

Preventie binnen de acht Universitaire Medische Centra in Nederland

Een inventarisatie van preventief handelen van
bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers

dr. R.H. Bakker
drs. M. du Plessis
dr. G.J. Dijkstra

TGO

Onderzoek verricht in opdracht van de Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg en met financiering van SoFoKleS

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding en probleemstelling	7
2 Methode van Onderzoek	9
3 Resultaten	11
3.1 Respons	11
3.2 Randvoorwaarden voor preventie	12
3.2.1 Visie op preventie	12
3.2.2 Kennis en vaardigheden omtrent arbeidsrisico's en leefstijl	17
3.2.3 Bij preventie betrokken disciplines	19
3.2.4 Financiële randvoorwaarden	20
3.2.5 Overige belemmeringen	23
3.3 Preventief onderzoek	24
3.4 Op preventie gerichte interventies	26
3.5 Voorlichting over preventie	40
3.6 Gesprekken over uitbreiding dienstverlenersovereenkomst	44
3.7 Verwijzingen van individuele werknemers in het kader van preventie	44
3.8 Op preventie gerichte programma's	46
3.9 Screening TBC en MRSA	51
3.10 Overige vragen	52
3.11 Opmerkingen	52
4 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen	53
4.1 Kanttekeningen bij de methodologie	56
4.2 Aanbevelingen	56
Geraadpleegde literatuur	58
Bijlage 1 Tabel preventieve handelingen	59
Bijlage 2 Tabel voorlichting over preventie	64
Bijlage 3 Vragenlijst	67

Samenvatting

Inleiding

In 2012 is door Toegepast Gezondheids Onderzoek (TGO), een zelfstandig onderzoeksbureau binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), een onderzoek uitgevoerd naar preventief handelen van bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers binnen de acht Universitaire Medische Centra (UMC's) in Nederland. Het onderzoek vond plaats in opdracht van de Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg (FBZ) en met financiering van SoFoKleS in het kader van de zogenaamde Dialoog projecten en richtte zich op de volgende vier vragen:

- Welke preventieve activiteiten worden er door bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten binnen de universitair medische centra in Nederland uitgevoerd?
- Zijn er naast bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten nog andere disciplines die preventieve activiteiten uitvoeren op het terrein van gezondheid en welzijn van UMC-werknemers?
- Leveren preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten een bijdrage aan de inzetbaarheid en het welbevinden van de werknemer in een UMC?
- Leveren deze activiteiten behalve voor de werknemer ook (financieel) rendement voor de werkgever in termen van kostenreductie door verlaging van het ziekteverzuim?

Methode

Gegevens binnen dit onderzoek werden op drie manieren verkregen:

1. Er zijn groepsinterviews gehouden met de hoofden van de interne arbodiensten, bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers van drie UMC's, te weten UMC Groningen, AMC Amsterdam en UMC Leiden;
2. Op basis van deze interviews is een digitale vragenlijst ontwikkeld die aan alle bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers van de acht UMC's is gestuurd;
3. Aan de hand van de met de vragenlijst geïnterviewde preventieve interventies c.q. handelingen is een beknopt literatuuronderzoek verricht naar het effect daarvan, voor zover wetenschappelijk onderzocht en beschreven.

De digitale vragenlijst bestond uit vier verschillende "paden". Afhankelijk van de discipline waartoe degene die de vragenlijst invulde behoorde, werd men via een aantal algemene vragen, naar vragen toegeleid die bij de desbetreffende discipline hoorden. De vier paden waren gekoppeld aan de drie disciplines bedrijfsarts, bedrijfsfysiotherapeut en ergonomiemedewerker. Het vierde pad werd gevormd door respondenten die een andere discipline invulden. De vragenlijst is opgenomen als bijlage 3 van dit onderzoeksrapport.

Resultaten

De digitale vragenlijst is naar 61 emailadressen verstuurd. Na het versturen van reminders (één gericht naar de managers van de 8 arbodiensten en één gericht naar alle 61 individuele professionals) hebben uiteindelijk 54 personen de vragenlijst ingevuld, een responspercentage van 88.5%. Ruim 60% van de respondenten was bedrijfsarts. Daarnaast zijn acht ergonomiemedewerkers en vijf bedrijfsfysiotherapeuten bij het vragenlijstonderzoek betrokken geweest. Acht respondenten hadden een andere professionele achtergrond.

Uit de resultaten blijkt dat er een redelijke overeenstemming (65-92%) tussen verschillende professionals onderling (interdisciplinair) bestaat over welke preventieve taken tot hun verantwoordelijkheid en welke tot die van de werkgever behoren. Echter, ruim een kwart van de respondenten signaleert een verschil in visie tussen werkgever en arbodienst op het terrein van de onderlinge taakverdeling op het terrein van preventie.

Kennis en vaardigheden van professionals op het terrein van (het omgaan met) arbeidsrisico's en een risicovolle leefstijl van werknemers gelden als een andere belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van preventie binnen de UMC's. Onder de deelnemende bedrijfsartsen signaleert 25% een kennislacune op dit terrein bij zichzelf en of hun beroepsgenoten. De vier deelnemende bedrijfsfysiotherapeuten signaleren zo'n lacune niet bij zichzelf of hun beroepsgenoten, evenals vier van de vijf ergonomiemedewerkers.

Binnen het onderzoek is aan de respondenten gevraagd welke specifieke beroepen zich binnen de UMC's zich nog meer specifiek met secundaire preventie bezighouden. De volgende beroepen en functies zijn daarbij genoemd: arbeidshygiënist, A&O-medewerker, biologische veiligheidsdeskundige, stralingsveiligheidsdeskundige, stralingsarts, stralingshygiënist, preventiemedewerker, ergocoach en arbo-adviseur.

Een opvallende bevinding binnen het onderzoek is dat nagenoeg één op de drie ondervraagden aangeeft soms van preventieve handelingen af te zien vanwege de kosten die dat voor de klant c.q. UMC-medewerker met zich meebrengt. Bijna 60% van de ondervraagden geeft tevens aan dat er – los van de eigen bijdrage van de klant – andere knelpunten in de financieringssystematiek bestaan die preventie in de weg kunnen staan. Een te beperkt budget, gebrek aan prioriteit bij de werkgever en de bezuinigingen worden daarbij als belangrijk barrières genoemd.

De bijlage 1 van dit rapport geeft een overzicht van de preventieve interventies die volgens de respondenten binnen de UMC's worden verricht. De bijlage 2 geeft aan over welke onderwerpen op het terrein van preventie zij wel eens voorlichting aan de werkgever geven. Tussen haakjes staan telkens het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord, vóór de haakjes het aantal respondenten dat deze met 'ja' heeft beantwoord.

Door de ondervraagden wordt veelal wel een effect van hun preventieve activiteiten gezien, namelijk bijvoorbeeld in termen van (opsomming is niet uitputtend):

- een verhoogd bewustzijn van gezond c.q. veilig handelen, veilige houding, gezonde leefstijl, van risico's etc.;
- het door de klant opvolgen van de door de professional gegeven adviezen;
- daling van ongewenste accidenten en incidenten;
- lage dosis straling op aangebrachte badges;
- beperking van gehoorschade, uitblijven of stabiliseren van andere gezondheidsschade etc.;
- positieve evaluaties van medewerkers.

De respondenten konden tevens aangeven of de interventies c.q. handelingen die zij toepasten een naam hadden. Vervolgens is door de onderzoekers geïnventariseerd of de genoemde namen ook in de literatuur werden gerapporteerd en of er effectonderzoek van bekend was. Dit bleek niet het geval.

Conclusies

Er wordt door de ondervraagde professies binnen de acht UMC's op meerdere terreinen aan secundaire preventie gedaan, variërend van interventies op het terrein van duurzame inzetbaarheid, leefstijl en vitaliteit, psychosociale arbeidsbelasting, preventie arbeidsdermatosen, omgaan met agressie, beeldscherm-gebruik, zwangerschap op het werk, omgaan met gevaarlijke stoffen en straling, blootstelling aan geluid, tiltechnieken, omgaan met (het bereiden van) cytostatica en preventie van inhalatie anesthetica (zie bijlage 1).

Behalve de drie ondervraagde professies houden binnen de UMC's nog meer beroepen of functies zich min of meer specifiek met secundaire preventie bezig (zie boven).

Door de ondervraagden wordt zeker enig effect gezien van hun preventieve werkzaamheden, hoewel dit effect niet door wetenschappelijk onderzoek lijkt te worden onderschreven. Daarmee zijn er binnen dit onderzoek aanwijzingen gevonden dat er binnen de UMC's niet evidence-based, maar vooral practice-based wordt gewerkt als het om secundaire preventie gaat. Gezien het oriënterend karakter van het onderhavige onderzoek moet deze conclusie echter met enige voorzichtigheid worden gesteld.

Of er sprake is van financieel rendement voor de werkgever in termen van kostenreductie door verlaging van het ziekteverzuim, als gevolg van de ingezette preventieve interventies kon binnen dit onderzoek niet worden vastgesteld. Een eventuele conclusie daaromtrent is gekoppeld aan een gevonden wetenschappelijk bewijs van het effect van een interventie op de hoogte van dit verzuim. Als dat bewijs niet kan worden geleverd of er geen onderzoek is verricht blijft het zicht op het

financieel rendement voor de werkgever ook uit. Theoretisch kan dit rendement echter aannemelijk worden gemaakt indien een gegeven effect wordt vertaald naar een verwachting omtrent de reductie van het ziekteverzuim die zou optreden indien de interventie wordt toegepast, afgezet tegen de situatie dat de interventie achterwege zou blijven. Indien de afname van loondoorbetalingskosten bij uitblijven of verkorting van verzuim worden afgezet tegen de kosten van de interventie is dit rendement inzichtelijk gemaakt.

1 Inleiding en probleemstelling

Uit recent onderzoek blijkt dat er nog weinig bekend is over het (financieel) rendement van preventieve activiteiten van bedrijfsartsen (de Zwart et al. 2011). Pomp heeft in 2012 in het kader van Healthy Ageing berekend dat preventie, zowel in termen van voorkomen van ziekte als in termen van vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekte, gezondheidsverlies ten gevolge van veroudering met een derde kan beperken met een groot reducerend effect op toekomstige zorguitgaven. Hoewel door de huidige nadruk op verzuimreductie en als gevolg van de recente bezuinigingen de ruimte die bedrijfsartsen hebben om deze preventieve activiteiten uit te voeren beperkt is, wordt het nut van preventie, bijvoorbeeld op het terrein van arbeidsrisico's en leefstijl door bedrijfsartsen breed onderschreven (de Zwart et al. 2011). Ook vanuit bedrijfseconomische hoek wordt het belang van preventie onderstreept. Vooralsnog zijn echter slechts beperkte wetenschappelijke gegevens beschikbaar over het effect van preventieve activiteiten in het algemeen en van preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en ergonomie medewerkers in het bijzonder (Eysink et al. 2008).

Eind 2011 heeft de Federatie voor Beroepsorganisaties in de Zorg in het kader van de Dialoog projecten de sectie Toegepast GezondheidsOnderzoek (TGO) van het Universitair Medisch Centrum Groningen benaderd met het verzoek een onderzoek uit te voeren naar het effect van preventieve activiteiten van zowel bedrijfsartsen als ergonomie medewerkers op de inzetbaarheid en het welbevinden van medewerkers binnen de universitaire medische centra in Nederland. Het doel daarbij was om in kaart te brengen welke preventieve acties in de UMC's plaatsvinden en wat de effecten van deze acties zijn. Het uiteindelijk beoogde lange termijn doel van dit project is dat medewerkers en werkgevers zelf concrete acties ondernemen om respectievelijk hun gezondheid en de arbeidsomstandigheden binnen de UMC's te verbeteren. Het project werd gefinancierd door SoFoKleS.

Aan dit onderzoek hebben alle acht hoofden van de Arbodiensten van de universitair medische centra hun medewerking verleend. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van 1 januari 2012 tot 1 maart 2013.

Voor dit onderzoek zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Welke preventieve activiteiten worden er door bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten binnen de universitair medische centra in Nederland uitgevoerd?
- Zijn er naast bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten nog andere disciplines die preventieve activiteiten uitvoeren op het terrein van gezondheid en welzijn van UMC-werknemers?
- Leveren preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten een bijdrage aan de inzetbaarheid en het welbevinden van de werknemer in een UMC?

- Leveren deze activiteiten behalve voor de werknemer ook (financieel) rendement voor de werkgever in termen van kostenreductie door verlaging van het ziekteverzuim?

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt de methode van onderzoek nader toegelicht. Hoofdstuk 3 geeft inzage in de resultaten, welke in hoofdstuk 4 vertaald worden naar conclusies en aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tenslotte is voor het onderzoek ontwikkelde vragenlijst als bijlage aan dit rapport toegevoegd. Deze vragenlijst is uiteindelijk digitaal aangeboden, zodat de digitale routing door de vragenlijst helaas niet zichtbaar kan worden gemaakt.

2 Methode van Onderzoek

Om de vier in de inleiding genoemde vraagstellingen te kunnen beantwoorden is een onderzoeksplan ontwikkeld. Hieronder wordt per vraag beschreven met behulp van welke onderzoeksmethode de betreffende vraagstelling is beantwoord.

Welke preventieve activiteiten worden er door bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten binnen de universitair medische centra in Nederland uitgevoerd?

Tijdens het onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de preventieve activiteiten die binnen de universitaire centra door bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten worden verricht. Voor deze inventarisatie is eerst een drietal 'drie-gesprekken' gehouden met de hoofden en de medewerkers van de interne arbo-diensten van drie UMC's in Nederland. Het doel van deze drie-gesprekken was om te inventariseren welke (potentiële) preventieve activiteiten door bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers verricht worden. Op basis van de gegevens die deze drie interviews opleveren is vervolgens een digitale vragenlijst ontwikkeld die via het internet kon worden ingevuld. Via aanwezigheid van de onderzoekers bij de vergadering van de hoofden Arbo-diensten van de SAAZ-UNle (Samenwerkende Arbo en Milieudiensten van Academische Ziekenhuizen en Universiteiten) is medewerking gevraagd voor de uitvoering van de genoemde inventarisatie. Alle hoofden Arbo-diensten van de UMC zegden hun medewerking toe. De vragenlijst is aan alle binnen de UMC's werkzame bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers verstuurd en kon online worden ingevuld.

De digitale vragenlijst bestond uit vier verschillende "paden". Afhankelijk van de discipline waartoe degene die de vragenlijst invulde behoorde, werd men via een aantal algemene vragen, naar vragen toegeleid die bij de desbetreffende discipline hoorden. De vier paden waren gekoppeld aan de drie disciplines bedrijfsarts, bedrijfsfysiotherapeut en ergonomiemedewerker. Het vierde pad werd gevormd door respondenten die een andere discipline invulden. De vragenlijst is opgenomen als bijlage 3 van dit onderzoeksrapport.

Zijn er naast bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten nog andere disciplines die preventieve activiteiten uitvoeren op het terrein van gezondheid en welzijn van UMC-werknemers?

De digitale vragenlijst heeft een duidelijk beeld opgeleverd van de andere beroepen die binnen de UMC's actief zijn op preventief terrein, ten eerste omdat een aantal van deze beroepen uit de driegesprekken met de arbo-diensten naar voren kwamen en onderdeel van de vragenlijst uitmaakte, ten tweede omdat daar door de respondenten van de digitale vragenlijst nog een aantal beroepen c.q. functies aan is toegevoegd.

Leveren preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten een bijdrage aan de inzetbaarheid en het welbevinden van de werknemer in een Universitair Medisch Centrum?

Deze vraag viel, zoals vooraf aangegeven binnen het bestek van de onderzoeksaanvraag niet separaat voor de betrokken UMC's vast te stellen. Zowel voor deze inzetbaarheid als voor welbevinden geldt immers dat dit variabelen zijn die door een veelheid van factoren worden bepaald. Het uitfilteren van uitsluitend het effect van preventief handelen op deze variabelen is, indien al mogelijk, methodologisch zeer moeilijk en binnen de marges van dit onderzoek onmogelijk. Toch kon wel relevante informatie worden verkregen. Ten eerste zijn in de digitale vragenlijsten die aan bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten zijn voorgelegd ook vragen opgenomen over het door hen gesignaleerde effect van de aangewende preventieve activiteiten, omdat zij degenen zijn die het contact met werknemers blijven onderhouden en de eerst aangewezenen zijn om een beeld te krijgen van het effect van hun handelen. De tweede bron waaruit informatie is verkregen betreft de literatuur. Op basis van de inventarisatie die gedurende stap 1 heeft plaatsgevonden is een lijst aangelegd van binnen de verschillende UMC's aangewende preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten. Vervolgens is met deze lijst gericht in de literatuur gezocht naar artikelen waarin het effect van deze handelingen is onderzocht.

Leveren deze activiteiten behalve voor de werknemer ook (financieel) rendement voor de werkgever in termen van kostenreductie door verlaging van het ziekteverzuim?

