

# Actuele en opkomende kwesties in de gezondheidszorg, thuiszorg en maatschappelijke zorg

Europese Waarnemingspost voor risico's

Samenvatting

Auteurs:

Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO)

Karolina Pawlowska-Cypriak, Katarzyna Hildt-Ciupińska, Marzena Malińska (CIOP)

Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM)

Projectbeheer:

Adrian Suarez, Emmanuelle Brun, Europees Agentschap voor gezondheid en veiligheid op het werk (EU-OSHA)

**De dienst Europe Direct helpt u antwoorden te krijgen  
op al uw vragen over de Europese Unie**

**Gratis telefoonnummer (\*):**

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* Sommige providers van mobiele telefoniediensten geven geen toegang tot 00 800-nummers of brengen hiervoor kosten in rekening.

Meer gegevens over de Europese Unie vindt u op het internet (<http://europa.eu>).

Catalogusgegevens bevinden zich op de omslag van deze publicatie.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2014

ISBN: 978-92-9240-498-7

doi: 10.2802/33116

© Europees Agentschap voor gezondheid en veiligheid op het werk, 2014

Overneming met bronvermelding toegestaan.

## Samenvatting

De Europese gezondheidszorg speelt een essentiële rol in het behalen van de doelstellingen van de Europa 2020-strategie doordat zij een bijdrage levert aan de gezondheid en het welzijn van de hele beroepsbevolking en samenleving. Deze sector is bovendien een belangrijke werkgever die door demografische veranderingen waarschijnlijk steeds belangrijker gaat worden. Deze veranderingen zorgen ervoor dat werkgevers in de gezondheidszorg niet alleen te maken krijgen met steeds hogere eisen die een vergrijzende bevolking aan de dienstverlening stelt, maar ook met groeiende tekorten op de arbeidsmarkt als gevolg van dalende geboortecijfers. In 2030 is de beroepsbevolking in de Europese Unie (EU) mogelijk afgenomen van 303 miljoen mensen naar 280 miljoen mensen. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de potentiële groei en duurzaamheid van pensioenen, maar ook voor de financiering van de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg en de werving van nieuwe werknemers die deze diensten moeten verlenen. Hoewel de vraag naar werknemers in de gezondheidszorg door personeelstekorten naar verwachting zullen toenemen, blijkt uit onderzoek dat in vergelijking met andere sectoren met soortgelijke vaardigheids- en opleidingsniveau's juist in de gezondheidszorg vaak slechte arbeidsomstandigheden en lage lonen worden geboden. Dit heeft al geleid tot een aanzienlijke toename van de mobiliteit van werknemers binnen en buiten de EU en kan in de toekomst de personeelstekorten verder vergroten.

De gezondheidszorg/maatschappelijke zorg is één van de grootste sectoren in Europa met circa 10 % van de werknemers in de EU, van wie 77 % vrouw. Een aanzienlijk deel van de werknemers werkt in ziekenhuizen; ze kunnen echter ook op andere plekken gevonden worden zoals verpleeghuizen, artsenpraktijken en in andere gerelateerde vakgebieden van de gezondheidszorg.

In dit verslag wordt ingegaan op de huidige problemen op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk (OSH-kwesties - *Occupational Safety and Health*) in de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg in de lidstaten van de EU. Er is zowel onderzoek gedaan naar activiteiten op het gebied van gezondheidszorg in instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen als naar de activiteiten die in de woningen van de patiënten worden verricht. Werknemers in de gezondheidszorg hebben te maken met allerlei activiteiten en omgevingen die een bedreiging vormen voor hun gezondheid en waardoor ze risico lopen op beroepsziekten en werkgerelateerde ongevallen. Vele omstandigheden waarin zorgverleners hun werk uitvoeren en de veelheid aan taken die ze verrichten, bijvoorbeeld wanneer ze directe zorg aan lichamelijk of geestelijk gehandicapten verlenen, patiënten verplegen of schoonmaakwerkzaamheden uitvoeren, kunnen **allerlei gevaren** met zich meebrengen. **Werknemers in de gezondheidszorg worden blootgesteld aan allerlei bijkomende risico's zoals:**

- biologische risico's; zoals infecties door verwonding met een injectienaald en andere overdraagbare ziekten;
- chemische risico's; waaronder risico's in verband met geneesmiddelen die bij de behandeling van kanker worden gebruikt en door desinfectiemiddelen;
- fysieke risico's; zoals risico's in verband met ioniserende straling;
- ergonomische risico's; bijvoorbeeld tijdens de verpleging van een patiënt; en
- psychosociale risico's; inclusief geweld en werken in ploegendiensten.

De combinatie van deze zeer uiteenlopende risico's maakt van de gezondheidszorg een risicovolle sector.

De gezondheidszorg en maatschappelijke zorg moet in Europa niet alleen het hoofd bieden aan welbekende gevaren, maar heeft ook te maken met nieuwe ontwikkelingen en trends die geleid hebben tot een aantal nieuwe problemen op het gebied van gezondheid en veiligheid op het werk die aangepakt en opgelost moeten worden. Het gaat onder andere om demografische, sociale, technologische en culturele trends in de lidstaten van de EU, die een impact op de bestaande zorgpatronen kunnen hebben. Voorbeelden hiervan zijn een stijgend tekort aan vakmensen in de gezondheidszorg; een vergrijzend

personeelsbestand met onvoldoende nieuwe aanwas om de werknemers die met pensioen gaan te vervangen; de opkomst van nieuwe behandelpatronen voor de omgang met talrijke chronische aandoeningen; het toenemende gebruik van technologie waardoor nieuwe vaardigheden moeten worden geleerd; en een verstoorde verhouding tussen het vaardigheidsniveau en het arbeidspatroon van de werknemers. Deze veranderingen zijn van invloed op de arbeidsomstandigheden en uiteindelijk op het welzijn en de veiligheid van de werknemers in de gezondheidszorg.

Hoofddoel van dit verslag is het verkennen en in kaart brengen van de huidige en opkomende OSH-risico's en -problemen in de gezondheidszorg, inclusief de thuis- en gemeenschapszorg. In dit verslag staat de volgende vraag centraal: ***Wat zijn de huidige en opkomende OSH-risico's en -problemen voor vakmensen in de gezondheidszorg en welke invloed hebben deze problemen op de veiligheid en gezondheid van werknemers in de gezondheidszorg en de diensten die zij verlenen?***

In dit verslag wordt niet alleen getracht een antwoord op deze vraag te vinden, maar wordt ook nader ingegaan op de volgende punten:

- De belangrijkste verschillen tussen de gezondheidszorgstelsels in Europa met speciale aandacht voor actuele ontwikkelingen.
- De belangrijkste groepen vakmensen in de gezondheidszorg in Europa.
- De belangrijkste demografische, maatschappelijke en technologische trends en veranderingen die van invloed zijn op gezondheid en veiligheid op het werk in de gezondheidszorg in Europa.
- De belangrijkste risico's die vakmensen in de gezondheidszorg, inclusief niet-professionele werknemers in de thuiszorg, bij het uitvoeren van hun werkzaamheden of in hun arbeidsomgeving lopen. Er wordt een analyse gemaakt van de invloed van deze risico's op het werk en de dienstverlening van deze vakmensen in de zorg.
- Vaststellen welke vakmensen in de gezondheidszorg het meeste risico lopen.
- De opkomst van nieuwe risico's in Europa op basis van contextuele veranderingen en huidige risico's en analyseren hoe deze het werk en de dienstverlening van vakmensen in de gezondheidszorg kunnen beïnvloeden.

Het belang van thuis- en maatschappelijke zorg wordt in het verslag benadrukt, waarbij rekening is gehouden met de volgende aspecten:

- De verschillen tussen de groepen werknemers in de thuiszorg in Europa. Welke verschillen bestaan er tussen de lidstaten op het gebied van opleiding, lonen en arbeidsomstandigheden?
- De manier waarop werk in de thuiszorg is georganiseerd in Europa, waarbij de huidige structuren (publiek, gemengd of particulier) en de verwachte uitdagingen voor werknemers in de thuiszorg in de toekomst worden vastgesteld.
- De mate van bescherming die informele of niet-geregistreerde werknemers in de thuiszorg ontvangen en of de manier waarop de veiligheid en gezondheid op het werk van werknemers in de thuiszorg wordt beheerd sinds de uitvoering van IAO-verdrag nr. 189 is veranderd.
- De OSH-risico's waaraan werknemers in de thuiszorg worden blootgesteld en de manier waarop deze afwijken van de risico's waaraan andere vakmensen in de gezondheidszorg worden blootgesteld.

