

# Dossier Zorgveiligheid Algemeen

Opgesteld door:  
Raphaël Gallis

Reviewer:  
Wim van Alphen

April 2012

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Beschrijving onderwerp</b> .....	<b>4</b>
1.1	Inleiding .....	4
1.2	Ordegrootte.....	5
1.3	Organisatie .....	5
1.3.1	Ziekenhuizen .....	5
1.3.2	Verpleeg- & Verzorgingssector.....	11
1.3.3	Ontwikkelingen .....	12
<b>2.</b>	<b>Relevante werksituaties</b> .....	<b>12</b>
2.1	Relevante branches.....	12
2.2	Relevante beroepen .....	12
<b>3.</b>	<b>RI&amp;E</b> .....	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>Wetgeving</b> .....	<b>13</b>
4.1	Wetgeving en vergunningen .....	13
4.2	Meten .....	13
4.3	Blootstellingsmeting.....	13
4.4	Effectmeting.....	13
<b>5.</b>	<b>Wetgeving</b> .....	<b>13</b>
5.1	Arbowet.....	13
5.2	Arbobesluit.....	13
5.3	Arboregeling .....	13
5.4	Overige nationale wetgeving .....	13
5.5	Europese wetgeving .....	13
<b>6.</b>	<b>Beleid</b> .....	<b>14</b>
6.1	Arboconvenanten.....	14
6.2	Cao-afspraken .....	14
6.3	Brancheafspraken .....	14
6.4	Standaardisatie en normalisatie .....	14
6.5	Certificering.....	14
<b>7.</b>	<b>Beheersmaatregelen</b> .....	<b>14</b>
7.1	Arbeidshygiënische strategie.....	14
7.1.1	Bronmaatregelen .....	14
7.1.2	Organisatorische maatregelen .....	14
7.1.3	Technische maatregelen .....	14
7.1.4	Persoonlijke beschermingsmiddelen .....	14
7.2	Psychosociale aspecten van beheersmaatregelenregelen.....	14
7.3	Implementatie van beheersmaatregelen .....	14
<b>8.</b>	<b>Medisch Onderzoek</b> .....	<b>15</b>
8.1	Gezondheidseffecten en beroepsziekten .....	15
8.1.1	Gezondheidseffecten.....	15
8.1.2	Beroepsziekten .....	15
8.1.3	Kwetsbare groepen.....	15
8.2	Diagnostiek en behandeling/begeleiding.....	15
8.2.1	Diagnostiek .....	15
8.2.2	Behandeling en begeleiding .....	15
8.2.3	Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek .....	15
<b>9.</b>	<b>Werkgeversverplichtingen</b> .....	<b>15</b>
<b>10.</b>	<b>Werknemersverplichtingen</b> .....	<b>15</b>

<b>11.</b>	<b>Werknemersrechten .....</b>	<b>15</b>
11.1	Rechten individuele werknemer .....	15
11.2	Rechten medezeggenschapsorgaan.....	15
<b>12.</b>	<b>Praktijkverhalen.....</b>	<b>16</b>
<b>13.</b>	<b>Referenties .....</b>	<b>16</b>
<b>14.</b>	<b>Peer review .....</b>	<b>16</b>

# 1. Beschrijving onderwerp

## 1.1 Inleiding

Dit arbokennisnetdossier wijkt af van de andere dossiers. Dit dossier is een domeindossier. Het behandelt de volgende inhoudelijke onderwerpen specifiek voor de ziekenhuizen en de verpleeg & verzorgingsector (V&V). De sectoren geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, huisartspraktijken, ambulanciezorg, tandheelkundige praktijken, acupunctuurpraktijken, revalidatiecentra e.d. vallen vooralsnog buiten de scope van dit dossier. Niettemin zijn veel zaken vanuit dit dossier ook van toepassing op die sectoren.

Doel van dit dossier is arboprofessionals die in de zorg gaan adviseren kennis te laten nemen van de wijze waarop deze is georganiseerd en inzicht te geven in een aantal voor de zorg specifieke zaken zoals, de actoren, de primaire processen en de wetgeving.

De volgende inhoudelijke onderwerpen komen aan bod:

- Fysieke belasting
- PSA (psychosociale arbeidsbelasting)
- Infectie preventie
- Brandveiligheid

Voor de 1<sup>e</sup> drie onderwerpen worden in dit dossier alleen aanvullingen gegeven voor zover de inhoud voor dit domein afwijkt. Een voorbeeld: De grens voor tillen ligt bij 23kg (NIOSH norm voor een ideale situatie). Patiënten zijn vaak zwaarder. Het gebruik van een tillift ligt dan voor de hand. Echter, vanwege bouwkundige beperkingen lukt dit niet altijd. Dan zullen andere maatregelen genomen moeten worden zoals het gebruik van pat-slides, en samen tillen.

Brand is een onderwerp dat voor de zorg zeer belangrijk is. Er is echter nog geen arbokennisnetdossier brand, vandaar dat dit onderwerp hier uitgebreider wordt behandeld. Voor het onderdeel BHV in relatie tot brand wordt verwezen naar het arbokennisnetdossier BHV (als onderdeel van 'werkplek inrichting'). In dit dossier wordt BHV beschreven voor zorg specifieke situaties.

De gezondheidszorg heeft een aantal organisatorische karakteristieken. Het is voor arbo adviseurs van belang inzicht te hebben in de bijzonderheden van de zorg. Dit helpt om effectief te kunnen adviseren. Daarom wordt hieronder begonnen met een beschrijving van de organisatie in ziekenhuizen en in de Verpleeg- en Verzorgings (V&V) sector. Uiteraard is deze beschrijving algemeen en kan er lokaal van variaties sprake zijn.

Ook is er sprake van een aantal wetten die alleen in de zorg van toepassing zijn. Denk aan:

- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO),
- Aanpassing van de arbeidstijden wet voor arts-assistenten in opleiding (AIO's)
- Kwaliteitswet ziekenhuizen
- [BIG registratie](#) (beroepen in de gezondheidszorg).

Veel informatie over de zorg is te vinden op de [nationale atlas volksgezondheid](#) en het [nationaal Kompas volksgezondheid](#), beide van het RIVM.

Om de burger inzicht te geven in de kwalitatieve prestaties van zorginstellingen is het project [zichtbare zorg](#) gestart. Dit wordt per 2012 opgenomen in het kwaliteitsinstituut voor de zorg.

Ziekenhuizen en verpleeg – en verzorgingshuizen onderscheiden zich van veel andere branches door tal van eigenschappen.