Bij het beantwoorden van deze vraag golden dezelfde methodologische beperkingen als genoemd onder vraag 3. Uitgangspunt was dat indien aan de hand van de resultaten van het vragenlijst- en literatuuronderzoek aannemelijk zou kunnen worden gemaakt dat preventief handelen de inzetbaarheid en het welbevinden van werknemers vergroot, tevens duidelijk zou zijn dat ook de werkgever daarmee gebaat is. Preventie van uitval door ziekte en een verhoogde inzetbaarheid is immers ook in het belang van de werkgever. Indien dit onderzoek een indicatie kon geven van het effect van preventief handelen op deze inzetbaarheid zou ook een indicatie van het financieel rendement ervan mogelijk zijn door loondoorbetalingskosten bij ziekte af te zetten tegen de kosten die het preventief handelen met zich meebrengt. Daarnaast kan deze vraag theoretisch worden beantwoord. Het rendement van een interventie komt namelijk voort uit de reductie van de loondoorbetalingskosten ten gevolge van een afname van het aantal ziektedagen van een werknemer. Indien de kosten van de interventie lager liggen dan de besparing op de loondoorbetalingskosten bij een gegeven aantal te voorkomen ziektedagen is de interventie rendabel te noemen. In het conclusiehoofdstuk zal dit aan de hand van een voorbeeld worden toegelicht.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek gepresenteerd. Allereerst wordt de respons besproken, daarna zullen de gegevens van de vragenlijst gepresenteerd worden. Waar mogelijk en zinvol zullen de resultaten worden uitgesplitst naar ziekenhuis en professie.

3.1 Respons

De digitale vragenlijst is naar 61 emailadressen verstuurd. Na het versturen van reminders (één gericht naar de managers van de 8 arbodiensten en één gericht naar alle 61 individuele professionals) hebben uiteindelijk 54 personen de vragenlijst ingevuld, een responspercentage van 88.5%. In tabel 1 wordt per UMC het aantal deelnemende respondenten, uitgesplitst naar professie, gepresenteerd.

TABEL 1 WERKLOCATIE VERSUS PROFESSIONS RESPONDENTEN

Ziekenhuis	bedrijfsarts	bedrijfsfysiotherapeut	ergonomiemedewerker	anders	n
AMC Amsterdam	5	0	2	0	7
VUMC Amsterdam	3	0	1	1	5
Erasmus MC Rotterdam	2	2	0	1	5
LUMC Leiden	5	0	0	1	6
UMC Utrecht	3	0	0	1	4
UMC Groningen	4	3	3	1	11
UMC Maastricht	4	0	0	0	4
UMC St Radboud	7	0	2	3	12
Totaal	33	5	8	8	54

Uit tabel 1 blijkt dat met name bedrijfsartsen de vragenlijst hebben ingevuld; ruim 60% van de respondenten was bedrijfsarts. Daarnaast zijn acht ergonomiemedewerkers en vijf bedrijfsfysiotherapeuten bij het vragenlijstonderzoek betrokken geweest. Acht respondenten vulden de categorie 'anders' in. Zij gaven bij de toelichting de volgende professies aan:

- arbeidshygiënist (n = 3: UMC St Radboud (2), VUMC Amsterdam (1));
- bedrijfsarts in opleiding (n = 1: UMC Utrecht), vanaf hier 'bedrijfsarts' genoemd;
- hoofd ergonomiegroep (n = 1: UMC Groningen), vanaf hier 'ergonomiemedewerker' genoemd;
- manager Arbo & Veiligheid / arbeidshygiënist (n = 1: UMC St Radboud), vanaf hier 'arbeidshygiënist' genoemd;
- namens twee bedrijfsartsen en een arbeidsdeskundige (n = 1: LUMC Leiden), vanaf hier 'bedrijfsarts' genoemd;
- werkplekadviser (n = 1: Erasmus MC Rotterdam).

3.2 Randvoorwaarden voor preventie

Hoe en of preventief handelen gestalte krijgt is mede afhankelijk van de randvoorwaarden die binnen de acht UMC's gelden, zoals de visie op preventie van bij preventie betrokken professionals, de aanwezige kennis en vaardigheden over preventie, de disciplines die binnen het ziekenhuis aanwezig zijn om preventie vorm te geven en de financieringssystematiek.

3.2.1 Visie op preventie

Tabel 2 toont de interdisciplinaire overeenstemming over de taakverdeling tussen professionals en de werkgever waar het preventie aangaat.

TABEL 2 PERCENTAGE OVEREENSTEMMING TUSSEN BEROEPSGROEPEN (INTERDISCIPLINAIR) OVER TAKEN PROFESSIONAL EN TAKEN WERKGEVER

Beroepsgroepen	n	(onvoldoende zicht)	%
bedrijfsarts versus bedrijfsfysiotherapeut	22	(2)	92
bedrijfsfysiotherapeut versus ergonomiemedewerker	25	(8)	65
bedrijfsarts versus ergonomiemedewerker	25	(8)	76

Tabel 2 laat zien dat er tussen bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten het hoogste percentage overeenstemming bestaat over wat tot de taak van de professional en wat tot de taak van de werkgever behoort op het terrein van preventie. Gezien het gering aantal deelnemende bedrijfsfysiotherapeuten en het eveneens beperkte aantal ergonomiemedewerkers aan het onderzoek kunnen deze uitkomsten niet betrouwbaar worden geïnterpreteerd. Bij de toelichting op de vraag naar eventuele visieverschillen tussen bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten over de taken van professional en werkgever worden door de respondenten de volgende opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- de adviesrol dient bij de professional te liggen, de verantwoordelijkheid voor preventie bij de werkgever;
- er is geen uitgewerkte visie van beide beroepsgroepen waartussen eventuele verschillen zouden kunnen bestaan. Doorgaans wordt er wel klantgericht (vraaggestuurd, oplossingsgericht) samengewerkt binnen de arbodienst;
- op verzoek van de bedrijfsarts onderzoekt de bedrijfsfysiotherapeut de werkomstandigheden en adviseert de werkgever over aan te brengen verbeteringen in apparatuur of procesvoering. Bedrijfsfysiotherapeut kan ook ingeschakeld worden op verzoek van de werkgever zonder tussenkomst van de bedrijfsarts.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- er is goede afstemming c.q. goed overleg over waarop we inzetten (bedrijfsfysiotherapeut).

Bij de toelichting op de vraag naar eventuele visieverschillen tussen bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers over de taken van professional en werkgever bij preventie staat een aantal opmerkingen die eerder op de taakverdeling tussen beide disciplines onderling slaan dan op de taakverdeling tussen professional en werkgever. Hier staat het volgende vermeld:

Door bedrijfsartsen:

- in het algemeen beperken ergonomiemedewerkers zich tot de inrichting van de werkplek en eventueel aanpassing van de werkprocessen. De bedrijfsfysiotherapeut kijkt ook naar de mogelijkheden voor indirecte coaching.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- ja, er is consensus, alhoewel de begeleiding en ondersteuning van de ergocoaches na het terugbrengen van bedrijfsfysiotherapie van 40 naar 16 uur per week tot nul is terug gezakt.

Door ergonomiemedewerkers:

- onze ergonomiemedewerkers bestaan uit bedrijfsfysiotherapeuten, bewegingswetenschappers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten;

Door arbeidshygiënisten:

- we hebben afstemmingsoverleg.

Door meerdere professies:

- de bedrijfsfysiotherapeut werkt hier als ergonomiemedewerker (n = 3: bedrijfsarts, bedrijfsfysiotherapeut, ergonomiemedewerker).

Ook bij de toelichting op de vraag naar eventuele visieverschillen tussen bedrijfsartsen en ergonomiemedewerkers hebben niet alle opmerkingen betrekking op de taakverdeling tussen professional en werkgever bij preventie:

Door bedrijfsartsen:

- arbeidshygiënische en veiligheidkundige taken behoren tot de ergonomiemedewerkers. Gezondheidskundige taken bij de bedrijfsarts;
- professional onderzoekt en adviseert over aanpassing in de werkplekinrichting en werkprocessen en de werkgever voert uit;
- er bestaan verschillen in visie over de taakinfilling van de bedrijfsarts en de ergonomieadviseur.

Door arbeidshygiënisten:

- afstemming vindt plaats via tussenpersoon door middel van voorlichting.

Tabel 3 toont de *intradisciplinaire* consensus (de overeenstemming binnen één beroepsgroep) over de verantwoordelijkheid van deze beroepsgroep c.q. professie op het terrein van preventief handelen.

TABEL 3 BESTAAT ER INTRADISCIPLINAIR (BINNEN DE DRIE GENOEMDE DISCIPLINES) OVEREENSTEMMING OVER DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE PROFESSIONALITEIT OP HET TERREIN VAN PREVENTIEF HANDELEN?

	n	%
ja, binnen professie bestaat overeenstemming	35	78
nee, er bestaan verschillen van visie	5	11
daar heb ik onvoldoende zicht op	5	11
Totaal	45	100.0

missing = 9

Uit tabel 3 blijkt dat ruim driekwart van de respondenten aangeeft dat er binnen hun beroepsgroep consensus bestaat. Bij de toelichting staat het volgende te lezen:

Door bedrijfsartsen:

- er bestaan verschillen van visie over het belang van verschillende benaderingen;
- er bestaan verschillen in visie over het belang van verschillende accenten binnen de beroepsuitoefening. De een vindt preventie een primaire taak en de ander is meer gericht op klinische arbeidsgeneeskunde;
- binnen de professie wordt hier regelmatig over gesproken, zeker over het ontwikkelen van preventieve programma's. Dit leidt tot een gezamenlijk gedragen beleid;
- het zorgdragen voor de gezondheid van de medewerkers van het UMC is onze gemeenschappelijke taak;
- wij verschillen nogal van mening over de zin van preventieve handelingen op verschillende gebieden en over wie waarvoor verantwoordelijkheid moet nemen.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- de een hecht meer waarde aan een preventieve aanpak, de ander meer aan de klinisch arbeidsgeneeskundige aanpak;
- ja, er is consensus, maar niet voldoende tijd om deze overeenstemming uit te voeren;
- we stemmen zeer regelmatig met elkaar en de andere disciplines binnen de arbogroep af wat er van wie verwacht wordt.

Door ergonomiemedewerkers:

- ja, er is consensus, maar ook twijfel;
- ook hier is afstemming en overeenstemming door periodiek overleg;
- wij hebben gesprekken over onze werkwijzen en hoe ver daarin te gaan. Het is geen starre afspraak, we proberen met vraag / stand der techniek mee te groeien.

Door arbeidshygiënisten:

- er is afstemmingsoverleg.

Opvallend bij deze toelichting is dat meerdere vertegenwoordigers van beroepsgroepen aangeven dat er op het terrein van visie op preventie binnen hun beroepsgroep accentverschillen bestaan, maar tevens dat periodiek overleg en afstemming eraan bijdragen dat deze verschillen worden 'overbrugd'. Tabel 4 toont de door de respondenten vastgestelde verschillen in visie tussen werkgever en arbodienst over de vraag tot wiens taak preventieve handelingen behoren (werkgever of arbodienst).

TABEL 4 BESTAAT BINNEN UMC'S EEN VERSCHIL IN VISIE TUSSEN DE WERKGEVER EN DE INTERNE ARBODIENST OVER TOT WIENS
TAAK PREVENTIEVE HANDELINGEN BEHOREN (WERKGEVER OF ARBODIENST) ?

	n	%
ja, tussen werkgever en arbodienst bestaat overeenstemming	19	42
nee, er bestaan verschillen in visie	12	27
daar heb ik onvoldoende zicht op	14	31
Totaal	45	100.0

missing = 9

Ruim een kwart van de respondenten signaleert een verschil in visie tussen werkgever en arbodienst op het terrein van de onderlinge taakverdeling. Bij de toelichting op deze vraag worden de volgende opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- de arbodienst wordt gevraagd voor advies en daarbij wordt in overleg met de divisie afgestemd wie voor wat verantwoordelijk is;
- de werkgever is heel divers; er zijn wel duizend werkgevers. Als de Raad van Bestuur wordt bedoeld dan is er geen discussie;
- hierover zijn geen expliciete afspraken. Uiteindelijk is de werkgever, de lijn, integraal verantwoordelijk voor wat er gebeurt. Het is ook aan de lijn om hierbij de arbodienst in te schakelen;
- met name wanneer psychische aspecten in het geding zijn is er geen duidelijke afbakening;
- werkgever beschouwt preventieve handelingen van de arbodienst als weinig controleerbaar met een weinig SMART-resultaat. Het liefst ziet de werkgever preventieve handelingen vanuit de arbodienst alleen op verzoek van en onder controle van de werkgever;
- werkgever trekt steeds meer naar zichzelf toe, daar waar er vragen zijn bij de competentie van de werkgever om deze adequaat in te schatten en af te handelen;
- zie ook de overweging bij collega's onder elkaar. Daarnaast speelt dan ook nog mee de subvraag 'uit wiens budget betalen we de maatregelen'.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- de arbodienst kan niet meer leveren waar ze in principe wel verantwoordelijk voor zijn en de afdelingen zullen daar steeds meer tegenaan lopen. Een lage beoordeling van de klanttevredenheid van de interne arbodienst tot gevolg.

Door ergonomiemedewerkers:

- deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden: is de werkgever de Raad van Bestuur of het hoofd van een afdeling?;
- preventieve handelingen ziet de werkgever vaak alleen als taak van de arbodienst en niet ook van zichzelf;
- voor het overgrote deel wel. Het is niet een discussiepunt op dit moment.

Door arbeidshygiënist:

- er zijn detail verschillen in visie bij diverse onderwerpen;
- werkgever wil zelf de regie voeren. Dit botst soms als preventieve handelingen via de bedrijfsarts worden ingezet. Denk hierbij aan het uitvoeren van werkplekonderzoek bij medewerkers met (beginnende) klachten.

Opvallend is dat met name binnen het UMC St Radboud bij enkele respondenten de indruk bestaat dat de regierol van de werkgever steeds groter wordt. Tevens blijkt uit de reactie van enkele respondenten dat het begrip 'werkgever' niet eenduidig te interpreteren valt, hetgeen het beantwoorden van deze vraag heeft bemoeilijkt.

Uit de 'driegesprekken' die ter voorbereiding op de constructie van de vragenlijst zijn gevoerd is gebleken dat er soms tussen professionals onduidelijkheid bestaat over de invulling van het begrip 'vroegtijdig' bij het definiëren van preventie als 'vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekte.' Daarom is hierover een vraag in de vragenlijst opgenomen. Tabel 5 toont de antwoorden op deze vraag.

TABEL 5 BESTAAT ER BINNEN UW UMC TEN AANZIEN VAN SECUNDAIRE PREVENTIE (VROEGTIJDIG OPSPOREN EN BEHANDELEN VAN ZIEKTE) OVEREENSTEMMING OVER WAT ONDER 'VROEGTIJDIG' WORDT VERSTAAN?

	n	%
ja, binnen mijn UMC bestaat overeenstemming	9	20
nee, er bestaan verschillen in visie	5	11
daar heb ik onvoldoende zicht op	31	69
Totaal	45	100.0

missing = 9

Nagenoeg 70% van de respondenten geeft aan geen zicht te hebben op het onderwerp van deze vraag. Ruim 10% signaleert verschillen in visie. Bij de toelichting op deze vraag wordt het volgende opgemerkt:

Door bedrijfsartsen:

- de visie hierbij is terughoudendheid;
- er is bij de werkgever geen prioriteit voor het systematisch opsporen en behandelen van ziekte;
- er is onduidelijkheid wanneer een zinnige interventie kan worden ingezet. Daarnaast is er onduidelijkheid over de vraag/wenselijkheid om werk preventief aan te passen of een (gedeeltelijke) ziekmelding te accepteren;
- secundaire preventie wordt binnen ons UMC vooral gezien als een taak van de eerste lijn. Een groot project om preventie breed van de grond te krijgen is vorig jaar volledig mislukt, met name omdat er te veel druk was van de werkgever op de werknemer.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- er is altijd ruimte voor verschil van mening;
- hier hebben we het regelmatig over;
- het moet vaak in de organisatie duidelijk worden gemaakt waar en hoe je preventie aan kan pakken en waar gevaren schuilen op het gebied van dreigende gezondheidsklachten;
- aan secundaire preventie wordt niet gedaan, het werk is nu klacht- c.q. probleemgericht.

Door ergonomiemedewerkers:

- dit is meer een vraag voor de bedrijfsarts dan voor een ergonomiemedewerker.

3.2.2 Kennis en vaardigheden omtrent arbeidsrisico's en leefstijl

Kennis en vaardigheden van professionals op het terrein van (het omgaan met) arbeidsrisico's en een risicovolle leefstijl van werknemers gelden als een andere belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van preventie binnen de UMC's. Gevraagd is of deze kennis en vaardigheden tekort schieten. Tabel 6 betreft de kennis en vaardigheden van bedrijfsartsen. Deze vraag kon uitsluitend door bedrijfsartsen worden ingevuld.