Om een antwoord op de onderzoeksvragen te kunnen geven is op twee manieren informatie verzameld:

1. bureauonderzoek (literatuuronderzoek); en
2. een verzoek van EU-OSHA (Europees Agentschap voor gezondheid en veiligheid op het werk) aan haar nationale focal points (vragenlijst).

Aan de hand van het literatuuronderzoek is een beoordeling gemaakt van de publicaties in Europa op het gebied van de gezondheidszorginfrastructuur, trends, OSH-risico's en hun invloed op het werk en de

dienstverlening van zorgaanbieders. De onderzochte informatie en gegevens zijn afkomstig van bekende organisaties zoals de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO), de Europese Commissie, deskundigen, gestructureerde databases (bijvoorbeeld statistische databases van de EU) en databases van peer-review getoetste tijdschriften (zoals Scopus, ScienceDirect, PubMed). Daarnaast is Google gebruikt om andere relevante informatie te vinden.

Er is een vragenlijst opgesteld om via de focal points van EU-OSHA informatie op nationaal niveau van individuele EU-lidstaten te verzamelen. In de vragenlijst lag de nadruk op het identificeren van huidige en opkomende OSH-risico's op nationaal niveau. De meerderheid van de antwoorden was afkomstig van vertegenwoordigers van nationale arbeidsinspecties, ministeries met verantwoordelijkheden op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk, arbo- en preventie-instellingen, werknemersorganisaties en de gezondheidszorg. Over het algemeen hadden de respondenten meer dan vijf jaar ervaring met veiligheid en gezondheid op het werk in vakgebieden zoals veiligheid, ergonomie, bedrijfsgeneeskunde of psychologie. Er zijn in totaal 21 vragenlijsten uit 16 landen ontvangen: Albanië, België, Cyprus, Tsjechië, Estland, Frankrijk, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Nederland, Slowakije, Zweden, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk.

De informatie en bevindingen uit het literatuuronderzoek zijn vervolgens samengevoegd met de gegevens uit de vragenlijst.

### **Wat zijn de grootste verschillen tussen de gezondheidszorgstelsels in Europa (noord, zuid, west en oost) en welke ontwikkelingen kunnen er op dit moment worden waargenomen?**

Er bestaan in Europa veel verschillende gezondheidszorgstelsels. De meeste worden op dit moment hervormd onder invloed van diverse ontwikkelingen zoals veranderingen op het gebied van empirisch onderbouwde geneeskunde, kostenbeperkingen, kwaliteitsbeheer, de vergrijzende bevolking (nadruk op geïntegreerde zorg), toenemende nadruk op gezondheidsbevordering en preventie, en veranderingen in de informatie- en communicatietechnologie (ICT) (op klinisch en beheersgebied). Het ontbreken van actuele en vergelijkbare gegevens maakt het erg lastig om de gezondheidszorgstelsels en de invloed ervan op de veiligheid en gezondheid van werknemers in de gezondheidszorg te vergelijken. Bovendien hielden de meeste indicatoren in de gezondheidszorg die tijdens het onderzoek zijn aangetroffen verband met kwaliteit en waren ze niet erg objectief. Tussen de landen is een verschil in financieringsmechanismen waar te nemen; er bestaat echter geen duidelijk verband tussen deze mechanismen en doelmatigheid. Hoewel er zou kunnen worden gesteld dat de prestaties van gezondheidszorgstelsel (efficiëntie, kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening) samenhangen met de veiligheid en gezondheid van de werknemers in de gezondheidszorg, zijn er geen onderzoeken aangetroffen waarin specifiek wordt ingegaan op de relatie tussen deze kenmerken en indicatoren op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Aangezien er geen gegevens beschikbaar waren, is er een poging gedaan om trends, sterke punten of zwakke plekken van de verschillende systemen, die een algemene invloed op de veiligheid en gezondheid van vakmensen in de gezondheidszorg zouden kunnen hebben, vast te stellen.

Overall in Europa is gezondheidszorg nauwelijks kostendekkend. Niet alleen zijn de methodes voor aantrekken van fondsen om de kosten te dekken ontoereikend, maar, nog belangrijker, de kosten van de gezondheidszorg zelf zullen aanzienlijk toenemen. Hoofdprioriteit van de gezondheidszorg in Europa is het zoeken naar evenwichtige begrotingen en uitgavenbeperkingen. Als dit niet wordt gedaan zal er in de Europese stelsels binnenkort geen geld meer zijn om de gezondheidszorg te kunnen betalen. Voorbeelden:

- In het Beveridge-systeem moet het ministerie waaronder gezondheidszorg valt met andere beleidsgebieden strijden om zijn deel van de belastinginkomsten. Bovendien zorgen demografische veranderingen zowel kwantitatief (toegenomen aantal ouderen) als kwalitatief (duurdere zorgverlening en technologie) voor een verhoogde druk op de belastinginkomsten.

- In het Bismarck-systeem moet het stelsel door demografische veranderingen een steeds grotere groep gepensioneerden ondersteunen die geen financiële bijdrage meer aan het stelsel leveren. Bovendien hebben bedrijven door de economische crisis moeten bezuinigen, wat tot een stijging van de werkloosheid heeft geleid, waardoor minder werknemers aan het systeem bijdragen.

Deze toekomstige financieringscrisis in de gezondheidszorg is ook verbonden met de vergrijzing van de bevolking, de gelijktijdige toename van chronische aandoeningen en de stijgende kosten van medische technologie, factoren die onderling met elkaar verbonden zijn.

Herstructurering van de gezondheidszorg en veranderingen van de zorgverlening aan patiënten zullen de arbeidsomgeving natuurlijk ook beïnvloeden. Werkgerelateerd letsel, geweld op de werkplek en stress op het werk zijn onderling gerelateerde aspecten van de arbeidsomstandigheden die niet alleen voor interne veranderingen, zoals het verkleinen van het personeelsbestand, maar ook voor externe veranderingen gevoelig zijn. De veiligheid en gezondheid van werknemers in de gezondheidszorg is van invloed op de zorg voor patiënten en de kosten omdat personeelsverloop en verloren werkdagen van invloed zijn op de continuïteit van de zorg en de beschikbaarheid van opgeleid personeel. Vakmensen in de gezondheidszorg zullen mensen in nood willen helpen, maar de enorme logistiek van de uitgebreide dienstverlening, het huidige en groeiende personeelstekort en het gebrek van beschikbare middelen in toch al overbelaste gezondheidszorgstelsels zullen leiden tot:

- Tekorten op het gebied van distributie, die leiden tot een aanhoudend onvermogen om aan de lokale vraag naar gezondheidszorg te kunnen voldoen.
- Onevenredige verhouding tussen vakmensen in de gezondheidszorg en patiënten, hetgeen ertoe leidt dat artsen en verpleegkundigen diensten van meer dan 12 uur moeten werken. Met een kleiner personeelsbestand wordt het moeilijker toereikende verhoudingen in stand te houden om het vereiste zorgniveau te kunnen garanderen. Verpleegkundigen die langere diensten werken, zullen doorgaans sneller een burn-out krijgen en ontevreden met hun baan zijn, terwijl ze evenmin in staat zijn de mate van zorg te bieden die ze zouden willen verlenen.
- Een toename van alleen werken. Dit wordt een probleem als werknemers handmatige verpleegactiviteiten moeten uitvoeren of moeten omgaan met patiënten of familieleden van wie bekend is dat ze gewelddadig of agressief kunnen reageren.
- Hogere verwachtingen en onrealistische eisen. Artsen en verpleegkundigen zullen zeer gehaast werken en niet genoeg tijd hebben om goede zorg te bieden.
- Behoeft aan zorg met een hogere intensiteit. Naarmate steeds meer patiënten aan chronische aandoeningen gaan leiden, moeten er meer extra uren worden gemaakt om zorg van goede kwaliteit te kunnen bieden.
- Een toename van de behoefte aan thuiszorg, waardoor steeds meer vakmensen in de gezondheidszorg buiten de traditionele instellingen gaan werken. Deze vakmensen (thuiszorgers) die naar de woning van een patiënt moeten gaan, lopen meer risico op verbale en fysieke mishandeling.