- De zorg is mens-intensief: zeer veel medewerkers en relatief weinig automatisering. Dus net tegengesteld aan de bedrijfsvoering in productiebedrijven.
- In de zorg zijn door de aard en de complexiteit van het medisch bedrijf zeer veel disciplines en professionals betrokken, met als gevolg potentieel zeer veel overdrachtsmomenten tussen de artsen, verpleegkundigen, patiënten en bezoekers.
- Gezondheidszorg instellingen zijn open en publieke instituten met een continu komen en gaan van ambulante patiënten (polikliniek) en bezoekers.
- Veel gezondheidsprofessionals zijn zich onvoldoende bewust van de gevaren (van infectieziekten tot brand),
- Binnen ziekenhuizen en verzorgings- en verpleeghuizen bevinden zich veelal mensen met een verminderde afweer. Het gevolg daarvan is dat zij veel bevattelijker zijn voor infecties. Zo geldt dat bijvoorbeeld ook voor Legionella. Daarvoor zijn dan ook veel stringenter maatregelen nodig dan in andersoortige bedrijven.

- De zorg onderscheidt zich van veel andere sectoren door de niet-zelfredzaamheid van de patiënten en cliënten; bijvoorbeeld bij brand zijn andersoortige maatregelen nodig. Bovendien speelt de afhankelijkheid van patiënten en cliënten t.o.v. de artsen een rol.
- De bereidheid bij het cure en care personeel om aan arbeidsomstandigheden te denken is niet groot. Het primaire proces gaat voor en door de werkdruk wordt veel daaraan ondergeschikt gemaakt. Wel is er een drive om in kwaliteit te investeren vanwege de accreditatie HKZ, NIAZ e.d.
- Bij de patiëntenzorg is sprake van een goede registratie van infectieziekten, door bijvoorbeeld de ziekenhuishygiënist. Bij medewerkers worden infectieziekten opgelopen in het werk soms minder goed geregistreerd. Niet altijd wordt er een relatie met het werk gelegd. Door het ontbreken van systematische gegevens is het dan ook lastig een gevalideerd werkgerelateerd infectiepreventiebeleid te ontwikkelen.

## 1.2 Ordegrootte

Er zijn momenteel (2011) 85 ziekenhuizen in Nederland, met in totaal 46500 bedden. Het aantal bedden per 10.000 inwoners wordt door de overheid bepaald en ligt nu op +/- 2.1 en neemt af door de verschuiving van klinische naar poliklinische ingrepen (zie verderop).

Het aantal verpleeg- en verzorgingshuizen is lastiger vast te stellen. Dit heeft te maken met definities. Er zijn momenteel ongeveer 416 V&V instellingen. Onder de langdurige zorg verstaan we de verpleging en verzorging van ouderen, gehandicapten en (deels) de geestelijke gezondheidszorg.

In onze samenleving zijn circa 620.000 mensen aangewezen op langdurige zorg. Het gaat om mensen die kwetsbaar zijn en door hun beperkingen in hun dagelijks leven belemmerd worden. Zij krijgen thuis (circa 360.000) of in een instelling (intramuraal, circa 260.000 mensen) zorg die met name vanuit de AWBZ wordt bekostigd. Het grootste deel van de in zorginstellingen verblijvende mensen, circa 60%, bevindt zich in de ouderenzorg. In deze instellingen is niet alleen de zorg, maar ook de verblijfsfunctie van belang. In combinatie met het verblijf worden vormen van verpleging, verzorging en/of begeleiding verleend.

De zorg is bij uitstek een arbeidsintensieve bedrijfstak. CBS schat dat momenteel ongeveer 10% van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam is. (in de ziekenhuizen samen werken in totaal ongeveer 240.000 mensen (170.000 fte). Voor uitgebreide getalsmatige informatie over de zorg: zie de site van de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen ([NVZ](#))

### Verskil tussen *Cure en Care*

Het grote verschil tussen de *cure* en de *care* is de regie die de bewoner, cliënt of diens familie nog zelf kan uitoefenen. In de thuissituatie maakt de cliënt uit wat er in zijn huis gebeurt en heeft de medewerker van een thuiszorgorganisatie geen of beperkte inspraak of eindverantwoordelijkheid. Voorbeelden: kun je de cliënt verplichten een nieuwe lichtere stofzuiger aan te schaffen of kledjes die het valrisico vergroten weg te laten halen? In de woonsituatie van een verpleeghuis ligt dit al anders: hier bepaalt de organisatie in overleg met bijvoorbeeld cliëntenraden het beleid.

### Missie en Visie

Als we kijken naar de missie en visie van zorginstellingen dan zien we dat (de kwaliteit van) patiëntenzorg bovenaan staat. Verder zien we vaak ambities terug als de beste zijn en focus op specifieke onderwerpen. Opvallend is dat continuïteit van de bedrijfsvoering pas recent en dan nog voorzichtig onderwerp van gesprek is geworden. Risicomanagement, voor zover al op de radar van de bestuurders, beperkt zich vaak tot het medisch deel. Integraal risicomanagement wordt slechts zeer beperkt vormgegeven. Dit is opmerkelijk, zeker gelet op de maatschappelijke taken en de disrupties ten gevolge van calamiteiten.

## 1.3 Organisatie

### 1.3.1 Ziekenhuizen

Er zijn 5 typen ziekenhuizen te onderscheiden:

- Algemeen: het reguliere ziekenhuis
- *Top klinisch*: een algemeen ziekenhuis met extra specialisaties. Hier mogen ingewikkelde (en vaak dure) ingrepen uitgevoerd worden. Deze ziekenhuizen hebben ook opleidingsplaatsen voor artsen en verpleegkundigen
- *Academisch*: de 8 UMC's zijn alle verbonden aan een universiteit. Naast hun reguliere functie zijn zij gericht op kennis ontwikkeling en opleiding.

- **Categoriaal:** Dit zijn instellingen die zich concentreren op één ziekte/onderdeel. Denk aan: het Oogziekenhuis in Rotterdam, de 2 kankercentra (Anthonie van Leeuwenhoek en Daniel den Hoed). Daarnaast zijn er tal van andere, zoals astmacentra.
- **Kinderen:** 5 kinderziekenhuizen zijn verbonden aan een universiteit en maken onderdeel uit van het UMC. In de naamgeving wordt vaak onderscheid gemaakt om de eigen identiteit te behouden. Denk aan: het Emma Kinderziekenhuis van het AMC en het Sophia Kinderziekenhuis van het Erasmus MC. Alleen het Juliana kinderziekenhuis is niet academisch (onderdeel HAGA)
- **Zelfstandige Behandel Centra (ZBC):** Er komen meer en meer ZBC's. Dit zijn (privé)klinieken waar slechts enkele typen ingrepen worden gedaan (hernia, staar). Deze laten we voor dit kennisdosier buiten beschouwing. Uiteraard zijn tal van inhoudelijke zaken wél van toepassing op de ZBC's.

### Interne organisatie

Hieronder volgt een korte beschrijving van de interne organisatie van ziekenhuizen. Net als bij andere onderwerpen geldt dat dit slechts een richtsnoer geeft.