TABEL 6 BESTAAN ER BINNEN UW UMC LACUNES IN DE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VAN BEDRIJFSARTSEN?

	n	%
nee, ik signaleer geen lacunes	21	75
ja, ik signaleer een lacune op het terrein van:	7	25
Totaal	28	100.0

missing = 5

Een kwart van de bedrijfsartsen (vijf hebben de vraag niet ingevuld) signaleert lacunes in de kennis en vaardigheden van bedrijfsartsen binnen zijn of haar UMC. De volgende opmerkingen zijn bij de toelichting op deze vraag te lezen (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- de vraag is of wij voldoende zicht hebben op of contact hebben over de mogelijk aanwezige risico's;

- de lacunes zijn divers;
- er is een lacune op het terrein van specifieke arbeidsrisico's;
- de organisatie heeft geen volledige en actuele Risico Inventarisatie en Evaluatie voor alle onderdelen en is bezig met een inhaalslag;
- op het gebied van arbeidsrisico's hebben we vooral kennis ten aanzien van infectieziekten: de andere velden worden door andere professionals ingevuld;
- in verband met talloosheid van arbeidsrisico's is kennis over al die risico's niet haalbaar;
- ik signaleer wel een gebrek aan positionering van de arbodienst c.q. de bedrijfsartsen om hierin effectief te kunnen werken (voorlichting, programma's aanbieden);
- in ons UMC is de leidinggevende casemanager en regiehouder bij arbozaken (verzuim en veiligheid). Hierdoor is er beperkter zicht op en is de afstand tot de werkvloer groter. Het preventief signaleren is door de grotere afstand van de werkvloer moeilijk;
- is erg afhankelijk per bedrijfsarts en per onderwerp.

De tabellen 7 (alleen in te vullen door bedrijfsfysiotherapeuten) en 8 (alleen in te vullen door ergonomiemedewerkers) gaan in op lacunes in de kennis en vaardigheden van deze twee beroepsgroepen.

TABEL 7 BESTAAN ER BINNEN UW UMC LACUNES IN DE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VAN BEDRIJFSFYSIOTHERAPEUTEN?

	n	%
nee, ik signaleer geen lacunes	4	100
Totaal	4	100.0

missing = 1

TABEL 8 BESTAAN ER BINNEN UW UMC LACUNES IN DE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VAN ERGONOMIEMEDEWERKERS?

	n	%
nee, ik signaleer geen lacunes	4	80
ja, ik signaleer een lacune op het terrein van:	1	20
Totaal	5	100.0

missing = 3

Door de bedrijfsfysiotherapeuten die deze vraag hebben beantwoord worden geen lacunes gesignaleerd. Eén van de vijf ergonomiemedewerkers signaleert deze wel. De volgende opmerkingen zijn bij de toelichting geplaatst:

- hele specifieke, niet veel voorkomende onderwerpen (arbeidshygiënist);
- leefstijlcoaching, maar dat doen we ook niet, dus eigenlijk ook geen lacune (ergonomiemedewerker).

3.2.3 Bij preventie betrokken disciplines

Geïnventariseerd is welke beroepen en functies zich binnen de UMC's specifiek op preventie richten. Het gaat hierbij om het beroep c.q. functie van: arbeidshygiënist, biologische veiligheidsdeskundige, stralingsveiligheidsdeskundige, arbeid & organisatiedeskundige, preventiemedewerker en ergo-coach. Indien het om functies gaat, worden deze veelal naast een ander beroep uitgevoerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de functies van preventiemedewerker en ergo-coach. Een preventiemedewerker is belast met het bevorderen van de veiligheid en de gezondheid op de werkvloer. Belangrijke taken zijn voorlichting geven over het onderhoud van apparatuur en machines, toezien op het juiste gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en instructies geven over het werken met gevaarlijke stoffen. Ergo-coaches zijn teamleden die naast hun uitvoerende taken een extra verantwoordelijkheid op zich hebben genomen voor de preventie en vermindering van fysieke belasting. Hierbij gaat de aandacht niet alleen naar tillen of verplaatsingen maar ook naar fysieke belasting in bredere zin.

In tabel 9 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van deze beroepen en functies binnen de acht UMC's. De bijbehorende vraag kon alleen door bedrijfsartsen worden ingevuld. Tussen haakjes staat telkens het aantal bedrijfsartsen dat de vraag had ingevuld. Een score van 3 betekent dat alle 3 de bedrijfsartsen de aanwezigheid van een beroep of functie rapporteren, terwijl een score van 4 (5) wil zeggen dat 4 van de 5 bedrijfsartsen die de vraag hebben beantwoord deze aanwezigheid rapporteren.

TABEL 9 SPECIFIEKE PREVENTIEVE BEROEPEN C.Q. FUNCTIES BINNEN DE ACHT UMC'S

Beroep	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCG	UMCM	Radboud	UMCU
Arbeidshygiënist	4 (5)	3	1	4	3	2	7	3
Biologische veiligheidsdeskundige	4 (5)	3	1	4	3	1 (2)	7	3
Stralingsveiligheidsdeskundige	4 (5)	3	1	4	3	1 (2)	7	3
A&O-deskundige	5	3	1	4	3	1 (2)	7	3
Preventiemedewerker	4 (5)	2 (3)	-	3 (4)	1 (3)	1 (2)	6 (7)	2 (3)
Ergo-coach	2 (5)	3	1	2 (4)	3	? (2)	6 (7)	3

Uit de tabel blijkt dat de meeste van deze beroepen c.q. functies in alle UMC's aanwezig zijn. Een uitzondering is het Erasmus MC Rotterdam, waar geen preventiemedewerker werkzaam lijkt te zijn. Een kanttekening daarbij is wel dat deze vraag maar door één bedrijfsarts met betrekking tot het UMC Maastricht is beantwoord en dat de term preventiemedewerker niet in alle UMC's gehanteerd blijkt te worden (zie reactie bedrijfsarts UMC Leiden hieronder). In de UMC's blijken nagenoeg alle aan de enquête deelnemende bedrijfsartsen naar de genoemde professionals door te verwijzen. In

de ziekenhuizen waar naar hen wordt doorverwezen worden de volgende redenen daarvoor aangegeven (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- als ik met vragen op hun terrein wordt geconfronteerd;
- als ik signalen krijg dat er fysieke of organisatorische / psychische arbeidsomstandigheden zijn die ziekmakend zijn voor 1 of meerdere medewerkers, vraag ik om samen op te trekken: werkplekonderzoek + advisering of met A&O-er tactiek bespreken;
- bij gezondheidsklachten door werkomstandigheden verwijs ik wel eens door;
- bijvoorbeeld bij klachten over binnenklimaat of bij vragen over veilig werken met cytostatica of biologische agentia;
- de term preventiemedewerker gebruiken wij niet. Bij ons in huis zou je de locale arbofunctionaris zo kunnen noemen, een specifiek geschoolde medewerker. Of de adviseur fysieke belasting, die preventief adviseert op afdelingen;
- korte lijnen, optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid;
- deskundigen worden ingehuurd;
- indien het probleem meer behoort tot de deskundigheid van bovenstaande verwijs ik;
- indien het specifieke vragen betreft die betrekking hebben op hun vakgebied en mijn kennis te boven gaan;
- naar de stralingsveiligheidsdeskundige verwijs ik incidenteel, de A&O-deskundige is vooral betrokken bij de RIE-toetsing.

3.2.4 Financiële randvoorwaarden

Tot de factoren die van invloed zijn op de mate waarin (gewenst) preventief handelen van professionals wordt gerealiseerd behoren ook de financiële randvoorwaarden. Preventie kan zowel kosten voor de klant – hier: de medewerker van het UMCG – als voor de organisatie c.q. de werkgever met zich meebrengen. In tabel 10 wordt weergegeven of de respondenten van mening zijn dat de kosten die preventief handelen voor de klant met zich meebrengt het uitvoeren van deze handelingen in de weg staat.

TABEL 10 ZIJN ER PREVENTIEVE HANDELINGEN C.Q. INTERVENTIES DIE U GRAAG ZOU WILLEN UITVOEREN MAAR WAAR U VANAF ZIET VANWEGE DE KOSTEN DIE DAT VOOR DE KLANT (MEDEWERKER VAN HET UMCG) MET ZICH MEEBRENGT?

	n	%
ja	13	31,7
nee	28	68,3
Totaal	41	100.0

missing = 14

Nagenoeg een derde van de respondenten geeft aan dat de kosten voor de klant soms preventief handelen verhinderen. Bij de toelichting op deze vraag vallen de volgende opmerkingen te lezen:

Door bedrijfsartsen:

- dat kan soms gebeuren bij verwijzingen naar de psycholoog (vanwege eigen risico plus eigen bijdrage);
- dat geldt voor het invoeren Periodiek Medisch Onderzoek;
- nog niet alhoewel verwijzing naar psycholoog, die freelance werkzaam is problemen op gaat leveren vanwege hogere eigen bijdrage in 2013;
- nu nog niet, maar gezien de beperkte financiële middelen kan zich dat wel voor gaan doen;
- psychologische interventies, interventies ter vergroting fysieke belastbaarheid;
- project depressiepreventie;
- in diverse individuele situaties met betrekking tot verschillende interventies;
- verwijzingen naar psychologen/fysiotherapeuten voor werkende mensen kosten vaak wat extra in verband met communicatie en werkgerichte adviezen. Er is altijd discussie of het werk dan wel de oorzaak is; wat mij betreft gaat het om werkbehoud of snelle duurzame terug;
- PAGO/PMO. Bedrijfsmaatschappelijk werk;
- interne begeleiding door vaste externe psycholoog wordt sinds laatste 1/2 jaar vaker door medewerkers afgewezen (was voorheen slechts sporadisch) in verband met de hoogte van het eigen risico in de zorg.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- nu nog niet maar waarschijnlijk is het preventieve werkplek advies niet vol te houden en gaat naar het persoonlijk budget;
- dat geldt voor preventie training op diverse gebieden.

Door ergonomiemedewerkers:

- gezondheidsmanagement programma continueren. Dit was opgestart en heeft geen vervolg gekregen.

Door arbeidshygiënisten:

- minder direct contact met klant maar via tussenpersoon.

In tabel 11 wordt aangegeven of er – los van financiële belemmeringen voor de klant – nog andere knelpunten in de financieringssysteem bestaan die preventief handelen belemmeren.

TABEL 11 ZIJN ER KNELPUNTEN TEN AANZIEN VAN DE FINANCIERINGSSYSTEMATIEK BINNEN HET UMC DIE PREVENTIEF HANDELEN IN DE WEG STAAN?

	n	%
ja	23	57,5
nee	17	42,5
Totaal	40	100.0

missing = 14

Nagenoeg 60% van de respondenten geeft aan dat deze knelpunten inderdaad bestaan. Zij geven daarbij de volgende toelichting:

Door bedrijfsartsen:

- werkgever is ook niet altijd bereid interventies te financieren, zoals bijvoorbeeld verwijzing naar poli Mens en Arbeid;
- rondom de toegestane besteding van het persoonlijk budget bestaan veel vragen en er wordt zeer verschillend mee omgegaan;
- er is binnen ons UMC nauwelijks tot geen financiële ruimte voor preventie buiten het wettelijk minimaal verplichte deel (PAGO lood, PAGO geluid enz.);
- nut en noodzaak worden niet altijd onderkend;
- onduidelijkheid over aanwending van het persoonlijk budget en dan nog belast of onbelast als het gaat om preventieve handelingen/voorzieningen/trainingen;
- de preventieve activiteiten worden voornamelijk door de afdelingen betaald, soms levert dit problemen op. Echter in deze organisatie dienen nog tal de preventieve activiteiten gerealiseerd te worden. De doelstelling is dit in 2013 meer vorm te geven;
- contract met werkgever bepaalt dat alle projecten in preventieve sfeer goed gekeurd moeten worden door de contract beheerder (HRM);
- samenwerking met het servicebedrijf;
- er is geen aandacht/financiering voor systematische opsporing van (dreigende) gezondheidsschade door middel van PAGO/PMO en onvoldoende ruimte/financiering voor tijdige coaching van medewerkers met (dreigende) overbelasting door BMW;
- organisatorisch. Grootschalige PMO's vraagt extra inzet van personeel. Deze ruimte is niet zo maar aanwezig;
- uitvoeren van PAGO/PMO op afdelingen wordt moeizaam tot niet gefinancierd;
- ten aanzien van verplichte interventies bestaan geen financiële problemen. Bij het opzetten van PMO wordt iedere keer de financiële haalbaarheid bekeken;
- financiering door zorgverzekeraars bij preventieve trajecten door psycholoog;
- financiering is voor diverse divisies in tijden van bezuiniging een probleem;
- Financiering voor PMO/PAGO om proactief te kunnen handelen.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- het hebben van voldoende mankracht (uren) om te werken aan het opleiden van ergo-coaches en het enthousiasmeren van het netwerk ergo-coaches;
- soms bestaan er beperkingen vanuit ziektekosten verzekering.

Door ergonomiedewerkers:

- er zijn forse bezuinigingen aan de gang en knelpunten liggen op het gebied van bijvoorbeeld inzetten bedrijfsmaatschappelijk werk;
- ja, bijvoorbeeld voor alle werknemers een zit-sta werkplek creëren, dat gaat niet vanwege de financiën.

Door arbeidshygiënist:

- er bestaan diverse knelpunten. Alle preventieve maatregelen die genomen moeten worden kosten geld. En het is nog steeds crisis.

3.2.5 Overige belemmeringen

De laatste vraag die over 'randvoorwaarden voor preventie' is gesteld heeft betrekking op het signaleren van eventuele andere belemmeringen die preventie in de weg kunnen staan (zie tabel 12).

TABEL 12 ZIJN ER PREVENTIEVE HANDELINGEN C.Q. INTERVENTIES DIE U GRAAG ZOU WILLEN UITVOEREN MAAR WAAR U OM ANDERE REDENEN NIET AAN TOE KOMT C.Q. DIE OM ANDERE REDENEN NIET HAALBAAR BLIJKEN?

	n	%
ja	20	48,8
nee	21	51,2
Totaal	41	100,0

missing = 13

Nagenoeg de helft van de respondenten geeft bij deze vraag aan dat er andere belemmeringen bestaan. De volgende opmerkingen zijn als toelichting geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- in het algemeen overvraagt de werkgever mij op het gebied van verzuimbegeleiding, waardoor de beschikbare tijd voor preventie minder wordt;
- op organisatie niveau zou eens nagegaan moeten worden hoe het zit met de duurzame inzetbaarheid van het UMC-personeel;
- groepsonderzoek naar ervaren psychische belasting bij AIO's, specialisten, verpleegkundigen, verdeeld over de verschillende afdelingen;
- meer aandacht voor leefstijl, leefstijl spreekuur e.d.;
- er is nog onvoldoende aanbod ontwikkeld binnen de UMC's ten aanzien van gezondheidsmanagement en duurzame inzetbaarheid;

- PAGO/PMO;
- PMO op duurzame inzetbaarheid;
- aandacht voor beleid en ontwikkelen van activiteiten komt op dit gebied vaak door tijdgebrek/ dagelijkse activiteiten niet voldoende van de grond;
- in eigen professie meer tijd om op de werkvloer rond te lopen en meer tijd en aandacht voor begeleiding van medewerkers;
- voorlichting op diverse terreinen;
- bijvoorbeeld cursus mindfulness, regelmatig sporten, cursus persoonlijke effectiviteit (plannen, grenzen bewaken);
- ik ben zelf sterk betrokken bij opvang na agressie en geweld; los van preventie. Je moet in elk geval na een incident goede opvang regelen en latere surveillance op langer durende klachten. Dit is erg moeilijk, maar er wordt hier en daar wel wat aan gedaan.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- begeleidingen en adviseren in nieuwbouw en verbouw.

Door ergonomiedewerkers:

- er is behoefte aan meer actieve voorlichting over preventieve maatregelen en meer aanbod van preventieve maatregelen. Je zal een breed scala voor een brede groep mensen moeten hebben. Meer mogelijkheden om als medewerker zelf te kiezen waar en wanneer iets te doen;
- ik zou wel veel meer met de makers van apparaten in gesprek willen zodat zij ergonomisch verantwoorde producten gaan maken. Of dat ze meer rekening houden met de ergonomie;

Door arbeidshygiënist:

- fysieke maatregelen worden vaak niet genomen omdat er nieuwbouw in het verschiet ligt. Maar ook die wordt steeds uitgesteld. Met als resultaat dat mensen steeds langer in slechte omstandigheden moeten blijven werken;
- UMC heeft de keuze gemaakt preventie in eerste instantie via de lijn te laten lopen; dit is inclusief inzet van preventiemedewerkers, ergo-coaches en RSI-contactpersonen;
- ik wil wel interventies maar niet zelf uitvoeren;
- niet alles kan (nu).

3.3 Preventief onderzoek

In de vragenlijst is geïnventariseerd welke vormen van preventief onderzoek er binnen de verschillende UMC's worden verricht. Het gaat daarbij om Periodiek Medisch Onderzoek (PMO), het arbeidsomstandigheden spreekuur, de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) en om aanstellingskeuringen.

PMO

In het PMO worden alleen die aspecten van de gezondheid onderzocht die een relatie hebben met de gevaren en risico's in het werk. Het onderzoek moet periodiek aan de medewerkers worden aangeboden. De wet schrijft niet voor hoe vaak het onderzoek moet worden herhaald, omdat dit afhangt van de omvang van de risico's. De periodiciteit kan verschillen voor diverse risico's (bijvoorbeeld gehooronderzoek iedere twee jaar en bloedonderzoek ieder jaar) en voor verschillende functies. Alle UMC's, behalve het UMC Maastricht, geven aan dat PMO's plaats vinden. Bij het UMC Maastricht heeft maar één bedrijfsarts gereageerd en die gaf aan dat er geen PMO's plaats vonden. Met het oog op het wettelijk karakter van dit onderzoek is het onduidelijk of deze bedrijfsarts wellicht niet juist is geïnformeerd of dat dit UMC zich niet aan de wet houdt. In het UMC Utrecht (1 van de 2) en het UMC St Radboud (3 van de 4) gaven minder bedrijfsartsen aan dat het PMO wel plaats vond dan zij die aangaven dat het niet plaats vond.