Zonder een sterk en groeiend personeelsbestand dat onder betere arbeidsomstandigheden werkt zal de veiligheid en gezondheid van vakmensen in de gezondheidszorg en de kwaliteit van de door hun geboden zorg niet verbeteren. Werken in de gezondheidszorg is al moeilijk genoeg met voldoende personeel; echter zal dit werk door het verwachte tekort aan arbeidskrachten nog moeilijker worden. Dit leidt tot een toename van werkgerelateerde stress die de geestelijke en emotionele gezondheid van werknemers belast. Er zal sprake zijn van een hogere werkbelasting, die aanzienlijk zal toenemen naarmate meer patiënten in Europa zorg nodig hebben. Met een kleiner personeelsbestand zal dit ertoe leiden dat het nu al overspannen medisch personeel overbelast raakt. Doordat personeel meer papierwerk moet doen, wederom mede vanwege de verwachte personeelstekorten, kunnen ze minder tijd aan patiënten besteden,

wat beschouwd wordt als een belasting van het personeel dat veel liever meer directe zorg aan patiënten wil bieden.

### **Welke zijn de belangrijkste groepen zorgverleners in Europa en welke ontwikkelingen kunnen er op de arbeidsmarkt worden waargenomen?**

De gezondheidszorg is onderverdeeld in meerdere deelsectoren die zorgdiensten en -producten aanbieden. De internationale industriële standaardclassificatie van de Verenigde Naties (VN) deelt deze in als het aanbieden van diensten op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. De activiteiten zijn zeer uiteenlopend en omvatten het verlenen van medische zorg door opgeleide artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen en andere instellingen, verzorging in verpleeghuizen die ook enige medische handelingen omvatten, tot sociale dienstverlening waarbij geen medische zorgverleners betrokken zijn. Daarnaast werkt een groot aantal mensen indirect in de gezondheidszorg, in ondersteunende bedrijven en dienstverlenende organisaties, zoals de farmaceutische industrie, bedrijven die medische hulpmiddelen produceren, ziektekostenverzekeraars, gezondheidszorgonderzoek, e-gezondheid, arbo- en preventieorganisaties (OSH) en kuuroorden. Deze categorieën worden in dit verslag echter buiten beschouwing gelaten.

De momenteel in de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg waargenomen werkgelegenheidstrend zet zich in de toekomst door. Tegelijkertijd wordt er in de EU-lidstaten bezuinigd op de uitgaven voor gezondheidszorg. Hoewel landen het hoofd moeten bieden aan allerlei verschillende problemen en personeelsbehoeften; kunnen er enkele algemene uitdagingen worden waargenomen, zoals de behoefte aan informatiesystemen om de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg te kunnen bewaken en de behoefte om aan de wens van personeel te voldoen om nieuwe vaardigheden te leren door middel van opleiding en levenslang leren. Omdat effectieve gezondheidszorgstelsels en het aanbieden van kwalitatief goede gezondheidszorg afhankelijk zijn van de prestaties van adequaat opgeleid, vaardig en gemotiveerd personeel, is het van groot belang voor goede arbeidsomstandigheden te zorgen.

Over het algemeen bestaat er een trend naar meer gemeenschapsgerichte zorg, wat tot een grotere vraag naar thuiszorg leidt. De thuiszorg bestaat niet uit één specifieke beroepsgroep en kan ook informele zorgverleners (mantelzorgers) en huishoudelijk personeel omvatten. Mantelzorgers, arbeidsmigranten en huishoudelijk personeel zijn kwetsbare groepen; ze werken over het algemeen onder minder gunstige arbeidsomstandigheden, genieten minder sociale zekerheid en ontvangen lagere lonen. Met de invoering van IAO-verdrag nr. 189 is getracht huishoudelijk personeel een effectieve bescherming te bieden. Ongunstige arbeidsomstandigheden zijn één van de oorzaken die hebben geleid tot het huidige personeelstekort in de thuiszorg. De tekorten zullen naar verwachting verder oplopen. Uit antwoorden van OSH-deskundigen op de vragenlijst is gebleken dat OSH-wetgeving medewerkers in de thuiszorg minder goed beschermt dan medewerkers die in gezondheidsinstellingen werken.

### **Wat zijn de belangrijkste risico's voor het werk en de arbeidsomgeving van zorgverleners (inclusief medewerkers in de thuiszorg)?**

Om een overzicht van de belangrijkste risico's in de gezondheidszorg te krijgen zijn beschikbare gegevens op Europees-niveau verzameld en geanalyseerd, waaronder de Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (EWCS) en de EU-arbeidskrachtenenquête (LFS). Gebleken is dat

- medewerkers in de gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg in de voorgaande 12 maanden het op drie na hoogste percentage ernstige werkgerelateerde gezondheidsproblemen hebben gemeld, na bedrijfstakken zoals fabricage/productie en bouwnijverheid. Het hoogste percentage beroepsziekten



werd waargenomen in de sectoren 'fabricage' (38 %), 'bouwnijverheid' (13 %), 'groot- en kleinhandel, reparatie' (7 %), 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' (5 %).

- Er zijn meer vrouwen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening die één of meer ongevallen hebben gehad of aan een beroepsziekte hebben geleden dan vrouwen die in andere sectoren werkzaam zijn.
- Uit de vijfde Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden is gebleken dat blootstelling aan biologische en chemische risico's het meest voorkwam in de gezondheidszorg, waar artsen en verpleegkundigen regelmatig in aanraking komen met infectieuze materialen en chemische stoffen die gebruikt worden om instrumenten en de werkplek te ontsmetten.
- Wat betreft risico's in verband met de lichaamshouding komt de sector gezondheidszorg volgens de EWCS op de vijfde plaats, na bouwnijverheid, landbouw, industrie en groot- en kleinhandel, logies en voeding.
- Werkgerelateerde stress, geweld en intimidatie worden erkend als belangrijke gevaren voor de veiligheid en gezondheid op het werk. Deze psychosociale risico's geven redenen tot grote zorg in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, , gevolgd door de sectoren onderwijs en overheid.

De Europese bedrijvenenquête over nieuwe en opkomende risico's (Esener) van EU-OSHA heeft ook relevante gegevens over risicobeheer in de gezondheidszorg opgeleverd en uit de resultaten is gebleken dat problemen zoals ziekteverzuim en psychosociale risico's belangrijke punten van zorg vormen:

- De gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening scoort net boven het EU-gemiddelde wat betreft het uitvoeren van risicobeoordelingen en vergelijkbare maatregelen, maar ligt achter op sectoren zoals bouwnijverheid en fabricage.
- De mate van monitoring van ziekteverzuim in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is het hoogste in de EU.
- In de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening baren werkgerelateerde stress, geweld of dreiging van geweld de meeste zorgen.

Op basis van de verzamelde gegevens, vakliteratuur en de antwoorden op de vragenlijst zijn de volgende risico's in de gezondheidszorg als relatief hoog aangeduid en nader onderzocht:

Risico's	Literatuuronderzoek	Antwoorden uit de vragenlijst
<b>Biologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Door bloed overgedragen ziekteverwekkers</li> <li>▪ Via de lucht overgedragen ziekteverwekkers</li> <li>▪ Contactaandoeningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blootstelling aan biologische agentia</li> <li>▪ Contact met specifieke virussen of bacteriën, bijvoorbeeld: pseudomonas, legionella, tuberculose, hepatitis of HIV</li> <li>▪ Verwondingen door scherpe/spitse voorwerpen</li> <li>▪ Ontbreken van vaccinatieprogramma's</li> <li>▪ Overvolle ziekenhuizen</li> <li>▪ Verandering van de biocidenrichtlijn</li> </ul>

