inspectieproject. In die gevallen is dit apart beschreven binnen de subparagraaf '*projecten en maatregelen*' onder het kopje '*mate van toepassing van maatregelen*'. Als daarover informatie beschikbaar was zijn ook de '*lopende / toekomstige projecten*' apart beschreven.

## 2.2 Interviews met sleutelinformanten

De informatie uit de literatuur is aangevuld met informatie uit gesprekken met sleutelinformanten. Deze gesprekken hadden tot doel om een beter beeld te krijgen van de branche, de risico's en de projecten en activiteiten om de arbeidsrisico's te verminderen. Daarnaast is aan de sleutelinformanten gevraagd om aanvulling van recente schriftelijke informatiebronnen. Er is in dit kader gesproken met de volgende sleutelinformanten:

- de heer P. van Wijk, Landelijk Meldpunt Prikaccidenten;
- de heer G. Storm van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- de heer Th. J. Heessen, TrajectPlus, als informant voor de algemene ziekenhuizen;
- de heer J. van Bree, Ambulancezorg Nederland;
- de heer A. Bertijn, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
- de heer J. Kramer, Abvakabo vakbond Zorg en Welzijn.

Daarnaast heeft de contactpersoon van de opdrachtgever voor dit project, Mw. F. Bolle van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, enige informatie verstrekt over lopende projecten.

Alle gesprekken met de sleutelinformanten, op één na, vonden telefonisch plaats. De interviews werden uitgevoerd aan de hand van vooraf opgestelde vragen, maar wel afgestemd op de specifieke sector en de hoeveelheid en aard van de beschikbare informatie op dat moment. Omdat de beschikbare informatie sterk verschilde tussen de zorgsectoren, was het ene interview uitgebreider dan het andere.

### 3 Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen

#### *Informatie over de sector*

In algemene ziekenhuizen is het aantal verpleegkundigen en verzorgenden (inclusief leerlingen) ongeveer 110.000 en in Universitair Medisch Centra (UMC's) ongeveer 38.000 (bron: CBS, 2006). In het verleden werden UMC's en academisch ziekenhuizen onderscheiden; dat onderscheid bestaat niet meer en hebben we daarom in dit rapport losgelaten.

Zowel algemene ziekenhuizen als UMC's hebben een Arboconvenant afgesloten. Voor de algemene ziekenhuizen was het convenant gericht op aanpak van de arbeidsrisico's fysieke belasting, werkdruk en agressie en geweld; voor de UMC's op de aanpak van fysieke belasting, psychische belasting en beeldschermwerk/RSI. Gegevens over blootstelling aan arbeidsrisico's, klachten en verzuim, alsmede maatregelen en instrumenten in dit hoofdstuk zijn voor een groot deel afkomstig uit de rapportages over deze convenanten.

#### *Arbobrede maatregelen*

Voordat we de blootstelling aan arbeidsrisico's en maatregelen ter preventie van die risico's beschrijven noemen we enkele arbobrede maatregelen en instrumenten voor de ziekenhuizen (van de instrumenten waar een sterretje bij staat (\*) is een beschrijving opgenomen in de bijlagen):

- Een *digitale RI&E* is beschikbaar voor de UMC's (met aparte module voor de verpleging en verzorging) en voor de algemene ziekenhuizen alsmede andere zorgsectoren ('ZorgRie') (zie [www.rie.nl](http://www.rie.nl)).
- *Ergocoaches\* /preventiemedewerkers* (zie *bijlage A*): Binnen UMC's zijn op grote schaal ergocoaches getraind en is een netwerk van ergocoaches opgezet. De Erasmus Universiteit doet momenteel onderzoek naar ergocoaches. Er worden diverse activiteiten op nationaal en regionaal niveau georganiseerd om het beleid rondom fysieke belasting te borgen. Zo is er bijvoorbeeld een 'best practice' prijs ingesteld. Een agenda van de activiteiten staat op [www.ergocoaches.nl](http://www.ergocoaches.nl). Bij de algemene ziekenhuizen waren er al preventiemedewerkers vòòr het Arboconvenant; in 2006 was er in ongeveer 45% van de ziekenhuizen een preventiemedewerker.
- In 2008 zal voor zowel de algemene ziekenhuizen als de UMC's een Arbocatalogus beschikbaar komen. In de Arbocatalogus voor de algemene ziekenhuizen zullen beschikbare instrumenten op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting, fysieke belasting, gevaarlijke stoffen (waaronder cytostatica), bedrijfshulpverlening en biologische agentia (waaronder prikaccidenten) ondergebracht zijn. In de toekomst worden daarin wellicht ook 'goede praktijken' voor de aanpak van de verschillende arbeidsrisico's opgenomen. Voor de UMC's wordt de Arbocatalogus stapsgewijs ingevuld en door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) via de website verspreid. Als eerste worden fysieke belasting, cytostatica en de RI&E opgenomen. Andere arbeidsrisico's worden daar later aan toegevoegd. De geboden informatie zal zo goed mogelijk op de individuele werknemer worden afgestemd. Aan prikaccidenten besteed men voorsnog weinig aandacht, omdat er al veel informatie beschikbaar is over dit risico en maatregelen.

### 3.1 Fysieke belasting

#### 3.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Beschikbare gegevens over het percentage van het zorgverlenend personeel van UMC's dat te maken heeft met verschillende vormen van fysieke belasting staan in Tabel 3.1, met daaronder de bronnen waar uit die gegevens afkomstig zijn.

In het onderzoek van Dekker e.a. (2007) gaf 85% van het **zorgverlenend personeel** in UMC's aan (grote) krachten te moeten uitoefenen. Ongunstige houdingen wordt door 60% van het zorgverlenend personeel genoemd en bijna de helft geeft aan meer dan 25 kg te moeten tillen/dragen. Dit onderzoek vond echter plaats onder geselecteerde hoog-risico groepen en is dus niet representatief voor het zorgverlenend personeel in UMC's.

Bos e.a. (2007) voerden onderzoek uit naar risicofactoren voor bewegingsapparaatklachten bij onder andere **niet gespecialiseerde verpleegkundigen, IC verpleegkundigen en operatieassistenten** in academisch ziekenhuizen. Factoren die een significant verband bleken te hebben met klachten aan het bewegingsapparaat zijn: grote krachtoefening en statische belasting bij niet gespecialiseerde verpleegkundigen en de ergonomische omgeving bij IC verpleegkundigen.

Uit vragenlijstonderzoek onder **operatieassistenten** van der Windt e.a. (2002) bleek dat 47% van de ondervraagden het werk lichamelijk zwaar vindt. Vooral repeterende bewegingen, vaak lang achtereen in dezelfde houding en vaak in ongemakkelijke houding werken werden veel genoemd (resp. door 62%, 68% en 64% van de ondervraagden). Uit metingen op de werkplek bij operatieassistenten (Meijssen, 2004a; multimoment-observaties, n=35) valt het hoge percentage belastende nekhoudingen (74% van de observaties), lang staan (66%) en belastende schouder/armhoudingen (62%) op.

Tabel 3.1 Percentage werknemers in algemene ziekenhuizen en UMC's dat aangeeft regelmatig te maken te hebben met verschillende vormen van fysieke belasting

Type belasting	Zorgverlenend <sup>1</sup>	Beroepsgroepen		Operatieassistenten <sup>3</sup>
		Niet gespecialiseerde vpk <sup>2</sup>	IC vpk <sup>2</sup>	
Tillen en dragen > 25 kg	49%			
- vaak zwaar tillen door onvoldoende hulp van collega's				27%
- vaak zwaar tillen door ontbreken hulpmiddelen				34%
Tillen en dragen > 5 kg en verzwarende omstandigheden	50%			
Ongunstige /ongemakkelijke houdingen	60%			64%
Repeterende bewegingen	38%			62%
(grote) krachtoefening	85%	OR=1.11		
Statische belasting/ lang in dezelfde houding		OR=1.12		68%
Ergonomische omgeving			OR=1.11	
Werk is lichamelijk (te) zwaar				47%

<sup>1</sup>Dekker e.a. (2007): n=722, UMC's; alleen hoog-risicogroepen (niet representatief)

<sup>2</sup>Bos e.a. (2007): n=3.169, UMC's

<sup>3</sup>Windt e.a. (2002); n=2240, algemene ziekenhuizen

Cijfers over blootstelling aan fysieke belasting van alleen de verzorgenden en verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen en UMC's zijn ook te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Deze enquête wordt in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid periodiek uitgevoerd. Gegevens uit een secundaire analyse op het NEA-bestand van 2006 met betrekking tot de fysieke belasting staan in Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaa scores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; 1 is een minimale belasting en 4 is een maximale belasting

Fysieke belasting	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen (n=354)
Fysiek zwaar werk	2,36	1,57	2,48
Houdingbelasting	1,87	1,75	1,94

Bron: databestand NEA 2006

De resultaten in Tabel 3.2 bevestigen het beeld uit de vorige tabel: verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen beoordelen zowel fysiek zwaar werk als houdingsbelasting als meer belastend dan hun collega's in andere branches van de zorg en veel meer belastend dan bij andere beroepsgroepen.

#### *Klachten en verzuim*

Tabel 3.3 geeft een overzicht van onderzoeksgegevens over het percentage werknemers met klachten in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek. De percentages werknemers met klachten in het onderzoek van Bos e.a. (2007) zijn relatief hoog: rugklachten bij meer dan driekwart van alle drie de onderzochte groepen; nek/schouderklachten bij meer dan de helft. Voor **operatieassistenten** is dit beduidend hoger dan de 58% die Meijssen e.a. (2007) vonden. Van die 58% zei 8% te hebben verzuimd vanwege die klachten. Verder vonden Meijssen e.a. een 3-maandsprevalentie klachten van nek/schouder bij 53% van de operatieassistenten (3% daarvan verzuimde), van de rug bij 45%, van de armen/handen bij 14% (6% daarvan verzuimde), van de knieën bij 22% (8% daarvan verzuimde) en van de benen/voeten bij 43% (7% daarvan verzuimde).

Tabel 3.3 Percentage werknemers in ziekenhuizen dat aangeeft in resp. 3 of 12 maanden voor het onderzoek klachten aan het bewegingsapparaat te hebben gehad

Klachtenlocatie	Beroepsgroepen			
	Niet gespecialiseerde vpk <sup>1</sup>	lc vpk <sup>1</sup>	Operatie-assistenten <sup>1</sup>	Operatie-assistenten <sup>2</sup>
Lage rugklachten 12 mnd	76%	75%	77%	58%
Ernstige lage rugklachten 12 mnd	14%	7%	12%	
Lage rugklachten 3 mnd				45%
Nek/schouderklachten 12 mnd	58%	58%	69%	
Ernstige nek/schouderklachten 12 mnd	9%	9%	12%	
Nek/schouderklachten 3 mnd				53%
Arm/handklachten 3 mnd				14%
Knieklachten 3 mnd				22%
Been/voetklachten 3 mnd				43%

<sup>1</sup>Bos e.a. (2007); n=3.169

<sup>2</sup>Meijssen e.a. (2007); n=463

Op grond van onderzoek naar de fysieke belasting van operatieassistenten concludeerden Meijssen en Knibbe (2007; n=225) dat de richtlijnen voor langdurig staan (niet meer dan 1 uur aaneengesloten staan en niet meer dan 4 uur totaal op een dag) op 2/3 van de werkdagen worden overschreden. Vooral langer dan 1 uur onafgebroken staan wordt vaak overschreden. Gemiddeld staan operatieassistenten 2,5 uur op de OK; 18% van de operatieassistenten staat gemiddeld meer dan 4 uur/dag.

### 3.1.2 *Projecten en maatregelen fysieke belasting*

Voor het beschrijven van projecten en maatregelen op het gebied van fysieke belasting zijn we uitgegaan van de maatregelen die door sociale partners zijn afgesproken binnen de drie Arboconvenanten in de ziekenhuisbranche. Tabel 3.4 geeft een overzicht van deze maatregelen en instrumenten. Eindevaluaties van deze convenanten geven informatie over wat er recent beschikbaar is gekomen aan instrumenten en in welke mate deze worden toegepast. Er kunnen discrepanties bestaan tussen de voorgenomen en uitgevoerde maatregelen.

Tabel 3.4 Overzicht van maatregelen en instrumenten voor vermindering van fysieke belasting in het kader van de Arboconvenanten algemene ziekenhuizen en academisch ziekenhuizen

<b>Arboconvenant algemene ziekenhuizen (actieplan, 2003)</b>	<b>Arboconvenant academisch ziekenhuizen (o.a. Van der Star 2004)</b>	<b>Arboplusconvenant academisch ziekenhuizen (Dekker e.a. 2007)</b>
- Praktijkrichtlijnen fysieke belasting	- Praktijkrichtlijn fysieke belasting	- Branchespecifieke RI&E
- Bijdrageregeling hulpmiddelen	- Bijdrageregeling hulpmiddelen	- Good practices
- Werkpakket fysieke belasting	- Folder 'Tillen met zorg'	- Voortzetting instrumenten eerste convenant
- Training tilcoördinatoren	- Cursusmap ergocoach + CD	
- Checklist meubilair en hulpmiddelen	- Cursusmap fysiotrainer + CD	

Er is een groot aantal maatregelen en instrumenten voor vermindering van fysieke belasting in ziekenhuizen ontwikkeld, zowel vanuit de Arboconvenanten als daarbuiten. Overigens is niet altijd duidelijk of het om maatregelen in algemene ziekenhuizen of in UMC's (of beide) gaat. De belangrijkste maatregelen worden hierna genoemd. Van de instrumenten waar een sterretje bij staat (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage A.

- *Werkpakket Beter!\**: Werkpakket fysieke belasting met concrete handreikingen en instrumenten om de fysieke belasting terug te dringen (uitgaande van bron-aanpak); belangrijkste onderdeel vormen de *Praktijkrichtlijnen Fysieke belasting\** voor patiëntgebonden en niet patiëntgebonden handelingen. Daarnaast bevat het pakket diverse instrumenten om de fysieke belasting in kaart te brengen, waaronder de *Tilthermometer\** en het *Aktieblok ziekenhuizen*, een hulpmiddel om oplossingen voor knelpunten in kaart te brengen. Bovendien is er aandacht voor trainingen, preventiebeleid en borging. Ook informatie over de bouw en inrichting van ruimtes is te vinden in dit pakket.
- *Praktijkrichtlijnen fysieke belasting\**: Praktijkrichtlijnen zijn verantwoorde, praktijkgerichte en concreet uitvoerbare afspraken over hoe te zware fysieke belasting voorkomen kan worden. De richtlijnen maken duidelijk welke belasting nog wel en welke niet meer aanvaardbaar is.



- *BeleidsSpiegel\**; een instrument voor het beoordelen van het beleid op fysieke belasting.
- *Tilthermometer Ziekenhuizen\**: dit is een meetinstrument waarmee men kan vaststellen hoeveel zorgverleners te hoge fysieke belasting hebben en welk type fysieke belasting dit betreft.
- *Bijdrageregeling tilhulpmiddelen*: een financiële bijdrage voor het aanschaffen van tilhulpmiddelen door (academische) ziekenhuizen.
- *Checklist meubilair en hulpmiddelen*: een checklist voor de aanschaf van ergonomisch verantwoord meubilair en hulpmiddelen.
- *Rugboekje Ziekenhuizen\**: een handzaam boekje, waarin staat beschreven wat rugklachten zijn en wat zorgverleners zélf kunnen doen om klachten te voorkomen.
- *PreGo! Catalogus\**: een bundel met best practices, tips e.d. voor alle branches binnen de zorg met als doel bij de bestrijding van fysieke belasting van elkaar te leren.
- *Preventieprogramma fysieke belasting (UMC's)*:  
In het preventieprogramma wordt onder andere aandacht besteed aan:
  - Voorlichting en training m.b.t. vermindering van fysieke belasting, verhoging van fysieke belastbaarheid en gebruik van (til)hulpmiddelen;
  - Opstellen en implementeren van een beleid fysieke belasting (tilbeleid) aan de hand van de praktijkrichtlijn voor het verplaatsen van personen en De praktijkregels voor het tillen en verplaatsen van lasten;
  - borging van het preventieprogramma.
 Het Preventieprogramma Fysieke Belasting richt zich op organisaties, medewerkers, belasting, belastbaarheid (conditie), gedragsverandering en gedragsbehoud alsmede op borging en moet onderdeel zijn van het arbozorgsysteem binnen de instelling.
- *Good practices (UMC's)*. Op basis van interviews is nagegaan welke activiteiten uit het arboconvenant als good practice werden beschouwd. De RI&E en opleiding van ergocoaches werden daarbij genoemd.

Daarnaast zijn diverse trainings- en voorlichtingsmaterialen ontwikkeld, bijvoorbeeld:

- *StatMan*®: een twee dimensionaal poppetje op A4 formaat. Door het poppetje in de betreffende houding te zetten verschijnt een kleur die aangeeft of de betreffende (statische) houding toelaatbaar is of niet.
- *De Tilschijf*®: een kartonnen schijf waarmee een indruk verkregen wordt van het al dan niet toelaatbaar zijn van een manuele patiënttransfer door invoeren van enkele gegevens van de patiënt.
- *De Cursusmap ergocoach met CD (UMC's)*: voor scholing van ergocoaches. Binnen alle UMC's is een netwerk van ergocoaches opgezet.
- *Cursusmap fysiotrainer met CD (UMC's)*: idem voor scholing van fysiotrainers.
- *Preventiewaaiers Ziekenhuizen*: met aanwijzingen voor zowel voor patiëntgebonden als voor niet-patiëntgebonden handelingen.
- *De folder 'Tillen met zorg' (UMC's)*.

Specifiek voor de **operatieassistenten** zijn de volgende (voorlichtings)instrumenten ontwikkeld (een sterretje (\*) betekent: opgenomen in bijlage A):

- *Boekje 'Stasteunen op de OK'* (Meijsen en Knibbe, 2004a) dit biedt informatie over hoeveel operatieassistenten staan, het belang van houdingsvariatie, gebruik van stasteunen en een checklist met eisen aan stasteunen.

- *Het 'Watnektje-boekje'*; dit boekje biedt informatie over het voorkomen van klachten aan het bewegingsapparaat bij operatieassistenten, de oorzaken van klachten en mogelijke maatregelen die medewerkers zelf kunnen nemen.
- *Ergonomische oplossingen voor de OK*: (Knibbe en Meijssen, 2004; Meijssen en Knibbe, 2004b). Een verkenning van nieuwe mogelijkheden voor ergonomische oplossingen op de operatiekamer alsmede nadere uitwerking daarvan.
- *CD-Rom Fysieke belasting Operatie assistenten*: hulpmiddel voor het toetsen van de juiste werkhouding.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Bij de eindevaluatie van het Arboconvenant ziekenhuizen werd geconstateerd dat de bekendheid van de praktijkrichtlijnen bij medewerkers van 17% naar 19% was gestegen (van Vree en Bolhuis, 2006). Over een toe- of afname in de structurele aanpak van fysieke belasting kon vanwege te lage respons geen uitspraak worden gedaan. Wat de inzet van hulpmiddelen betreft werd vastgesteld dat nog verbetering mogelijk was.

Tijdens het Arboplusconvenant zijn evaluaties uitgevoerd van de preventieprogramma's fysieke belasting (Dekker e.a. 2007). De belangrijkste conclusies daaruit waren dat:

- De preventieprogramma's in meer of mindere mate in alle UMC's waren geïmplementeerd. In totaal zei 29% in het afgelopen jaar een training te hebben gevolgd. Het jaar daarvoor lag dit getal op 27%. Binnen het thema fysieke belasting hadden werknemers (verplegend personeel en personeel van de facilitaire dienst) het meest deelgenomen aan een training (34%). Opgemerkt moet worden dat ook in de periode van het eerste convenant al veel medewerkers getraind zijn (Van der Star, 2004). Bovendien liep naast het Arboplusconvenant nog het ESF (Europees Sociaal Fonds) programma, waar trainingsactiviteiten een belangrijk onderdeel van vormde.
- De producten die in het kader van de fysieke belasting zijn ontwikkeld, bij circa dertig procent van de werknemers bekend waren. De 'cursus ergocoach' was bij de helft van de werknemers bekend (49%). Deze cursus en de praktijkrichtlijnen fysieke belasting waren toegepast door 19%. De meerderheid van de werknemers vond dat invoering van deze producten moest worden voortgezet
- De ontwikkelde instrumenten slechts bij ongeveer een derde van de medewerkers bekend waren en de cursus ergocoach bij de helft. Het gebruik lag tussen de 10 en 20%. Ongeveer 2/3 van de medewerkers gaf aan dat inzet van de instrumenten moest worden voortgezet. Voor de cursus fysiotrainer was dat iets minder, nl. de helft.

Het gebruik van de instrumenten (inclusief 'deelname aan het preventieprogramma') had (nog) niet geleid tot daling van de omvang van de risicogroepen. Dit is te verklaren uit de beperkte mate van bekendheid en toepassing van de maatregelen en instrumenten.

In 2006 voerde de Arbeidsinspectie een inspectieproject uit in 509 afdelingen van algemene en academisch ziekenhuizen (Arbeidsinspectie, 2007a). Op basis van de resultaten van het project werd geconcludeerd dat er wel aandacht is voor de vermindering van de fysieke belasting, maar dat het gebruik van hulpmiddelen en daarmee ook het toezicht daarop, nog de nodige inzet vraagt. De invulling van de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers speelt hierbij ook een rol. Een positief punt is dat steeds meer wordt overgegaan tot het aanstellen van ergocoaches.

Een belemmering bij de goede invulling van de vermindering van de fysieke belasting zijn verouderde gebouwen, met bijvoorbeeld te kleine doucheruimtes. Uit het onderzoek bleek ook dat er meer aandacht moet komen voor de fysieke belasting op de operatiekamers.

De volgende knelpunten werden geconstateerd:

- Hulpmiddelen zijn onvoldoende voorhanden of worden onvoldoende gebruikt, bijvoorbeeld glijlakens (bij handelingen op het bed), douchestoelen en elektrische hooglaagbedden;
- De RIE is onvolledig; er is bijvoorbeeld onvoldoende aandacht voor fysieke belasting;
- Er is onvoldoende voorlichting en onderricht.

De arbeidsinspectie benadrukte het belang om navolging te geven aan goede praktijkvoorbeelden. Een voorbeeld daarvan is het logistieke systeem dat het Atrium MC te Heerlen heeft ingevoerd. Dit centraal aangestuurd logistieke systeem regelt het centrale beheer en de verstrekking van verpleegkundige (ergonomische) hulpmiddelen en bevordert daarmee het gebruik ervan.

De arbeidsinspectie constateerde verder dat voor operatieassistenten nog nauwelijks maatregelen zijn ingevoerd waarmee de fysieke belasting kan worden teruggebracht. Wel is er voorlichtingsmateriaal verspreid en zijn oplossingen voorhanden, bijvoorbeeld door gebruik van stasteunen en inlassen van pauzes.

## 3.2 Werkdruk

### 3.2.1 Blootstelling, klachten en verzuim

Uit het uitgevoerde arbeidsbelevingsonderzoek bleek dat het rapportcijfer 'tevredenheid met de werkdruk op de werkplek' is toegenomen van 6,01 (2001) naar 6,3 in 2004. Het streefcijfer van 7 werd niet gehaald. Het percentage medewerkers dat aangaf dat zijn of haar leidinggevende werkdrukproblemen soms of nooit goed kan signaleren is vrijwel niet afgenomen in die periode en bedroeg in 2004 59%.

Het percentage medewerkers dat aangaf dat zij bij ingrijpende of traumatische gebeurtenissen soms of nooit goed werden opgevangen is gedaald van 47% in 2002 naar 39% in 2004. (Van Vree en Bolhuis, 2006).

Uit de eindmeting van het Arboplusconvenant van UMC's (Dekker e.a. 2007; bron Regioplan) bleek dat de medewerkers op de Spoedopvang een hogere werkdruk en emotionele belasting rapporteerden dan de medewerkers op de IC afdeling. Bovendien blijkt op beide afdelingen emotionele belasting een groter probleem te zijn dan werkdruk.

Tabel 3.5 Percentage medewerkers dat een hoge werkdruk en emotionele belasting rapporteerde (Dekker e.a., 2007)

	<b>Spoedopvang (n=83)</b>	<b>IC afdeling (n=325)</b>
Hoge werkdruk	33%	13%
Emotionele belasting	54%	43%

Uit het vragenlijstonderzoek van Bos e.a. (2007) bleek dat lage rugklachten bij niet gespecialiseerde verpleegkundigen (cross sectioneel) significant gerelateerd waren aan hoge werkeisen (OR=1.09).

Cijfers over blootstelling aan werkdruk-gerelateerde risicofactoren die niet alle medewerkers in de ziekenhuizen, maar alleen de verpleegkundigen en verzorgenden betreffen, zijn te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 staan in Tabel 3.6.

Tabel 3.6 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; tussen haakjes staat het minimum en maximum van de schaal weergegeven

Werkdruk	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen (n=354)
Werktempo (1-4)	2,43	2,31	2,40
Tijdsdruk (1-3)	2,24	2,06	2,34
Emotioneel zwaar werk (1-4)	2,28	1,77	2,28
Autonomie (1-3)	2,24	2,47	2,19
Herstelbehoefte (0-11)	3,89	3,54	3,98

Bron: databestand NEA 2006

De resultaten in Tabel 3.6 laten zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen niet veel verschillen op het gebied van werktempo, emotioneel zwaar werk en autonomie van hun collega's in andere zorgbranches. Wel ervaren ze een hogere tijdsdruk en herstelbehoefte dan beide referentiegroepen. Vergeleken met beroepsgroepen buiten de zorg scoren alle factoren ongunstiger.

### 3.2.2 *Projecten en maatregelen werkdruk*

Een overzicht van maatregelen die in het kader van de verschillende Arboconvenanten in de ziekenhuisbranches door sociale partners zijn afgesproken staat in Tabel 3.7.

Het arboplusconvenant UMC's was voor de Spoedopvang en IC-afdeling alleen gericht op psychische belasting (werkdruk en werkstress, agressie en geweld) (Dekker e.a. 2007).

Tabel 3.7 Overzicht maatregelen en instrumenten ter vermindering van psychische belasting/werkdruk in het kader van de Arboconvenanten algemene ziekenhuizen en academisch ziekenhuizen

Ziekenhuizen (uit actieplan, 2003)	academisch ziekenhuizen (Van der Star 2004)	Arboplusconvenant academisch ziekenhuizen (Dekker e.a. 2007)
- Arbeidsbelevingsonderzoek	- Preventieprogramma psychische belasting	- Branchespecifieke RI&E
- Pilots: werkdrukmethodiek	- Website aanpak psychische belasting	- Good practices
	- Werkboek aanpak psychische belasting	- Voortzetting instrumenten vorige convenant
	- Motivatiestickers Signaleer op tijd	
	- Psychische klachten – informatie voor werknemers en leidinggevenden	

De volgende maatregelen en instrumenten zijn beschikbaar voor de aanpak van werkdruk in ziekenhuizen (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage B):

- *Werkpakket werkdruk & psychische belasting\**: Pakket met stappenplan, instrumenten, hulpmiddelen en voorbeelden van goede aanpak van werkdruk en psychische belasting.
- *Methodiek Werklast (softwarepakket)\**: Prismant heeft de methodiek 'Werklast' ontwikkeld. Met deze methodiek, die bestaat uit een standaardmeetlat en een softwarepakket, kunnen ziekenhuizen de personele werklast in kaart brengen.
- *Cursus*. Prismant verzorgt vanaf 2007 ook een cursus waarin men leert dienstroosters samen te stellen op basis van zorgzwaartegroepen.

#### *Lopende/ toekomstige projecten*

In 2009 starten het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het expertisecentrum Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) het project 'Tijd voor zorg'. Dit project zal zich richten op verpleegafdelingen in zowel ziekenhuizen als verpleeg- en verzorgingshuizen.

De aanleiding voor het project is het feit dat verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk slechts circa één derde deel van hun tijd besteden aan directe patiëntenzorg. De overige tijd gaat zitten in zaken als administratie, coördinatie van de zorg, patiëntenvervoer en verstoringen. Tegelijkertijd neemt de complexiteit en vraag naar zorg steeds meer toe waardoor een groeiend tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden dreigt. Tijd voor Zorg wil zowel de organisatie van zorg als het professioneel verpleegkundig en verzorgend handelen verbeteren. Het voornaamste doel van het project is om samen met de op de afdeling werkzame verpleegkundigen en verzorgenden een optimaal gebruik en afstemming van mensen en middelen te komen. Dit moet leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en een aanzienlijke toename van de directe tijd die de verpleegkundige en verzorgende aan de patiënt en familie kan besteden. In 2008 start het project op kleine schaal.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

*Algemene ziekenhuizen*: In het kader van de eindevaluatie van het Arboconvenant algemene ziekenhuizen is nagegaan in hoeverre diverse maatregelen werden toegepast in de ziekenhuizen (van Vree en Bolhuis, 2006). Uit dit onderzoek blijkt dat er tussen de nul- en eindmeting (2002-2004) een significante toename was van door instellingen uitgevoerde werkdrukpeilingen (tot 54% in 2004). Over de mate waarin instellingen oplossingen hebben geïdentificeerd en een plan van aanpak hebben opgesteld kon geen uitspraak gedaan worden vanwege te kleine aantallen gegevens.

*UMC's*: In het kader van het Arboplusconvenant zijn evaluaties uitgevoerd van de preventieprogramma's psychische belasting in de UMC's (Dekker e.a. 2007). Daaruit bleek dat alle UMC's hebben geprobeerd scholingsprogramma's te organiseren over psychische belasting. Het onderwerp bleek weinig te leven binnen UMC's. Bij leidinggevenden bestond minder behoefte om preventief aandacht, tijd en middelen te besteden aan psychische belasting. Het begrip psychische belasting sloot niet aan bij hun eigen definitie, die vooral gericht was op het omgaan met agressie en conflicten. Daarnaast werd psychische belasting ook gezien als een moeilijk onderwerp: veel leidinggevenden vonden het lastig om verzuim door psychische oorzaak te hanteren.

De producten die in het kader van psychische belasting zijn ontwikkeld, zijn bij 7% tot 36% (folder psychische belasting) van de werknemers bekend. Gemiddeld heeft minder dan 10% van de werknemers de instrumenten toegepast. Toch meent bijna

de helft van de respondenten per instrument dat deze moet worden voortgezet. Alleen de motivatiestickers worden door slechts een kwart van de werknemers gesteund voor voortzetting. Deze stickers zijn tijdens het Arboconvenant ontwikkeld in verband met het geven van aandacht aan het onderwerp bij de uitvoering van de pilots en hadden dus een beperkt doel.

### 3.3 Agressie en geweld

#### 3.3.1 Blootstelling, klachten en verzuim

Cijfers over blootstelling aan agressie en geweld die de verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen betreffen kunnen ontleend worden aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens op basis van een secundaire analyse op het bestand van 2006 staan in Tabel 3.8.

Tabel 3.8 Mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden zeggen te maken te hebben met verschillende vormen van agressie en geweld en daaraan gerelateerd verzuim of minder goed functioneren (percentage per antwoordcategorie)

Agressie en geweld	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen (n=354)
Intimidatie			
- <i>nooit</i>	47%	78%	44%
- <i>een enkele keer</i>	47%	20%	53%
- <i>vaak</i>	5%	2%	3%
- <i>zeer vaak</i>	1%	<1%	0%
Lichamelijk geweld			
- <i>nooit</i>	61%	95%	70%
- <i>een enkele keer</i>	34%	1%	28%
- <i>vaak</i>	5%	<1%	2%
- <i>zeer vaak</i>	1%	<1%	0%
Pesten			
- <i>nooit</i>	86%	92%	89%
- <i>een enkele keer</i>	13%	7%	10%
- <i>vaak</i>	1%	1%	1%
- <i>zeer vaak</i>	<1%	<1%	<1%
Vanwege agressie of geweld:			
Wel eens verzuimd	3%	2%	1%
> 4 weken verzuimd	1%	1%	<1%
Minder goed gefunctioneerd	14%	10%	10%
> 4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	1%

Bron: databestand NEA 2006

Tabel 3.8 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen ongeveer even vaak te maken hebben met intimidatie en lichamelijk geweld als hun collega's in andere branches van de zorg maar veel vaker dan werknemers uit andere beroepsgroepen. Men verzuimt nauwelijks als gevolg van agressie of geweld maar 10% geeft wel aan minder goed te functioneren; dit is ongeveer gelijk in de drie groepen.

In 2006 hebben de instellingen die op dat moment deelnamen aan het project Veiligezorg® in totaal 2.284 incidenten geregistreerd met 1.632 slachtoffers (bron: www.veiligezorg.nl). De meeste veroorzakers van incidenten zijn patiënten (41% van de gevallen). In ruim 70% van de gevallen is het slachtoffer een medewerker van het ziekenhuis. 40% van het aantal incidenten waren incidenten waarbij geweld aan de orde was, schade/diefstal maakte 30% van het aantal incidenten uit. Bij 16% van de incidenten was sprake van ordeverstoring en bij 15% van een gevaarlijke situatie.

Alhoewel het geweldsincident het meest geregistreerde incident (40%) was en blijft, is er een duidelijke afname te constateren ten opzichte van 2005 (51,8%). Schade/diefstal als incidenttype bleef nagenoeg gelijk. Gevaarlijke situaties en ordeverstoring kwamen relatief vaker voor.

Uit de resultaten van de eindmeting van het arboplusconvenant UMC's en academisch ziekenhuizen (Dekker e.a., 2007; bron was Regioplan) bleek dat meer dan de helft van de medewerkers op de spoedopvang en IC-afdeling hebben blootgestaan aan agressie en geweld. Van de medewerkers op de spoedopvang (n=83) gaf 54% aan te maken te hebben gehad met serieuze agressie tijdens het werk (in het jaar voor het onderzoek); op de IC-afdeling was dit 22%. (Stress)klachten door agressie en geweld tijdens het werk (op het moment van het onderzoek) werd op de spoedopvang door 6% en op de IC-afdeling door 2% genoemd. 13% van de medewerkers op de Spoedopvang en 7% op de IC-afdeling zeiden in jaar voor het onderzoek beperkingen te hebben gehad door agressie en geweld.

### 3.3.2 *Projecten en maatregelen agressie en geweld*

Om de problematiek van agressie en geweld terug te dringen zijn de volgende projecten en maatregelen bekend (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage C):

- Het *Project Veiligezorg\** (Dekker e.a. 2007); dit is een landelijk project met als doel de toenemende agressie in ziekenhuizen terug te dringen. Een onderdeel van dit project is bijvoorbeeld dat personeel over speciale maatregelen en instructies beschikt om rechtstreeks in contact te treden met de beveiligingsbeambten van het ziekenhuis en de regiopolitie. Dit heeft geleid tot een toename van samenhang tussen een maatregel van het ziekenhuis en een maatregel van de politie (van 62 keer in 2004 naar 137 keer in 2005 tot 193 keer in 2006).
- Uit een enquête die onlangs is gehouden onder de projectleiders Veiligezorg®, blijkt dat het gevoel van veiligheid bij ziekenhuismedewerkers is toegenomen na de start van het project. Het lijkt er dus op dat de aanpak van agressie in ziekenhuizen door Veiligezorg® effectief is.
- Het *Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR)* is een belangrijk onderdeel van het project Veiligezorg®. Wanneer in een ziekenhuis agressie voorkomt, moet dit geregistreerd worden in het ZIR. Door deze registratie krijgt het ziekenhuis goed inzicht in het soort incidenten dat voorkomt en hun gevolgen. Met dit inzicht kunnen effectievere maatregelen genomen worden om agressie te voorkomen.
- *Handboek Veiligezorg®*: gelanceerd tijdens de werkconferentie Veiligezorg® van 1 oktober 2007. Het Handboek is een praktische leidraad waarmee zorginstellingen kennis kunnen maken met het project Veiligezorg®. Het boek stelt zorginstellingen in staat om samen met het personeel en andere betrokkenen op een systematische manier te werken aan het terugdringen van agressieincidenten en de gevolgen daarvan.

- *Veiligezorg® DVD 'Spoedeisende Hulp'*: De DVD legt in begrijpelijke taal uit wat de procedures op de afdeling Spoedeisende Hulp zijn en waarom men soms langer moet wachten dan verwacht.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Uit vragenlijstonderzoek onder 400 werknemers in 69 ziekenhuizen, dat in het kader van het inspectieproject in academische en Algemene ziekenhuizen (2007a) werd uitgevoerd, bleek dat:

- 41% van de werknemers meldde dat in hun instelling het project “Veiligezorg” is ingevoerd;
- Ruim tweederde (69%) van de werknemers voorlichting/ instructie of training had gevolgd met betrekking tot vormen van ongewenst gedrag, agressie en/ geweld. Voor 36% van de medewerkers was de laatste instructie of training korter dan een jaar geleden en voor 51% was dat langer dan een jaar geleden;
- 89% aangaf te weten wat te doen in geval van vormen van ongewenst gedrag, agressie en/ of geweld;
- 83% aangaf te weten bij wie ze in de organisatie terecht kunnen voor begeleiding en hulp als ze te maken hebben gehad met vormen van ongewenst gedrag, agressie en/of geweld.

Uit de resultaten van het inspectieproject werd geconcludeerd dat ziekenhuizen vaak wel aandacht aan agressie & geweld besteedden, maar dat in bijna ieder ziekenhuis één of meerdere elementen in de aanpak (nog) ontbraken of nog niet geïmplementeerd waren. De meest geconstateerde ontbrekende elementen hadden betrekking op onvoldoende training en het niet melden/ registreren/ analyseren van incidenten. Verbetering is mogelijk in:

- goede voorlichting & onderricht;
- adequate nazorg;
- aanwezigheid van alarmsystemen en procedure;
- voorhanden hebben van een agressieprotocol.

### **3.4 Prikaccidenten**

#### *3.4.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Bij prikaccidenten bij een positieve bron is de kans op besmetting van Hepatitis B het grootst (7-30%); bij Hepatitis C is de kans op overdracht tussen de 1 en 10% en bij HIV 0,3% (Nationaal Hepatitis Centrum, 2004).

Bij het Regionaal Meldpunt Prikaccidenten Noordoost Brabant zijn tussen 2003 en 2005 465 meldingen van prikaccidenten gemiddeld per jaar gedaan. Daarvan vond 50% in ziekenhuizen en 50% daarbuiten plaats. 48% van de meldingen had betrekking op verpleging en 13% op OK personeel. Het is echter niet bekend in hoeverre dit een goede schatting is van het werkelijke aantal prikaccidenten per jaar.

In ziekenhuizen wordt gewerkt met protocollen ter preventie van allerlei infecties. Stekelenburg-van Empel (2003) heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van het protocol prikaccidenten in ziekenhuizen. Met een prikaccident wordt hierbij bedoeld een prik-/snij- of spataccident. In 1989 had 7,7% van de werknemers in ziekenhuizen te maken gehad met prikaccidenten. De auteur geeft aan dat dat vermoedelijk een sterke onderreportage is omdat men liever niet bekend maakt dat men verkeerd (niet conform het protocol) heeft gehandeld. Veel prikaccidenten worden om die reden niet gemeld.



De meest voorkomende oorzaken van prikaccidenten die Stekelenburg-van Empel (2003) noemt op basis van een internationale literatuurstudie zijn: het recappen, onveilige naaldcontainers, gedrag, de werksituatie (drukke) en het weggooiën van naalden. In Nederlandse studies scoort ook het gebrek aan kennis hoog.

Uit onderzoek van Van Wijk e.a. (2008) blijkt dat er veel verschil bestaat in de beoordeling van risico's bij prikaccidenten door verschillende soorten deskundigen (n=158). Bedrijfsartsen en medisch microbiologen bleken een grondiger aanpak te hebben (met name wat betreft de profylactische behandeling) van hepatitis B virus en HIV/AIDS specialisten waren grondiger in hun aanpak van Hepatitis C virus. De auteurs concludeerden dat de risicobeoordeling en daarmee hangende kosten voor medische tests en preventieve maatregelen afhangt van de medische achtergrond van de behandelaar. Om te zorgen voor een uniforme procedure zou de risicobeoordeling en behandeling daarom uitgevoerd moeten worden door een beperkte groep goed getrainde professionals.

In een onderzoek van Kidgell-Koppelaar e.a. (2004) werd via telefonische enquête bij 92 patiënten nagegaan in welke mate verstrekte adviezen voor nazorg bij prikaccidenten worden nageleefd en wat de knelpunten zijn. De meeste prikaccidenten (87%) waarbij een advies voor nazorg werd geïndiceerd vonden plaats buiten het ziekenhuis. In 81 gevallen werd hepatitis-B vaccinatie aanbevolen. Dit advies werd 33 (41%) keer opgevolgd. De belangrijkste redenen die genoemd werden om niet te starten met vaccinatie waren het niet vergoeden van de kosten door werkgevers (11 keer, 33.3%) en het vergeten van het advies (9 keer, 27%). De auteurs stelden dat in navolging van de richtlijnen in andere landen, de implementatie van hepatitis-B-vaccinatie als postexpositie profylaxe een bijdrage zou kunnen leveren aan het verhogen van de kwaliteit van nazorg bij prikaccidenten.

#### 3.4.2 *Projecten en maatregelen prikaccidenten*

Om het risico op en de gevolgen van prikaccidenten te verminderen zijn de volgende maatregelen en instrumenten beschikbaar (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage C):

- *Landelijke richtlijn prikaccidenten\**: deze is in mei 2007 door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM; Centrum Infectieziektebestrijding) opgesteld voor beleidsmakers in alle zorgsectoren waarbij dit risico zich kan voordoen.
- *Protocol prikaccidenten*: Medewerkers in de zorg dienen vanwege de risico's op besmetting conform hygiënische en algemeen preventieve protocollen te werken. Iedere leidinggevende moet bijvoorbeeld beschikken over een protocol dat de afhandeling van Hepatitis-B-, Hepatitis-C- en HIV-besmetting beschrijft. Alle medewerkers hebben recht op inzage in dit protocol.
- *Prikpunt: Landelijk meldpunt voor prikaccidenten*: KeurCompany (onderdeel van ArboNed) biedt met 'PrikPunt' een (telefonisch) meld- en adviespunt voor prikaccidenten waarvan iedereen gebruik kan maken. Het meld- en adviespunt met landelijke dekking van KeurCompany is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar. Deskundigen bepalen aan de hand van een protocol hoeveel risico de medewerker op besmetting met een ernstige ziekte loopt. Als behandeling nodig is wordt de medewerker met een behandeladvies naar de spoedeisende hulp doorgestuurd. PrikPunt is een samenwerking met het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch.
- *Website en infolijn van het Nationaal Hepatitis Centrum*: Op de website staan de laatste ontwikkelingen rondom hepatitis voor de beroepsgroep. Tevens dient deze website als een databank van nuttige informatie. Er is een Infolijn

waar men vragen over hepatitis beantwoordt. Antwoorden op veel gestelde vragen staan op de website vermeld. Daarnaast zijn brochures en richtlijnen van het Nationaal Hepatitis Centrum te bestellen of downloaden via de website:

- Leidraad prikaccidenten;
  - Cd-rom “Preventiehandleiding verpleeg- en verzorgingshuizen”;
  - Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E);
  - Leidraad hepatitis B vaccinatie;
  - Veldnorm hepatitis B vaccinatie;
  - Een folder over prikaccidenten;
  - Een voorbeeldbrief voor de bedrijfsarts;
  - Toestemmingsformulier en aanvraag labbepalingen.
- *Het Platform Prikaccidenten:* Het platform Prikaccidenten is een breed initiatief van Nederlandse beroepsverenigingen in de gezondheidszorg in samenwerking met de producenten en leveranciers van medische middelen. Doelen van het platform prikaccidenten zijn om de bewustwording over de risico's van prikaccidenten te vergroten en kennis te verspreiden over de preventie. Daartoe voeren ze de volgende activiteiten uit:
    - Het ondersteunen en uitvoeren van verbetertrajecten;
    - Het ontwikkelen en promoten van best practices & procedures;
    - Het participeren en communiceren in bestaande veiligheidsplatforms;
    - Daar waar mogelijk met de reeds bestaande elementen om de veiligheid te bevorderen (wetgeving, kennis, technologie, organisatie en deskundigheid) concrete veiligheidsverbetering van medewerkers te realiseren.

In UMC's waren prikaccidenten niet opgenomen in de Arboconvenanten omdat er al voorzieningen waren getroffen op dit terrein. Alle UMC's hebben een eigen intensieve (24 uren) opvang van prikaccidenten met veel aandacht voor HIV en hepatitis C, naast de aandacht voor hepatitis B. Daarbij wordt altijd samengewerkt door bedrijfsartsen met specialisten op het gebied van infectieziekten. Ook de vaccinatie van medewerkers is in de UMC's goed geregeld.

De vaccinatiëgraad in ziekenhuizen lag in 2005 op 92% en daarbuiten op 70%.

#### *Lopende / toekomstige projecten*

De volgende maatregelen en projecten zijn gaande of gepland voor de toekomst:

- Onderzoek naar veiligheidsmaterialen voor onder meer prikaccidenten door het Ministerie van VWS, de beroepsvereniging V&VN en het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC). Zo wordt onder andere nagegaan wat er op de markt is voor welke doelen en doelgroepen en naar de kosten en baten (daling van accidenten) van de materialen.
- Het AMC (Academisch Medisch Centrum) voert een onderzoek uit naar veilig werken binnen het AMC, waaronder prikaccidenten.
- Voor de toekomst wordt gedacht over invoering van registratiesystemen. Doel is om te kijken hoe vaak prikaccidenten voorkomen, hulp bieden aan zorginstellingen na prikaccidenten, registratiesystemen opzetten/ invoeren en dergelijke. Of en hoe dit zal gebeuren hangt af van onderzoek van het RIVM en SZW. Het NHC zal daar wellicht een belangrijke rol in spelen.

### 3.5 Cytostatica

#### 3.5.1 *Blootstelling aan cytostatica*

In de richtlijn Cytostatica (2004) zijn de mogelijke effecten van blootstelling aan cytostatica beschreven. Dit zijn celgroeiremmende en celdodende effecten. Een acute bijwerking is een irriterend of bijtend effect. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij extravasatie, waarbij het cytostaticum in een hoge concentratie in direct contact komt met weefsel. De effecten op langere termijn zijn onder te verdelen in mutagene effecten (verandering van erfelijk materiaal), reprotoxische effecten (risico voor voortplanting en nageslacht) en carcinogene (kankerverwekkende) effecten.

Er zijn nauwelijks gegevens gevonden over het gezondheidsrisico van werken met cytostatica in ziekenhuizen. Beschikbare meetgegevens (bijvoorbeeld bij Exposure Control) betreffen vooral gegevens van omgevingsbesmetting en uitslagen van urinemonsters. Deze zeggen echter niets over besmetting van personen en van urinemonsters is niet duidelijk wat het daaraan gerelateerde gezondheidsrisico is.

Het onderzoeksrapport 'Reproductietoxische effecten bij ziekenhuispersoneel', dat in 1999 aan de Tweede Kamer is aangeboden, gaf een weergave van een verhoogd risico op diverse negatieve effecten met betrekking tot vruchtbaarheid en nageslacht bij OK-verpleegkundigen en oncologieverpleegkundigen. Op basis daarvan zijn twee vervolgonderzoeken uitgevoerd om de stand der techniek met betrekking tot beheersmaatregelen, op het gebied van cytostatica en narcosegasen, vast te stellen (Fransman, 2006). Bij zwangere verpleegkundigen in een ziekenhuis bleek er een verhoogd risico op een verlengde tijd tot zwangerschap (gemiddeld één maand langer) te zijn bij verpleegkundigen met relatief hoge blootstelling aan cytostatica vergeleken met niet-blootgestelde controle verpleegkundigen. Ook zijn positieve verbanden gevonden tussen blootstelling aan cytostatica en vroeggeboorte. Spontane abortus, doodgeboorte, het geslacht van nakomelingen en aangeboren afwijkingen bleken niet gerelateerd te zijn aan de huidige niveaus van beroepsmatige blootstelling aan cytostatica.

Fransman onderzocht of verpleegkundigen, die werken met een patiënt die recent is behandeld met cytostatica, via de huid wordt blootgesteld. Tijdens alle beoordeelde taken (bereiden, overgieten urine, wassen patiënt, beddengoed afhalen en schoonmaak sanitair) bleken er bronnen van blootstelling aanwezig te zijn. De hoogste besmetting op de huid is gemeten tijdens het overgieten van urine, gevolgd door het wassen van patiënten en het afhalen van het beddengoed door verpleegkundigen. Het is daarom verstandig handschoenen te gebruiken tijdens het overgieten van urine, het wassen van de patiënt en het afhalen van het beddengoed. Omdat grenswaarden ontbreken, is het niet mogelijk de gevonden huidblootstellingniveaus te vertalen naar de mate van gezondheidsschade. Wel blijkt huidblootstelling een belangrijkere route van blootstelling te zijn dan bijvoorbeeld inademing. Deze uitkomsten zijn vertaald in de toetsingscriteria.

Om het effect te bepalen van de invoering van richtlijnen en wetgeving is de blootstelling van verpleegkundigen aan cyclofosfamide via urine-analyse, oppervlaktebesmetting en handschoenen (gebruikt tijdens bereiding of het overgieten van patientenurine) onderzocht (Fransman, 2006). Uit de resultaten bleek dat tussen 1997 en 2002:

- Het aantal urinemonsters met detecteerbare hoeveelheden cyclofosfamide vier keer zo klein was geworden;

- De gemiddelde cyclofosfamideconcentraties in de positieve urinemonsters drie keer zo klein was geworden;
- de oppervlakte- en de handschoenbesmetting was afgenomen.

Dit onderzoek toonde aan dat oncologie verpleegkundigen in Nederland nog steeds aan cyclofosfamide worden blootgesteld, maar dat hun blootstelling aanzienlijk was verminderd tussen 1997 en 2000/2002.

Conclusies uit dit onderzoek waren dat het risico van een oncologie verpleegkundige met een gemiddelde blootstelling aan cyclofosfamide onder het streefrisico van één extra kankergeval per 10 miljoen per jaar is, maar dat dit risico in het slechtste geval kan worden overschreden.

Uit het inspectieproject cytostatica en narcosegassen van de Arbeidsinspectie (2003) bleek dat bij bijna driekwart van de algemene en academische ziekenhuizen er door de werknemers niet gewerkt wordt met cytostatica (voorbereiding/ toediening). Bij een kwart van de instellingen wordt er door sommige werknemers gewerkt met cytostatica. Bij grotere instellingen ligt dit percentage hoger. Bij bijna de helft van de instellingen werken (sommige) werknemers met cliënten die cytostatica toegediend hebben gekregen.

### 3.5.2 *Projecten en maatregelen cytostatica*

Op 1 juni 2001 is een arbobeleidsregel van kracht zijn geworden met betrekking tot blootstelling aan cytostatica, nl. beleidsregel 4.18-5 (Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan cytostatica in ziekenhuizen).

Een overzicht van maatregelen die in het kader van de verschillende Arboconvenanten in de ziekenhuisbranches door sociale partners zijn afgesproken staat in Tabel 3.9.

Tabel 3.9 Overzicht van maatregelen en instrumenten ter vermindering van het risico bij gebruik van cytostatica in het kader van de Arboconvenanten algemene ziekenhuizen en academisch ziekenhuizen

Ziekenhuizen (uit actieplan, 2003)	Academisch ziekenhuizen (Van der Star, 2004)
- Toetsingscriteria narcosegassen en cytostatica	- Veilig werken met cytostatica (toetsingscriteria 1 resp. 2 + E-learning)
- Kennisplatform	- Cyto wipe Kit
- werkpakket	- Poster E-learning

De volgende maatregelen c.q. instrumenten zijn beschikbaar (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage C):

- *Richtlijn Cytostatica\**, beschreven in het *Werkboek Cytostatica*: richtlijnen van de Vereniging van Integrale Kankercentra; deze waren al beschikbaar bij de UMC's vòòr het afsluiten van het Arboconvenant.
- *Databank gevaarlijke stoffen\**; voor het beschrijven van gevaarlijke stoffen op Werkplekinstructiekaarten en de Veiligheidsinformatiebladen.
- *Toetsingscriteria*: in het kader van het Arboconvenant academisch ziekenhuizen zijn toetsingscriteria opgesteld voor cytostatica en inhalatieanesthetica. De toetsingscriteria zijn behalve door de Universitair Medische Centra ook door de algemene ziekenhuizen als bruikbaar geaccepteerd.
- *E-learningprogramma*: dit programma is door de UMC's ontwikkeld voor cytostatica. Dit programma stelt medewerkers in staat - op een voor hen geschikt

moment - zich bij te scholen in het veilig werken met cytostatica. Het programma is via Intranet beschikbaar.

Daarnaast is er voorlichtingsmateriaal beschikbaar zoals een vraag- en antwoordklapper zorgeditie, een Borstzakkaartje, posters en affiches, T-shirts in het kader van de Europese week en een folder Hepatitis B vaccinatie voor medewerkers in de gezondheidszorg.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

In 2002 heeft de Arbeidsinspectie in het kader van het project cytostatica en narcosegassen geïnspecteerd in 30 van de 108 algemene en academische ziekenhuizen (Arbeidsinspectie, 2003). Daarbij is onder andere nagegaan in welke mate de beleidsregels met betrekking tot cytostatica werden nageleefd. De resultaten staan in Tabel 3.10. De mate waarin maatregelen zijn ingevoerd blijkt sterk te variëren. Opvallend laag zijn: de beschikbaarheid van een protocol voor het schoonmaken van ruimtes waar met cytostatica wordt gewerkt (15%) en het gebruik van handschoenen bij verschonen van beddengoed en wassen van patiënten (25%).

Tabel 3.10 Naleving van de arbobeleidsregels cytostatica in algemene en academische ziekenhuizen (overgenomen uit Arbeidsinspectie, 2003)

<b>Maatregelen</b>	<b>Percentage ziekenhuizen dat maatregel naleeft**</b>
<b>Beschikbaarheid protocollen en procedures</b>	
- Protocol voor schoonmaak van ruimtes waar met cytostatica wordt gewerkt	15%
- Procedure voor het handelen bij calamiteiten bij incidenten met cytostatica	40%
<b>Handelingen om verspreiding / besmetting tegen te gaan bij de bereiding van cytostatica</b>	
- Reinigen van de primaire verpakking van cytostatica	40%
- Reinigen van infuussystemen	40%
- Handschoenen bij de bereiding van cytostatica	100%
- Overschort bij de bereiding van cytostatica	100%
<b>Dragen van Persoonlijke Beschermingsmiddelen bij toediening van cytostatica, verpleging en verzorging van patiënten die met cytostatica worden behandeld</b>	
- Handschoenen bij het verschonen van beddengoed en het wassen van patiënten	25%
- Overschort bij de toediening van cytostatica	40%
- Handschoenen bij de toediening van cytostatica	60%
<b>Voorzieningen en installaties</b>	
- SZA (Specifiek Ziekenhuis Afval) afvalbakken (met voetpedaal) voor afvoer van mogelijk met cytostatica besmet afval	40%
- Afvoer beddengoed in gesloten systeem	75%
- Veiligheidswerkbank bij de bereiding van cytostatica	100%
- Bedpanspoeler met mechanisch omkeermechanisme	*

\* Geen volledige gegevens beschikbaar

\*\* Of een situatie die tijdens de inspectie aantoonbaar gelijkwaardig bleek aan de beleidsregel

Daarnaast is specifiek gekeken naar de naleving in ziekenhuizen waar werknemers daadwerkelijk werken met cytostatica of werken met cliënten die cytostatica toege-

diend hebben gekregen. Daarvan geeft 91% aan dat de meeste (59%) of sommige (32%) werknemers die met cytostatica werken bekend zijn met de risico's ervan. Bij bijna driekwart van die ziekenhuizen zijn werknemers bekend met de protocollen met betrekking tot cytostatica. In 7% van de ziekenhuizen waren ze er niet mee bekend. 21% van de ziekenhuizen kende geen protocollen.

Voor de Arbeidsinspectie leiden de resultaten tot de volgende conclusies:

- Bijna 50% van de inspectieonderwerpen bleek niet in overeenstemming met (of gelijkwaardig aan) hetgeen in de beleidsregels is vastgelegd;
- De branche is goed op de hoogte van het bestaan en de inhoud van de beleidsregels; ziekenhuizen werken actief aan verbeteringen rond cytostatica;
- In de geïnspecteerde ziekenhuizen zijn geen misstanden geconstateerd op het gebied van cytostatica met ernstig gevaar voor medewerkers;
- Bijzondere aandacht is nodig voor de bescherming van medewerkers die niet direct met het behandelproces van patiënten te maken hebben, maar die wel in contact kunnen komen met voorwerpen die besmet zijn met cytostatica, zoals schoonmaakpersoneel, wasserij-personeel en personeel van andere ondersteunende diensten. De RI&E dient de risico's voor deze medewerkers te omvatten, evenals de maatregelen die genomen dienen te worden.

Uit het promotieonderzoek van Fransman (2006) bleek dat handschoenen in 2000 minder vaak werden gebruikt dan in 1997. In 2000 werden meer gesloten infuus systemen gebruikt dan in 1997 in outpatiënt clinics en oncologie afdelingen. De gemiddelde cyclophosamide concentratie was ongeveer gelijk, de frequentie van gebruik was lager in 2000 dan in 1997. Daardoor was ook het aantal verpleegkundigen dat ermee had gewerkt afgenomen.

In het kader van de eindevaluatie van het Arboconvenant algemene ziekenhuizen is nagegaan in hoeverre diverse maatregelen werden toegepast in de ziekenhuizen (van Vree en Bolhuis, 2006). Uit dit onderzoek blijkt dat er tussen de nul- en eindmeting (2002-2004) zeer geringe niet significante veranderingen waren in het ontwikkelen van specifiek beleid ten aanzien van centrale registratiesysteem gevaarlijke stoffen (59% in 2002 en 54% in 2004) en ook in het gebruik van latexvrije/arm handschoenen (85% in 2002 en 89% in 2004). De mate waarin met de cytostatica-bron kon isoleren was niet goed meetbaar.

Bij de eindevaluatie van het arboplusconvenant in UMC's (Dekker e.a. 2007) werd geconcludeerd dat door de invoering van nieuwe richtlijnen en wetgeving voor het veilig werken met cytostatica, het gebruik van meer gesloten bereidings- en infuus-systemen en de daaruit voortvloeiende toenemende bewustwording van verpleegkundigen die met cytostatica werken, de taakgerichte blootstelling aan cytostatica aanzienlijk is gedaald. Desalniettemin is door een toenemend aantal chemotherapie behandelingen en door de centralisatie van chemotherapie naar gespecialiseerde afdelingen in ziekenhuizen, het gemiddelde wekelijkse blootstellingsniveau van een oncologie verpleegkundige niet noemenswaardig veranderd in tijd, hoewel extreem lage en hoge blootstellingen nu minder frequent voorkomen. Het identificeren van de patiënt als bron van verontreiniging en blootstelling maakt het erg gecompliceerd om blootstelling aan cytostatica van verpleegkundigen verder te reduceren.

In het inspectieproject algemene en academisch ziekenhuizen (2007) is op 170 afdelingen geïnspecteerd op het omgaan met cytostatica, waarvan op 117 handhavend opgetreden moest worden. Vooral op de afdelingen Oncologie en Urologie kwamen overtredingen voor, met betrekking tot:

- het niet hebben uitgevoerd van een risico inventarisatie;

- het niet goed weten hoe te handelen bij calamiteiten;
- het niet gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen (overschort, handschoenen);
- het niet benutten van sja-afvalbakken;
- het niet goed omgaan met de po-spoeler.

Ook werd geconstateerd dat er meer aandacht nodig was voor de wijze waarop schoonmakers om dienen te gaan met materiaal en/of wasgoed dat met een cyto-staticum is besmet.

Wel bleek dat de benodigde informatie in ruime mate voorhanden is op het intranet van de ziekenhuizen in de vorm van uitgebreide, voor iedereen toegankelijke, instructies. Verpleegkundigen maakten daarvan echter nog te weinig gebruik.

### 3.6 Conclusies

#### *Algemene conclusies*

Er is nauwelijks informatie beschikbaar over de arbeidsrisico's van afzonderlijke beroepsgroepen. Maatregelen zijn over het algemeen niet gericht op specifieke beroepsgroepen, maar op alle verpleegkundigen en verzorgenden binnen de ziekenhuizen. Wel is er onderscheid tussen de algemene ziekenhuizen en de UMC's in arbeidsrisico's en maatregelen.

#### *Fysieke belasting*

Zowel de (grotendeels zelfgerapporteerde) fysieke belasting als het aantal klachten van het bewegingsapparaat van verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen is hoog (ook hoger dan in andere zorgsectoren). Wel worden er al veel maatregelen genomen en zijn er allerlei instrumenten en hulpmiddelen beschikbaar om deze belasting in kaart te brengen en verminderen, zoals het Werkpakket Beter, een checklist meubilair en hulpmiddelen en voorlichtingsmateriaal. Ook zijn er goede praktijken beschreven en verspreid. De beschikbare hulpmiddelen worden echter nog niet in voldoende mate gebruikt. Het is van belang om na te gaan wat daarvan de reden is. Een van de redenen kan zijn dat de hoge werkdruk ervoor zorgt dat men niet altijd tijd heeft om hulpmiddelen in te zetten. Daarnaast vormt de beschikbare ruimte wellicht een probleem. Voor het verminderen van de fysieke belasting van operatieassistenten zijn wel al oplossingen bedacht, zoals het gebruik van stasteunen, maar deze zijn niet geïmplementeerd.

#### *Werkdruk*

De werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen is hoger dan in een referentiegroep vanuit andere beroepsgroepen en ongeveer even hoog als in andere zorgsectoren. Met name de tijdsdruk vindt men belastend. Er zijn wel instrumenten beschikbaar voor aanpak van de psychosociale arbeidsbelasting door het management en instrumenten voor werknemers. Echter, beide groepen maken weinig gebruik van de instrumenten. Aanpak van werkdruk lijkt niet te leven bij het ziekenhuismanagement.

#### *Agressie en geweld*

Verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen hebben ongeveer even vaak te maken met intimidatie en lichamelijk geweld als hun collega's in andere branches van de zorg maar veel vaker dan werknemers uit andere beroepsgroepen. Dit leidt niet tot verzuim maar wel eens tot minder goed functioneren.

Met het project Veiligezorg zijn diverse instrumenten waaronder een registratiesysteem beschikbaar gekomen. Daarmee kunnen ontwikkelingen worden gemonitord en maatregelen worden afgestemd op de aard van de incidenten. Ruim 40% van de ziekenhuizen heeft dit project al ingevoerd. Voor de toekomst lijkt vooral verdere invoering van beschikbare maatregelen van belang, vooral wat betreft melding van incidenten en training van de medewerkers, aanwezigheid alarmsystemen en – procedure en voorhanden hebben van een agressieprotocol.

#### *Prikaccidenten*

Er zijn geen representatieve gegevens over het vóórkomen van prikaccidenten in ziekenhuizen. Er is veel voorlichtingsmateriaal en er zijn voldoende instrumenten bekend bij de arboprofessionals in ziekenhuizen om de risico's in kaart te brengen. Ook zijn er veel oplossingen beschikbaar en is de vaccinatiegraad in ziekenhuizen hoog. Er is nog veel verbetering mogelijk in veiligheidsmaterialen. In vergelijking met andere landen zoals Engeland loopt het gebruik (en eventueel verplichting) van de nieuwste veiligheidsmaterialen achter. Er zijn landen waar het gebruik van de nieuwste veiligheidsmaterialen verplicht is. Daarom voeren het Ministerie van VWS, V&VN en het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC) onderzoek uit naar beschikbaarheid en kosten-effectiviteit van veiligheidsmaterialen voor onder meer prikaccidenten. Daarnaast wordt door dezelfde organisaties nagedacht over invoering van een landelijk registratiesysteem.

#### *Cytostatica*

Er zijn geen representatieve gegevens bekend over het gezondheidsrisico van werken met cytostatica in ziekenhuizen. Er zijn veel maatregelen genomen, en bekend via intranet van de ziekenhuizen, om het risico op blootstelling aan cytostatica te minimaliseren. In de UMC's is gebleken dat de taakgerichte blootstelling aan cytostatica aanzienlijk is gedaald door de invoering van nieuwe richtlijnen en wetgeving voor het veilig werken met cytostatica, het gebruik van meer gesloten bereidings- en infuussystemen en de daaruit voortvloeiende toenemende bewustwording van verpleegkundigen die met cytostatica werken. Echter, doordat het aantal chemotherapie behandelingen toeneemt en zich verplaatst naar gespecialiseerde afdelingen, is het gemiddelde blootstellingsniveau van een oncologie verpleegkundige nauwelijks veranderd. Het is van belang om de toepassing van beschikbare protocollen en beschermingsmiddelen (overschort, handschoenen), met name op de Oncologie en Urologie afdelingen, verder te stimuleren.



## 4 Ambulancepersoneel

Er zijn ongeveer 650 ambulances in Nederland op 195 standplaatsen. Er zijn 3300 mensen werkzaam in de ambulancezorg, waarvan 1400 verpleegkundigen, 1240 chauffeurs, 330 centralisten en 330 overig personeel (bron: [www.ambulancezorg-nederland.nl](http://www.ambulancezorg-nederland.nl)). In april 2004 hebben de sociale partners binnen de ambulancezorg een Arboconvenant afgesloten inzake psychische en fysieke belasting en terugdringing van ziekteverzuim (Berkel e.a. 2007). Dit Arboconvenant had een looptijd van 2004 tot en met 2007.

Medio 2008 zal er een arbocatalogus beschikbaar zijn waarin de thans beschikbare maatregelen en instrumenten opgenomen zijn.

In augustus 2008 zal de Arbeidsinspectie een inspectieproject gaan uitvoeren in de ambulancezorg.

### 4.1 Fysieke belasting

#### 4.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Eén van de doelstellingen van het Arboconvenant was het verminderen van de blootstelling van medewerkers aan fysieke belasting verband houdende met tillen, duwen en trekken. De resultaten van de nul- en eindmeting van de fysieke belasting staan in tabel 4.1. Uit deze resultaten blijkt dat voor bijna alle gemeten factoren de belasting is afgenomen in de convenantsperiode (Vijfvinkel en van Vree, 2007). Echter, het percentage medewerkers dat de zwaarte van het werk aangeeft als mede-oorzaak van ziekteverzuim is toegenomen van 65% in 2004 naar 67% in 2007. Uit de cijfers, bijvoorbeeld 91% tilt regelmatig/vaak meer dan 25 kg, blijkt dat ambulancemedewerkers nog steeds fysiek zwaar werk hebben.

Tabel 4.1 Percentage ambulancemedewerkers dat regelmatig/vaak te maken heeft met verschillende vormen van fysieke belasting<sup>1</sup>

Type belasting	2004 (n=2420)	2007 (n=1562)
Tillen en dragen > 25 kg	88%	91%
Tillen in ongemakkelijke houding	86%	84%*
Tillen met last ver van lichaam	64%	59%
Tillen met gedraaid bovenlichaam	67%	63%
Tillen met last boven borsthoogte	43%	39%
Tillen met 1 hand	41%	39%*
Tillen slechte grip	65%	60%
Buigen of draaien met bovenlichaam	91%	88%
Buigen of draaien met polsen/handen	89%	86%
Werken met bovenlichaam in voorovergebogen of gedraaide houding	52%	47%
Werken in ongemakkelijke houdingen	71%	67%
Ver reiken met armen of handen	46%	41%
Armen geheven houden	30%	26%
Werken in dezelfde houding (langdurig)	45%	39%
Staan (langdurig)	34%	27%
Zitten (langdurig)	70%	65%
Knielen/hurken (langdurig)	60%	57%*
Werk is lichamelijk te zwaar (patiënten tillen, lang staan, sjouwen etc.)	65%	67%

<sup>1</sup>overgenomen uit: Vijfvinkel en van Vree (2007); n=1562 (eindmeting Arboconvenant)

\*verschil is niet statistisch significant

Bij de nulmeting gaf 25% van de ambulancemedewerkers aan regelmatig nek- en schouderklachten te hebben en 41% had regelmatig rugklachten. Niet bekend is of deze percentages zijn veranderd in de convenantsperiode.

Tabel 4.2 Percentage werknemers in de ambulancezorg dat aangeeft in 12 maanden voor het onderzoek *klachten aan het bewegingsapparaat* te hebben gehad<sup>1</sup>

	Percentage ambulance medewerkers met klachten
Lage rugklachten laatste 12 maanden	41%
Nek/schouderklachten laatste 12 maanden	25%

<sup>1</sup>Vijfvinkel en van Vree (2007); n=1562 (eindmeting Arboconvenant)

Het ziekteverzuimpercentage binnen de ambulancezorg was 5,1% in 2006 (Vijfvinkel en van Vree, 2007). In 2006 werd 37% van het verzuim veroorzaakt door klachten aan het bewegingsapparaat, nl. 18% van de verzuimgevallen door rugklachten, 10% door klachten van nek, schouders, armen en polsen/handen en 9% door klachten aan heup, benen, knieën of voeten. Buiten griep/verkoudheid (45%) hadden bewegingsapparaatklachten verreweg het grootste aandeel in het ziekteverzuim.

#### 4.1.2 *Maatregelen fysieke belasting*

De volgende maatregelen zijn in de convenantsperiode geïmplementeerd (Vijfvinkel en van Vree, 2007) (van de met een \* gemarkeerde instrumenten is een korte beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *Praktijkrichtlijnen fysieke belasting\**. Ontwikkelen van functionele praktijkrichtlijnen, waarmee voor iedereen duidelijk wordt wat wel en niet te beschouwen is als een veilige handeling.
- *Red-je-rugboekje\**. De medewerkers in de ambulancezorg zijn middels dit boekje geïnformeerd over het meetinstrument en de praktijkrichtlijnen voor fysieke belasting.
- *NEN-normering*. Invoering NEN-normering met betrekking tot de inrichting van de ambulance en de beschikbare hulpmiddelen als brancards, stretchers, spoedkoffers e.d. Deze vormen een bron van (fysieke) klachten bij alle ambulancediensten. Daarom zijn afspraken gemaakt over afstemming tussen NEN-normering en arbowetgeving.
- *Aanstellingskeuringen*. Het maken van sectorbrede afspraken over de aanstellingskeuring en verwerking daarvan in instructie voor keuringsartsen (komt overeen met sectorbreed implementeren van Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor, PAM).
- *Model tilprotocol*: model voor het vastleggen van een veilige werkwijze bij tillen.
- *De training en aanstelling van ergocoaches*.

Daarnaast heeft ambulancezorg Nederland sportinstructies ontwikkeld die regionaal worden gegeven.

### *Mate van toepassing van maatregelen*

Over de mate van toepassing van maatregelen is alleen het volgende bekend:

- Het *Red-je-rugboekje* was bij de eindmeting bekend bij 58% van de medewerkers en 42% had hem ook gelezen.
- Op één Regionale Ambulance Voorziening (RAV) na zijn overal ergocoaches aanwezig. Bovendien zorgt het grote aantal opgeleide ergocoaches (125) ervoor dat de meeste RAV's over meerdere ergocoaches beschikken.

De volgende maatregelen waren wel voorgenomen maar bij de eindmeting nog niet geïmplementeerd. Hieraan zal in de toekomst dus nog aandacht besteed moeten worden:

- *Een sector-programma van eisen voor ergonomische aanpassingen* aan de ambulance en daarbij behorende hulpmiddelen is ontwikkeld maar pogingen om een lichtere brancard te laten ontwikkelen hebben niet tot het gewenste resultaat geleid; momenteel bieden alle fabrikanten een brancard aan die zwaarder is dan de vorige; ten tijde van deze rapportage wordt overigens wel een 'ambulance nieuwe stijl' experimenteel gebruikt. Deze ambulance biedt meer ruimte, comfort en veiligheid.
- *Voorlichting en instructies*: geven van instructie en (up-to-date) voorlichting aan nieuwe medewerkers en regelmatige herhaling bij alle medewerkers en het ontwikkelen van maatregelen voor het houden van toezicht op naleving van instructies; de ergocoaches zouden hierin een rol moeten vervullen.
- *Vergroten van gezondheid en belastbaarheid* van medewerkers door gerichte training en scholing (regionale projecten hierover zijn gaande; buiten het Arboconvenant zijn instructievideo's ontwikkeld) en door het stimuleren van deelname aan fitness trainingen in bedrijfsverband of met kortingsregeling.

## **4.2 Werkdruk**

### *4.2.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Uit de nul- en eindmeting van Vijfvinkel en van Vree (2007; n=326) zijn gegevens beschikbaar over werkdruk binnen de ambulancezorg. Van de ambulancemedewerkers gaf in 2007 6% aan te maken te hebben met werkdruk en 15% met werkstress. Voor emotionele belasting was dat 37%. De risicogroepen bleken kleiner te zijn geworden in de convenantsperiode. Werkdruk en emotionele zwaarte van het werk werden door resp. 21% en 10% als mede-oorzaak aangewezen voor ziekteverzuim; 12% noemde problemen met de leiding als mede-oorzaak.

Van de klachten waarmee ambulancemedewerkers zich ziek meldden was 5% psychische klachten, overspannen, burnout en 1% conflict op het werk.

Uit het onderzoek van van der Ploeg (2003) onder 189 ambulancemedewerkers (waarvan 58% verpleegkundige) bleek dat 66% van de ambulancemedewerkers (in het jaar voorafgaand aan het onderzoek) een of meer schokkende of ingrijpende gebeurtenissen op het werk heeft meegemaakt. Dit zorgt voor een grote psychische belasting van de medewerkers.

Daarnaast rapporteerde men gebrek aan taak autonomie en slechte communicatie. Ernstige vermoeidheid en risico op burnout werd gevonden bij 10% en 7% van de werknemers.

#### 4.2.2 *Maatregelen werkdruk*

Uit de eindevaluatie van het Arboconvenant (Vijfvinkel en van Vree, 2007) werd geconcludeerd dat maatregelen rond het verminderen van psychische belasting pas later in de convenantsperiode aandacht hebben gekregen en niet allemaal zijn uitgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om het opzetten van een opleiding voor het management en de ontwikkeling van een protocol traumaopvang en –verwerking. Een deel van de genomen maatregelen en afspraken zijn verankerd in de vereisten voor de HKZcertificering. Het gevoerde beleid zou na 2007 gecontinueerd worden in de vorm van onder andere de invoering van de ontwikkelde aanstellings- en gezondheidskeuring (Periodiek Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM)) en de ontwikkeling van de arbocatalogus.

Maatregelen die zijn genomen voor aanpak van de psychische belasting zijn (van de met een \* gemarkeerde instrumenten is een korte beschrijving opgenomen in bijlage B):

- *Werkpakket voor het aanpakken van psychische belasting\**. Checklists en gespreksmodellen om klachten en oorzaken van psychische belasting in kaart te brengen en oplossingsrichtingen te bepalen.
- *Het 'sta-even-stil-bij-stress' boekje\**: dit boekje biedt informatie over het tijdig signaleren en aanpakken van psychische overbelasting in de ambulancezorg; met een checklist van signalen van psychische overbelasting en tips over wat men moet doen als er sprake is van psychische overbelasting;
- *Training en opleiding van het management*.

In de instrumenten is ondermeer aandacht besteed aan:

- Voorkomen van overschrijdingen van arbeidstijden en voorschriften in de arbeidstijdenwet;
- Aandacht voor werkdruk en andere psychische belasting in regulier werkoverleg;
- Psychische belasting opnemen in de nieuwe RI&E;
- Traumaverwerking opnemen in de sectorspecifieke keuring;
- Structurele aandacht in opleidingen en bijscholingstrajecten voor traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking;
- Realiseren dat alle medewerkers terecht kunnen bij een bedrijfsopvang team (BOT), in te stellen met subsidie vanuit de branchevereniging.

Onderwerpen die zijn blijven liggen zijn:

- Duidelijke afspraken maken over werkzaamheden en normen ten aanzien van werktijden, fysieke belasting, agressie; ontwikkeling van een instrument om de normen te handhaven;
- Training en opleiding voor het management;
- Ontwikkeling protocol traumaopvang en –verwerking en stimuleren gebruik door ambulancediensten; informeren medewerkers over het protocol.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Bij de eindmeting van het Arboconvenant (Vijfvinkel en van Vree, 2007) was het werkpakket voor het aanpakken van psychische belasting bekend bij 12% van de doelgroep en daarvan had 12% hem niet gelezen.

Het sta-even-stil-bij-stress-boekje was in 2007 bekend bij 65% van de medewerkers (Vijfvinkel en van Vree, 2007); de helft van de medewerkers had hem ook werkelijk gelezen. Van de medewerkers die hem had gelezen zei 70% dat hij tot meer kennis over het onderwerp heeft geleid.

In 2005 heeft de Arbeidsinspectie een inspectieproject uitgevoerd onder hulpverleners bij ongevallen, waaronder 13 ambulances (dus niet representatief voor de ambulancezorg). Geconcludeerd werd dat het ambulancepersoneel goed omgaat met de risico's van het vak. Op de vraag hoe opvang na schokkende gebeurtenissen geregeld is gaf 90% van de respondenten aan dat er een vorm van bedrijfsopvang was geregeld. Deze opvang was in de meeste gevallen (92%) geregeld door collega's (bedrijfsopvangteam; BOT), maar ook vaak door een evaluatiebijeenkomst met alle betrokkenen (78%) en/of door de leidinggevende (75%). Driekwart van de respondenten zei dat de opvang in de praktijk werkt. Als voornaamste reden dat de opvang niet werkt werd gemeld dat men het zelf wil verwerken.

### 4.3 Agressie en geweld

#### 4.3.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Uit de nul- en eindmeting van het Arboconvenant (Vijfvinkel en van Vree, 2007) zijn gegevens beschikbaar over agressie en geweld en werkdruk binnen de ambulancezorg (n=326). In 2007 zei 56% van de ambulancemedewerkers te maken te hebben gehad met agressie en geweld.

In het onderzoek van Sikkema e.a. (2007) werd ongewenst gedrag door collega's (in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek) door 28% van de ambulancemedewerkers gemeld. Ongewenst gedrag door externen werd door 89% van de ambulancemedewerkers genoemd.

#### 4.3.2 *Maatregelen agressie en geweld*

In het kader van het Arboconvenant in de ambulancezorg (Berkel e.a. 2007) zijn de volgende maatregelen genomen om de blootstelling van medewerkers aan psychische belasting verband houdende met onder andere agressie en onveiligheid te verminderen:

- *Een cursus over omgang met (verbale) agressie en geweld:* Ambulancezorg Nederland ontwikkelde een cursus om medewerkers te leren onveilige situaties te onderkennen en hoe daarin te handelen.
- *Ondersteuning bij agressie:* Dit is georganiseerd via BOT's; binnen de BOT is een interne vertrouwenspersoon aangesteld voor ervaringen en problemen in werk en thuissituaties
- *Alarmprocedure:* Mogelijkheden om alarm te slaan in onveilige situaties en maken van afspraken met politie over adequate alarmopvolging.
- *Instellen van sectorbrede meldingsprocedure:* Voor inzicht in aard en omvang van incidenten en voor medewerkers om ervaringen kwijt te kunnen.

Zeer recent zijn er vanuit de Vereniging van Nederlandse Gemeenten vier nieuwe instrumenten ontwikkeld voor de aanpak van agressie en geweld tegen overheids-personeel met een publieke functie, waaronder ambulancepersoneel. Twee van de vier vloeien voort uit wetgeving en CAO-afspraken en zijn daarom verplicht.

Het gaat om de volgende instrumenten:

- Arbocatalogus agressie en geweld (verplicht);
- Gemeentelijk incidentregistratiesysteem (verplicht). Het registratiesysteem dient:
  - als startsignaal voor opvang en nazorg;
  - om over te kunnen gaan tot aangifte en het verhalen van schade;
  - om inzicht te krijgen in aard, omvang en achtergrond van de incidenten.

- Belevingsonderzoek veiligheid agressie en geweld. Met behulp van de inter-  
netspiegel kunnen werkgevers de veiligheidsbeleving van hun medewerkers  
meten. Gemeenten kunnen hier kosteloos aan meedoen.
- Landelijke norm: een set huisregels voor organisaties met een publieke taak,  
zoals 'Agressief of gewelddadig gedrag tegen werknemers met een publieke  
taak wordt nooit getolereerd' en 'Geef de professional de ruimte om zijn werk  
te doen'.

Daarnaast is er een landelijke campagne 'meld misdaad anoniem' waarbij mensen opgeroepen worden om misdaden, onder andere tegen hulpdiensten zoals ambulancepersoneel, anoniem te melden. Hiervoor is sinds 2004 een meldlijn ('M') met gratis telefoonnummer beschikbaar. Meldingen worden doorgegeven aan politie en andere opsporingsdiensten.

Tenslotte kan ook gebruik gemaakt worden van het Project Veiligezorg (zie par. 3.3).

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Uit het onderzoek van Sikkema e.a. (2007) bleek dat de meeste organisaties al maatregelen nemen om ongewenst gedrag tegen te gaan. Dit onderzoek geeft echter geen informatie over maatregelen die specifiek in de ambulancezorg worden genomen.

Bij de eindmeting van het Arboconvenant zei iets meer dan de helft (53%) van de medewerkers de cursus 'omgaan met agressie en geweld' tussen 2004 en 2007 te hebben gevolgd (Vijfvinkel en van Vree, 2007). Voor 72% van hen heeft de cursus in meer of mindere mate hun kennis over de omgang met agressie en geweld vergroot (Vijfvinkel en van Vree, 2007).

#### *Lopende/ toekomstige projecten*

In 2008 wordt een arbocatalogus ontwikkeld en wordt een eigen registratiesysteem ontwikkeld dat eind 2008/2009 gevuld moet gaan worden. Dit systeem is bedoeld voor monitoring en benchmarking. Het systeem sluit aan op dat van de ziekenhuizen.

## **4.4 Prikaccidenten**

### *4.4.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Er zijn geen representatieve gegevens bekend over het vóórkomen van prikaccidenten in de ambulancezorg. Gezien de aard van de werkzaamheden, het onder ongewone en stressvolle omstandigheden omgaan met scherpe materialen en bloed én de risicogroep waarmee ze omgaan, kan men wel verwachten dat er risicovolle prikaccidenten voorkomen.

### *4.4.2 Maatregelen prikaccidenten*

Hier wordt in de sector niet specifiek aandacht aan besteed. De algemene maatregelen voor prikaccidenten zijn hier van toepassing.

Medewerkers zijn bijvoorbeeld ingeënt tegen hepatitis B. In 2005 heeft de Arbeidsinspectie een inspectieproject uitgevoerd onder hulpverleners bij ongevallen, waaronder 13 ambulances (dus niet representatief voor de ambulancezorg). Geconcludeerd werd dat het ambulancepersoneel goed omgaat met de risico's van het vak. Wel waarschuwde de AI voor het omgaan met de risico's van bloedoverdraagbare

aandoeningen. Omdat deze risico's bij oefeningen niet aanwezig zijn (er wordt dan geen echt bloed gebruikt) kan er onvoldoende aandacht voor zijn in echte hulpverleningssituaties.

#### 4.5 Cytostatica

Er zijn geen gegevens bekend over het de blootstelling aan cytostatica in de ambulancezorg. Er wordt aangenomen dat dit risico zeer gering is.

#### 4.6 Conclusies

##### *Algemene conclusies*

Nu het Arboconvenant is afgelopen moeten organisaties hun arbobeleid verder vormgeven en beschikbare oplossingen verder implementeren. De arbocatalogus, die op dit moment wordt ontwikkeld, kan daar een belangrijke rol in spelen. Deze Arbocatalogus zal medio 2008 beschikbaar komen.

In augustus 2008 zal de Arbeidsinspectie een inspectieproject gaat uitvoeren in de ambulancezorg. De resultaten van dat inspectieproject worden afgewacht voordat Ambulancezorg Nederland nieuwe activiteiten ter ondersteuning van risicovermindering vaststelt.

##### *Fysieke belasting*

Hoewel de fysieke belasting over het algemeen is afgenomen tussen 2004 en 2007 geldt dat niet voor het percentage ambulancemedewerkers dat het werk lichamelijk te zwaar vindt (67% in 2007 en 64% in 2004). Er zijn nog onvoldoende (ergonomische) oplossingen beschikbaar om de fysieke belasting te verminderen. Daarnaast is het van belang de ambulancemedewerkers op de hoogte te brengen en houden van maatregelen die wel al beschikbaar zijn. De ergocoaches kunnen hierin een rol vervullen. Vooral de ontwikkeling van een lichtere brancard is in dit licht een belangrijke uitdaging. Wel wordt op dit moment een verbeterde ambulance experimenteel toegepast.

##### *Werkdruk*

Als we naar de cijfers kijken vormen traumatische ervaringen/emotionele belasting een groter probleem dan werkdruk. Er zijn al veel maatregelen genomen en instrumenten beschikbaar om werkdruk aan te pakken. Ze zijn echter niet allemaal ingevoerd, zo bleek uit de eindexamen van het Arboconvenant. Een deel van de genomen maatregelen en afspraken zijn verankerd in de vereisten voor de HKZcertificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector).

Voor het omgaan met traumatische ervaringen is ook al veel geregeld in de vorm van formele opvang en evaluatiebijeenkomsten. Er is nog behoefte aan het ontwikkelen van een protocol voor traumaopvang en –verwerking en aan afspraken c.q. normen ten aanzien van werktijden, fysieke belasting en agressie en een instrument om de normen te handhaven.

##### *Agressie en geweld*

Meer dan de helft van de ambulancemedewerkers heeft wel eens te maken gehad met agressie en geweld. Om daar beter mee om te kunnen gaan heeft ruim 50% een cursus gevolgd over omgang met agressie en geweld. Ook nemen veel ambulanceteams al maatregelen, zoals opvang in de vorm van BOT's en interne ver-

trouwenspersonen, procedures voor alarm slaan en adequate alarmopvolging en het melden van incidenten.

Er wordt een eigen registratiesysteem ontwikkeld dat eind 2008 gevuld moet gaan worden. Dit systeem is bedoeld voor monitoring en benchmarking en sluit aan op dat van de ziekenhuizen.

#### *Prikaccidenten*

Er zijn geen representatieve cijfers over het vóórkomen van prikaccidenten bij ambulancemedewerkers. Gezien de aard van de werkzaamheden, het onder ongewone en stressvolle omstandigheden omgaan met scherpe materialen en bloed én de risicogroep waarmee ze omgaan, kan men wel verwachten dat er risicovolle prikaccidenten voorkomen. De algemene maatregelen voor prikaccidenten zijn hier van toepassing. Het is dus niet bekend in hoeverre ambulancemedewerkers hiermee bekend zijn.

#### *Cytostatica*

Blootstelling aan cytostatica komt nauwelijks voor in de ambulancezorg. De algemene maatregelen zijn hier van toepassing.



## 5 Verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn er voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychische problemen. De GGZ-instellingen bieden behandeling, zorg en begeleiding. Door alle verschillen in oorzaak en uiting van psychische problemen, zijn er zeer veel soorten instellingen en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. In de meeste regio's zijn instellingen gefuseerd en kunnen mensen terecht bij één geïntegreerde GGZ-instelling. In 2006 waren er in Nederland 41 geïntegreerde GGZ-instellingen voor volwassenen en 10 instellingen die zich richten op kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarnaast zijn er aparte klinieken voor verslavingszorg (13 instellingen) en voor forensische psychiatrie (6 instellingen). Er werken ongeveer 70.000 mensen in de sector (website GGZ Nederland - [www.ggznederland.nl/](http://www.ggznederland.nl/)). Over welk deel daarvan verzorgende en/of verpleegkundige taken heeft zijn bij ons geen gegevens bekend.

In 2001 is voor de sector een Arboconvenant afgesloten door de sociale partners in de GGZ en de ministeries van SZW en VWS. De betrokken partijen hebben afspraken gemaakt over het terugdringen van het ziekteverzuim en de WAO-instroom en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden in de periode 2001 tot half 2004. Speciale aandacht kregen de arbeidsrisico's psychische belasting en werkdruk, agressie en onveiligheid en fysieke belasting.

In 2007/2008 voert de Arbeidsinspectie een nieuw inspectieproject uit op het gebied van ondermeer fysieke belasting, agressie en geweld. De rapportage van dit project is nog niet beschikbaar.

### 5.1 Fysieke belasting

#### 5.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Fysieke belasting speelt in de GGZ als arbeidsrisico een minder belangrijke rol dan in veel andere zorgbranches. Omdat de meeste cliënten geen of zeer geringe fysieke beperkingen hebben, komen zware til- en transferhandelingen met cliënten weinig voor. Een uitzondering vormen bepaalde onderdelen van de psychiatrie, met name de gerontopsychiatrie, waar wel een forse fysieke belasting voorkomt. Echter ook in andere onderdelen van de GGZ zijn risicofactoren met betrekking tot fysieke belasting aanwezig.

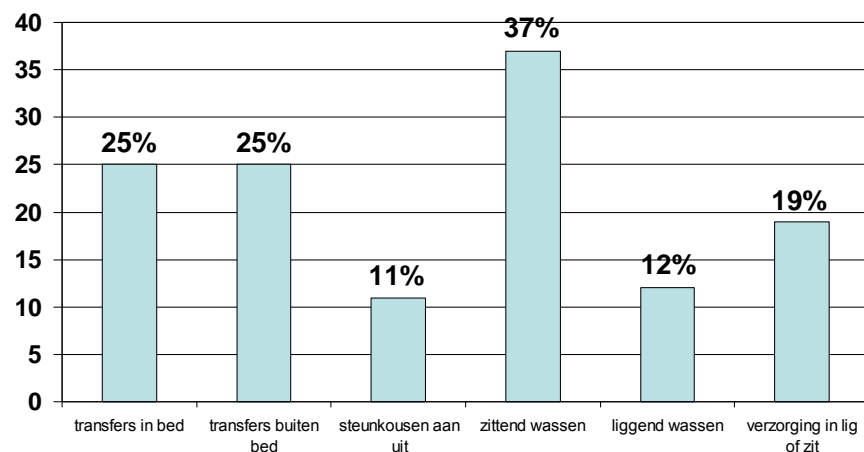
Door deze ondergeschikte plaats van het arbeidsrisico fysieke belasting in de branche als geheel, bestaat de kans dat preventiebeleid fysieke belasting weinig prioriteit krijgt. Dat een dergelijk beleid niet overbodig is wordt benadrukt door het feit dat 21% van de WAO instroom is gerelateerd aan klachten aan het bewegingsapparaat (Van der Kemp e.a., 2006).

In 2003 en 2004 heeft in de sector GGZ een onderzoek plaatsgevonden in het kader van het Arboconvenant GGZ. Hieruit blijkt dat bij 29% van de instellingen fysieke belasting bij zorgverlenende disciplines als knelpunt naar voren komt uit de RI&E (Risico-Inventarisatie en -Evaluatie). Bij de eerste meting van het Arboconvenant (2003) voor deze sector lag dat percentage op 35,8%. De RI&E informatie op dit punt blijkt echter gemiddeld 2,6 jaar oud en geeft daarmee geen actueel beeld van de huidige situatie (Van der Kemp e.a., 2006).

Fysieke overbelasting kan leiden tot klachten aan het bewegingsapparaat, met name rugklachten. Bij de eindmeting van het Arboconvenant (2004) blijkt dat 55% van

alle medewerkers die de vragenlijst heeft geretourneerd zegt de laatste 12 maanden minstens één keer last te hebben gehad van de rug. Gezien de lage respons zal het werkelijke percentage daar waarschijnlijk onder liggen. Bij de eerste meting in 2003 lag dat percentage op 49%. Wanneer alleen de zorgverleners die werkzaam zijn binnen de gerontopsychiatrie worden bestudeerd (ongeveer 28% van de hele groep), vinden we een percentage van 59% in 2003 en 63% in 2004. De WAO-instroom in de GGZ vanwege bewegingsapparaatklachten was in 2003 21% (Van der Kemp e.a., 2006). Dit betrof alle medewerkers in de GGZ en dus niet alleen de verpleegkundigen en verzorgenden.

In het kader van het Arboconvenant is ook gebruik gemaakt van de TilThermometer\* om de fysieke belasting in kaart te brengen. In de TilThermometer wordt onderscheid gemaakt in 'oranje' en 'rode cliënten'. Het verzorgen van deze cliënten vereist meer fysieke belasting, omdat ze vanwege beperkingen niet of nauwelijks (rood) tot in beperkte mate (oranje) mee kunnen werken. In figuur 5.1 is het percentage cliënten weergegeven dat in deze categorie valt.



Figuur 5.1 Percentages cliënten waarbij fysieke belasting een rol speelt ('oranje' plus 'rode' cliënten), uitgesplitst voor de diverse zorgtaken zoals benoemd in de TilThermometer (Van der Kemp e.a., 2006).

Cijfers over blootstelling aan fysieke belasting die alleen de verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ betreffen kunnen ook ontleend worden aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 zijn weergegeven in tabel 5.1.

\* Zie Bijlage A

Tabel 5.1 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; 1 is een minimale belasting en 4 is een maximale belasting

<b>Fysieke belasting</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)</b>	<b>Andere beroepsgroepen (n=22.948)</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ (n=66)</b>
Fysiek zwaar werk	2,36	1,57	1,82
Houdingbelasting	1,87	1,75	1,46

Bron: databestand NEA 2006

Tabel 5.1 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ hun werk als minder fysiek belastend beoordelen dan hun collega's in andere branches van de zorg. Daarentegen is hun oordeel over de fysieke zwaarte van het werk hoger dan bij andere beroepsgroepen.

### 5.1.2 *Projecten en maatregelen fysieke belasting*

Voor het beschrijven van projecten en maatregelen op het gebied van fysieke belasting gaan we uit van de maatregelen die beschreven zijn in het 'convenant inzake terugdringing ziekteverzuim en verbetering van de arbeidsomstandigheden in de geestelijke gezondheidszorg' dat in 2001 is afgesloten. Dit geeft een vrij compleet beeld van wat er beschikbaar is aan instrumenten en wat er speelt op dit gebied. Andere grote projecten met betrekking tot fysieke belasting zijn niet bij ons bekend. Doelstelling van het Arboconvenant is het reduceren van het ziekteverzuim en de WAO-instroom. Om deze doelstelling te bereiken zijn in het plan van aanpak bij het Arboconvenant onder meer maatregelen afgesproken om de mate van blootstelling aan fysieke belasting te reduceren. De volgende maatregelen hebben betrekking op de fysieke belasting (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *Inventariseren van knelpunten en oplossingen met betrekking tot fysieke belasting.* Dit is in het kader van het Arboconvenant uitgevoerd in 2001 en 2004. Om de knelpunten te inventariseren zijn er verschillende instrumenten beschikbaar: de RI&E's, de TilThermometer\* en de Beleidsspiegel\*.
- *Implementatie van de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting.* In september 2001 zijn de 'Praktijkrichtlijnen fysieke belasting voor de GGZ'\* gepubliceerd en met een bijbehorend werkboek gedistribueerd onder de GGZ-instellingen.
- *Werken met tilprotocollen.* Het til- (of transfer- of bewegings-) protocol is een formulier waarop per individuele cliënt (til)afspraken worden vastgelegd. In de PreGo! Catalogus\*, die in 2002 aan de GGZ-instellingen is verstuurd, wordt beschreven wat een dergelijk protocol inhoudt en waar voorbeelden te vinden zijn.
- *Inzetten van technische voorzieningen/hulpmiddelen.* Bijvoorbeeld de aanschaf van tilmiddelen.
- *Het aanbieden van opleiding/training/inhoudelijke ondersteuning.* Bijvoorbeeld manuele technieken, tillen, het omgaan met hulpmiddelen.
- *Het inzetten van ErgoCoaches.* Deze worden ook wel tilspecialist, tilcoördinator, mobiliteitsspecialist of transferspecialist genoemd. De tilspecialisten bewaken het til- of preventiebeleid op de afdeling. Ze signaleren knelpunten, lossen deze op of geven ze door aan de til- of transfercommissie. In veel instellingen nemen ze ook een deel van het inwerken van nieuwe leerlingen of collega's voor hun rekening. Verder geven ze klinische lessen en training over tillen, mobiliteit, statische belasting, manoeuvreren etc.

- *Het stimuleren van bewustwording in de organisatie.* In het convenant wordt gepropageerd dit op een participatieve manier aan te pakken. De WerkPlek-Check\* en het Rugboekje\* worden in het convenant genoemd als instrumenten om deze manier van werken te ondersteunen. Beide instrumenten zijn in het voorjaar van 2002 aan de instellingen ter beschikking gesteld.
- *Werkboek met instrumenten.* In september 2001 is een werkboek fysieke belasting verspreid onder alle GGZ-instellingen. Daarin zijn onder andere opgenomen de Praktijkrichtlijnen en de BeleidsSpiegel. De TilThermometer en de PreGo! catalogus zijn daarna separaat verspreid. In het najaar van 2003 is de TilKoffer verspreid onder de instellingen. In de TilKoffer zit wederom het werkpakket fysieke belasting, de Praktijkrichtlijnen, de TilThermometer, de WerkPlekCheck en de PreGo! catalogus. Daarnaast bevat deze de TilSchijf, de StatMan en een Rugboekje voor zorgverleners.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Tijdens de convenantsperiode steeg het aantal instellingen dat de praktijkrichtlijnen hanteert van 7% in 2001 naar 20% in 2004. Dit was nog steeds een relatief kleine groep. Het gebruik van tilprotocollen was tijdens de convenantsperiode gedaald. Omdat bij veel instellingen en werkzaamheden het gebruik van een tilprotocol niet nodig is, is onduidelijk welk percentage van de doelgroep wel/niet een tilprotocol gebruikt. Het percentage instellingen dat tilmiddelen heeft aangeschaft is tijdens de convenantsperiode gestegen (26% in 2001, 37% in 2004), maar de Arbeidsinspectie concludeerde in 2005 dat tilmiddelen niet of in onvoldoende mate gebruikt of zelfs afwezig waren (Arbeidsinspectie, mei 2005). Voor wat betreft het aanbieden van opleiding/training/inhoudelijke ondersteuning werd in de eindmeting van het Arboconvenant geconcludeerd dat instellingen op dit punt slechts in beperkte mate actief waren. In de eindmeting van het Arboconvenant zei 19% van de instellingen te beschikken over een ErgoCoach. Over de toepassing van andere maatregelen en instrumenten zijn geen cijfers beschikbaar.

Naar aanleiding van het Arboconvenant GGZ heeft de Arbeidsinspectie vanaf medio 2004 bijna alle instellingen in de sector geïnspecteerd. De inspectie van fysieke belasting is beperkt gebleven tot instellingen waar intramurale zorg wordt verleend aan demente bejaarden en psychiatrische patiënten, omdat fysieke belasting voor dit type werk vooral relevant wordt geacht. In het inspectierapport werd geconstateerd dat de situatie zorgwekkend is; bij alle onderzochte instellingen zijn overtredingen geconstateerd. Men tilde nog steeds te veel en te zwaar en onderzocht onvoldoende wat men kan doen om de fysieke belasting te verminderen (Arbeidsinspectie, mei 2005).

## **5.2 Werkdruk**

### *5.2.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Psychische belasting is een belangrijk arbeidsrisico in de GGZ. Vooral de emotionele belasting van medewerkers is erg hoog in vergelijking met andere (zorg)sectoren. Een zeer groot deel (46%) van de WAO-instroom in de GGZ is een gevolg van psychische klachten (Kemp e.a., 2006).

De meeste blootstellingsgegevens met betrekking tot werkdruk in de GGZ zijn niet specifiek beschikbaar voor de groep verzorgenden en verplegenden, maar voor de gehele sector. De cijfers van de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) beperken zich tot verzorgenden, verplegenden en agogisch werkenden. Ze zijn verzameld met behulp van een schriftelijke enquête. In Tabel 5.2 zijn

de cijfers weergegeven met een relatie tot de onderwerpen psychische belasting en werkdruk. Ze zijn verzameld in 2003 (Bekker e.a., 2004).

Tabel 5.2 Aandeel verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden dat grotendeels of geheel instemt met de volgende stellingen

	<b>Totaal zorg- sector</b>	<b>GGZ</b>
<b>Werkdruk</b>		
Ik werk onder hoge tijdsdruk	31%	29%
Ik heb vaak het gevoel tijd te kort te komen	59%	49%
<b>Tijd voor zorg</b>		
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten voldoende persoonlijke aandacht te geven	43%	53%
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	49%	54%
<b>Sfeer</b>		
Er heerst een prettige sfeer op de afdeling / in het team	85%	83%
<b>Feedback / ondersteuning door leidinggevende</b>		
Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door mijn leidinggevende	74%	69%
Ik krijg voldoende ondersteuning van mijn leidinggevende	63%	58%
Mijn leidinggevende laat mij weten of hij / zij tevreden is over mijn werk	59%	56%
<b>Groeimogelijkheden</b>		
Ik heb voldoende loopbaanperspectieven op mijn werk	44%	37%
Ik kan mij ontplooien / ontwikkelen in mijn werk	54%	56%
<b>Autonomie</b>		
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	74%	70%
Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht	62%	70%
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	42%	46%
<b>(Emotionele) uitputting</b>		
Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	7%	8%
Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	8%	9%
Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt	14%	16%

Bron: Bekker e.a. (2004). Trendrapport aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003

Uit Tabel 5.2 blijkt dat er wel verschillen zijn tussen de GGZ en de zorgsector als totaal op het gebied van mogelijke werkdrukfactoren. Deze verschillen zijn echter niet erg groot en wijzen niet op een consequent hogere of lagere blootstelling. De score op emotionele uitputting, een maat voor de gevolgen van hoge werkdruk, lijkt iets hoger te liggen. Wel kan er vertekening optreden, omdat de cijfers niet alleen betrekking hebben op verpleegkundigen en verzorgenden.

Cijfers die alleen de verpleegkundigen en verzorgenden betreffen kunnen ontleend worden aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. In Tabel 5.3 staan de resultaten van een secundaire analyse op dit bestand weergegeven.

Tabel 5.3 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; tussen haakjes staat het minimum en maximum van de schaal weergegeven

Werkdruk	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ (n=66)
Werktempo (1-4)	2,43	2,31	2,32
Tijdsdruk (1-3)	2,24	2,06	1,98
Emotioneel zwaar werk (1-4)	2,28	1,77	2,71
Autonomie (1-3)	2,24	2,47	2,44
Herstelbehoefte (0-11)	3,89	3,54	4,11

Bron: databestand NEA 2006

Tabel 5.3 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden hun werk vaak als emotioneel zwaar beoordelen. De schaal herstelbehoefte is een maat voor de directe gevolgen van een hoge werkdruk. Een hoge herstelbehoefte kan een voorloper zijn van psychische klachten. Daarop scoren de verpleegkundigen en verzorgenden ongunstiger. Dit komt overeen met Tabel 5.2.

Tenslotte constateerde de Arbeidsinspectie in 2005 dat er sprake is van werkdruk in de GGZ, maar dat de mate waarin er sprake is van werkdruk lijkt mee te vallen. Bij 24% van de instellingen zijn overtredingen met betrekking tot werkdruk geconstateerd. Dit percentage is voor alle onderscheiden soorten instellingen, met uitzondering van de RIAGG's, ongeveer gelijk. Bij de bezochte RIAGG-instellingen zijn ten aanzien van de werkdruk geen overtredingen geconstateerd (Arbeidsinspectie, mei 2005). Deze uitspraken betreffen de sector als geheel, en niet specifiek de verpleegkundigen en verzorgenden. De Arbeidsinspectie maakt geen onderscheid in beroepsgroepen.

### 5.2.2 *Projecten en maatregelen werkdruk*

Evenals fysieke belasting was werkdruk een aandachtspunt in het arbeidsconvenant voor de GGZ. In het convenant worden de volgende maatregelen en aanbevelingen genoemd (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage B):

- *Monitor psychische belasting\**. Instrument voor screening van de mate van psychische belasting en werkdruk in de instelling. Instellingen kunnen daarvoor ook gebruik maken van een ander gelijkwaardig instrument. Op basis van de monitor stellen instellingen een plan van aanpak op met maatregelen voor de aanpak van psychische belasting en werkstress.
- *Handboek 'Aanpak werkdruk en werkstress in de GGZ'\**. Het handboek hoort bij de monitor en biedt hulp om stapsgewijs een werkdrukproject op te zetten en uit te voeren.
- *Gesubsidieerde coaches*. Tijdens het Arboconvenantentrajec waren er gesubsidieerde deskundige coaches beschikbaar om werkdrukprojecten te ondersteunen. De coaches ondersteunden de instellingen onder andere bij het stellen van diagnoses op basis van de vragenlijsten.
- *Professionalisering middenkader*. Aanbevolen werd dat het middenkader werkt aan een ondersteunende stijl van leidinggeven die past bij de professionele autonomie die medewerkers in de GGZ nodig hebben in hun werk. Dit kan worden bereikt door middel van cursussen, training en coaching.

Buiten de maatregelen genoemd in het Arboconvenant hebben we geen andere projecten en maatregelen op het gebied van werkdruk gevonden die specifiek voor de GGZ zijn. Wel is er nog een project uitgevoerd om de bruikbaarheid van een algemeen instrument, de Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen, te onderzoeken bij een aantal GGZ-instellingen.

- *Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen\**. In januari 2000 werd de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA) geïnstalleerd door de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken (SZW). De CPA kreeg als opdracht om te komen tot een verbeterde aanpak van psychische arbeidsongeschiktheid en verzuim wegens psychische aandoeningen. In het najaar van 2001 heeft de CPA haar Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' gepubliceerd. De praktische bruikbaarheid van de Leidraad is geëvalueerd binnen een aantal instellingen van de GGZ. Een van de conclusies van het project was dat de Leidraad voldoende aanknopingspunten biedt om als instelling het verzuim om psychische redenen aan te pakken.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Tijdens de eindmeting van het Arboconvenant bleek dat 40% à 45% van de instellingen de monitor psychische belasting te hebben uitgevoerd. Ook blijkt dat in 88% van de instellingen leidinggevenden een opleiding hadden gevolgd om hun medewerkers te coachen. Over de implementatie van andere maatregelen of instrumenten zijn geen cijfers bekend. Ook de Arbeidsinspectie concludeerde in 2005 dat er geen inzicht is verkregen in welke mate er al werkdrukkonderzoeken waren uitgevoerd en maatregelen getroffen (Arbeidsinspectie, mei 2005).

## **5.3 Agressie en geweld**

### *5.3.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Agressie en geweld vormen een belangrijk arbeidsrisico binnen de GGZ. Het kan gaan om fysiek, psychisch of verbaal geweld. Agressie en geweld zijn problemen die duidelijk zichtbaar zijn en daarom ook de nodige aandacht krijgen.

In het kader van het Arboconvenant GGZ zijn in 2004 (evenals in 2003) de medewerkers geraadpleegd over de blootstelling aan agressie en geweld. Hieronder worden de resultaten beschreven. De resultaten hebben betrekking op alle GGZ-medewerkers en niet alleen op de verpleegkundigen en verzorgenden.

#### *Lichamelijke agressie*

Lichamelijke agressie is in de medewerkersraadpleging als volgt gedefinieerd: situaties tijdens het werk waarin men lichamelijk agressief was tegen de medewerker, ongeacht of de medewerker daarbij verwondingen opliep. Dat wil zeggen: de medewerker is geslagen, bespuugd, geschopt, vastgegrepen, met voorwerpen bekoogeld, gebeten, gekrabd, geduwd, gestoken of gestompt. Ook gaat het hier om ongewenste seksuele handtastelijkheden.

Het merendeel van de medewerkers (63%) had in het afgelopen jaar niet te maken gehad met lichamelijke agressie. Het overige deel (37%) had hier één of meerdere keren mee te maken gehad. Eén op de tien medewerkers (9%) zei zelfs maandelijks of wekelijks bloot te staan aan lichamelijke agressie. In de meeste gevallen waren de daders cliënten/patiënten.

### *Serieuze bedreigingen*

Het gaat hier om situaties waarin de medewerker serieus werd bedreigd tijdens het werk. Bijvoorbeeld: dat iemand dreigde de medewerker iets aan te doen, de medewerker fors intimideerde, uitschold, met een wapen dreigde of met lichamelijk geweld tegen de medewerker of diens familieleden. Onder serieuze bedreiging wordt ook verstaan dat de medewerker werd gehinderd zich vrij te bewegen of de bedreiging om te grazen te worden genomen op een ander moment. Het gaat hier om bedreigingen, waarbij geen lichamelijke agressie werd gebruikt.

Het merendeel van de medewerkers (61%) had in het afgelopen jaar niet te maken gehad met serieuze bedreigingen tijdens het werk. Het overige deel (39%) had hier één of meerdere keren mee te maken gehad. Van de medewerkers had 6% zelfs maandelijks of wekelijks te maken met serieuze bedreigingen. Ook bij deze vorm van agressie en geweld waren de daders van de laatste bedreiging hoofdzakelijk cliënten/patiënten.

### *Lastig gedrag*

Het gaat hierbij om situaties tijdens het werk waarin iemand de medewerker lastig viel, zonder dat hierbij sprake was van lichamelijke agressie en/ of serieuze bedreiging. Bijvoorbeeld: constant treiteren, pesten, negeren, constant afspraken niet nakomen, blijven zeuren, de medewerker belachelijk proberen te maken en spullen vernielen in het bijzijn van de medewerker. Andere vormen van lastig gedrag zijn: zichzelf pijn (dreigen te) doen in aanwezigheid van de medewerker, gevolgd worden buiten het werk, spullen stelen, uitschelden of beledigen, discriminerende of ongewenste opmerkingen tegen de medewerker maken. Tenslotte behoren tot lastig gedrag ook het fysiek verhinderen van medewerker zijn/haar taak uit te oefenen, ongewenst aanklappen, provoceren, of zich bij herhaling niet aan de regels houden.

Ruim een derde van de medewerkers (36%) had in het afgelopen jaar niet te maken gehad met lastig gedrag tijdens het werk. Het merendeel van de medewerkers (64%) had hier wel mee te maken gehad. Van de medewerkers gaf ruim een kwart (29%) aan maandelijks of wekelijks bloot te staan aan lastig gedrag tijdens het werk. Wederom waren cliënten/patiënten in de meeste gevallen de daders.

Bovenstaande cijfers betreffen alle GGZ-medewerkers. Het lijkt waarschijnlijk dat verpleegkundigen en verzorgenden een hogere blootstelling aan agressie en geweld hebben. Dit blijkt ook uit cijfers ontleend aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO, die alleen de verpleegkundigen en verzorgenden betreffen. In tabel 5.4 staan de resultaten van een secundaire analyse op dit bestand weergegeven.



Tabel 5.4 Antwoorden van werknemers op de vraag of zij in de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken hebben gehad met intimidatie, lichamelijk geweld of pesten.

<b>Agressie en geweld</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)</b>	<b>Andere beroepsgroepen (n=22.948)</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ (n=66)</b>
Intimidatie			
- <i>nooit</i>	47%	78%	17%
- <i>een enkele keer</i>	47%	20%	59%
- <i>vaak</i>	5%	2%	20%
- <i>zeer vaak</i>	1%	<1%	5%
Lichamelijk geweld			
- <i>nooit</i>	61%	95%	29%
- <i>een enkele keer</i>	34%	1%	52%
- <i>vaak</i>	5%	<1%	15%
- <i>zeer vaak</i>	1%	<1%	3%
Pesten			
- <i>nooit</i>	86%	92%	60%
- <i>een enkele keer</i>	13%	7%	32%
- <i>vaak</i>	1%	1%	6%
- <i>zeer vaak</i>	<1%	<1%	2%

Bron: databestand NEA 2006

Uit deze cijfers blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen en verzorgenden te maken heeft gehad met intimidatie en lichamelijk geweld, een klein percentage zelfs zeer vaak. Ook blijkt ook dat de verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ hier vaker mee te maken hebben dan hun collega's in de overige branches van de gezondheidszorg.

Een onderzoek uit 2003 onder verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkenden uit 2003 gaf hetzelfde beeld. De resultaten laten zien dat 62% van de werknemers in de GGZ 'ja' antwoordden op de vraag of agressie op het werk aanwezig is. Dit is beduidend hoger dan in andere zorgsectoren. Voor de totale zorgsector lag dit percentage op 26% (Bekker e.a., 2004).

Agressie en geweld kan leiden tot minder functioneren, en zelfs tot arbeidsongeschiktheid. In de eindmeting van het Arboconvenant in 2004 zijn deze gevolgen in kaart gebracht. De cijfers die hieronder genoemd worden hebben betrekking op alle GGZ-medewerkers en dus niet alleen op de verpleegkundigen en verzorgenden.

#### *Lichamelijk letsel*

Van de medewerkers zei 14% in de afgelopen twaalf maanden ten gevolge van lichamelijk geweld licht letsel (bijv. schaafwonden, blauwe plek, bloedneus, blauw oog) te hebben opgelopen, 1% had zelfs ernstig letsel (bijv. steekwond, botbreuk, bewusteloosheid, kneuzingen) opgelopen. Verder bleek dat 43% van de medewerkers in het afgelopen jaar vaak op de hoede was voor agressie en geweld op het werk.

#### *Beperkingen door agressie en geweld*

De mate waarin deze ervaringen met agressie en geweld van invloed zijn geweest op het functioneren en verzuim is weergegeven in onderstaande tabel en zijn gebaseerd op de eindmeting van het Arboconvenant.

Tabel 5.5 Percentage GGZ-medewerkers in 2004 dat in de afgelopen 12 maanden beperkingen heeft ervaren ten gevolge van agressie en geweld in het werk.

<b>Heeft u de afgelopen 12 maanden ten gevolge van agressie en geweld in uw werk:</b>	
Wel eens verzuimd van uw werk?	4%
Langer dan 4 weken verzuimd van uw werk?	0%
Wel eens minder goed gefunctioneerd in uw werk?	23%
Langer dan 4 weken minder goed gefunctioneerd in uw werk?	5%
Uw plezier in het werk verloren?	16%
Serius overwogen van baan te veranderen?	13%

Bron: Van der Kemp e.a. (2006). Arboconvenant GGZ, Eindevaluatie 2004

Uit deze tabel blijkt dat een kwart van de medewerkers wel eens minder goed gefunctioneerd heeft in het werk ten gevolge van agressie en geweld in het werk. Daarnaast heeft één op de zes medewerkers het plezier in het werk verloren en heeft één op de acht medewerkers als gevolg van agressie en geweld serieus overwogen van baan te veranderen. Bij 4% van de medewerkers hebben ervaringen met agressie en geweld geleid tot (kortdurend) ziekteverzuim.

#### *Klachten door agressie en geweld*

Tevens is gevraagd naar klachten die men heeft ten gevolge van agressie- of geweldsincidenten die men in de afgelopen 12 maanden op het werk heeft meegeemaakt. De meest voorkomende klacht is het hebben van schrikreacties bij gebeurtenissen, die lijken op het agressie- en/of geweldsincident. Dit is weergegeven in Tabel 5.6.

Tabel 5.6 Percentage medewerkers met klachten ten gevolge van ervaringen met agressie of geweld in de afgelopen 12 maanden

Last van beelden en herinneringen erover, die u niet van u af kunt zetten	5%
Bepaalde plaatsen, taken of personen moeten mijden omdat u er angstig van wordt	7%
Er niet aan willen denken en / of er niet over willen praten	4%
Schrikreacties bij gebeurtenissen, die lijken op het agressie- en of geweldsincident	10%
Neerslachtigheid, als u eraan denkt of er aan herinnerd wordt	6%

Bron: Van der Kemp e.a., 2006. Arboconvenant GGZ, Eindevaluatie 2004

Omdat al eerder bleek dat verpleegkundigen en verzorgenden een hogere blootstelling hebben aan agressie en geweld is het waarschijnlijk dat deze beroepsgroep ook meer klachten zal hebben. Cijfers, ontleend aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO, die alleen de verpleegkundigen en verzorgenden betreffen zijn weergegeven in Tabel 5.7.

Tabel 5.7 Antwoorden van werknemers op de vraag of zij in de afgelopen 12 maanden ten gevolge van agressie of geweld minder goed gefunctioneerd of verzuimd hebben.

	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ (n=66)
<i>Vanwege agressie of geweld:</i>			
Wel eens verzuimd	3%	2%	9%
> 4 weken verzuimd	1%	1%	1%
Minder goed gefunctioneerd	14%	10%	43%
> 4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	5%

Bron: databestand NEA 2006

Vergeleken met de cijfers van de werknemersraadpleging in het Arboconvenant in 2004 (tabel 5.5) zien we dat de verpleegkundigen en verzorgenden veel vaker aangeven dat zij weleens verzuimd (9% versus 4%) of minder goed gefunctioneerd (43% versus 23%) hebben vanwege agressie of geweld. Wanneer het gaat om de lange termijn gevolgen is er niet tot nauwelijks verschil. Ook blijkt uit tabel 5.7 dat verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ vaker verzuimen of minder goed functioneren vanwege agressie of geweld dan hun collega's uit andere branches van de zorg, en in zeer ruime mate vaker dan andere beroepsgroepen.

### 5.3.2 *Projecten en maatregelen agressie en geweld*

In het plan van aanpak van het Arboconvenant in de GGZ worden de onderstaande maatregelen en instrumenten genoemd.

- *Registratie per afdeling of team.* Het registreren van agressie-incidenten door patiënten per afdeling of team volgens een systematische methode.
- *Gedragscodes.* Het ontwikkelen van gedragscodes voor zowel patiënten als medewerkers. De gedragscode bevat aanwijzingen over het gedrag van medewerkers en patiënten. Ook worden sancties genoemd voor die situaties waarin patiënten en medewerkers zich niet aan de gedragscode houden.
- *Opvang na agressie-incidenten.* Een goede opvang regelen van medewerkers die agressie-incidenten en onveiligheid hebben ervaren.
- *Protocollen.* Protocollen ontwikkelen over hoe te handelen in geval van agressie en seksuele intimidatie. Deze protocollen dienen zich te richten op het handelen van direct betrokkenen, het team, de leidinggevende, de afdeling, de instelling.
- *Monitoring en planning van maatregelen.* Agressie dient te worden meegenomen in de RI&E of de Monitor psychische belasting en op basis daarvan moet een plan van aanpak worden opgesteld.
- *Technopreventieve maatregelen.* Wanneer preventieve maatregelen niet afdoende zijn als bescherming tegen agressie en onveiligheid neemt de instelling technopreventieve maatregelen. Technopreventieve maatregelen zijn bijvoorbeeld: het sluiten van toegangsdeuren tijdens de nacht, alarmknoppen, een persoonlijk alarm, de aanwezigheid van een portier of veiligheidsdienst, of videocamera's.
- *Vaststellen van normen.* Hiermee worden normen bedoeld ten aanzien van de grenzen van agressief gedrag van patiënten en medewerkers. In het kader van deze maatregel is begin 2003 is een project gestart om agressie en onveilig-

heid in crisisdiensten beter in kaart te brengen en is de 'procedure voor veilig werken in de crisisdienst' ontwikkeld. Een belangrijk onderdeel van deze procedure is de risico taxatie agressie (met behulp van de checklist risico crisisdienst). Op deze checklist kan de hulpverlener een aantal kenmerken van de oproep in kaart brengen. Op basis van deze kenmerken maakt de hulpverlener een inschatting van het risico en bepaalt welke voorzorgsmaatregelen nodig zijn. Na afloop dient de hulpverlener met behulp van de checklist de situatie opnieuw te beoordelen. Door deze gegevens systematisch te registreren kunnen patronen worden ontdekt en kan daar in de toekomst beter op worden ingespeeld.

- *Training*. Twee soorten trainingen worden aangeboden: "omgaan met agressie" en "omgaan met traumatische ervaringen". Een groot deel van de GGZ-instellingen biedt het personeel de mogelijkheid om in werktijd een training voor het omgaan met agressie te volgen.
- *Werkpakket Agressie en Onveiligheid\**. Dit werkpakket bevat onder andere een voorbeeldvragenlijst voor de inventarisatie van ervaringen met agressie en informatie over Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen. Het werkpakket is verspreid onder alle GGZ-instellingen.

Naar aanleiding van het Arboconvenant is de website 'Gezonder zorgen in de GGZ' opgericht ([www.arbo-ggz.nl](http://www.arbo-ggz.nl)). Deze website is nog steeds actief en bevat informatie over het verbeteren van arbeidsomstandigheden in de GGZ. Op het gebied van agressie en geweld kan het werkpakket agressie gedownload worden of onderdeel ervan. Ook is een Quickscan Agressie aanwezig, een instrument waarmee instellingen hun agressiebeleid kunnen ondersteunen. Tenslotte zou ook het Project Veiligezorg bruikbaar kunnen zijn in deze sector (zie par. 3.3).

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Tijdens de eindmeting van het Arboconvenant in 2004 blijkt dat 73% van de instellingen agressie-incidenten volgens een systematische methode registreert. Gedragscodes zijn door 63% van de instellingen ontwikkeld. Door 80% van de instellingen is een goede opvang geregeld voor medewerkers die agressie-incidenten en onveiligheid hebben ervaren. Protocollen zijn door 80% van de instellingen ontwikkeld. Van de instellingen geeft 73% aan dat er een strategieplan is opgesteld, waarin beleid is geformuleerd voor de uitvoering van maatregelen uit het Arboconvenant. Van de instellingen met een strategieplan heeft 87% het onderwerp agressie en geweld daarin opgenomen. Bijna alle instellingen (96%) hebben één of meerdere technopreventieve maatregelen genomen voor het bevorderen van de veiligheid voor de medewerkers. Bij 47% van de instellingen kan al het personeel een training voor het omgaan met agressie volgen en eveneens bij 47% kan een deel van het personeel zo'n training volgen. Bij 5% van de instellingen bestaat deze mogelijkheid helemaal niet. Over de toepassing van andere maatregelen zijn geen cijfers bekend.

De Arbeidsinspectie concludeert dat een volledige invulling van goed beleid achterwege blijft bij een te groot deel van de instellingen (72%). Er is vaak wel een en ander gedaan, maar het kost veel moeite om tot een volledige implementatie van alle elementen van een goede aanpak te komen. Door de werkgevers zal voortvarend actie ondernomen moeten worden om tot een volledige implementatie te komen (Arbeidsinspectie, mei 2005).

#### 5.4 Prikaccidenten

Er zijn geen representatieve gegevens over het vóórkomen van prikaccidenten in de GGZ. Naast prikaccidenten komen in deze sector ook veelvuldig bijt en krabaccidenten voor met dezelfde risico's. Bovendien vinden hier ook vaak onder ongecontroleerde omstandigheden injecties plaats (bijvoorbeeld tijdens isolatie) wat meer risico met zich mee brengt. Hoewel het absolute aantal prikaccidenten vermoedelijk laag is, is dit in relatie tot het naaldgebruik hoog. Meer informatie over prikaccidenten is te vinden in paragraaf 3.4.

#### 5.5 Cytostatica

Problemen met cytostatica lijken niet waarschijnlijk en niet specifiek voor de GGZ. Meer informatie over problemen met cytostatica is te vinden in paragraaf 3.5.

#### 5.6 Conclusies

Psychische belasting is een belangrijk arbeidsrisico in de GGZ. Een zeer groot deel (46%) van de WAO-instroom in de GGZ is een gevolg van psychische klachten (Van der Kemp e.a., 2006). Wanneer we kijken naar de risicofactoren voor psychische klachten valt op dat er in de GGZ niet zozeer sprake lijkt van hogere werkdruk of tijdsdruk, maar van een relatief hoge emotionele belasting en veel problemen met agressie en geweld. Het merendeel blijkt wel eens met agressie te maken te hebben gehad.

Ook fysieke belasting speelt een rol in de GGZ. Vergeleken met andere zorgbranches is dit echter een minder groot probleem. Daarbij moet wel gezegd worden dat de GGZ verschillende werkvormen kent en dat er grote verschillen zijn op dit terrein. Met name binnen de gerontopsychiatrie vormt de fysieke belasting juist wel een belangrijk arbeidsrisico.

Op het gebied van maatregelen is er veel gebeurd in het kader van het Arboconvenant GGZ, dat in 2001 is afgesloten. Allerlei mogelijke initiatieven en projecten om arbeidsrisico's tegen te gaan zijn in het Arboconvenantentraject ondergebracht. Instellingen hebben hulpmiddelen aangereikt gekregen om hun beleid op dit gebied te ondersteunen. Veel van deze hulpmiddelen zijn nog steeds beschikbaar dankzij de website [www.arbo-ggz.nl](http://www.arbo-ggz.nl), die tijdens de uitvoering van het Arboconvenant is opgericht. Op deze website wordt aandacht besteed aan fysieke belasting, psychische belasting en agressie en geweld.

De gevolgen van deze initiatieven zijn nog niet geheel duidelijk. Volgens de eindevaluatie van het Arboconvenant zijn de maatregelen op het gebied van fysieke belasting slechts in beperkte mate aangeslagen. Ook volgens de Arbeidsinspectie krijgt bij eenderde van de instellingen waar fysieke belasting speelt dit onderwerp nog onvoldoende aandacht.

Wat betreft de werkdruk werd tijdens de eindevaluatie van het Arboconvenant geconcludeerd dat bij een aanzienlijk deel van de instellingen het aanbieden van de Monitor psychische belasting een impuls heeft geboden aan de aanpak van psychische belasting. Met name het aanbod van een concreet instrument heeft instellingen geholpen dit onderwerp aan te pakken.

Maatregelen op het gebied van agressie en geweld zijn pas laat tijdens de convenantperiode ingezet. Resultaten vallen daarom ook nog niet te verwachten. Volgens de Arbeidsinspectie is er in nagenoeg alle instellingen de afgelopen jaren

meer aandacht gekomen voor agressie en onveiligheid. Bij 66% van de instellingen heeft deze toegenomen aandacht geresulteerd in meer oog voor (bij-)scholing en trainingen. Vaak is het zelfs standaard opgenomen in het instellingsbeleid.

## 6 Verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg

Nederland telt ongeveer 170 zorg- en dienstverleningsaanbieders voor mensen met een handicap. Verspreid over circa 2000 locaties zijn daarbij in totaal 135.000 werknemers en zo'n 110.000 cliënten betrokken (Arbeidsinspectie, mei 2007b).

Zorg wordt geboden aan:

- verstandelijk gehandicapten;
- lichamelijk gehandicapten;
- zintuiglijk gehandicapten;
- meervoudig gehandicapten.

Ook in deze sector is een Arboconvenant afgesloten. In 2001 hebben de sociale partners en de ministeries van SZW en VWS gezamenlijke doelen geformuleerd om de arbeidsomstandigheden binnen gehandicaptenzorginstellingen te verbeteren en het ziekteverzuim terug te dringen. Aandachtspunten op het gebied van arbeidsrisico's waren fysieke belasting, werkdruk en psychische belasting, agressie en gevaarlijke stoffen/allergenen (Nefs en Tissing, 2005).

Inmiddels is voor deze sector een Arbocatalogus 'Profijt van Arbobeleid' ontwikkeld. In de catalogus staan onder andere instrumenten, methodieken en praktijkvoorbeelden. Instellingen kunnen hier gebruik van maken om voor medewerkers blootstelling aan arbeidsrisico's te voorkomen of te minimaliseren. Ook staat in de catalogus hoe instellingen kunnen voldoen aan de doelvoorschriften voor veilig en gezond werken volgens de Arbowet 2007. Instellingen en werknemers hebben onbeperkt toegang tot de actuele versie van de catalogus. De arbocatalogus is digitaal te vinden via de website <http://www.profijtvvanarbobeleid.nl>.

Een van de gebruikte bronnen in dit hoofdstuk is het Arbeidsinspectieproject uit 2005. Opgemerkt moet worden dat intussen (eind 2007) een nieuw inspectieproject is uitgevoerd waarvan de rapportage nog niet beschikbaar is.

### 6.1 Fysieke belasting

#### 6.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Gegevens over de fysieke belasting en klachten aan het bewegingsapparaat worden ontleend aan de eindevaluatie van het Arboconvenant binnen de Gehandicaptenzorg (Nefs en Tissing, 2005). De convenantsperiode was van 2001 tot 2004.

Ongeveer een kwart van het ziekteverzuim in deze sector is het gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat. Rugklachten en klachten aan de arm, nek en schouder komen het meeste voor. Voor het cliëntgebonden personeel veroorzaken de handmatig geleverde krachten bij het verplaatsen en verzorgen van cliënten vaak klachten. Het gaat hierbij om het verplaatsen van cliënten binnen de grenzen van het bed of het verplaatsen vanuit bed of rolstoel naar elders. Een andere oorzaak van de klachten zijn de ongunstige werkhoudingen die voorkomen bij het verplegen en verzorgen van cliënten op het bed, onder de douche en in bad. Ook tijdens de activiteitenbegeleiding of het aanbieden van de maaltijd staan of zitten medewerkers in deze branche vaak langdurig in dezelfde houding. Het werken met

cliënten met overgewicht maakt de handelingen extra zwaar. Deze groep zal naar verwachting de komende jaren toenemen (Arbeidsinspectie, mei 2007b).

Om de fysieke belasting in de gehandicaptenzorg te vergelijken met andere zorgsectoren kunnen de cijfers van het Trendrapport aanbod van arbeid in zorg en welzijn uit 2003 gebruikt worden (Bekker e.a., 2004). Hieruit blijkt dat 46% van de verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkenden in de gehandicaptenzorg hun werk als lichamelijk zwaar kenmerkten. Dit is lager dan in de totale zorgsector, waar dit percentage op 66% ligt.

### 6.1.2 *Maatregelen fysieke belasting*

De volgende maatregelen en instrumenten zijn, vooral vanuit het Arboconvenant, door de gehandicaptenzorg ontwikkeld (dan wel overgenomen uit andere zorgsectoren of aangepast aan de gehandicaptenzorg) ter vermindering van fysieke belasting (van de met een \* gemarkeerde instrumenten is een korte beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *Werkpakket 'Pakketje Gezond'*\*. Concrete handreikingen en instrumenten om fysieke overbelasting weg te nemen. Het pakket bestaat uit Praktijkrichtlijnen, instrumenten en hulpmiddelen.
- *Quicksan fysieke belasting*. De (tijdelijke) mogelijkheid om tegen gereduceerd tarief door een extern bureau de risico's in kaart te laten brengen.
- *Rugboekje\* zorgverleners in de gehandicaptenzorg*. Beschrijft de Praktijkrichtlijnen voor zorgverleners om de rugbelasting te verminderen.
- *Het hulpmiddelenboekje voor zorgverleners\**. Een compact overzicht van hulpmiddelen, hoe ze eruit zien, wanneer ze wel en niet gebruikt kunnen worden, hoe ze te verkrijgen zijn etc.
- *Tilprotocollen*. Het tilprotocol is een formulier waarop per cliënt is aangegeven hoe een transfer of een andere fysiek belastende handeling moet worden uitgevoerd.
- *Arbowerkpakket Beestenboel - fysieke belasting\**. Arbobreed werkpakket bestaand uit praktische hulpmiddelen, folders, posters en werkbladen. Op het gebied van fysieke belasting zijn er aparte werkbladen.

Naast het convenant hebben de volgende activiteiten plaatsgevonden:

- *Bijdrageregeling aanpak fysieke belasting*. Deze regeling (ook wel 'Tilregeling' genoemd) is in 2000 afgesloten door de werkgevers en bood instellingen financiële ondersteuning bij aanschaf van (til)hulpmiddelen en andere maatregelen om de fysieke belasting te verminderen.
- *Project Ergocoaches*. De taak van ergocoaches is om – naast het eigenlijke werk – binnen afdelingen aandacht te krijgen voor vermindering van de fysieke belasting binnen het team waar de ergocoach zelf werkzaam is. Dit zorgbrede project, uitgevoerd door Sectorfondsen Zorg en Welzijn, heeft een positieve impact gehad op de effectiviteit van het Arboconvenant.

Eind 2007 is de Arbeidsinspectie een nieuw inspectieproject gestart waarvan de rapportage nog niet beschikbaar is. In het kader van dat project heeft zij de brochure 'Arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg' ontwikkeld en verspreid in de sector. Deze brochure bevat informatie over fysieke belasting, agressie en geweld, biologische agentia (waaronder prikaccidenten) en bedrijfshulpverlening voor het management in de gehandicaptenzorg. Er staat in:

- *welke verplichtingen werkgevers hebben;*
- *hoe een inspectie verloopt;*
- *de belangrijkste arbeidsrisico's uitgewerkt;*



- *de inspectienormen per arbeidsrisico;*
- *verwijzingen naar bestaande instrumenten en hulpmiddelen om aan de regels te voldoen.*

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Bij de eindmeting van het Arboconvenant (Nefs en Tissing, 2005) bleek dat 77% van de instellingen in de Gehandicaptenzorg de blootstelling aan fysieke belasting in kaart brengen. Van de instellingen zei 62% gebruik te maken van het werkpakket 'Pakketje Gezond'. De mogelijkheid om door middel van de quickscan fysieke belasting een extern bureau de risico's in kaart te laten brengen werd aan het eind van de convenantsperiode door 14% van de instellingen gebruikt, maar was ook pas laat beschikbaar. Aan het eind van de convenantsperiode zei 33% van de werknemers dat tilprotocollen werden toegepast. Hoe vaak het arbowerkpakket Beestenboel werd toegepast is niet bekend, maar de praktische toepasbaarheid werd door 84% van de werknemers positief beoordeeld. Tenslotte werd door 25% van de medewerkers aangegeven dat er iemand op de afdeling is die aandacht heeft voor de fysieke belasting.

In het Arbeidsinspectieproject werd geconstateerd dat 60% van de instellingen in de Gehandicaptenzorg onvoldoende doet om de fysieke belasting van de werknemers op aanvaardbaar niveau te houden. De overtredingen hadden te maken met de inzet van hulpmiddelen (39%), voorlichting en onderricht, onvolledigheid van de RI&E en gebruikte methodes (Arbeidsinspectie, juni 2005). In de RI&E is, naar het oordeel van de inspecteurs, bij 30% van de instellingen onvoldoende aandacht besteed aan de fysieke belasting (Arbeidsinspectie, juni 2005).

## **6.2 Werkdruk**

### *6.2.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Uit de monitor van het inspectieproject in 2005 bleek dat medewerkers in de gehandicaptenzorg klachten ervaren door psychische belasting, zoals vermoeidheidsklachten en onvoldoende afstand kunnen nemen (Arbeidsinspectie, juni 2005). Werkdruk kwam bij 58% van de RI&E's als knelpunt naar voren en arbeidstijden bij 33% van de instellingen. In de RI&E was, naar het oordeel van de inspecteurs, bij 17% van de instellingen onvoldoende aandacht besteed aan werkdruk en bij 12% van de instellingen te weinig aandacht besteed aan arbeidstijden.

Uit het benchmarkrapport 'Weten voor Beter' dat recent is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers voor de gehandicaptenzorg (2007) blijkt dat de kwaliteit van de factoren: 'werkafspraken', 'interne communicatie' en 'sociale steun van de leidinggevende' en 'werkdruk' het meest samenhangen met stress.

Om de werkdruk in de gehandicaptenzorg te vergelijken met andere zorgsectoren zijn in Tabel 6.1 de resultaten weergegeven van een onderzoek uit 2003 onder verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkenden in de zorg, waarbij de respondenten gevraagd is of zij in konden stemmen met een aantal stellingen die verband houden met werkdruk. In de tabel zijn de gegevens uit de gehandicaptenzorg vergeleken met de gegevens uit de totale zorgsector (Bekker e.a., 2004).

Tabel 6.1 Aandeel verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden dat grotendeels of geheel instemt met de volgende stellingen

	Totaal zorgsector	Gehandicaptenzorg
<b>Werkdruk</b>		
Ik werk onder hoge tijdsdruk	31%	25%
Ik heb vaak het gevoel tijd te kort te komen	59%	64%
<b>Tijd voor zorg</b>		
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten voldoende persoonlijke aandacht te geven	43%	44%
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	49%	52%
<b>Sfeer</b>		
Er heerst een prettige sfeer op de afdeling / in het team	85%	88%
<b>Feedback / ondersteuning door leidinggevende</b>		
Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door mijn leidinggevende	74%	74%
Ik krijg voldoende ondersteuning van mijn leidinggevende	63%	63%
Mijn leidinggevende laat mij weten of hij / zij tevreden is over mijn werk	59%	60%
<b>Groeimogelijkheden</b>		
Ik heb voldoende loopbaanperspectieven op mijn werk	44%	41%
Ik kan mij ontplooien / ontwikkelen in mijn werk	54%	56%
<b>Autonomie</b>		
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	74%	78%
Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht	62%	64%
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	42%	47%
<b>(Emotionele) uitputting</b>		
Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	7%	10%
Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	8%	10%
Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt	14%	15%

Bron: Bekker e.a., 2004, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003

Uit Tabel 6.1 blijkt dat de werkdruk in de gehandicaptenzorg vergelijkbaar is met andere sectoren van de zorg. Wel lijken medewerkers meer last te hebben van emotionele uitputting, wat een gevolg van een hoge werkdruk kan zijn.

### 6.2.2 *Maatregelen werkdruk*

De volgende maatregelen en instrumenten zijn in het kader van het Arboconvenant op het gebied van werkdruk ontwikkeld (dan wel overgenomen uit andere zorgsectoren of aangepast aan de gehandicaptenzorg) (Nefs en Tissing, 2005):

- *Werkdrukalarm*: diagnose-instrument om de werkdrukproblematiek in kaart te brengen, ondersteunend bij het vinden van maatregelen. Instellingen konden subsidie krijgen voor het inhuren van een externe deskundige bij de uitvoering, en er was een (gratis) helpdesk aanwezig.
- *Training werkdruk*: (direct) leidinggevenden werden getraind in het 'managen' van werkdruk bij medewerkers en zichzelf.
- *Afstemming werkzaamheden*: instellingen werden gestimuleerd om richtlijnen te ontwikkelen voor een goede afstemming van werkzaamheden en beschikbare capaciteit. Ze kregen daarvoor de instrumenten 'capaciteits-planning' en 'gezond roosteren' aangereikt.

*Mate van toepassing van maatregelen*

Uit de eindmeting van het Arboconvenant (Nefs en Tissing, 2005) blijkt dat 44% van de instellingen op een of andere wijze de werkdruk in kaart had gebracht, maar door slechts 8% van de instellingen werd het werkdrukalarm gebruikt. Bij een tussenmeting was 22% van het management getraind in het managen van werkdruk bij medewerkers en hen zelf. Tenslotte blijkt uit de eindmeting dat 55% van de instellingen richtlijnen had ontwikkeld.

**6.3 Agressie en geweld***6.3.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Uit een onderzoek naar agressie en geweld onder verpleegkundigen en verzorgenden in het algemeen bleek dat 56% van de respondenten uit een gehandicaptenzorg instelling in het jaar voorafgaand aan het onderzoek 10 keer of vaker agressie hadden ervaren. Dit is vaker dan gemiddeld (38%) voor de verpleging en verzorging. Ook viel op dat mannen vaker zeiden met agressie te maken te hebben gehad dan vrouwen en dat werknemers tussen 26-35 jaar vaker zeiden met agressie geconfronteerd te zijn geweest dan gemiddeld (Noordam en De Vries, 2006).

Uit het inspectieproject van de Arbeidsinspectie (2005) bleek dat agressie en geweld bij 62% van de RI&E's als knelpunt naar voren kwam en seksuele intimidatie bij 44%. De inspecteurs oordeelden dat in de RI&E bij 29% van de instellingen onvoldoende aandacht was besteed aan agressie & geweld en bij 11% van de instellingen te weinig aandacht was besteed aan seksuele intimidatie.

*6.3.2 Maatregelen agressie en geweld*

Uit de eindmeting van het Arboconvenant (Nefs en Tissing, 2005) bleek dat 61% van de instellingen gedragscodes hadden opgesteld voor alle betrokken partijen. Agressieprotocollen voor agressieve incidenten waren opgesteld door 60% van de instellingen, een centraal meld- en registratiesysteem bij 98% en georganiseerde opvang van medewerkers bij incidenten bij 65% van de instellingen.

De volgende maatregelen en instrumenten zijn, ondermeer in het kader van het Arboconvenant, op het gebied van agressie en geweld ontwikkeld (dan wel overgenomen uit andere zorgsectoren of aangepast aan de gehandicaptenzorg) (van de met een \* gemarkeerde instrumenten is een korte beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *Agressie evaluatieformulier SOAS\** (Staff Observation Aggression Scale). Registratie- en analysesysteem voor agressie-incidenten.
- *Agressie! Werkpakket Gehandicaptenzorg\**. Werkpakket met voorbeeldprotocollen en handreikingen om agressie op te sporen. Aan het eind van de convenantsperiode werd deze gebruikt door 47% van de instellingen.
- *Quick Scan agressie*. Instellingen konden tegen gereduceerd tarief het risico in kaart laten brengen door een extern bureau; hiervan werd aan het eind van de convenantsperiode gebruikt door 6% van de instellingen gebruik gemaakt.
- *Arbowerkpakket Beestenboel – werkbladen agressie\**. Arbobreed werkpakket bestaand uit praktische hulpmiddelen, folders, posters en werkbladen. Voor agressie zijn aparte werkbladen ontwikkeld.

*Mate van toepassing van maatregelen*

Het agressie evaluatieformulier SOAS werd bij de eindmeting van het convenant door 21% van de instellingen gebruikt. Door 47% van de instellingen werd het agressie werkpakket gebruikt. Slechts 6% van de instellingen heeft gebruik ge-

maakt van de mogelijkheid de quick scan agressie te laten toepassen door een extern bureau. Het is niet bekend in hoeverre het arbowerkpakket Beestenboel is toegepast, wel werd de praktische toepasbaarheid door 84% van de werknemers positief beoordeeld.

In het Arbeidsinspectieproject (2005) werden bij 69% van de instellingen (n=99) overtredingen geconstateerd op het gebied van agressie en geweld. Deze overtredingen hadden te maken met:

- melding en registratie van agressie incidenten (15%);
- alarmeringsmogelijkheden (14%);
- training (13%);
- voorlichting (12%);
- agressieprotocol (10%);
- gedragscode (10%);
- evaluatie (10%);
- regeling voor ondersteuning, opvang en nazorg (9%);
- technopreventie en organisatorische maatregelen (8%).

De Arbeidsinspectie concludeerde dat de instellingen wel een belangrijke stap voorwaarts hadden gezet. De aanpak van het risico op agressie & geweld, vertoonde echter op onderdelen nog teveel hiaten.

In 2007 heeft de Arbeidsinspectie de brochure 'Arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg' (2007) verspreid in de sector. Hierin staat praktische informatie over agressie en geweld en wat werkgevers daartegen kunnen doen.

## 6.4 Prikaccidenten

### 6.4.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Prikaccidenten waren geen specifiek aandachtspunt in het Arboconvenantentrajec. Uit het inspectieproject van de Arbeidsinspectie (2005) bleek dat prikaccidenten bij 27% van de RI&E's als knelpunt naar voren kwam. Het is niet bekend in hoeverre prikaccidenten daadwerkelijk voorkomen bij instellingen voor gehandicaptenzorg. Net als bij de GGZ komen in de gehandicaptenzorg ook bijt- en krabincidenten voor. Ook hier vinden injecties vaak onder ongecontroleerde omstandigheden plaats wat meer risico met zich mee brengt. Hoewel het absolute aantal prikaccidenten vermoedelijk laag is, kan dit in relatie tot het naaldgebruik hoog zijn. Toch wordt er relatief weinig aandacht besteed aan dit risico. Wel heeft de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) een raamovereenkomst gesloten met Prikpunt (zie par. 3.4.2). Instellingen die lid zijn melden accidenten bij Prikpunt. Meer informatie over prikaccidenten is te vinden in paragraaf 3.4.

### 6.4.2 *Maatregelen prikaccidenten*

In het Arboconvenant zijn geen maatregelen afgesproken met betrekking tot prikaccidenten. De Arbeidsinspectie heeft in 2007 een *arbobrochure* uitgebracht met betrekking tot arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg. Hierin worden prikaccidenten genoemd als onderdeel van het arbeidsrisico 'blootstelling aan biologische agentia'. Om het risico te beperken zijn er algemene maatregelen en instrumenten beschikbaar, die voor de gehele zorgsector kunnen dienen (zie par. 3.4.2). Daarnaast is een *Preventiehandleiding* ontwikkeld voor de gehandicaptenzorg door het NHC en de VGN.

De Arbeidsinspectie (2005) concludeerde uit de resultaten van het inspectieproject in de gehandicaptenzorg dat in 19% van de RI&E's te weinig aandacht werd besteed aan prikaccidenten. Binnen de sector wordt momenteel gesproken over toekomstige activiteiten op het gebied van prikaccidenten.

## 6.5 Cytostatica

Voor zover bekend, worden medewerkers in de gehandicaptenzorg niet of nauwelijks blootgesteld aan cytostatica.

## 6.6 Conclusies

Fysieke belasting en agressie en geweld vormen de grootste risico's op arbogebied in de gehandicaptenzorg. Er zijn veel oplossingen en instrumenten voorhanden om arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg terug te dringen.

Voor *fysieke belasting* zijn veel maatregelen al geïmplementeerd door de instellingen. Echter een deel van die instrumenten, alsmede de instrumenten voor de andere arbeidsrisico's zijn nog onvoldoende bekend dan wel toegepast. Dit geldt met name voor *werkdruk*, waarvoor nog minder aandacht is in de instellingen, en mogelijk ook nog onvoldoende sectorspecifieke maatregelen en instrumenten beschikbaar zijn.

Er is in de convenantsperiode (met succes) veel aandacht besteed aan de aanpak van *agressie en geweld*.

Gezien bovenstaande zou de prioriteit voor de toekomst moeten liggen bij implementatie en borging van alle beschikbare oplossingen en instrumenten in het arbo-beleid van de instellingen en op de werkvloer.

Naast verdere implementatie en borging van beschikbare instrumenten en maatregelen is ook specifieke aandacht nodig voor uitbreiding van de instrumenten voor agressie en onveiligheid. Vanwege de trend om steeds meer in de wijk te werken, veranderen de risico's. Het is daarom van belang deze ontwikkelingen goed te monitoren en het beleid en de aanpak van agressie daarop aan te passen.

Voordat nieuw beleid wordt uitgestippeld lijkt het verstandig om de rapportage van het laatste inspectieproject af te wachten.



## 7 Verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen

Er zijn in Nederland ongeveer 1700 verpleeg- en verzorgingshuizen, waarin totaal ongeveer 200.000 mensen werken (Arbeidsinspectie, mei 2007c). Anders dan bij andere zorgsectoren is er voor de verpleeg- en verzorgingshuizen geen Arboconvenant afgesproken. In 2000 is wel een intentieverklaring getekend om tot een convenant te komen, maar dit heeft niet geleid tot een werkelijk convenant. Dat betekent dat er geen gebruik gemaakt kon worden van de subsidieregeling in het kader van de convenanten. Wel heeft de branche zelf uit andere bronnen een beperkte subsidie beschikbaar gesteld voor de aanschaf van til- en transfermiddelen (Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004).

In 2002 zijn er in de CAO afspraken gemaakt om de arbeidsrisico's in verband met fysieke belasting, werkdruk en agressie en geweld terug te dringen. In dat kader is er ook onderzoek geweest naar blootstelling en zijn er diverse instrumenten ontwikkeld.

Vanaf 1 januari 2008 is er een CAO Verpleging, Verzorging & Thuiszorg, met een looptijd tot 1 maart 2010. Hierin is een hoofdstuk Arbeidsomstandigheden opgenomen, waarin afspraken staan om in 2008 tot een Arbocatalogus te komen.

Door de Arbeidsinspectie is een *Arbobrochure Verpleging en Verzorging* ontwikkeld en verspreid in de sector (zie bijlage C). Deze brochure bevat informatie over de belangrijke arbeidsrisico's en mogelijke maatregelen ter vermindering van die risico's. De brochure werd verspreid in het kader van het inspectieproject verpleging en verzorging begin 2006 (update 2008; [www.arbeidsinspectie.nl](http://www.arbeidsinspectie.nl)).

### 7.1 Fysieke belasting

#### 7.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

Bij 82% van de verzorgingshuizen komt fysieke belasting uit de Risico-Inventarisatie en –Evaluatie (RI&E) als knelpunt naar voren voor zorgverlenende functies. Fysieke belasting wordt door 89% van de verpleeghuizen bij zorgverlenende functies gesignaleerd (Knibbe en Knibbe, 2003).

In 2002 is in het kader van de CAO arbeid en gezondheid een vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar de fysieke belasting in verpleeg- en verzorgingshuizen (Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004). De resultaten van dat onderzoek staan in Tabel 7.1 (blootstelling aan fysieke belasting). De resultaten betreffen alleen de verpleegkundigen en verzorgenden, maar zijn behalve de eerste vraag (“Ik vind mijn werk lichamenlijk belastend”) niet uitgesplitst naar leidinggevenden en niet leidinggevenden.

Tabel 7.1 Percentage werknemers dat aangeeft 'vaak' of 'zeer vaak' te maken te hebben met fysieke belastend werk (n=86.158)

Type belasting	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen
Lichamelijk belastend werk: V&V leidinggevend	30%	35%
Lichamelijk belastend werk: V&V niet leidinggevend	46%	53%
Lichamelijk moe aan het eind van de werkdag	66%	71%
Na werkdag genoeg energie over om iets leuk te doen met anderen	43%	38%
Werk is veel zwaarder dan ik dacht toen ik dit vak koos	33%	38%
Zwaar tillen (meer dan 25 kg)	43%	46%
Zwaar duwen of trekken	44%	52%
Flink kracht uitoefenen met de handen	14%	18%
In ongemakkelijke (gebogen, gedraaide, hurkende, knielende, reikende) houdingen werken	46%	45%
Veel lopen	88%	89%
Langer dan 2 uur achtereen staan	32%	44%
Langer dan 2 uur aangesloten zitten	3%	3%
Steeds dezelfde bewegingen maken	11%	13%
Langer dan 2 uur achtereen achter een beeldscherm	1%	1%

Bron: Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002

Uit Tabel 7.1 blijkt dat zowel bij de verzorgingshuizen als de verpleeghuizen ongeveer de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden zonder leidinggevende functie het werk als lichamelijk belastend ervaren. De leidinggevend scoren iets gunstiger. Bij verpleeghuizen zijn de cijfers ongunstiger dan bij verzorgingshuizen, maar de verschillen zijn klein.

Cijfers over blootstelling aan fysieke belasting van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 met betrekking tot de fysieke belasting staan in Tabel 7.2.

Tabel 7.2 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; 1 is een minimale belasting en 4 is een maximale belasting

Fysieke belasting	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in verzorg- en verpleeghuizen (n=260)
Fysiek zwaar werk	2,36	1,57	2,66
Houdingbelasting	1,87	1,75	1,98

Bron: databestand NEA 2006

De resultaten in Tabel 7.2 laten zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen zowel fysiek zwaar werk als houdingsbelasting als meer belastend ervaren dan hun collega's in andere branches van de zorg en duidelijk meer belastend dat bij andere beroepsgroepen.

Deze hoge fysieke belasting kan leiden tot bewegingsapparaatklachten en zelfs tot verzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege deze klachten. In Tabel 7.3 is weerge-



geven hoe vaak werknemers klachten rapporteren, inclusief het daarmee samenhangende verzuim in een tijdsbestek van 3 maanden.

Tabel 7.4 laat de uitsplitsing van het percentage rugklachten zien naar wel en niet leidinggevenden. Dit percentage heeft betrekking op een langere tijdsperiode, namelijk 12 maanden.

Tabel 7.3 Percentage werknemers met klachten in de laatste 3 maanden voor het onderzoek en daarmee samenhangend verzuim (n=86.158)

	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen
Rugklachten	43%	44%
Verzuim door rugklachten	6%	7%
Knieklachten	15%	14%
Verzuim door knieklachten	2%	2%
Nek/schouderklachten	40%	43%
Verzuim door nek/schouderklachten	5%	6%
Arm/handklachten	21%	23%
Verzuim door arm/handklachten	3%	4%

Bron: Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002

Tabel 7.4 Percentage werknemers in verschillende functiegroepen met rugklachten in de laatste 12 maanden voor het onderzoek (n=86.158)

	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen
V&V leidinggevend	42%	43%
V&V niet leidinggevend	50%	51%

Bron: Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002

Uit Tabel 7.3 en Tabel 7.4 blijkt dat rug- en nek/schouderklachten het meeste voorkomen. Beide klachten worden door meer dan 40% van de verpleegkundigen en verzorgenden geuit. Deze klachten leiden niet altijd tot verzuim. Er is weinig verschil tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Zoals verwacht hebben de niet-leidinggevenden meer klachten dan de leidinggevenden.

### 7.1.2 *Maatregelen fysieke belasting*

Concrete maatregelen die genomen zijn in het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid op het gebied van fysieke belasting zijn de volgende (Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004; van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *Klankbordgroep Fysieke belasting.* Voortzetting van de inzet vanuit de Klankbordgroep Fysieke Belasting bestaande uit vertegenwoordigers van instellingen die de praktische implementatie en de instrumentontwikkeling inhoudelijke begeleidde en stuurde.
- *Ontwikkeling van instrumenten en werkpakket.* Hieronder vallen Praktijkrichtlijnen, de instrumenten TilThermometer\*, BeleidsSpiegel\* en het volledige werkpakket Aanpak Fysieke Belasting\*. Alle instellingen hebben dit werkpakket ontvangen.
- *Workshops.* Workshops fysieke belasting waarin het werkpakket begin 2002 is geïntroduceerd. Ook workshops als onderdeel van het WIB programma (Medewerkerraadpleging), waarin de TilThermometer resultaten zijn teruggekoppeld en werd ingegaan op vervolgstappen beleid fysieke belasting.

- *Ondersteunend materiaal.* Voorbeelden zijn een Rugboekje\* en de Preventie-Wijzer (een handzame samenvatting van de praktijkrichtlijnen in waaivorm).
- *Helpdesk fysieke belasting.* Het in juni 2001 gestarte Arbokenniscentrum biedt informatie over arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie, gericht op arboprofessionals in de zorg en welzijn.
- *Spiegelinformatie.* Aan alle instellingen is een schriftelijke terugkoppeling verzorgd over de resultaten van de TilThermometer, met aanbevelingen voor beleid.

Hoewel de CAO AG-afspraken een andere status hebben dan convenantafspraken zijn de afspraken geenszins vrijblijvend van karakter. Het gebruik van de instrumenten TilThermometer en BeleidSpiegel is bijvoorbeeld verplicht gesteld en er is een actieve rol van het medezeggenschapsorgaan voorzien. Vanuit de CAO arbeid en gezondheid was een (beperkte) subsidie vanuit de branche beschikbaar gesteld voor de aanschaf van til- en transferhulpmiddelen (tot 2003).

Behalve de CAO-afspraken gebeurt er nog meer op het gebied van de fysieke belasting:

- *Opleiding en scholing.* Instellingen hebben ook via andere subsidiekanalen, zoals die voor opleiding en scholing, bijvoorbeeld hun trainingen in het kader van fysieke belasting gerealiseerd.
- *Productontwikkeling.* Specifiek voor het werk in verpleeg- en verzorgingshuizen is bijvoorbeeld de ontwikkeling/evaluatie van ergonomisch incontinentiemateriaal, waaruit blijkt dat de fysieke belasting significant omlaag kan worden gebracht (Knibbe & Knibbe, 2006).

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

Over de mate waarin de genoemde maatregelen zijn toegepast zijn nauwelijks gegevens bekend. Dit heeft te maken met het ontbreken van een Arboconvenant, waarin de implementatie van maatregelen standaard beoordeeld wordt. Wel geeft het inspectierapport van de Arbeidsinspectie wat meer inzicht in het toepassen van maatregelen. In dit rapport wordt geconstateerd dat men zich nog onvoldoende rekenschap gaf van de risico's van overbelasting. Er is geconstateerd dat er wel aandacht is voor de vermindering van de fysieke belasting, maar dat de beoordeling van de fysieke belasting met behulp van een Tilthermometer en de concrete inzet van hulpmiddelen nog de nodige inzet vraagt. Als positief punt wordt genoemd dat steeds meer overgegaan wordt tot het aanstellen van zogeheten ergocoaches. Een belemmering bij de goede invulling van de vermindering van de fysieke belasting wordt veroorzaakt door het werken in oude gebouwen, met bijvoorbeeld te kleine ruimtes (Arbeidsinspectie, mei 2007c).

## **7.2 Werkdruk**

### *7.2.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

In Tabel 7.5 zijn de resultaten weergegeven van een onderzoek uit 2003 onder verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkenden in de zorg, waarbij de respondenten gevraagd is of zij in konden stemmen met een aantal stellingen die verband houden met werkdruk. In de tabel zijn de gegevens van de verpleeg- en verzorgingshuizen vergeleken met de gegevens uit de totale zorgsector (Bekker e.a., 2004).

Tabel 7.5 Aandeel verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden dat grotendeels of geheel instemt met de volgende stellingen

	Totaal zorgsector	Verpleeg- en verzorgingshuizen
<b>Werkdruk</b>		
Ik werk onder hoge tijdsdruk	31%	39%
Ik heb vaak het gevoel tijd te kort te komen	59%	69%
<b>Tijd voor zorg</b>		
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten voldoende persoonlijke aandacht te geven	43%	28%
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	49%	36%
<b>Sfeer</b>		
Er heerst een prettige sfeer op de afdeling / in het team	85%	83%
<b>Feedback / ondersteuning door leidinggevende</b>		
Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door mijn leidinggevende	74%	74%
Ik krijg voldoende ondersteuning van mijn leidinggevende	63%	63%
Mijn leidinggevende laat mij weten of hij / zij tevreden is over mijn werk	59%	61%
<b>Groeimogelijkheden</b>		
Ik heb voldoende loopbaanperspectieven op mijn werk	44%	42%
Ik kan mij ontplooiën / ontwikkelen in mijn werk	54%	49%
<b>Autonomie</b>		
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	74%	74%
Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht	62%	53%
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	42%	33%
<b>(Emotionele) uitputting</b>		
Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	7%	9%
Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	8%	10%
Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt	14%	15%

Bron: Bekker e.a., 2004, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003

Uit Tabel 7.5 blijkt dat de werkdruk in de verpleeg- en verzorgingshuizen als hoger wordt ervaren dan in andere sectoren van de zorg: 39% werkt onder hoge tijdsdruk en 69% komt tijd te kort. Ook hebben medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen minder tijd voor cliënten. Wel kan dit beeld enigszins vertekend zijn, omdat agogisch werkenden zijn meegenomen in de cijfers.

Cijfers over blootstelling aan werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 met betrekking tot de fysieke belasting staan in Tabel 7.6.

Tabel 7.6 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; tussen haakjes staat het minimum en maximum van de schaal weergegeven

Werkdruk	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroeps-groepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in verzorg- en verpleeghuizen (n=260)
Werktempo (1-4)	2,43	2,31	2,55
Tijdsdruk (1-3)	2,24	2,06	2,37
Emotioneel zwaar werk (1-4)	2,28	1,77	2,23
Autonomie (1-3)	2,24	2,47	2,17
Herstelbehoefte (0-11)	3,89	3,54	4,01

Bron: databestand NEA 2006

Ook hier zien we dat verpleegkundigen en verzorgenden in de verpleeg- en verzorgingshuizen het werktempo en de tijdsdruk als iets meer belastend ervaren dan hun collega's in andere branches van de zorg en duidelijk meer belastend dan beroepsgroepen buiten de zorg. Ook zijn hun regelmogelijkheden (autonomie) lager. Emotionele uitputting, burnout en een hogere herstelbehoefte kunnen het gevolg zijn van een hoge werkdruk. Uit Tabel 7.5 (emotionele uitputting/burnout) en Tabel 7.6 (herstelbehoefte) blijkt dat bij medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen inderdaad iets vaker sprake is van deze gevolgen.

De meest recente cijfers over werkdruk komen uit een peiling onder verpleegkundigen en verzorgenden uit 2007 (De Veer e.a., 2007). Ook uit deze cijfers blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden uit verpleeg- en verzorgingshuizen het werk vaker als te druk ervaren.

### 7.2.2 *Maatregelen werkdruk*

Ondanks het feit dat de werkdruk in verpleeg- en verzorgingshuizen relatief hoog is, lijkt de aandacht voor arbeidsrisico's toch eerder uit te gaan naar fysieke belasting. Werkdruk was ook niet een van de inspectieonderwerpen van de Arbeidsinspectie (Arbeidsinspectie, mei 2007c). Dat er toch wel aandacht voor werkdruk is blijkt uit een peiling onder een panel van verpleegkundigen en verzorgenden die elke twee jaar wordt uitgevoerd door NIVEL, LEVV en V&VN. Uit de peiling van 2007 blijkt dat de panelleden uit de verzorgingshuizen veel vaker rapporteerden dat de werkdruk recentelijk gemeten was (37%; versus 17% rest van de zorg). Bij de verpleeghuizen ligt dit percentage echter slechts op 12%. Op de vraag of er in de afgelopen jaren maatregelen genomen zijn om de werkdruk te verlichten antwoordt 46% in de verpleeghuizen en 22% in verzorgingshuizen dat er maatregelen zijn genomen. Voor de totale zorgsector ligt dit percentage op 41% (De Veer e.a., 2007).

Hoewel er klaarblijkelijk werkdrukmaatregelen worden genomen, is het onbekend welke maatregelen dat zijn. Er zijn geen instrumenten, projecten of initiatieven bekend die specifiek gericht zijn op de werkdruk van de verpleegkundigen en verzorgenden in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Uiteraard zijn de meeste instrumenten die voor de andere sectoren ontwikkeld zijn in de meeste gevallen ook bruikbaar voor deze sector.

*Lopende/ toekomstige projecten*

In 2009 starten het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het expertisecentrum LEVV het project 'Tijd voor zorg'. Dit project zal zich richten op verpleegafdelingen in zowel ziekenhuizen als verpleeg- en verzorgingshuizen. Zie voor een verdere beschrijving par. 3.2.2.

### 7.3 Agressie en geweld

#### 7.3.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

In het kader van het inspectieproject 'verpleging en verzorging' (Arbeidsinspectie, mei 2007c) is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder 705 werknemers bij 204 instellingen. Daarbij is gevraagd hoe vaak bepaalde vormen van agressie en geweld de afgelopen twee jaar voorkwamen. Het vragenlijstonderzoek betrof alle medewerkers en niet alleen de verpleegkundigen en verzorgenden. Bovendien betrof het onderzoek ook de thuiszorg en gemengde verpleeg- en verzorgingshuizen. De resultaten lieten het volgende zien:

21% van de werknemers heeft niet te maken gehad met vormen van agressie en geweld (bij ouderen lag dit percentage hoger);

- 14% heeft dagelijks met één of meer vormen te maken gehad;
- 24% heeft wekelijks met één of meer vormen te maken gehad;
- 13% heeft maandelijks met één of meer vormen te maken gehad;
- 13% heeft ieder kwartaal met één of meer vormen te maken gehad;
- 15% heeft jaarlijks met één of meer vormen te maken gehad.

Bij de vraag naar de twee belangrijkste vormen van agressie en geweld is het percentage medewerkers dat de verschillende vormen noemt als volgt:

- beledigen, uitschelden: 61%;
- poging tot slaan, schoppen of kopstoot: 51%, uitdagen: 48%;
- bedreigen, intimideren: 42%, spugen, duwen, trekken: 41%, jennen, klieren: 40%, slaan, schoppen, kopstoot: (39%);
- dreigen met voorwerp (26%), vernielen, beschadigen voorwerpen: 23%;
- andere vormen: 4%.

Cijfers over blootstelling aan agressie en geweld die alleen de verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen betreffen kunnen ontleend worden aan het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens op basis van een secundaire analyse op het bestand van 2006 staan in Tabel 7.7.

Tabel 7.7 Mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden zeggen te maken te hebben met verschillende vormen van agressie en geweld en daaraan gerelateerd verzuim of minder goed functioneren (percentage per antwoordcategorie)

Agressie en geweld	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in verzorg- en verpleeghuizen (n=260)
Intimidatie			
-nooit	47%	78%	53%
-een enkele keer	47%	20%	42%
-vaak	5%	2%	5%
-zeer vaak	1%	<1%	<1%
Lichamelijk geweld			
-nooit	61%	95%	46%
-een enkele keer	34%	1%	46%
-vaak	5%	<1%	7%
-zeer vaak	1%	<1%	1%
Pesten			
-nooit	86%	92%	89%
-een enkele keer	13%	7%	10%
-vaak	1%	1%	1%
-zeer vaak	<1%	<1%	0%
Vanwege agressie of geweld:			
Wel eens verzuimd	3%	2%	2%
> 4 weken verzuimd	1%	1%	1%
Minder goed gefunctioneerd	14%	10%	11%
> 4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	3%

Bron: databestand NEA 2006

Tabel 7.7 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen minder te maken zeggen te hebben met intimidatie maar meer met lichamelijk geweld dan hun collega's in andere sectoren van de zorg en meer dan werknemers uit andere beroepsgroepen. Het verzuim ten gevolge van agressie en geweld is minimaal. Wel geeft 11% aan wel eens minder goed te functioneren als gevolg van agressie en geweld, maar dit is vergelijkbaar met andere beroepsgroepen en is zelfs minder dan bij andere zorgsectoren.

### 7.3.2 Maatregelen agressie en geweld

In de zorgsector is veel aandacht voor het probleem van agressie en geweld, maar er zijn geen grootschalige specifieke projecten bij ons bekend die specifiek gericht zijn op de verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen. Wel is het project Veiligezorg (zie par. 3.3.2 en [www.veiligezorg.nl](http://www.veiligezorg.nl)) en de in dat kader ontwikkelde instrumenten ook voor deze sector toegankelijk.

Ook zijn er websites gericht op het probleem van agressie en geweld, die ook aandacht geven of in ieder geval van toepassing zijn op de situatie in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bijvoorbeeld:

- [www.veiligezorg.nl](http://www.veiligezorg.nl); zie par. 3.3 ;
- [www.lastiggedrag.nl](http://www.lastiggedrag.nl); deze site geeft informatie over risico's, oorzaken en maatregelen;

- [www.ziekenverzorgende.nl](http://www.ziekenverzorgende.nl); deze site gaat over allerlei aspecten van het werk en heeft ook informatie over omgaan met agressie;
- [www.agressieindegezondheidszorg.nl](http://www.agressieindegezondheidszorg.nl); op deze site staan artikelen over agressie in de zorg. De site is niet specifiek gericht op verpleeg- en verzorgingshuizen.

Daarnaast is het mogelijk om allerlei trainingen op dit gebied te volgen. Verschillende bureaus bieden trainingen of cursussen aan om met agressie en geweld om te kunnen gaan.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

In het Inspectieproject verpleging en verzorging (Arbeidsinspectie, mei 2007c) is gekeken naar het beleid ten aanzien van agressie & geweld. Voor dit project werd gelet op een 9-tal elementen, die bij een adequaat en goed beleid aanwezig moeten zijn. De resultaten van een vragenlijstonderzoek onder 232 instellingen lieten zien dat:

- Bijna de helft van de werknemers voorlichting (instructie/ training) op het gebied van vormen van agressie en geweld had ontvangen;
- Meer dan driekwart aangaf dat in de training ook aandacht is besteed aan 'hoe om te gaan' met de klanten die zich verdacht/ ongewenst/ agressief/ gewelddadig gedragen of op het punt staan iets te stelen (of iets gestolen hebben);
- Meer dan driekwart aangaf dat ook de mogelijke persoonlijke gevolgen van agressie- en geweldsincidenten aan de orde zijn gekomen;
- Ruim een derde aangaf in het laatste jaar instructies/training te hebben ontvangen; voor eveneens een derde was dat in de laatste 2 jaar voor het onderzoek;
- Slechts door een zeer klein deel van de werknemers werd aangegeven dat men na een incident niet kan terugvallen op een collega of leidinggevende;
- De helft van de werknemers alle incidenten rondom agressie en geweld meldt aan de werkgever/ leidinggevende en bijna de helft het laat afhangen van het incident;
- Driekwart van de werknemers aangaf dat de oorzaken van de gemelde incidenten rondom agressie en geweld altijd of vaak opgelost worden. Een kwart van de werknemers geeft aan dat dit soms of nooit het geval is;
- De meeste werknemers aangaven te weten bij wie ze terecht kunnen voor opvang en nazorg als ze te maken hebben gehad met agressie en geweld;
- Bijna een kwart van de werknemers aangaf dat er geen (nadere) afspraken gemaakt waren over de opvang en nazorg;
- Driekwart van de werknemers aangaf dat opvang en nazorg geregeld is in een schriftelijk protocol of via mondelinge afspraken.

## **7.4 Prikaccidenten**

### *7.4.1 Blootstelling, klachten en verzuim*

Prikaccidenten komen ook voor bij de verpleeg- en verzorgingshuizen. Over de mate waarin zijn geen representatieve gegevens bekend. Uit een onderzoek van Vos e.a. (2006) bleek dat er in verpleeg- en verzorgingshuizen in een jaar tijd (vanaf februari 2004) 69 incidenten waren gemeld (van de 144 meldingen buiten de ziekenhuizen). Dit geeft aan dat prikaccidenten wel degelijk voorkomen in deze sector. Ook de arbeidsinspectie heeft aandacht besteed aan prikaccidenten. Het inspectieproject richtte zich hierbij op de bloedoverdraagbare agentia zoals de virussen he-

patitis B, C en HIV, en de inspectieonderwerpen prikaccidenten-beleid, postexpositie protocol en vaccinatie (tegen hepatitis B). Daaraan gerelateerd zijn zonnig eveneens de risico-inventarisatie en evaluatie, het geven van voorlichting en onderricht en het houden van toezicht aan de orde gesteld (Arbeidsinspectie, mei 2007c).

#### 7.4.2 *Projecten en maatregelen prikaccidenten*

Om het risico op en de gevolgen van prikaccidenten te verminderen zijn de volgende maatregelen en instrumenten beschikbaar (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage C):

- *CD-ROM over preventie van bloedoverdraagbare aandoeningen*: In samenwerking met ActiZ (brancheorganisatie voor verzorgings- en verpleeghuiszorg, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg; toen nog Arcares) is een CD-Rom ontwikkeld, die ingaat op alle aspecten van preventie tegen bloedoverdraagbare aandoeningen (BOA). Daarin komen de volgende onderwerpen aan bod:
  - Wet en regelgeving;
  - RI&E;
  - Voorlichting;
  - Algemene voorzorgsmaatregelen;
  - hepatitis B vaccinatie risicolopers;
  - Prikaccidentenprotocol;
  - Gegevensbeheer.
- *Preventiehandleiding*: een preventiehandleiding voor de verpleeg- en verzorgingshuizen, ontwikkeld door het NHC in opdracht van SZW, naar aanleiding van een onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in 2003 door de Arbeidsinspectie.

Voor meer informatie over prikaccidenten wordt verwezen naar paragraaf 3.4.

#### *Mate van toepassing van maatregelen*

De Arbeidsinspectie concludeerde het volgende:

“Het blijft van belang om goede aandacht te blijven geven aan de risico's die verbonden zijn met blootstelling aan biologische agentia. Hoewel de branche een goede opzet heeft gemaakt is dat nog niet geheel “doorgesijpeld” naar de werkvloer”.

De geconstateerde overtredingen hadden betrekking op:

- Het onvoldoende geven van voorlichting en onderricht aan medewerkers;
- Het niet ter beschikking stellen van vaccinaties;
- Het niet beperken van de gevaren, bijv. door het ontbreken van naaldcontainers;
- Het niet uitvoeren van blootstellingsbeoordelingen als basis voor te nemen maatregelen.

Punt van aandacht blijft het actueel zijn en houden van de RI&E/op dit onderwerp. Verder zal aan de bewustwording van de gevaren/risico's die samenhangen met blootstelling aan biologische agentia nog meer aandacht gegeven moeten worden. Tijdens de inspecties op de werkvloer bleek dat nog onvoldoende te zijn. In veel gevallen ontbraken op afdelingen nog de naaldcontainers. Er is geen goed beeld verkregen van het aanwezig zijn van een prikaccidenten-beleid en een Post-Expositie-Protocol (PEP). Uit de verzamelde monitorgegevens blijkt dat ruim een



derde van de instellingen (40%) geen veilige naaldsystemen gebruikt. Dit percentage ligt hoger bij grotere instellingen (Arbeidsinspectie, mei 2007c).

## 7.5 Cytostatica

Het is nog onduidelijk in hoeverre problemen met cytostatica spelen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Volgens een onderzoek naar blootstelling aan cytostatica buiten ziekenhuizen van de Universiteit Utrecht wordt het aantal blootgestelden in verpleeg- en verzorgingshuizen geschat op meer dan 1000 (Meijster e.a. 2006).

Om meer inzicht te verkrijgen in de problematiek van het onderwerp 'omgaan met cytostatica' in deze specifieke sector heeft de Arbeidsinspectie besloten de stand van zaken via monitoring eerst te gaan inventariseren. Daarbij zal het vooral gaan om het aantal bewoners dat met een cytostaticum behandeld wordt en om in hoeverre men bekend met de in acht te nemen maatregelen (Arbeidsinspectie, mei 2007c). Voor meer informatie over problemen met cytostatica wordt verwezen naar paragraaf 3.5.

## 7.6 Conclusies

Blootstelling aan arbeidsrisico's en daaruit voortkomende klachten en maatregelen zijn voor deze sector minder goed in kaart gebracht dan bij andere zorgsectoren. Grootschalige, landelijke projecten komen minder voor. Dat houdt verband met het ontbreken van een Arboconvenant. Dit wil overigens niet zeggen dat er niets gebeurt. Er zijn wel degelijk afspraken over arbeidsomstandigheden gemaakt die vastgelegd zijn in de CAO.

Van de arbeidsrisico's krijgt de fysieke belasting de meeste aandacht. Deze aandacht is zeker terecht, want uit verschillende bronnen wordt duidelijk dat de fysieke belasting hoog is en tot klachten leidt. Toch moet de werkdruk als arbeidsrisico niet onderschat worden. Deze is zelfs hoger dan gemiddeld in de zorgsector. Behalve dat een hoge werkdruk tot burnoutverschijnselen kan leiden, lijkt het ook de fysieke belasting te verhogen. Vaak wordt gehoord dat hulpmiddelen om de fysieke belasting te verminderen niet altijd worden gebruikt vanwege hoge werkdruk. Al met al is het zeker van belang om, naast de fysieke belasting, ook de werkdruk aan te pakken.

Agressie en geweld is een algemeen probleem in de zorg en ook in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Het komt zelfs vaker voor dan bij andere zorgsectoren. Ook hier wordt in de instellingen al redelijk veel aandacht aan besteed. Voor zover bekend zijn er geen pakketten of instrumenten die specifiek voor verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ontwikkeld, maar er is wel informatie aanwezig. Zo zijn de algemene brochures die voor de hele zorgsector zijn bedoeld ook bruikbaar voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook zijn er websites waarop informatie te vinden is.

Over het aantal prikaccidenten en blootstelling aan cytostatica in de sector zijn geen representatieve gegevens bekend. Naast het verzamelen van deze cijfers is aandacht nodig voor het volgen van de juiste protocollen.

Tenslotte concludeert de arbeidsinspectie in 2007 dat er duidelijk vooruitgang is geboekt ten opzichte van 3 jaar geleden; "Men is van goede wil en ziet ook de risico's beter". Implementatie van maatregelen en toepassing van hulpmiddelen (zoals de Tilthermometer) en borging verdienen nog de nodige aandacht. Op alle geïnspecteerde onderwerpen (fysieke belasting, agressie en geweld, biologische agentia en bedrijfshulpverlening) is nog veel te doen. Fusies lijken hierbij een vertragen-

de rol te spelen, omdat de aandacht voor Arbo dan wat wordt “weggedrukt” (Arbeidsinspectie, mei 2007c).

## 8 Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg

De thuiszorg is een basisvoorziening binnen de gezondheidszorg en houdt zich van oudsher bezig met het verlenen van zorg aan mensen in de thuissituatie. Het is een groeiende sector. In 2002 waren er 197.190 werkzame personen, in 2005 waren dat er 210.000. In 2005 waren er in totaal ruim 200 organisaties die thuiszorg verlenen, waarvan er 100 zijn aangesloten bij de landelijke vereniging Z-org (inmiddels ActiZ). De overige organisaties zijn veelal aangesloten bij Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) (Arbeidsinspectie, 2006).

De thuiszorg was één van de eerste sectoren waar de sociale partners en SZW een convenant hebben afgesloten. Aanleiding om te komen tot een convenant waren de slechte resultaten uit het inspectieproject in de Thuiszorg, dat in 1998 werd uitgevoerd. Het werd van belang geacht om voor een sectorgewijze aanpak van de arbeidsomstandighedenproblematiek te komen, in tegenstelling tot het individueel aanspreken van de thuiszorgorganisaties.

### 8.1 Fysieke belasting

#### 8.1.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

In 2004 is in het kader van het Arboconvenanttraject de fysieke belasting van de medewerkers in kaart gebracht, door middel van een vragenlijstonderzoek. Tabel 8.1 geeft een overzicht van de mate waarin verschillende vormen van fysieke belasting als belastend worden ervaren. Het betreft alle medewerkers en niet alleen de verpleegkundigen en verzorgenden.

Tabel 8.1 De mate waarin medewerkers zich belast voelen bij de uitoefening van werk (n=1000)

	Niet of nauwelijks	In (zeer) sterke mate
Voorovergebogen werken	23%	26%
Hurken en knielen tijdens uw werk	25%	32%
Verplaatsen of tillen van cliënten of van grote zware onderwerpen	29%	17%
Het werk staand uitvoeren	34%	38%
Hoog reiken tijdens uw werk	51%	9%
Bukken tijdens uw werk	25%	31%
Werk uitvoeren in een ongemakkelijke werkhouding	28%	19%

Bron: Van Rij & Van Doorn, 2005, Evaluatie Arboconvenant Thuiszorg: eindrapport

Vooral het staand werken wordt door medewerkers van de thuiszorg als in sterke mate belastend ervaren, gevolgd door hurken en knielen en bukken.

Cijfers over blootstelling aan fysieke belasting van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn ook te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 met betrekking tot de fysieke belasting staan in Tabel 8.2.

Tabel 8.2 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; 1 is een minimale belasting en 4 is een maximale belasting

Fysieke belasting	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroeps- groepen (n=22.948)	Verzorg. en verpleegk. in de thuiszorg (n=139)
Fysiek zwaar werk	2,36	1,57	2,16
Houdingbelasting	1,87	1,75	1,96

Bron: databestand NEA 2006

De resultaten in Tabel 8.2 laten zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg een zwaardere houdingsbelasting rapporteren dan gemiddeld bij andere zorgsectoren. Zij ervaren het werk minder als fysiek zwaar, maar wel meer dan bij beroepsgroepen buiten de zorg. Dit komt overigens niet overeen met de uitkomsten van een ander onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden, waaruit bleek dat medewerkers in de thuiszorg hun werk vaker als lichamenlijk zwaar beoordeelden (76%) dan hun collega's in de totale zorgsector (66%) (Bekker e.a., 2004).

De gevolgen van deze fysieke belasting voor klachten aan het bewegingsapparaat, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn onbekend. Voor de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn hierover geen cijfers beschikbaar.

### 8.1.2 *Maatregelen fysieke belasting*

Vanuit het convenant zijn diverse instrumenten ingezet en ontwikkeld om de fysieke belasting in de thuiszorg te verminderen (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage A):

- *De arbocheck\**. De arbocheck is de inventarisatie die tot resultaat moet hebben welke maatregelen/voorzieningen er getroffen moeten worden om het werk arbo-verantwoord te kunnen verrichten. De arbocheck is tijdens de convenantperiode ontwikkeld.
- *De groene praktijkregels/Stilstaan bij bewegen\**. De in 1999 door TNO ontwikkelde praktijkregels zijn vastgelegd in de serie "Stilstaan bij bewegen". De convenantpartijen hebben zich ten doel gesteld de groene praktijkregels volledig te implementeren. In de eindrapportage van het Arboconvenant werd geconcludeerd dat de implementatie van de praktijkregels bij 90 procent van de instellingen is gerealiseerd en dat de doelstelling daarmee bijna is behaald.
- *Tilprotocollen\**. Werkpakket met handvaten voor het ontwikkelen en invoeren van een tilprotocol. Een tilprotocol ondersteunt de invoering van de Praktijkregels. In de evalueatie van het Arboconvenant bleek bijna 40% van de medewerkers met de tilprotocollen te werken.
- *Zorg voor thuiszorg\**. Werkpakket fysieke belasting dat is gebaseerd op de Praktijkregels, biedt concrete handreikingen voor een beleidsmatige aanpak. Daarnaast bevat het praktische instrumenten om fysieke belasting aan te pakken, zoals de Beleidsspiegel\*, TilThermometer\* en HZ-meter en RisicoRadar.
- *Ondersteuning bij invoering praktijkregels*. Aan de instellingen is op twee momenten ondersteuning aangeboden om de praktijkregels te implementeren. Deze ondersteuning bestond uit begeleiding door een adviseur. Door bijna 40% van de instellingen is gebruik gemaakt van deze ondersteuning.
- *Optimaliseren en actualiseren hulpmiddelen*. Via een werkgroep hulpmiddelen is geprobeerd om de bestaande hulpmiddelen-lijsten te screenen op de mate

waarin zij 'arbo-verantwoord' zijn. Dit is echter alleen gelukt voor de AWBZ-uitleenlijst (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

### *Mate van toepassing van maatregelen*

## 8.2 Werkdruk

### 8.2.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

In 2004 is in het kader van het Arboconvenanttraject de blootstelling van de medewerkers aan werkdruk in kaart gebracht, door middel van een vragenlijstonderzoek. Tabel 8.3 geeft een overzicht van de mate waarin medewerkers van de thuiszorg werkdruk ervaren. Het betreft alle medewerkers en niet alleen de verpleegkundigen en verzorgenden.

Tabel 8.3 Ervaren werkdruk door werknemers in de thuiszorg (n=1000)

	Nooit	Vaak of altijd
Moet u erg snel werken?	12%	21%
Heeft u te veel werk te doen?	13%	27%
Extra hard moeten werken om iets af te krijgen	14%	16%
Moet u onder tijdsdruk werken?	24%	21%
Is er genoeg tijd om het werk af te krijgen?	4%	67%

Bron: Van Rij & Van Doorn, 2005, Evaluatie Arboconvenant Thuiszorg: eindrapport.

Uit de tabel blijkt dat meer dan 20% van de medewerkers ervaart dat zij vaak of altijd erg snel moeten werken, veel werk te doen hebben en onder tijdsdruk moeten werken. Dit is een duidelijke verbetering ten opzichte van 2002. Om te beoordelen of de werkdruk in relatieve zin hoog is bij de thuiszorg, is het nodig om cijfers te vergelijken met andere groepen.

Een onderzoek uit 2003 onder verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkenden maken het mogelijk de werkdruk van medewerkers in de thuiszorg te vergelijken met andere sectoren van de zorg. In Tabel 8.4 staan de resultaten (Bekker e.a., 2004).

Tabel 8.5 Aandeel verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden dat grotendeels of geheel instemt met de volgende stellingen

	totaal zorgsector	thuiszorg
<b>Werkdruk</b>		
Ik werk onder hoge tijdsdruk	31%	18%
Ik heb vaak het gevoel tijd te kort te komen	59%	43%
<b>Tijd voor zorg</b>		
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten voldoende persoonlijke aandacht te geven	43%	65%
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	49%	69%
<b>Sfeer</b>		
Er heerst een prettige sfeer op de afdeling / in het team	85%	83%
<b>Feedback / ondersteuning door leidinggevende</b>		
Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door mijn leidinggevende	74%	78%
Ik krijg voldoende ondersteuning van mijn leidinggevende	63%	68%
Mijn leidinggevende laat mij weten of hij / zij tevreden is over mijn werk	59%	62%

	<b>totaal zorgsector</b>	<b>thuiszorg</b>
<b>Groeimogelijkheden</b>		
Ik heb voldoende loopbaanperspectieven op mijn werk	44%	48%
Ik kan mij ontplooien / ontwikkelen in mijn werk	54%	54%
<b>Autonomie</b>		
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	74%	75%
Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht	62%	76%
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	42%	62%
<b>(Emotionele) uitputting</b>		
Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	7%	4%
Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	8%	7%
Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt	14%	13%

Bron: Bekker e.a., 2004, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003

Uit deze cijfers blijkt dat medewerkers in de thuiszorg minder werkdruk ervaren dan hun collega's in andere sectoren van de zorg. Zij hebben ook meer invloed op hun werk, wat gunstig is voor het omgaan met werkdruk.

Cijfers over blootstelling aan werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn ook te vinden in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens uit een secundaire analyse op het bestand van 2006 met betrekking tot de werkdruk staan in Tabel 8.6.

Tabel 8.6 Oordeel van werknemers over hun werk uitgedrukt in schaalscores gebaseerd op verschillende vragen over dit onderwerp; tussen haakjes staat het minimum en maximum van de schaal weergegeven

<b>Werkdruk</b>	<b>Verzorgenden en verpleegkundigen totaal (n=1.155)</b>	<b>Andere beroepsgroepen (n=22.948)</b>	<b>Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (n=139)</b>
Werktempo (1-4)	2,43	2,31	2,27
Tijdsdruk (1-3)	2,24	2,06	2,09
Emotioneel zwaar werk (1-4)	2,28	1,77	2,19
Autonomie (1-3)	2,24	2,47	2,33
Herstelbehoefte (0-11)	3,89	3,54	3,47

Bron: databestand NEA 2006

De resultaten in Tabel 8.6 laten een vergelijkbaar beeld zien als Tabel 8.5, een lagere werkdruk dan collega's in andere sectoren uit de zorg en meer regelmogelijkheden (autonomie). Wel wordt het werk in de thuiszorg als emotioneel zwaarder ervaren dan bij andere beroepsgroepen buiten de zorg.

Een hoge werkdruk kan leiden tot burnout-verschijnselen of emotionele uitputting. In Tabel 8.5 is te zien in hoeverre hiervan sprake is bij medewerkers in de thuiszorg vergeleken bij hun collega's in andere sectoren van de zorg (bij vragen over emotionele uitputting). Ook hier scoort de thuiszorg relatief gunstig. Herstelbehoefte, weergegeven in Tabel 8.6, is ook een maat om het risico op burnout te meten. Ook hierop komt bij de thuiszorg een relatief positief beeld naar voren.

In het medewerkersonderzoek dat in 2004 in het kader van het Arboconvenant is gehouden zijn eveneens vragen gesteld over emotionele uitputting (Van Rij & Van Doorn, 2005). De antwoorden zijn weergegeven in Tabel 8.7.

Tabel 8.7 Werkbeleving van werknemers in de thuiszorg (n=1000)

	(Bijna) nooit	(Zeer) dikwijls of altijd
Ik voel me mentaal (geestelijk) uitgeput door mijn werk	56%	4%
Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij	47%	12%
Ik voel me opgebrand door mijn werk	74%	4%
Aan het einde van de werkdag voel ik me leeg	61%	5%
Ik voel me vermoeid als ik opsta en een dag voor me ligt	73%	4%

Bron: Van Rij & Van Doorn, 2005, Evaluatie Arboconvenant Thuiszorg: eindrapport.

Vergeleken met de andere vragen wordt vaak aangegeven dat een hele dag werken een zware belasting vormt. Alle vragen werden gunstiger beantwoord dan in een eerdere peiling, aan het begin van het Arboconvenantentrajec.

### 8.2.2 *Maatregelen werkdruk*

Werkdruk was een van de speerpunten van het Arboconvenant in de Thuiszorg. Als gevolg daarvan zijn er diverse projecten uitgevoerd (Van Rij & Van Doorn, 2005) (van instrumenten met een sterretje (\*) is een beschrijving opgenomen in bijlage B):

- *Werkoverleg*. Op het terrein van werkoverleg zijn inmiddels afspraken gemaakt in de CAO. Tijdens de eindmeting van het Arboconvenant kende een ruime meerderheid van de instellingen (92%) een werkoverleg waaraan al het verzorgend en verplegend personeel deelneemt.
- *Positie leidinggevenden*. In het Arboconvenant werd voorgenomen om het middenkader te professionaliseren met cursussen, training e.d. De leidinggevenden moesten leren om de medewerkers te coachen. Volgens de eindmeting is dit echter niet voldoende gerealiseerd, omdat de partijen het niet eens werden over de invulling hiervan. Wel is een aantal trainingen gehouden.
- *Aan de slag met werkdrukbeheersing\**. Met ondersteuning van organisatieadviseurs zijn zes instellingen begeleid bij de implementatie van het beleid rondom Arbeidsomstandigheden, Verzuim en Re-integratie (AVR). Werkdruk was hierbij niet de hoofddoelstelling, maar wel is er een training ‘procesbegeleiding bij werkdrukbeheersing’ ontwikkeld. Dit is het werkpakket “Aan de slag met werkdrukbeheersing”. Het bevat een managementbriefing, een individueel werkpakket voor de medewerkers en een pakket voor teams. Het pakket is aan alle instellingen toegezonden. De implementatie moest ten tijde van de eindmeting van het Arboconvenant nog worden geëvalueerd.
- *Leeftijdsbewust personeelsbeleid*. Op het gebied van leeftijdsbewust personeelsbeleid is een aantal projecten van de grond gekomen, in de vorm van een verkennend onderzoek door de IVA (Onderzoeksbureau voor beleidsonderzoek en advies) en een pilot bij twee instellingen. Op grond van de resultaten is besloten dit niet verder op te pakken.
- *Roostering en planning*. In de medewerkersraadpleging van 1999 gaf 8% van de medewerkers aan problemen te ervaren met de roostering en planning van de werkzaamheden. Prismant heeft daarop opdracht gekregen onderzoek en verbeteringen te realiseren in de kraamzorg. Er is een leidraad ontwikkeld die heeft bijgedragen aan het oplossen van deze problemen: “Roosters in de

Kraamzorg<sup>\*\*</sup>. Ook is onderzocht of de problematiek in andere onderdelen van de thuiszorg vergelijkbaar is, maar de conclusie was dat er geen gemeenschappelijke noemer te benoemen is, die de ontwikkeling van sectorbeleid in deze wenselijk maakt.

- *Scholing in relatie tot arbo-aspecten.* Voor de instellingen is een aantal cursussen en workshops ontwikkeld, onder meer een cursus voor OR-leden (ontwikkeld door Sant Organisatieadviseurs, 2004) (Ambassadeur AVR). Hiervoor zijn vijf regionale bijeenkomsten voor kaderleden beschikbaar gesteld. Gezien de beperkte opkomst is deze voorlichting vooralsnog niet zo succesvol gebleken.
- *Communicatie en voorlichting.* Er is een nieuwsbrief Gezonder Zorgen uitgegeven. Deze nieuwsbrief hebben alle medewerkers in de thuiszorg gedurende de looptijd van het convenant één keer per kwartaal ontvangen. Daarnaast zijn er internetsites opgezet, er zijn trainingen gegeven, voorlichtingsdagen georganiseerd en er zijn landelijke CAT-dagen geweest. Ook hebben de brancheorganisaties LVT (Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg, tegenwoordig ActiZ) en BTN en de vakbonden CNV Publieke Zaak en ABVAKABO FNV aan hun leden informatie over het convenant verzonden.

Er is een project uitgevoerd om de bruikbaarheid van een instrument voor de aanpak van verzuim om psychische redenen te evalueren. Dit instrument is niet specifiek voor de zorg ontwikkeld.

- *Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen.* In januari 2000 werd de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA) geïnstalleerd door de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken (SZW). De CPA kreeg als opdracht mee om te komen tot een verbeterde aanpak van psychische arbeidsongeschiktheid en verzuim wegens psychische aandoeningen. In het najaar van 2001 heeft de CPA haar Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' gepubliceerd. De praktische bruikbaarheid van de Leidraad is geëvalueerd binnen een aantal instellingen van de thuiszorg.

## 8.3 Agressie en geweld

### 8.3.1 Blootstelling, klachten en verzuim

Een onderzoek uit 2003 onder verzorgenden, verpleegkundigen en agogisch werkers uit 2003 laat zien dat 5% van de werknemers in de thuiszorg 'ja' antwoorden op de vraag of agressie op het werk aanwezig is. Dit is beduidend lager dan in andere zorgsectoren. Voor de totale zorgsector ligt dit percentage op 26% (Bekker e.a., 2004).

Er zijn ook cijfers beschikbaar over blootstelling aan agressie en geweld met betrekking tot de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg in het databestand van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO. Gegevens op basis van een secundaire analyse op het bestand van 2006 staan in Tabel 8.8.



Tabel 8.8 Mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden zeggen te maken te hebben met verschillende vormen van agressie en geweld en daaraan gerelateerd verzuim of minder goed functioneren (percentage per antwoordcategorie)

Agressie en geweld	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (n=139)
Intimidatie			
-nooit	47%	78%	51%
-een enkele keer	47%	20%	47%
-vaak	5%	2%	2%
-zeer vaak	1%	<1%	0%
Lichamelijk geweld			
-nooit	61%	95%	83%
-een enkele keer	34%	1%	15%
-vaak	5%	<1%	2%
-zeer vaak	1%	<1%	0%
Pesten			
-nooit	86%	92%	93%
-een enkele keer	13%	7%	6%
-vaak	1%	1%	1%
-zeer vaak	<1%	<1%	0%
Vanwege agressie of geweld:			
Wel eens verzuimd	3%	2%	<1%
> 4 weken verzuimd	1%	1%	0%
Minder goed gefunctioneerd	14%	10%	10%
> 4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	1%

Bron: databestand NEA 2006

Tabel 8.8 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg minder te maken hebben met intimidatie, lichamelijk geweld en pesten dan hun collega's in andere branches van de zorg. Wel komt het vaker voor dan bij andere beroepsgroepen. Het verzuim vanwege agressie of geweld is minimaal, maar ongeveer 10% geeft aan wel eens minder goed te functioneren als gevolg van agressie en geweld, wat ongeveer even veel is als bij andere zorgsectoren en andere beroepsgroepen.

### 8.3.2 Maatregelen agressie en geweld

Aandacht voor agressie en geweld in het Arboconvenant Thuiszorg:

- *Sociale veiligheid.* Activiteiten met betrekking tot de sociale veiligheid zijn in eerste instantie buiten het convenant opgepakt. Naar aanleiding van een onderzoek door TNO zijn er in 1999 in de CAO afspraken gemaakt over dit onderwerp. Een en ander heeft geresulteerd in een brochure sociale veiligheid en de oprichting van een expertisepunt.
- *Trainingen 'omgaan met agressie'.* Deze training is voor (een deel van) de medewerkers van meer dan de helft van de instellingen (53%) te volgen.
- *Meldingsprocedure.* Een meerderheid van de instellingen (92%) heeft nu een formele schriftelijke procedure voor medewerkers die zich onheus bejegend voelen. In de overige instellingen is er wel een procedure, maar is deze niet schriftelijk vastgelegd.

Andere initiatieven met betrekking tot agressie en geweld:

- *Protocollen*. In de CAO voor de thuiszorg zijn afspraken gemaakt voor protocollen voor hoe om te gaan met agressie en geweld.

#### 8.4 Prikaccidenten

Er zijn geen representatieve gegevens beschikbaar over het voorkomen van prikaccidenten in de thuiszorg. Uit een onderzoek van Vos e.a. (2006) bleek dat er in de thuiszorg in een jaar tijd (vanaf februari 2004) 31 incidenten waren gemeld (van de 144 meldingen buiten de ziekenhuizen). Dit geeft aan dat prikaccidenten wel degelijk voorkomen in de thuiszorg. Een goede afhandeling van de incidenten ontbreekt vaak nog. Dit heeft te maken met het feit dat men zelfstandig werkt en steeds meer medisch technische handelingen moet uitvoeren. Voor testen van bronnen moeten ze daarvoor een externe partij inschakelen of bij een ziekenhuis langs gaan (persoonlijke mededeling, dhr. P. van Wijk).

Meer informatie over prikaccidenten is te vinden in paragraaf 3.4.

#### 8.5 Cytostatica

##### 8.5.1 *Blootstelling, klachten en verzuim*

De toepassing van cytostatica in de thuiszorg is een relatief nieuw fenomeen. Mensen worden eerder ontslagen vanuit het ziekenhuis en worden dan verder thuis nabehandeld. Echter ook als de toediening van cytostatica in het ziekenhuis plaats vindt, kan er sprake zijn van blootstelling in de thuissituatie via zweet, urine en braaksel. Volgens een onderzoek naar blootstelling aan cytostatica buiten ziekenhuizen van de Universiteit Utrecht wordt het aantal blootgestelden in de thuiszorg geschat op meer dan 5.000 tot 10.000. Slechts een derde van de thuiszorginstellingen kon informatie geven over het aantal cliënten dat chemotherapie krijgt (thuis of in het ziekenhuis). Dat heeft tot gevolg dat veel verpleegkundigen en verzorgenden niet kunnen weten dat zij hiermee in aanraking komen, en dus ook geen beschermende maatregelen kunnen nemen (Meijster e.a., 2006). Ook de Arbeidsinspectie concludeert dat de bekendheid met de risico's onvoldoende is, ondanks het feit dat er wel protocollen zijn (Arbeidsinspectie, 2006).

In een notitie van het Verpleegkundig Netwerk Thuiszorg Oncologie wordt ook gesteld dat het moeilijk is om een inschatting te maken van het aantal daadwerkelijk blootgestelde mensen in de thuiszorg. Zij schatten dat het om duizenden werknemers gaat. Bovendien vermoeden zij dat het aantal blootstellingsmomenten minder zal zijn dan bij oncologieverpleegkundigen in de thuiszorg, maar dat het niveau van blootstelling hoger zal zijn, omdat men zich in de thuiszorg minder bewust is van mogelijke gezondheidsrisico's en daardoor minder gebruik zal maken van beschermingsmiddelen.

##### 8.5.2 *Maatregelen cytostatica*

In het Arboconvenant voor de thuiszorg zijn de risico's in verband met cytostatica niet als aandachtspunt opgenomen. Er zijn dan ook geen maatregelen voorgesteld. Door het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA) wordt wel aandacht besteed aan het omgaan met cytostatica. Vanuit het IKA is er een notitie geschreven voor de thuiszorginstellingen (IKA, 2006):

- *Veilig werken met cytostatica en uitscheidingsproducten thuis*. In deze notitie wordt gewezen op de risico's in de thuiszorg van het werken met cytostatica en

met cliënten die met cytostatica worden behandeld, en worden beschermingsmaatregelen beschreven.

## 8.6 Conclusies

Fysieke belasting is een belangrijk arbeidsrisico voor de thuiszorg. Volgens de Arbeidsinspectie zijn er echter wel in behoorlijke mate (til-)hulpmiddelen aanwezig waarmee gevaar voor de gezondheid ten gevolge van fysieke belasting wordt voorkomen. Het nalevingsniveau is volgens het inspectierapport goed (Inspectierapport Thuiszorg 2006). Het percentage medewerkers dat hun werk als fysiek belastend ervaart is in de convenantsperiode gedaald van 36% naar 31%. De daling is vooral gerealiseerd in de functiegroep die aangaf de meeste belasting te ervaren, namelijk de thuiszorgfunctiegroep.

Vergeleken met andere sectoren in de zorg is werkdruk en agressie en geweld een minder groot probleem. Dat wil niet zeggen dat het geen aandachtspunt moet blijven, want het komt wel voor. Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg hebben zelfs meer te maken met deze arbeidsrisico's dan de beroepsbevolking in het algemeen. In het kader van de Arboconvenanten waren werkdruk en agressie en geweld speerpunten. Er is dan ook veel gedaan op dit gebied, in de vorm van scholing, werkpakketten e.d. In hoeverre de maatregelen in het Arboconvenant effect hebben gehad is nog niet bekend, omdat er (nog) geen eindmeting heeft plaatsgevonden. De arbeidsinspectie concludeerde in 2006 op het gebied van agressie en geweld dat vooral de melding en registratie en de opvang en nazorg nog extra aandacht verdienen, naast organisatorische maatregelen. Werkdruk was geen onderwerp van inspectie tijdens het inspectieproject van 2006.

Prikaccidenten komen voor in de thuiszorg maar er zijn geen representatieve gegevens beschikbaar over de mate waarin ze voorkomen. Er is aandacht nodig voor een goede afhandeling van de incidenten.

Een relatief nieuw punt is de blootstelling aan cytostatica. Weliswaar zijn er protocollen op dit gebied, maar deze zijn nog onvoldoende bekend. Zo is het ook niet altijd bekend bij de instellingen of een cliënt met cytostatica behandeld wordt en of er dus beschermende maatregelen moeten worden genomen. Dit arbeidsrisico verdient daarom aandacht in de toekomst.



## 9 Conclusies en aanbevelingen

### 9.1 Algemene discussie en conclusies

Verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg hebben een hogere fysieke belasting en werkdruk dan andere beroepsgroepen. Ook hebben ze meer te maken met agressie en geweld. Mede door de Arboconvenanten die in de verschillende zorgsectoren zijn afgesloten zijn er in de afgelopen jaren veel projecten uitgevoerd en instrumenten ontwikkeld om de arbeidsrisico's in de zorg aan te pakken. Desondanks blijken de arbeidsrisico's na de Arboconvenanten nog steeds veel hoger te liggen dan bij andere beroepsgroepen. Conclusies over verschillen in arbeidsrisico's en maatregelen tussen zorgsectoren staan in de volgende paragraaf. Daarvoor willen we echter nog ingaan op enkele beperkingen van dit onderzoek.

Dit rapport geeft geen inzicht in het verschil tussen verschillende functiegroepen binnen de verpleging en verzorging in blootstelling aan arbeidsrisico's en in maatregelen. Hier is nauwelijks informatie over beschikbaar. Ook geeft dit rapport geen inzicht in de effectiviteit van de genoemde maatregelen omdat dit buiten de vraagstelling van dit onderzoek viel. Wel is er beschikbare informatie opgenomen over de mate waarin instrumenten bekend zijn en/of gebruikt worden bij instellingen en medewerkers.

Niet alle arbeidsrisico's, waaraan verpleegkundigen en verzorgenden blootgesteld zijn, komen aan de orde. Een voorbeeld is biologische agentia, waarvan op deze plaats alleen de prikaccidenten aan de orde komen. Dit houdt verband met de keuze die vooraf gemaakt is om alleen de belangrijkste arbeidsrisico's te behandelen. Tenslotte geeft dit rapport geen inzicht in verschillen tussen zorginstellingen. Dit houdt verband met de gekozen aanpak op sectorniveau. Uit de interviews met sleutelinformanten bleek dat die verschillen er wel degelijk zijn. Dat betekent ondermeer dat er mogelijk meer maatregelen en instrumenten beschikbaar zijn dan we hebben beschreven en dat instellingen van elkaar kunnen leren .

Tot slot plaatsen we enkele kanttekeningen van methodologische aard. Bij het inventariseren van de arbeidsrisico's en van de daarmee samenhangende maatregelen waren niet altijd gegevens bekend die specifiek betrekking hadden op de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden. Vaak hebben de gegevens betrekking op de gehele sector. Ook zijn de cijfers niet altijd vergelijkbaar omdat er geen representatieve meting is gedaan of omdat verschillende meetmethoden zijn gebruikt. Verder is er voor gekozen om vooral recente blootstellingscijfers en maatregelen in het onderzoek te betrekken. Maatregelen en instrumenten die vòòr die periode zijn ontwikkeld worden daardoor niet altijd zichtbaar.

Conclusies over arbeidsrisico's en maatregelen per sector staan in de voorgaande hoofdstukken. In tabel 9.1 geven we een overzicht van de resultaten per risico, per sector, als hulpmiddel om te kunnen nagaan welke arbo-onderwerpen in de toekomst aandacht behoeven. Gezien de bovenstaande beperkingen van beschikbare gegevens is dit overzicht slechts indicatief. Mede op basis van dit onderzoek worden in de volgende paragraaf conclusies en aanbevelingen beschreven per arbeidsrisico. In de laatste paragraaf (9.3) worden algemene aanbevelingen gegeven.

Tabel 9.1 Overzicht van de blootstelling aan arbeidsrisico's en maatregelen voor de verschillende zorgsectoren

		Ziekenhuizen	Ambulancezorg	Geestelijke gezondheidszorg	Gehandicaptenzorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg
<b>Omvang sector (aantal werkzame personen)</b>		148.000 (alleen verpleegk/verzorg)	3300	70.000	135.000	200.000	210.000
<b>Fysieke belasting</b>	Risico	Hoger risico*	Hoger risico*	Lager risico*	Lager risico*	Hoger risico*	Gemiddeld risico*
	Maatregelen	Veel	Veel	Veel	Veel	Veel	Veel
<b>Werkdruk</b>	Risico	Gemiddeld risico*	Werkdruk lager*/ Emotionele belasting hoog	Werkdruk lager*/ Emotionele belasting hoog	Gemiddeld risico*	Hoger risico*	Lager risico*
	Maatregelen	Veel; weinig aandacht bij management	Veel maatregelen werkdruk en voor emotionele belasting	Veel maatregelen werkdruk; weinig voor emotion. bel.	Weinig maatregelen behalve voor traumatische ervaringen	Weinig maatregelen	Veel maatregelen
<b>Agressie en geweld</b>	Risico	Gemiddeld risico*	Hoog risico	Hoger risico*	Hoog risico	Gemiddeld risico*	Lager risico*
	Maatregelen	Veel	Veel	Veel	Veel	Veel	Veel
<b>Prikaccidenten</b>	Risico	Onbekend; hoger dan in andere zorgsectoren	Onbekend; komt wel voor	Onbekend; komt wel voor	Onbekend, komt wel voor	Onbekend; komt wel voor o.a. bij insuline-injecties	Onbekend, komt wel voor o.a. bij insuline-injecties
	Maatregelen	Veel; vaccinatiegraad moet 100% worden	Weinig	Weinig	Beperkt aantal maatregelen	Beperkt aantal maatregelen; onvoldoende ingevoerd	Weinig
<b>Cytostatica</b>	Risico	Onbekend; hoger dan andere zorgsectoren	Onbekend, waarschijnlijk laag	Onbekend, waarschijnlijk laag	Onbekend, waarschijnlijk laag	Onbekend; Arbeidsinspectie gaat deze inventariseren	blootstelling onbekend maar neemt toe
	Maatregelen	veel	weinig	weinig	weinig	weinig	weinig

\*ten opzichte van het zorggemiddelde, maar dit gemiddelde ligt hoog voor fysieke belasting en werkdruk ten opzichte van beroepen buiten de zorg

## 9.2 Conclusies en aanbevelingen per arbeidsrisico

### 9.2.1 *Fysieke belasting*

De fysieke belasting van verpleegkundigen en verzorgenden is hoog, vooral in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en ambulancezorg. Wel zijn er in alle zorgsectoren al veel instrumenten en (hulp)middelen beschikbaar voor instellingen om risico's op te sporen en te verminderen. Hoewel zorginstellingen over het algemeen al veel aandacht besteden aan het verminderen van de fysieke belasting, worden de beschikbare maatregelen en (hulp)middelen niet optimaal toegepast op de werkvloer. Zo zijn er verschillende oplossingen beschikbaar voor operatieassistenten, die nog nauwelijks worden gebruikt. Daarnaast zijn nieuwe oplossingen nodig, bijvoorbeeld voor het tillen van de brancard in de ambulancezorg. *Gezien de hoge mate van blootstelling en de omvang van de sector zouden de verpleeg- en verzorgingshuizen prioriteit verdienen en vervolgens de ziekenhuizen en ambulancezorg. In de GGZ behoeft de gerontopsychiatrie meer aandacht.* Voor die laatste sector is het raadzaam de resultaten van het inspectieproject 2007/2008 af te wachten.

Hoewel hierover in dit rapport geen gegevens over zijn opgenomen is het van belang op te merken dat er, net als in andere beroepsgroepen, in de toekomst aandacht nodig is voor de leefstijl van verpleegkundigen en verzorgenden. Obesitas is een toenemend probleem dat voor deze beroepsgroep dubbel nadelig is, enerzijds omdat het leidt tot verminderde belastbaarheid en toenemend verzuim (CBS, 2007) en anderzijds vanwege de steeds zwaarder wordende patiënten.

### 9.2.2 *Werkdruk*

De werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden is hoger dan in andere beroepsgroepen. In verpleeg- en verzorgingshuizen is de werkdruk hoger dan in de andere zorgsectoren. Vooral de tijdsdruk en het hoge werktempo worden vaak als belastend ervaren. Er zijn wel instrumenten en maatregelen voor de aanpak van werkdruk (of psychosociale belasting) beschikbaar in verschillende zorgsectoren, maar voor zover bekend zijn deze nog onvoldoende ingevoerd en toegepast. In de gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen vonden we weinig specifieke instrumenten en maatregelen. Niet duidelijk is of instrumenten uit andere sectoren ook in deze sectoren geschikt zijn voor een adequate aanpak van de problematiek. In het algemeen hebben zorgsectoren nog weinig aandacht voor de aanpak van werkdruk; het onderwerp lijkt niet erg te leven bij het management van zorginstellingen.

*Gezien het bovenstaande verdient de aanpak van werkdruk prioriteit boven die van andere arbeidsrisico's en dan vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuissector en vervolgens in de gehandicaptenzorg.* Dit temeer vanwege het feit dat bij een hoge werkdruk over het algemeen minder tijd wordt genomen voor gebruik van hulpmiddelen. Daarmee heeft werkdruk een nadelige invloed op de (aanpak van) fysieke belasting. Bovendien zal de werkdruk in de toekomst verder toenemen, gezien de in Hoofdstuk 1 geschetste trends van toenemende zorgvraag en zorgzwaarte en afnemende arbeidscapaciteit. Ook voor verbetering van de arbeidsparticipatie is het daarom van groot belang dat tijdig passende maatregelen worden genomen om de werkdruk te verminderen.

In de zorgsector in het algemeen en de ambulancezorg, gehandicaptenzorg en GGZ in het bijzonder is sprake van relatief hoge emotionele belasting. In de ambulancezorg en gehandicaptenzorg is daarvoor veel aandacht, in de GGZ is dat min-

der het geval. *Maatregelen op het gebied van emotionele belasting in de GGZ verdienen daarom aandacht in de toekomst.*

### 9.2.3 *Agressie en geweld*

Agressie en geweld komt relatief veel voor in de zorg, vooral in de GGZ, de ambulancezorg en de gehandicaptenzorg. Dit arbeidsrisico leidt over het algemeen nauwelijks tot ziekteverzuim maar kan wel leiden tot minder goed functioneren en minder plezier in het werk.

Met het zorg-brede project Veiligezorg in de ziekenhuissector zijn diverse instrumenten beschikbaar gekomen. Ook zijn er procedures voor het alarm slaan, adequate alarm opvolging en melding van incidenten. Daarnaast zijn er door veel medewerkers uit de verschillende sectoren trainingen gevolgd gericht op omgaan met agressie en geweld.

Voor de toekomst is verdere invoering van beschikbare maatregelen van belang, vooral wat betreft melding van incidenten en training van de medewerkers, aanwezigheid van alarmsystemen en –procedure en voorhanden hebben van een agressieprotocol. Het project Veiligezorg en de daarin ontwikkelde instrumenten kan daarbij een belangrijke rol spelen.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de gehandicaptenzorg is er in de convenansperiode (met succes) veel aandacht besteed aan de aanpak van agressie en geweld. Maar met trends in de zorgverlening, zoals een verschuiving naar meer zorg in de wijk, kunnen nieuwe problemen zich voordoen. Een continue monitoring van de problematiek en afstemming van de aanpak is daarom nodig.

In de ambulancezorg werkt men aan een eigen registratiesysteem dat eind 2008 gevuld moet gaan worden. Dit systeem is bedoeld voor monitoring en benchmarking en sluit aan op dat van de ziekenhuizen. Ook zijn vanuit de Nederlandse Vereniging van Gemeenten (VNG) recentelijk instrumenten beschikbaar gekomen. Het lijkt zinvol om na te gaan of er ook aansluiting met de andere zorgsectoren en met het project Veiligezorg zinvol is.

*Gezien de blootstelling aan dit risico en het effect op verzuim, alsmede de reeds beschikbare maatregelen en projecten op dit gebied, staat agressie en geweld niet bovenaan de prioriteitenlijst. Echter, dit probleem is wel erg zichtbaar, vervelend voor werknemers en mede bepalend voor de aantrekkelijkheid van het beroep en verdient om die reden wel aandacht. In elk geval lijkt het zinvol om na te gaan of het zinvol is om het project Veiligezorg verder uit te rollen in de hele zorgsector.*

### 9.2.4 *Prikaccidenten*

Prikaccidenten kunnen voorkomen bij verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen, maar ook in andere zorgsectoren. De frequentie van prikaccidenten is echter niet precies bekend, omdat deze nog niet consequent landelijk geregistreerd worden. De cijfers die wel beschikbaar zijn, vormen waarschijnlijk een onderrapportage.

Voor in ziekenhuizen zijn er bij arboprofessionals veel instrumenten en protocollen bekend om de risico's op prikaccidenten en schadelijke gevolgen daarvan te minimaliseren. Voor andere zorgsectoren is de bekendheid hiermee niet duidelijk. Mogelijk zijn de instrumenten en protocollen uit de ziekenhuizen ook in andere zorgsectoren, wellicht met enige aanpassing, goed toepasbaar.

Ook is er nog veel verbetering mogelijk in veiligheidsmaterialen, zeker als wordt vergeleken met andere landen. Daarom voeren het Ministerie van VWS, V&VN en het NHC onderzoek uit naar veiligheidsmaterialen voor onder meer prikaccidenten. Zo wordt onder andere nagegaan wat er op de markt is voor welke doelen en doelgroepen en wat de kosten en baten (daling van accidenten) van de materialen zijn.



Daarnaast wordt door dezelfde organisaties nagedacht over invoering van een landelijk registratiesysteem. *Naast deze lopende projecten zou de prioriteit op dit gebied vooral moeten liggen op de verdere invoering van instrumenten en protocollen buiten de ziekenhuizen (prioritaire sectoren zijn afhankelijk van het nog vast te stellen risico op prikaccidenten).*

#### 9.2.5 *Cytostatica*

Goede informatie over het besmettingsrisico van werken met cytostatica ontbreekt. Wel is duidelijk dat blootstelling aan cytostatica vooral voorkomt in (specifieke afdelingen van) ziekenhuizen en nauwelijks in de ambulancezorg, gehandicaptenzorg en de GGZ. Van de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg is niet bekend hoe groot het risico van blootstelling aan cytostatica is en welke gevolgen dit heeft. *In die sectoren is het daarom van belang dit risico beter in kaart te brengen.* In ziekenhuizen is men zich redelijk bewust van de risico's.

Er zijn al protocollen, instrumenten en (beschermings)middelen voorhanden om het risico op blootstelling aan cytostatica te minimaliseren. Deels zijn deze opgenomen in wetgeving. De beschikbare instrumenten en protocollen worden echter niet altijd consequent toegepast. Ook andere zorgsectoren dan de ziekenhuizen kunnen mogelijk gebruik maken van de bestaande instrumenten en protocollen, hoewel deze wellicht beter toepasbaar zijn als ze sectorspecifiek worden gemaakt. *Het is niet bekend waarom instrumenten en protocollen niet altijd bekend zijn en toegepast worden in de diverse zorgsectoren. Het is van belang hierin inzicht te krijgen.*

### 9.3 **Algemene aanbevelingen**

Op basis van het gemaakte overzicht in deze rapportage en de daaruit geformuleerde conclusies in voorgaande paragrafen geven we in deze paragraaf enkele algemene aanbevelingen.

#### 9.3.1 *Diepte analyse knelpunten en maatregelen*

De analyse in dit rapport is zeer breed en zoekt daardoor niet in op specifieke knelpunten van de verschillende beroepsgroepen die nog onvoldoende worden aangepakt. Om daarin meer inzicht te krijgen is meer diepte-onderzoek nodig naar risicogroepen binnen de zorgsectoren en de achterliggende oorzaken van risico's enerzijds en welke behoeften er zijn aan maatregelen en instrumenten anderzijds. Zo kan bijvoorbeeld bedrijfscultuur of de werk-privé balans van invloed zijn op de werkdruk. Of de ontwikkelde instrumenten dergelijke oorzaken voldoende boven tafel kunnen krijgen is op basis van dit onderzoek niet te zeggen.

Deze aanbeveling geldt in het bijzonder voor psychosociale belasting, waaronder werkdruk en emotionele belasting. Maar ook het onregelmatig werken in de zorg en de sociale en gezondheidkundige risico's daarvan verdienen daarbij aandacht.

#### 9.3.2 *(Verdere) implementatie bestaande oplossingen*

Er zijn al veel maatregelen en instrumenten beschikbaar om arbeidsrisico's in de verpleging en verzorging terug te dringen. Niet altijd is bekend in hoeverre deze ook gebruikt worden en eventuele redenen van te weinig gebruik. In het algemeen is het wel duidelijk dat verdere implementatie nodig is. Verschillende activiteiten kunnen bijdragen aan een verdere implementatie van deze maatregelen en instrumenten, namelijk:

- Nagaan in welke mate oplossingen werkelijk worden toegepast, welke belemmeringen er zijn en hoe deze belemmeringen weggenomen zouden kunnen

worden. Dit geldt vooral voor de onderwerpen werkdruk en fysieke belasting, maar ook voor de andere arbeidsrisico's. Zo is verbetering nodig in het naleven van de arbobeleidsregels met betrekking tot cytostatica, bijvoorbeeld het dragen van handschoenen bij toediening en verpleging en verzorging van patiënten die met cytostatica worden behandeld.

Als blijkt dat belangrijke belemmeringen gevormd worden door onbekendheid met de mogelijke oplossingen of onvoldoende vertrouwen dat die oplossingen werken, dan kan het kennis nemen van 'good practices' of uitvoeren van effectstudies mogelijk drempelverlagend werken (zie volgende punt).

- Ook het kostenaspect zal voor het management vaak een rol spelen bij het niet invoeren van beschikbare maatregelen. Kosten-baten analyses kunnen het management inzicht verschaffen ter ondersteuning van besluitvorming hierover. Daarbij is ook aandacht nodig voor kwalitatieve baten, zoals medewerkerstevredenheid en aantrekkelijkheid van het beroep.
- Overnemen van succesvolle maatregelen uit andere zorgsectoren. Dit geldt voor alle arbeidsrisico's en in het bijzonder voor het project Veiligezorg, dat vanuit de ziekenhuizen sector is ontwikkeld. Voor fysieke belasting zijn al veel zorgbrede instrumenten ontwikkeld met soms sectorspecifieke uitvoering.

Voor verdere implementatie van bestaande oplossingen moeten de instrumenten en maatregelen goed toegankelijk zijn. De ontwikkeling van een Arbocatalogus kan daarbij een rol spelen. Voor diverse sectoren is of wordt momenteel een Arbocatalogus ontwikkeld, waarin de beschikbare instrumenten en oplossingen ondergebracht zijn/worden. Daarnaast is het verspreiden van kennis en beschikbaar stellen van instrumenten via een centrale, goed toegankelijke, website van belang.

### 9.3.3 *Kennis en ervaring delen/ Good practices*

Het delen van kennis en ervaringen over effectieve aanpak van arbeidsrisico's binnen en tussen de verschillende zorgsectoren, werkt vaak stimulerend. Dit kan bijvoorbeeld door *good practices* te verzamelen, eventueel zelfs uit het buitenland, en beschrijvingen daarvan te verspreiden onder het management van instellingen. Dit geeft tevens meer inzicht in hoeverre instellingen daadwerkelijk hun risico's beheersen en hoe groot de verschillen binnen sectoren zijn. De PreGo! catalogus met tips voor vermindering van fysieke belasting is daarvan een voorbeeld. Om instellingen aan te sporen om met hun aanpak naar buiten te treden, kan bijvoorbeeld een prijs worden uitgelooft. Dit gebeurt al bij ergocoaches. Ook andere manieren zijn denkbaar zoals het organiseren van workshops rond bepaalde thema's. Naast de beschrijvingen vormen kosten-baten analyses van oplossingen een belangrijke bron van informatie voor het management. Daarmee kan duidelijk worden wat de terugverdientijd van een oplossing is of welke oplossing het beste gekozen kan worden.

### 9.3.4 *Innovaties: nieuwe technologieën*

Met nieuwe producten en/of technologieën kan de fysieke belasting worden verminderd. Dit gebeurt al veel in de zorgsector. Maar daarnaast kunnen nieuwe technologieën ook gebruikt worden om efficiënter te kunnen werken. Een voorbeeld daarvan is de 'opstapmat' die een signaal geeft wanneer een patiënt uit bed stapt, zodat de verpleegkundigen niet steeds langs de patiënten hoeft om te kijken of alles goed gaat. Dit verlaagt zowel de fysieke belasting (veel lopen) als werkdruk van de verpleegkundige. Een ander voorbeeld is het onderzoek naar veiligheidsmaterialen voor ondermeer prikaccidenten dat momenteel wordt uitgevoerd (zie par. 9.1.5). Ook in de organisatie van het werk kunnen dergelijke effecten worden bereikt. Door

een efficiënte organisatie van het werk kan tijd worden bespaard en daarmee de werkdruk worden verminderd.

Bij verdere ontwikkelingen van oplossingen is het van belang een participatieve aanpak te hanteren, waarbij vooral de verpleegkundigen en verzorgenden zelf maar daarnaast ook leidinggevenden en eventueel ondernemingsraden, arbodeskundigen of zelfs afdeling inkoop betrokken worden.

#### 9.3.5 *Goede (zorgbrede) registratie en monitoring*

Goed arbobeleid begint met een goede registratie van blootstelling en gevolgen van de risico's. Voor prikaccidenten en agressie en geweld zijn al initiatieven genomen voor landelijke registratiesystemen. Ook voor de andere arbeidsrisico's is het van belang om deze periodiek op uniforme wijze te meten. Vooral het besmettingsgevaar van werken met cytostatica moet beter in kaart worden gebracht. Bovendien ontbreekt het aan risicogegevens per functiegroep, op een enkele uitzondering na. Ook op instellingsniveau is het van belang om goed zicht te krijgen en houden op de stand van zaken rondom arbo en deze te kunnen afzetten tegen die van collega's binnen de sector of de algemene beroepsbevolking (benchmark).



## 10 Referenties

N.B. Referenties die in de bijlagen staan zijn hier niet opgenomen.

Actieplan implementatie arboconvenant ziekenhuizen. Utrecht: Stichting Arbeidsmarktbeleid Zorg en Welzijn, 2003.

Arbeidsinspectie, Inspectieproject cytostatica en narcosegassen: projectverslag A549. Den Haag: Arbeidsinspectie, 2003.

Arbeidsinspectie, Projectrapportage inspectieproject GGZ. Den Haag: Arbeidsinspectie, mei 2005.

Arbeidsinspectie, Inspectierapport Gehandicaptenzorg. Den Haag: Arbeidsinspectie, juni 2005.

Arbeidsinspectie. Eindverslag inspectieproject hulpverleners bij ongevallen; Het inspecteren van de hulpverlening door politie, brandweer en ambulancediensten. Groningen: Arbeidsinspectie, juni 2005.

Arbeidsinspectie, Verslag inspectieproject thuiszorg; fysieke belasting, agressie en geweld. Arnhem: Arbeidsinspectie, september 2006.

Arbeidsinspectie, Projectverslag inspectierapport academische en algemene ziekenhuizen. Arnhem: Arbeidsinspectie, mei 2007a.

Arbeidsinspectie, Arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg. Den Haag: Arbeidsinspectie, mei 2007b.

Arbeidsinspectie, Projectverslag inspectierapport verpleging en verzorging. Arbeidsinspectie, mei 2007c.

Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002 verpleeg- en verzorgingshuizen in het kader van de CAO arbeid en gezondheid. Utrecht: Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004.

Bekker S, Essen G van, Josten E, Meihuizen H, Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003. Tilburg: OSA, 2004.

Berkel P, Leerkes G, Reumer K, van Rhijn J. Ambulances in zicht 2006. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2007.

Bos E, Krol B, Star L van der, Groothoff J, Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, IC nurses, operation room nurses and X-ray technologists, *Int Arch Occup Environ Health* (2007) 80:198–206.

Dekker H, Tap R, Mevissen J. Eindrapportage arboplusconvenant UMC's en Ac. Ziekenhuizen, Den Haag: Min SZW, 2007.

Fransman W. Antineoplastic drugs occupational exposure and health risk. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2006.

Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA), Veilig werken met cytostatica en uitscheidingsproducten thuis. Amsterdam: IKA, 2006.  
<http://www.ikcnet.nl/bibliotheek/index.php?id=2061>

Kemp S van der, Vree F van, Knibbe N, Knibbe H, Arboconvenant GGZ, Eindevaluatie. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006.

Kidgell-Koppelaar I, van Wijk P, Pelk M, Wijkmans C, Schneeberger P. The implementation of hepatitis B vaccination and other follow-up recommendations after accidental blood exposure. *Infectieziektenbulletin* 2004;15(6):219 - 223.

Knibbe, HJJ, Knibbe, NE. Resultaten van de Beleidsspiegel: onderzoeksresultaten samengevat. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.

Knibbe HJJ, Meijssen P. Een verkenning van nieuwe mogelijkheden voor ergonomische oplossingen op de operatiekamer: een vervolg op het onderzoek naar de fysieke belasting van de operatieassistent. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004.

Knibbe NE, Knibbe HJJ. Zorgverlener minder belast door ergonomisch incontinentiemateriaal, *Tijdschrift voor Ergonomie*, 2006, 31(1): 20-21

KPMG en Locomotion. Stand der techniek in de ambulancezorg: eindrapport. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2003.

Kwartel A van der, Paardekooper P, Velde F van der, Windt W van der. Arbeid in Zorg en Welzijn, Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang, Utrecht: Prismant, 2007.

Meijssen P, Bed MA, Knibbe JJ. Work-Related Musculoskeletal Disorders of perioperative Personnel in the Netherlands, *AORN Journal*, 86 (2) p 193-208, 2007.

Meijssen P, De fysieke belasting van operatieassistenten, Dissertatie, Eindhoven: Extrapoint, 2004.

Meijssen P, Knibbe JJ. Prolonged standing in the OR: A Dutch research study, *AORN Journal*, 86 (3) 2007.

Meijssen P, Knibbe JJ. Stasteunen op de OK, incl checklist, iov sectorfondsen Zorg & Welzijn, Bennekom: LOCOmotion, oktober 2004.

Meijssen P, Knibbe, H, Ergonomische oplossingen op de OK nader uitgewerkt, in opdracht van Arboconvenant Ziekenhuizen. Utrecht: Sectorfondsen Zorg & Welzijn, 2004.

Meijster T, Fransman R, Veldhof R, Kromhout H. Exposure to antineoplastic drugs outside the hospital environment. *Ann Occup Hyg* 2006; 657-664.

Nationaal Hepatitis Centrum. Preventiebeleid ten aanzien van HBV bij risico op prik-, bijt-, snij- en spataccidenten voor beroepsgroepen 'zwart-blauw-rood'. Amersfoort: Nationaal Hepatitis Centrum, Verslag Expertmeeting, 2004.

Nefs JC, Tissing HA. Eindevaluatie Arboconvenant gehandicaptenzorg. Den Haag: SZW, september 2005.

Noordam & de Vries, Weerbaarheid, agressie en pesten op de werkvloer. Abva/Kabo 2006.

Plan van aanpak arboconvenant ambulancezorg inzake psychische en fysieke belasting en terugdringing van ziekteverzuim. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2004.

Plan van aanpak arboplusconvenant universitaire medische centra en academische ziekenhuizen, Leiden, 9 januari, 2004.

Ploeg E van der. The risk of high-risk jobs : psychological health consequences in forensic physicians and ambulance workers. proefschrift, 2003.

Richtlijn Cytostatica, Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004 (publ. Nr. 920.046.20).

Rij C van, Doorn E van. Evaluatie Arboconvenant Thuiszorg: eindrapport. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2005.

SANT Organisatieadviseurs BV in opdracht van het Convenant Arbeidsomstandigheden in de Thuiszorg. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004.

SER, Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector, SER: Den Haag, 2006 (ISBN 90-6587-923-4)Arbeidsrisico's in de verpleging en verzorging. Arbeidsinspectie, april 2006.

Sikkema CY, Abraham M, Flight S. Ongewenst gedrag besproken: ongewenst gedrag tegen werknemers met een publieke taak: managementsamenvatting. Amsterdam: DSP-groep BV, 2007.

Star A van der, Eindrapportage Arboconvenant Academische Ziekenhuizen. Groningen: juni 2004.

Stekelenburg - van Empel IRM. Ervaring van ziekenhuispersoneel met het prikaccidentenprotocol. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen: opleiding Arbeids en bedrijfsgeneeskunde, 2003, SGBO scriptie.

Veer AJE, Poortvliet EP, Vogel B. De aantrekkelijkheid van het beroep 2007: een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2007.

Vijfvinkel D, Vree F van. Eindevaluatie convenant ambulancepersoneel. Den Haag: Min SZW, 2007.

Vos D, Gotz HM, Richardus JH. Needlestick injury and accidental exposure to blood: the need for improving the hepatitis B vaccination grade among health care workers outside the hospital. Am J Infect Control 2006;34(9):610-2.

Vree F van, Bolhuis P. Arboconvenant Ziekenhuizen : eindevaluatie. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2006.

Weten voor Beter; Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg Amsterdam: Price Waterhouse & Coopers, september 2007.

Wijk P van, Leeuwen-Gilbert P van, en Boland G. Landelijk Meldpunt Prikaccidenten. Infectieziekten bulletin, 2006;17(08):277-278. (zie link) (meer info: Nationaal Hepatitis Centrum, e-mail: p.vanwijk@hepatitis.nl.)

Wijk PT van, Pelk-Jongen M, Wijkmans C, Voss A, Timen A, Schneeberger PM. Variation in interpretation and counselling of blood exposure incidents by different medical practitioners. Am J Infect Control 2008;36(2):123-8.

Windt W van der, Steenbeck R, van Eijk W, Talma HF. Inspanning Beloond? Onderzoek Naar de Arbeidsmarkt van Operatieassistenten en Anesthesiemedewerkers [A Labour Market Study into the General Professional Context of the Work of Operatieassistenten and Anesthesia Personnel]. Utrecht, the Netherlands: Prismant; 2002:25-40.

Windt W van der, Arnol EJE, Keulen RF. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011, Utrecht: Prismant, 2007.

Zorg voor thuiszorg. Werkpakket aanpak fysieke belasting. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.



## Bijlage A. Instrumenten Fysieke belasting

Wat?	Werkpakket Beter!
Voor wie?	Arboverantwoordelijken van verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen en revalidatiecentra
Wat houdt maatregel in?	Concrete handreikingen en instrumenten om de fysieke belasting terug te dringen (uitgaande van bronaanpak); belangrijkste onderdeel vormt de <b>Praktijkrichtlijnen Fysieke belasting</b> voor patiëntgebonden en niet patiëntgebonden handelingen. Naast de Praktijkrichtlijnen bevat dit pakket diverse instrumenten om de fysieke belasting in kaart te brengen: de <b>Tilthermometer en Risicoradar</b> en het <b>Actieblok ziekenhuizen</b> (hulpmiddel om het probleem en de mogelijke oplossing in kaart te brengen). Bovendien is er aandacht voor trainingen, preventiebeleid en borging. Ook informatie over de bouw en inrichting van ruimtes is te vinden in dit pakket.
Auteurs	Knibbe JJ, Knibbe NE, Geuze L. Beter!. Utrecht, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003
Beschikbaar sinds	2003

Wat?	Praktijkrichtlijnen fysieke belasting
Voor wie?	Zorgverleners in de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- algemene ziekenhuizen en UMC's</li> <li>- GGZ met cliëntgebonden activiteiten</li> <li>- instellingen voor gehandicaptenzorg</li> </ul>
Wat houdt maatregel in?	Praktijkrichtlijnen zijn verantwoorde, praktijkgerichte en concreet uitvoerbare afspraken over hoe te zware fysieke belasting voorkomen kan worden. De richtlijnen maken duidelijk welke belasting nog wel en welke niet meer aanvaardbaar is. Voor de <i>ziekenhuizen</i> zijn er richtlijnen voor patiëntgebonden en niet patiëntgebonden handelingen. Voor de GGZ zijn er richtlijnen voor zorgactiviteiten waarin het directe contact met de cliënten een rol speelt. De praktijkrichtlijnen zijn verspreid onder alle ziekenhuizen en alle GGZ-instellingen, samen met een werkboek.
Auteurs	Knibbe NE, Knibbe JJ, Geuze L. De Praktijkrichtlijnen en de bijbehorende instrumenten (TilThermometer, RugRadar en BeleidsSpiegel). Utrecht; Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004. Downloaden, voor de GGZ: <a href="http://www.werkenindeggz.nl/images/files/arbeidsomstandigheden/Fysieke_belasting.pdf">http://www.werkenindeggz.nl/images/files/arbeidsomstandigheden/Fysieke_belasting.pdf</a> Gehandicaptenzorg: <a href="http://www.profijtvanarbobeleid.nl/downloads/praktijkr_zorgverleners_ghz.pdf">http://www.profijtvanarbobeleid.nl/downloads/praktijkr_zorgverleners_ghz.pdf</a>
Beschikb. sinds	2001

<b>Wat?</b>	<b>BeleidsSpiegel</b>
Voor wie?	Management in: - Ziekenhuizen - GGZ-instellingen - Verpleeg- en verzorgingshuizen (via CAO verplicht gesteld) - instellingen voor gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	Met de BeleidsSpiegel kan het beleid op het gebied van fysieke belasting worden beoordeeld en verbeterd (in een plan van aanpak). De evaluatiestudie van Knibbe en Knibbe (2003) biedt de mogelijkheid om instellingsbeleid te spiegelen aan landelijke resultaten en oplossingen te vinden.
Auteurs	Knibbe, HJJ, Knibbe, NE. Resultaten van de Beleidsspiegel: onderzoeksresultaten samengevat. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003. (evaluatie onder 389 instellingen, waarvan 232 verzorgingshuizen en 88 verpleeghuizen en 36 zorggroepen; respons 78%). Downloaden: GGZ: <a href="http://www.arbo-ggz.nl/arb31.htm">http://www.arbo-ggz.nl/arb31.htm</a> gehandicaptenzorg: <a href="http://www.profitvanarbobeleid.nl/downloads/prod_beleidsspiegel_ghz.pdf">http://www.profitvanarbobeleid.nl/downloads/prod_beleidsspiegel_ghz.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2002 (via CAO verplicht gesteld)

<b>Wat?</b>	<b>TilThermometer</b>
Voor wie?	Zorgverleners. Inmiddels zijn er branchespecifieke TilThermometers voor ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg.
Wat houdt maatregel in?	De Tilthermometer is een meetinstrument dat vaststelt hoeveel en aan welk type fysieke belasting zorgverleners blootstaan. Op dit formulier vul je in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bij welk percentage van de cliënten er assistentie wordt verleend</li> <li>• in welke mate die assistentie fysiek overbelastend is</li> <li>• welk deel van die fysieke overbelasting is opgelost</li> </ul>
Auteurs	Knibbe HJJ, Knibbe NE. Resultaten van de Tilthermometer : spiegelinformatie voor instellingen. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003. GGZ: <a href="http://www.arbo-ggz.nl/arb31.htm">www.arbo-ggz.nl/arb31.htm</a> gehandicaptenzorg: <a href="http://www.profitvanarbobeleid.nl/html/fysieke_belasting/tilthermometer.shtml">www.profitvanarbobeleid.nl/html/fysieke_belasting/tilthermometer.shtml</a> Zie ook: <a href="http://www.locomotion.nu/">http://www.locomotion.nu/</a>
Beschikbaar sinds	verschilt per branche

<b>Wat?</b>	<b>WerkPlekCheck Zorg</b>
Voor wie?	Zorgverleners
Wat houdt maatregel in?	Voor Arbocoördinatoren, P&O-ers etc. om als objectieve procesbegeleider het preventiebeleid met betrekking tot fysieke belasting te concretiseren. Het is een instrument om te bereiken dat zorgverleners zelf de problematiek in kaart brengen, zelf prioriteiten vaststellen en zelf de verbeteringen doorvoeren. Het bevat een stappenplan en een vragenlijst voor medewerkers.
Auteurs	Knibbe NE, Knibbe HJJ. De WerkPlekCheck Zorg. Maak werk van je werkplek. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002. downloaden: <a href="http://www.arbo-ggz.nl/download/wpczorg.pdf">www.arbo-ggz.nl/download/wpczorg.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2002

<b>Wat?</b>	<b>Werkpakket 'Pakketje Gezond'</b>
Voor wie?	Werkgevers in de gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	<p>Het werkpakket biedt concrete oplossingen en instrumenten om de fysieke overbelasting bij uw medewerkers weg te nemen. Het pakket bestaat uit:</p> <p><i>Praktijkrichtlijnen voor Zorgverleners GHZ</i>: richtlijnen om fysieke overbelasting bij cliëntcontacten te voorkomen; CD-Rom en video. Aan het eind van de convenantsperiode waren deze bij 23% van de werknemers bekend</p> <p><i>Tilthermometer (specifiek voor de gehandicaptenzorg) en rekenmodellen</i>: instrument om de fysieke belasting van zorgverleners in kaart te brengen aan de hand van de praktijkrichtlijnen voor zorgverleners GHZ (onderdeel van Pakketje Gezond)</p> <p><i>BeleidsSpiegel GHZ</i>: strategisch middel om een breed beleid fysieke belasting op te zetten.</p> <p><i>Actieblok gehandicaptenzorg</i>: hulpmiddel om het probleem en de mogelijke oplossing in kaart te brengen, maar ook wie verantwoordelijk is voor de te ondernemen actie en binnen welke tijd dat moet gebeuren.</p> <p>Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan training, preventiebeleid en borging en aan de eisen aan bouw en inrichting van ruimtes.</p>
Auteurs	Knibbe NE, Knibbe JJ, Geuze L. Pakketje Gezond, Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004. downloaden: <a href="http://www.profijtvannarbobeleid.nl/downloads/pakketje_gezond.pdf">www.profijtvannarbobeleid.nl/downloads/pakketje_gezond.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Beestenboel fysieke belasting</b>
Voor wie?	Gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	<p>Werkbladen die bedoeld zijn om de discussie in het team te stimuleren. Kan ook door ergocoaches gebruikt worden. Ze bestaan uit een aantal opdrachten en uitspraken. Door hierover in het team te spreken kan gezamenlijk worden gezocht naar oplossingen en hulpmiddelen waarmee de werksituatie het best verbeterd kan worden.</p>
Auteurs	Ca[t] communicatie, Ulvenhout. De inhoud is samengesteld in samenwerking met de Klankbordgroep Fysieke belasting gehandicaptenzorg Publicatienummer 920.033.57 B • © 2003/1 Sectorfondsen Zorg en Welzijn. downloaden: <a href="http://www.profijtvannarbobeleid.nl/downloads/werkbladen_fys_bel.pdf">http://www.profijtvannarbobeleid.nl/downloads/werkbladen_fys_bel.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2003

<b>Wat?</b>	<b>Het (Redje)Rugboekje</b>
Voor wie?	Er zijn verschillende edities van het rugboekje voor patiënt- en niet patiëntgebonden functies in diverse branches binnen de zorg
Wat houdt maatregel in?	Rugboekjes zijn handzame boekjes met basisinformatie over het ontstaan van rugklachten en wat je zelf kunt doen om ze te voorkomen. LOCOmotion ontwikkelde in opdracht van sociale partners een serie van deze boekjes voor doelgroepen als zorgverleners (in de diverse branches), medewerkers van ondersteunende diensten in zorginstellingen, ambulance personeel en operatieassistenten.
Auteurs	Knibbe NE, Knibbe HJJ. Het (Redje)Rugboekje, Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001. algemeen in de zorg: <a href="http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/999104-dl_rugboekje_zorg1.pdf">http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/999104-dl_rugboekje_zorg1.pdf</a> ambulancezorg: <a href="http://www.sovam.nl/pdf/Rugboekje%202005%20def.pdf">http://www.sovam.nl/pdf/Rugboekje%202005%20def.pdf</a> gehandicaptenzorg: <a href="http://www.profijtvanarbobeleid.nl/downloads/rugboekje_ghz.pdf">http://www.profijtvanarbobeleid.nl/downloads/rugboekje_ghz.pdf</a> diversen: <a href="http://www.locomotion.nu/instrumenten/rugboekje.htm">http://www.locomotion.nu/instrumenten/rugboekje.htm</a>
Beschikbaar sinds	2001

<b>Wat?</b>	<b>PreGo! Catalogus: 2 versies: (1) Zorg (Tips om fysieke belasting te lijf te gaan) en (2) Niet-cliëntgebonden taken</b>
Voor wie?	Zorgverleners uit de gehele zorg
Wat houdt maatregel in?	Bundel met best practices, tips e.d. voor alle branches binnen de zorg met als doel bij de bestrijding van fysieke belasting van elkaar te leren; De catalogus is binnen de GGZ-instellingen op grote schaal verspreid in het kader van het Arboconvenant; over de verspreiding en toepassing bij andere branches is (nog) niets bekend.
Auteurs	Knibbe NE, Knibbe HJJ. PreGo! Catalogus. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002. <a href="http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/prod_prego_zorg.pdf">www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/prod_prego_zorg.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2002

<b>Wat?</b>	<b>Ergocoaches / preventiemedewerkers</b>
Voor wie?	Alle ziekenhuizen
Wat houdt maatregel in?	Tijdens de convenantsperiode zijn op de UMC's ergocoaches geschoold op afdelingen waar fysieke belasting een hoog risico vormt. Binnen alle UMC's is een netwerk van ergocoaches opgezet; wel zijn er verschillen in de wijze waarop de UMC's de toename van ergocoaches stimuleren. Het ene UMC organiseert één bijeenkomst per jaar waar het andere UMC vier bijeenkomsten in een jaar organiseert Hoewel dit niet uit alle eindrapportages blijkt, geven UMC's in de gesprekken aan van plan te zijn na het convenant de huidige ergocoaches bij te blijven scholen en nieuwe ergocoaches op te leiden. Op initiatief van Project Ergocoaches is daarom de ErgoCoach Award in het leven geroepen. De ErgoCoach Award is een prijs die wordt toegekend aan een ergocoach die collega's, leidinggevend, etc inspireert en zo samen een duidelijke bijdrage leveren aan het verminderen van fysieke belasting in de Nederlandse zorg.
Auteurs	Ergocoaches: <a href="http://www.ergocoaches.nl">www.ergocoaches.nl</a> effectstudie ergocoaches "Voorlichting door collega's, logisch toch?" Arbo nr. 3 2008 p 36-37
Beschikbaar sinds	Sinds de start van het arboplusconvenant

<b>Wat?</b>	<b>Boekje 'Stasteunen op de OK'</b>
Voor wie?	Operatie assistenten in ziekenhuizen
Wat houdt maatregel in?	Boekje met voorlichting en informatie aan medewerkers. Biedt informatie over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het voorkomen van te lang staan bij operatieassistenten</li> <li>- belang van variatie van houdingen en gebruik van stasteunen met voorbeelden van toepassingen</li> <li>- resultaten van een praktijkonderzoek met stasteunen</li> <li>- checklist met criteria waaraan stasteun moet voldoen</li> </ul>
Auteurs	Meijsen P, Knibbe JJ. Stasteunen op de OK, inclusief checklist, in opdracht van sectorfondsen Zorg & Welzijn, Bennekom: LOCOmotion, oktober 2004
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Het 'Watnektje-boekje'</b>
Voor wie?	Operatie assistenten in ziekenhuizen
Wat houdt maatregel in?	Biedt informatie over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het voorkomen van klachten aan het bewegingsapparaat bij operatieassistenten</li> <li>- oorzaken van klachten</li> <li>- maatregelen: wat medewerkers zelf kunnen doen om klachten te voorkomen (gebaseerd op de Praktijkrichtlijnen voor ziekenhuispersoneel)</li> </ul>
Auteurs	Knibbe N, Knibbe H en Meijsen P. Het watnektjeboekje, Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004 (publ nr 920.046.90)
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Werkpakket 'aanpak fysieke belasting'</b>
Voor wie?	Verpleeg- en verzorgingshuizen
Wat houdt maatregel in?	Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting voor Zorgverleners en ondersteunende diensten met: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beoordelingsinstrument fysieke belasting (RugRadar)</li> <li>- TiiThermometer voor zorgverleners</li> <li>- Beleidsspiegels voor Zorgverleners (verplicht gesteld vanuit de CAO Arbeid en Gezondheid)</li> </ul>
Auteurs	Knibbe JJ, Knibbe NE, Geuze L, Werkpakket 'aanpak fysieke belasting'. Fysieke belasting Verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002. downloaden: <a href="http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/prod_aanpak_fysiekebelasting_venv.pdf">www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/prod_aanpak_fysiekebelasting_venv.pdf</a>
Beschikb. sinds	2002

<b>Wat?</b>	<b>Catalogus 'hulpmiddelen voor verpleeg- en verzorgingshuizen'</b>
Voor wie?	Zorgverleners in verpleeg- en verzorgingshuizen (maar ook management en inkopers)
Wat houdt maatregel in?	De catalogus bevat informatie over 'kleine hulpmiddelen' en ook grotere hulpmiddelen, zoals verschillende soorten tilliften en bedden, maar ook voorbeelden van douchebrancards, aankleedtafels en baden. Het zijn hulpmiddelen die bruikbaar zijn om de fysieke belasting van zorgverleners in verpleeg- en verzorgingshuizen binnen aanvaardbare gezondheidkundige grenzen te brengen. De in 2002 voor de verpleeg- en verzorgingshuizen ontwikkelde Praktijkrichtlijnen Zorgverleners (zie werkpakket 'Aanpak fysieke belasting') worden gevolgd.
Auteurs	Knibbe HJJ, Knibbe NE. Catalogus hulpmiddelen voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003. Naar aanleiding van de CAO waarin afspraken zijn gemaakt over fysieke belasting en het gebruik van hulpmiddelen in de vorm van Praktijkrichtlijnen fysieke belasting.
Beschikbaar sinds	2003

<b>Wat?</b>	<b>Het hulpmiddelenboekje voor zorgverleners</b>
Voor wie?	Zorgverleners in verpleeg- en verzorgingstehuizen (maar ook management en inkopers)
Wat houdt maatregel in?	Het boekje biedt een overzicht van hulpmiddelen en materialen die in de zorg gebruikt worden om fysieke belasting te beperken en de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. De informatie helpt bij het kiezen van het juiste hulpmiddel, hoe dit aan te vragen en te zorgen dat de randvoorwaarden voor gebruik zo goed mogelijk zijn. Het uitgangspunt vormen de hulpmiddelen beschikbaar vanuit de uitleen, aangevuld met andere relevante hulpmiddelen.
Auteurs	Knibbe H, Knibbe N, Boomgaard J, Klaassen A, Mol I. Het hulpmiddelenboekje voor zorgverleners. Bennekom: Locomotion, 2004. In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland. downloaden: <a href="http://www.locomotion.nu/pdf/Hulpmiddelenboekje_voor_Zorgverleners.pdf">http://www.locomotion.nu/pdf/Hulpmiddelenboekje_voor_Zorgverleners.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Arbocheck</b>
Voor wie?	Thuiszorg
Wat houdt maatregel in?	Werkpakket in het kader van de praktijkregels. De Arbocheck is een beoordeling van de fysieke arbeidsomstandigheden waaronder medewerkers zorg moeten verlenen. De Arbocheck maakt duidelijk welke aanpassingen (aan materialen en werkomgeving) eventueel moeten plaatsvinden en/of welke hulpmiddelen de organisatie of de cliënt moet inzetten om te komen tot een gezonde arbeidssituatie en een veilige situatie voor de cliënt.
Auteurs	Klaassen A, Knibbe H, Boomgaard J, Timmermans K, Ven J van de. Arbocheck in de thuiszorg. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004.  downloaden: <a href="http://www.faot.nl/index.php?option=com_virtuemart&amp;page=shop.getfile&amp;file_id=49&amp;product_id=19">http://www.faot.nl/index.php?option=com_virtuemart&amp;page=shop.getfile&amp;file_id=49&amp;product_id=19</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Tilprotocollen in de thuiszorg</b>
Voor wie?	Thuiszorg
Wat houdt maatregel in?	Boekje met werkpakket voor medewerkers. Het werkpakket geeft handvaten en tips voor het ontwikkelen en invoeren van een tilprotocol, en geeft een aantal voorbeelden. Een tilprotocol ondersteunt de invoering van de Praktijkregels. De praktijkregels geven aan wanneer er sprake is van overbelasting.
Auteurs	H. Knibbe, N. Knibbe. Tilprotocollen in de thuiszorg: een werkpakket om zelf mee aan de slag te gaan in het kader van de Praktijkregels. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn 2002 downloaden: <a href="http://www.faot.nl/images/stories/producten/tilprotocollen_thz.pdf">http://www.faot.nl/images/stories/producten/tilprotocollen_thz.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2002

<b>Wat?</b>	<b>Stilstaan bij bewegen</b>
Voor wie?	Thuiszorg
Wat houdt maatregel in?	Voor elke werkvorm binnen de thuiszorg is een brochure ontwikkeld met praktijkregels, met als doel de fysieke belasting te verminderen via hanteerbare normen. Elk aandachtsgebied begint met een praktijkvoorbeeld.
Auteurs	Beune HAT, Evers G. Praktijkregels voor de thuiszorg: eindrapport. Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.  Zie ook: <a href="http://www.praktijkregelsthuishzorg.nl/thuiszorg_nieuw">www.praktijkregelsthuishzorg.nl/thuiszorg_nieuw</a>
Beschikbaar sinds	1999

<b>Wat?</b>	<b>Zorg voor thuiszorg</b>
Voor wie?	Thuiszorg
Wat houdt maatregel in?	Werkpakket aanpak fysieke belasting dat is gebaseerd op de Praktijkregels, biedt concrete handreikingen voor een beleidsmatige aanpak. Daarnaast bevat het praktische instrumenten om fysieke belasting aan te pakken, zoals de Beleidsspiegel, TilThermometer en HZ-meter en RisicoRadar
Auteurs	Zorg voor thuiszorg. Werkpakket aanpak fysieke belasting. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003. downloaden: <a href="http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/Zorg_voor_thuiszorg.pdf">http://www.ergocoaches.nl/images/dynamic/pdf/Zorg_voor_thuiszorg.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2003





## Bijlage B. Instrumenten werkdruk/agressie en geweld

<b>Wat?</b>	<b>Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen</b>
Voor wie?	algemeen; niet specifiek voor de zorgsector
Wat houdt maatregel in?	In de Leidraad worden handvatten geboden om de complexe problematiek van verzuim wegens psychische klachten het hoofd te bieden. De kern van de Leidraad is dat een verzuimende werknemer met psychische klachten niet lang met rust gelaten moet worden, maar dat contact met het werk van groot belang is voor gezondheidsherstel en re-integratie. Werkhervatting (zo nodig op arbeidstherapeutische basis of in aangepast werk) moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden. Hierbij hebben zowel leidinggevende als werknemer duidelijk omschreven taken en verantwoordelijkheden. In de Leidraad is beschreven welke activiteiten op welk moment worden verwacht van een leidinggevende en van een werknemer die verzuimt om psychische redenen.
Auteurs	Heuvel, F. van den, Amstel, R. van, Jettinghoff, K. Evaluatie van de Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' in de Thuiszorg en GGZ. Hoofddorp, TNO Arbeid, 2004. Publ.nr. 10266. te downloaden via: <a href="http://tno-kwaliteit-van-leven.adlibsoft.com/docs/tno10266.pdf">http://tno-kwaliteit-van-leven.adlibsoft.com/docs/tno10266.pdf</a>
Beschikb. sinds	2001

<b>Maatregel</b>	<b>Werkpakket werkdruk &amp; psychische belasting</b>
Voor wie?	Ziekenhuizen
Wat houdt maatregel in?	Werkpakket voor instellingen of OR met informatie, adviezen, instrumenten en hulpmiddelen (met CD-Rom). In het werkpakket is opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- een beschrijving van de stappen om tot een systematische aanpak van werkdruk &amp; psychische belasting te komen;</li> <li>- korte omschrijvingen van diverse onderzoeksinstrumenten;</li> <li>- de mogelijkheden die er zijn naast het uitvoeren van onderzoek;</li> <li>- handvatten voor workshops met medewerkers;</li> <li>- succes- en faalfactoren;</li> <li>- de meest gebruikte theoretische modellen;</li> <li>- overzicht van methoden om werklast te meten;</li> <li>- maatregelenoverzicht;</li> <li>- voorbeelden uit diverse ziekenhuizen;</li> <li>- een quick scan.</li> </ul>
Auteurs	Gend JSM van, JCM Tekstproducties; Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004 (publ.nr. 920.034.55)
Beschikb. sinds	2004

<b>Maatregel</b>	<b>Methode 'Werklast' (softwarepakket)</b>
Voor wie?	Ziekenhuizen
Wat houdt maatregel in?	<p>Prismant heeft de methodiek 'Werklast' ontwikkeld. Met deze methodiek, die bestaat uit een standaardmeetlat en een softwarepakket, kunnen ziekenhuizen de personele werklast in kaart brengen. Dit kan op het niveau van het totale ziekenhuis en op het niveau van de verpleegafdelingen. Het softwarepakket Werklast biedt de mogelijkheid om data van verschillende jaren met elkaar te vergelijken. Uitgangspunt is dat de hoofddiagnose van een patiënt bepalend is voor de hoogte van de werklast van verpleegkundigen. In samenwerking met drie ziekenhuizen heeft Prismant deze methode verfijnd, door naast de hoofddiagnose ook verrichtingen en verzwarende factoren (onder andere leeftijd, overplaatsing, spoed) in de berekening mee te nemen. Door toepassing van dit verfijnde rekenmodel kan de werklast nauwkeuriger worden berekend. Deze methode is in de praktijk betrouwbaar gebleken.</p> <p>In de <i>standaardmeetlat</i> is voor elke diagnose(groep) een werklastprofiel vastgesteld, dat per verpleegdag inzicht geeft in de verpleegkundige zorgzwaarte. Hierbij wordt gebruik gemaakt van vier zwaarteklassen: licht, middel, zwaar en zeer zwaar. Uit diverse onderzoeken waarin deze klasse-indeling wordt gehanteerd, blijkt dat de klassen zich wat betreft de verpleegkundige zorg verhouden als 1:2:5:7. Door deze getallen als gewichten toe te kennen aan de bijbehorende verpleegdagen en rekening te houden met eventuele verrichtingen en verzwarende omstandigheden worden werklastverschillen tussen patiëntenstromen meetbaar.</p>
Auteurs	Prismant; voor meer informatie zie: <a href="http://www.prismant.nl/Arbeidsmarkt_en_HRM/Nieuws/Voldoet_uw_formatieverdeling_nog_wel_">http://www.prismant.nl/Arbeidsmarkt_en_HRM/Nieuws/Voldoet_uw_formatieverdeling_nog_wel_</a>
Beschikb. sinds	2004

<b>Maatregel</b>	<b>Werkpakket voor het aanpakken van psychische belasting</b>
Voor wie?	Ambulancepersoneel
Wat houdt maatregel in?	<p>Checklists en gespreksmodellen om klachten en oorzaken van psychische belasting in kaart te brengen en oplossingsrichtingen te bepalen. In het pakket staat een uitgebreid overzicht van mogelijke interventies tegen werkdruk, agressie en traumaproblemen. Voor instrumenten voor vervolgonderzoek, zoals vragenlijsten en verander-aanpakken, wordt verwezen naar bestaande handleidingen, bijvoorbeeld:</p> <p>'Aanpak werkdruk en psychische belasting beter!: Werkpakket ziekenhuizen' (2004). Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn (JCM Tekstproducties, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, J.S.M. van Gendt): <a href="http://www.arbozw.nl/products/get_product_details.asp?id=487">www.arbozw.nl/products/get_product_details.asp?id=487</a>.</p> <p>'Handboek aanpak werkdruk en werkstress. Een veranderkundige benadering voor de branches Welzijn, Jeugdhulpverlening en Kinderopvang met behulp van de Monitor werkdruk en werkstress' (2004). Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn (H. Bolk, M. van Veldhoven, M. Lebbink, Sectorfondsen Zorg en Welzijn): <a href="http://www.arbozw.nl/products/get_product_details.asp?id=89">www.arbozw.nl/products/get_product_details.asp?id=89</a>.</p>
Auteurs	Oeij P, Schie JPM. van. Aanpak werkdruk, agressie en trauma in de ambulancezorg: gespreksmodellen en checklists voor medewerker en leidinggevende. Hoofddorp, TNO Kwaliteit van Leven, 2005 Smidt E, Willems Y. Werkpakket psychische belasting ambulancezorg., Zwolle: SO-VAM, 2006 (gebaseerd op Oeij en van Schie 2005).
Beschikbaar sinds	2005

<b>Maatregel</b>	<b>Het 'sta even stil bij stress' boekje</b>
Voor wie?	Ambulancezorg (ambulanceverpleegkundige, ambulancechauffeur en centralist meldkamer en kantoorpersoneel)
Wat houdt maatregel in?	Informatie over het tijdig signaleren en aanpakken van psychische overbelasting in de ambulancezorg; met een checklist van signalen van psychische overbelasting en tips over wat men moet doen als er sprake is van psychische overbelasting.
Auteurs	Swaij M van, Huising S. Het sta-even-stil-bij-stress-boekje: wat je moet weten over het voorkomen en vóorkomen van psychische overbelasting in de ambulancezorg (op basis van het werkpakket Psychische belasting van Smits en Beerends), Zwolle, SO-VAM, 2006.
Beschikbaar sinds	2005

<b>Wat?</b>	<b>Monitor Psychosociale belasting en werkstress/Handboek 'Werkdruk in de GGZ'</b>
Voor wie?	GGZ-instellingen
Wat houdt maatregel in?	De monitor is een sectorspecifiek gevalideerd instrument, waarmee psychosociale belasting in beeld wordt gebracht en verbetermaatregelen kunnen worden opgesteld. Om de monitor goed te kunnen implementeren is het handboek 'Werkdruk in de GGZ' ontwikkeld.
Auteurs	SKB, Projectbureau Monitor Werkdruk. Voor meer informatie: <a href="http://www.arbo-ggz.nl/arb21.htm">www.arbo-ggz.nl/arb21.htm</a>
Beschikbaar sinds	2001

<b>Wat?</b>	<b>Project Veiligezorg</b>
Voor wie?	Management en medewerkers in ziekenhuizen, ambulancezorg, geestelijke gezondheidszorg
Wat houdt maatregel in?	Dit is een landelijk project met als doel de toenemende agressie in ziekenhuizen terug te dringen. Een onderdeel van dit project is bijvoorbeeld dat personeel over speciale maatregelen en instructies beschikt om rechtstreeks in contact te treden met de beveiligingsbeambten van het ziekenhuis en de regiopolitie. In het kader van dat project zijn verschillende instrumenten ontwikkeld en beschikbaar gesteld, zoals: - een registratiesysteem van agressie-incidenten (Ziekenhuis Incident Registratiesysteem, ZIR) - het handboek Veiligezorg® - een protocol aangifte doen bij de politie voor ambulancepersoneel; - een Quick Scan veiligheid voor organisaties in de sociale werkvoorziening, waarin geadviseerd wordt over aanpassingen in beleid en op organisatorisch, bouwkundig en elektronisch gebied; - een training veiligheidscoach (op de afdeling).
Auteurs	Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ). De StAZ is een samenwerkingsverband van sociale partners in de branche Ziekenhuizen, zie website <a href="http://www.veiligezorg.nl">www.veiligezorg.nl</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Werkpakket agressie en onveiligheid</b>
Voor wie?	GGZ-medewerkers
Wat houdt maatregel in?	Informatie over hoe agressiebeleid systematisch vormgegeven kan worden. Het eerste deel bevat een korte introductie over agressie en onveiligheid en een beleidscyclus bestaande uit vier stappen die uitvoerig beschreven worden. Het tweede deel bestaat uit acht bijlagen waarin verschillende praktische instrumenten worden aange-reikt.
Auteurs	Beks M, Krol L, Werkpakket Agressie en onveiligheid. in opdracht van convenantspartijen, mede gerealiseerd door Sectorfondsen Zorg en Welzijn. DIN Adviesgroep. Nijmegen: HDtt Public Relations, 2001.  Te downloaden via: <a href="http://www.arbo-ggz.nl/download/Werkpakket_Agressie.pdf">www.arbo-ggz.nl/download/Werkpakket_Agressie.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2001

<b>Wat?</b>	<b>Agressie!</b>
Voor wie?	Gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	Het werkpakket Agressie! bestaat uit informatie, methoden, instrumenten, protocollen en praktijkvoorbeelden. Deze instrumenten zijn op maat gesneden voor de gehandicaptenzorg. Bevat tips en adviezen vinden om agressie op de werkvloer bespreekbaar te maken. Eén van deze instrumenten is bijvoorbeeld de Intervisie Methode Incidenten, ofwel de IMI. Deze gestructureerde methode om op veilige manier incidenten binnen een team te bespreken is vooral gericht op empowerment van de medewerker. Teamleden helpen stapsgewijs een collega die een agressie-incident heeft meegemaakt zelf een oplossing te bedenken waar deze mee verder kan. Ook is er een beschrijving van een drietal agressietrainingen voor medewerkers.
Auteurs	Bezemer, W, Buijssen H. en Nijman H. Werkpakket agressie. Agressie in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Beleid, opvang en preventie, Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn; 2003; te bestellen bij het arbokenniscentrum Zorg en Welzijn (publicatienummer 920.022.72); <a href="http://www.arbozw.nl">www.arbozw.nl</a>
Beschikbaar sinds	niet bekend

<b>Wat?</b>	<b>Quick Scan</b>
Voor wie?	GGZ-medewerkers
Wat houdt maatregel in?	Instrument om het agressiebeleid door te lichten en vast te stellen of het voldoet aan de normen van de Arboret.
Auteurs	Ontwikkeld door Sectorfondsen Zorg en Welzijn, te downloaden via website <a href="http://www.arbo-ggz.nl">www.arbo-ggz.nl</a>
Beschikbaar sinds	2001

<b>Wat?</b>	<b>Werkpakket “Aan de slag met werkdrukbeheersing”</b>
Voor wie?	Thuiszorg
Wat houdt maatregel in?	Het werkpakket bestaat uit een werkmap voor de medewerkers en een managementbriefing. Ook is er een pakket voor teams. Met de werkmap kunnen medewerkers zelf aan de slag. Het bevat tips en voorbeelden.
Auteurs	Uitgave van Sectorfondsen Zorg en Welzijn in opdracht van het Convenant Arbeidsomstandigheden in de Thuiszorg; ontwikkeld door SANT Organisatieadviseurs BV 2004 downloaden: <a href="http://www.faot.nl/index.php?option=com_virtuemart&amp;page=shop.getfile&amp;file_id=26&amp;product_id=38">www.faot.nl/index.php?option=com_virtuemart&amp;page=shop.getfile&amp;file_id=26&amp;product_id=38</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Roosters in de kraamzorg</b>
Voor wie?	Kraamzorg
Wat houdt maatregel in?	Leidraad voor kraamzorginstellingen die met roosters willen gaan werken of als naslagwerk worden gebruikt door de instellingen die reeds met roosters werken, maar de systematiek verder willen verfijnen. De leidraad bevat alle kennis en ervaringen met roosters in de praktijk van kraamzorginstellingen.
Auteurs	Prismant in 2003. ISBN nummer 90-5376-470-4
Beschikbaar sinds	2003

<b>Wat?</b>	<b>SOAS (Staff Observation Aggression Scale)</b>
Voor wie?	Gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	Registratie- en analysesysteem voor agressie-incidenten. Er is ook een digitale versie. Met behulp van een formulier kunnen stafleden of medewerkers agressieve gebeurtenissen - én de omstandigheden waaronder deze ontstonden - eenvoudig in kaart brengen. Omdat op de voorzijde van het formulier slechts hoeft te worden aangekruist wat op het waargenomen incident van toepassing was, kost deze registratiemethode weinig tijd. Omdat bovendien niet alleen wordt geregistreerd wát is voorgevallen, maar ook wordt gevraagd naar de aanleiding én de eventuele waarschuwingssignalen van het agressieve gedrag, kan het instrument ook helpen factoren en situaties die agressie ontlokken, beter te leren herkennen. Behalve een papieren versie is er ook een softwarepakket. Dit biedt de mogelijkheid om (analyse)overzichten samen te stellen om op deze manier patronen te herkennen.
Auteurs	Het softwarepakket is ontwikkeld door IGCN. Informatie: <a href="http://www.soas-r.com/?gclid=CM2qgonNgJQCFQ4YQgodMST2Vw">www.soas-r.com/?gclid=CM2qgonNgJQCFQ4YQgodMST2Vw</a> of: <a href="http://www.profitvanarbeid.nl/html/agressie/soas.shtml">www.profitvanarbeid.nl/html/agressie/soas.shtml</a>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Beestenboel agressie</b>
Voor wie?	Gehandicaptenzorg
Wat houdt maatregel in?	Werkbladen die bedoeld zijn om de discussie in het team te stimuleren. "Na een incident is dit makkelijker gezegd dan gedaan". Ze bestaan uit een aantal opdrachten en uitspraken. Door het maken én bespreken van de opdrachten is het voor medewerkers soms makkelijker om over het onderwerp agressie en geweld van gedachten te wisselen.
Auteurs	Ca[t] communicatie, Ulvenhout. De inhoud is samengesteld i.s.m. De inhoud is samengesteld i.s.m. Bartiméus en SIG. Publicatienummer 920.033.57 C • © 2003/1 Sectorfondsen Zorg en Welzijn. downloaden: <a href="http://www.profitvanarbeid.nl/downloads/werkbladen_agressie.pdf">www.profitvanarbeid.nl/downloads/werkbladen_agressie.pdf</a>
Beschikbaar sinds	2003

## Bijlage C. Instrumenten overige arbeidsrisico's en algemene instrumenten

<b>Wat?</b>	<b>Arbobrochure Verpleging en Verzorging (over alle arbeidsrisico's)</b>
Voor wie?	Management in Verpleeg- en verzorgingshuizen
Welke Risicofactoren?	fysieke belasting, blootstelling aan biologische agentia psychosociale arbeidsrisico's zoals agressie & geweld en werkdruk
Wat houdt maatregel in?	Deze brochure informeert werkgevers over de belangrijkste arbeidsrisico's voor verpleging en verzorging: fysieke belasting, blootstelling aan biologische agentia (prikaccidenten), psychosociale arbeidsrisico's zoals agressie & geweld en werkdruk. Via deze brochure werden de branche en de betrokken instellingen gestimuleerd hun zelfwerkzaamheid op het terrein van arbeidsomstandigheden vorm te geven. Er staat in wat werkgevers kunnen doen en waar de Arbeidsinspectie bij controles op let. Bij infectieziekten waarvoor verpleging in isolatie nodig is, zijn er specifieke maatregelen vereist zoals het dragen van handschoenen en/of adembescherming (mondkapjes).
Auteurs	'Arbeidsinspectie. Arbeidsrisico's in de verpleging en verzorging, Den Haag: Arbeidsinspectie, 2008. De brochure is verspreid onder alle organisaties in de branche verpleging en verzorging en te bestellen via <a href="http://www.arbeidsinspectie.nl">www.arbeidsinspectie.nl</a> (bestelnummer 613)
Beschikbaar sinds	2006 en een update in 2008 door de AI verspreid

<b>Wat?</b>	<b>Landelijke richtlijn prikaccidenten</b>
Voor wie?	Alle beleidsmakers en –uitvoerders van het prikaccidentenbeleid, zowel in het ziekenhuis, maar ook in de extramurale en openbare gezondheidszorg.
Wat houdt maatregel in?	Prikaccidenten zijn prik-, bijt- snij- en spataccidenten waarbij het hepatitis B virus (HBV) hepatitis C virus (HCV), het Humaan Immunodeficiëntie Virus (hiv) of andere bloedgerelateerde ziektes kunnen worden overgedragen. De richtlijn geeft aan de risico classificatie en welke maatregelen er genomen dienen te worden, wanneer een medewerker tijdens zijn/haar werkzaamheden wordt geconfronteerd met accidenteel bloedcontact. In de werkgroep zijn de verschillende medische beroepsverenigingen vertegenwoordigd die bij de beoordeling van prikaccidenten betrokken zijn, waaronder het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC). Het RIVM heeft een online kennistest op hun website waarmee bezoekers van de website hun kennis kunnen testen over de landelijke richtlijn prikaccidenten. Deze kennistest is bedoeld om bezoekers te informeren over de basisprincipes en –vaardigheden van de afhandeling van prikaccidenten.
Auteurs	Door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM; Centrum Infectieziektebestrijding) in samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep; te bestellen via: <a href="http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Prikaccidenten_(Landelijke_Richtlijn_Prikaccidenten)/Prikaccidenten_(Landelijke_Richtlijn_Prikaccidenten).jsp">www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Prikaccidenten_(Landelijke_Richtlijn_Prikaccidenten)/Prikaccidenten_(Landelijke_Richtlijn_Prikaccidenten).jsp</a>
Beschikbaar sinds?	2007

<b>Wat?</b>	<b>Richtlijn Cytostatica</b>
Voor wie?	Ziekenhuispersoneel
Wat houdt maatregel in?	<p>Richtlijnen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de ruimten waarin met cytostatica wordt gewerkt</li> <li>• het toedieningsgereed maken</li> <li>• de toediening van cytostatica en de verpleging van patiënten</li> <li>• het verwijderen en afvoeren van afval</li> <li>• de schoonmaak van toedieningsruimten, dienstruimten en sanitaire ruimten, en de controle daarop</li> <li>• persoonlijke beschermingsmiddelen</li> <li>• calamiteiten</li> <li>• medewerkers die zwanger zijn of borstvoeding geven</li> </ul> <p>aangevuld met 12 voorbeeldprotocollen.</p>
Auteurs	<p>De richtlijn is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De richtlijn is beschikbaar via de website van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ): <a href="http://www.staz.nl/downloads/producten_diensten/overige_producten/Richtlijn_Cytostatica.pdf">http://www.staz.nl/downloads/producten_diensten/overige_producten/Richtlijn_Cytostatica.pdf</a></p> <p>Een door de Sectorfondsen Zorg en Welzijn herziene versie van de toetsingscriteria is uitgegeven door de Vereniging van academische Ziekenhuizen.</p> <p>N.B. Twee protocollen zijn afkomstig uit het Kwaliteitshandboek Cytostatica 2004 van Het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) in Amsterdam. Het volledige Kwaliteitshandboek Cytostatica 2004 is te verkrijgen via <a href="http://www.nki.nl">www.nki.nl</a> (Algemeen &gt;&gt; Publicaties &gt;&gt; Kwaliteitshandboek Cytostatica).</p>
Beschikbaar sinds	2004

<b>Wat?</b>	<b>Databank Gevaarlijke Stoffen</b>
Voor wie?	Arboverantwoordelijken in ziekenhuizen
Welke risicofactor(en)?	Cytostatica (als onderdeel van gevaarlijke stoffen)
Wat houdt maatregel in?	Beschrijven van gevaarlijke stoffen op Werkplekinstructiekaarten en de Veiligheidsinformatiebladen. De landelijke database gevaarlijke stoffen is grotendeels gevuld (Dekker e.a. 2007).
Auteurs	De regie voor het vullen van de database lag bij het netwerk gevaarlijke stoffen.
Beschikbaar sinds	niet bekend



## Bijlage D. Gebruikte afkortingen

ActiZ	brancheorganisatie voor verzorgings- en verpleeghuiszorg, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg
AI:	Arbeidsinspectie
AMC:	Academisch Medisch Centrum
AVR:	Arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie
AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOA	Bloedoverdraagbare aandoeningen
BOT:	Bedrijfsopvangteam
BTN:	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CBO:	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CBS:	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPA:	Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid
ESF:	Europees Sociaal Fonds
GGZ:	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ:	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IKA:	Integraal Kankercentrum Amsterdam
IVA:	Onderzoeksbureau voor beleidsonderzoek en advies
LBP:	Leeftijdsbewust personeelsbeleid
LEVV:	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LVT:	Landelijke Thuiszorg Vereniging (tegenwoordig ActiZ)
NEA;	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (van TNO)
NEN:	Nederlandse Norm (van het Nederlands Normalisatie Instituut)
NFU:	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHC:	Nationaal Hepatitis Centrum
NIVEL:	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NKI-AVL	Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
OK:	Operatiekamer
OSA:	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
PAM:	Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor
PEP:	Post-Expositie-Protocol
RAV:	Regionale Ambulance Voorziening
RAV:	Regionale Ambulance Voorziening
RI&E:	Risico-inventarisatie en evaluatie
RIVM:	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SER:	Sociaal Economische Raad
SOAS:	Staff Observation Aggression Scale
StAZ:	Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen
SZA:	Specifiek Ziekenhuis Afval
SZW:	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UMC:	Universitair Medisch Centrum
UWV:	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
V&VN:	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VERNET:	Verzuimnetwerk
VGN:	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG:	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIR:	Ziekenhuis Incident Registratiesysteem