Arbeidsomstandigheden spreekuur

Het (niet wettelijk verplichte) arbeidsomstandighedensprekuren is een mogelijkheid voor medewerkers om vragen of knelpunten te bespreken in de relatie arbeid en gezondheid. Dit betreft zowel vragen over de risico's of effecten van het werk op de gezondheid, als vragen of problemen met de gezondheid die effect hebben op het (uitvoeren van) werk. In alle UMC's blijken arbeidsomstandigheden spreekuren georganiseerd te worden.

RI&E

Een Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) is een inventarisatie van de gevaren binnen een bedrijf met betrekking tot de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van de werknemers. In de evaluatie wordt van deze gevaren een risico-inschatting gemaakt, waarbij gekeken wordt naar de kans dat een gevaar zich voordoet, het effect dat het teweegbrengt en de frequentie waarmee werknemers aan het gevaar worden blootgesteld. In de RI&E moet een Plan van Aanpak worden opgenomen waarin is aangegeven welke maatregelen de werkgever gaat nemen in verband met de geconstateerde risico's, en binnen welke termijn deze worden genomen, dit is wettelijk verplicht. Verder moeten in een RI&E de arbeidsongevallen uit het verleden worden opgenomen. De RI&E wordt in alle UMC's uitgevoerd, maar gegevens van UMC Maastricht hierover ontbreken.

Aanstellingskeuringen

Een aanstellingskeuring is een medisch onderzoek dat wordt gedaan om de medische geschiktheid van de sollicitant voor het vervullen van een functie te onderzoeken. Aanstellingskeuringen mogen slechts worden verricht als de werkgever al van plan is om de sollicitant aan te nemen en vormen dus

per definitie het sluitstuk van de aannameprocedure. Binnen alle UMC's wordt het verrichten van aanstellingskeuringen gemeld. Het gaat daarbij om de volgende keuringen (uitsluitend uitgevoerd door bedrijfsartsen):

- hepatitis B (n=3);
- keuring voor artsen/verpleegkundigen;
- patiëntgebonden functies (n=3);
- keuring voor verpleegkundigen, artsen en functies met fysieke belasting;
- nauwelijks, MRI, en in het kader van infectie preventie;
- fysieke belasting en op hepatitis B;
- specifieke doelgroepen;
- leerling verpleegkundigen, OK assistenten;
- stralingswerker A; leerlingen; ademluchtmaskerdragers; vaccinatiewerkers; hepatitis B risicohandelingen; Centrale Sterilisatie Dienst (CSD-) medewerkers;
- diverse functies;
- leerling verpleegkundigen, leerling anesthesieassistenten, bedrijfshulpverleners (BHV-ers);
- leerlingen verpleging en OK.

Acht respondenten hebben andere typen onderzoek aangegeven die binnen hun UMC worden verricht. Het gaat daarbij om:

Door bedrijfsartsen:

- vrijwillig intrede-onderzoek;
- counseling jonge professionals, preventief spreekuur zwangeren;
- nazorg health checks;
- werkplekbezoek.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- WPA's, verdiepende RI&E fysiek, functie analyse fysieke belasting.

Door arbeidshygiënist:

- werkplekonderzoeken op Arbo gebied.

3.4 Op preventie gerichte interventies

Aan de hand van de vragenlijst is geïnventariseerd welke op preventie gerichte interventies er binnen de acht UMC's worden verricht. Bijlage 1 toont een overzicht van alle interventies, uitgesplitst naar ziekenhuis en professional. Het getal buiten de haakjes toont telkens het aantal respondenten dat heeft aangekruist dat de bewuste interventie in hun UMC wordt toegepast, tussen de haakjes het

aantal respondenten dat de bewuste vraag heeft beantwoord. Binnen het Erasmus MC Rotterdam en het UMC Maastricht heeft in ieder ziekenhuis slechts één respondent de vraag ingevuld. Niet duidelijk is daarom hoe betrouwbaar deze antwoorden zijn. Verder valt op dat ook binnen het UMC Utrecht van een groot deel van de interventies wordt aangegeven dat deze niet worden verricht. Onduidelijk is of het hier om het daadwerkelijk niet voorkomen van deze interventies gaat of dat de betrokken professionals te weinig zicht hadden op het uitvoeren ervan. Bij de toelichting wordt nog een aantal andere interventies genoemd en worden enkele opmerkingen gemaakt, te weten:

Door bedrijfsartsen:

- mentale belastbaarheid groepen medewerkers;
- een aantal interventies worden uitgevoerd door andere disciplines;
- N.B. gevraagd wordt naar 'interventies die u uitvoert'. Interventies door anderen binnen het UMC heb ik dus buiten beschouwing gelaten;
- griepvaccinatie ter bescherming van patiënten en medewerkers (n=2);
- allergenen;
- infectiepreventie personeel HBV prikaccident opvang;
- hepatitis B vaccinatie.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- KANS.

Door ergonomiemedewerkers:

- beleving van werkplezier;
- ergonomisch advies bij bouw/verbouw.

Door arbeidshygiënisten:

- (binnen)klimaat (n=3);
- verlichting (n=2);
- biologische agentia.

Door meerdere professies:

- preventie fysieke (over)belasting op de werkplek (n=4: bedrijfsfysiotherapeut (2), ergonomiemedewerker, arbeidshygiënist).

Interventies gericht op leefstijl

Bij de interventies gericht op leefstijlaspecten worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- `Duurzame inzetbaarheid` als pilot bij enkele afdelingen;
- leefstijlspreekuur (n=2);

- (verwijzing) afdeling fitness (n=2);
- Fit in Balans (n=2);
- PMO;
- vitaliteits onderzoek;
- inzet SKILS (psychologen), individuele advisering;
- nazorg health checks.

Het effect van de genoemde interventies die op leefstijl zijn gericht wordt als volgt door de respondenten beschreven (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- toenemende belangstelling en waardering onder werknemers;
- meer aandacht en gerichte acties voor psychisch welzijn en voorkomen van hart-vaat ziekten;
- nog niet te zeggen, start in 2013;
- belangstelling onder personeel groeit;
- individuele terugkoppeling;
- bewustzijn;
- individuele verbeteringen;
- positieve belangstelling. Pas recent gestart;
- toegenomen bewustzijn van gezond leven en werken;
- moet nog geëvalueerd worden medio 2013;
- op individueel niveau. Echter vaak geen langdurig effect, omdat de werkomgeving niet tegelijkertijd mee verandert;
- net opgestart dus nog even afwachten of er daadwerkelijk effect is;
- het opvolgen van adviezen.

Interventies gericht op duurzame inzetbaarheid

Bij de interventies die zijn gericht op duurzame inzetbaarheid worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- verwijzing naar revalidatieprogramma's bij chronische klachten, die de inzetbaarheid beïnvloeden bijvoorbeeld Ciran;
- arbeidsomstandigheden spreekuur, re-integratiespreekuur;
- PMO paramedici, PMO medisch specialisten;
- KANS voorlichting, ergocoachtraining enzovoort;
- life style (zie boven);

- individuele advisering (ik adviseer mensen en leidinggevenden in hun jaargesprek stil te staan bij hun eigen situatie: wat spreken ze hierover concreet af?);
- ODIN;
- Fit in Balans.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- Preventie Advies Centrum (met name de combitraining).

Door ergonomiemedewerkers:

- ergocoach trainingen.

Het effect van interventies die zijn gericht op duurzame inzetbaarheid wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- op individueel niveau verbetert de inzetbaarheid;
- effect van interventies afzonderlijk op duurzame inzetbaarheid niet te meten, al is de tevredenheid over deze interventies positief;
- is nog in ontwikkeling;
- individuele verbeteringen;
- nog niet te zeggen, start in 2013;
- soms komen daar plannen uit voort. Of dat tot langdurige en dus duurzame inzetbaarheid leidt, moet in de toekomst blijken.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- hoge terugkeer naar eigen werk;
- minder klachten.

Door ergonomiemedewerkers:

- er worden veel hulpmiddelen aangeschaft en toegepast.

Door arbeidshygiënist:

- vooral een effect op het terrein van bewustzijn.

Interventies gericht op psychosociale arbeidsbelasting

Bij de interventies die zijn gericht op psychosociale arbeidsbelasting worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- verwijzing naar BMW (bedrijfsmaatschappelijk werk), externe hulpverlening of mindfulness;
- verwijzing psycholoog of bedrijfsmaatschappelijk werk;
- training omgaan met agressie;

- AWO (agressie- en weerbaarheidsonderzoek);
- Werken in balans;
- werkgroep in balans, presentatie: preventie van burn-out, counselingsprogramma jong professionals met name gericht op aio's;
- verwijzing naar SKILS (psychologen);
- protocollen, trainingen , stressmanagement;
- individuele professionele begeleiding, signalering naar werkgever.

Het effect van interventies die zijn gericht op psychosociale arbeidsbelasting wordt door de respondenten als volgt verwoord (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- op individueel niveau verbetert de inzetbaarheid;
- deelnemers geven aan beter in staat te zijn om er mee om te gaan;
- resultaten worden januari verwacht van AMC meting;
- tevredenheid, effectmeting wordt nog gemaakt;
- verbetering inzetbaarheid;
- op individueel niveau. Leidinggevende wordt ook betrokken bij de nodige verandering op de werkplek en dit helpt bij het toepassen van de theorie uit de therapeutische begeleiding op de eigen werksituatie. Leidt ook tot inzicht bij leidinggevende.

Interventies tot het aanleren van tiltechnieken

Bij de interventies die zijn gericht op het aanleren van tiltechnieken worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- ITOJ (individuele training on the job);
- training fysieke belasting;
- Preventieprogramma Fysieke belasting/RSI.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- onder andere uitgebreide ergo-coachtraining;
- preventie programma fysieke belasting.

Door ergonomiedewerkers:

- tilinstructie ergo-coach;
- tiltechnieken.

Het effect van interventies die zijn gericht op het aanleren van tiltechnieken wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- dit effect is moeilijk te meten;
- minder spreekuurklachten als gevolg van deze interventies;
- meer aandacht voor tiltechnieken;
- minder rugproblemen;
- bewustwording.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- verbeteren praktische vaardigheden;
- totaal veranderd transfer beleid/inzicht;
- minder klachten, anders werken.

Door ergonomiemedewerkers:

- dat de ergocoach weer enthousiast de informatie meeneemt naar de eigen afdeling en hier tijd aan besteed om de collega's te laten oefenen;
- door dit aan de ergocoaches aan te bieden leren ze elkaar betere manieren van omgaan met lastige tilsituaties. Ik hoor terug dat men dit in de praktijk prettig vindt.

Door arbeidshygiënist:

- houding beter, minder klachten.

Interventies gericht op de preventie van inhalatie van anesthetica

Bij de interventies die zijn gericht op de preventie van inhalatie van anesthetica worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- beter afzuiging op OK's;
- monitoring.

Door arbeidshygiënist:

- voorlichting.

Het effect van interventies die zijn gericht op de preventie van inhalatie wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- niet gemeten bij de mens, wel minder blootstelling gemeten;
- daar is goede aandacht voor op de werkvloer.

Door arbeidshygiënisten:

- goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen;
- vindt plaats via periodieke metingen;
- positieve evaluaties van medewerkers.

Door meerdere professies:

- bewustwording en daling van blootstelling (n=2: bedrijfsarts, arbeidshygiënist).

Interventies gericht op het voorkomen van arbeidsdermatosen

Bij de interventies die zijn gericht op het voorkomen van arbeidsdermatosen worden bij de toelichting de volgende namen genoemd en opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- onderzoek naar implementatie van richtlijnen op het gebied van preventie van eczeem in de verpleging loopt. Hands4U project;
- PMO handeczeem;
- Hands4U (n=3);
- inkoopbeleid hypoallergene spullen;
- voorlichting individueel of in groepsverband.

Door meerdere professies:

- voorlichting (n=2: arbeidshygiënist, bedrijfsarts);

Het effect van interventies die zijn gericht op het voorkomen van arbeidsdermatosen wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- nog geen resultaten bekend, deze worden verwacht in 2013;
- eerder raadplegen BA en onderkennen van Atopie;
- verlichting van gezondheidsklachten;
- wijziging assortiment handschoenen, personeel is beter geïnformeerd over mogelijkheden ter voorkoming;
- dit effect wordt nu onderzocht;
- we zien geen latex allergie meer;
- behoud van eigen werk;
- geen blijvende arbeidsongeschiktheid hierdoor.

Door arbeidshygiënisten:

- goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen (hele UMC is inmiddels latexvrij);
- positieve evaluaties van medewerkers.

Door meerdere professies:

- vergroten bewustzijn arbeidsdermatosen (n=2: bedrijfsarts, arbeidshygiënist);

Interventies gericht op het omgaan met agressie

Bij de interventies die zijn gericht op het omgaan met agressie worden bij de toelichting de volgende namen genoemd (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- agressie trainingen;
- training omgaan met agressie en geweld;
- training omgaan met agressie.

Het effect van interventies die zijn gericht op het omgaan met agressie wordt door de respondenten als volgt verwoord (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- onderkennen van het risico;
- positieve reacties, veiliger voelen;
- bewustwording bij medewerker en leidinggevende.

Interventies gericht op frequent omgaan met beeldschermen

Bij de interventies die zijn gericht op het frequent omgaan met beeldschermen worden bij de toelichting de volgende namen genoemd:

Door bedrijfsartsen:

- beeldschermvoorlichting;
- onderzoek en advies door ergonomie-afdeling;
- arbeidsgeneeskundig spreekuur.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- WPA werkplekadvies.

Door ergonomiemedewerkers:

- wisselende namen afhankelijk van doelgroep/vraag.

Door arbeidshygiënisten:

- voorlichting.

Door meerdere professies:

- RSI-preventie (n=2: ergonomiemedewerker, bedrijfsarts);
- voorlichting KANS (n=3: bedrijfsfysiotherapeut (2), ergonomiemedewerker).

Het effect van interventies die zijn gericht op het frequent omgaan met beeldschermen wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- dit effect wordt niet gemeten;
- individuele terugkoppeling;
- vermindering RSI-klachten door de jaren heen;
- verlichting van gezondheidsklachten;
- individuele interventie gericht op klachtenreductie;
- RSI problemen bijna niet meer op spreekuur;
- positieve reacties;
- relatief weinig ziekte-uitval om deze redenen bij mijn klanten;
- afname in verzuim.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- vergroten van eigen kennis omtrent de werkplek en het instellen ervan;
- veel advies vragen;
- veel vraag naar.

Door ergonomiemedewerkers:

- per direct worden instellingen gewijzigd en veel mensen geven aan dit prettig te vinden. Vaak is het al net voor of net bij beginnende klachten;
- ja en nee, echt onderzoek naar het effect wordt niet gedaan maar we zien wel dat er veel minder mensen met RSI/Kans bij ons op het spreekuur komen;
- na een groepstraining krijg je vaker een individuele vraag. Men is zich dus beter bewust van de risico's.

Door arbeidshygiënist:

- evaluatie;
- positieve evaluaties van medewerkers;
- bewustwording.

Interventies voor het omgaan met (bereiden van) cytostatica

Bij de interventies die zijn gericht op het omgaan met (bereiden van) cytostatica worden bij de toelichting de volgende namen genoemd c.q. opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- er is een cytostatica werkgroep;
- het gaat om reorganisatie van de bereidingsplekken.

Door arbeidshygiënist:

- het betreft voorlichting.

Het effect van interventies die zijn gericht op het omgaan met (bereiden van) cytostatica wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- bewuster omgaan met risico's en allerlei procedure maatregelen ter voorkoming van blootstelling;
- minder blootstellingslocaties.

Door arbeidshygiënist:

- goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen;
- positieve evaluaties van medewerkers;
- bewustwording.

Door meerdere professies:

- via RI&E, veegtesten cytostatica, audits (n=2: arbeidshygiënist, bedrijfsarts).

Interventies gericht op zwangerschap en werk

Bij de interventies die zijn gericht op zwangerschap en werk worden bij de toelichting de volgende namen genoemd:

Door bedrijfsartsen:

- preventief consult bij zwangerschap;
- spreekuurconsult voor of vroegtijdig in de zwangerschap;
- regels rond beperking fysieke belasting en onregelmatige diensten;
- 'voorlichting zwangerschap, dat werkt!';
- preventief spreekuur;
- bedrijfsgeneeskundig spreekuur;
- richtlijnen zwangerschap;
- individuele advisering en voorlichting aan leidinggevende.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- voorlichting zwanger werken.

Door ergonomiemedewerkers:

- 'zwangerschap en werk, dat werkt';
- zwangerschapsspreekuur, kolf kamer.

Door arbeidshygiënisten:

- voorlichting.

Het effect van interventies die zijn gericht op zwangerschap en werk wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- toenemende bekendheid bij werknemers en werkgevers over gevolgen zwangerschap voor werk (en andersom);
- maximale aanpassing werksituatie aan zwangerschap;
- dit effect is niet te meten;
- medewerkster die goed geïnformeerd is over de risico's;
- individuele maatregelen;
- vrouwen weten ons beter te vinden bij vragen op dit gebied;
- behoud van inzetbaarheid bij zwangerschap;
- er zijn steeds meer preventieve spreekuren en telefonische contacten op verzoek van zwangere niet-zieke medewerkers of medewerkers welke een zwangerschapswens hebben;
- aanpassing werkbelasting.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- veel vraag naar.