Risico's	Literatuuronderzoek	Antwoorden uit de vragenlijst
<b>Chemisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blootstelling aan chemische stoffen die om uiteenlopende redenen in de gezondheidszorg worden gebruikt, bijvoorbeeld om patiënten te behandelen (geneesmiddelen en narcosemiddelen); tijdens werkzaamheden in het laboratorium; of om oppervlakken en voorraden te ontsmetten en te steriliseren (schoonmaakmiddelen/ontsmettingsmiddelen). In sommige gevallen kunnen geneesmiddelen of andere soorten medicatie voor de behandeling van patiënten, ongewenste gevolgen hebben voor werknemers die hieraan tijdens het prepareren en toedienen van oplossingen worden blootgesteld of die worden blootgesteld aan gassen die tijdens de narcose en aërosolbehandelingen vrijkomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact met specifieke chemische stoffen, bijvoorbeeld: kankerverwekkende stoffen en cytostatica, nanodeeltjes, ontsmettingsmiddelen, narcosegassen en radioactieve stoffen.</li> <li>▪ Allergieën</li> <li>▪ Werk in de thuiszorg</li> <li>▪ Gebrek aan training</li> </ul>
<b>Veiligheidsrisico's</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lawaai</li> <li>▪ Straling (ioniserend en niet-ioniserend)</li> <li>▪ Uitglijden, struikelen en vallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uitglijden, struikelen en vallen</li> <li>▪ Veiligheid van de apparatuur (storingen)</li> <li>▪ Specifieke blootstelling aan fysieke risico's, bijvoorbeeld röntgenstraling of straling</li> </ul>
<b>Ergonomische risico's</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tillen</li> <li>▪ Duwen</li> <li>▪ Onnatuurlijke lichaamshoudingen</li> <li>▪ Herhaalde bewegingen</li> <li>▪ Langdurig staan en zitten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gebrek aan training</li> <li>▪ Slecht ontwerp en ontbrekende /ongeschikte apparatuur</li> <li>▪ Werk in de thuiszorg</li> <li>▪ Hoge werkbelasting waardoor een hoger risico op aandoeningen aan het bewegingsapparaat ontstaat</li> </ul>
<b>Psychosociale risico's</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werktijden</li> <li>▪ Medicijnmisbruik</li> <li>▪ Emotionele belasting</li> <li>▪ Factoren in verband met stress en burn-out</li> <li>▪ Geweld en pesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoge werkbelasting en tijdsdruk, resulterend in stress</li> <li>▪ Gebrek aan controle over het werk</li> <li>▪ Slecht organisatorisch klimaat</li> <li>▪ Taalproblemen, ontbreken van optimale werktijden</li> </ul>

Risico's	Literatuuronderzoek	Antwoorden uit de vragenlijst
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emotionele gebeurtenissen</li> <li>▪ Economische crisis</li> <li>▪ Alleen werken</li> <li>▪ Geweld en intimidatie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multitasking</li> </ul> </li> </ul>

### Specifieke risico's in de thuiszorg

Er zijn verschillende redenen hoe de omgeving waarin thuiszorgers moeten werken tot problemen in hun veiligheid kan leiden. Ten eerste kan de omgeving zelf gevaren met zich brengen, door bijvoorbeeld gebrekkige luchtkwaliteit in de woning of giftige stoffen die negatieve gevolgen voor de gezondheid kunnen hebben. Ten tweede komen dezelfde welomschreven gevaren die in een klinische omgeving voorkomen, ook in de thuiszorg voor; zoals verspreiding van infecties, ontwikkeling van resistente organismen en medicatiefouten. Ten derde kan thuiszorg geboden worden terwijl de omstandigheden niet-controleerbaar zijn. Ten vierde kan het voorkomen dat zorgverleners over onvoldoende opleiding of deskundigheid op het gebied van patiëntveiligheid beschikken en wordt er vaak niet of beperkt toezicht op hun werkzaamheden gehouden. Tenslotte is risicobeheer vooral in de thuiszorg een groot probleem omdat iedere woning in feite een 'werkplek' is. Mogelijk is niet alle benodigde bescherming voor werknemers en patiënten aanwezig of direct beschikbaar. Om deze redenen kan het beheersen van gevaren in de thuiszorg moeilijk zijn.

Er bestaan risicofactoren die voor zowel zorgverleners in instellingen als voor thuiszorgers gelden. Thuiszorg kan echter voor werknemers die tussen de woningen van patiënten moeten reizen en in de verschillende woningen werken een groot veiligheidsprobleem vormen. Letsel als gevolg van verkeersongevallen, overbelasting (en herhaalde bewegingen) bij het assisteren van patiënten en uitglijden, struikelen en vallen in en buiten de woning zijn de belangrijkste oorzaken van verloren werktijd onder thuiszorgers. Andere oorzaken van ongevallen en ziekte onder medewerkers in de thuiszorg zijn blootstelling aan gevaarlijke chemische stoffen (bijtende, irriterende, giftige of allergene stoffen), geraakt worden door objecten, aangevallen worden en gewelddadige handelingen of gedrag te verduren krijgen. Daarnaast kunnen zij tijdens het verlenen van directe zorg aan een patiënt, zoals aankleden of wassen, of tijdens het schoonmaken en koken voor geïnfecteerde cliënten worden blootgesteld aan infectieziekten (bijv. hepatitis, hiv, griep, tbc, mazelen en waterpokken). Sommige arbeidsomstandigheden kunnen bij thuiszorgers ook tot geestelijke of emotionele vermoeidheid leiden. Omgaan met cliënten en familieleden die zeer gespannen zijn en moeilijk om mee om te gaan, en zelfstandig werken in onbekende en oncontroleerbare omstandigheden zijn voorbeelden van situaties die tot stress kunnen leiden.

De volgende risico's voor werknemers in de thuiszorg werden in het literatuuronderzoek en de antwoorden op de vragenlijst het vaakst genoemd:

### Ergonomische risico's

- Kamers in de woningen van patiënten zijn vaak klein en overvol. Thuiszorgers werken soms 40-48 % van hun tijd in een slechte houding, staan voorover gebogen of in een gedraaide houding, die in verband worden gebracht met problemen aan schouders, nek en rug. Onvoldoende ruimte om de cliënt te douchen/baden leidt tot ergonomische risico's en risico's in verband met tillen.
- Het grootste probleem in de woningen van patiënten vormen niet-verstelbare bedden (problemen met de hoogte, breedte en plaatsing van het bed). In de woningen van patiënten is meestal geen

apparatuur aanwezig om verplaatsingen te vergemakkelijken; normale hulpmiddelen en apparatuur die doorgaans in ziekenhuizen aanwezig zijn, zijn in de woningen van patiënten zelden beschikbaar.

- Werknemers in de thuiszorg brengen regelmatig lange tijd staand of lopend door.
- Zwaar tillen, tillen in vreemde lichaamshouding en tillen zonder hulp zijn belangrijke factoren die leiden tot permanente arbeidsongeschiktheid bij werknemers in de thuiszorg. Werkgerelateerde aandoeningen aan het bewegingsapparaat, veroorzaakt door het verplaatsen van patiënten van en naar bed of het helpen van patiënten bij het staan of lopen, zijn een groot probleem in de thuiszorg (specifieke risico's op dit gebied zijn veranderingen in de mobiliteit van de cliënt, die ervoor zorgen dat de werknemer zich bovenmatig moet belasten, het gebruik van onjuiste apparatuur, onvoldoende ruimte om de patiënt te verplaatsen en geen hulp hebben bij het optillen van de patiënt). In 2007 waren verstuingen en verrekkingen de meest voorkomende letsels waardoor thuiszorgers werktijd hebben verloren. In vergelijking met andere werknemers namen werknemers in de thuiszorg vaker ziekteverlof als gevolg van werkgerelateerde symptomen aan het bewegingsapparaat.
- Hulp met alledaagse activiteiten (aankleden, eten, lopen en naar het toilet gaan) kan vanwege het gewicht van de patiënt een risico op aandoeningen aan het bewegingsapparaat opleveren.