#### *Bestuurlijk:*

Ziekenhuizen hebben over het algemeen een Raad van Bestuur, bestaande uit 3 leden. Een van hen kan de functie van medisch directeur vervullen. Onder de RvB zit vaak een directie laag met daarin directeuren financiën, HR, Facilities. De medische disciplines (heelkunde, orthopedie, interne etc.) zijn tegenwoordig vaak gegroepeerd in clusters/thema's of divisies (groei, veroudering, moeder & kind). De hoofden van die divisies zitten óf in de directie of vallen onder een medisch directeur. Vaak staat zo'n divisie onder leiding van een driehoek onder voorzitterschap van een medicus. Naast de voorzitter zijn er dan een verpleegkundig manager en een manager bedrijfsvoering.

Op afstand staat een Raad van Toezicht (RvT). Deze heeft als doel het beleid van de RvB te toetsen en de RvB van advies te dienen. De rol van de RvT wordt steeds groter. Dit heeft te maken met de publieke verantwoording, de missers en incidenten en wet- en regelgeving waarin de RvT een rol krijgt toebedeeld.

Tot zover wijkt de structuur niet veel af van die in de industrie. Naast deze verantwoordelijke bestuurslijn zijn er enkele groepen met een adviesfunctie. Zo zijn er de medici, verenigd in het 'stafconvent'. Medici zijn vaak zelfstandige beroepsuitoefenaars die, via maatschappen, hun diensten verlenen aan het ziekenhuis. Hun belangen worden behartigd via de maatschappen en stafconvent, en via hun verenigingen. De specialisten vallen dan hiërarchisch niet onder het gezag van de Raad van Bestuur<sup>1</sup>. Er is een tendens gaande waarbij ziekenhuizen medici in loondienst nemen. In de UMC's zijn de medici allemaal in loondienst. Er is vaak een verpleegkundige adviesraad, los van een verpleegkundig directeur.

De organisatie van een ziekenhuis wijkt af van de organisatie en verantwoordelijkheidstoedeling in een bedrijf. Het grootste verschil bestaat uit het feit dat de medisch specialisten in de meeste ziekenhuizen niet in loondienst van de ziekenhuisorganisatie zijn..

De Raad van Bestuur van een ziekenhuis is eindverantwoordelijk voor het leveren van veilige en kwalitatief goede zorg. Onder kwalitatief goed wordt verstaan: zorg die voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en die rekening houdt met de wensen van de patiënt wat betreft tijdigheid, beschikbaarheid en behoeften.

De medisch specialist is primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die hij zelf levert, maar die verantwoordelijkheid strekt zich ook uit over zorg die wordt geleverd door verpleegkundigen en anderen die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam zijn (Specialisten 2010). Hierdoor ontstaat een verwevenheid tussen de verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur en die van de medisch specialist.

Voor specialisten die niet onder de Raad van Bestuur vallen is het dan ook van groot belang om duidelijkheid te scheppen in de specifieke verantwoordelijkheden die een ieder draagt. In het verleden

---

<sup>1</sup> In de NTA 8009 is bepaald dat voor patiëntveiligheid iedereen die werkzaamheden verricht voor het ziekenhuis zich confirmeert aan het beleid van de organisatie.

was de macht van de medisch specialisten zeer groot: het kwam meermalen voor dat een Raad van Bestuur moest aftreden, omdat de Medische Staf dat van hen verlangde. Doordat zowel de Raden van Bestuur als de Medische Staven echter steeds meer beseffen dat zij elkaar nodig hebben om veilige en kwalitatief goede zorg te bieden, komt in die situatie meer en meer verandering.

### **Ondersteuning**

Er is een groot aantal ondersteunende afdelingen, waar de arboprofessional ook mee te maken kan krijgen. Hieronder een kort overzicht:

#### **KAM**

De ondersteuning op Kwaliteit, Arbo en Milieu is zeer divers uitgevoerd. UMCs hebben vaak een eigen, interne arbo en milieudienst. Soms zien we een splitsing waarin veiligheid en milieu wel intern maar de bedrijfsartsen extern worden ingehuurd via een arbodienst. De ondersteuning op kwaliteit en Arbo & Milieu is niet altijd in één dienst verenigd zoals vaak bij de industrie. Dit heeft te maken met de andere positie die kwaliteitszorg in een ziekenhuis heeft. Zorginstellingen moeten voldoen aan de eisen gesteld in de kwaliteitswet en kunnen dit bijvoorbeeld via accreditatie via de NIAZ regelen. De kwaliteitsafdeling zal hierin ondersteunen.

#### **Straling (KeW)**

Naast KAM is er in ziekenhuizen nog een stralingsdeskundige vanuit de [Kernenergiewet](#). Afhankelijk van de soort apparatuur is dat een C of B deskundige deze rol wordt vaak belegd bij de [klinisch fysicus](#). Het gebruik van straling splitst zich in die voor diagnose en die voor behandeling. Bij diagnose denken we direct aan Röntgen, maar ook aan radioactieve vloeistoffen die worden toegediend om bijvoorbeeld botdichtheidsmetingen te doen. Straling in lineaire versnellers wordt gebruikt voor de behandeling van onder meer kanker. Tot slot kunnen aan geneesmiddelen radiologische tracers worden gekoppeld om zo hun verspreiding in het lichaam te kunnen volgen.

#### **Niet ioniserende straling**

In het ziekenhuis hebben we ook te maken met niet ioniserende straling, zoals EM velden bij MRI's (van 1 tot 7 Tesla), HF geluid bij ultrasone reiniging, UV voor dermatologie (PUVA therapie) en laser voor het weg/dichtbranden van tumoren/weefsels. Voor laser is vaak een laserveiligheidskundige aangesteld, die deze apparatuur ook functioneel gebruikt.

Er zijn in het ziekenhuis een aantal specifieke afdelingen te onderscheiden die helpen om het primair proces goed te laten verlopen:

#### **CSA**

De (centrale) sterilisatie afdeling heeft de verantwoordelijkheid voor de medische instrumenten, zowel de herbruikbare als de disposables. Er zijn strenge (Europese) eisen tav de kwaliteit van het reinigingsproces, en van de logistieke keten voor disposables.

#### **Apotheek**

De apotheek zorgt voor de medicatie van patiënten. Veel wordt kant en klaar aangeleverd vanaf de fabrikant. In topklinische en universitaire ziekenhuizen zien we dat medicatie deels zelf wordt bereid, of toedieningsbereid gereed wordt gemaakt. Enkele groepen medicatie verdienen in het kader van dit dossier bijzondere aandacht: de [cytostatica](#) en de inhalatie medicijnen.

#### **Medische instrumentatie**

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene techniek en die welke gebruikt wordt in en op patiënten (van infuuspompen tot aan hart-long machines). Voor die laatste groep gelden specifieke eisen en veelal is er een Medische Instrumentatie Dienst aanwezig die zorgt voor het beheer van die apparatuur. Medische apparatuur valt onder aparte wetgeving en er is een klinisch fysicus die de verantwoordelijkheid over deze apparatuur heeft. Medisch ondersteunende diensten zoals medische techniek kunnen zijn ondergebracht in een staf afdeling.

#### **Schoonmaak**

De schoonmaak in een ziekenhuis is vaak uitbesteed aan een extern bedrijf. Schoonmaken heeft twee componenten: (huishoudelijk) reinigen en desinfectie. Het schoonmaakbedrijf zal beide moeten verzorgen. Zij werkt hierbij onder toezicht van de ziekenhuis hygiënist en volgens richtlijnen die opgesteld

zijn door de [landelijke Werkgroep Infectiepreventie \(WIP\)](#). Daarnaast heeft de schoonmaakbranche (SBO) haar eigen RI&E en arbocatalogus.

### **Ziekenhuis hygiëne**

De ziekenhuis hygiënist is verantwoordelijk voor het voorkomen van en eventueel beperken van infectie en ziet toe op de naleving van desinfectie richtlijnen. Periodiek worden metingen verricht om de staat van materialen, gebouw, lucht en indien nodig patiënten en medewerkers, te onderzoeken. Er bestaat soms onduidelijkheid over het grensvlak tussen arbeids- en ziekenhuishygiëne. De arboprofessional zal zich daar rekenschap van moeten geven en in dialoog met de ziekenhuishygiëne afspraken moeten maken.

### **Kwaliteit**

Kwaliteit is in ziekenhuizen vaak gesplitst. Dit i.v.m. de [kwaliteitswet zorginstellingen](#). Net als bij veiligheid (onderscheid patiëntveiligheid en arbeidsveiligheid) zien we hier een scheiding tussen de kwaliteit van het primaire proces (de patiëntenzorg) en de 'algemene' kwaliteit. Ook zien we dat de processen en actoren gescheiden van elkaar opereren.

Binnen de care is accreditatie volgens de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) veelal een feit. Het kwaliteitsdenken bij de sector care is goed geïntegreerd: het houden van audits en het deelnemen aan landelijke onderzoeken als de CQ-index (Consumer Quality Index) en de LPZ-meting (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) behoren tot de jaarlijkse terugkerende activiteiten. Dit alles is vastgelegd in een kwaliteitssysteem, dat echter nog niet is geïntegreerd met een veiligheidszorgsysteem.

Het denken in risico's en het beheersen daarvan blijkt een lastig onderwerp: medewerkers zijn niet gewend af en toe eens 'een veiligheidsbril op te zetten' en zo naar hun werk en de processen op hun afdeling te kijken. Dat vergt, naast de vakinhoudelijke passie die de medewerkers hebben bij het verlenen van zorg, een andere invalshoek.

### **Juridisch**

Ziekenhuizen hebben te maken met vele vormen van aansprakelijkheid. De bekendste is waarschijnlijk de medische aansprakelijkheid. Juristen ondersteunen de RvB bij aansprakelijkheidskwesties. Ziekenhuizen hebben een onderlinge verzekering: [Medirisk](#) die de afhandeling van medische claims voor haar rekening neemt.

### **Afval**

Naast het reguliere afval is er een stroom die specifiek is voor de zorgsector, namelijk die van het specifiek ziekenhuis afval. (SZA). Alle SZA wordt centraal verzameld en verbrand in de [ZAVIN](#) (ziekenhuis afvalverwerkingsinstallatie Nederland). Onder SZA wordt verstaan: menselijke resten, spuiten, naalden besmet verband etc.). In de zorg wordt veel aandacht besteed aan een betrouwbaar logistiek proces voor SZA.

### **Utiliteitsvoorzieningen**

Ziekenhuizen gebruiken een veelheid aan utiliteitsvoorzieningen en vanwege hun maatschappelijke functie en hun kwetsbare gebruikers zijn er maatregelen genomen om uitval te voorkomen c.q. de gevolgen van uitval te beperken. Vaak is het facilitair bedrijf, waar de Technische dienst onderdeel van uitmaakt hiervoor verantwoordelijk

### **Laboratoria**

Ziekenhuizen hebben de nodige laboratoria ter ondersteuning van het medisch proces. Denk aan: klinische chemie, bacteriologie, virologie. Topklinische en academische ziekenhuizen hebben ook onderzoekslaboratoria waar nieuwe diagnose- en analysemethoden worden ontwikkeld.

### **HRM**

- Gelet op het arbeidsintensieve karakter van de zorg speelt de afdeling HRM (Personeelszaken) een cruciale rol. Eigenschappen waar HRM mee te maken krijgt zijn: Een groot aandeel part timers
- Een breed scala van opleidingen en kwalificaties voor verpleegkundigen
- Een mix van medewerkers in loondienst, uitzendkrachten en zzp'ers
- Grote concurrentie binnen de zorgsector
- een matig imago van de sector



- druk op de personeelsvoorziening door vergrijzing van het personeelsbestand (uitstroom > instroom en vergrijzing van de bevolking waardoor extra personeel nodig is).  
De arboprofessionals hebben als het goed is nauw contact met de HRM afdeling.

### **Facilitair**

Deze dienst regelt veel zaken rond onderhoud en gebouwbeheer. Hier zijn vaak diensten als TD, Voeding, schoonmaak, beddenreiniging, transport in onder gebracht. Ook wordt hier vaak zorggedragen voor het leveren van utiliteitsvoorzieningen:

- Stroom wordt normaliter betrokken van het net, maar er zijn noodstroomvoorzieningen (aggregaten).
- Water. soms zien we dat er een 'breekwatertank' is die de watervoorziening voor enkele dagen kan waarborgen. Er is soms een apart circuit voor demi-water (oa voor dialyse en labs)
- Gassen. Ziekenhuizen gebruiken lucht, zuurstof en medische gassen zoals NO. Voor zuurstof is vaak een net aangelegd, met tanks die door een leverancier wordt beheerd. Voor kritieke afdelingen zoals het OK complex en de IC's zijn back up batterijen van zuurstof cilinders voorhanden. (medische) lucht wordt vaak door het ziekenhuis zelf geproduceerd en via een net verspreid. De andere gassen gaan per cilinder. Het gebruik van lachgas (N<sub>2</sub>O) zag een afnemende trend en werd nog slechts bij enkele ingrepen ([Sluderen](#)) gebruikt. Recent is er echter weer een opwaartse trend te bespeuren, waarbij lachgas onder andere gebruikt wordt bij bevallingen. Voor de rest worden andere inhalatie- en intraveneuze anesthetica gebruikt.

### **Directie nieuw- en verbouw**

In een aantal gevallen zijn onderhoud en ver/nieuwbouw gescheiden. Dan is er een apart bureau dat de nieuw/verbouw begeleid, i.s.m. een architect en aannemer. Nieuw- en verbouwtrajecten kenmerken zich door: langdurig, ingewikkeld, met politiek omgeven en met hoog ambitieniveau en te lage budgetten. Voor arboprofessionals is het cruciaal om hier aansluiting te vinden, zodat advisering al vroeg in het traject kan plaatsvinden.

### **Klanten / patiënten**

En tot slot zijn de klanten/patiënten ook vertegenwoordigd met een adviesfunctie. De rol van klanten/patiënten wordt steeds belangrijker en bestuurders zullen hen steeds vaker actief betrekken bij verbouwingen, communicatie naar patiënten (teksten van folders etc.),

### **Extern**

Op brancheniveau zijn er tal van verbindingen te onderscheiden. Hieronder een, niet uitputtend, overzicht. Verdere informatie kan verkregen worden via de websites van de onderscheidenlijke instituten. De ziekenhuizen zijn verenigd in de [Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen \(NVZ\)](#). De NVZ behartigt de belangen van haar leden op diverse terreinen, van overleg met (vertegenwoordigers) van de minister tot aan verzekeraars.

De 8 Universitair Medische Centra hebben hun eigen organisatie, [de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra \(NFU\)](#). Ook is er nog een onderafdeling van de NVZ waarin de 20 top klinische ziekenhuizen verenigd zijn.

### **Medici**

De medici zijn per specialisme (orthopedie, heekunde, gynaecologie...) georganiseerd. Dit zijn wetenschappelijke verenigingen die tevens zorgen voor belangenbehartiging.

En verder hebben nagenoeg alle professionals die te maken hebben met ziekenhuizen wel een of andere vereniging, hetzij ter bevordering van het vakgebied en/of belangenbehartiging.

### **Financiering**

De Nederlandse zorg kent een ingewikkelde financieringsstructuur. In het eerder genoemde zorgkompas en atlas van het RIVM staat dit helder beschreven.

### **Bouwkundige inrichting**

Alhoewel ziekenhuizen er heel verschillend uit kunnen zien is er toch een bouwkundige indeling te herkennen die te maken heeft met de functionaliteit. Hieronder wordt deze indeling kort beschreven. Volledigheid wordt niet nagestreefd, daar er per ziekenhuis aanpassingen plaats kunnen vinden. De opbouw volgt over het algemeen de lijn van de patiënt door het proces:

### *Polikliniek*

Hier vindt het eerste contact plaats na verwijzing door de (huis)arts. In de polikliniek worden ook kleinere ingrepen gedaan. Er is een tendens waarbij ingrepen van een klinisch naar poliklinisch verschuiven.

### *Diagnostiek*

Hier wordt onderzocht wat de patiënt mankeert, voor zover dit met (beeld)vormende technieken is vast te stellen. Denk aan Röntgen en echo apparatuur. Ook vinden we hier de afname van lichaamsvloeistoffen, welke later door een lab worden onderzocht.

### *Kliniek*

Ook wel het 'beddenhuis' genoemd. Hier worden patiënten verpleegd. Slechts incidenteel vinden hier ook ingrepen plaats. Belangrijkste functie is het begeleiden van patiënten naar herstel en ontslag.

### *Hot floors*

Hieronder worden verstaan: het OK complex, de IC's en de SEH. Op de IC's worden patiënten verpleegd die extra zorg en middelen behoeven. Op de SEH komen acute patiënten binnen en worden ter plekke behandeld om verder letsel te voorkomen. Op de SEH komen diagnostiek en behandeling samen.

### *Dagbehandeling.*

Steeds vaker zien we een apart dagbehandelcentrum. Hierin zijn zowel OK als IC als kliniek samengevoegd, idee is dat de patiënt na behandeling korte tijd onder observatie wordt gehouden en naar huis kan/mag.

Tot slot zijn er specifieke medische afdelingen zoals een dialyse centrum, een bestralingsunit, revalidatie, gipskamer etc. Voorts zijn er de ondersteunende functies zoals apotheek, CSA, labs etc (zie hierboven). De administratieve ondersteuning (inkoop, financiën, HRM, juridische zaken etc) is vaak apart gehuisvest.

## **Trends**

Er zijn enkele trends waar te nemen die voor arboprofessionals van belang kunnen zijn. Ook hier wordt geen volledigheid nagestreefd.

### *Centralisatie.*

In het kader van kosten besparing en kwaliteitsverbetering stuurt het ministerie (VWS) erop dat bepaalde typen ingrepen slechts in enkele centra plaats vinden. Ook zullen minder ziekenhuizen een SEH mogen exploiteren (noot: in het kader van crisis management was het al geregeld dat slechts een aantal grote ziekenhuizen tot trauma centrum was bestempeld).

### *Van klinisch naar poliklinisch naar thuisbehandeling*

Door verbetering van de medische zorg is het mogelijk de verblijfsduur in een ziekenhuis steeds verder te bekorten. (was 20 jaar terug de gemiddelde duur 12 dagen, is die nu 7). Ook vinden steeds meer behandelingen poliklinisch plaats. Deze tendens zien we nu een volgende stap maken doordat behandelingen van poliklinisch naar de thuissituatie worden verplaatst. Een voorbeeld is de toediening van cytostatica (chemotherapie bij kanker). Was dit tot voor kort een (poli)klinische ingreep, recent zien we dat dit thuis geschied.

### *Patiënt gerichtheid*

De patiënt wordt veeleisender, evenals de verzekeraars (die tenslotte een groot deel van de kosten betalen). Er komt daarmee een steeds grotere druk op efficiëntie. Ziekenhuizen focussen hun handelen niet meer rond de specialist maar rond de patiënt. Er komen 'zorgstraten' voor 'standaard' ingrepen als staar.

### *Minimaal invasieve chirurgie*

'sleutelgat operaties' worden steeds meer gebruikt. Hierbij wordt i.p.v. een grote, enkele kleine openingen gemaakt waar apparatuur doorheen wordt ingevoerd (scopen). Deze scopen worden zowel voor diagnostiek als interventie gebruikt. Naast voordelen als sneller herstel en minder infecties zijn er ook nadelen omdat de benodigde oog-hand coördinatie niet iedereen gegeven is.

### *Robotisering*

Er is sprake van een sterke 'technology push'. Deze culmineert in de introductie van operatie robots., zoals de 'da vinci'. Hierbij bedient de operateur de machine via een 3d bril/scherm en joy sticks. Voordeel is dat de operateur niet in de OK aanwezig hoeft te zijn waardoor infectie risico wordt beperkt. De apparatuur is echter prijzig en recent heeft het verbond van verzekeraars haar zorg uitgesproken en ziet zij een negatieve kosten/baten analyse.

### **Aandachtspunten:**

Er zijn enkele aandachtspunten waar de arboprofessional rekening mee zou moeten houden:

*Risicoanalyse:* Binnen de verschillende zorgvormen bestaan nog grote verschillen in het omgaan met incidenten: in de verpleeghuizen wordt bij voorbeeld al veel gemeld en wordt de stap naar het analyseren van (potentieel ernstige) incidenten gezet. Bij andere zorgvormen wordt gewerkt aan het bewust maken van de medewerkers *wat* zij kunnen melden en *hoe* zij dat kunnen doen, waarna de analysestap volgt.

Het *melden van incidenten* is een relatief concreet onderwerp en slaat daarmee wel aan op de werkvloer. Een lastiger onderwerp, dat in algemene zin nog niet is ingeburgerd in de instellingen binnen de gezondheidszorg, is het in kaart brengen van risicovolle processen en daar een prospectieve risico-inventarisatie op uit te voeren, zowel vanuit het oogpunt van de medewerkers als van de cliënt of bewoner. Op dit moment is de tijd wel rijp om hiermee aan de slag te gaan: de processen binnen ziekenhuizen bij voorbeeld, worden op dit moment al veelvuldig getoetst op doelmatigheid. Daarmee is een goede basis gelegd om ook vanuit het oogpunt van risico's voor cliënten en medewerkers de verbetermogelijkheden in kaart te brengen en door te voeren.

Risico's bestaan uit onderwerpen (omgevingsaspecten) als communicatie in de breedste zijn des woords. Communicatie heeft te maken met overdracht van informatie, zowel mondeling als schriftelijk, tussen zorgverleners, maar ook tussen zorgverlener en cliënt. Het kunnen omgaan met agressie is hierbij belangrijk, maar ook het op de juiste wijze benaderen van psycho-geriatrische cliënten en cliënten met dementie.

Andere problematiek bestaat uit de *onduidelijkheid van protocollen*, of deze niet kunnen vinden. De inrichting van de organisatie en de verantwoordelijkheden door de keten van zorg heen van verschillende zorgverleners is eveneens lastig. Soms stappen medewerkers hun eigen competenties (en verantwoordelijkheden) voorbij, altijd met het doel voor ogen dat iets goed is voor de cliënt. Hierdoor kunnen risico's voor cliënten ontstaan, maar daarmee ook voor de medewerker zelf. Tegenstrijdigheden in doelstellingen komen veelvuldig voor (zowel in de cure als de care). Dit houdt in dat medewerkers vaak meerdere taken tegelijk (moeten) uitvoeren, zoals bij voorbeeld het uitdelen van medicatie, een telefoon beantwoorden en ook nog vragen van familieleden beantwoorden. Dit zorgt voor druk op de medewerkers en een stijgende kans op fouten.

*Het managen van veranderingen* blijft ook lastig: vaak worden risico's gebagatelliseerd of niet opgemerkt. Elk zorgvuldig opgesteld 'businessplan' behoort een risico-paragraaf te bevatten, zodat ieder kan zien welke risico's door de verandering kunnen ontstaan en wat de organisatie er aan gaat doen om deze risico's weg te nemen of te verkleinen. Ook binnen de zorgsectoren dient de visie op zorg en de doorvertaling hiervan naar de organisatie een dergelijke 'risk assessment' uitwerking te bevatten.

## **1.3.2 Verpleeg- & Verzorgingssector**

Organisatorisch is er grote overlap met de ziekenhuizen. Er is een RvB en (lokale) directies. Er zijn ondersteunende staven en enkele medici en verpleegkundigen. Aantal en zwaarte is beperkt.

Er zijn branche organisaties zoals Actiz die naast de V&V ook de belangen van andere zorgondernemers behartigen. Er is sprake van clustering van activiteiten die leidt tot de vorming van zorgcentra. Hierin vinden meerdere vormen van verzorging plaats, van V&V via aanleunwoningen tot aan hospices (terminale zorg).

Het soortgebouwen en diversiteit van bewoners verschilt sterk met die van de ziekenhuizen. Er is een groot scala aan gebouwen, van kleinschalig, via paviljoens tot aan hoogbouw. Bewoners variëren van verpleging (revalidatie) tot aan terminale zorg. De bewoners verschillen met de patiënten in ziekenhuizen, ter eerste door de duur (kort versus langdurig) en de aard.

De patiënten/bewoners in de langdurige zorg worden op basis van hun ziektebeelden en/of zorgbehoefte in drie sectoren verdeeld:

- Somatische of Psychogeriatrische aandoeningen of beperkingen: (ouderenzorg, verpleging en verzorging, V&V);
- Verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicaps (gehandicaptenzorg, GZ);
- Psychiatrische aandoeningen of psychosociale problematiek (geestelijke gezondheidszorg, GGZ).

In relatie tot de brandveiligheid gelden voor deze doelgroepen de volgende eigenschappen:

- Bewoners zijn veelal niet in staat zelfstandig en snel genoeg een door brand of rook bedreigd gebied te ontvluchten. Een deel van de bewoners is niet-ambulante. Deze 'bedgebonden' bewoner dient met bed (of andere voorziening) te worden geëvacueerd;
- Bewoners zullen veelal niet zelf snel en adequaat handelend optreden ter bestrijding van een beginnende brand;
- Grotere kans op onopzettelijke of opzettelijke ontsteking van brand door bewoners.

Deze eigenschappen van de bewoners leiden tot extra risico's. De specifieke risico's van het gedrag van bewoners worden veelal niet of onvoldoende meegenomen in de voor de brandveiligheid noodzakelijke risicobenadering.

De zelfredzaamheid van de bewoners in de langdurige zorg is (bijna per definitie) in meer of mindere mate beperkt, waardoor de bewoners ook bij brand veelal afhankelijk zijn van de hulp en zorg van anderen. Naast het aspect van de verminderde mate van zelfredzaamheid kent de langdurige zorg ook bewoners die in een 'gesloten setting' zijn gehuisvest, waardoor bij brand de zelfredzaamheid wordt beperkt.

### 1.3.3 Ontwikkelingen

Er zijn tal van ontwikkelingen gaande in de zorg. Voor dit dossier noemen we er slechts enkele:

- De Brandweer krijgt te maken met een uitstroom die niet opgevangen wordt door instroom. Hierdoor zal het aantal beschikbare brandweertieners het komend decennium sterk dalen. Dit heeft gevolgen voor de inzetbaarheid, zowel wat betreft responstijd als slagkracht. Deze reductie zal door de instellingen zelf moeten worden opgevangen.
- Door de vergrijzing zal ook het personeelsbestand van de instellingen vergrijzen. Hierdoor worden de mogelijkheden verder beperkt (fysieke kracht). Dit legt een druk op het aantal medewerkers en hun beschikbaarheid.
- Domotica wordt gezien als een efficiënt en effectief middel om de zorg op peil te houden tegen gereduceerde kosten (zorg op afstand). Echter, dit kan leiden tot een verlaging van het (brand)veiligheidsniveau doordat er (nog) minder medewerkers ter plaatse zijn.
- Vergrijzing van de bevolking leidt tot een toename van de zorgvraag en daarmee tot meer instellingen en dus meer medewerkers (die zelf ook vergrijzen).
- De invoering van nieuwe behandelmethoden en –technieken kan leiden tot betere resultaten voor de patiënt, de veiligheid van de medewerkers hierbij is een punt van aandacht (denk aan robotisering, genterapie, blootstelling agressieve antibiotica)
- De resistentie van micro-organismen leidt tot een escalatie van te nemen maatregelen die ook voor de medewerkers gevolgen kan hebben (bijvoorbeeld bij MRSA).

## 2. Relevante werksituaties

Dit is op dit hoofdstuk niet van toepassing.

### 2.1 Relevante branches

Dit dossier gaat over de zorgbranche. Verdere detaillering staat reeds beschreven in hoofdstuk 1.

### 2.2 Relevante beroepen

De belangrijkste beroepen in dit dossier zijn medici, verpleegkundigen en ondersteunend personeel. Voor een verdere uitwerking zie hoofdstuk 1.

### **3. RI&E**

De onderscheidenlijke (sub) branches hebben branche RI&E's. Ook zijn er arbocatalogi voor de ziekenhuizen. Zie hiervoor:

- [rie zorg](#)
- [rie umc's](#)
- [arbocatalogus VVT](#)
- [arbocatalogus ziekenhuizen](#)
- [arbocatalogus UMC's](#)

## **4. Wetgeving**

### **4.1 Wetgeving en vergunningen**

Zorginstellingen hebben te maken met een breed scala aan wet- en regelgeving. Voor dit dossier noemen we dié welke een relatie met arbo hebben.

- Wet BIG
- WMBO
- KeW
- Wet Algemene Bepalingen Omgevingsrecht (WABO)(hierin zitten oa de WM en WVO)
- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de lijkbezorging
- Woningwet
- Arbowet
- Arbeidstijdenwet

### **4.2 Meten**

Dit hoofdstuk is hier niet van toepassing.

### **4.3 Blootstellingsmeting**

Dit hoofdstuk is hier niet van toepassing.

### **4.4 Effectmeting**

Dit hoofdstuk is hier niet van toepassing.

## **5. Wetgeving**

### **5.1 Arbowet**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **5.2 Arbobesluit**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **5.3 Arboregeling**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **5.4 Overige nationale wetgeving**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **5.5 Europese wetgeving**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

## **6. Beleid**

Algemeen beleid is besproken in Hoofdstuk 1. Arbobeleid wordt daar waar dit van toepassing is in de specifieke dossiers besproken.

### **6.1 Arboconvenanten**

Er zijn arboconvenanten afgesloten die nu zijn vertaald in arbocatalogi.

### **6.2 Cao-afspraken**

In de cao's zijn geen afspraken gemaakt ten aanzien van arbeidsomstandigheden voor zorgmedewerkers.

### **6.3 Brancheafspraken**

Er zijn geen branche afspraken gemaakt, anders dan die welke in de arbocatalogi zijn benoemd.

### **6.4 Standaardisatie en normalisatie**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken. In Hoofdstuk 1 is al wat gezegd over andere kwaliteits- en patiëntveiligheidsnormen..

### **6.5 Certificering**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

## **7. Beheersmaatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **7.1 Arbeidshygiënische strategie**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **7.1.1 Bronmaatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **7.1.2 Organisatorische maatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **7.1.3 Technische maatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **7.1.4 Persoonlijke beschermingsmiddelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **7.2 Psychosociale aspecten van beheersmaatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **7.3 Implementatie van beheersmaatregelen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

## **8. Medisch Onderzoek**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **8.1 Gezondheidseffecten en beroepsziekten**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.1.1 Gezondheidseffecten**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.1.2 Beroepsziekten**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.1.3 Kwetsbare groepen**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

### **8.2 Diagnostiek en behandeling/begeleiding**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.2.1 Diagnostiek**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.2.2 Behandeling en begeleiding**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

#### **8.2.3 Preventief medisch onderzoek inclusief vroegdiagnostiek**

Daar waar dit van toepassing is wordt het in de specifieke dossiers besproken.

## **9. Werkgeversverplichtingen**

Er is geen sprake van geen aanvullende verplichtingen.

## **10. Werknemersverplichtingen**

Er is geen sprake van geen aanvullende verplichtingen.

## **11. Werknemersrechten**

Er is geen sprake van geen aanvullende rechten.

### **11.1 Rechten individuele werknemer**

Er is geen sprake van geen aanvullende rechten.

### **11.2 Rechten medezeggenschapsorgaan**

Er is geen sprake van geen aanvullende rechten.

## 12. Praktijkverhalen

In de hoofdstukken zijn diverse praktijkvoorbeelden opgenomen.

## 13. Referenties

Links:

[Kerngegevens V&V branche](#)

[www.nvz.nl](http://www.nvz.nl)

[www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)

[www.rie.nl](http://www.rie.nl)

[www.arbokennisnet.nl](http://www.arbokennisnet.nl)

[lijst nederlandse ziekenhuizen](#)

### Afkortingen

NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NFU	Nederlandse Federatie Universitair medische centra
KAM	Kwaliteit, Arbo & Milieu
ZH	Ziekenhuis Hygiëne
CSA	Centrale Sterilisatie Afdeling
V&V	Verpleeg & verzorging (sector)
MBC	Medische behandel combinatie
CZB	Centrum Zorg en Bouw (voormalig Bouwcollege, nu onderdeel van TNO)
KeW	Kernenergiewet
IGZ	Inspectie op de Gezondheidszorg
WABO	Wet Algemene Bepalingen Omgevingsrecht

## 14. Peer review

De NVVK ViZ/contactgroep gezondheidszorg NVvA hebben inbreng gehad. Het concept is tijdens een vergadering besproken. De heer Wim van Alphen heeft tegengelezen en feedback gegeven.

## Bijlage: Hiërarchie en autoriteit

### Hiërarchie

Hiërarchie betekent "rangorde van hoogwaardigheidsbekleders" en kwam in eerste instantie voort uit de rooms-katholieke kerk. Later wordt de term ook breder toegepast en duidt dan op een groep mensen, waarvan de onderlinge verhouding wordt bepaald door hun sociale status, opleidingsniveau, positie en professionele rol, geslacht, etniciteit, capaciteiten of ervaring. Hierbij ontstaat het fenomeen van 'meerderen' en 'minderen' met een bijbehorende gradiënt. Iemand lager in de hiërarchie kan door zijn positie worden belemmerd om aanwijzingen te geven en iemand hoger in de hiërarchie heeft de neiging minder te luisteren naar iemand lager in de hiërarchie en zal relatief eenvoudig door een 'mindere' gegeven waarschuwingen negeren.

### Gradiënt

Het bestaan van een hiërarchiegradiënt en de gevaren ervan zijn al langer bekend in militaire omgevingen en binnen de luchtvaart. Uit het volgende citaat wordt duidelijk dat dit fenomeen ook internationaal in de gezondheidszorg een rol speelt:



“It is very difficult for individuals to be courageous when they perceive that they are powerless in a given situation. At Hermann Hospital in Houston, Texas, the concept of the ‘authority gradient’ has been introduced for all employees. It is hard to act courageously when a person feels inferior, intimidated, or lacking in authority. The more perceived authority (the authority gradient) one person has, the harder it is for another to do the right thing. By teaching the staff about the authority gradient and insuring that they will always be supported when questioning authority, a culture is created where courageous acts are expected and supported.” (Kerfoot 1999)

De gradiënt kan bestaan tussen medisch specialisten onderling (chirurg versus anesthesist, of de ene medisch specialist versus een andere medisch specialist met minder status) en tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, OK-personeel of ondersteunende medewerkers als fysiotherapeuten en apothekers (Cronin 2006; Vincent 2010).

Sinds het vliegtuigongeluk op Tenerife in 1977, waarbij 583 mensen om het leven zijn gekomen, is het gevaar van een (te steile) hiërarchiegradiënt duidelijk. De zeer gerespecteerde en ervaren gezagvoerder stuurt zijn vliegtuig de baan op voordat ‘clearance’ van de verkeersleiding is verkregen. De copiloot waarschuwt hem, maar de gezagvoerder negeert hem met alle gevolgen van dien. Vandaag de dag worden teams getraind om met deze gradiënt om te kunnen gaan. Men wordt geleerd in dergelijke situatie nogmaals een vraag te stellen of, bij acuut gevaar, daadwerkelijk in te grijpen.

Autoriteit of een hanteerbare vorm van hiërarchie op zich is geen probleem en zorgt als de juiste persoon op grond van kennis en ervaring de leiding neemt juist voor een goed lopend proces (bijv. de behandeling van een patiënt). Soms is er geen ruimte of tijd voor discussie en moeten er snel beslissingen worden genomen. In dergelijke gevallen is het maar goed dat er sprake is van enige hiërarchie, want het ontbreken van hiërarchie zou dan funest voor de veiligheid van een patiënt kunnen zijn.

Het gevaar zit echter in een te steile gradiënt, waarbij ondergeschikten geen informatie meer durven te geven of vragen durven te stellen. Mensen hebben namelijk nogal de neiging om autoritaire mensen te gehoorzamen en dat kan de veiligheid soms schaden.

Binnen de gezondheidszorg komt met name de medische hiërarchie ter sprake. Hiermee wordt bedoeld dat een arts zich door zijn manier van werken boven de andere zorgverleners plaatst. Vanwege zijn aanname dat zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt inmenging van andere zorgverleners in de weg staat, worden opmerkingen van de anderen niet gewaardeerd. Erger nog: zij worden afgeblaft en geïntimideerd en laten het de volgende keer wel uit hun hoofd nog iets te zeggen. Dan wordt er dus geen informatie uitgewisseld en het risico voor de patiënt dat er iets mis gaat, groeit (Cosby and Croskerry 2004; Roberts, Madsen et al. 2005; McKeon, Oswaks et al. 2006; Walton 2006). Op deze wijze heeft de hiërarchie een negatieve invloed op de veiligheid van de patiënt. Dit is voor het eerst in “To err is human” opgemerkt en daarna vaker en door anderen geconstateerd (Kohn, Corrigan et al. 2000; Leape, Berwick et al. 2009).

Tijdens de opleiding tot arts is men in hoge mate afhankelijk van de opleider en een onervaren arts in opleiding zal niet snel een ervaren en gerespecteerde opleider tegenspreken. Er wordt opgeleid in een meester-gezel-relatie. Tijdens de opleiding leert men in de groep dokters te socialiseren en in dat proces neemt men tevens het gedrag, de houding en het optreden van de opleiders over: men wil er immers zo snel mogelijk bij horen, anders wordt het persoonlijke doel (acceptatie door de maatschap) vaak niet bereikt. Dit fenomeen wordt ook wel ‘peer pressure’ genoemd. Deze opleiding is met name gericht op het opleiden van een individu dat wordt beoordeeld naar zijn individuele prestaties. Of hij een team player is en hoe hij met anderen communiceert zijn geen beoordelingscriteria. In die vorm van opleiding wordt geen aandacht besteed aan zaken als bewustwording van de mogelijkheid van persoonlijk falen en het gevolg is dan ook dat men de kans dat men individuele fouten zal gaan maken sterk onderschat: de Human Error-theorie van Reason is geen onderdeel van de artsenopleiding. Men onderwijst daarentegen dat waakzaamheid en perfectie fouten kunnen voorkomen. Autonomie, autoriteit en verantwoording kunnen afleggen zijn de sleutelbegrippen die aan een arts worden meegegeven in de opleiding. Het overbrengen van feilbaarheid van mensen ontbreekt in het curriculum.

Opleidingen tussen zorgverleners van verschillende disciplines die later met elkaar moeten samenwerken vinden gescheiden van elkaar plaats. Daardoor bestaat er later in de praktijk ook geen begrip voor het werk van een ander (verpleegkundige of fysiotherapeut) en men heeft geen kennis van hoe de anderen door met hen samen te werken zouden kunnen bijdragen aan het verbeteren van het

zorgproces (Croskerry, Cosby et al. 2008; Witman 2008). Hoewel, het moet gezegd worden, er wordt geluisterd, want sinds kort zijn vakken als 'communicatie' en 'samenwerken' toegevoegd aan het curriculum van de studenten geneeskunde.

In bepaalde gevallen, waar snel en accuraat handelen van belang is, omdat het leven van een patiënt op het spel staat, is een leidende rol van de meest geschikte persoon juist gewenst. Op grond van zijn kennis en kunde zal dit vaak de arts zijn en in deze situaties is deze taakverdeling ook precies in overeenstemming met de HRO-gedachte dat de meest geschikte persoon ook daadwerkelijk de regie neemt. Het blijft echter belangrijk dat ook op deze momenten de arts open staat voor informatie van de andere zorgverleners om hem te behoeden voor verkeerde beslissingen. Het gaat er in een dergelijk geval dan ook om hoe de arts op zijn team reageert. Zijn gedrag naar het team is dan dus van primair belang en niet zozeer de discussie over zijn plaats in het team.

Bron: Y. de Graaf 2011