Door ergonomiemedewerkers:

- op het moment geven mensen aan het heel fijn te vinden. Geen gegevens over het effect op Ik wil nee antwoorden, maar toelichten dat ik de doelgroep na de training niet meer zie, dus niet weet of er effect is;
- langere termijn.

Door meerdere professies:

- bewustwording van risico's (n=2: bedrijfsarts, arbeidshygiënist);
- positieve evaluaties van medewerkers (n=2: arbeidshygiënist, bedrijfsarts).

Interventie omgaan met gevaarlijke stoffen

Bij de interventies die zijn gericht op omgaan met gevaarlijke stoffen worden bij de toelichting de volgende namen genoemd:

Door bedrijfsartsen:

- gebruik zuurkasten;
- PAGO Lood;
- toxische stoffen beleid;
- voorlichting, werkvoorschriften en toezicht op naleving ervan;
- registratiesysteem gevaarlijke stoffen.

Door arbeidshygiënist:

- voorlichting.

Het effect van interventies die zijn gericht op het omgaan met gevaarlijke stoffen wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- bewaking van bloedwaarden, geen overschrijding;
- medewerker die goed geïnformeerd is;
- relatief weinig meldingen van incidenten;
- bij calamiteit snel info beschikbaar, ook voor medewerkers.

Door arbeidshygiënist:

- goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen;
- RI&E gevaarlijke stoffen; eventueel metingen;
- positieve evaluaties van medewerkers;
- bewustwording en daling van blootstelling.

Interventies gericht op preventie gehoorschade bij frequente blootstelling aan geluid

Bij de interventies die zijn gericht op preventie van gehoorschade bij frequente blootstelling aan geluid worden bij de toelichting de volgende namen genoemd:

Door bedrijfsartsen:

- audiometrie bij blootgestelden;
- PAGO Geluid;
- audiologische onderzoek, audiologische hulpmiddelen;
- voorlichting en informatie; PMO geluid;
- ad hoc metingen inkoopnorm.

Door arbeidshygiënisten:

- voorlichting.

Het effect van interventies die zijn gericht op preventie van gehoorschade bij frequente blootstelling aan geluid wordt door de respondenten als volgt verwoord:

Door bedrijfsartsen:

- beperking (verdere) gehoorschade;
- uitblijven of stabiliseren van gezondheidsschade;
- bewustwording dragen PBM;
- geen gehoorschade door werk;
- bewustzijn van noodzaak van gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Door ergonomiemedewerkers:

- advies over geluidreductie wordt meestal opgevolgd;
- over het algemeen wordt wel wat met de geluidsadviezen gedaan en is het prettiger werken voor de mensen.

Door arbeidshygiënisten:

- goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen;
- evaluatie; herhaling metingen;
- positieve evaluaties van medewerkers;
- bewustwording en daling van blootstelling.

Interventies bij blootstelling aan straling

Bij de interventies die zijn gericht op blootstelling aan straling worden bij de toelichting de volgende namen genoemd (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- geheel van regels omtrent stralingshygiëne neergelegd in handboek en getoetst via audits en werkplekbezoeken;
- stralingscursussen;
- stralingsonderzoek;
- voorlichting, training;
- opleiding straling monitoring.

Het effect van interventies die zijn gericht op blootstelling aan straling wordt door de respondenten als volgt verwoord (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- blootstelling wordt gemonitord via badges. Geen overschrijding van dosislimieten geconstateerd in de afgelopen jaren;
- iedereen die met straling werkt, is goed geïnformeerd over gedragsregels, beschermende maatregelen etc.;
- badges bij stralingsmedewerkers tonen zelden te hoge doses;
- weinig incidenten worden gemeld.

Andere interventies en de daarbij behorende toelichtingen

Tot slot is door de respondenten een aantal andere, niet in de vragenlijst genoemde interventies op het terrein van preventie genoemd. Het gaat daarbij om de volgende interventies:

Door bedrijfsartsen:

- De workshop RSI. Het volgende effect wordt gesignaleerd:
 - bewustwording van risico's en effect op duurzame werkhervatting.
- ergonomisch advies bij bouw/verbouw, met als genoemd effect:
 - met deze inzet voorkom je dat men foute beslissingen neemt.
- verlichting, waarvan het volgende effect:
 - evaluatie.
- hepatitis B-vaccinatie. Het effect dat wordt genoemd is:
 - bij prikaccidenten komt het bijna niet voor dat het slachtoffer niet gevaccineerd is.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- Een verdiepende RI&E fysiek. Als effect wordt aangegeven:
 - uitvoer van het uit de RI&E voortkomend plan van aanpak.

Door ergonomiemedewerkers:

- De basistraining ergo-coach, waarbij als effect wordt genoemd:
 - het staat op de agenda bij de afdelingen waar een ergo-coach is, er is aandacht voor.
- beleving van werkplezier, met als gesignaleerd effect:
 - wij evalueren al onze werkplekonderzoeken en we krijgen vaak terug dat mensen het erg hebben gewaardeerd en dat ze dus nu weer prettiger aan het werk zijn. Je bespreekt behalve de harde kant ook de belevingskant van het werk.

Door meerdere professies:

- Interventies gericht op het binnenklimaat (n=2: arbeidshygiënist, bedrijfsarts). Als effect noemt één van de respondenten:
 - goede advisering en het nemen van de juiste maatregelen doen de klachten afnemen (arbeidshygiënist).

Tenslotte werden de volgende interventies genoemd, maar niet verder toegelicht (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- griepvaccinatie;
- mentale belastbaarheid groepen medewerkers;
- infectiepreventie personeel HBV prikaccident-opvang;
- allergenen.

3.5 Voorlichting over preventie

Nagenoeg twee derde van de respondenten geeft aan wel eens voorlichting aan de werkgever te geven. In bijlage 2 wordt aangegeven welke professies bij deze voorlichting zijn betrokken, uitgesplitst naar UMC. Uit de tabel blijkt dat van het Erasmus MC geen gegevens bekend zijn en dat de enige respondent die voor het UMC Maastricht de vragen over voorlichting heeft beantwoord heeft aangegeven dat hier geen voorlichting wordt gegeven.

Tabel 13 toont het door de respondenten ingeschatte effect van hun voorlichting.

TABEL 13 GEMIDDELD INGESCHAT EFFECT VAN VOORLICHTING OVER PREVENTIE AAN DE WERKGEVER: DOET DE WERKGEVER IETS MET GEGEVEN VOORLICHTING?

Voorlichting over:	AMC	VUMC	EMCR	LUMC	UMCG	UMCM	UMCSR	UMCU
Beeldschermen	3		3,25	3,5	3,5	-	3	4
Cytostatica	3	4	4	4	4	-	4	-
Zwangerschap	3	4	3,5	3,5	3,5	-	3	-
Gevaarlijke stoffen	3	4	3	-	-	-	4	2
Geluid	3	4	3	3	3	-	3,5	3
Straling	-	4	4	-	-	-		-
Arbeidsdermatosen	3	3,5	3	-	-	-	3,5	4
Infectiepreventie	4	4	3,33	-	-	-	3,5	3
PSA	2,5	-	4	3	3	-	4	3

- = ik geef geen voorlichting hierover; 4=ja, zeer zeker, 3=ja, in zekere mate, 2=nee, niet genoeg, 1=nee, helemaal niet

Uit de tabel blijkt dat het door de respondenten ingeschatte effect van hun voorlichting aan de werkgever, in termen van door de werkgever genomen initiatief, als hoog wordt ingeschat. Op één uitzondering na (voorlichting over gevaarlijke stoffen binnen het UMC Utrecht) liggen de gemiddelden op of boven de 3.

Voorlichting risico's gebruik beeldschermen

Nagenoeg 43% van de respondenten geeft aan geen voorlichting over het gebruik van beeldschermen te geven. Bij de toelichting op de vraag staat het volgende te lezen:

-

Door bedrijfsartsen:

- ik geef vaak uitgebreid voorlichting, met verwijzing naar de RSI workshop en vroege interventie.

Door ergonomiemedewerkers:

- ik geef niet altijd genoeg voorlichting. Vaak denkt men dat het niet mogelijk is om aan taakrotatie te doen;
- als ik bij het management van een afdeling uitleg waarom ze iets zouden moeten doen, dan wordt daar vaak wel gehoor aan gegeven.

Voorlichting cytostatica

Bijna twee derde van de respondenten geeft aan geen voorlichting over cytostatica te geven.

Bij de toelichting worden de volgende twee opmerkingen geplaatst:

Door bedrijfsartsen:

- dit is een taak van de arbeidshygiënist.

Door ergonomiemedewerkers:

- deze voorlichting is onderdeel van de voorlichting zwanger en werk.

Voorlichting zwangerschap op het werk

Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan geen voorlichting over zwangerschap op het werk te geven. De volgende opmerking staan bij de toelichting:

Door bedrijfsartsen:

- zwangeren worden momenteel al voordat ze ziek gemeld worden naar mijn spreekuur gestuurd met de vraag waar men op moet letten bij deze specifieke werkneemster om ziekte te voorkomen.

Door ergonomiemedewerkers:

- een effect van deze voorlichting is dat men weer extra informatie heeft en de juiste weg weet te vinden voor afspraken;
- ik zie en spreek deze mensen niet meer na die tijd, heb dus geen zicht op het effect.

Voorlichting gebruik van / blootstelling aan gevaarlijke stoffen

Bijna 60% van de respondenten geeft aan geen voorlichting aan de werkgever te geven over gebruik van en/of blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Er stonden drie opmerkingen bij de toelichting (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- er is bij onderzoeksafdelingen veel vraag naar informatie hierover, maar deze informatie is nog niet makkelijk toegankelijk voor medewerkers;

- voorlichting is gedaan door de arbeidshygiënist;
- doe ik niet zelf.

Voorlichting blootstelling aan geluid

Ruim de helft van de respondenten geeft aan geen voorlichting te geven over blootstelling aan geluid. De volgende opmerkingen staan vermeld:

Door bedrijfsartsen:

- komt weinig voor;
- ik zie het bewustzijn, maar in hoeverre beschermingsadviezen op de werkplek consequent worden nageleefd weet ik niet.

Door ergonomiemedewerkers:

- adviezen t.a.v. aanpassingen worden meestal wel uitgevoerd.

Voorlichting blootstelling aan straling

Ruim 80% van de respondenten geeft aan geen voorlichting over blootstelling aan straling te geven.

Bij de toelichting staan twee korte opmerkingen (beide door bedrijfsartsen):

- er zijn stralingsartsen en stralingshygiënisten;
- doe ik niet zelf.

Voorlichting arbeidsdermatosen

Iets minder dan de helft van de respondenten geeft aan niet bij de voorlichting over arbeidsdermatosen te zijn betrokken. Drie opmerkingen staan bij de toelichting op deze vraag (uitsluitend van bedrijfsartsen):

- ik verwijs naar het spreekuur van de dermatoloog, arbeidsdermatosen, advies wordt doorgaans uitgevoerd. In RI&E vragen hieromtrent;
- incidenteel geef ik voorlichting op afdelingen en aan preventie medewerkers. Het komt hiermee wel op de agenda als een beroepsrisico;
- doe ik niet zelf.

Voorlichting infectiepreventie

Ruim 42% van de respondenten geeft aan geen voorlichting over infectiepreventie te geven. De volgende opmerkingen zijn hierbij gemaakt (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- ik doe dat als lid van de ziekenhuisinfectiecommissie;
- alle adviezen in dat kader worden opgevolgd;

- geef deze voorlichting incidenteel na tuberculose blootstelling;
- om precies te zijn: griepvaccinatie: er heerst te veel emotie rondom het onderwerp. We bereiken niet voldoende medewerkers;
- vaak is er een expliciete vraag in een specifieke situatie. Bij een duidelijk antwoord/advies met uitleg wordt dit advies meestal opgevolgd.

Voorlichting over psychosociale arbeidsbelasting

Ruim zestig procent van de respondenten geeft aan hier geen voorlichting over te geven. Twee opmerkingen staan bij de toelichting:

Door bedrijfsartsen:

- vaak blijft het bij voorlichting en bewustwording op gang brengen.

Door ergonomiemedewerkers:

- verweven in onze werkplekonderzoeken wordt daar door de individuele medewerker wel iets mee gedaan).

Andere voorlichtingen over preventie

De deelnemers aan de vragenlijst hadden de ruimte om zelf nog niet in de vragenlijst genoemde vormen van voorlichting aan te geven. De volgende opmerkingen staan bij deze open vraag te lezen:

Door bedrijfsartsen:

- voorlichting over griepvaccinatie;
- voorlichting over omgaan met verzuim;
- voorlichting nieuwe artsen t.a.v. risico's burn-out en patiëntveiligheid;
- voorlichting over sociale wetgeving (blijkt bij herhaling nodig);
- health check nazorg, advies en e.v.t. verwijzing in relatie tot BRAVO-factoren;
- voorlichting over duurzame inzetbaarheid;
- voorlichting: van verzuim naar gezondheidsmanagement;
- voorlichting over onze rol als bedrijfsarts (adviesfunctie);
- medisch inhoudelijke voorlichting (vertaling van medische diagnoses in beperkingen waarmee rekening moet worden gehouden t.b.v. participeren in arbeid.

Door ergonomiemedewerkers:

- voorlichting aan het management over het nut van ergocoaches.

Door arbeidshygiënist:

- RI&E;
- ongevalsmeldingen.

3.6 Gesprekken over uitbreiding dienstverlenersovereenkomst

Aan de professionals is gevraagd of zij wel eens gesprekken voeren met de werkgever (divisiebestuur, werkplekmanager, vertegenwoordiger Raad van Bestuur) over een eventuele uitbreiding van de dienstverlenersovereenkomst ten behoeve van preventie. Dertig procent van de bedrijfsartsen geeft aan dergelijke gesprekken wel eens te voeren. De toelichting laat zien dat het hierbij gaat om gesprekken met (uitsluitend ingevuld door bedrijfsartsen):

- een gemandateerd portefeuillehouder;
- een contractbeheerder (directeur Servicebedrijf);
- de Raad van Bestuur, HRM, managementteams;
- de bedrijfsleiders.

3.7 Verwijzingen van individuele werknemers in het kader van preventie

Eén van de vragen aan de respondenten ging over het in het kader van preventie verwijzen van individuele werknemers naar diverse specialisten. In tabel 14 wordt aangegeven om welke verwijzingen het daarbij gaat en in hoeverre die worden gerapporteerd. Tussen haakjes staat het aantal personen dat de vraag heeft gezien en beantwoord. Voor de haakjes het aantal personen dat bevestigend heeft geantwoord.

TABEL 14 WAT VOOR VERWIJZINGEN VAN INDIVIDUELE WERKNEMERS VOERT U IN HET KADER VAN PREVENTIE UIT?

Verwijzingen naar:	AMC	VUMC	EMCR	LUMC	UMCG	UMCM	Radboud	UMCU
huisarts	2 (3)	1 (2)	0 (1)	3 (4)	3 (7)	1	6 (9)	3
medisch specialist	3	1(1)	1	2 (4)	2 (7)	1	5 (9)	3
arbeidshygiënist	2 (3)	1 (2)	1	3 (4)	2 (7)	1	5 (9)	2 (3)
veiligheidsdeskundige	2 (3)	2	1	3 (4)	1 (7)	1	1 (9)	1 (3)
bedrijfsarts	1	1	1	1	2 (5)	-	3 (4)	1
bedrijfsfysiotherapeut	2 (3)	2	-	0 (4)	2 (5)	1	5 (9)	0 (3)
ergonomiemedewerker	2 (3)	0 (2)	0 (1)	3 (4)	2 (5)	1	2 (8)	3
arbo-adviseur	2 (3)	2	0 (1)	2 (4)	0 (7)	1	1 (8)	3
een trainingscentrum								
bewegingsapparaat	0 (3)	0 (2)	0 (1)	2 (4)	2 (7)	0 (1)	2 (9)	3
ik verwijs niet	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (4)	2 (7)	0 (1)	1 (9)	0 (3)

Naar alle genoemde professionals blijkt te worden verwezen. Twee professionals, twee uit het UMCG (ergonomiemedewerker en een ergonomiemedewerker) en één uit het UMC St Radboud (manager Arbo& Veiligheid / Arbeidshygiënist) hebben aangegeven geen verwijzingen te doen. Aan de professionals is gevraagd of zij – behalve naar de in tabe14 genoemde professionals nog naar andere personen of instanties verwijzen. Hierop is het volgende geantwoord:

Door bedrijfsartsen:

- psycholoog 1^e en 2^e lijn (n=6);
- bedrijfsmaatschappelijk werk (n=3);
- Ciran/Topcare;
- psychologenbureau SKILS;
- life style coach;
- psycholoog en bedrijfsmaatschappelijk werk;
- revalidatiecentrum;
- training mindfulness;
- A&O;
- bedrijfsmaatschappelijk werk (n=2);
- diëtist;
- Zintens (neurocognitief onderzoek);
- fysiotherapeut.