### **Fysieke risico's:**

- De fysieke omgeving in de woning: een net huishouden is van groot belang voor een veilige werkomgeving voor thuiszorgers. Velen raken gewond omdat ze over objecten struikelen of erop gaan staan. Er moet adequate verlichting zijn om personeel veilig te kunnen laten werken. Bovendien kan een rommelige en slecht verlichte woning ervoor zorgen dat een thuiszorgers moeilijk weg kan als er zich een noodgeval voordoet of als hij of zij wordt aangevallen.
- Zuurstof kan als behandeling worden voorgeschreven maar vormt ook een brandgevaar. Een brand kan onverwacht uitbreken en roken is één van de meest voorkomende oorzaken van woningbranden.
- De woningen van patiënten zijn in de meeste gevallen niet aangepast. Uit een Spaans onderzoek naar 500 patiëntenwoningen is gebleken dat slechts 6,5 % van de woningen voorzien was van verstelbare, verrijdbare bedden en slechts 16,1 % een aanpasbare douche had; over het algemeen beschikte slechts 12,9 % van de onderzochte woningen over de noodzakelijke voorzieningen om thuiszorgers gezond en veilig te laten werken.
- De fysieke omgeving buiten de woning: deze kan gevaren opleveren; uitglijden, struikelen en vallen in en buiten de woning zijn veel voorkomende oorzaken van ongevallen bij werknemers in de thuiszorg. Stoepen, met name oneffen stoepen, natte houten loopplanken of loopplanken bedekt met ijs, sneeuw, bladeren of mos, voorwerpen die op stoepen en paden zijn achtergelaten en gebrekkige verlichting zijn andere gevaren die kunnen leiden tot ongevallen buiten de woning. Bovendien kan het risico voor de thuiszorgers en de patiënt veel groter zijn als ze samen naar buiten gaan dan als de thuiszorgers alleen buiten is.

### **Veiligheidsrisico's**

- Uitglijden, struikelen en vallen: ongevallen kunnen veroorzaakt worden door oneffen paden, natte vloeren of natte vloerbedekking (minder controleerbare omstandigheden).
- Rijden naar de woningen van patiënten: verkeersongevallen zijn één van de meest voorkomende oorzaken van beroepsongevallen bij werknemers in de thuiszorg en de belangrijkste oorzaak van dodelijke ongevallen. Zulke gevaren en risico's kunnen tot een minimum worden teruggebracht door bijvoorbeeld een veiligheidsgordel te dragen, banden op slijtage te controleren, zorg te dragen voor het

onderhoud van het voertuig, snelheid en momenten van afleiding terug te brengen, voorzichtig te zijn op kruisingen en niet te rijden onder invloed van alcohol of andere stimulerende middelen.

- Brandwonden: thuiszorgers worden vaak blootgesteld aan gevaren die tot brandwonden kunnen leiden, zoals heet water, waterkokers, elektrische apparaten en chemische stoffen. Brandwonden worden meestal veroorzaakt door blootstelling aan vlammen, hete objecten, hete vloeistoffen, chemische stoffen of straling. Brandwonden kunnen ook veroorzaakt worden door contact met vochtige warmte zoals kokend water of stoom.

### **Biologische en chemische risico's:**

- Onhygiënische omstandigheden zijn een bijzondere bron van zorg, aangezien het gemak waarmee infectieziekten zich in een huishouden kunnen verspreiden goed gedocumenteerd is en verschillende procedures in de thuiszorg een risico op infectie met zich mee kunnen brengen. Kruisbesmetting, zoals de overdracht van ziekteverwekkers door direct en indirect contact met besmette levenloze objecten, kan werknemers in de thuiszorg in gevaar brengen. Onhygiënische woningen kunnen ook ongedierte herbergen (knaagdieren, luizen, schurft en termieten).
- Wasgoed is ook een reden van zorg omdat is aangetoond dat dit een bron voor de verspreiding van ziekten kan zijn. Zo is aangetoond dat staphylococcus aureus via wasgoed kan worden verspreid. In een verslag over huishoudelijke hygiëne is opgemerkt dat veranderingen van de wasgewoontes in het huishouden (lagere temperaturen, minder gebruik van huishoudelijke bleekmiddelen en een geringer waterverbruik) nadelige gevolgen voor de algemene hygiëne bij het wassen hebben. Deze veranderingen kunnen het risico op infecties voor patiënten en werknemers in de thuiszorg verhogen (Gershon et al., 2007).
- De gezondheidstoestand van de patiënt: werknemers in de thuiszorg kunnen in contact komen met infectieziekten zoals hepatitis, hiv, griep, tbc, mazelen en waterpokken. De meeste infecties via de bloedbaan vinden plaats via verwondingen als gevolg van ongevallen of onveilige praktijken met scherpe voorwerpen die met bloed besmet zijn.
- Verkeerde behandeling van medisch afval kan ook een reden van zorg zijn omdat het een mogelijke bron van ziekteverwekkende microben is.
- Werknemers in de thuiszorg kunnen het risico lopen door dieren te worden gebeten of verwond.
- Blootstelling aan scherpe voorwerpen: thuiszorgers zijn verantwoordelijk voor het gebruik en het verwijderen van scherpe voorwerpen. Patiënten en hun familieleden verwijderen scherpe voorwerpen vaak niet op de juiste manier (besmette scherpe voorwerpen kunnen in huis of in vuilnisbakken worden achtergelaten). Dit is een van de belangrijkste risicofactoren. Bovendien worden naalden en lancetten vaak onbedekt op verschillende plekken in de woning achtergelaten.
- Een andere bron van zorg is het herhaalde gebruik van bepaalde wegwerpvoorwerpen. Zo is gemeld dat veel diabetespatiënten regelmatig insulinaalden hergebruiken zonder deze te ontsmetten, totdat de naald bot is geworden. Zo kan het in de omgeving van de thuiszorg ook voorkomen dat drainagezakken ontsmet en hergebruikt worden, een praktijk die in ziekenhuizen zelden tot nooit voorkomt.
- Ontbreken van water: thuiszorgers komen soms in woningen zonder stromend water of woningen met water van slechte kwaliteit.
- Huishoudelijke taken kunnen werknemers blootstellen aan chemische stoffen: risico's op blootstelling aan chemische stoffen nemen toe in de thuiszorg omdat het niet altijd mogelijk is de correcte procedure voor het hanteren van chemische stoffen te volgen. Bovendien weten veel werknemers in

de thuiszorg niet altijd welke soort geneesmiddelen de patiënt gebruikt of wat de gevolgen van blootstelling aan deze geneesmiddelen zijn.

#### **Psychosociale risico's:**

- Er kan sprake zijn van discrepantie tussen de hulp die de patiënt nodig heeft en de hulp die de zorgwerker kan geven.
- Het werk in de thuiszorg staat niet onder rechtstreeks toezicht; thuiszorgers werken doorgaans alleen, moeten soms door onveilige buurten reizen en kunnen te maken krijgen met alcohol- of drugsverslaafden, familieruzies, gevaarlijke honden of druk verkeer. In sommige onderzoeken wordt gemeld dat ze meer stress op het werk ervaren dan leraren of werknemers in de kinderopvang omdat ze minder controle over hun werk hebben en er minder door gestimuleerd worden. Medewerkers in de thuiszorg nemen het vaakst langdurig ziekteverlof (30 of meer dagen per jaar) en vertonen het op één na hoogste ziekteverzuimcijfer.
- Gevaarlijk gedrag van personen buiten de woning: de woning kan zich in een gebied met veel criminaliteit bevinden of op een onveilige of afgelegen locatie. Op dergelijke plekken kunnen zorgverleners het risico lopen om aangevallen te worden. De aanwezigheid van bendes, drugs- of alcoholverslaafden kan het risico op werkgerelateerde aanvallen verhogen.
- Familieleden en bezoekers (geweld): geweld tegen zorgwerknemers kan veroorzaakt worden door patiënten en soms ook door vijandig gezinde familieleden en bezoekers die zich overspannen, verward, gefrustreerd of kwetsbaar voelen of geen controle meer over zichzelf hebben. De discussie met familieleden kan hoog oplopen omdat ze ontevreden zijn over de conditie van de patiënt of de zorgafspraken.

#### **Wat zijn de belangrijkste demografische, maatschappelijke en technologische trends en veranderingen die van invloed zijn op gezondheid en veiligheid op het werk in de gezondheidszorg in Europa?**

In de afgelopen decennia is er op de werkplek aanzienlijke technologische vooruitgang geboekt, die er samen met de razendsnelle mondialisering voor heeft gezorgd dat werk voor velen ingrijpend is veranderd. Deze veranderingen hebben ook ingrijpende gevolgen gehad voor de veiligheid en gezondheid op het werk in de gezondheidszorg. In sommige gevallen hebben nieuwe technologieën ertoe geleid dat traditionele gevaren afgenomen of weggenomen zijn. Nieuwe technologieën hebben echter ook nieuwe risico's met zich meegebracht. Daarnaast worden veel werknemers blootgesteld aan 'nieuwe' risico's die voortkomen uit veranderende arbeidspatronen, zoals verhoogde druk om aan de eisen van het moderne arbeidsleven te voldoen. Op een groot aantal werkplekken veranderen bovendien de leeftijdsprofielen van het personeelsbestand, net als de man/vrouw verhoudingen. Deze veranderingen in tewerkstellingspatronen hebben geleid tot risico's die voordien minder vaak voorkwamen of minder opvallend waren.

Verscheidene trends en veranderingen zijn van invloed op werknemers in de gezondheidszorg en dus op hun veiligheid en gezondheid. De volgende belangrijke trends en veranderingen in Europa zijn uit het literatuuronderzoek en de antwoorden op de vragenlijst naar voren gekomen:

- demografische veranderingen (vergrijzing van patiënten en personeel);
- veranderingen in gezinspatronen (afnemende beschikbaarheid van informele zorg/mantelzorg);
- factoren in verband met de levenswijze (chronische aandoeningen zoals obesitas);
- toegenomen aantal werknemers met een chronische aandoening;
- migratie en arbeidsmobiliteit (multicultureel en meertalig personeel);
- economische crisis (gebrek aan investeringen);

- nieuwe technologieën en innovaties (biotechnologie, nanotechnologie, robotica, virtual reality, ontwikkelingen op het gebied van ICT);
- mondialisering en economische crisis (herstructurering, baanonzekerheid, intensivering van het werk, afnemende kwaliteit van de zorg, meer mensen die minder zorg ontvangen, toename van het aantal kwetsbare patiënten);
- verhoogde mobiliteit van patiënten; en
- andere arbeidsomstandigheden voor grensoverschrijdende werknemers.

**Vergrijzende bevolking:** In bijna alle Europese landen kan een vergrijzing van de bevolking worden waargenomen. Het aantal ouderen (65 jaar en ouder) zal naar verwachting de komende 50 jaar bijna verdubbelen, van 87 miljoen in 2010 tot 152,7 miljoen in 2060. Dit leidt ertoe dat meer mensen zorg nodig hebben waardoor de vraag naar gezondheidszorg enorm zal toenemen. De discrepantie tussen de vraag en het aantal beschikbare banen in de zorg is een ontwikkeling die in rap tempo steeds problematischer wordt.

**Vergrijzend personeelsbestand:** Door het grote aantal werknemers dat in de komende 10 tot 20 jaar met pensioen gaat, zal het personeelsbestand in de gezondheidszorg in de EU sterk uitdunnen. In 2009 was circa 30 % van alle artsen in de EU ouder dan 55 jaar en in 2020 zullen naar verwachting jaarlijks meer dan 60 000 of 3,2 % van alle Europese artsen met pensioen gaan. Op basis van gegevens die door enkele lidstaten zijn verzameld ligt de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen momenteel tussen 41 en 45 jaar en levert het systeem niet genoeg jonge aanwas om diegenen die vertrekken te vervangen. De werkgelegenheid in de gezondheidszorg neemt toe, voornamelijk onder oudere werknemers, en het aantal artsen neemt vooral in de oudere leeftijdsgroepen toe. Oudere werknemers worden op de werkplek over het algemeen aan dezelfde risico's blootgesteld als hun jongere collega's. De meest voorkomende situaties die tot werkgerelateerde verwondingen of dodelijke ongevallen leiden zijn; vallen, aanvallen, schadelijke blootstellingen en vervoersongevallen. Oudere werknemers hebben vaak ernstigere verwondingen dan jongeren. Bij oudere werknemers die letsel op het werk oplopen, kan de herstelperiode langer zijn dan bij hun jongere collega's.

**Veranderingen in gezinspatronen:** Vooral het feit dat ouderen minder vaker bij hun kinderen wonen, alsook de toename van werkgelegenheid onder vrouwen en van gezinnen waarin beide ouders werken, zal leiden tot een afname van informele zorg/mantelzorg binnen de familie en een toename van de vraag naar professionele zorg. Als gevolg van de vele veranderingen in de gezinsstructuur kunnen ouderen niet meer zoveel op de steun van hun familieleden rekenen als vroeger. Één van de oorzaken hiervan is migratie. Mensen die omwille van een baan of hoger loon migreren, laten hun ouders en in sommige gevallen zelfs hun kinderen achter. Vanwege de instabiliteit van gezinnen en de tendens dat vrouwen ook beroepsloopbanen hebben, zullen ouderen in de toekomst steeds meer formele zorg nodig hebben. In tegenstelling tot de gevolgen van vergrijzing op de gezondheidszorg, waarop goed wordt geanticipeerd, is er nog niet afdoende onderzoek gedaan naar de impact van deze andere demografische en sociale veranderingen op de behoeften aan gezondheidszorg in de toekomst en de daarmee verbonden kosten. Er moet dus meer onderzoek komen en ontwikkelingsactiviteiten gedaan worden (Europese Commissie, 2009a).

**Veranderingen in de levenswijze:** Niet alleen leeftijdsgerelateerde ziekten zorgen voor veranderingen in de vraag naar gezondheidszorg. Zogenaamde beschavingsziekten, veroorzaakt door veranderingen in eetpatronen, ongezonde voeding, roken, alcohol- drugsgebruik en gebrek aan lichaamsbeweging, zullen leiden tot een toename van de vraag naar zorg voor patiënten die bijvoorbeeld aan obesitas, diabetes of hart- en vaatziekten leiden. Deze met de levenswijze geassocieerde ziekten worden beschouwd als één van de belangrijkste oorzaken van vermijdbare aandoeningen.



**Migratie en arbeidsmobiliteit:** In de afgelopen decennia is de arbeidsmigratie van werknemers in de gezondheidszorg wereldwijd toegenomen, voornamelijk vanuit landen met een lager inkomen waarvan de gezondheidszorgstelsels al kwetsbaar zijn. In de afgelopen 30 jaar is in een groot aantal Europese landen het aantal migrerende werknemers in de gezondheidszorg jaarlijks met meer dan 5 % toegenomen. Een positief gevolg van arbeidsmobiliteit is dat hierdoor de mogelijkheid wordt gecreëerd om de beroeps- en persoonlijke kwalificaties van het migrerende personeel te verbeteren. Een negatief gevolg hiervan is echter dat landen met een lager inkomen niet in staat zijn om aan het recht van hun inwoners op goede gezondheidszorg te voldoen omdat gekwalificeerd personeel het land verlaat. Het handhaven van de veiligheid van patiënten en werknemers kan in een multiculturele en meertalige arbeidsomgeving extra moeilijk zijn. Er moet bij het onderzoek naar veiligheid en gezondheid rekening worden gehouden met de situatie van deze werknemers, inclusief cultuurgebonden percepties en opvattingen op het gebied van werk en arbeidsrisico's.

**Grensoverschrijdende gezondheidszorg:** Dit fenomeen is in de EU een steeds prominenter rol gaan spelen. De toename van het 'importeren' en 'exporteren' van patiënten samen met andere belanghebbenden en diensten wordt veroorzaakt door een aantal factoren. Door technologische vooruitgang op het gebied van informatiesystemen en communicatie kunnen patiënten en externe inkopers van gezondheidszorg zoeken naar kwalitatief hoogstaande behandelingen die sneller bij aanbieders van gezondheidszorg in andere landen kunnen worden ondergaan en/of goedkoper zijn. De mobiliteit van patiënten is verder verhoogd door een toename van de overdraagbaarheid van ziektekostenverzekeringen als gevolg van regionale regelingen voor de nationale ziektekostenverzekeringssystemen of ontwikkelingen op de particuliere verzekeringsmarkt. De mobiliteit van patiënten in Europa kan nog verder toenemen als gevolg van een in 2011 aangenomen EU-richtlijn (richtlijn 2011/24/EU) die patiënten ondersteunt in hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg en die de samenwerking tussen gezondheidszorgstelsels bevordert. De richtlijn geldt voor individuele patiënten die zich in een andere lidstaat willen laten behandelen. Grensoverschrijdende gezondheidszorg beperkt zich echter niet tot patiënten. Artsen en verpleegkundigen gaan naar het buitenland voor opleiding, om tijdelijk diensten te verlenen of om zich in een andere lidstaat te vestigen. Individuele artsen en ziekenhuizen in lidstaten werken steeds meer samen. In sommige gevallen overschrijden niet alleen patiënten of aanbieders maar ook de gezondheidsdiensten zelf de landsgrenzen, door middel van telegeneskunde.

**Nieuwe technologieën en innovaties:** Innovaties in de gezondheidszorg zijn voornamelijk verbonden met nieuwe diensten, nieuwe werkmethoden en/of nieuwe technologieën (nieuwe geneesmiddelen of ingrepen). Innovaties in de gezondheidszorg zijn de drijvende kracht achter het optimaliseren van de kosten en de kwaliteit van de zorg. Dit zijn de belangrijkste elementen van arbeidsprestaties en concurrentievermogen. In de afgelopen jaren zijn gentechnologie en nieuwe biotechnologieën belangrijke concentratiegebieden voor innovatie in de gezondheidszorg geworden. Deze ontwikkeling zal zich in de nabije toekomst naar alle waarschijnlijkheid doorzetten. Ze worden op de voet gevolgd door nanotechnologieën en robottechnologieën (soms in combinatie met genomica en biotechnologieën). De hieruit voortvloeiende innovaties kunnen een revolutie in de gezondheidszorg teweegbrengen, hoewel de oplopende kosten zorgen baren. Ontwikkelingen leiden naar verwachting tot betere technologieën en behandelingen voor 'typische' leeftijdsgelateerde ziekten en meer middelen om de ontwikkeling van leeftijdsgelateerde ziekten of het verlies van functionele vermogens te voorkomen of te vertragen. Andere belangrijke innovaties betreffen informatie- en communicatietechnologie (ICT).

**Mondialisering en de economische crisis:** Een algemene drijvende kracht achter alle werkgerelateerde veranderingen is de mondialisering en de groei van de dienstensector (waaronder de gezondheidszorg), die heeft geleid tot meer concurrentie, een hogere economische druk, meer herstructureringen en inkrimpingen, meer onzekere vormen van arbeid en een toename van baanonzekerheid, net zoals een intensivering van toegenomen tijdsdruk op het werk. De huidige crisis in Europa heeft geleid tot een



toenemende economische druk op bedrijven, wat weer de gevolgen voor de werknemers in de EU intensiveert. HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) beweert in zijn verslag *The Crisis, Hospitals and Healthcare* (De crisis, ziekenhuizen en gezondheidszorg) dat de belangrijkste gevolgen van de beperkingen van de hulpmiddelen voor vakmensen in de gezondheidszorg als gevolg van de economische crisis te zien zijn in het werkgelegenheidsbeleid en de pensioenhervormingen van de meeste lidstaten van de EU. In sommige gevallen heeft de regering een beleid gevoerd van ofwel ontslag of niet-vervanging van personeel dat met pensioen gaat, ofwel beperking van nieuwe aanwerving en aanstelling van vervangend personeel. Een ander pakket maatregelen bestond uit het verlagen van de lonen, een trend die in de hele publieke sector kan worden waargenomen. Dalende lonen hebben er in sommige landen (de loonverlagingen konden oplopen tot 25 %) toe geleid dat vakmensen in de gezondheidszorg hun loopbaan elders hebben voortgezet.

**Welke nieuwe risico's kunnen er in Europa op basis van de contextuele veranderingen en huidige risico's worden verwacht en welke invloed kunnen deze hebben op het werk en de dienstverlening van zorgverleners?**

Belangrijke opkomende en nieuwe risico's die uit het literatuuronderzoek en de antwoorden op de vragenlijst naar voren zijn gekomen:

- Naar verwachting zal de blootstelling aan relatief nieuwe chemische agentia zoals nanodeeltjes toenemen, met nog onbekende gevolgen voor werknemers. Werknemers die met nanodeeltjes werken moeten extra voorzichtig zijn en er moet meer onderzoek naar de gevolgen van deze stoffen worden gedaan.
- Blootstelling aan biologische agentia kan toenemen doordat patiënten meer reizen en mobieler zijn. Bovendien zal de blootstelling aan agentia (deeltjes van dieren enz.) in de woningen van cliënten naar verwachting toenemen omdat het aantal werknemers in de thuiszorg waarschijnlijk zal toenemen.
- Blootstelling aan lawaai en lichamelijke risico's (bijvoorbeeld straling) als gevolg van nieuwe medische technieken (zoals MRI) kan toenemen naarmate er meer nieuwe apparaten worden ontwikkeld. Dit kan nieuwe risico's voor werknemers met zich meebrengen en de impact daarvan nader te worden onderzocht.
- Door immigratie ontstane taalbarrières tussen werknemers en tussen werknemers en patiënten kunnen een aanvullend veiligheidsrisico vormen.
- De economische neergang kan het risico op storingen in apparatuur verhogen, aangezien organisaties minder in onderhoud, reparatie of de aanschaf van nieuwe apparaten investeren.
- De toename van de kosten van zorg in combinatie met het terugdringen van de overheidsuitgaven heeft de druk op het stelsel opgevoerd om de aangeboden diensten te verbeteren en tegelijkertijd zorg van hoog niveau te blijven bieden.
- De economische situatie heeft geleid tot sluitingen van ziekenhuizen waardoor er in de nabije omgeving van patiënten minder voorzieningen zijn. Bovendien bestaat met minder personeel de behoefte om de efficiëntie van de dienstverlening te verhogen waardoor de werkdruk voor de huidige werknemers onverminderd hoog blijft.
- Een hoge fysieke werkbelasting zal een probleem blijven en de volgende factoren dragen hiertoe bij: ontbreken van apparatuur (zoals hefmiddelen) in de thuiszorg of een toename van langdurige zorg voor patiënten met chronische aandoeningen zoals obesitas. Ook de toenemende invoering van ICT-hulpmiddelen speelt een rol bij fysieke problemen. Mobiele apparaten brengen andere ergonomische risico's met zich mee.

- Werktijden zullen een probleem blijven als werknemers meer uren moeten gaan maken (vanwege de hoge werkbelasting) en als steeds meer werknemers (huishoudelijk personeel en thuiszorgers) niet door arbowetgeving worden beschermd.
- Er kan een intensivering van het werk plaatsvinden als gevolg van budgetbeperkingen, herstructureringen, een gebrek aan personeel, een groter aantal patiënten en een toenemende behoefte aan efficiëntie. Het toenemende gebruik van ICT kan hierbij ook rol spelen, alsmede een mogelijke toename van het aantal mensen met meerdere banen. Ook werknemers in de thuiszorg en werknemers in andere deelsectoren met een personeelstekort kunnen hiervan de nadelige gevolgen ondervinden. Door herstructurering van de sector neemt de baanonzekerheid toe.
- De balans tussen werk en gezinsleven kan problematisch blijven en is voornamelijk van invloed op het grote aantal vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg.
- Geweld en pesten, in combinatie met emotioneel zwaar werk, zijn nog steeds zeer grote problemen in de gezondheidszorg. Deskundigen die hebben meegewerkt aan het deskundigenrapport over nieuwe psychosociale risico's van EU-OSHA waren van mening dat hoewel deze risico's niet nieuw zijn, ze een bron van toenemende ongerustheid vormen. De toegenomen mondigheid van patiënten zal deze risico's alleen maar vergroten.
- De EU-richtlijn 2011/24/EU over de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg zal in sommige van de 28 lidstaten van de EU een negatieve impact hebben. Hoewel zorgverleners door hun samenwerking in initiatieven om mobiliteit van patiënten mogelijk te maken in theorie van elkaar kunnen leren, heeft het moeten leren van nieuwe medische procedures en benaderingen mogelijk ook vele andere effecten op hen. Mobiliteit van patiënten is van invloed op de werkgelegenheid en de werkbelasting. In het gastland zal de personeelscapaciteit moeten worden uitgebreid. Gelet op het huidige personeelstekort in de gezondheidszorg (verpleegkundigen bijvoorbeeld) betekent dit waarschijnlijk een toenemende werkbelasting. Hier komt nog bij dat zorgverleners geconfronteerd kunnen worden met andere verwachtingen en houdingen dan ze van hun eigen patiënten gewend zijn. Dit zal leiden tot communicatie- of culturele moeilijkheden en zelfs tot pesten of gewelddadig gedrag. In de landen die vakmensen in de gezondheidszorg verliezen, zullen de bestaande middelen tot het uiterste worden opgerekt, wat zal leiden tot burn-out onder het personeel en tot een hoog personeelsverloop.
- Verschuiving naar thuiszorg: gezien de beleidsveranderingen die gericht zijn op een verschuiving van institutionele zorg naar gemeenschapszorg zal er in de gezondheidszorg meer aandacht aan veiligheid en gezondheid op het werk moeten worden besteed. Mensen met een ziektebeeld bevinden zich niet alleen in ziekenhuizen, maar ook in de thuiszorg en verpleeghuizen. Huisartsen en thuiszorgers zullen onder grotere druk komen om nog meer taken van gezondheidszorginstellingen over te nemen.

Naast nationale sociale en demografische veranderingen zullen andere ontwikkelingen naar verwachting een positieve impact op de veiligheid en gezondheid op het werk in de gezondheidszorg hebben.

### **Verwachte positieve veranderingen**

#### *Meer aandacht voor scherpe letsels:*

- In wijzigingen van nationale wetgeving wordt meer rekening gehouden met Richtlijn 2010/32/EU van de Raad van de Europese Unie, opgesteld op 10 mei 2010, die gaat over de uitvoering van de kaderovereenkomst inzake de preventie van scherpe letsels in de ziekenhuis- en gezondheidszorgbranche.
- Het is de verwachting dat de handhaving van veiligheid en gezondheid op het werk, met name gerichte inspecties en samenwerking tussen autoriteiten, zal verbeteren als gevolg van de uitvoering van deze

richtlijn. Dezelfde voorzorgsmaatregelen met betrekking tot de preventie van scherpe letsels in de gezondheidszorg zijn ook van toepassing op andere beroepen in de gezondheidszorg (bijv. schoonmaakdiensten, afvalverwijdering, etc.). Deze maatregelen zullen waarschijnlijk een positieve invloed hebben op de dienstverlening en kwaliteit van de zorg.

#### *Beheer van veiligheid en gezondheid op het werk:*

- Naar verwachting komen er in de gezondheidszorg meer OSH-deskundigen (arbodeskundigen/preventiedeskundigen). Deze deskundigen in ziekenhuizen, of andere instellingen, kunnen veranderingen doorvoeren: aandringen op vaccinatieprogramma's, hulp en ondersteuning voor werknemers met een handicap en rehabilitatieprogramma's aanbieden, enzovoort. Dit moet de veiligheid en gezondheid op het werk voor zorgverleners aanzienlijk verbeteren.
- Er wordt momenteel gesproken over de manier waarop een betere integratie kan worden bereikt tussen gezondheidszorg en maatschappelijke zorg, wat de kwaliteit van de zorg zou verhogen. De invoering van "virtuele ziekenhuizen" waar een aanzienlijk deel van de behandeling in de woningen van ouderen wordt uitgevoerd, kan tot betere dienstverlening en resultaten leiden. Meer integratie van klinische en OSH-risico's zou het beheer van beide risico's kunnen verbeteren.

#### *Wetgeving en inspectie:*

- Naar verwachting wordt het juridisch kader nageleefd, controleorganen versterkt en zal het bewustzijn toenemen.

### **Onderzoek en praktijk in de toekomst**

Er moet meer diepgaand onderzoek worden gedaan om een beter inzicht te krijgen in de veiligheids- en gezondheidsgevolgen voor specifieke risico's en groepen werknemers en beroepen; de interactie tussen verschillende risico's, tussen veiligheid & gezondheid en de kwaliteit van de zorg en de mogelijke invloed van gezondheidszorgstelsels op risico's, OSH-activiteiten en de resultaten daarvan.

#### Onderzoeksaanbevelingen:

- Er is een gebrek aan recente vergelijkbare gegevens op EU-niveau over arbeidsomstandigheden, blootstellingen en veiligheids- en gezondheidsgevolgen voor specifieke risico's, groepen werknemers en beroepen in de gezondheidszorg. Er zijn nauwkeurigere gegevens nodig om prioriteiten te kunnen stellen voor specifieke risico's en groepen werknemers die het meeste risico lopen.
- Er is slechts weinig informatie beschikbaar over de impact van huidige trends en bestaande risico's op de kwaliteit van de zorg die patiënten ontvangen; er moet meer onderzoek worden gedaan naar de interactie tussen veiligheid en gezondheid op het werk en de kwaliteit van de zorg.
- Er is nog niet genoeg onderzoek gedaan naar de impact van gecombineerde risico's op werknemers in de gezondheidszorg; er moet meer onderzoek naar deze gecombineerde risico's worden gedaan, bijvoorbeeld naar de interactie tussen ergonomische en psychosociale risico's.
- Hoewel er gesteld kan worden dat de prestaties van een gezondheidszorgstelsel verband houden met de veiligheids- en gezondheidsrisico's waaraan het personeel in de gezondheidszorg op het werk wordt blootgesteld, werden er geen onderzoeken gevonden waarin dit verband specifiek op macroniveau wordt onderzocht. Het is van belang dat er op dit gebied meer onderzoek wordt gedaan. Het zou de moeite waard zijn om op verschillende niveaus (organisatie, land) onderzoek te doen naar de impact

van activiteiten op het gebied van efficiëntie en preventie op de kwaliteit van de zorg en de veiligheid en gezondheid op het werk.

Aanwijzingen voor de praktijk:

- Er moeten meer concrete initiatieven op nationaal niveau worden ontplooid om de arbeidsomstandigheden van werknemers in de thuiszorg te verbeteren. Uit de antwoorden op de vragenlijst is gebleken dat er relatief weinig initiatieven werden waargenomen. Dit geldt zowel voor formele als informele zorgverlening. Over de laatste groep is relatief weinig informatie beschikbaar.
- Er moet meer onderzoek worden gedaan naar de uitwisseling van kennis (in de vorm van voorbeelden van goede praktijken) op het gebied van gezondheid op het werk.
- Door het vergrijzende personeelsbestand kan de behoefte toenemen aan OSH-interventies die rekening houden met arbeidsomstandigheden van-, en de risico's voor oudere werknemers. Deze interventies kunnen overigens op alle leeftijdsgroepen gericht worden.
- Beleid ter verbetering van de balans tussen werk en gezinsleven en vermindering van de loonverschillen tussen mannen en vrouwen is van groot belang.
- Door de toename van migrerende werknemers in de gezondheidszorg kunnen taal- en culturele barrières op de werkplek toenemen; aan deze problemen dient extra aandacht te worden besteed. Er is behoefte aan duidelijke communicatie op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Goede arbeidsomstandigheden en kwaliteitsnormen voor iedereen is gewenst.
- Door de economische omstandigheden moeten de voordelen van veiligheid en gezondheid op het werk voortdurend benadrukt worden door aan de hand van praktijkvoorbeelden de toegevoegde waarde van goed OSH-beheer aan te tonen.
- Door de introductie van nieuwe technologieën, zoals telegeneeskunde, en nieuwe ICT-systemen moeten werknemers voortdurend worden bijgeschoold. Bovendien moeten de hieraan verbonden risico's in de risicobeoordeling worden opgenomen. Er zou in de ontwerpfase van applicaties en andere nieuwe technologieën rekening moeten worden gehouden met veiligheid en gezondheid op het werk.
- Nieuwe technologieën, zoals de introductie van robottechnologie en exoskeletten, kunnen bijdragen aan de verbetering van arbeidsomstandigheden. Het is van belang dat er verder onderzoek naar de mogelijkheden hiervan gedaan wordt, ook in de thuiszorg.

**Het Europees Agentschap voor gezondheid en veiligheid op het werk (EU-OSHA)** helpt werkplekken in Europa veiliger, gezonder en productiever te maken. Het Agentschap onderzoekt, ontwikkelt en verspreidt betrouwbare, evenwichtige en onafhankelijke informatie op het gebied van veiligheid en gezondheid en organiseert campagnes om het bewustzijn in heel Europa te verhogen. Het Agentschap is in 1996 door de Europese Unie opgericht en gevestigd in Bilbao (Spanje). Het bestaat niet alleen uit vertegenwoordigers van de Europese Commissie en regeringen, werkgevers- en werknemersorganisaties van de lidstaten, maar ook uit toonaangevende deskundigen uit alle lidstaten van de EU en daarbuiten.

**Europees Agentschap voor gezondheid en veiligheid op het werk**

12 Santiago de Compostela  
(Edificio Miribilla), 5th Floor  
E-48003 Bilbao, SPANJE  
Tel. + 34 944-358-400  
Fax: + 34 944-358-401  
E-mail: [information@osha.europa.eu](mailto:information@osha.europa.eu)

<http://osha.europa.eu>

