

Arborisico's in de branche

Gezondheids- en welzijnszorg

Hoofddorp
TNO Arbeid
Ruben Jongkind
maart 2003

Zoekprofiel Gezondheidszorg en welzijnszorg

Voor alle branches geldt: in alle bestanden is gezocht op literatuur vanaf 1999. Er is met nadruk naar nationale literatuur gezocht.

TNO Arbeid catalogus en het Ministerie van VWS

Eerst wordt de classificatiecode genoemd en daarachter tussen haakjes de omschrijving.

SBI code = 850 (Gezondheidszorg- en Welzijnszorg)

SBI code = 851 (Gezondheidszorg)

SBI code = 852 (Veterinaire diensten)

SBI code = 853 (Welijnszorg)

UDC code = 614 (Gezondheidszorg)

UDC code = 614.25 (Medische beroepen)

UDC code = 614.253.3 (Dokterassistenten)

UDC code = 614.253.3/5 (Paramedische beroepen)

UDC code = 614.253.5 (Verpleegkundigen)

UDC code = 614.253.58 (Vroedvrouwen)

UDC code = 614.25:3-056.24 (Relatie arts patient)

UDC code = 614.39 (GGD)

UDC code = 364.4* (Soorten van dienstverlening etc)

UDC code = 331.82 + 331.821 (arbeidsomstandigheden + ongezonde en gevaarlijke arbeidsomstandigheden)

UDC code = 613.62 (beroepsziekten)

UDC code = 331-057.16 (werknemers/personeel)

UDC code = 614.8-02 (ongevallen, bedrijfsongevallen)

Picarta gezocht op de trefwoorden en op combinatie's van onderstaande woorden

Gezondheidszorg

Welijnszorg

Medische beroep

Dokter, arts, assistenten,

GGD

Arbeidsomstandigheden/werkomstandigheden

Beroepsziekten

Werknemer(s)/medewerker(s)

Ongelukken/ongevallen

Arbeidsveiligheid

Inleiding

In 2002 heeft het aantal personen dat werkzaam is in de zorg en welzijn de grens van één miljoen overschreden. De werkgelegenheidsgroei in deze sectoren ligt al jaren boven het gemiddelde. Het aandeel van vrouwen werkzaam binnen de zorg en welzijn belooft 77%. Binnen de verpleging en verzorging is zelfs 90% vrouw. Hoewel de schaarste aan personeel toeneemt, lijkt de groei van de sector hierdoor nog niet belemmerd te worden. In 2000 stonden ruim 15.000 vacatures open. Circa 44% daarvan geldt als moeilijk vervulbaar. Het ziekteverzuim binnen de zorg en welzijn is relatief hoog en neemt ook nog eens toe. De vergrijzing van de beroepsbevolking geldt ook voor de onderhavige sectoren. Onder artsen neemt het aantal vrouwen en deeltijders toe. Ook de paramedische beroepen worden sterk gedomineerd door vrouwen.

Werknemers in de zorg en welzijnssector werken in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, gezondheidscentra, kinderopvang, welzijnswerk en nog meer instellingen. Uit onderzoek van het ministerie van VWS blijkt, dat meer dan de helft van de werkenden in de zorgsector aangeeft lichamelijk zwaar werk te hebben. In de welzijnssector is het een kwart van het personeel. Eén op de acht werkenden in beide sectoren zegt problemen te ondervinden in de vorm van vermoeidheid, frustraties, en het gevoel opgebrand te zijn. Het percentage ziekmeldingen en WAO-gevallen blijkt bij vrouwen in de gezondheidszorg aanzienlijk hoger dan het Nederlandse gemiddelde, en hoger dan bij mannen in de sector. Bij mannen is het verzuim in 2002 zo'n 5% en bij vrouwen 7% (www.arbozw.nl)

De krapte op de arbeidsmarkt en het hoge ziekteverzuim veroorzaken op hun beurt weer een hoge werkdruk voor het resterend personeel. Behalve de hoge psychische belasting, die in de sector tot uitval leidt, is ook de fysieke belasting groot. Ongeveer een kwart van het verzuim is het gevolg van lichamelijke belasting. Tilinstructies, tilhulpmiddelen en –protocollen worden daarom in toenemende mate gebruikt om de fysieke belasting te verminderen. Vooral oudere werknemers in de gezondheidszorg hebben veel problemen met deze vorm van belasting. Jarenlang fysiek belastend werk, zonder preventief beleid en optimale arbeidsomstandigheden, eisen hun tol. De noodzakelijke hersteltijd neemt toe met de leeftijd, terwijl duurbelasting ook om een langere hersteltijd vraagt. Om de werkdruk terug te dringen is het in de eerste plaats nodig dat processen slimmer worden georganiseerd, de administratieve last omlaag gaat en de verzorgende meer tijd krijgt per patiënt.

1 Arbozorg en arbeidsorganisatie

Risicogroepen en effecten:

Uit onderzoek uitgevoerd in het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector van het Ministerie van VWS blijkt dat meer dan de helft van de werkenden in de zorgsector aangeeft lichamelijk zwaar werk te hebben. In de welzijnssector is het een kwart van de werkenden dat aangeeft lichamelijk zwaar werk te hebben. Eén op de acht werkenden in beide sectoren zegt persoonlijke problemen te ondervinden in de vorm van vermoeidheid, frustraties en het gevoel opgebrand te zijn.

Uit de gegevens kwam verder naar voren dat 31% van alle werknemers in de zorg- en welzijnssector in een periode van twee jaar wel eens twee of meer werken achtereen wegens ziekteverzuim niet heeft kunnen werken. Van hen zegt 37% in de zorgsector en 41% in de welzijnssector dat dit arbeidsverzuim arbeidsgerelateerd is. In de zorgsector zijn lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden en te hoge werkdruk de belangrijkste arbeidsgebonden oorzaken van ziekteverzuim. In de welzijnssector zijn deze twee oorzaken samen met onenigheid met de leiding en/of collega's de belangrijkste oorzaken van arbeidsgebonden verzuim. Het arbeidsgerelateerd verzuim is groter onder ontevreden werknemers dan onder tevreden werknemers.

Het percentage ziekmeldingen en WAO-gevallen blijkt bij **vrouwen** die in de gezondheidszorg werken aanzienlijk hoger dan het Nederlandse gemiddelde, en hoger dan bij **mannen** in de gezondheidszorg. Daar staat tegenover dat de kans op herstel van vrouwen in deze sector ook hoger is. Vrouwen zijn vaker ziek wegens psychische klachten. De hoge ziektecijfers in de gezondheidszorg komen vooral op het conto van de thuiszorg en verpleeg- en bejaardentehuizen. Bij de **verplegende en verzorgende beroepen in de leeftijdsklassen 25-30 jaar en vooral 31-35 jaar** zien we de sterkste toename van ziekteverzuim. **Werknemers met een lagere leeftijd** melden zich vaker ziek, maar hun verzuimduur is korter, terwijl **werknemers met een hogere leeftijd** minder vaak, maar wel langduriger ziek zijn. Onder **hogere opgeleiden** is het verzuim lager dan onder de rest van de werknemers. Werknemers met (zeer) korte werkweken verzuimen minder dan werknemers die meer uren per week maken.

De krapte op de arbeidsmarkt en het hoge ziekteverzuim veroorzaken op hun beurt weer een hoge werkdruk voor het resterend personeel. Behalve de hoge psychische belasting die in de gezondheidszorg vaak tot uitval leidt, is ook de fysieke belasting groot. Ongeveer een kwart van het ziekteverzuim is het gevolg van lichamelijke belasting.

Arbeidsongevallen en incidenten met betrekking tot sociale veiligheid kunnen vaak voorkomen bij **jongere medewerkers in de zorgsector** door gebrek aan ervaring en niet goed ingewerkt zijn. Bij sommige functies zijn de loopbaanmogelijkheden van dien aard dat een toekomst in de zorg niet aantrekkelijk is voor de ambitieuze jongere. Ondanks deze risico's zijn jongeren hard nodig omdat zij, vaak beter dan ouderen, goed zijn opgewassen tegen de fysieke belasting, werkdruk en onregelmatigheid die het werken in de zorg kenmerkt. Ook zijn jongeren over het algemeen goed opgeleid en op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen in de zorg. Voor **ouderen** is het moeilijker om op de hoogte te blijven van die nieuwste ontwikkelingen. Niet alleen is er sprake van een achterstand wat betreft (bij)scholing, ook werken er veel vrouwen in deeltijd, hetgeen scholing organisatorisch lastig maakt.

Zaken als gebrek aan leer- en groeimogelijkheden, emotionele belasting en een hoog werktempo beïnvloeden de tevredenheid en de gezondheid van **uitvoerenden in de thuiszorg** in negatieve zin. Gebrek aan contact met leidinggevenden en collega's, gebrek aan sociale steun en feedback van leidinggevenden, rolconflicten (tegenstrijdige eisen in het werk), rolonduidelijkheid, een hoge

lichamelijke belasting en een hoog werktempo zijn andere factoren die van negatieve invloed zijn op arbeidsomstandigheden en arbeidssatisfactie in de thuiszorg.

Het voeren van een goed arbobeleid is voor de meeste instellingen in de gehandicaptenzorg niet eenvoudig. Oorzaken zijn gebrek aan tijd en onvoldoende inzicht in de financiële baten. De aanpak van arbo-problemen in de gehandicaptenzorg - waarbij werkdruk, fysieke belasting en agressie de grootste risico's zijn - blijkt vooral op problemen te stuiten omdat niet altijd even duidelijk is hoe ze aangepakt moeten worden. Dat probleem doet zich vooral voor bij een combinatie van oorzaken. Uit onderzoek blijkt dat veel instellingen de 'arbobeleidscyclus' niet afmaken. Dat betekent dat ze de risico's wel inventariseren en soms ook evalueren, maar dat het beleid niet wordt aangepast als het niet het gewenste resultaat heeft. Arbobeleid blijkt onvoldoende doorgedrongen in concrete procedures en op de werkvloer.

Daarnaast zijn er problemen in de arbeidsorganisatie. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft een aantal knelpunten op een rij gezet en komt tot de volgende aanbevelingen: de inhoud van de zorg en de omvang daarvan moet het uitgangspunt zijn voor het vaststellen van de budgetten. De minister van VWS moet meer investeren in het ontwikkelen en implementeren van professionele standaarden. De minister moet bevorderen dat in de meerjarenafspraken concrete afspraken worden gemaakt over mogelijkheden binnen organisaties voor verdere kwaliteitsontwikkeling. De minister moet met beroepsgroepen een gestructureerd overleg aanknopen over beroepsinhoudelijke zaken. Tenslotte wijst de Raad op eerdere aanbevelingen: flexibilisering van de arbeidsmarkt, uitbreiding van mogelijkheden voor kinderopvang, modernisering van verzekeringswetgeving, normalisering van de werkdruk en uitbreiding van opleidingsplaatsen voor geneeskunde.

De samenwerking met de arbodienst is bij zorginstellingen somtijds problematisch. Om tot een optimale samenwerking met hun arbodienst te komen zijn vier essentiële stappen nodig: (1) het formuleren van de eigen ambities en de behoeften aan ondersteuning; (2) het selecteren van de arbodienst die de gewenste ondersteuning kan leveren; (3) het contracteren van de arbodienst en (4) het volgen, evalueren en sturen van de dienstverlening.

Daarnaast is het belangrijk te vermelden dat per 1 januari 2002 twee nieuwe wetten in werking zijn getreden: de wet Verbetering Poortwachter en de wet Structuur Uitvoering Werk en Inkomen (SUWI). Door SUWI verandert de organisatie van de uitvoering van de sociale zekerheid en komt de verantwoordelijkheid voor reïntegratie voor een belangrijk deel bij werkgevers en werknemers te liggen. De wet Verbetering Poortwachter bevat een complex van maatregelen die tot doel hebben een uitgevallen werknemer eerder en effectiever te begeleiden naar het eigen of ander werk.

Tenslotte is het van belang de conclusies van de nulmeting arboconvenant academische ziekenhuizen te vermelden:

- De implementatie van arbozorg in de academische ziekenhuizen is in alle huizen ongeveer even ver gevorderd: een arbobeleidscyclus is op instellingsniveau ingebed en functioneert tevens op afdelingsniveau in minstens een derde van de organisatieonderdelen. Dit laatste geldt nog niet voor de ziekenhuizen die aan het decentraliseren zijn (Academisch Ziekenhuis Dijkzicht Rotterdam (AZR) & Vrije Universiteitsziekenhuis Amsterdam (VU-ziekenhuis);
- Alle ziekenhuizen werken met gecertificeerde arbodiensten (6 interne arbodiensten, 2 externe arbodiensten);
- Wat betreft de uitvoering van de RI&E zijn de instellingen zover dat wordt nagedacht over de aanpak van de tweede ronde RI&E. Daarbij speelt de vraag: doorgaan op dezelfde voet (en ontwikkelen trendinformatie) of overstappen op minder arbeidsintensieve, meer op maat te maken methodieken. De voorkeur gaat over het algemeen uit naar het laatste. In het AZR is men bezig met een inhaalslag voor de RI&E;

- De invoering van integrale (kwaliteit, arbo, milieu, straling, veiligheid, etc.) zorgsystemen staat nog in de kinderschoenen, maar hier wordt wel naar toegewerkt. In het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM), Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) zijn aanzetten aanwezig;
- Het PAGO-aanbod, als ook kennis over het op een zinvolle manier inzetten van PAGO's, is in ontwikkeling. Bij geen van de ziekenhuizen is het onderwerp PAGO zodanig uitgekristalliseerd dat aan alle medewerkers die daarvoor in aanmerking komen gezien de resultaten van de RI&E's systematisch PAGO's aangeboden worden.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Oudere werknemers blijven achter bij de nieuwste ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Doordat ook nog eens veel vrouwen in deeltijd werken is scholing organisatorisch moeilijk.	(Bij)scholing aangepast aan de leeftijdsgroep, het functieniveau en de specifieke problematiek van de kleine deeltijders. De scholing moet gericht zijn op 'doorgroeitaken', zoals traumabegeleiding, stervensbegeleiding en projectmanagement.
Onvoldoende benutten van potenties van jonge werknemers in de gezondheidszorg.	Jongeren (onder begeleiding en goede arbeidsomstandigheden) zoveel mogelijk ervaring laten opdoen. Tegelijkertijd moet loopbaanbegeleiding gestart worden en kunnen 'snuffelfuncties' worden aangeboden, zodat zij kunnen uitzoeken waar hun affiniteit ligt zonder dat direct van functie of werkgever veranderd hoeft te worden.
Hoog (arbeidsgerelateerd) ziekteverzuim door met name fysieke belasting en werkdruk.	Het (arbeidsgebonden) ziekteverzuim terugdringen door het aanpakken van de belangrijkste oorzaken, namelijk lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden en te hoge werkdruk. Concrete maatregelen zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Meer ontplooiingsmogelijkheden in het werk bieden; • Werk beter laten aansluiten bij opleiding en ervaring; • Meer promotiekansen bieden; • Leeftijdsgebonden personeelsbeleid voeren; • Aanpassen van werkroosters en een betere verdeling van de werklust; • Medewerkers moeten (leren om) problemen actief tegemoet (te) treden. Dit is een aandachtspunt voor opleidingen en management.
Het preventief arbo- en verzuimbeleid is in veel zorginstellingen onvoldoende en inefficiënt.	Risicofactoren en risicogroepen vaststellen door een analyse van verzuim- en verloopgegevens en een nadere analyse van enkele functies met behulp van de NOVA-WEBA-methodiek. Vanuit het arboconvenant is echter de VBBA-methode als standaard aangedragen. Daarnaast kan door het aantal opnames per specialist per dag in kaart te brengen en door de invoering van een computerprogramma dat inzicht geeft in de bedbezetting

	<p>van de interne afdelingen zorgvraag en –aanbod beter worden afgestemd. Medewerkers zouden getraind kunnen worden in het ‘weerbaar communiceren’. Doel hiervan is beter met kritiek van collega’s, leiding of specialisten om te kunnen gaan en andere mensen te kunnen aanspreken op hun functioneren. De interne communicatie en bereikbaarheid van de afdelingen verbeteren door onder meer: het inrichten van een personeelskamer, het gebruik van protocollen voor het aanvragen van onderzoeken en het aanstellen van een afdelingssecretaresse en een afdelingsassistente. Om de verzuimbegeleiding en controle te verbeteren worden leidinggevenden steeds nadrukkelijker betrokken bij het terugdringen van het ziekteverzuim.</p>
<p>Arbobeleid is onvoldoende doorgedrongen in concrete procedures en op de werkvloer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De hele arbocyclus doorlopen, inclusief evaluatie en bijstelling van het beleid; • Alle geledingen van de organisatie bij de arbocyclus betrekken; • Alle geledingen voldoende toerusten om hun rol in de beleidscyclus te vervullen (voorlichting, vergroten vaardigheden, vermogen om arbeidssituaties te analyseren aanleren); • Bevorderen dat hiaten in kennis worden aangevuld; • Er moet prioriteit gegeven worden aan de aanpak van werkdruk, fysieke belasting en agressie; • Concretiseren van de bedrijfshulpverlening voor verschillende zorgsituaties.
<p>Lage kwaliteit van de arbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • concrete afspraken mogelijkheden organisaties verdere kwaliteitsontwikkeling; • Gestructureerd overleg met beroepsgroepen over beroepsinhoudelijke zaken; • flexibilisering van de arbeidsmarkt; • uitbreiding van mogelijkheden voor kinderopvang; • modernisering van verzekeringswetgeving; • normalisering van de werkdruk; • uitbreiding van opleidingsplaatsen voor geneeskunde.

2 Inrichting arbeidsplaatsen (o.a. vluchtwegen, kleedruimtes en bouwkundige voorzieningen)

Risicogroepen en effecten:

De werkomgeving voor **medewerkers in de thuiszorg** is vaak erg klein en beperkt de bewegingsmogelijkheden tijdens het verzorgen van cliënten. Die beperkte ruimte heeft gevolgen voor de werkhouding. De medewerker moet soms gebogen en gedraaid gaan werken om de zorgtaken te kunnen uitvoeren. Dat kan tot een onaanvaardbare belasting van houdings- en bewegingsapparaat leiden.

Het komt wel eens voor dat, na verbouwing, nieuwbouw en/of fusies van ziekenhuizen of andere zorginstellingen, een nieuwe werkplek niet (volledig) voldoet aan de eisen en wensen van de medewerkers. Zo'n werkplek is dan voor de betreffende medewerkers een teleurstelling. Soms worden ook onveilige, gezondheidsschadelijke en niet ergonomische situaties geconstateerd. Verder blijkt dat nieuwe werkplekken soms niet beantwoorden aan de door de overheid en branche gestelde normen en aan interne bedrijfsnormen. Dit leidt soms tot ongevallen, gezondheidsklachten, fysieke belasting, stress en ziekteverzuim.

De bouw van **verzorgingshuizen** laat ook nogal eens te wensen over waardoor de **werknemers** fysiek overbelast worden: de verzorgingshuizen zijn te klein, bevatten te weinig sanitair en zijn onvoldoende toegankelijk voor til- of transportmiddelen.

Crècheleidsters en andere medewerkers in de kinderopvang hebben te maken met lichamelijke belasting mede als gevolg van een gebrekkige inrichting van de arbeidsplaats. Grootste knelpunt in de ogen van de crècheleidsters zijn de bedjes van met name baby's. Ook blijkt de aankleedtafel en de box voor een groot deel van de leidsters een verkeerde werkhoogte te hebben. Rugklachten zijn veelal het gevolg.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Er zijn bij een (thuis)zorgorganisatie geen eisen opgesteld en er wordt geen rekening gehouden met de hoeveelheid benodigde werkruimte en er zijn geen regels om het rijden van tilliften over drempels of hoogpolig tapijt te voorkomen.	Bij het uitvoeren van tilhandelingen is er voldoende (bewegings)ruimte voor de zorgmedewerker. Er wordt voor gezorgd dat binnen het verplaatsingsgebied van een tillift geen obstakels, drempels en dergelijke aanwezig zijn en dat er voldoende ruimte is bij het manoeuvreren met een tillift. Ook hoeft een tillift niet te worden verreden over hoogpolig tapijt.
Nieuwe werkplekken die niet voldoen aan de arbo- en bouwregeling van de overheid, de branche specifieke normen, de bedrijfsnormen én aan de eisen en wensen van medewerkers op de werkvloer.	<ul style="list-style-type: none">• Arbo-zaken zullen al vroeg in het ver- en nieuwbouwproces helder en concreet moeten worden vastgelegd;• Er zal een betere terugkoppeling moeten plaatsvinden naar medewerkers op de werkvloer. Na de verhuizing moeten de medewerkers een goede voorlichting en instructie krijgen over de nieuwe situatie;

	<ul style="list-style-type: none"> • De diverse betrokkenen bij het ver- en nieuwbouwproces zullen adequate voorlichting en onderricht moeten krijgen; • Er zullen nieuwe procedures moeten worden ontwikkeld en oude procedures worden herzien; • Er moet een goede evaluatie plaatsvinden aan het einde van elk ver- en nieuwbouwproject; • Het opstellen van een stappenplan.
<p>Inrichting en meubilair in crèches en kinderopvang in het algemeen.</p>	<p>Er moet voor de crècheleidsters en andere medewerkers in de kinderopvang meer inzicht en overzicht komen over ergonomisch meubilair om zo goed te kunnen beslissen bij de aanschaf. Wel zouden crècheleidsters dan invloed moeten hebben op de keuze van het meubilair. Verder is het op volwassen hoogte brengen van tafels en (instelbare) stoelen een mogelijke oplossing.</p>

3 Gevaarlijke stoffen

Risicogroepen en effecten:

Als werknemers zich melden met huidklachten ten gevolge van handschoengebruik kunnen die te wijten zijn aan latexallergie (type I), allergische contact dermatitis (type IV door rubber additieven) of ortho-ergische contactdermatitis (vanwege occlusie door handschoenen). Het verder behandel- en begeleidingstraject is afhankelijk van de diagnose. Verdere behandeling zal bij iemand met een type I latexallergie door een allergoloog gebeuren, terwijl men voor een type IV allergie of ortho-ergisch eczeem door de dermatoloog behandeld zal worden. Ook adviezen ten aanzien van prikkels in de thuissituatie zullen verschillend zijn voor de verschillende diagnoses (bijvoorbeeld in het geval van een type IV allergie t.g.v. rubberadditieven is het niet zinvol werknemers te adviseren latexproducten in huis te vermijden, als wel bepaalde voedingsmiddelen die kruisreacties kunnen veroorzaken). Goede diagnosestelling is dus van belang voor het nemen van verdere maatregelen. Diagnose van sensibilisatie wordt meestal gesteld met de huidpriktest (SPT) of een IgE test (bijvoorbeeld RAST). Daarnaast kan een provocatietest gedaan worden om de klinische relevantie van een positieve huidpriktest of IgE-test vast te stellen. Het is voor een hoge gevoeligheid van de huidtest van belang om deze uit te voeren met de juiste extracten. Het type latexeiwit varieert per type handschoen. Het is van belang de personen te testen met het eiwit waar ze aan blootgesteld worden. Voor diagnose, neem contact op met de arbo-arts of huisarts.

Gehandicapten-instellingen hebben verschillende ateliers en werkplaatsen waar cliënten allerhande activiteiten ontplooiën. Een aantal voorbeelden zijn: (zeef)drukkerijen, houtbewerking, verven, glazuren, tuinactiviteiten, keuken-/cateringactiviteiten, kaarsenmakerijen, industriële activiteiten (montage-, sorteer- en inpakwerk). Bij deze activiteiten komen verschillende gezondheidsschadelijke en allergene stoffen voor zoals: houtstof, oplosmiddelen in verven, lakken, en bij drukkerijen, bestrijdingsmiddelen. Bij langdurige blootstelling kunnen veel van deze stoffen tot ernstige gezondheidsschade lijden. Het is niet waarschijnlijk dat dergelijke blootstellingen binnen de gehandicaptenzorg gehaald zullen worden. Daarnaast zijn er echter ook acute mildere gezondheidsschadelijke effecten, zoals irritatie van huid, ogen en ademhalingswegen, en het ontstaan van contact eczeem.

In ziekenhuizen komen vooral **operatiekamerpersoneel en verpleegkundigen oncologie** in contact met cytostatica (kankerremmende geneesmiddelen) en narcosegassen. Veelvuldige blootstelling aan deze stoffen brengt een verhoogd risico met zich mee op schadelijke effecten voor de voortplanting en het nageslacht.

Werknemers in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg hebben, door het veelvuldig in contact komen met stoffen en omstandigheden die de huid irriteren, zoals water, zepen, schoonmaakmiddelen, droge lucht, koude luchtstromen en dergelijke, een verhoogde aanleg voor het krijgen van handeczeem. Medewerkers die enige vorm van allergie of huidafwijking in het verleden hebben gehad en bij het huidige werk psychologisch stresserende factoren ervaren lopen extra risico op het krijgen van handeczeem. Het verrichten van 'veel' nat werk werkt ook risicoverhogend op het ontstaan van handeczeem.

In de gezondheidszorg worden medische instrumenten, zoals endoscopen, grondig gereinigd voor hernieuwd gebruik. Het veel gebruikte reinigingsmiddel glutaraaldehyde heeft een groot aantal gunstige eigenschappen: snelle biocidewerking op vele micro-organismen, geen nadelige invloed op lenzen, kitstof of kunststofonderdelen van endoscopen en andere instrumenten. Blootstelling aan glutaraaldehyde kan nadelige effecten hebben op de gezondheid van medewerkers, zoals op **medewerkers van een afdeling Endoscopie in een ziekenhuis**. Blootstelling aan lage concentraties kan irritatie van huid en slijmvliezen veroorzaken. Irritatie van de slijmvliezen is te merken

aan de ogen (pijn, roodheid), en ademhalingswegen (prikkeling, hoesten). Bij hogere concentraties kan zelfs kortademigheid optreden.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Rubberallergie	Huidprik of provocatietesten kunnen preventief werken.
Gevaarlijke stoffen in de gehandicapten sector	In de werkplaatsen RI&E's uitvoeren.
Blootstelling aan cytostatica en narcosegassen.	Cytostatica niet op verpleegafdelingen bereiden, maar op een centrale plek waar de noodzakelijke beschermingsvoorzieningen aanwezig zijn en voor optimaal toezicht kan worden gezorgd. Voorts moet de blootstelling van personeel aan cytostatica en narcosegassen tijdens het toedienen, verplegen van patiënten of bij schoonmaakactiviteiten tot een minimum worden beperkt. Daarbij kunnen een goede luchtafvoer, luchtverversing, een andere werkmethode en het gebruik van andere narcosegassen (xenon) een voorname rol spelen.
Frequente en langdurige blootstelling aan stoffen en omstandigheden die de huid irriteren, zoals water, zepen, schoonmaakmiddelen, desinfecteringsmiddelen, droge lucht, koude luchtstromen en dergelijke.	Het contact met irriterende stoffen zo veel mogelijk vermijden, desnoods door het gebruiken van handschoenen, maar dan de combinatie van katoen en een afsluitende handschoen. Vervanging van bekende allergenen of irritantia als desinfectans is een andere mogelijkheid. Ook moeten de handen regelmatig met een vette crème ingesmeerd worden om het herstel van de huid zo veel mogelijk te bevorderen. Het wassen van handen bij voorkeur alleen bij zichtbaar vuile handen en dan uitsluitend met water of een milde zeep. Het klimaat van de werkomgeving trachten tussen de 17 en 25 graden te houden met een relatieve luchtvochtigheid van 50%. Verder moeten een aantal stresserende factoren op het werk, zoals te veel onverwachte situaties enerzijds en monotonie anderzijds, en het verrichten van veel 'nat' werk zoveel mogelijk worden verminderd.
Blootstelling aan glutaraaldehyde (op de afdeling Endoscopie in een ziekenhuis).	Maximale aanvaarde concentratie (MAC) voor glutaraaldehyde van 0.25 mg/m ³ niet overschrijden. Om de concentratie te verminderen kan het reinigingsprogramma worden aangepast, waardoor bijvoorbeeld de droogtijd na het desinfecteren en spoelen wordt verlengd. Op plaatsen waar het vrijkomen van dampen onvermijdelijk is, moeten dampen zoveel mogelijk worden afgezogen. Bron- of puntafzuiging is hierbij te prefereren boven ruimteventilatie. Beperking van de blootstelling is verder te bereiken door de duur van de blootstelling zoveel mogelijk te verminderen, het aantal mensen dat ermee in aanraking komt te

	verkleinen, werkschema's aan te passen of de blootstellingsruimtes af te scheiden. Tenslotte: de mogelijkheid van vervanging door een wasmiddel zonder glutaaraldehyde onderzoeken.
--	---

4 Biologische agentia

Risicogroepen en effecten:

Medewerkers van kinderopvangcentra lopen een verhoogd risico op virusinfecties als zij met veel zieke kinderen moeten werken en onvoldoende arbeidshygiëne in acht nemen. Die infecties kunnen buik-, maag- en darmstoornissen tot gevolg hebben.

Artsen, verpleegkundigen, laboratorium- en dialysepersoneel komen tijdens operaties, EHBO, inentingen en bloedafnames regelmatig met bloed in aanraking. Frequente blootstelling aan bloed (bij injecties bijvoorbeeld) of ander potentieel infectieus materiaal kan Hepatitis B of een andere infectieziekte tot gevolg hebben.

Medewerkers van ziekenhuislaboratoria voeren tests uit op monsters (bloed, weefsel, urine en/of ander materiaal) die besmettelijke ziekten kunnen bevatten. De monsters, maar ook de gebruikte reagentia bij de tests, kunnen een aanzienlijke bedreiging voor de gezondheid van de laboratoriummedewerkers zijn.

Medewerkers in de **gezondheidszorg** lopen een verhoogd risico op handeczeem als gevolg van frequente blootstelling aan water. In de regio Groningen werd een hoge prevalentie geconstateerd bij werknemers in **verpleeg- en verzorgingshuizen**

Dermatitis (contacteczeem) komt vaak voor bij **tandtechnici**. Er is een samenhang met enkele stoffen waarmee tandtechnici dagelijks werken. De duur van de blootstelling aan deze stoffen lijkt geen invloed op het optreden van klachten te hebben. De aandoening wordt door de blootstelling verergerd, bij niet-werken wordt de aandoening minder. Weinig tandtechnici melden zich ziek wegens de aandoening. Hulp van artsen biedt weinig baat. De meeste tandtechnici maken wel gebruik van hulpmiddelen ter voorkoming van de kwaal.

Daarnaast bestaat risico op tuberculosebesmetting bij **gezondheidswerkers**. Over de periode 1995-1999 zijn de gerapporteerde gevallen geanalyseerd. Er waren in totaal 101 personen met tuberculose, al dan niet gerapporteerd. Van 28 gevallen van deze populatie was duidelijk dat zij (vrijwel) zeker tijdens het werk in de Nederlandse gezondheidszorg besmet waren. Gegevens werden verzameld over het besmettingsmoment, omstandigheden die mogelijk bijgedragen hebben tot besmetting en of er mogelijkheden waren geweest de tuberculose eerder op te sporen bij de gezondheidswerker. Er werden 13 gevallen van longtuberculose en 12 van pleuritis tuberculosa vastgesteld. In de helft van de gevallen was het laat stellen van de diagnose bij de indexpatiënt de belangrijkste reden voor besmetting. In drie gevallen waren de Mantouxtesten negatief bij een contactonderzoek of periodiek onderzoek, terwijl achteraf geconstateerd kon worden dat de uitslag fout-negatief was. Deze gevallen betroffen pleuritis tuberculosa. In slechts vier van de 28 gevallen werd ten onrechte geen onderzoek uitgevoerd, waardoor de mogelijkheid van vroegtijdige opsporing van tuberculoseinfectie gemist werd.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Aanwezigheid van infectieuze micro-organismen, besmet ziekenhuisafval, genetisch gemodificeerde organismen en DNA, toxinen van bacteriën en schimmels en allergenen van biologische herkomst.	Risicobron verwijderen, vervangen, aanpassen of isoleren. Verder is het belangrijk om werkruimten goed te ventileren. Ook het scheiden van de bron en de mens door het werken in aparte ruimten, het werken binnen omkastingen en het gebruik van robots bij het verwerken van afval behoort tot de mogelijkheden. Een andere maatregel is het aanpassen van roosters zodat meer mensen gedurende kortere tijd risicovol werk doen in plaats van dat weinig mensen langere tijd risicovol werk verrichten. Aandacht voor hand- en persoonlijke hygiëne is ook belangrijk. Eten en drinken tijdens het werk en het dragen van sieraden moet vermeden worden. Sterilisatie en desinfectie hebben hoge prioriteit. Er moeten veilige injecties, gesloten centrifuges en zo nodig een microbiologische veiligheidswerkbank gebruikt worden.
Een relatief groot aantal zieke kinderen in kinderopvangcentra.	Het nemen van arbeidshygiënische maatregelen, zoals handen en gezicht wassen, het goed schoonhouden van de opvangcentra en het regelmatig desinfecteren van de gebruikte ruimte en materialen (speelgoed). Eventueel persoonlijke beschermingsmiddelen (handschoenen) gebruiken.
In contact komen met bloed of ander potentieel infectieus materiaal in ziekenhuizen en laboratoria.	Vaccinatie tegen Hepatitis B.
Tests op monsters in (ziekenhuis)laboratoria.	Test moeten in zuurkasten worden uitgevoerd. Hiervoor is het van belang dat de zuurkasten optimaal de potentieel ziekmakende deeltjes verwijderen. Het is de rol van de zuurkast en het luchtbehandelingsstelsel van het laboratorium om snelle, nauwkeurige en betrouwbare onderdruk te garanderen om de laboratoriummedewerkers tegen schadelijke ziektekiemen in de lucht te beschermen. Optimale drukregeling in de ruimte voorkomt tevens de migratie van ziektekiemen naar de overige ruimten in het gebouw.
Risico op handeczeem	Organiseren van workshops over alle aspecten van handeczeem ten behoeve van huisartsen en bedrijfsartsen. Vervolgens initiëren (zoals bij AZG) van een project waarin preventie en vroegtijdige begeleiding door systematische samenwerking tussen bedrijfsarts, huisarts en specialist wordt gerealiseerd.
Risico op tuberculose bij	Preventieve onderzoeken inlasten.

5 Fysieke belasting

Risicogroepen en effecten:

Verzorgend en verplegend personeel ondervindt veel fysieke belasting met rugklachten en ziekteverzuim tot gevolg. Bij til- en transferhandelingen spelen allerlei vormen van fysieke belasting een rol. Het gaat daarbij niet alleen om tillen, maar veelal om een combinatie van verschillende belastingsvormen die tegelijkertijd ontstaan. Vaak is er bijvoorbeeld niet alleen sprake van een trekkende beweging, maar ook een licht ‘tillende’. Of er wordt geduwd, waarbij de verplegende of verzorgende in een gebogen houding werkt.

Oudere medewerkers in de gezondheidszorg hebben veel problemen met de fysieke belasting in het werk. Zij hebben klachten aan rug, nek en schouder als gevolg van duurbelasting. Jarenlang fysiek belastend werk, zonder preventief beleid en optimale arbeidsomstandigheden eisen hun tol. De noodzakelijke hersteltijd neemt toe met de leeftijd, terwijl duurbelasting ook om een langere hersteltijd vraagt.

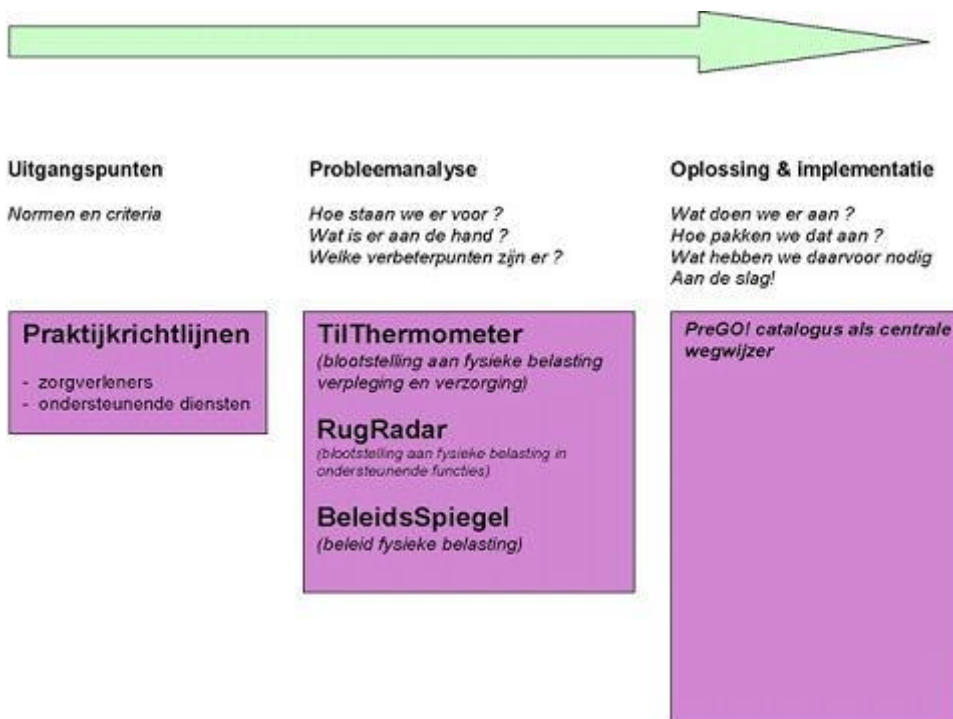
Ten opzichte van (vrouwelijke) leeftijdsgenoten in andere, patiëntgebonden functies in ziekenhuizen komen de **verpleegkundigen** er ongunstiger af qua lichamelijke belasting. Meer dan de helft heeft klachten aan houdings- en bewegingsapparaat. Overbelasting van de rug met op den duur chronische rugklachten wordt veroorzaakt door het vervoeren en verplaatsen van patiënten in een situatie waarin bewegingsruimte en ruimte voor vervoer en verplaatsing onvoldoende is. Het hoogste risico bestaat voor **verpleegkundigen op orthopedische afdelingen** die regelmatig patiënten vervoeren en voltijds en in wisselende diensten werken.

In de **kinderopvang, peuterspeelzalen en de thuiszorg** is de fysieke belasting opmerkelijk en relatief hoog. Met name tillen en bukken zijn een groot gezondheidsrisico. Ook in andere verzorgende beroepen en bij verpleegkundigen hebben lichamelijke inspanning en fysieke werkomstandigheden vaak rugklachten en ziekteverzuim tot gevolg. In de thuiszorg is fysieke belasting dan ook een belangrijk aandachtspunt. In de gezinszorg blijkt de blootstelling aan fysieke belasting de belangrijkste voorspeller voor de mate van ziekteverzuim en de ervaren mate van gezondheid. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat medewerkers in de thuiszorg regelmatig gezondheidsnormen overschrijden. Dat gebeurt door (verkeerd) tillen, bukken, duwen, trekken, hurken, knielen en ongunstige werkhoudingen in het algemeen, die klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat tot gevolg hebben. Behalve andere fysieke belastingen als tillen, hurken, knielen en ongunstige werkhoudingen in het algemeen zijn dragen (van zware lasten) en (lang) staan voor **medewerkers in de huishoudelijke zorg** en kraamzorg risicofactoren die tot fysieke klachten kunnen leiden.

In de **kinderopvang** en **peuterspeelzalen** zijn vooral tillen, langere tijd met gebogen rug werken, ver reiken en langdurig hurken, knielen of zitten op de vloer bewegingen die gezondheidsrisico's met zich meebrengen.

Tandartsen kunnen door het lang (voorovergebogen) staan rugklachten krijgen. Tandartsen in de leeftijdsgroep 46-55 jaar en tandartsen die langer zijn dan 180 cm zijn de grootste risicogroepen. Ook nemen de rugklachten toe met het aantal uren dat een tandarts werkt.

Fysieke belasting in de zorg is een groot risico. Landelijk zijn er daarom richtlijnen opgesteld die aangeven wanneer de lichamelijke belasting te zwaar is en welke oplossingen dan nodig zijn. Dit zijn de Praktijkrichtlijnen of Praktijkregels fysieke belasting. Alle zorgbranches hebben dit gedaan of doen dit zeer binnenkort. Ze vormen een belangrijk gevolg van het afsluiten van ARBO Convenanten of van CAO afspraken. Dat houdt in dat de afspraken niet vrijblijvend zijn. Alle branches zijn actief bezig met de invoering. Hieronder vindt u een schema voor het aanpakken van fysieke belasting. Links staan de praktijkrichtlijnen, dan volgen de instrumenten waarmee u kunt vaststellen of u voldoet aan de richtlijnen (TilThermometer, RugRadar en BeleidsSpiegel) en tenslotte helemaal rechts vindt u allerlei instrumenten die u kunnen helpen met de aanpak.



Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Transfers in de verpleging en verzorging.	<p>Gebruik van NDT methode, het Handboek Transfers en de CD-ROM Verplaatsing met zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermijd en voorkom de noodzaak van tillen en transfers; • Als een transfer toch nodig is, til dan niet, maar zoek naar een alternatief; • De handeling goed voorbereiden, zo goed mogelijk uitvoeren en goed afronden; • Cliënt uitnodigen en stimuleren tot medewerking. <p>NDT (Neuro-Development-Treatment) is een belangrijke en veel in verpleeg- en verzorgingshuizen</p>

	gebruikte methode om verantwoord om te gaan met transfers en de bewegingsbeperkingen van cliënten. NDT is vooral gericht op de begeleiding van mensen met neurologische problemen: mensen met een halfzijdige verlamming bijvoorbeeld.
Tillen in de thuiszorg.	Gebruik van tilhulpmiddelen (hijssapparatuur) en zo mogelijk plaatsen van verstelbaar of verhoogd bed in de thuiszorg. In het arboconvenant nieuwe stijl voor de thuiszorg staat dat de partners een tilprotocol moeten vastleggen met daarin een maximaal te tillen gewicht voor voorwerpen. Bovendien moeten ze een arbocheck voor hulpmiddelen gebruiken en een zorgweigeringsprocedure vastleggen. Een ideale situatie is aangeduid als 'groene praktijkregel'. Het groene maximale tilgewicht voor zaken ligt in de zorgverlening op 20 kilo. Voor de hulp in de huishouding ligt het maximaal op 25 kilo en het maximale gewicht aan boodschappen ligt hier op 10 kilo.
Fysieke belasting bij oudere werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg.	Maatregelen nemen waarmee de fysieke belasting in het werk wordt aangepast aan leeftijd en duurbelasting. Verder zijn leeftijdsgerichte productienormen, betere arbeidsomstandigheden bij fysieke belasting, aangepaste werkroosters en een betere verdeling van de werklust over de dag nodig.
Bedden opmaken met lakens en dekens.	Lakens en dekens door dekbedden vervangen.
Het wassen en daardoor moeten tillen van patiënten.	Tilrisico's reduceren door in de wasruimte gebruik te maken van een zogenaamd hoog-laag bad of het Handi-Move brugsysteem met netten. Ook kan een mechanische stoeltjeslift gebruikt worden.
Werken met en aan te lage bedden en het ruimtegebrek daaromheen. Tevens risico van hoge werkdruk en spanningen.	Aandacht besteden aan het geven van goede tilinstructies (o.a. bed-side-teaching) en dit regelmatig herhalen. Daarnaast is het aanschaffen van voldoende, adequate tilhulpmiddelen, alsmede het geven van een goede introductie van tilhulpen en tiltechnieken bij zowel personeel als bewoners van belang. Bij verbouwing of nieuwbouw kan er rekening worden gehouden met de benodigde ruimte voor goed gebruik van tiltechnieken en tilhulpen. Verder is het belangrijk om een doordachte keuze te maken bij de aanschaf van materiaal/hulpmiddelen en te zorgen voor een goed onderhoud ervan.
Vervoeren en verplaatsen van patiënten in een situatie waarin bewegingsruimte en ruimte voor vervoer en verplaatsing onvoldoende is.	Het treffen van organisatorische maatregelen met aandacht voor de hoeveelheid arbeidsuren, roosterplanning, training, opleiding en instructies. Ook moet er voldoende ruimte zijn voor vervoer en

	verplaatsing en is de beschikbaarheid van voldoende en adequate transportmiddelen van belang.
Het verplaatsen van cliënten die niet kunnen staan gebeurt altijd door slechts één persoon en de werknemer bepaalt zelf of de tilsituatie te zwaar is.	Bij tilwerkzaamheden wordt op gestandaardiseerde wijze (tilprotocol) een keuze gemaakt voor de werktechniek en het gebruik van hulpmiddelen. De te kiezen werktechnieken, die ook in een tilprotocol worden vastgelegd, voorkomen overbelasting van het houdings- en bewegingsapparaat. Cliënten die niet zelfstandig kunnen staan, worden met behulp van een tillift of door 2 personen verplaatst. Tenslotte werken alle medewerkers bij een bepaalde cliënt op dezelfde wijze.
Er zijn geen richtlijnen om zwaar duwen en trekken te voorkomen en er worden geen grenzen gesteld aan de blootstelling aan hurken en knielen.	De werktechniek bij duwen en trekken verbeteren door naast of achter de cliënt te gaan staan of de rolstoel van de cliënt in horizontale positie te brengen. Ook kan het zijn dat de rolstoel niet meer optimaal is voor deze cliënt en moet worden vervangen. Duwen en trekken met een kracht van meer dan 20 kilo moet worden voorkomen. Dit kan onder meer bij het verplaatsen van cliënten, rol- en douchestoelen, liften en verplaatsingen met steeklakens voorkomen. Hurken en knielen moeten zoveel mogelijk worden vermeden. In de praktijk zal dit echter niet altijd mogelijk zijn. Om de fysieke belasting zo veel mogelijk te verminderen moet gezocht worden naar alternatieven. In een aantal gevallen kan de cliënt worden gevraagd op bed te gaan zitten of het been hoog te leggen. Bij andere cliënten kan zittend worden gewerkt. Verder wordt er niet langer dan 30 seconden gehurkt. Bij werkzaamheden onder kniehoogte moet in principe een zithulpmiddel gebruikt worden.
Binnen de (thuis)zorgorganisatie is geen beleid om voorovergebogen werken te voorkomen en werken boven schouderhoogte of onder kniehoogte komt regelmatig voor.	Het goed regelen van afspraken over te hanteren werkwijzen is een eerste vereiste. Hiervoor is een goede schriftelijke procedure nodig en onderlinge communicatie tussen de zorgverleners. Voorovergebogen werksituaties moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Mochten deze toch voorkomen dan wordt de duur beperkt tot 4 minuten. In gevallen waar de statische belasting klachten geeft vindt een nadere toetsing van de aanwezige belasting plaats. Verzorgende taken worden in principe uitgevoerd tussen heup- en schouderhoogte. Verzorgende taken aan de onderbenen worden zittend op ellebooghoogte of staand op minimaal heuphoogte uitgevoerd.
Het dragen van zware lasten in huishoudelijke zorg en kraamzorg.	Het maximale gewicht wat gedragen mag worden bij traplopen is minder dan 10 kilo. Voor boodschappen wordt gebruik gemaakt van fietstassen of een rugzak.

	Per fietstas of voor de rugzak geldt een maximaal gewicht van 15 kilo. Twee tassen samen wegen samen maximaal 25 kilo. Kratten zijn uitgesloten. Het maximale gewicht voor het lopend halen van boodschappen waarbij deze moeten worden gedragen is 10 kilo.
Regelmatig langer dan een uur aaneengesloten of langer dan 4 uur per dag staan in huishoudelijke zorg en kraamzorg.	Om het staan te beperken moeten zoveel mogelijk taken zittend of met steun onder het zitvlak verricht worden (bijvoorbeeld strijken en voorbereidende taken in de voedselbereiding). Staand werk mag nooit langer dan 1 uur aaneengesloten of in totaal 4 uur per dag duren.
Tillen, (langdurig) met gebogen rug werken, ver reiken, en langdurig hurken, knielen of zitten en andere fysieke belastingen in de kinderopvang.	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en goederen die zwaarder wegen dan 23 kilo niet tillen. Daartoe zijn diverse voorzieningen beschikbaar; • Werken met een gebogen rug gedurende een aaneengesloten periode van maximaal vier minuten. Het is verder aan te raden om voor zittende activiteiten op de vloer, die bijna altijd gepaard gaan met gebogen zitten, de norm voor het werken met een gebogen rug te hanteren, dat wil zeggen niet langer dan 4 minuten aaneengesloten; • Werken met geheven armen gedurende een aaneengesloten periode van maximaal 3 minuten; • Hurken en knielen tijdens het werk beperken tot maximaal 15 minuten per dag; • Zorgen voor een ergonomische inrichting en ergonomisch meubilair in kinderopvangcentra.
Lang (voorovergebogen) staan en andere verkeerde houdingen bij tandartsen.	Het werk zo veel mogelijk zittend verrichten. Daarnaast moeten er voldoende rustpauzes worden genomen, mede afhankelijk van het aantal uren dat men werkt. Houding verbeteren door cursussen of instructie.

6 Fysische factoren (o.a. geluid, trillingen, straling, klimaat, verlichting en uitzicht)

Risicogroepen en effecten:

Medewerkers in ziekenhuizen en verzorgingstehuizen ondervinden vaak hinder van warmte, droge lucht of een gebrek aan frisse lucht. In ziekenhuizen is verplaatsing van vervuilde lucht de tweede meest voorkomende besmettingsoorzaak bij patiënten, personeel en bezoekers. Klachten van medewerkers over het binnenklimaat betreffen meestal droge lucht, benauwde lucht, rokerige lucht, warmte, tocht, een slecht functionerend ventilatiesysteem en dergelijke. Veel gehoorde klachten zijn “bedompte lucht” en “te warm in de winter”. De onmogelijkheid om zelf invloed te kunnen uitoefenen op het binnenklimaat is een extra reden voor klachten. Vastgestelde gezondheidseffecten zijn: hoofdpijn, vermoeidheid, droge mond en keel, branderige ogen, recidiverende verkoudheden, huiduitslag en verminderde werkprestatie.

Medewerkers die in instellingen of op afdelingen met overwegend oudere patiënten werken vormen een extra risicogroep. Hier wordt de temperatuur doorgaans (nog) hoger ingesteld, omdat deze patiënten dat aangenaam vinden in tegenstelling tot de mensen die er werken.

Verpleegkundigen die op de Radiotherapie, Radiodiagnostiek en Nucleaire Geneeskunde-afdelingen werken kunnen aan (ioniserende) straling blootstaan.

Radiologen, laboranten en stralingshygiënist in ziekenhuizen kunnen bij radiodiagnostische onderzoeken of behandelingen waarbij lange doorlichtingstijden nodig zijn en bij röntgengeleide interventies zelfs aan hoge stralingsdoses blootstaan.

Straling kan cellen en celonderdelen van het lichaam beschadigen. Ernstige beschadiging kan leiden tot het afsterven van de cel. Als door blootstelling aan veel straling een te groot deel van de cellen in een orgaan afsterft, kan het orgaan niet meer functioneren en dat ziekte tot gevolg hebben.

De celkern bevat de erfelijke informatie van de cel. In een ernstig geval kan de beschadiging van de erfelijke informatie leiden tot de groei van een kankergezwell of het ontstaan leukemie. Onder normale omstandigheden is de kans hierop klein, maar de kans wordt groter als de stralingsdosis groter wordt. Beschadiging van de celkern van bij de voortplanting betrokken geslachtscellen kan leiden tot effecten bij het nageslacht. Bij zwangerschap bestaat een extra risico voor de foetus.

Zwangere vrouwen vormen daardoor een bijzondere risicogroep en zouden zoveel mogelijk ontlast moeten worden van werk waarbij de foetus bestraald zou kunnen worden.

De Europese normalisatie commissie CEN heeft een ontwerpnorm uitgebracht over het meten en evalueren van de UV-blootstelling voor werkers bij het gebruik van UV-apparatuur. De norm sluit aan bij het format van blootstellingslimieten dat door de International Committee on Non Ionising Radiation Protection (ICNIRP) is opgesteld.

Het uitvoeren van taken voor **tandartsen** is complex en belastend voor de ogen en het bovenlichaam. Uit een inventarisatie door Movir verzekeringen is gebleken dat er behoefte is aan richtlijnen voor de algemene verlichting in de praktijkruimte en de werkplekverlichting in het bijzonder. TNO Menskunde heeft in opdracht van Movir een uitgebreid visueel ergonomische inventarisatie gemaakt van vijf representatieve tandartspraktijken. Uit het onderzoek blijkt dat het zicht van de tandarts kan worden bemoeilijkt door met name glans, spiegeling, hoge contrasten in de omgeving en zowel te lage als te hoge lichtniveaus. Het werk van de tandarts kan worden vergemakkelijkt door een reeks visuele maatregelen. Naast de invloed op de taakuitvoering en het kijkcomfort, beïnvloeden genoemde factoren

ook de houding van de tandarts en daarmee zijn/haar fysieke gesteldheid. Het onderzoeksrapport bevat tevens richtlijnen voor de inrichting van de behandelkamer en informatie over visuele hulpmiddelen.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
<p>Slecht binnenklimaat, i.c. hoge temperaturen, droge lucht en gebrek aan frisse lucht.</p>	<p>Zelf invloed kunnen uitoefenen op het binnenklimaat heeft een positief effect op de beleving van dat binnenklimaat door de werknemers. Het zelf kunnen instellen van de temperatuur en het zelf kunnen openen van een raam in kantoor- en werknemersafdelingen heeft een gunstig effect. Ook de aanwezigheid van goede zonwering en afspraken over rookgedrag zijn van belang.</p> <p>Als met het ventilatiesysteem vochtige(re) lucht wordt ingeblazen kan de luchtvochtigheidsgraad verhoogd worden. Eventueel is het ophangen van bakjes water aan de verwarming, waar mogelijk, ook een oplossing.</p>
<p>(Ioniserende) straling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De aanwijzingen van de radiologisch laborant opvolgen; • Nooit in de directe bundel van de straling komen; • Voor een goede afscherming zorgen door het gebruik van een loodschort of een scherm; • Zuinig zijn op loodschorten, omdat ze snel beschadigen; • Tijdens een opname niet met de rug naar een patiënt gaan staan; • Niet onnodig dicht bij de patiënt of bij het röntgenapparaat komen als het röntgenapparaat aanstaat; • Bij het maken van een opname op een röntgenafdeling achter het bedieningspaneel gaan staan; • Medewerkers die geen taak hebben bij het nemen van röntgenopnamen moeten voldoende afstand nemen; • Bij twijfel over de behandeling van patiënten altijd advies aan een deskundige vragen; • Wegwerphandschoenen gebruiken bij het wassen van patiënten bij wie kortgeleden een scintigram is gemaakt; • De verpleging afwisselen als er veel patiënten zijn; • Bij zwangerschap het werken op kamers waar röntgenapparatuur wordt gebruikt vermijden; • Bij zwangerschap het assisteren bij het maken van röntgenopnamen aan collega's overlaten; • De publicatie Veel gestelde vragen over

	<p>ioniserende straling uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Stralingshygiëne (1995) raadplegen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raadplegen CEN-norm; • Vastleggen van een aantal, met name biometrische gegevens om eventueel op korte of lange termijn effecten van (ioniserende) straling te kunnen meten.
<p>Belasting aan ogen en bovenlichaam door gebrekkige algemene verlichting in de praktijkruimte en de werkplekverlichting in het bijzonder</p>	<p>Het werk van de tandarts kan worden vergemakkelijkt door een reeks visuele maatregelen. Naast de invloed op de taakuitvoering en het kijkcomfort, beïnvloeden genoemde factoren ook de houding van de tandarts en daarmee zijn/haar fysieke gesteldheid.</p>

7 Arbeidsmiddelen (o.a. gereedschappen, machines)

Risicogroepen en effecten:

Directies en medewerkers in **verpleeghuizen** kennen de veiligheidsrisico's die op kunnen treden bij het gebruik van bedden, bedhekken en fixatiemateriaal onvoldoende. De afgelopen jaren heeft de Inspectie in haar jaarrapportages melding gemaakt van dodelijke ongevallen door onjuist gebruik van bedden, bedhekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. Deze ongevallen waren de aanleiding om te onderzoeken hoe verpleeghuizen in de praktijk omgaan met de aanschaf, het onderhoud en het gebruik van deze hulpmiddelen. Uit het onderzoek is gebleken dat bij 75% van de bedden tenminste een veiligheidsrisico aanwezig is. Het gaat om de kans over een bedhek heen uit bed te vallen, de kans op verwonding aan uitstekende delen van een bedhek en/of beknelling tussen de spijlen van een bedhek en beknelling in een fixatieband.

Werknemers in de gezondheidszorg die injectienaalden hanteren kunnen verwondingen oplopen met het risico op infecties, zoals het hepatitis B virus, het hepatitis C virus en het HIV virus.

Laboratoriummedewerkers die bloedonderzoek en bloedtests uitvoeren, waarbij injectienaalden en andere 'risico' instrumenten worden gebruikt, hebben bij onvoorzichtig handelen eveneens kans op virusinfecties.

Het veelvuldig gebruik van kunststofverbanden kan **bij medewerkers (i.c. gipsverbandmeesters) in de gipskamer van een algemeen ziekenhuis** tot specifieke gezondheidseffecten leiden, waarbij huid- oog- en luchtwegaandoeningen kunnen optreden. Tijdens het aanbrengen van een kunststofverband kan onder andere methyldifenylicyanaat (MDI) vrijkomen, een stof met een irriterende en potentieel sensibiliserende werking. De gezondheidseffecten tijdens het verwijderen zijn gerelateerd aan de stofproductie tijdens het zagen van het kunststofverband.

In de **thuiszorg**, maar ook in **verpleeg- en verzorgingshuizen**, kan het ontbreken van voldoende en adequate (til)hulpmiddelen van invloed zijn op een te hoge fysieke belasting.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Veiligheidsrisico's die op kunnen treden bij het gebruik van bedden, bedhekken en fixatiemateriaal	Voldoende hoge bedhekken, geen scherpe uitstekende punten. Voldoende ruimte tussen de spijlen van het bedhek of juist zo weinig ruimte dat beknelling niet kan optreden.
Het gebruik van injectienaalden in de gezondheidszorg.	<ul style="list-style-type: none"> • In plaats van injectienaalden alternatieve, veilige injectiemethoden gebruiken; • Opstellen van een risico-inventarisatie voor injectienaalden en andere 'risico' instrumenten; • Vaststellen van effectieve procedures in geval van verwondingen;

	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor training en instructies in het veilig gebruik van injectienaalden.
Het veelvuldig gebruik van kunststofverbanden.	<p>De blootstelling verminderen door organisatorische maatregelen, taakrotatie, vermindering van het aantal blootgestelden of compartimentering. Werkzaamheden waarbij een potentiële blootstelling plaatsvindt moeten van elkaar gescheiden worden. Zo kan de voorbereiding van het (thermoplastisch) kunststofverband in een aparte goed geventileerde ruimte plaatsvinden. In de gipskamer en aanpalende ruimten waarin gewerkt wordt met kunststofverband moet ook voldoende ventilatie zijn en wel een minimaal ventilatievoud van 5 (het aantal keren per tijdseenheid dat de lucht in een ruimte volledig wordt ververs). En tijdens het aanbrengen van kunststofverband is een lokale afzuiging middels het aanbrengen van een puntafzuiging ter hoogte van de behandelafels nodig. Het gebruik van de heatgun moet spaarzaam worden toegepast. Als klassiek gips- of kunststofverband wordt verwijderd dan moet tijdens het zagen bronafzuiging worden gebruikt met een afvoersysteem naar buiten., waardoor recirculatie van respirabel stof vermeden wordt. Ter voorkoming van huidcontact moet bij het aanbrengen van een kunststofverband gebruik gemaakt worden van handschoenen.</p>
Het ontbreken van voldoende en adequate (til)hulpmiddelen (in de thuiszorg).	<p>Zorgen dat de benodigde, adequate (til)hulpmiddelen aanwezig zijn (Checklist thuiszorg). Zo nodig zorgen voor de beschikbaarheid van tilliften. Bij verzorging op bed wordt een hoog-laag bed of bedverhoger gebruikt. Ook kleine praktische hulpmiddelen, zoals glijdeken, steunkousen-aantrekker, zijn bekend en worden indien nodig gebruikt. De instelling zorgt ervoor dat ze beschikbaar zijn.</p> <p>In de kraamzorg moet de aankleedtafel minimaal 90 cm hoog en voldoende diep (min. 70 cm) zijn. Het badje moet voldoende hoog geplaatst zijn om rechtopstaand te kunnen wassen. Waterbedden mogen door de medewerker niet worden verschoond.</p> <p>Tenslotte moeten de gebruikte (til)hulpmiddelen veilig zijn en op een correcte wijze gebruikt worden. Voldoende aandacht voor tilinstructies is van essentieel belang.</p>

8 Specifieke werkzaamheden (zoals laden, lossen, onderhoud, asbestsloop e.d.)

Risicogroepen en effecten:

Geen informatie aangetroffen.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
-	-

9 Persoonlijke beschermingsmiddelen en veiligheids- en gezondheidssignalering

Risicogroepen en effecten:

Om de verspreiding van hepatitis en aids te voorkomen is het gebruik van latexhandschoenen in de gezondheidssector sterk gestegen. **Chirurgen, tandartsen en verpleegkundigen** die deze handschoenen gebruiken, worden aan natuurlijke rubberlatex blootgesteld. Symptomen die na blootstelling kunnen optreden zijn: neusirritatie of bindvliesontsteking, huidveranderingen, kortademigheid, hoesten of een piepende ademhaling. Blootstelling kan leiden tot irriterende contactdermatitis ter hoogte van de handen. De onmiddellijke allergische reactie wordt veroorzaakt door contact met de latexeiwitten en kan de vorm aannemen van rinitis, conjunctivitis, netelroos, angiomateus oedeem of astma. Na herhaalde en langdurige blootstelling kan een anafylactische shock optreden, waarbij een snelle behandeling noodzakelijk is.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Blootstelling aan natuurlijke rubberlatex in onder meer handschoenen.	Handschoenen van synthetisch materiaal of latexhandschoenen met een laag eiwitgehalte en zonder poeder gebruiken. Voorts zouden de werknemers regelmatig geëvalueerd moeten worden inzake hun sensibilisatie en de ontwikkelingen van klinische symptomen van latexallergie: vragenlijst, opsporingstests, gespecialiseerd klinisch onderzoek en dergelijke. Ook herinrichtingen van de werkplek of een verpleegkundige die zeer allergisch is overplaatsen naar een andere afdeling behoort tot de mogelijkheden. Tenslotte kan het medische en paramedische personeel worden opgeleid tot het herkennen van een latexallergie.

10 Werktijden, overwerk en werkdruk

Risicogroepen en effecten:

Vrouwen werkzaam in de gezondheidszorg lijken over het geheel genomen iets meer stress te ervaren dan **mannen**. Wel hanteren vrouwen functionelere copingmechanismen, waardoor burn-out relatief minder voorkomt.

Medisch specialisten werken, door de huidige invulling van professionaliteit in ziekenhuizen, namelijk totale individuele verantwoordelijkheid voor patiënten, waarbij overdracht een noodzakelijk kwaad is, uitsluitend voltijds. Deeltijdwerk zou bij deze invulling van professionaliteit ten koste gaan van de kwaliteit en continuïteit van de zorg.

Medisch specialisten ondervinden verder knelpunten bij de beperkte bevoegdheden en oneigenlijke taken. Bij de patiëntenzorg is er sprake van werkdruk en andere vormen van psychische arbeidsbelasting. In de directe werkomgeving constateren de specialisten de nodige onduidelijkheid over de eigen positie en over de status van overlegstructuren. Deze factoren kunnen leiden tot emotionele uitputting en burn-out. Een probleem is voorts dat onder medisch specialisten vaak sprake is van een sterk ontwikkeld arbeidsethos, waardoor een 'conspiracy of silence' ontstaat, die het bespreekbaar maken van knelpunten niet bepaald bevordert.

Voor **jongeren** in de gezondheidszorg is de mentale belasting in het werk zwaar, hetgeen moeilijker is op te vangen naarmate zij vaker alleen moeten werken. Bij onvoldoende begeleiding is het risico van burn-out na een aantal jaren werken bijzonder groot. Een belangrijke risicofactor voor **oudere werknemers** is de hoge werkdruk in combinatie met verzakelijking in de zorg. De fysieke en mentale belasting (frustratie) neemt hierdoor toe.

In ziekenhuizen geven **verpleegkundigen van 45 jaar en ouder** in vergelijking met **jongere verpleegkundigen** een zwaardere mentale belasting aan. Op vragen over moeite met taakveranderingen scoren ouderen hoger dan jongere verpleegkundigen in ziekenhuizen. Dit lijkt daarmee een typisch leeftijdseffect te zijn. Ten opzichte van (vrouwelijke) leeftijdsgenoten in niet-patiëntgebonden ziekenhuisfuncties is de mentale en emotionele belasting van verpleegkundigen significant hoger.

Veel is geschreven over de conflicten die **psychiatrisch verpleegkundigen** ervaren in hun werk. Conflicten die ontstaan omdat ze geacht worden om behalve te verplegen ook een professionele relatie met de patiënten op te bouwen en zich inzicht te verwerven over hun mentaal welzijn en problemen. Met behulp van het Michigan of Organisation Stress (OS) model als uitgangspunt is werkstress en burnout onder verpleegkundigen bestudeerd. Het belangrijkste resultaat van deze studie is dat persoonlijke factoren een veel grotere rol spelen in het ontstaan van stress dan aanvankelijk werd aangenomen. Het belang van een actieve verwerkingsstijl werd benadrukt doordat werd gevonden dat psychosomatische symptomen en burnout niet alleen correleerden met de werkdruk maar ook met problemen in de persoonlijke sfeer van de verpleegkundigen.

Gezondheidscentra lopen in de Nederlandse zorgsector voorop wat betreft het aantal **werkenden in deeltijd**. Die situatie is van invloed op verlofregelingen, werkdruk en het inschakelen van vervangers. Het vinden van vervangers is niet altijd eenvoudig. Vervangers zijn bovendien niet zo goed bekend met de organisatie en zij nemen extra taken, zoals kleine medische handelingen, niet over.

In de gezondheidszorg worden continu geneeskundige zorgen verstrekt. Dat heeft automatisch gevolgen voor de werkorganisatie en arbeidstijdregeling van de werknemers. Ploegenarbeid, onderbroken werktijden, overuren en onvoorspelbare dienstroosters komen veelvuldig voor. Deze kunnen van invloed zijn op het algemeen welzijn en de gezondheid van het verpleegkundig en verzorgend personeel. Personen die werken op 'afwijkende werktijden', dat zijn dienstroosters buiten de normale kantooruren, hebben vaak te kampen met typische aanpassingsklachten: slaapproblemen, maag- en darmklachten, hoofdpijn, prikkelbaarheid en chronische vermoeidheid. Deze treden vooral naar voren bij plotselinge veranderingen in de tijdsstructuur, zoals bij de overgang van late naar vroege dienst en bij incidentele gebeurtenissen die dwingen om van het rooster af te wijken.

Verpleegkundigen die bij een hoge werklast onvoldoende sociale steun ontvangen (collega's, leidinggevende, familie en vrienden) lijken een grotere kans te hebben op burnoutsymptomen. Behalve een beperkte autonomie kan ook een ver doorgevoerde arbeidsdeling leiden tot het ervaren van een verhoogde werkdruk onder verpleegkundigen.

De taken van **psychiatrisch verpleegkundigen** hangen niet of nauwelijks samen met burnout. Het gaat vooral om de wijze waarop het werk is georganiseerd: de mate van ondersteuning en autonomie (zelfstandigheid) en de duidelijkheid ten aanzien van de uit te voeren taken. Ook blijkt dat afdelingen waar de gemiddelde werkervaring van de psychiatrisch verpleegkundigen hoog is minder burnout voorkomt dan op afdelingen waar de werkervaring lager was.

Afdelingshoofden ervaren een hogere werkdruk dan teamleiders en verpleegkundigen. Decentralisatie van bevoegdheden, waardoor verantwoordelijkheden van het hoger management gedelegeerd worden naar lagere echelons, betekent een verzwaring van de functie van het afdelingshoofd

Verzorgenden in de thuiszorg hebben, mede door de zakelijkheid in deze sector, waarbij productie en product steeds belangrijker worden, steeds minder tijd om bij te komen en om te schakelen naar een nieuwe cliënt. Extra taken zijn de afgelopen jaren toegevoegd, waaronder de intake-gesprekken die voorheen door een wijkverpleegkundige werden afgenomen. Tijd voor overleg en vergaderingen is er steeds minder. De combinatie van lichamelijk verzorgend werk met veel verschillende cliëntsituaties en een strakke planning resulteert in een hoge werkdruk. Het werken op meerdere adressen per dag(deel) wordt door de thuiszorgmedewerkers als belastend ervaren. De toegenomen werkdruk in de thuiszorg leidt tot meer mentale belasting en een hoger ziekteverzuim.

Gevoelens van emotionele uitputting komen het meest voor bij de hogere functieniveaus in de thuiszorg. Uitvoerenden in de hogere functieniveaus voelen zich mentaal belast en hebben te kampen met rolconflicten, omdat ze dingen moeten doen die onderling strijdig zijn of die ze liever anders zouden doen.

Ongeveer 5 procent van de **hulpverleners in het jeugd- en jongerenwerk** vertoont duidelijk sporen van werkstress en burnout. Symptomen en/of gevolgen daarvan zijn: gevoelens van falen; gevoelens van machteloosheid en wanhoop; een negatieve en cynische attitude en daarmee overeenstemmend gedrag; (té) hoge betrokkenheid; (té) lage betrokkenheid; verminderd initiatief; vaker en langer afwezig wegens ziekte.

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat een overgrote meerderheid van de **radiologen** (89%) in ziekenhuizen het idee heeft dat de werkdruk in de jaren negentig hoger is geworden. De werklastbeleving wordt onder andere beïnvloed door het werken aan een beeldscherm, het vaak tegelijkertijd bezig zijn met meerdere processen, het vaak gestoord worden door de telefoon en het vaak verstoken zijn van daglicht tijdens de werkzaamheden.

Bij een relatief grote groep **bedrijfsartsen** is er sprake van een hoge psycho-sociale arbeidsbelasting. Gevoelens van emotionele uitputting hangen sterk samen met het gevoel een hoog werktempo en grote werkhoeveelheid te hebben, met gezondheidsklachten door het werk en problemen met de taakhoud.

De problemen die met de taakinhoud worden ervaren hangen sterk samen met gevoelens van opgebrand zijn. Deze problemen zijn met name het gevoel onvoldoende kwaliteit te kunnen leveren, problemen hebben met de toegenomen commercialisering en het werk moeten doen op een andere manier dan men zou willen. Veel bedrijfsartsen overwegen (of hebben overwogen) met het werk te stoppen en veel bedrijfsartsen vinden dat de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts onvoldoende door de wetgeving is gewaarborgd. De groep bedrijfsartsen met de slechtste scores voor wat betreft gevoelens van burnout blijkt er slechter aan toe te zijn dan de vergelijkbare groep huisartsen.

Het gemiddelde niveau van burnout onder **tandartsen** verhoudt zich relatief gunstig ten opzichte van andere (vrije) beroepen in de zorgsector, maar de tandartsen die opgebrand zijn, met name op emotionele uitputting, blijken relatief zeer ongunstig te scoren. Het blijkt dat (gebrek aan) loopbaanperspectief bijdraagt aan het ontstaan van burnout onder tandartsen. Daarnaast spelen werkdruk en invloed van werk op privéleven een rol bij emotionele uitputting en spelen belastende patiëntencontacten een rol bij depersonalisatie. Los van burnout scores, oordelen tandartsen over moeizame patiëntencontacten, tijdsdruk en overheids- of verzekeringsbemoediging als zijnde de meest belastende werkaspecten. Tandartsen die een passieve copingstijl hebben en tandartsen die sociale steun het minst ervaren zijn eerder opgebrand.

Maatschappelijk werkers zijn ook een risicogroep als het om psychosociale arbeidsbelasting gaat. Factoren die daarbij een rol spelen zijn: hoge taakeisen, in de zin van een grote werkhoeveelheid en een hoge emotionele belasting, een gebrek aan regelmogelijkheden in de zin van inspraak, en een gebrek aan sociale ondersteuning door de leidinggevende.

De werkdruk en arbeidsomstandigheden in de **verslavingszorg** zijn vaak ook problematisch. Als belangrijkste werkdrukrisico's komen naar voren:

- de hoogte van de normen, in relatie tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en bevoegdheden en over caseloads;
- de combinatie van (onvoldoende) leiderschap, communicatie en informatievoorziening;
- afstemmingsrelaties en -momenten; externe factoren zoals financiering, zorgvraagontwikkeling en de krappe arbeidsmarktsituatie.

Stress-gevolgen blijken bij **(gezins)voogden** in sterke mate aanwezig te zijn. Er is sprake van een verminderde betrokkenheid bij werk en organisatie, een grote herstelbehoefte en psychische spanningsreacties. Wat betreft hoge taakeisen en een gebrek aan regelmogelijkheden vormen de (gezins)voogden ook een grote risicogroep.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Stress	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassen zelfdiagnoseinstrument IVA (zie lit.); • Meer beschikbare tijd voor patiënten met psychosociale klachten; • Het aanleren van sociale copingmechanismen in de opleiding (met name voor mannen); • Het structureel inbouwen van tijd voor collegiaal overleg en intervisie; • Goede voorzieningen om werk en privéleven te combineren.

<p>2) Onmogelijkheid van medisch specialisten om in deeltijd te werken.</p>	<p>2) Invoeren van een professionaliteit die meer op samenwerking is gebouwd. Dat vergt een grotere personeelscapaciteit, aanpassing van het systeem van juridische aansprakelijkheid, aanpassingen in de financiering en aanpassing van de opleiding.</p>
<p>Beperkte bevoegdheden, oneigenlijke taken, psychische arbeidsbelasting, onduidelijkheid over de eigen positie en onduidelijkheid over de status van overlegstructuren van medisch specialisten</p>	<p>In de directe werkomgeving moet een klimaat van loyaliteit, vertrouwen en veiligheid heersen. Daarnaast is duidelijkheid over de eigen positie, over ontplooiingsmogelijkheden en over de status van overlegstructuren als feedback op geleverde inspanningen belangrijk. Tenslotte moet er duidelijk aandacht komen voor de hoge werklast. De knelpunten die de werklast met zich meebrengt moeten bespreekbaar worden.</p>
<p>Burn-out bij (jonge) werknemers in de gezondheidszorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassen zelfdiagnose-instrument IVA (zie lit.); • Uitgebreide inwerkprogramma's, coaching en jongeren niet te snel alleen in moeilijke situaties laten werken.
<p>Mentale en emotionele belasting van oudere verpleegkundigen (in ziekenhuizen).</p>	<p>Geen ouderenbeleid, maar leeftijdsbewust personeelsbeleid voeren. Taakveranderingen geleidelijk en onder goede begeleiding en opleiding doorvoeren. Voldoende (voorbereidings)tijd en aandacht (voorlichting) aan organisatorische vernieuwingen en veranderingen besteden.</p>
<p>Deeltijdarbeid in gezondheidscentra.</p>	<p>Gezondheidscentra moeten beleid voor deeltijdarbeid formuleren en zo consequent mogelijk hanteren. Ook is samenwerking met andere gezondheidscentra en/of het bevorderen van gecombineerde diensten in een grotere waarnemingsgroep aan te bevelen.</p>
<p>Afwijkende werktijden in de gehele gezondheidszorg.</p>	<p>Bij samenstelling van de dienstroosters de methodiek WHAW (Werkdruk en Herstel bij Afwijkende Werktijden) toepassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermindering van het aantal nachtdiensten; • Beperking van het aantal gelijksoortige diensten na elkaar (vooral van toepassing op zeer vroege en nachtdiensten); • Na nachtdienst 36 uur vrij; • Een hersteltijd van 12 uur per etmaal; • Voorwaartse rotatie (bijv. vroeg-vroeg-laat-laat-nacht); • Reeks diensten niet aanvangen met een nachtdienst; • Vroege dienst niet voor 7.00 uur laten beginnen;

	<ul style="list-style-type: none"> • Beperking van de lengte van de dienstenreeks (maximum 6 dagen); • Zoveel mogelijk besteedbare vrije tijd in weekeinde; • Zoveel mogelijk doordeweekse avonden vrij; • Zoveel mogelijk regelmaat in het rooster; • Flexibele aanvangstijden; • Meerdere roostervormen naast elkaar. <p>Bij roosterplanning is Moderne roosterplanning : handboek voor een integrale aanpak met daarin de “Checklist Werklast en Bezetting” een belangrijk instrument.</p>
Hoge werklast in relatie met onvoldoende sociale steun bij verpleegkundigen.	Instrumentele steun (advies, bijspringen, werk overnemen enz.) van verpleegkundigen onderling verbeteren door het zodanig organiseren van het werk dat verpleegkundigen elkaar kunnen bijstaan wanneer dat nodig is. Daarbij kan ‘teambuilding’ een essentiële rol vervullen. Instrumentale steun moet als eerste worden aangegrepen in situaties waarin een hoge werklast wordt ervaren.
Een beperkte autonomie en een ver doorgevoerde arbeidsdeling onder verpleegkundigen.	Inzet van goed geschoold en kwalitatief hoogstaand personeel. Ruimte en tijd voor de verpleegkundige creëren om stagiaires en banenpoolers extra supervisie en begeleiding te geven. De verpleegkundige moet ook meer gebruik kunnen maken van de coördinerende rol als spil van de zorgenheid. Dat verhoogt de autonomie waardoor de werkdruk meer gereguleerd kan worden.
Verpleegkundige teams waarbinnen de gemiddelde werkervaring laag is.	Zorg besteden aan de personeelssamenstelling van teams: jonge en weinig ervaren medewerkers moeten in een team komen met een grote collectieve ervaring.
Werkdruk in de thuiszorg.	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassen zelfdiagnose-instrument IVA (zie lit.); • Om de werkdruk terug te dringen is het in de eerste plaats nodig dat de verzorgende meer tijd krijgt per cliënt. Dat betekent wel dat de zorg duurder wordt, waardoor weer meer overheidssteun nodig is. Een efficiënte roosterplanning is - in tegenstelling tot een strakke planning - een belangrijk middel om de werkdruk te verlagen.
Psychosociale arbeidsbelasting en gevoelens van burnout bij bedrijfsartsen.	Binnen de organisatie (arbodienst, UVI) moeten er voldoende regelmogelijkheden zijn voor de bedrijfsarts t.a.v. zijn klantenbestand en zijn invloed op de aard, inhoud en omvang van de bij zijn klanten afgesloten

	<p>contracten (inspraak). Ook moet er voldoende duidelijkheid zijn over wat het management verwacht van de commerciële taken van de bedrijfsarts en of er voldoende ruimte is om deze taken inhoud te geven. Er moet verder aandacht zijn voor opleiding en bijscholing van de bedrijfsarts, de communicatie tussen bedrijfsarts en management, en de verhouding tussen verzuimgebonden taken en taken op het terrein van de arbozorg (preventie). De bedrijfsarts moet het gevoel hebben voldoende kwaliteit te kunnen leveren met de door de organisatie geboden middelen.</p>
Burnout bij tandartsen.	<p>De tandarts zou zich bewust moeten zijn van burnoutrisico's, zoals gebrek aan loopbaanperspectief. Bij tandheelkundige opleidingen moet meer aandacht komen voor een veelzijdige beroepsoriëntatie en een structuur die uitnodigt tot uitwisseling van zorgen rondom het beroep. Verder zou er bij opleidingen ook aandacht moeten zijn en in de beroepspraktijk kennisuitwisseling moeten plaatsvinden over (mogelijk moeizame) patiëntencontacten, timemanagement en tijdsdruk, en ontwikkelingen op overheids- en verzekeringsterrein.</p>
Psychosociale arbeidsbelasting bij maatschappelijk werkers.	<p>Verbetering van de organisatie en planning van het werk (minder cliënten per maatschappelijk werker, bij ziekte adequate vervanging en zorgen voor voldoende pauze- en ontspanningsmogelijkheden). Persoonsgerichte maatregelen nemen zoals: intervisie, werkbegeleiding, training op het gebied van time- en stress-management en functioneringsgesprekken. Verder is een goed functionerend werkoverleg dat een plek heeft binnen de besluitvormingsstructuur van de organisatie en een goede informatievoorziening (top down en bottom up) van belang. Inzake de sociale steun van de leidinggevende moet gedacht worden aan het verbeteren van de sfeer en samenwerking middels activiteiten tijdens en buiten werk, het verbeteren van de stijl van leidinggeven en zorgen dat leidinggevendens toegankelijk zijn. Tenslotte moeten de medewerkers op gezette tijden, op constructieve wijze, terugkoppeling krijgen over de door hun verrichte werkzaamheden.</p>
Werkdruk in de verslavingszorg	<p>Afstemmen regelmogelijkheden in het werk met regelbehoeften door organisatorische maatregelen. Een werkdrukaanpak zoals bijvoorbeeld van TNO Arbeid toepassen kan de storingsbronnen in het werk in kaart brengen om zodoende de stresskansen te reduceren.</p>

11 Agressie en geweld, seksuele intimidatie

Risicogroepen en effecten:

Agressie is een feit in de sector welzijn. Alle medewerkers in de **gezondheids- en welzijnszorg** kunnen op hun werk te maken krijgen met agressie van de patiënt of cliënt. Begin 2000 bleek uit een enquête dat 52,3 procent van het verplegend personeel in Nederland te maken heeft met ongewenste intimiteiten op het werk. Ook bleek dat 43,2 procent van de verpleegkundigen en verzorgenden geen melding maakt van een dergelijke ervaring. Daarom is in 2001 door de sociale partners het project 'Trauma Preventie' gestart. Het project is gestart in augustus 2001 en loopt door tot 31 december 2003. Veel van de ervaringen uit het project zijn vertaald in ondersteuningsprogramma's. Via de subsidieregeling Kaderregeling AVR 2003 Welzijn worden instellingen in staat gesteld deze producten en diensten in te zetten voor de intensivering van het eigen beleid.

In een onderzoek naar werkdruk bij leidsters in de **kinderopvang** heeft de volgende probleemstelling centraal gestaan: Welke werksituaties geven aanleiding tot werkdruk en welke maatregelen zijn er om dit te voorkomen? Leidsters blijken te beschikken over een zeer afwisselend takenpakket. Zij ondersteunen niet alleen, maar begeleiden ook stagiaires en werken nieuwe collega's in. Dit wordt als gunstig voor de werkdruk ervaren. Aan de andere kant voeren zij ouder- en stagegesprekken, leggen huisbezoeken af en hebben werkoverleg. Managementtaken, scholing en werkoverleg vinden vaak buiten de normale werktijden plaats. Dat geeft aanleiding tot wrijvingen met het privéleven en verhoogt daardoor de werkdruk. Aanbevolen wordt de functies zo breed mogelijk te houden en de randvoorwaarden beter in te vullen.

Medewerkers in de gezondheidszorg die met de uitvoering van de institutionele zorg voor verstandelijk gehandicapten belast zijn - met name voor die gehandicapten die ernstig verstoord gedrag vertonen – kunnen met bedreiging en fysiek geweld te maken krijgen. Medewerkers die dagelijks met of tussen deze verstandelijk gehandicapten werken, zullen met dit probleem het meest frequent worden geconfronteerd. Het betreft niet alleen **groepsleiders, verzorgers, en activiteiten- en andere begeleiders**, maar ook **huishoudelijk personeel dat op woongroepen werkt**. De activiteitenbegeleiders lopen als groep het meeste risico op letsel. De groepsleiders uit de woonzorg lopen iets minder risico dan hun collega's bij de dagactiviteiten.

Het risico voor de medewerkers bestaat enerzijds uit dat zij lichamelijk letsel kunnen oplopen, anderzijds leiden probleemgedrag en opgetreden letsel tot een verhoging van de psycho-mentale belasting. Probleemsituaties die niet te corrigeren zijn, roepen bij begeleiders vaak gevoelens van machteloosheid, schuld, angst en boosheid op. Ook voelen verzorgenden zich soms in de steek gelaten. Daardoor kunnen er spanningsklachten en in een later stadium ook psychische problemen, burnout en posttraumatische stressstoornissen ontstaan. Deze effecten leiden tot het optreden van arbeidsverzuim en eerder stoppen met werken.

De overgrote meerderheid van de ondervraagde werkers in de **gehandicaptenzorg** (84%) vindt dat de grenzen van verantwoorde zorg in zicht zijn gekomen. Ruim tweederde is van mening dat er steeds meer sprake is van mensonwaardige situaties in de gehandicaptenzorg. Bijna 70% overweegt soms, regelmatig of serieus een andere baan te zoeken, 40% daarvan overweegt daarbij helemaal uit de zorg te stappen. Als belangrijkste redenen worden genoemd de hoge werkdruk en het te kort schieten van de zorg. Op de tweede plaats staan onvoldoende beloning, onvoldoende perspectief, onregelmatige werktijden en het zoeken naar een nieuwe uitdaging.

Bij **huisartsen** (in de grote steden) wordt 40% geconfronteerd met agressie en geweld. De agressie bestaat grotendeels uit verbaal geweld, maar fysiek geweld komt ook voor.

Bij **artsen en verpleegkundigen werkzaam in een algemeen ziekenhuis** komen op de EHBO de meeste en ergste vormen van agressie voor. De agressie bestaat uit verbaal en fysiek geweld, bedreigingen en vernielen van voorwerpen. De reden van deze agressie wordt met name veroorzaakt door onenigheid tussen arts en cliënt over de behandeling en diagnostiek.

In de **psychiatrie** wordt agressie veroorzaakt doordat het gedrag van de patiënt verandert door gebruik van medicatie of bijwerkingen hiervan, door ziekte en angst in verband met een (verplichte) opname. Daarnaast komt agressie voor door fouten c.q. misverstanden door de organisatie zelf. De agressie bestaat met name uit bedreigingen, verbaal en fysiek geweld.

Uit onderzoek onder **verzekeringsgeneeskundigen** werkzaam bij het GAK bleek dat 67% van de respondenten met agressie en geweld te maken hebben gehad. De agressie bestond uit onvrede en irritatie, schelden, bedreigingen en fysiek geweld. De oorzaken van de agressie liggen vooral in de onduidelijkheid in wet- en regelgeving en de attitude van de verzekeringsgeneeskundigen in combinatie met diens communicatieve vaardigheden.

Uit een ander onderzoek onder **bedrijfsartsen** werkzaam bij Arbodiensten worden als mogelijke oorzaken van agressief gedrag van cliënten genoemd: problemen tussen werkgever en werknemer, waardoor de cliënt niet mee wil werken aan reïntegratie; een onduidelijk beleid van de werkgever, die zijn problemen afschuift op de bedrijfsarts; het ontbreken van een verzuimbeleid; onbegrip van de werkgever. Andere risicofactoren zijn: de houding en gebrek aan sociale vaardigheden van de bedrijfsarts; herstelmeding/advies; arbeidsconflict; onvoldoende bekendheid met de rol van de bedrijfsarts. Van de bedrijfsartsen heeft 80% het gevoel onder druk gezet te worden door werknemers om een beslissing te nemen waar men niet achter staat; bij 29% gebeurt dit zelfs meer dan 10 keer per jaar. 87% ervaart druk van werkgevers om een beslissing te nemen waar men niet achter staat. 70% van de bedrijfsartsen is geconfronteerd geweest met verbaal geweld van werknemers; bij 33% is sprake geweest van verbaal geweld van de kant van werkgevers. Fysiek geweld komt relatief vaak voor; 15% heeft het afgelopen jaar minimaal één incident met fysiek geweld door een werknemer meegemaakt. De belangrijkste aanbeveling is een goede communicatietraining voor bedrijfsartsen.

Beleid om agressie tegen te gaan in de **verpleging en verzorging** wordt wel gevoerd in de branche. In het kader van de landelijke bedrijfstakbenadering van de gezondheidszorg is de Arbeidsinspectie in februari 2001 gestart met inspecties in de verpleging en verzorging. In deze inspecties wordt bekeken welke overtredingen van de Arbeidsomstandighedenwet en Arbeidstijdenwet zijn geconstateerd en welke handhavinginstrumenten zijn ingezet. Tevens wordt het ingezette handhavingstraject geanalyseerd. Voorts zijn vragen (monitoring) gesteld om een beeld te krijgen op welke wijze de instellingen uitvoering hebben gegeven aan het beleid seksuele intimidatie en agressie en geweld. Tot de sector verpleging en verzorging behoren ongeveer 1700 instellingen. Bij 48 instellingen zijn inspecties uitgevoerd. Geconcludeerd kan worden dat in de verplegings- en verzorgingsinstellingen de naleving van de wetgeving ten aanzien van arbeids- en rusttijden voor verbetering vatbaar is. Iets meer dan de helft van de bezochte instellingen voert zowel beleid op seksuele intimidatie als op agressie & geweld.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Risicofactoren	Preventiemaatregelen
Agressie van patiënt of cliënt.	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbereid zijn op de agressie van de cliënt en letten op de eigen houding en opstelling; • Een aangrijpingspunt (ontbering, aantasting, bedreiging enz.) kiezen voor de dialoog met de cliënt; • Zich richten op het minimaal gestelde doel om met de cliënt te bereiken; • Eraan denken dat de cliënt steeds op winstpunten gericht zal zijn; • De cliënt serieus nemen, de cliënt respectvol behandelen en zijn of haar eigenwaarde opkrikken; • De chaos van de cliënt al pratend structureren; • Geen plotselinge bewegingen in gespannen situaties maken; • Rust (let op de toonzetting bij het spreken) en vastberadenheid uitstralen en duidelijk zijn; • Eigen grenzen aangeven.
Probleemgedrag en fysiek geweld in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.	<p>Het management moet een intentieverklaring opstellen, waarin zij de risico's van het probleemgedrag onder cliënten erkent en zich ervoor verantwoordelijk acht. Het is van belang om een risico-inventarisatie en – evaluatie te maken, die zo nodig regelmatig wordt bijgesteld. Ook wordt een plan van aanpak en prioritering vastgesteld. Actiepunten daarin zijn: deskundigheidsbevordering en training voor personeel; opzetten van protocollen (waarin opvang door collega's, professionele opvang en zo nodig vervanging is geregeld); werkbespreking over problemen; EHBO/vaccinatie; registratie in ongevalregister; PAGO/AGS; werkplekonderzoek.. Verder kunnen meer ervaren mensen geplaatst worden op groepen die agressief gedrag vertonen en kunnen nieuwe medewerkers geselecteerd worden op een goede psychische belastbaarheid. Tenslotte is het van belang dat over het proces gewaakt wordt middels bijvoorbeeld periodieke evaluatie en analyse van de verkregen stuurinformatie. De beste preventiestrategie wordt gevormd door een samenhangend totaalpakket van interventies, ingebed in een helder en uitvoerbaar beleid.</p>
Agressie en geweld tegen artsen.	<ul style="list-style-type: none"> • Beleid vaststellen op basis van een risico-inventarisatie en vastzetten in een draaiboek; • Registratie en melding van incidenten; • Procedures vaststellen bij incidenten, zoals opvang (geneeskundige) en sanctiemaatregelen (patiënt); • Werkplek veilig inrichten: stil alarm, vaste bureaus,

	<p>extra (vlucht)deur;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënt niet alleen te woord staan; • Bij incident moet direct hulp (collega's, bewaking, politie) beschikbaar zijn (ook tijdens nachtdiensten); • Afspraken tussen collega's onderling; • Voldoende aandacht geven aan conflicthantering, gesprekstechniek en communicatieve (bij)scholing; • Het volgen van trainingen in omgaan met agressie; • Zorgen voor een duidelijke regelgeving; • Bij bedrijfsartsen: werkgevers en werknemers voorlichten over onder meer werkwijze, instelling en functie van bedrijfsarts en Arbodienst. Voorts kunnen er met die werkgever duidelijke afspraken gemaakt worden over de rol van het management en P&O. Bij het opstellen van een verzuimbeleid kan er hulp worden geboden. Ook kunnen er afspraken gemaakt worden over wat een werkgever moet doen als één van zijn werknemers zich agressief heeft opgesteld richting bedrijfsarts. Belangrijk is verder dat Arbodiensten blijven investeren in opleidingen en trainingen voor bedrijfsartsen.
<p>Werkdruk en disbalans in het werk-priveleven van leidsters in de kinderopvang</p>	<p>Functionies zo breed mogelijk maken. Beter invullen arbeidsvoorwaarden.</p>
<p>Risico op letsel</p>	<p>Het risico op letsel voor medewerkers zou tot een minimum moeten worden terug gebracht. Om dat te bereiken moet een organisatie beschikken over protocollen een goede toedeling van taken en verantwoordelijkheden en zorgen voor de noodzakelijke voorlichting en training. De organisatie moet de noodzakelijke preventieve maatregelen nemen, zij moet ook zorgen voor een adequate opvang en begeleiding voor het slachtoffer van een incident. Een nadrukkelijk commitment van het management is daarbij cruciaal.</p>

12 Overige: activiteiten ter verbetering in en door de branche

Risicogroepen en effecten:

De diverse sectoren in de gezondheidszorg kampen al jaren met een hoog ziekteverzuim, een fikse WAO-uitstroom en krappe exploitatiebudgetten. Maar dankzij de **arboconvenanten** krijgt nu ook deze sector de financiële ruimte om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Ook de sector Verpleging & Verzorging heeft zich via een intentieverklaring verplicht te werken aan een arboconvenant. Speerpunten zijn de fysieke en psychosociale belasting en vermindering van werkdruk.

In de gezondheidszorg heeft **AWOZ** onder meer de taak landelijke intramurale instellingen te adviseren en te begeleiden bij de aanpak van werkdruk en ziekteverzuim. De AWOZ is in 1990 opgericht om het personeelstekort in de sector aan te pakken. Het bestuur bestaat uit een vertegenwoordiging van werkgevers en werknemers. AWOZ heeft voor de instellingen een 'arbothermometer' ontwikkeld. Instellingen kunnen aan de hand van deze prestatie-indicator vaststellen hoe ver ze zijn met het ontwikkelen van hun eigen arbobeleid en bepalen waar nog lacunes zijn en wat ze nog moeten doen aan de aanpak van werkdruk en ziekteverzuim.

Het ziekteverzuim en de uitstroom naar de WAO zijn in de thuiszorg hoog. Het verzuimpercentage ligt tussen de 6 en 9 procent. In maart 1999 tekenden de overheid, bonden en werkgevers het arboconvenant nieuwe stijl voor de thuiszorg. Daarmee verplichtten de betrokken partijen zich om binnen vijf jaar de fysieke belasting tot een aanvaardbaar niveau te beperken. In het arboconvenant thuiszorg staat de aanpak van de hoogste uitvalrisico's, fysieke belasting en werkdruk, centraal. Om de fysieke belasting te kunnen meten, heeft TNO Arbeid praktijkregels opgesteld volgens een zogenaamd stoplichtsysteem. Wordt er in de praktijk gewerkt volgens 'rode' regels, dan is de fysieke belasting veel te hoog. Eén van de doelen van het arboconvenant is dat de werksituatie – zo nodig via 'oranje', tijdelijke acceptabele praktijkregels – zal voldoen aan 'groene' praktijkregels, waarbij de fysieke belasting aanvaardbaar is.

Om de fysieke belasting te verminderen, mogen **thuiszorgmedewerkers** na 2004 bijvoorbeeld niet meer in hun eentje één cliënt tillen of verplaatsen. Om de instellingen tegemoet te komen stelde de overheid in 1999 tien miljoen gulden beschikbaar om de aanschaf van tilhulpmiddelen te stimuleren. Behalve de fysieke belasting is werkdruk een belangrijk onderwerp in het arboconvenant thuiszorg. Daartoe zal er eerst een onderzoek in de vorm van een medewerkersraadpleging plaatsvinden. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zal er door de convenantpartijen een plan van aanpak worden opgesteld. Gedurende de convenantperiode van vijf jaar worden de voortgang en de effecten van de invoering van de praktijkregels jaarlijks gemonitord. Maart 2004 loopt het arboconvenant thuiszorg af.

Inmiddels zijn er twee raadplegingen geweest. De tweede raadpleging van werkenden in de thuiszorg en kraamzorg over hun werkomstandigheden is gedaan in 2002. 43,9% van het aantal potentiële respondenten (48.207) heeft de desbetreffende vragenlijst ingevuld teruggestuurd. De resultaten van de enquête zijn hierdoor vergelijkbaar met die van de eerste raadpleging uit 1999. Uit de enquêteresultaten kan geconstateerd worden dat het oordeel van de werkenden in de thuis- en kraamzorg over hun werkomstandigheden duidelijk verbeterd is. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het **Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg** resultaat heeft opgeleverd.

De sector kinderopvang heeft als bedrijfstak in januari 2000 een arboconvenant ondertekend. Dit convenant betreft de arbeidsomstandigheden in **kinderdagverblijven** en **peuterspeelzalen**. De

partijen (overheid, bonden, werkgevers) zullen zich inspannen om de normen en richtlijnen voor fysieke belasting, zoals vastgelegd in de brochure 'Ergonomie in de kinderopvang' van het Sectorfonds Zorg en Welzijn, in te voeren.

Speerpunt in het arboconvenant is de fysieke belasting van de circa 31.000 werknemers in de kinderopvangcentra. Daarom zijn in het convenant met name ergonomische gezondheidsnormen geformuleerd. Het plan van aanpak zoals dat in het arboconvenant kinderopvang is vastgesteld, is in de eerste plaats gericht op de inrichting van de accommodaties, zodat de nadelige gevolgen van veelvuldig tillen en bukken zo veel mogelijk beperkt worden. Verder zijn er in het convenant afspraken gemaakt over het bevorderen van het geven van voorlichting en instructies aan de werknemers. Het convenant eindigt op 1 januari 2004.

De **ziekenhuizen** hebben op 27 juni 2000 een **intentieverklaring** ondertekend. Bij zowel de algemene als de academische ziekenhuizen staan tillen, RSI, werkdruk, allergenen en vroegtijdige reïntegratie in de intentieverklaring centraal. Bij de algemene ziekenhuizen is "agressie en geweld" eveneens een aandachtspunt.

De branchevereniging voor de **verpleging- en verzorgingshuizen** tekende op 28 juni 2000 een **intentieverklaring**, met vooral aandacht voor de onderwerpen tillen en werkdruk. Op dezelfde dag tekenden vertegenwoordigers van de **gehandicaptenzorg** een **intentieverklaring**. Voornaamste onderwerpen hier zijn: tillen, werkdruk, allergenen, vroegtijdige reïntegratie en agressie.

Daarnaast kent de branche de **Kaderregeling Arbeidsomstandigheden, Verzuim en Reïntegratie (AVR) 2001 Zorgsector**. Deze biedt instellingen ondersteuning bij het bestrijden van specifieke knelpunten in hun arbobeleid. De kaderregeling is gericht op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, op het terugdringen van ziekteverzuim en op het voorkomen van WAO-instroom in de zorgsector. Daarnaast is de reïntegratie van arbeidsongeschikten eveneens een absoluut speerpunt. Doelstellingen voor de periode 2000-2004 zijn: een halvering van het verschil in ziekteverzuim tussen de zorgsector en het bedrijfsleven; een halvering van het verschil in aantallen WAO-instromers in de zorgsector en in het bedrijfsleven; een reïntegratie van 3000 arbeidsgehandicapten in de zorgsector.

Begin **2002** is door de **Arbeidsinspectie** geïnspecteerd bij organisaties in de **ambulancezorg**. De inspecties maakten deel uit van het **Inspectieproject Ambulancezorg 2002** en werden met de volgende doelstellingen uitgevoerd: wetshandhaving op basis wet- en regelgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden; controle op de implementatie van recent van kracht geworden wet- en regelgeving op het gebied van de arbeidstijden; ondersteuning van het convenanttraject met behulp van de inspectieresultaten. In Nederland zijn er in totaal ongeveer 80 ambulancediensten. De branche is sterk in beweging. Onder invloed van de ontwikkeling van regionaal ambulance vervoer (RAV) zal het aantal ambulancediensten onder invloed van regionale samenvoegingen in de nabije toekomst dalen tot 25 grote RAV's. Bij alle bezochte ambulancediensten zijn tekortkomingen geconstateerd. Bij meer dan de helft van de bezochte ambulancediensten zijn tekortkomingen geconstateerd op het gebied van de Arbeidstijdenwet. Op het gebied van faciliteiten zijn de twee belangrijkste punten het ontbreken van adequate wasruimten en het ontbreken van adequate kleedruimten.

Betrokken partijen zijn in het **Arboconvenant Gehandicaptenzorg** een aantal doelstellingen overeengekomen om het verschil tussen het gemiddeld ziekteverzuim in de gehandicaptenzorg en het vergelijkbare gemiddelde in het bedrijfsleven op 1 juli 2004 te hebben gereduceerd met tenminste 50%. In artikel 2 van het convenant worden ten aanzien van de deelmaatregelen (b.v. terugdringing van blootstelling aan fysieke belasting) kwantitatieve doelstellingen gegeven. De aangegeven verplichtingen betreffen maatregelen inzake: verzuimbegeleiding en vroegtijdige reïntegratie, terugdringing blootstelling aan fysieke belasting, psychische belasting en werkdruk, agressie en onveiligheid, risico's

gezondheidsschadelijke stoffen, communicatie en medezeggenschap; rol van de Arbeidsinspectie; functioneren van een Branchebegeleidingscommissie, monitoring/toetsing voortgang aan doelstellingen en maatregelen. Uiterlijk 31 december 2003 treden partijen in overleg over en eventueel vervolg op dit convenant. Tevens is, na beëindiging van het convenant, evaluatie voorzien over de uitvoering en de resultaten van het convenant.

Op www.arbozw.nl staan verschillende rapporten die de activiteiten in de zorgsector op het gebied van arbomanagement en arbomanagementsystemen in kaart brengen. De volgende rapporten zijn hier te vinden:

- Arbomanagement in de gehandicaptensector.
- Brochure arboconvenant gehandicaptenzorg
- Gezonder Zorgen in de GGZ
- Inzet op leeftijd
- Leeftijdsbeleid in de zorgsector
- Plan van aanpak bij het Arboconvenant Ziekenhuizen: Een veiliger en gezonder werkklimaat
- Resultaatgericht reïntegreren
- Werken met een zorgsysteem voor reïntegratie

Uiteraard voert het te ver om hier de inhoud van deze rapporten te beschrijven. Van belang is het initiatief en de informatievoorziening op www.arbozw.nl.

Risicofactoren en preventiemaatregelen:

Bronnen:

1 Arbozorg en arbeidsorganisatie

- Drift, D.W. van der, Moonen, C.L.M. Samen werken aan arbeidsomstandigheden. Utrecht, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001 s.a., 46 p.
- Peters, P., Hingstman, L., Windt, W. van der Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000 : hoofdrapport + bijlagen. Den Haag, Servicecentrum Uitgevers, 2000, 116 p. OSA-publicatie ZW8.
- Ziekteverzuim, reïntegratie en de nieuwe wetgeving. Zeist, Sectorraad Zorg en Welzijn, 2001, 28 p.
- Plan van aanpak arboconvenant academische ziekenhuizen. 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2000, 29 p.
- Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000, 258 p. 64-39
- Gender en professionals in de gezondheidszorg : resultaten van een expertmeeting RVZ in samenwerking met TECENA. – Zoetermeer : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000. – 65 p.
- Inzet op leeftijd : leeftijdbeleid in de zorgsector / M. Ziekemeyer, A. van Veldhuisen, A. Smit. – Utrecht : Stichting AWOZ, 1999. – 148 p.
- Arbeidstevredenheid, verloop en uitval in de gezondheidszorg : een overzicht van onderzoeksbevindingen t.b.v. de studie van de WRR over 'overdracht tussen generaties' / J.E. Groenveld. – Utrecht : Prismant, 1999. – 33 p.
- Trendrapport aanbod van arbeid in de sector Zorg en Welzijn 1998 : een onderzoek onder werkzame verpleegkundigen, verzorgenden enagogisch werkenden / K. Postma, C. Scholten. – Den Haag : Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA), 1999. – 102 p. – (OSA-publicatie Z 36).
- Onderwijs en gezondheidszorg vechten tegen het hoogste ziekteverzuim / R.H. Breedveld. – In: Gids voor personeelsmanagement 79(2000) no. 6, p. 38-40.
- Arbobeleid in de gehandicaptensector : gebrek aan geld en kennis verhindert effectieve aanpak / E. Goudriaan. – In: Arbo & Milieu 7(1999) no. 11, p. 22-25.

2 Inrichting arbeidsplaatsen

- Praktijkregels voor de thuiszorg : eindrapport / H.A.T. Beune, G. Evers. – Hoofddorp : TNO Arbeid, 1999. – 70 p.
- Bouwen is maatwerk : realiseren van een optimale werkplek / A.P.M. Gompel. – Nijmegen : Arbo- en Milieudienst KUN/AZN, 1998, 39 p.
- Arbo en nieuwbouw : de bouw van een werknemersvriendelijk verzorgingshuis / I. Schoemakers. – In: Arbo & Milieu 7(1999) no. 11, p. 14-15.

3 Gevaarlijke stoffen

- www.arbozw.nl
- Reproductie-toxische effecten bij ziekenhuispersoneel / S. Peelen, N. Roeleveld, D. Heederik. – 's-Gravenhage : Ministerie van SZW, 1999. – 169 p.
- Ortho-ergisch eczeem in de gezinszorg / P. Barelds-Pel. – Amsterdam : Universiteit van Amsterdam, Coronel Instituut, 1999. – 29 p.
- Blootstelling ziekenhuispersoneel aan cytostatica en narcosegassen aan banden gelegd. – In: Bedrijfs hulplening 12(1999) no. 2, p. 8.

4 Biologische agentia

- De Groningse aanpak van handeczeem : een samenwerkingproject tussen huis- en bedrijfsarts en medisch specialist. Poulssen-Mestrom, M.E.S., Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 10(2002)no. 4, p. 119-121
- Berkouwer-Buehre, Y.A.J. Dermatitis bij tandtechnici. S.I., Netherlands School of Public Health (NSPH), 2001, 32 p. Opleiding arts voor arbeid en gezondheid .
- Vries, G. de Tuberculose bij gezondheidswerkers in Nederland, 1995-1999 : beschrijving van de tuberculosegevallen bij gezondheidswerkers die tijdens hun werk besmet werden in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht, Netherlands School of Public Health (NSPH), 2001, 33 p. Opleiding NSPH .
- Sero-Prävalenzraten der Helicobacter pylori (H.p.)-Infektion bei Angestellten der Lübecker Kindertagesstätten / J. Drechsler, E. Heinen, M. Schauer. – In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 34(1999) no. 1, p. 16-21.
- Biologische risico's in de gezondheidszorg en in laboratoria / F.W.A. Heesssen, H.H.M. Meester, A.W. Zwaard. – Amsterdam : NIA TNO, 1997. – 84 p. – (Praktijkguiden arbeidshygiëne).
- Ventilatie en gezondheid : verbeterde regelbaarheid bij kritische toepassingen / F.B. Hoek. – In: TVVL magazine 28(1999) no. 6, p. 9-12.

5 Fysieke belasting

- www.arbozw.nl
- Inzet op leeftijd : leeftijdbeleid in de zorgsector / M. Ziekemeyer, A. van Veldhuisen, A. Smit. – Utrecht : Stichting AWOZ, 1999. – 148 p.
- Praktijkregels voor de thuiszorg : eindrapport / H.A.T. Beune, G. Evers. – Hoofddorp : TNO Arbeid, 1999. – 70 p.
- Accidents leading to over-exertion back injuries among nursing personnel / I.-L. Engkvist. – Stockholm : National Institute for Working Life (NIWL), 1999. – 58 p.
- Ergonomie in de kinderopvang. – Houten : AWO, 1999. – 39 p.
- De oudere verpleegkundige : een onderzoek naar beleving en beoordeling van de arbeid / G.K. van der Kreek. – [S.I.] : BGD West-Brabant, 1998. – 27 p.
- Handboek transfers / H.J.J. Knibbe, W. van Panhuys, W. van Vugt. – Tiel : CORPUS Opleidingscentrum Arbeidsomstandigheden, 1998.
- Arboconvenant: de kinderopvang : fysieke belasting speerpunt in arboconvenant / M. Spinhoven. – In: Arbo & Milieu 8(2000) no. 3, p. 22-25.
- Thuiszorg : werk in uitvoering : arboconvenant in de praktijk / H. Neggers. – In: Arbeidsomstandigheden 76(2000) no. 2, p. 38-41.
- Arbo in thuiszorg zorgwekkend : convenant moet aanpak fysieke belasting stimuleren / E. Goudriaan. – In: Arbo & Milieu 7(1999) no. 3, p. 10-13.
- Ziekteverzuim, rugklachten en arbeidsomstandigheden in de verzorgingssector / R. de Wit, G. Moens. – In: Médecine du travail / Arbeidsgezondheidszorg & ergonomie 36(1999) no. 1, p. 25-31.
- The use of logs to assess exposure to manual handling of patients, illustrated in an intervention study in home care nursing / J.J. Knibbe, R.D. Friele. – In: International journal of industrial ergonomics 24(1999) no. 4, p. 445-454.
- Rückenbeschwerden bei Zahnärzten : eine Studie zur Standortbestimmung / W.H.M. Castro, O. Herrmann. – In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 34(1999) no. 7, p. 282-287.

6 Fysische factoren

- Varkevisser, J., Kooi, F.L., Kriekaard, J.J. Richtlijnen en adviezen ten behoeve van de werkplek van de tandarts op het gebied van verlichting en optometrie. Soesterberg, TNO Technische Menskunde, 2002, 97 p. TNO-rapport TM-02-C029.

- Wieringa, F.P. Arbeidsveiligheidsaspecten bij industrieel, medisch en cosmetisch gebruik van kunstmatige ultraviolette straling. NVS-nieuws 27(2002)no. 1, p. 20-22
- Veel gestelde vragen over ioniserende straling / S. Dulleman, A.S. Keeverling Buisman, C. Zuur. – Rotterdam : Nederlandse Vereniging voor Stralingshygiëne (NVS), 1995. – 80 p. – (NVS-Publikaties 25).
- Straling in ziekenhuizen / M. van Wees. – Zoetermeer : AbvaKabo, 1992. – 52 p.
- Binnenklimaat en thermisch comfort op woonafdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis / H. Steensma. – Amsterdam : Universiteit van Amsterdam, Coronel Laboratorium, 1991. – 41 p. – (CORVU rapport).
- Ventilatie en gezondheid : verbeterde regelbaarheid bij kritische toepassingen / F.B. Hoek. – In: TVVL magazine 28(1999) no. 6, p. 9-12.
- Medische begeleiding van radiologische werkers : de mens tussen excitatie en desintegratie / P.A. Baaijens. - In: NVS-nieuws 23(1998) no. 1, p. 22-24.

7 Arbeidsmiddelen

- Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, beddekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000, 34 p. + vele pag.
- Preventing needlestick injuries in health care settings. – Cincinnati : NIOSH, 1999. – 23 p. – (DHHS-NIOSH publication 2000-108).
- Kunststofverband : het risico op respiratoire aandoeningen : een onderzoek naar het risico op het ontwikkelen van respiratoire aandoeningen bij het gebruik van kunststofverband in een algemeen ziekenhuis / K. de Boer, P.A.M. van Efferen. – Amsterdam : Universiteit van Amsterdam, Coronel Instituut, 1999. – 29 p. – (CORVU rapport 18).
- Praktijkregels voor de thuiszorg : eindrapport / H.A.T. Beune, G. Evers. – Hoofddorp : TNO Arbeid, 1999. – 70 p.
- Berufsbedingte HIV-Infektion durch Blutspritzer ins Auge / B. Heese. - In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 34(1999) no. 12, p. 533-534.

8 Specifieke werkzaamheden

-

9 Persoonlijke beschermingsmiddelen en veiligheids- en gezondheidssignalering

- De allergie voor natuurlijke rubberlatex / S. Jarjoura. – In: Werk en welzijn (1999) no. 5, p. 2-7.

10 Werktijden, overwerk en werkdruk

- "Mag het een onsje minder zijn?" : onderzoek naar het voorkomen van het risico op burnout bij verpleegkundigen in de gezondheidszorg. Utrecht, Netherlands School of Occupational Health (NSOH), 2001, 48 p. CORVU rapport 19.
- Moorsel, M. van, Klomps, A. Werkdruk of druk werk? : een onderzoek naar de werkdruk van leidsters in de kinderopvang. Tilburg, IVA, 2000, 84 p.
- Betgem, P. Werkstress en burnout bij verpleegkundigen : een onderzoek naar de invloed van persoonlijke factoren en organisatiekenmerken. Nijmegen, Nijmegen University Press, 2000, 287 p.
- Oeij, P., Vis, C., Fruytier, B. Werkdruk in de welzijnssector : een instrument voor het meten van oorzaken van werkdruk. Tilburg, IVA, 2000, 139 p. 65-94
- Burnout van de bedrijfsarts. Lamme, S.J., Straaten, R.P. van Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 8(2000)no. 7, p. 195-203
- Gender en professionals in de gezondheidszorg : resultaten van een expertmeeting RVZ in samenwerking met TECENA. – Zoetermeer : Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000. – 65 p.

- Burnout among dentists : identification and prevention / R.C. Gorter. – Amsterdam : Thela Thesis, 2000. – 196 p. – (Proefschrift Universiteit van Amsterdam).
- Inzet op leeftijd : leeftijdbeleid in de zorgsector / M. Ziekemeyer, A. van Veldhuisen, A. Smit. – Utrecht : Stichting AWOZ, 1999. – 148 p.
- Steeds minder tijd? : deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra / R.N. Griffioen, J.E. Grunveld, J.B.F. Hutten. – Utrecht : NIVEL, 1999. – 89 p. – (NZi-publicatie 199.1254).
- Werklastmeting radiologen / L. Hingstman, L.F.J. van der Velden, D.M. van der Meulen. – Utrecht : NIVEL, 1998. – 46 p.
- Burnoutsymptomen bij verpleegkundigen : de relatie met werklast, regelruimte en sociale steun / N.W. van Yperen, H.H. Baving. – In: Gedrag en gezondheid 27(1999) no. 4, p. 174-187.
- Arbo in thuiszorg zorgwekkend : convenant moet aanpak fysieke belasting stimuleren / E. Goudriaan. – In: Arbo & Milieu 7(1999) no. 3, p. 10-13.
- Welzijn en dienstroosters in de gezondheidssector. – In: Preventie en bescherming 53(2000) no. 1, p. 12-15.

11 Agressie en geweld, seksuele intimidatie

- www.arbozw.nl
- Martines, T. de Agressie en pressie in de praktijk van de bedrijfsarts. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 10(2002)no. 4, p. 100-103
- Teunissen, C.J.C. Verslag landelijk project verpleging en verzorging 2001. Den Haag, Arbeidsinspectie, 2002, 15 p. Project / Arbeidsinspectie A460.
- Agressie en pressie in de praktijk van de bedrijfsarts. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 10(2002)no. 4, p. 100-103
- Palm, I., Helmer-Englebert, R. Waar een rijk land arm in is : dl 2 Resultaten van een enquête onder werkers in de gehandicaptenzorg naar de gevolgen van de hoge werkdruk. S.I., Comité 'Zorg voor Iedereen', 2002, 21 p.
- Bos, M. Seksuele intimidatie in de zorg. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000, 125 p.
- Preventiestrategieën bij probleemgedrag en fysiek geweld als beroepsrisico's in de zorg voor verstandelijk gehandicapten / B.G. Slot. – Amsterdam : Universiteit van Amsterdam, Coronel Instituut, 1999. – 23 p. – (Corvu rapport 18).
- Agressie in ziekenhuizen : onbekend en onderkend / F. Neerinck. – In: Werk en welzijn 3(2000) no. 1, p. 16-19.

12 Overige: activiteiten ter verbetering in en door de branche

- Projectverslag inspectieproject ambulancezorg 2002. Den Haag, Arbeidsinspectie, 2002, 16 p. Project / Arbeidsinspectie A511.
- Schreurs, P.J.G., Dijkstra, L. Oordeel over de werkomstandigheden in de thuiszorg aanmerkelijk verbeterd : oordeel thuiszorgmedewerkers in tweede landelijke raadpleging onderzocht. Utrecht, Instituut Werk en Stress (IWS), 2002, 178 p.
- Convenant inzake terugdringing ziekteverzuim en verbetering van arbeidsomstandigheden in de gehandicaptenzorg. Staatscourant (2001)no. 136, p. 25
- Gezonder werken in de zorgsector : het investeren waard : kaderregeling arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratiebeleid 2001 zorgsector. Utrecht, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001.
- Spinhoven, M. Arboconvenanten in de zorgsector (2) : verpleeg- en verzorgingstehuizen. Arbo & Milieu 8(2000)no. 11, p. 22-24
- Maassen, H. Dokter tussen dokters : arbo-curatieve zorg krijgt gestalte. Medisch contact 55(2000)no. 19, p. 684-686
- Convenant arbeidsomstandigheden kinderopvang. – In: Staatscourant (2000) no. 5, p. 11.

- Thuiszorg : werk in uitvoering : arboconvenant in de praktijk / H. Neggers. – In: Arbeidsomstandigheden 76(2000) no. 2, p. 38-41.
- Arboconvenant: de kinderopvang : fysieke belasting speerpunt in arboconvenant / M. Spinhoven. – In: Arbo & Milieu 8(2000) no. 3, p. 22-25.
- Onderwijs en gezondheidszorg vechten tegen het hoogste ziekteverzuim / R.H. Breedveld. – In: Gids voor personeelsmanagement 79(2000) no. 6, p. 38-40.

Literatuur verwerkt t/m maart 2003