Door ergonomiemedewerkers:

- voedingsdeskundige;
- bedrijfsmaatschappelijk werk;
- sportcentrum;

Tenslotte is gevraagd of de door de respondenten genoemde verwijzingen aan bepaalde restricties zijn gebonden. Ruim een kwart van de professionals antwoordden hierop bevestigend. Zij gaven de volgende toelichting (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- externen kunnen kosten met zich meebrengen voor werknemer/werkgever;
- niet altijd worden de kosten volledig gedekt door de zorgverzekeraar. Verwijzing is dan afhankelijk van bereidheid van werkgever om bij te dragen in de kosten;
- voor sommige verwijzingen is toestemming HRM vereist;
- indien er kosten aan verbonden zijn die niet vergoed worden door verzekeraar toestemming leidinggevende nodig, die de kosten gaat betalen;
- werkgever moet bereid zijn kosten te dragen;
- SKILS (psycholoog): werkgever moet ook akkoord zijn en zelf ook een aanmeldingsformulier insturen (en akkoord zijn met gedeeltelijke financiering) Bedrijfsmaatschappelijk werk: er is een vastgesteld budget binnen onze arbodienst waar we niet zomaar over;
- als het extra geld kost ontstaat de discussie is het werk de oorzaak;
- werk gerelateerd.

3.8 Op preventie gerichte programma's

Geïnterviewd is tevens of er binnen de UMC's specifieke programma's op het terrein van preventie worden uitgevoerd. Hieruit kwam een veelheid van interventies naar voren die in onderstaand overzicht alfabetisch zijn opgesomd. Vervolgens is in de literatuur gezocht naar deze interventies met het doel vast te stellen of er iets bekend is over evidence-based resultaten ten aanzien van verzuimreductie als gevolg van de genoemde interventies.

In totaal werden er 36 verschillende preventieve activiteiten genoemd. Een aantal daarvan werd meerdere keren genoemd, vaak door verschillende medewerkers uit dezelfde ziekenhuizen. In het overzicht is een aantal genoemde interventies samengevoegd. De interventies "Biologische agentia, blootstelling cytostatica, gebruik zuurkasten, geheel van regels omtrent stralingshygiëne neergelegd in handboek en getoetst via audits en werkplekbezoeken, PAGO Lood en PAGO Geluid" werden in het overzicht samengevoegd onder het kopje "omgaan met". De activiteiten waarover in de literatuur informatie werd gevonden worden hierna besproken.

Overzicht preventieve maatregelen:

- Agressie en geweld (methode veilige zorg)
- AWO onderzoek
- Dialoog
- Duurzame inzetbaarheid` als pilot bij enkele afdelingen
- Fit in Balans
- UMCG Fitness
- Griepvaccinatie
- Hands for You
- Infectiepreventie personeel HBV prikaccident-opvang
- KANS
- Leefstijlspreekuur
- Lichamelijke belasting
- Mentale belastbaarheid groepen medewerkers
- Mindfulness
- Nazorg bij ingrijpende gebeurtenissen
- ODIN
- Ontdek de kracht in jezelf
- Omgaan met:

- Blootstelling cytostatica
- Zuurkasten
- Regels omtrent stralingshygiëne (volgens handboek)
- PAGO Lood
- PAGO Geluid
- Biologische agentia
- Preventie Advies Centrum
- Preventieprogramma Fysieke belasting
- Preventieprogramma werkdruk
- PSA
- PMO handeczeem
- RSI/KANS
- Veiligheid coaching
- Vitaliteits onderzoek
- UMCG werkbelevingsonderzoek
- Werken in balans
- WPA werkplekadvies
- Zwangerschap en werk dat werkt

In de literatuur is gezocht naar de vermelde interventies met het doel te onderzoeken of deze evidence based zijn, of in hoeverre er iets over vermeld wordt. Hieruit kwam naar voren dat de meeste namen die genoemd zijn in officiële publicaties niet terug te vinden zijn. De namen die genoemd zijn van interventies die wel werden gevonden, worden hier onder beschreven.

Agressie en geweld (methode veilige zorg, UMCG preventieprogramma)

Met de zoekterm “Agressie en geweld” werd een scriptie gevonden. Hierin wordt het volgende beschreven:

In de nieuwe NVAB richtlijn “Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen” staan de onderdelen beschreven van het diagnostische proces. De bedrijfsarts handelt volgens de stappen uit dit diagnostische proces, zodat werkgerelateerde factoren als pesten op het werk en de gevolgen daarvan systematisch in kaart gebracht worden.

Bij spanningsklachten volgt en beoordeelt de bedrijfsarts het herstelproces, stimuleert de zelfzorg van de werknemer en mobiliseert zo nodig andere zorgsystemen. Bij een gunstig beloop is geen andere actie nodig. Bij stagnatie indiceert en initieert de bedrijfsarts interventies en ziet toe op

adequate uitvoering daarvan. Verwijzen of delegeren gebeurt zonnodig voor steunende en/of coachende interventies naar bedrijfsmaatschappelijk werker, psycholoog of psychiater voor verdergaande analyses van risicovolle werkomstandigheden kunnen de arbeidshygiënist, ergonomoom of A&O psycholoog ingeschakeld worden. Cognitieve gedragstherapie is de meest effectieve interventie. Als er sprake is van een depressie of angststoornis is afstemming met de huisarts op zijn plaats. De eerder ingezette behandeling wordt gecontinueerd en de bedrijfsarts moet daarbij extra alert zijn in de uitvoering van de rol als procesbegeleider. Verder is monitoring (met de 4 DKL) belangrijk, en taxatie van een eventueel suiciderisico. De bedrijfsarts zal een specialistische behandeling adviseren en verwijzen (in overleg met de huisarts) naar een psycholoog of psychiater. Het is dan wel belangrijk om het effect van de behandeling te monitoren en met de behandelaar te overleggen. Bij een angststoornis is werkhervatting volgens het 'exposure principe' aan te raden.

Aanstellingskeuringen kunnen preventief gebruikt worden, maar deze kunnen alleen worden verricht in relatie tot psychische belastbaarheid dat wil zeggen wanneer de functie speciale eisen stelt aan die belastbaarheid. In de Leidraad aanstellingskeuringen blijkt dat dit het geval is bij functies waarbij verhoogde waakzaamheid en oordeelsvermogen tot de functie-eisen behoort. Aanstellingskeuringen mogen niet gebruikt worden om de kwetsbaarheid van werknemers op het gebied van ongewenst gedrag te screenen. Bovendien staat in het Besluit aanstellingskeuringen (art. 3 lid 1) dat er pas een aanstellingskeuring mag worden verricht wanneer de risico's voor de gezondheid en veiligheid niet met gangbare maatregelen (zie boven bij 8) gereduceerd kunnen worden.

Duurzame inzetbaarheid

Waar precies op gedoeld wordt de door een respondent aangegeven interventie 'Duurzame inzetbaarheid' kan niet uit de toelichting worden opgemaakt. De indruk bestaat dat er een pilot-onderzoek wordt uitgevoerd dat te maken heeft met duurzame inzetbaarheid. In het algemeen is er nog weinig bekend over de effecten van maatregelen en interventies ter bevordering van het functioneren op de werkvloer van de oudere werknemer en ook over welke interventies kunnen voorkomen dat ouderen het arbeidsproces verlaten. Hierover is in 2012 een uitvoerig rapport gepubliceerd (Brouwer et al, 2012). Daaruit komt naar voren dat veel interventies gericht zijn op loopbaanbeleid en op arbeidsomstandigheden-of gezondheidsbeleid en niet op arbeidsvoorwaarden. Verder wordt uit de grijze literatuur duidelijk dat de resultaten tussen de bedrijven en sectoren onderling niet goed te vergelijken zijn en de kwaliteit van de rapporten door veel ontbrekende informatie niet goed vast te stellen is.

Fit in Balans

Uit de literatuur blijkt dat de pilot Fit in Balans erop is gericht om aandachtspunten bij werknemers wat betreft inzetbaarheid en werkvermogen vast te stellen en dat de pilot tevens deelnemers stimuleert om stappen te zetten richting een gezondere leefstijl. Het project is volgens een persbericht van het St Radboud Ziekenhuis een goede manier om mede invulling te geven aan preventief beleid gericht op duurzame inzetbaarheid. In Nijmegen is besloten dit project als regulier aanbod periodiek aan de medewerkers aan te bieden, gekoppeld aan aanbod van advies/begeleiding en (verwijzing naar) gerichte interventies met betrekking tot vitaliteit en inzetbaarheid. Gebruik maken van dit aanbod is vrijwillig.

Hands for You

“Hands for You” (of Hands4U) betreft een (promotie) onderzoek dat wordt uitgevoerd aan de Universiteit van Amsterdam en dat gericht is op de preventie van handeczeem. Dit onderzoek is nog in volle gang en er zijn nog geen resultaten bekend. In de toekomst kunnen op dit onderzoek wel mogelijk evidence based interventies gebaseerd worden, die zullen dan echter waarschijnlijk niet meer tot het domein van de arbodienst gerekend worden.

Mentale belastbaarheid groepen medewerkers

Voor de signalering van psychische problemen wordt de Vragenlijst belasting en beoordeling van de Arbeid (VBBA) veel gebruikt. Deze bevat verschillende modules over uiteenlopende onderwerpen die met het werk te maken hebben, zoals werktempo en werkhoeveelheid, emotionele belasting, lichamelijke inspanning, afwisseling in het werk, leermogelijkheden, zelfstandigheid, geestelijke belasting, relatie met collega's, relatie met direct leidinggevende, inspraak, problemen met de taak, onduidelijkheid over de taak, veranderingen in de taak, informatie, communicatie en contactmogelijkheden. Op grond hiervan zouden interventies kunnen worden ingezet.

Mindfulness

Mindfulness is een combinatie van aandachtstraining en westerse psychologie. De training blijkt effectief mits gegeven volgens “de regelen der kunst”. Er zijn verschillende wetenschappelijke publicaties waaruit blijkt dat mindfulness werkt, zo geeft Prins aan in een artikel in De Stentor. En het ziekteverzuim kan er mee worden teruggedrongen. In een rekensom legt hij het volgende uit: “Als ik €50.000 euro investeer in een training mindfulness voor 25 medewerkers in werktijd en dat leidt tot 1 % minder ziekteverzuim dan heb ik al een winst van een half miljoen”.

Ontdek de kracht in jezelf

Over “Ontdek de kracht in jezelf” en “Zwangerschap en werk: dat werkt” werden folders gevonden. De folder over zwangerschap is een folder vanuit ergonomisch perspectief. Er werd geen theorie gevonden die aan deze folders ten grondslag ligt. Ook over de verschillende preventieprogramma’s “werkdruk, veiligheid coaching en nazorg bij ingrijpende gebeurtenissen” is niets gevonden. Mogelijk betreft het hier richtlijnen of protocollen, maar het is onduidelijk of deze door de Arbodienst medewerkers worden toegepast.

Omgaan met middelen, geluid of straling

De volgende interventies worden genoemd, te weten omgaan met:

- biologische agentia
- blootstelling cytostatica
- zuurkasten
- regels omtrent stralingshygiëne (volgens handboek)
- PAGO Lood
- PAGO Geluid

Over het omgaan met gevaarlijke stoffen, straling en dergelijke bestaan richtlijnen die algemeen gebruikt worden in de UMC's. In hoeverre deze richtlijnen evidence based zijn is echter onbekend.

Preventie Advies Centrum

Waarschijnlijk wordt met de interventie Preventie Advies Centrum bedoeld op het feit dat indien nodig advies wordt ingewonnen van het Preventie Advies Centrum (PAC) van de sector Arbo & Milieu van het Rijnland Ziekenhuis In Rotterdam. Dit centrum heeft twee belangrijke doelstellingen namelijk het voorkomen van (langdurig) verzuim en re-integratie van medewerkers in hun eigen werk. Het gaat daarbij om medewerkers bij wie sprake is van (dreigend) langdurig verzuim door fysieke en/of psychische klachten.

PSA

PSA staat voor psychosociale arbeidsbelasting. Omdat hier wordt aangegeven dat in het betreffende UMC dat risico wordt vastgesteld en betreft dit geen interventie.

PMO handeczeem

PMO staat voor Preventief Medisch Onderzoek. PMO is een verzameling van methoden om de gezondheid van werkende mensen te bewaken en te bevorderen. PMO bestaat uit onderzoek van de gezondheid, en activiteiten (interventies) om de gezondheid te verbeteren, als daar op basis van het

onderzoek een reden voor bestaat. Het is primair bedoeld voor individuele werkende mensen. Daarnaast kan men met PMO ook een beeld krijgen van de gezondheid van groepen werknemers. Voor individuele werknemers, maar ook voor een groep kan men activiteiten (interventies) opzetten ter bevordering van de gezondheid. Het kent in principe drie kerndoelen namelijk (1) preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen bij individuele en groepen werknemers, (2) het bewaken en bevorderen van de gezondheid van individuele en groepen werknemers in het werk en (3) het bewaken en verbeteren van het functioneren en de inzetbaarheid van individuele werknemers. Het is daarmee te ruim om als individuele interventie te betitelen.

RSI/KANS

“KANS” gaf geen resultaten in de literatuur, wel “CANS. Dat is het acronym voor Chronische Aandoeningen van of klachten aan Nek, Schouder en armen. Dit blijkt geen interventie te zijn, maar een aanduiding voor klachten.

UMCG Werkbelevingsonderzoek

Werkbelevingsonderzoek vindt in het UMCG op verzoek van een afdeling plaats. Het onderzoek zelf is derhalve geen interventie.

3.9 Screening TBC en MRSA

Zestig procent van de respondenten geeft aan dat er binnen hun UMC screening plaats vindt op TBC en MRSA van werknemers die in het kader van hun werk in het buitenland zijn geweest. Eén respondent (bedrijfsarts UMC Leiden) geeft aan dat dit soort screenings naar zijn weten niet plaats vinden binnen zijn UMC. Ruim veertig procent van de respondenten geeft aan een specifieke taak te hebben bij dergelijke screenings. Der volgende taken worden genoemd (uitsluitend door bedrijfsartsen):

- beoordelen screeningsresultaten (n=2);
- bij positief resultaat nadere vervolgstappen zetten: behandeling of verwijzing (n=6);
- screening ook voor studenten;
- begeleiding /(beperkte) behandeling;
- medisch inhoudelijk;
- collega bedrijfsarts is eindverantwoordelijke in dit beleid;
- als bedrijfsarts.

3.10 Overige vragen

Tenslotte is gevraagd of bedrijfsfysiotherapeuten binnen de UMC's op de werkplek behandelen en adviseren en of er binnen de UMC's vertrouwenspersonen zijn aangewezen die door de werknemers kunnen worden benaderd bij bijvoorbeeld een te hoge psychische werkdruk of agressie op het werk. Drie-en-veertig procent van de respondenten geeft een bevestigend antwoord op de vraag of bedrijfsfysiotherapeuten binnen de UMC's op de werkplek behandelen en adviseren. De volgende toelichting wordt gegeven:

Door bedrijfsartsen:

- op indicatie gewone fysiotherapeuten.

Door bedrijfsfysiotherapeuten:

- bedrijfsfysiotherapeuten werken hands off;
- adviseren zeker ja behandelen zeker nee.

Door ergonomiemedewerkers:

- hier wordt alleen geadviseerd, er wordt niet behandeld.

Negentig procent van de respondenten geeft aan dat er binnen hun UMC vertrouwenspersonen zijn aangewezen. Twee derde van de respondenten geeft aan ook daadwerkelijk naar deze vertrouwenspersonen te verwijzen. Nagenoeg een kwart van de respondenten geeft aan dat genoemde vertrouwenspersonen ook onderdeel uitmaken van een zogenaamde klokkenluidersregeling, die erop gericht is dat werknemers zonder risico knalpunten op de werkvloer kunnen aankaarten. Een veel groter percentage, ruim 63%, is echter niet van het bestaan van een dergelijke regeling op de hoogte.

3.11 Opmerkingen

In het afsluitende vrije tekstveld van de vragenlijst konden deelnemende professionals een eventuele laatste opmerking kwijt. Er is één voor dit onderzoek relevante opmerking gemaakt:

- Door een langdurig reorganisatie binnen ons UMC is er al geruime tijd onduidelijkheid over de producten die de komende tijd door de Arbo dienst uitgevoerd gaan worden. Dit geeft naast onrust binnen de afdeling ook een groeiend ongenoegen bij de klanten (bedrijfsfysiotherapeut).

4 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen

Bij de start van het project is een aantal vraagstellingen geformuleerd die hier zullen worden beantwoord.

De eerste vraag gaat in op het aantal preventieve activiteiten dat door bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers binnen de acht universitair medische centra in Nederland wordt uitgevoerd. Uit het onderzoek is een scala van preventieve activiteiten naar voren gekomen, variërend van interventies op het terrein van duurzame inzetbaarheid, leefstijl en vitaliteit, psychosociale arbeidsbelasting, preventie arbeidsdermatosen, omgaan met agressie, beeldschermgebruik, zwangerschap op het werk, omgaan met gevaarlijke stoffen en straling, blootstelling aan geluid, tiltechnieken, omgaan met (het bereiden van) cytostatica en preventie van inhalatie anesthetica. Nagenoeg al deze interventie blijken in de UMC's voor te komen. Daarnaast hebben de deelnemende professionals nog andere interventies aangegeven, die niet in de vragenlijst waren opgenomen. In het onderzoek is tevens geïnventariseerd over welke preventieve activiteiten door de betrokken professies voorlichting aan de werkgever wordt gegeven. Ook deze inventarisatie heeft veel gegevens opgeleverd, zij het dat het Erasmus MC Rotterdam hierover geen data heeft aangeleverd. Het is op basis van deze inventarisatie helaas niet mogelijk om een betrouwbaar beeld te krijgen van verhoudingen tussen de acht UMC's van de mate waarin preventieve handelingen en de voorlichting daarover voorkomen. De gepresenteerde gegevens moeten worden gezien als een eerste oriënterend onderzoek.

De tweede vraag van het onderzoek richt zich op andere 'aanpalende' disciplines die preventieve activiteiten uitvoeren binnen de UMC's. Het antwoord op deze vraag kan worden geformuleerd op basis van de interviews met drie arbodiensten (de driegesprekken) en aan de hand van de antwoorden van de respondenten op de digitale vragenlijst. De volgende beroepen en functies zijn in dit onderzoek naar voren gekomen:

- arbeidshygiënist;
- A&O-medewerker;
- stralingsveiligheidsdeskundige, stralingsarts, stralingshygiënist;
- bedrijfsmaatschappelijk werker;
- tweedelijns psycholoog;
- preventiemedewerker;
- ergocoach;
- arbo-adviseur en
- voedingsdeskundige.

Deze opsomming is zeker niet uitputtend. Zo geven bijvoorbeeld ook medisch specialisten en verpleegkundigen adviezen die het karakter van secundaire preventie hebben. Maar secundaire preventie maakt bij de hier opgesomde beroepen wel een essentieel onderdeel van hun verantwoordelijkheid uit.

De derde onderzoeksvraag betreft de bijdrage die preventieve activiteiten van bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten leveren aan de inzetbaarheid en het welbevinden van de werknemer in de UMC's. Deze vraag is met de resultaten van dit onderzoek helaas niet geheel betrouwbaar te beantwoorden. Uit de literatuur die is onderzocht aan de hand van de door de respondenten aangegeven namen van interventieprogramma's blijkt dat er geen preventieve interventies worden genoemd met een wetenschappelijk onderzocht aantoonbaar effect. Dat rechtvaardigt de voorzichtige conclusie dat het bij de gehanteerde preventieve handelingen niet om evidence based interventies gaat; een conclusie die aansluit bij de bevindingen van het BIMRA-rapport (Groothoff et al. 2008). Een kanttekening bij deze conclusie is wel dat uit de reacties van sommige respondenten de indruk is ontstaan dat één en dezelfde interventie vaak verschillend wordt benoemd, waardoor het zoeken in de literatuur nog extra wordt bemoeilijkt en kan worden getwijfeld aan de juistheid van alle gegeven namen van interventies (zie ook aanbevelingen). Behalve het evidence based of wetenschappelijk vastgesteld effect van interventies kan echter tevens een practice based beeld over het effect ervan bestaan. Zo ook worden er in de re-integratiebranche tal van interventies gehanteerd die weliswaar nooit wetenschappelijk zijn onderzocht, maar die in de praktijk door zowel de klant als de betrokken professional als effectief worden beoordeeld. Een indruk van de practice based effectiviteit van de geïnventariseerde interventies wordt verkregen aan de hand van de reacties van de respondenten op de vraag of zij effect signaleren van de interventies die zij hanteren. Uit deze reactie blijkt dat een dergelijk effect door veel respondenten wel wordt gezien, namelijk bijvoorbeeld in termen van:

- een verhoogd bewustzijn van gezond c.q. veilig handelen, veilige houding, gezonde leefstijl, van risico's etc.;
- het door de klant opvolgen van de door de professional gegeven adviezen;
- daling van ongewenste accidenten en incidenten;
- lage dosis straling op aangebrachte badges;
- beperking van gehoorschade, uitblijven of stabiliseren van andere gezondheidsschade etc.;
- positieve evaluaties van medewerkers.

Zo lang het om een door mensen waargenomen en niet wetenschappelijk aangetoond effect gaat zijn er geen harde bewijzen voor de werkzaamheid van preventieve interventies, maar voor lang niet alle interventies bestaan de financiële mogelijkheden om deze wetenschappelijk te toetsen en voor een groot aantal van deze interventies geldt dat een dergelijke ‘toets’ methodologisch zeer complex is en daarom relatief duur.

De laatste onderzoeksvraag betreft het financieel rendement voor de werkgever in termen van kostenreductie door verlaging van het ziekteverzuim, als gevolg van de ingezette preventieve interventies. Het beantwoorden van deze onderzoeksvraag vergt eveneens een zeer complexe onderzoeksopzet. Immers, eerst moet wetenschappelijk worden vastgesteld of een bepaalde interventie effectief is. Deze vaststelling wordt bemoeilijkt door het feit dat op gezondheid en welbevinden, evenals op het ontstaan van ziekte en verzuim een veelheid van factoren van invloed is. Het onderzoekmatig isoleren van het effect van een interventie is daarbij uitermate ingewikkeld, omdat geen persoon hetzelfde is en het creëren van twee gelijke groepen waarbij – onder gelijkblijvende omstandigheden – de ene de interventie wel krijgt aangeboden en de andere niet nagenoeg onmogelijk is. Is er toch wetenschappelijk bewijs voor het effect van een interventie dan dient dat effect te worden vertaald naar een verwachting omtrent de reductie van het ziekteverzuim die zou optreden indien de interventie wordt toegepast, afgezet tegen de situatie dat de interventie achterwege zou blijven. Indien daar een reële inschatting van gemaakt kan worden dan kan met een eenvoudige rekensom worden vastgesteld of een interventie voor een werkgever financieel rendeert, namelijk door de afname van loondoorbetalingskosten bij uitblijven of verkorting van verzuim af te zetten tegen de kosten van de interventie. Indien de interventie aan een grote groep cliënten wordt aangeboden dan nemen de kosten voor de interventie uiteraard toe maar de besparing op loondoorbetalingskosten eveneens.

Een belangrijke bevinding uit de gegevens van het onderzoek is dat preventie soms niet van de grond komt door financiële belemmeringen. Dat kunnen belemmeringen zijn die bij de klant liggen, zoals het betalen van een eigen bijdrage bij verwijzing naar een eerstelijns psycholoog, maar ook belemmeringen bij de werkgever, die vanwege de bezuinigingen niet meer wil inzetten op bepaalde vormen van preventie. Daarmee is vanuit een ander perspectief aangegeven dat het inzetten van preventie zich niet alleen laat leiden door het vermeende effect ervan, maar dat er hierbij ook strategische en financiële aspecten een rol bij spelen. Daarbij is uit dit onderzoek ook gebleken dat er tussen de UMC's verschillen bestaan ten aanzien van de verwijsmogelijkheden die er binnen het ziekenhuis bestaan. Een goed voorbeeld daarvan betreft de verwijsmogelijkheden naar een tweedelijns psycholoog, die in sommige UMC's wel bestaan en in andere niet. Concreet zou dit

verschil in verwijsmogelijkheden tot gevolg kunnen hebben dat ook de mogelijkheden tot preventie op dit terrein niet voor alle UMC's gelijk zijn. Verder onderzoek zou hierop meer licht kunnen doen schijnen.

4.1 Kanttekeningen bij de methodologie

Bij de gehanteerde methodologie van dit onderzoek kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste is het van belang om te realiseren dat het hier om een eerste oriënterend en inventariserend onderzoek gaat. Dat betekent dat de gegevens die het onderzoek hebben opgeleverd een indicatie vormen van wat er op preventief gebied met betrekking tot de onderzochte professies voor 'handelingen' worden verricht. De gevonden getallen daarbij komen voort uit de inschatting van een proportie van de binnen de UMC's werkende professionals binnen de drie disciplines en niet uit de inschatting van alle professionals die er werkzaam zijn. Daarnaast speelt bij de interpretatie van de data mee dat deze inschatting onjuist kan zijn of dat personen onvoldoende zicht hebben op de gegevens die worden gevraagd.

Een tweede knelpunt dat bij het invullen van de vragenlijst heeft gespeeld is dat deze lang was en dat er om veel toelichtingen is gevraagd. Dit vroeg bij respondenten om een lange adem en heeft zich bij een aantal van hen vertaald in het niet geheel afronden van alle vragen. Met name de gegevens uit het Erasmus MC Rotterdam en uit het UMC Maastricht komen mede daardoor uit zeer beperkte bron en soms zijn gegevens uit deze ziekenhuizen afwezig. Desondanks heeft het onderzoek een schat aan gegevens opgeleverd die zeker waardevol kunnen zijn als ze in het perspectief van een eerste inventarisatie worden beschouwd.

Met name over de derde en vierde onderzoeksvraag, gericht op het effect van interventies en het rendement voor de werkgever, kon met de huidige onderzoeksopzet slechts beperkt gegevens worden aangeleverd. Onderzoek naar het effect van preventieve interventies wordt door de complexe aard en om de hoge kosten daarvan slechts zeer uitgevoerd en binnen de huidige onderzoeksmarges kon geen effectstudie worden verricht. Het aantonen van het effect van slechts één van de door professionals genoemde interventies zou al tot een onderzoeksopzet hebben geleid die vele malen complexer en kostbaarder zou zijn dan het huidige onderzoek. Desalniettemin zijn wel aanwijzingen gevonden voor het practice-based effect van de geïnventariseerde interventies.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan. Ten eerste is het van belang om de gegevens die dit onderzoek hebben voortgebracht opnieuw te analyseren vanuit het oogpunt van gemeenschappelijkheid van de data. Door de professionals is een groot aantal interventies genoemd die wellicht in ieder ziekenhuis een andere

naam hebben, maar waarbij het in essentie om dezelfde interventies gaat. Het zou zeer aanbevelenswaardig zijn om personen met een goed overzicht over de bedrijfsgeneeskundige, bedrijfsfysiotherapeutische en ergonomische zorg binnen de acht UMC's de resultaten van dit rapport te laten beoordelen op overlap c.q. gemeenschappelijkheid van alle genoemde interventies. Een tweede aanbeveling ligt op het terrein van de mogelijkheden voor het vaststellen van het effect van preventief handelen. Het zou aanbevelenswaardig zijn om bij vervolgonderzoek naar dit effect ook de 'klant' c.q. medewerker zelf te betrekken. Globaal zijn er drie bronnen: 'harde' wetenschappelijke gegevens, zoals verzuimreductie, en 'zachte' gegevens zoals door professionals ingeschatte effecten van preventie en de inschatting van de klant van deze effecten. Het spreekt voor zich dat evidence-based uitspraken over het effect van preventie de voorkeur verdienen, maar gezien de eerder genoemde kosten en methodologische knelpunten zijn deze uitspraken in veel gevallen niet te realiseren. In een situatie waarin veelal afgegaan moet worden op zachte effectmaten is het van belang om ook het oordeel van de klant over een ingezette preventieve activiteit mee te nemen.

Een derde en laatste aanbeveling betreft het uitvoeren van een vervolgonderzoek om te inventariseren wat de gevolgen zijn van de financiële belemmeringen die er voor de klant bestaan bij het inzetten van preventie. Om welke preventieve handelingen gaat het daarbij precies? Betekent dat dat van deze preventieve handelingen wordt afgezien of dat naar alternatieven wordt gezocht? In dien het laatste het geval is: om welke alternatieven gaat het daarbij en wat is het oordeel van de professional en de klant over het effect daarvan?

Geraadpleegde literatuur

- **Brouwer S., Lange A., Mei S. van der, Wessels M., Koolhaas W., Bültmann U., Heijden B. van der, Klink J. van der** (2012). Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken. Overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit verschillende perspectieven. Radboud Universiteit Nijmegen.
- **Donders et al., N, Bos J, Gulden J van der**. Fit in balans. Dit betreft de resultaten van een evaluatie op grond van vragenlijstonderzoek. Dit betreft een pilotonderzoek.
- **Everaert P., Bos E., Roox G., Hagelen E., Roeterdink L.** (2008) Werkgroep Arbocatalogus voor Fysieke belasting NFU.
- **Eysink P.E.D., Blatter B.M., Gool C.H. van, Gommer A.M., Bossche S.N.J. van den.** (2008) TNO-Kwaliteit van Leven.
- **NVAB.** Leidraad Preventief Medisch Onderzoek. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB, 2005. Persbericht: Pilot "Fit in Balans" succesvol! (2010). Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen.
- **Pomp E, Buskens E.** (2012) Gezond en actief ouder worden. Maatschappelijke baten van Healthy Ageing onderzoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 2012, nummer 4, Spectrum, 107-8.
- **Ronner S., Bastiaanssen M., Siegert H., Wielaard P.** (2007). Agressie en geweld. Radboud Universiteit Nijmegen.
- **Stentor** (2011). Mindfulness tegen werkstress, 29 november.
- **Zwart, B.C.H., de, R. Prins en J.W.J. van der Gulden** (2011). Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts, AStri, Leiden.

Bijlage 1 Preventieve handelingen innen de UMC's

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCU	UMCG	UMCN	UMCM	Totaal
Interventie duurzame inzetbaarheid									
BA	3 (5)	2 (3)	-	3 (4)	1 (3)	2 (3)	4 (7)	0 (1)	15 (26)
BF	-	-	1 (1)	-	-	1 (2)	-	-	2 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	1 (2)	0 (1)	-	1 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	1 (3)	-	2 (7)
Totaal	3 (6)	2 (4)	1 (1)	4 (5)	1 (4)	4 (8)	5 (11)	0 (1)	20 (40)
Interventie Leefstijl / Vitaliteit									
BA	3 (5)	2 (3)	-	3 (4)	2 (3)	3 (3)	6 (7)	1 (1)	20 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	1 (3)	-	2 (7)
Totaal	3 (6)	2 (4)	0 (1)	4 (5)	2 (4)	3 (8)	7 (11)	1 (1)	22 (40)
Interventie psychosociale arbeidsbelasting (PSA) / stresshantering									
BA	3 (5)	2 (3)	-	3 (4)	2 (3)	3 (3)	5 (7)	0 (1)	18 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (3)	-	1 (7)
Totaal	3 (6)	2 (4)	0 (1)	4 (5)	2 (4)	3 (8)	5 (11)	0 (1)	19 (40)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCU	UMCG	UMCN	UMCM	Totaal
Tiltechnieken									
BA	2 (5)	2 (3)	-	2 (4)	0 (3)	1 (3)	1 (7)	0 (1)	8 (26)
BF	-	-	1 (1)	-	-	2 (2)	-	-	3 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	2 (2)	0 (1)	-	2 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	1 (1)	1 (3)	-	3 (7)
Totaal	2 (6)	2 (4)	1 (1)	3 (5)	0 (4)	6 (8)	2 (11)	0 (1)	16 (40)
Preventie klachten prepareren cytostatica									
BA	2 (5)	3 (3)	-	2 (4)	0 (3)	1 (3)	1 (7)	0 (1)	9 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	1 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	1 (4)
anders	-	1 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	3 (3)	-	5 (7)
Totaal	3 (6)	4 (4)	0 (1)	3 (5)	0 (4)	1 (8)	4 (11)	0 (1)	15 (40)
Preventie inhalatie anesthetica									
BA	2 (5)	2 (3)	-	3 (4)	0 (3)	1 (3)	1 (7)	0 (1)	18 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	1 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	3 (3)	-	1 (7)
Totaal	2 (6)	3 (4)	0 (1)	4 (5)	0 (4)	1 (8)	4 (11)	0 (1)	19 (40)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCU	UMCG	UMCN	UMCM	Totaal
Preventie arbeidsdermatosen									
BA	2 (5)	3 (3)	-	3 (4)	1 (3)	1 (3)	5 (7)	0 (1)	16 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	1 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	2 (3)	-	4 (7)
Totaal	2 (6)	4 (4)	0 (1)	4 (5)	1 (4)	1 (8)	7 (11)	0 (1)	20 (40)
Training omgaan met agressie									
BA	4 (5)	1 (3)	-	3 (4)	0 (3)	1 (3)	2 (7)	0 (1)	11 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (3)	-	1 (7)
Totaal	4 (6)	1 (4)	0 (1)	4 (5)	0 (4)	1 (8)	2 (11)	0 (1)	12 (40)
Preventie klachten beeldschermgebruik									
BA	2 (5)	3 (3)	-	3 (4)	1 (3)	2 (3)	4 (7)	0 (1)	15 (26)
BF	-	-	1 (1)	-	-	2 (2)	-	-	3 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	2 (2)	1 (1)	-	3 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	1 (1)	3 (3)	-	5 (7)
Totaal	2 (6)	3 (4)	0 (1)	4 (5)	1 (4)	7 (8)	8 (11)	0 (1)	26 (40)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCU	UMCG	UMCN	UMCM	Totaal
Interventie m.b.t. zwangerschap op het werk									
BA	4 (5)	3 (3)	-	2 (4)	3 (3)	2 (3)	5 (7)	0 (1)	19 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	1 (2)	-	-	1 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	1 (2)	0 (1)	-	1 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	1 (1)	3 (3)	-	5 (7)
Totaal	4 (6)	3 (4)	0 (1)	3 (5)	3 (4)	5 (8)	8 (11)	0 (1)	26 (40)
Interventies m.b.t. het gebruik van gevaarlijke stoffen									
BA	2 (5)	3 (3)	-	3 (4)	0 (3)	1 (3)	2 (7)	0 (1)	11 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	1 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	3 (3)	-	5 (7)
Totaal	2 (6)	4 (4)	0 (1)	4 (5)	0 (4)	1 (8)	5 (11)	0 (1)	16 (40)
Preventie klachten blootstelling aan geluid									
BA	2 (5)	3 (3)	-	3 (4)	0 (3)	1 (3)	3 (7)	0 (1)	12 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	1 (2)	1 (1)	-	2 (4)
anders	-	1 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	3 (3)	-	5 (7)
Totaal	2 (6)	4 (4)	0 (1)	4 (5)	0 (4)	2 (8)	7 (11)	0 (1)	19 (40)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCU	UMCG	UMCN	UMCM	Totaal
Interventie m.b.t. het omgaan met straling									
BA	2 (5)	2 (3)	-	3 (4)	0 (3)	1 (3)	2 (7)	0 (1)	10 (26)
BF	-	-	0 (1)	-	-	0 (2)	-	-	0 (3)
EM	0 (1)	-	-	-	-	0 (2)	0 (1)	-	0 (4)
anders	-	0 (1)	-	1 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (3)	-	1 (7)
Totaal	2 (6)	2 (4)	0 (1)	4 (5)	0 (4)	1 (8)	2 (11)	0 (1)	11 (40)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

Bijlage 2 Het geven van voorlichting over interventies

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCG	UMCM	UMCN	UMCU	Totaal
Risico's frequent gebruik beeldschermen									
BA	1 (3)	0 (2)	-	3	0 (2)	0 (1)	1 (2)	1	6 (14)
BF	-	-	-	-	1	-	-	-	1
EM	-	-	-	-	2	-	-	-	2
anders	-	0 (1)	-	1	1	-	1	-	3 (4)
Totaal	1 (3)	0 (3)	-	4	4 (6)	0 (1)	2 (3)	1	12 (21)
Cytostatica									
BA	1 (3)	1 (2)	-	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (2)	0 (1)	2 (14)
BF	-	-	-	-	1	-	-	-	1
EM	-	-	-	-	0 (2)	-	-	-	0 (2)
anders	-	1	-	1	0 (1)	-	1	-	3 (4)
Totaal	1 (3)	2 (3)	-	1 (3)	1 (5)	0 (1)	1 (3)	0 (1)	6 (21)
Zwangerschap op het werk									
BA	1 (3)	1 (2)	-	2 (3)	0 (2)	0 (1)	1 (2)	0 (1)	5 (14)
BF	-	-	-	-	1	-	0	-	1
EM	-	-	-	-	0 (2)	-	-	-	0 (2)
anders	-	0 (1)	-	0 (1)	1	-	0 (1)	-	1 (3)
Totaal	1(3)	1 (3)		2 (4)	2 (6)	0 (1)	1 (3)	0 (1)	7 (21)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCG	UMCM	UMCN	UMCU	Totaal
Gebruik van / blootstelling aan gevaarlijke stoffen									
BA	1 (3)	1 (2)	-	1 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (2)	1	4 (14)
BF	-	-	-	-	0 (1)	-	-	-	0 (1)
EM	-	-	-	-	0 (2)	-	-	-	0 (2)
anders	-	1	-	1	0 (1)	-	1	-	3 (4)
Totaal	1 (3)	2 (3)	-	2 (4)	0 (6)	0 (1)	1 (3)	7	6 (21)
Omgaan met / blootstelling aan geluid									
BA	1 (3)	1 (2)	-	1 (3)	0 (2)	0 (1)	1 (2)	1	4 (14)
BF	-	-	-	-	0 (1)	-	-	-	0 (1)
EM	-	-	-	-	1 (2)	-	-	-	1 (2)
anders	-	1	-	0 (1)	0 (1)	-	1	-	2 (4)
Totaal	1 (3)	2 (3)	-	1 (4)	1 (6)	0 (1)	2 (3)	1	9 (21)
Omgaan met / blootstelling aan straling									
BA	3	1 (2)	-	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (2)	0 (1)	4 (14)
BF	-	-	-	-	0 (1)	-	-	-	0 (1)
EM	-	-	-	-	0 (2)	-	-	-	0 (2)
anders	-	0 (1)	-	1	0 (1)	-	0 (1)	-	1 (3)
Totaal	3	1 (3)	-	1 (4)	0 (6)	0 (1)	0 (3)	0 (1)	5 (21)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

	AMC	VUMC	Erasmus	LUMC	UMCG	UMCM	UMCN	UMCU	Totaal
Infectiepreventie									
BA	2 (3)	2	-	1 (3)	0 (2)	0 (1)	2	1	8 (14)
BF	-	-	-	-	0 (1)	-	-	-	0 (1)
EM	-	-	-	-	0 (2)	-	-	-	0 (2)
anders	-	0 (1)	-	1	0 (1)	-	0 (1)	-	1 (4)
Totaal	2 (3)	2 (3)	-	2 (4)	0 (6)	0 (1)	2 (3)	1	9 (21)
Psychosociale arbeidsbelasting (PSA) / stresshantering / stressmanagement									
BA	2 (3)	0 (2)	-	1 (3)	0 (2)	0 (1)	1 (2)	1	5 (14)
BF	-	-	-	-	0 (1)	-	-	-	0 (1)
EM	-	-	-	-	1 (2)	-	-	-	1 (2)
anders	-	0 (1)	-	1	0 (1)	-	0 (1)	-	0 (4)
Totaal	2 (3)	0 (3)	-	2 (4)	1 (6)	0 (1)	1 (3)	1	7 (21)

BA = bedrijfsarts

BF = bedrijfsfysiotherapeut

EM = ergonomiemedewerker

Bijlage 3 Vragenlijst

Vragenlijst preventief handelen

1. Ik ben:

- bedrijfsarts
- bedrijfsfysiotherapeut
- ergonomiemedewerker
- anders, namelijk:

2. Ik ben werkzaam in:

- AMC Amsterdam
- VUMC Amsterdam
- Erasmus MC Rotterdam
- LUMC Leiden
- UMC Groningen
- UMC Maastricht
- UMC St Radboud
- UMC Utrecht

Randvoorwaarden preventie

Hoe preventief handelen gestalte krijgt is mede afhankelijk van de randvoorwaarden die binnen uw ziekenhuis gelden, zoals de visie van bij preventie betrokken professionals op preventie, de aanwezige kennis en vaardigheden, de disciplines die binnen het ziekenhuis aanwezig zijn om preventie vorm te geven en de financieringssystematiek.

Visie op preventief handelen

3. Bestaat er binnen uw interne arbodienst *tussen* de drie genoemde disciplines (interdisciplinair) consensus over wat tot de taak van de professional en wat tot de taak van de werkgever behoort als het om preventie gaat?

- er bestaan geen verschillen in visie tussen de drie professies onderling
- er bestaan verschillen in visie tussen bedrijfsartsen en bedrijfsfysiotherapeuten, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

- er bestaan verschillen in visie tussen bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

- er bestaan verschillen in visie tussen bedrijfsartsen en ergonomiemedewerkers, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

4. Bestaat er binnen uw interne arbodienst *binnen* de drie genoemde disciplines (intradisciplinair) consensus over de verantwoordelijkheid van de professie op het terrein van preventief handelen?

- er bestaan verschillen in visie tussen bedrijfsartsen onderling, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

- er bestaan verschillen in visie tussen bedrijfsfysiotherapeuten onderling, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

- er bestaan verschillen in visie tussen ergonomiemedewerkers onderling, namelijk op het terrein van:

Korte toelichting:

.....
.....

5. Bestaat er binnen uw UMC een verschil in visie tussen de werkgever en de interne arbodienst over tot wiens taak (werkgever of arbodienst) sommige preventieve handelingen behoren?

- ja, er bestaat een verschil in visie
- nee, deze visie is hetzelfde

Indien ja, korte toelichting:

.....
.....

6. Is er binnen uw UMC ten aanzien van secundaire preventie (vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekte) consensus over wat onder 'vroegtijdig' wordt verstaan?

- ja
- nee

Indien nee, korte toelichting:

.....
.....

Kennis en vaardigheden

7. Is er bij bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers voldoende kennis over arbeidsrisico's en leefstijl om op die terreinen preventief te kunnen werken of signaleert u lacunes?

(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- ik signaleer geen lacunes wat betreft kennis en vaardigheden bij bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en ergonomiemedewerkers
- ik signaleer een gebrek aan kennis en vaardigheden bij bedrijfsartsen, enwel op het volgende terrein:
- ik signaleer een gebrek aan kennis en vaardigheden bij bedrijfs-fysiotherapeuten, enwel op het volgende terrein:
- ik signaleer een gebrek aan kennis en vaardigheden bij ergonomie-medewerkers, enwel op het volgende terrein:

Korte toelichting:

.....
.....

Betrokken professionals (uitsluitend in te vullen door bedrijfsarts)

8. Werkt er binnen uw UMC:

(graag aanvinken indien aanwezig)

- een arbeidshygiënist?
- een biologische veiligheidsdeskundige (biologische agentia)?
- een stralings-veiligheidsdeskundige?
- een A&O-deskundige?

- een preventiemedewerker?

Zo ja, verwijst u in het kader van preventie wel eens naar deze professionals door?

- ja, ik verwijs soms door
- nee, ik verwijs nooit door

Korte toelichting:

.....
.....

9. Is in uw UMC bij het laboratorium en bij de verpleging de functie van ergocoach ingesteld?

- ja
- nee
- weet ik niet

Financieringssystematiek

10. Zijn er knelpunten ten aanzien van de **financieringssystematiek binnen het UMC** die preventief handelen in de weg staan?

- ja
- nee

Indien ja, korte toelichting:

.....
.....
.....

11. Zijn er preventieve handelingen c.q. interventies die u graag zou willen uitvoeren maar waar u vanaf ziet vanwege de kosten die dat voor de klant (medewerker van het UMC) met zich meebrengt?

- ja
- nee

Indien ja, korte toelichting:

.....
.....

12. Zijn er preventieve handelingen c.q. interventies die u graag zou willen uitvoeren maar waar u om andere redenen niet aan toe komt c.q. die om andere redenen niet haalbaar blijken?

- ja

- nee

Indien ja, korte toelichting:

.....
.....

Het verrichten van preventieve handelingen

13. Welke preventieve handelingen (zowel primaire als secundaire preventie) verricht u binnen uw UMC?

U kunt in het onderstaande lijstje aanvinken of u de genoemde handelingen verricht / interventies uitvoert c.q. erbij betrokken bent:

Handelingen op terrein van inventariserend onderzoek

- Periodiek Medisch Onderzoek (PMO)
- aanstellingskeuring, voor:,
- arbeidsomstandigheden spreekuur
- arbeidsgezondheidskundig onderzoek naar werkgebonden risico's
- inventariseren arbeidsrisico's op de werkvloer (RI&E)

Uitvoeren van interventies

- interventies op het terrein van leefstijl / vitaliteit

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

- interventies op het terrein van duurzame inzetbaarheid

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

- interventies op het terrein van psychosociale arbeidsbelasting (PSA)

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

tiltechnieken

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

interventies ter voorkoming van inhalatie anesthetica

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

interventies gericht op het voorkomen van arbeidsdermatosen

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

training omgaan met agressie

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

interventies ter voorkoming klachten frequent gebruik beeldschermen

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:
- Signaleert u effect van deze interventie(s)?*
- nee
- ja, namelijk:
- interventies ter voorkoming klachten door prepareren cytostatica
- Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?*
- nee
- ja, namelijk:
- Signaleert u effect van deze interventie(s)?*
- nee
- ja, namelijk:
- interventies met betrekking tot zwangerschap op het werk
- Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?*
- nee
- ja, namelijk:
- Signaleert u effect van deze interventie(s)?*
- nee
- ja, namelijk:
- interventies m.b.t. gebruik van / blootstelling aan gevaarlijke stoffen
- Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?*
- nee
- ja, namelijk:
- Signaleert u effect van deze interventie(s)?*
- nee
- ja, namelijk:
- interventies m.b.t. omgaan met / blootstelling aan geluid
- Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?*
- nee
- ja, namelijk:
- Signaleert u effect van deze interventie(s)?*
- nee
- ja, namelijk:
- interventies m.b.t. omgaan met / blootstelling aan straling
- Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?*

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

- andere interventie (1), namelijk

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

- andere interventie (2), namelijk

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

- andere interventie (3), namelijk

Indien aangekruist, heeft / hebben deze interventie(s) een naam?

- nee
- ja, namelijk:

Signaleert u effect van deze interventie(s)?

- nee
- ja, namelijk:

14. Geeft u wel eens voorlichting aan de werkgever over preventie?

- ja
- nee

Zo ja, waar geeft u wel eens voorlichting over?

- Risico's frequent gebruik beeldschermen

Indien u wel eens voorlichting geeft over gebruik van beeldschermen aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over beeldschermen

- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....

.....

Cytostatica

Indien u wel eens voorlichting geeft over cytostatica aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over cytostatica
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....

.....

Zwangerschap op het werk

Indien u wel eens voorlichting geeft over zwangerschap op het werk aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over zwangerschap
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....

.....

Gebruik van / blootstelling aan gevaarlijke stoffen

Indien u wel eens voorlichting geeft over gevaarlijke stoffen aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over gevaarlijke stoffen
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Omgaan met / blootstelling aan geluid

Indien u wel eens voorlichting geeft over geluid aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over geluid
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Omgaan met / blootstelling aan straling

Indien u wel eens voorlichting geeft over straling aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over straling
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Arbeidsdermatologie

Indien u wel eens voorlichting geeft over geluid aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over arbeidsdermatologie
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Infectiepreventie

Indien u wel eens voorlichting geeft over geluid aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over infectiepreventie
- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Stresshantering / stressmanagement

Indien u wel eens voorlichting geeft over geluid aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ik geef geen voorlichting over cytostatica
- ja, zeer zeker

- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....

.....

- Ander soort voorlichting, namelijk
- Ander soort voorlichting, namelijk
- Ander soort voorlichting, namelijk

Let op: vraag 15 is uitsluitend voor bedrijfsartsen!

15. Voert u wel eens gesprekken met de werkgever (divisiebestuur, werkplekmanager, vertegenwoordiger Raad van Bestuur) over uitbreiding van de dienstverlenersovereenkomst ten behoeve van preventie?

- ja, aan:
- nee

Zo ja, waar geeft u wel eens voorlichting over?

1.
2.
3.
4.

Indien u wel eens voorlichting geeft aan de werkgever, wordt er dan naar uw mening iets mee gedaan?

- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....

.....

17. Wat voor verwijzingen van individuele werknemers voert u in het kader van preventie uit?

Verwijzingen naar:

- huisarts
- medisch specialist
- arbeidshygiënist
- veiligheidsdeskundige
- ergonoom (*indien u zelf ergonoom bent: deze vraag niet aankruisen*)
- arbo-adviseur
- een trainingscentrum bewegingsapparaat
- anders, namelijk
- anders, namelijk
- anders, namelijk
- ik verwijs niet

18. Is het verwijzen naar de bij vraag 10 genoemde professionals aan bepaalde restricties gebonden?

- ja
- nee
- n.v.t. (ik verwijs niet)

Zo ja, kunt u uw antwoord kort toelichten?

.....
.....
.....

19. Behandelen en adviseren bedrijfsfysiotherapeuten binnen uw UMC op de werkplek?

- ja
- nee
- er zijn binnen ons ziekenhuis geen bedrijfsfysiotherapeuten
- weet ik niet

Eventuele toelichting

.....
.....

20. Werken er behalve eventuele bedrijfsfysiotherapeuten ook 'gewone' fysiotherapeuten binnen uw UMC?

- ja
- nee

Indien ja, op welke terreinen vindt in het kader van preventie afstemming plaats?

1.
2.
3.
4.

21. In alle UMC's draait momenteel het 'preventieprogramma fysieke belasting' en een 'preventieprogramma voor lawaaidoofheid'. Zijn er binnen uw UMC nog meer programma's operationeel op het terrein van preventie?

- ja
- nee

Indien ja, op welke programma's zijn dit en waar zijn ze op gericht?

- Programma, gericht op:
- Programma, gericht op:
- Programma, gericht op:
- Programma, gericht op:
- Programma, gericht op:

22. Zijn er binnen uw UMC vertrouwenspersonen aangewezen die door werknemers kunnen worden benaderd bij bijvoorbeeld een te hoge psychische werkdruk of agressie op het werk?

- ja
- nee

Indien ja, verwijst u wel eens naar deze vertrouwenspersonen door?

- ja
- nee

23. Maken de in vraag 22 genoemde vertrouwenspersonen binnen uw UMC ook onderdeel uit van een zogenaamde 'klokkenluidersregeling', die erop gericht is dat werknemers zonder risico knelpunten op de werkvloer kunnen aankaarten?

- ja
- nee
- weet ik niet

24. Vindt binnen uw UMC screening van werknemers op TBC en MRSA plaats die in het kader van hun werk of studie naar het buitenland gaan?

- ja
- nee
- weet ik niet

Indien ja, bent u bij deze screening betrokken?

- ja, mijn taak is daarbij:
- nee

25. Bent u bij tijdelijke op preventie gerichte projecten betrokken?

- ja
- nee

Zo ja, welke projecten zijn dit en wat is daarin uw taak?

Project:, taak:

Project:, taak:

Project:, taak:

Project:, taak:

Signaleert u enig effect van de projecten waarbij u betrokken bent?

- ja, zeer zeker
- ja, in zekere mate
- nee, niet genoeg
- nee, helemaal niet
- daar heb ik geen zicht op

Korte toelichting:

.....
.....

Eventuele opmerkingen:

