

Eindrapport

Veilig ontwerpen voor Medewerkers in de Thuiszorg

Kom verder. Saxion.

saxion.nl/leefomgeving



Opdrachtgever: RAAK-project Ontwerpen voor zorgverleners, Carinova

Colofon

Auteur:
drs. M.A. Losse
Lectoraat Risicobeheersing,
Saxion, Kenniscentrum Leefomgeving.



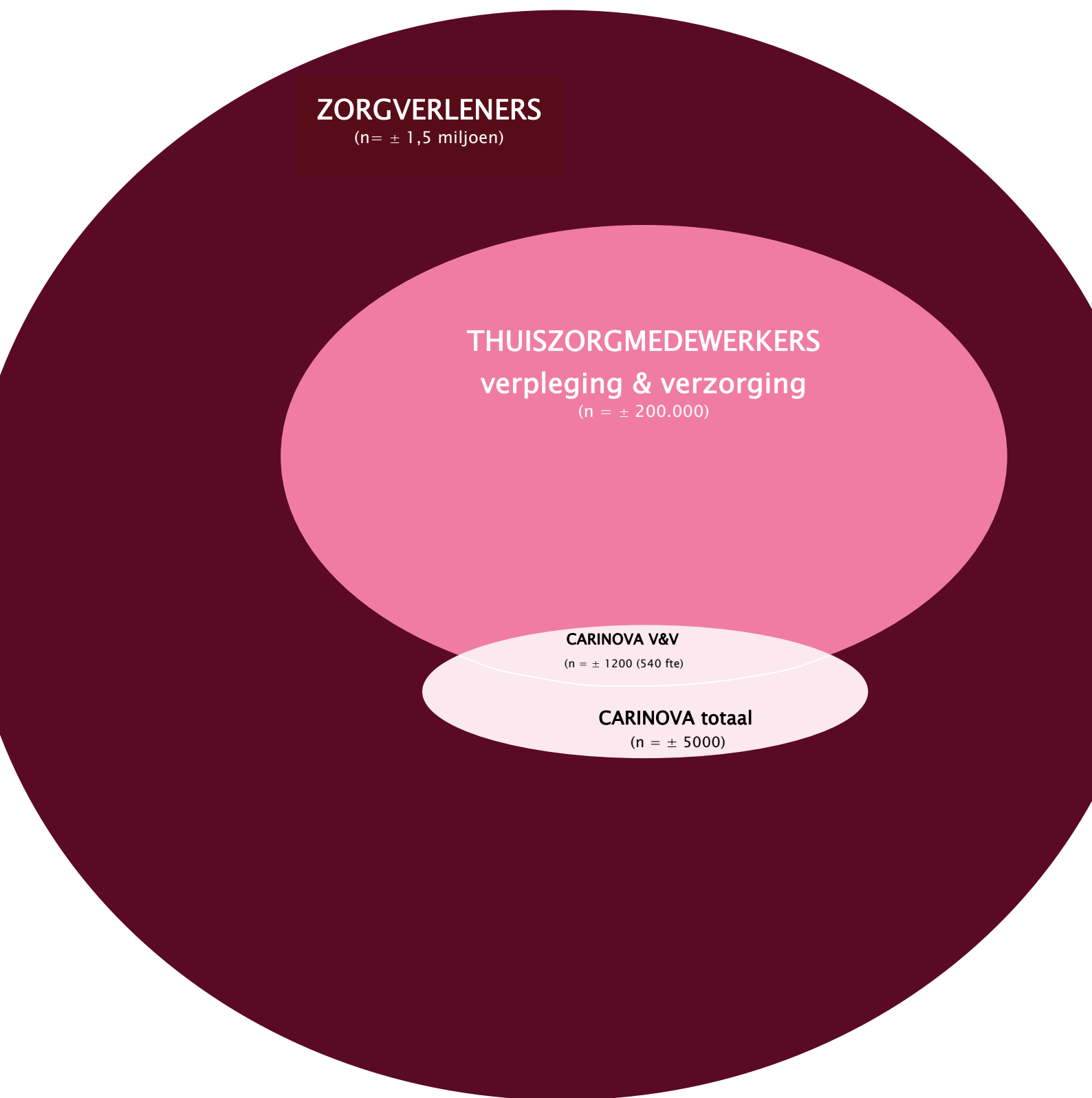
Enschede, april 2012

	pagina
Dankbetuiging	5
Inleiding	7
Aanleiding en doelstelling	7
Probleemstelling	7
Onderzoeksaanpak	9
Context van thuiszorg	11
1 Veiligheid	12
1.1 Het concept veiligheid	12
1.2 Veiligheid in de thuiszorg	12
1.3 Casus Carinova	14
2 Veiligheidsgevoelens	16
2.1 Theorie over veiligheidsgevoelens	16
2.2 Veiligheidsgevoelens in de thuiszorg	17
2.3 Casus Carinova	19
3 Maatregelen	21
3.1 Kaders en maatregelen in de zorg	21
3.2 Maatregelen in de thuiszorg	22
3.3 Casus Carinova	23
4 Samenvatting en conclusie	25
4.1 Onderzoeksvraag 1 over veiligheid	25
4.2 Onderzoeksvraag 2 over veiligheidsgevoelens	25
4.3 Onderzoeksvraag 3 over maatregelen	27
Bronnenlijst	29

Dankbetuiging

Het afgelopen seizoen heeft het Kenniscentrum Leefomgeving een bijzonder project vormgegeven met de doelstelling veilige zorgverlening te ontwerpen voor thuiszorgverleners. In dit project hebben studenten en onderzoekers samengewerkt met studenten van de Hogeschool Utrecht. Ik wil deze studenten en hun schoolcoaches graag bedanken voor hun inzet en pionierswerk dat ze hebben verricht; in het bijzonder Robert Doppenberg, Christiaan van Essen, Laura Kalisvaart, Joshua Krake, Niek Smink en Jens Gijbels en Milou Kievik bedankt! Ook medewerkers van Carinova wil ik bedanken voor hun bereidheid om informatie te verstrekken of te organiseren. Meeloopstages, interviews met zorgverleners en leidinggevenden en het bestuderen van documenten werd mogelijk door zorgverleners en door Siny Vink, Rob de Meulder, Elly, Annet, Gerria en Mathilda. Van het kenniscentrum Design & Techniek wil ik Gerard van Os bedanken voor zijn leerzame workshop over gebruikersonderzoek, en Karin Overbeek en Karin van Beurden voor hun bereidheid om de samenwerking aan te gaan met het lectoraat Risicobeheersing en op deze manier een brug te slaan tussen de wereld van het ontwerpen en die van onderzoek naar veiligheid.

Miriam Losse, april 2012



Figuur 1 Aantal medewerker bij Carinova, thuiszorgsector V&V en de zorgsector als geheel

Inleiding

In de zorgsector is over de doelgroep van zorgverleners relatief weinig bekend, waardoor deze in het ontwerpproces vaak worden vergeten. Het project *Ontwerpen voor Zorgverleners* is een initiatief van het kenniscentrum Design en Techniek van Saxion, productontwerpers en zorginstellingen om de wereld van de zorgverlener in zijn professionele context te leren kennen, te beschrijven en waar mogelijk te kunnen verbeteren. Thuiszorgorganisatie Carinova is als een van de betrokken partijen onder andere geïnteresseerd in de veiligheid van medewerkers in de thuiszorg. Vanwege de focus en expertise op het gebied van veiligheid en risicobeheersing is het kenniscentrum Leefomgeving van Saxion betrokken bij het bredere project Ontwerpen voor Zorgverleners.

Aanleiding en doelstelling

De behoefte aan thuiszorgmedewerkers groeit al 10 jaar gemiddeld met 2,2% per jaar (Eggink, Oudijk en Woittiez 2010). Om nieuw personeel te werven en het huidige personeel zo goed en plezierig mogelijk te laten functioneren, is het van belang dat thuiszorg op een zo veilig mogelijke manier kan worden uitgeoefend. Veiligheid in thuiszorg krijgt hierdoor een hoge prioriteit als aandachtsgebied (brief VWS). De behoefte aan inzicht op het gebied van veiligheid wordt op operationeel niveau gevoed door diverse ervaringen, zoals (bijna)ongelukjes met tilliften en onheuse bejegening door cliënten. Op dit moment ontbreekt het aan inzicht in de aard, de omvang en de herkomst van de ervaringen op het gebied van veiligheid.

Carinova streeft ernaar een passend beleid te voeren dat aansluit op de ervaringen van thuiszorgmedewerkers in de divisie Verpleging & Verzorging. Doelstelling is dat thuiszorgmedewerkers hun werk langdurig op gezonde en plezierige wijze kunnen blijven uitvoeren en dat in de groeiende vraag naar nieuwe werknemers kan worden voorzien met een aantrekkelijk beroep in de thuiszorg. De doelen van het onderzoeksproject voor Saxion zijn: 1. het in kaart brengen van de situatie op het gebied van veiligheid; 2. het formuleren van verbetermaatregelen; 3. het voorstellen van globale ontwerprichtingen.

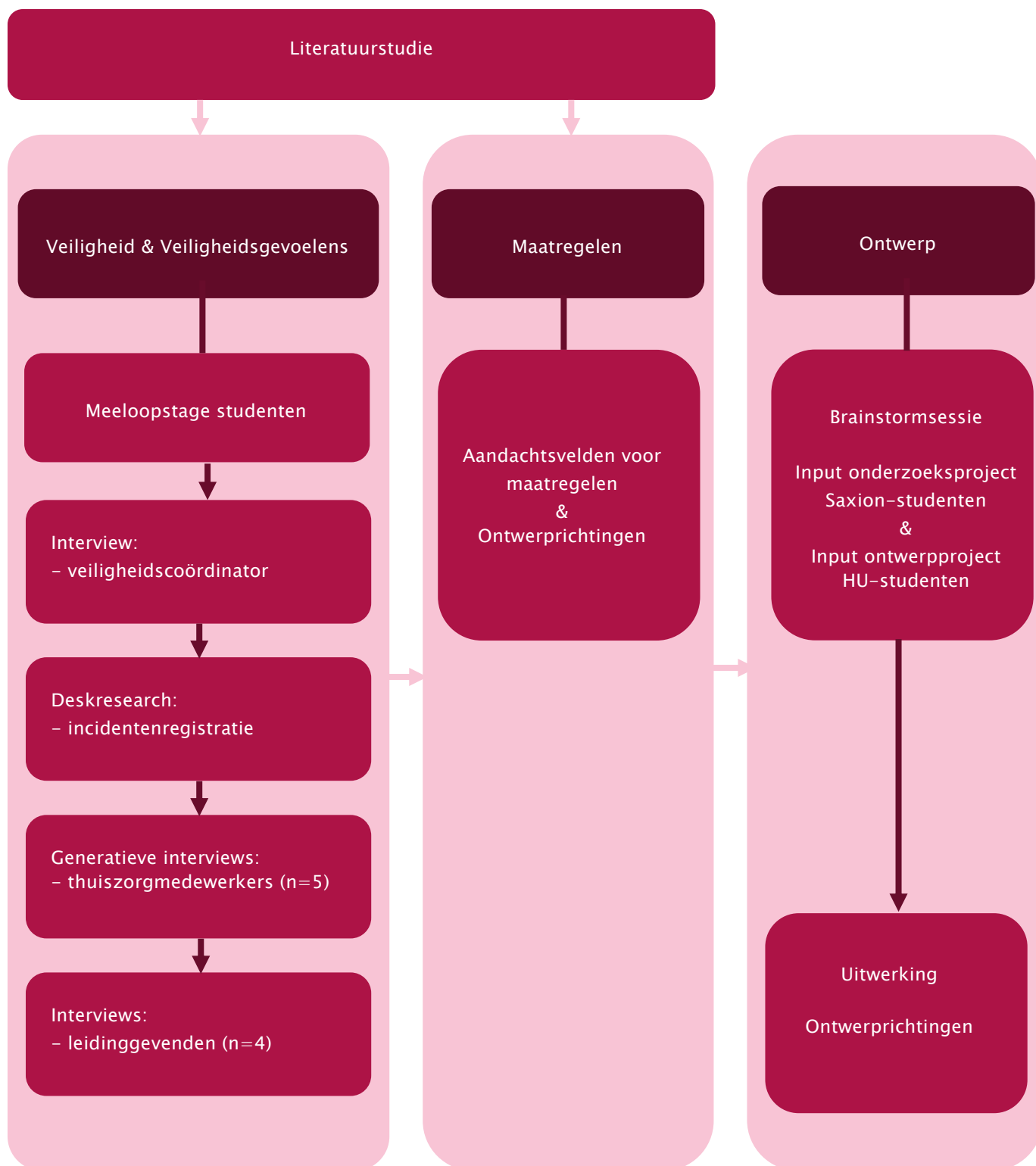
Probleemstelling

De volgende probleemstelling is het uitgangspunt geweest:

Welke vormen van onveiligheid en onveiligheidsgevoelens ervaren medewerkers van de divisie Verpleging en Verzorging bij Carinova en welke maatregelen kunnen hun veiligheid en veiligheidsgevoel verbeteren?

De probleemstelling is onderverdeeld in de volgende onderzoeksvragen:

1. *Wat is de aard en de omvang van onveiligheid in de thuiszorg onder medewerkers van Carinova in de divisie Verpleging & Verzorging?*
2. *Wat is de aard en de bron van onveiligheidsgevoelens bij thuiszorgmedewerkers in de divisie Verpleging & Verzorging van Carinova?*
3. *Welke maatregelen sluiten aan op de waargenomen onveiligheid en onveiligheidsgevoelens van medewerkers in de divisie Verpleging & Verzorging van Carinova?*



Figuur 2

Gegevensverzameling per onderzoeksthema. Voor het in kaart brengen van veiligheid en veiligheidsgevoelens vormen de gegevens van een eerdere dataverzamelmethode de input voor een volgende.

In het project *Veilig Ontwerpen voor Medewerkers in de thuiszorg* hebben studenten en onderzoekers van het lectoraat Risicobeheersing samen onderzoek gedaan om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Dit deden zij in het kader van de minor *Sociaal Veilig Ontwerpen*. In dit rapport wordt verslag gedaan over de resultaten van dit onderzoek.

Studenten van de Hogeschool Utrecht hebben in een ontwerpproject de input uit het onderzoeksproject van Saxion omgezet in concrete productontwerpen ten behoeve van de thuiszorg-medewerkers van Carinova. Zij deden dit in het kader van de minor *Co-design Studio*. In figuur 2 wordt globaal aangegeven hoe deze resultaten zijn verweven met het ontwerptraject van de HU-studenten.

Onderzoeksaanpak

Literatuuronderzoek is steeds een belangrijke methode geweest om theoretische inzichten over veiligheid en veiligheidsgevoelens te verkennen en toe te passen op de situatie in de thuiszorg. Door middel van deskresearch zijn gegevens verzameld over de veiligheid in de thuiszorg als sector. Het in kaart brengen van veiligheid en veiligheidsgevoelens (onderzoeksvraag 1 en 2) heeft plaatsgevonden op basis van de incidentregistraties van Carinova, generatieve interviews met zorgverleners, een interview met sleutelpersonen op het gebied van veiligheid, de AVR-coördinator en tot slot interviews met enkele leidinggevendenden, waaronder een coördinator met aandachtsgebied Sociale Veiligheid.

Om bekend te raken met de aard van de werkzaamheden in de verpleging en verzorging binnen de thuiszorg, hebben de vijf studenten van de minor *Sociaal Veilig Ontwerpen* eerst een dagdeel meegelopen met een thuiszorgmedewerker: één student per medewerker (n=5). Op deze wijze konden zij een referentiekader creëren, waarmee zij vragen, antwoorden, ervaringen en gevoelens van medewerkers beter konden plaatsen en interpreteren. De studenten waren in deze “snuffelstage” tijdens het cliëntbezoek voornamelijk toeschouwer van de uitvoering van de zorgtaken voor een cliënt, *fly on the wall*. Tussen de cliëntbezoeken door en na afloop van het uitvoerende werk vonden de gesprekken plaats waarin de studenten vragen konden stellen over wat ze gezien hebben en hoe zich dat verhoudt tot veiligheid en veiligheidsgevoelens. Daarnaast hebben de studenten bij deze zorgverleners een generatief interview afgenomen (n=5), waarin op associatieve wijze rond het kernbegrip *veiligheid* via individuele begrippenwolken tot een aantal categorieën van veiligheidspercepties is gekomen. Deze kwalitatieve verzameling van gegevens en de gegevensverwerking ervan wordt verder beschreven in paragraaf 2.3. In figuur 2 is de onderzoeksaanpak schematisch weergegeven.

Voor het formuleren van maatregelen (onderzoeksvraag 3) en de bijbehorende producten die daarvoor ontworpen kunnen worden is aanvullend literatuuronderzoek gedaan. De concrete input voor ontwerpvoorstellen is gebaseerd op de inzichten die zijn opgedaan op het gebied van veiligheid en veiligheidsgevoelens bij Carinova (onderzoeksvraag 1 en 2). Voor het omzetten van maatregelen en specificaties in concrete productontwerpen heeft een brainstormsessie plaatsgevonden met de studenten van Saxion en van de Hogeschool Utrecht. In deze sessie is informatie uitgewisseld over de uitkomsten uit het respectievelijke onderzoekproject en het ontwerpproject tot dan toe. De opbrengst van deze sessie was input voor de HU-studenten in hun verdere ontwerpproces; voor de Saxion-studenten gaf de opbrengst feedback op hun werkwijze en op eventueel ontbrekende inzichten.



Binnentreden op onbekend terrein



Intimiteit bij het verzorgen



Kennis maken en vertrouwen winnen



Zorgen en helpen in kleine, onpraktische werkruimtes



Kennis van en accuratesse met medicijnen



Werken met injectienaalden



Werken met oud én jong!

Context thuiszorg

Inhoud thuiszorg

In de thuiszorg worden een viertal categorieën activiteiten onderscheiden, namelijk geneeskundig en paramedisch handelen, maatschappelijk werk, verpleging en verzorging. Deze activiteiten worden voor het grootste deel bij de mensen thuis uitgevoerd, waar nodig dag en nacht. Thuiszorgmedewerkers zijn dus toegankelijk voor min of meer onbekende burgers (Middelhoven en Driessen 2001). De thuiszorg is arbeidsintensief: 88% van de totale kosten van thuiszorgorganisaties bestaat uit personeelsgerelateerde kosten (Almekinders 2006).

De werkzaamheden bestaan voor 70% uit huishoudelijke diensten en verzorgende werkzaamheden. Verzorgenden op niveau C verrichten taken zoals wassen, douchen, steunkousen aan- en uittrekken en ogen druppelen. Zij bieden zorg aan cliënten die door ziekte, een handicap of ouderdom niet meer helemaal voor zichzelf kunnen zorgen. Werk als verzorgende C vereist minimaal een diploma MDGO-VZ middelbaar dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs (mdgo) of een MBO-diploma op niveau 3 (taalunieversum.org). In alle gevallen komt iemand als medewerker bij de cliënten thuis.

Men verricht niet alleen directe zorgtaken, maar heeft ook een belangrijke signalerende functie. Als er iets in de persoonlijke of gezondheidssituatie van een cliënt verandert, moeten de collega's van de medewerker hiervan op de hoogte worden gesteld, moet de dienstverlening aangepast worden of moeten er andere zorginstellingen ingeschakeld worden (thuiszorg-gids.nl). De wijkverpleegkundigen en verzorgenden dienen medicijnen toe, verzorgen wonden of vervangen een katheter. Het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van ziekte is een belangrijk doel. Andere belangrijke taken zijn ondersteunen van de mantelzorgers (familie en vrienden die zorg overnemen) en bevorderen dat de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig kan blijven doen. Wijkverpleegkundigen geven daarom ook advies. Bijvoorbeeld over hoe ziektes of ongevallen in huis voorkomen kunnen worden of over het gebruik van een tillift. (thuiszorg-gids.nl)

Ontwikkelingen rond thuiszorg

In de zorg en thuiszorg vinden een aantal ontwikkelingen plaats die van invloed zijn op de kwaliteit van het thuiszorgwerk. Ten eerste is er in toenemende mate concurrentie onder thuiszorgaanbieders. De toelatingsdrempel voor nieuwe aanbieders in de thuiszorg is namelijk laag door de relatief lage investeringen voor toetreding op de thuiszorgmarkt (Almekinders 2006). Ten tweede moeten thuiszorgorganisaties op de arbeidsmarkt concurreren, wat hoge eisen stelt aan de kwaliteit van het werk in de thuiszorg. Dit wordt veroorzaakt doordat de zorg is verschoven van verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar de thuissituatie van cliënten (extramuralisering). De vraag naar thuiszorg is hierdoor meer toegenomen dan gemiddeld in de zorg. Tegelijkertijd neemt de zorgproductiecapaciteit af door het reistijdverlies dat ontstaat bij een verschuiving van verpleegkundigen en verzorgenden naar thuiszorg (Almekinders 2006).

Ten derde werken in de thuiszorg met name vrouwelijke zorgverleners tussen de 45 en 65 jaar; binnen 20 jaar is deze groep met pensioen. Als mensen in de thuiszorg blijven werken, dan blijven ze doorgaans een lange periode werken. Deze zorgverleners hebben binnen hun team een band opgebouwd in een tijd dat er nog vaker teamoverleg was en meer informele momenten om ervaringen met elkaar uit te wisselen. Door bezuinigingen, door elektronische sleutelsystemen en door digitalisering is het aantal contactmomenten teruggedrongen, wat tot gevolg heeft dat collegialiteit onder druk staat.

Deel 1 Veiligheid

1.1 Het concept veiligheid

Binnen het begrip veiligheid wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen sociale veiligheid en fysieke veiligheid enerzijds en tussen objectieve veiligheid en subjectieve veiligheid anderzijds. Een definitie van Bernasco en Bruinsma (2004) van sociale onveiligheid is: de materiële of immateriële schade die ontstaat als gevolg van misdadige of asociale gedragingen of handelingen van mensen dan wel de mate waarin men voor zulke schade angst heeft. De bron van sociale veiligheid is criminaliteit en overlast door anderen, terwijl fysieke veiligheid ongevallen en onheil betreft van niet-menselijke oorsprong (Stol et al, 2012).

Objectieve veiligheid benadert zoveel mogelijk de sociale en fysieke veiligheid die daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, terwijl subjectieve veiligheid verwijst naar de perceptie en beleving van veiligheid en naar veiligheidsgevoelens. In een typologie in figuur 3 is weergegeven welke verschijningsvormen de gecombineerde dimensies van veiligheid kunnen hebben. In dit onderzoek komen alle vier typen aan de orde. Voor Carinova geldt dat er in ieder geval behoefte is aan inzicht in sociale veiligheid; in het onderzoek zal het accent daarop liggen. Fysieke veiligheid is vooral onderwerp van onderzoek waar dat leidt tot onveiligheidsgevoelens.



Figuur 3 Typologie van veiligheid met voorbeelden

1.2 Veiligheid in de thuiszorg

De nadruk in de praktijk in de thuiszorg en het onderzoek ernaar ligt tot nu toe op fysieke veiligheid, hoewel de laatste tien jaar een verschuiving plaatsvindt. De onderwerpen op het gebied van fysieke veiligheid in de thuiszorg zijn: fysieke belasting, werkdruk, prikaccidenten, biologische agentia (in aanraking komen met virussen en bacteriën) en werken met cytostatica. Sociale veiligheid wordt gevat onder het label 'agressie en geweld'. Onderwerpen die recent de aandacht hebben gekregen, zijn: seksuele intimidatie en ongeoorloofde seksuele verzoeken aan thuiszorgmedewerkers.

Het is lastig om een goede inschatting te maken van de hoeveelheid onveilige incidenten, in verband met de lage meldingsbereidheid. Voor de geestelijke gezondheidszorg is geschat dat 6% van de meldenswaardige incidenten daadwerkelijk gemeld wordt (Troost 2008). Op basis van ongevallencijfers, incidentie van beroepsziekten, instroom in WIA en WAO en eigen inschattingcijfers, stelt de Arbeidsinspectie een top vier vast van arbeidsrisico's in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT): fysieke belasting, biologische agentia, agressie en geweld en werkdruk (AI 2011).

Fysieke veiligheid

Fysieke belasting wordt als een belangrijk risico gezien in de thuiszorg en hoge werkdruk leidt makkelijk tot meer fysieke belasting, doordat (til)hulpmiddelen vanwege tijdgebrek niet worden gebruikt (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008). Vergeleken met zorg en andere beroepsgroepen wordt vooral houdingsbelasting als hoog ervaren in de thuiszorg; in iets mindere mate geldt dit ook voor de fysieke zwaarte van het werk. De werkdruk in de thuiszorg is gunstig op basis van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA 2006): vergeleken met beroepen binnen en buiten de zorg ondervinden medewerkers in de thuiszorg minder risico van het werktempo, de tijdsdruk, de emotionele zwaarte van het werk, de mate van autonomie en de herstelbehoefte. Over het risico in de thuiszorg besmet te raken met bacteriën en virussen is nog niet veel bekend; de omgang met cytostatica neemt toe, maar ook daarover ontbreken betrouwbare cijfers (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008).

Sociale veiligheid

Vergeleken met andere sectoren is agressie en geweld een minder groot probleem, maar verpleegkundigen en verzorgenden hebben meer te maken met deze arbeidsrisico's dan de beroepsbevolking in het algemeen. Uit cijfers van de NEA 2006 blijkt dat bijna de helft van de werknemers in de thuiszorg zich wel eens geïntimideerd heeft gevoeld; 17% van de werknemers is wel eens lichamelijk aangevallen is; pesten komt relatief weinig voor (zie tabel 1). De mondige en veeleisende cliënt speelt een rol in de gevoelens van de medewerkers (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008).

Tabel 1 Mate waarin verzorgenden en verpleegkundigen aangeven de afgelopen 12 maanden te maken te hebben gehad met agressie en geweld.

		V&V Totaal n=1.155	Andere Beroepsgroepen n=22.948	V&V Thuiszorg n=139
Agressie en geweld				
Intimidatie	- wel eens	47%	20%	47%
	- vaak of zeer vaak	6%	3%	2%
Lichamelijk geweld	- wel eens	34%	1%	15%
	- vaak of zeer vaak	6%	2%	2%
Pesten	- wel eens	13%	7%	6%
	- vaak of zeer vaak	2%	2%	1%

Bron: NEA 2006 (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008).

Volgens onderzoek in 2001 in opdracht van het Ministerie van Justitie komt geweld tegen thuiszorgmedewerkers steeds meer voor, vooral verbaal geweld en seksuele intimidatie. Seksuele intimidatie komt voor bij meer dan een derde van de thuiszorgverleners. Bij intimidatie gaat het in meer dan de helft van de gevallen om seksueel getinte opmerkingen en in ruim 30 procent van de gevallen om handtastelijkheden (TVVonline.nl). Fysiek geweld komt in mindere mate voor. De functie van het geweld is vaak instrumenteel: de cliënt wil bijvoorbeeld een bepaalde behandeling (Middelhoven en Driessen 2001). In een studie van Research en Beleid in 2009 blijkt uit

gesprekken met sleutelpersonen in thuiszorgorganisaties dat incidenten die optreden veelal verbale en fysieke agressie of seksuele intimidatie door cliënten betreft. Dergelijke incidenten komen met name voor bij dementerende ouderen en omdat dat gedrag gezien wordt als passend bij het ziektebeeld worden die incidenten vaak niet gemeld (www.agressieindezorg.nl). Ook blijkt uit de gesprekken dat onveilige buurten en hangjongeren bij organisaties in de thuiszorg worden genoemd als een belangrijke oorzaak van gevoelens van onveiligheid bij medewerkers, alhoewel werkelijke incidenten weinig lijken voor te komen. (Van der Kemp en van Vree 2009)

Tabel 2 Mate waarin verzorgenden en verpleegkundigen aangeven de afgelopen 12 maanden te maken te hebben gehad met de gevolgen van agressie en geweld.

	V&V Totaal n=1.155	Andere Beroepsgroepen n=22.948	V&V Thuiszorg n=139
Vanwege agressie of geweld:			
- wel eens verzuimd	3%	2%	<1%
- >4 weken verzuimd	1%	1%	0%
- minder goed gefunctioneerd	14%	10%	10%
- >4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	1%

Bron: NEA 2006 (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008).

Het verzuim vanwege agressie of geweld is gering, maar toch nog 10% geeft aan wel eens minder te hebben gefunctioneerd als gevolg van agressie of geweld (zie tabel 2). Dat is ongeveer evenveel als bij andere beroepsgroepen. Meer dan 4 weken verzuim en minder dan 4 weken minder goed functioneren komt in de thuiszorg zo goed als niet voor (resp. 0% en 1%).

1.3 Casus Carinova

De omvang en aard van onveiligheid van thuiszorgmedewerkers van Carinova wordt in kaart gebracht op basis van cijfers uit de incidentregistraties van Carinova en op basis van kwalitatieve informatie uit generatieve interviews met uitvoerende thuiszorgmedewerkers en uit diepte-interviews met leidinggevend.

Onder een incident wordt verstaan: een ongewenste gebeurtenis met of zonder ongewenst gevolg en omvat fouten, bijna ongelukken en ongelukken (NVMA, 2004). De incidentlabels in de incidentenregistratie die van toepassing zijn op veiligheid van medewerkers zijn: prikaccident; ongewenst gedrag; medicatiefout; val medewerker (Raamwerk Calamiteiten, 2007). Daarnaast kunnen in de categorie *overig* ongewenste omgangsvormen worden gemeld: seksuele intimidatie, pesten, discriminatie en overige; daarbij kan worden aangemerkt of het gaat om een verbale, non-verbale of fysieke uitingsvorm. De categorie *overig* bevat een verzameling van diverse andere incidenten, waaronder hondenbeten. Uit de registratiesystematiek is op te maken dat sociale veiligheidsindicatoren geen eigen labels hebben, waardoor het niet meteen zichtbaar is wat meldenswaardige sociale veiligheidsincidenten zijn.

Prikaccidenten doen zich meestal voor op het moment dat een naald onjuist bevestigd is. Hierdoor kan de naald vallen of breken, waardoor er een risico ontstaat dat de gebruikte naald de medewerker prikt. Ook kunnen prikaccidenten zich voordoen door gebruik van verkeerd materiaal. Er zijn verschillende soorten injectienaalden in omloop die ieder een eigen gebruiksaanwijzing hebben. Injectienaalden waar na gebruik een dopje op moet worden gedrukt zijn onveiliger, omdat het dopje langs de naald kan schieten en een medewerker geprikt kan worden door de naald. Er zijn ook naalden in omloop die na gebruik weer terug in een omhulsel gaan door aan de bovenkant van de naald te trekken, wat tot minder prikaccidenten leidt.

Ieder incident dient afzonderlijk te worden gemeld via een meldingsformulier. Er bestaan binnen Carinova verschillende meldings- en registratieformulieren die in hun begrippen en labels niet altijd overeenkomen. Het melden gebeurt in principe via de leidinggevende, vaak een coördinerend wijkverpleegkundige. Als bij het overleg met de leidinggevende voor een voorval al een oplossing is gevonden of als het idee bestaat “dat het niet meer nodig is”, dan wordt niet altijd overgegaan tot melden via het meldingsformulier. Ook worden veel voorvallen niet gemeld, omdat medewerkers het gevoel hebben dat dit nu eenmaal onderdeel is van het beroep: “medewerkers cijferen zich vaak weg voor de cliënt”.

Begin 2011 is er een *Week van Veilig Melden* georganiseerd om het meldgedrag van werknemers te bevorderen. Dat resulteerde in een acute toename van het aantal meldingen, wat het lastig maakt een vergelijking te maken met voorgaande jaren in een trendanalyse. Uit tabel 3 blijkt dat er in 2011 inderdaad bijna een verdubbeling van incidenten heeft plaatsgevonden ten opzichte van de voorgaande jaren. Dit verwijst dus niet perse naar een stijging van het aantal incidenten, maar waarschijnlijk wel naar een stijging van het aantal meldingen.

Tabel 3 Het totaal aantal geregistreerde incidenten per soort incident per jaar

Soort melding	Aantal meldingen			
	2008	2009	2010	2011
Medicatiefout	110	98	140	215
Ongewenst gedrag			9	27
Prikaccident	7	10	9	11
Val medewerker	4	0	7	3
Overig	39	36	34	112
Totaal	190	155	199	368

In 2011 worden op het gebied van *ongewenst gedrag* en *overige* 27 respectievelijk 64 meldingen gedaan (zie tabel 3), wat neerkomt op ongeveer 7% van het aantal medewerkers in de thuiszorg. Uit de landelijke survey NEA in 2006 komen beduidend hogere percentages van medewerkers die minstens één keer in de afgelopen twaalf maanden bepaalde vormen van ongewenst gedrag meegemaakt hebben: intimidatie (49%), lichamelijk geweld (17%) of pesten (7%). Dit bevestigt dat een incidentregistratie een forse onderschatting oplevert van het aantal werkelijke incidenten. Veel voorvallen worden niet als incidenten ervaren of in ieder geval niet als problematisch ervaren.

Op basis van de generatieve interviews (zie paragraaf 2.3) en de interviews met leidinggevendenden zijn op kwalitatieve wijze gegevens verkregen die enkele aanvullende veiligheidsaspecten hebben opgeleverd. Aanvullende aspecten die in de categorie fysieke veiligheid naar voren kwamen zijn: slechte weersomstandigheden (mist, onweer, gladheid, storm), een onhygiënische omgeving en bijtende honden. Aanvullende aspecten die in de categorie sociale veiligheid naar voren kwamen zijn: veeleisende familie die onbegrip toont over keuzes en snelheid van handelen door een thuiszorgmedewerker. Ook werden diverse vormen van verbale agressie genoemd: vervelende opmerkingen of verzoeken en belediging.

Deel 2 Veiligheidsgevoelens

2.1 Theorie over onveiligheidsgevoelens

In het ontstaan van veiligheidsgevoelens spelen verschillende factoren een rol die te maken hebben met risico-inschatting, individuele eigenschappen en eigenschappen van de situationele context. Een risico-inschatting komt volgens de Amerikaanse socioloog Goffman voort uit evolutionair gevormde reacties op gevaren in de omgeving, die ook nu nog doorwerken in een voortdurend onbewust analyseren van de omgeving. Vanwege dit scannen van de omgeving zijn er drie belangrijke bronnen van onveiligheidsgevoelens: onbekendheid, duisternis en aanwezigheid van anderen (Oppelaar en Wittebrood 2006; Vanderveen 2002). Dit heeft tot gevolg dat mensen zich in hun eigen omgeving altijd veiliger voelen dan daarbuiten, doordat kennis van een nieuwe situatie ontbreekt. Bovendien voelen mensen zich in het donker vaker onveilig doordat zij de omgeving en de aanwezigheid van anderen beperkt kunnen analyseren.

Aangenomen wordt dat de risico-inschatting die mensen bewust of onbewust maken niet alleen een emotionele reactie is op basis van een rationele inschatting van gevaar. De inschatting is voor een belangrijk deel irrationeel en wordt gevoed door diverse persoonlijke eigenschappen, individuele ervaringen, aangeleerd gedrag en media (Elchardus, Groof en Smits 2003). Deze irrationele inschatting is vaak een overschatting van het werkelijke gevaar dat men loopt. De laatste inzichten in de factoren op individueel en situationeel niveau zijn gebaseerd op een Europese studie in het kader van *Changing Perceptions of Security Interventions*. In het conceptueel model van Van Noije en Wittebrood (2010) dat daaruit voortvloeide worden zeven individuele factoren benoemd en zes contextuele factoren, zie tabel 4.

Tabel 4 Factoren die van invloed zijn op veiligheidsgevoel.

Individueel niveau	Contextueel niveau
1. Persoonlijkheid en copingstijl	1. Criminaliteit
2. Fysieke en psychische kwetsbaarheid	2. Verloedering
3. Sociale kwetsbaarheid	3. Overlast
4. Directe ervaringen met sociale onveiligheid	4. Belemmeringen voor sociale cohesie
5. Indirecte ervaringen met sociale onveiligheid	5. Sociale samenstelling
6. Routinematige activiteiten	6. Fysiek ontwerp van openbare ruimte
7. Sociaal ongemak	

Op individueel niveau speelt mee: de natuurlijke aanleg om angstig te zijn (persoonlijkheid); hoe iemand omgaat met stressvolle gebeurtenissen (copingstijl); hoe groot, oud en fit iemand is (fysieke kwetsbaarheid); wat iemand mentaal en emotioneel aan kan (psychische kwetsbaarheid); welke materiële en culturele middelen iemand tot zijn beschikking heeft: sociaal economische status (sociale kwetsbaarheid); slachtofferschap (directe ervaringen); de mate waarin iemand op informele wijze slachtofferschap van naasten deelt (indirecte ervaringen); de mate en soort van activiteiten die iemand blootstellen aan risico's, zoals uitgaan (routinematige activiteiten); de mate waarin iemand een algemeen gevoel van onzekerheid en onbehagen heeft, bijvoorbeeld als gevolg van sociale spanningen of negatieve toekomstverwachtingen (Van Noije en Wittebrood 2010; Oppelaar en Wittebrood 2006).

Op contextueel niveau spelen mee: de mate van criminaliteit, verloedering en overlast; de mate waarin mensen in de omgeving elkaar kennen, elkaar vertrouwen en naar elkaar omzien (sociale cohesie); de etnische samenstelling en de tevredenheid over de etnische samenstelling, de sociaal-economische status van bewoners in een omgeving (sociale samenstelling); zichtbaarheid, eenduidigheid, toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van een omgeving (criteria voor veilig ontwerp (Luten, Lopez, Woldendorp en Van Zwam 2008)). Veder is ook bekendheid met de omgeving en met personen van belang.

De gevolgen van onveiligheid en onveiligheidsgevoelens worden erkend als maatschappelijk probleem. Met name voor ouderen worden negatieve psychologische effecten gemeten (Elchardus, Groof, Smits 2003). In het bijzonder met betrekking tot (angst voor) geweld zijn de gevolgen groot. In een internationale studie onder alle EU-landen zijn in alle landen significante effecten gevonden op ziekteverzuim, de neiging om van baan te veranderen, het aantal psychische gezondheidsklachten en de ontevredenheid met het werk (Middelhoven en Driessen 2001). Dit brengt tevens financiële gevolgen met zich mee in termen van verloren gegane arbeidsjaren, wat invloed heeft op de productiviteit en de kosten van gezondheidszorgvoorzieningen.

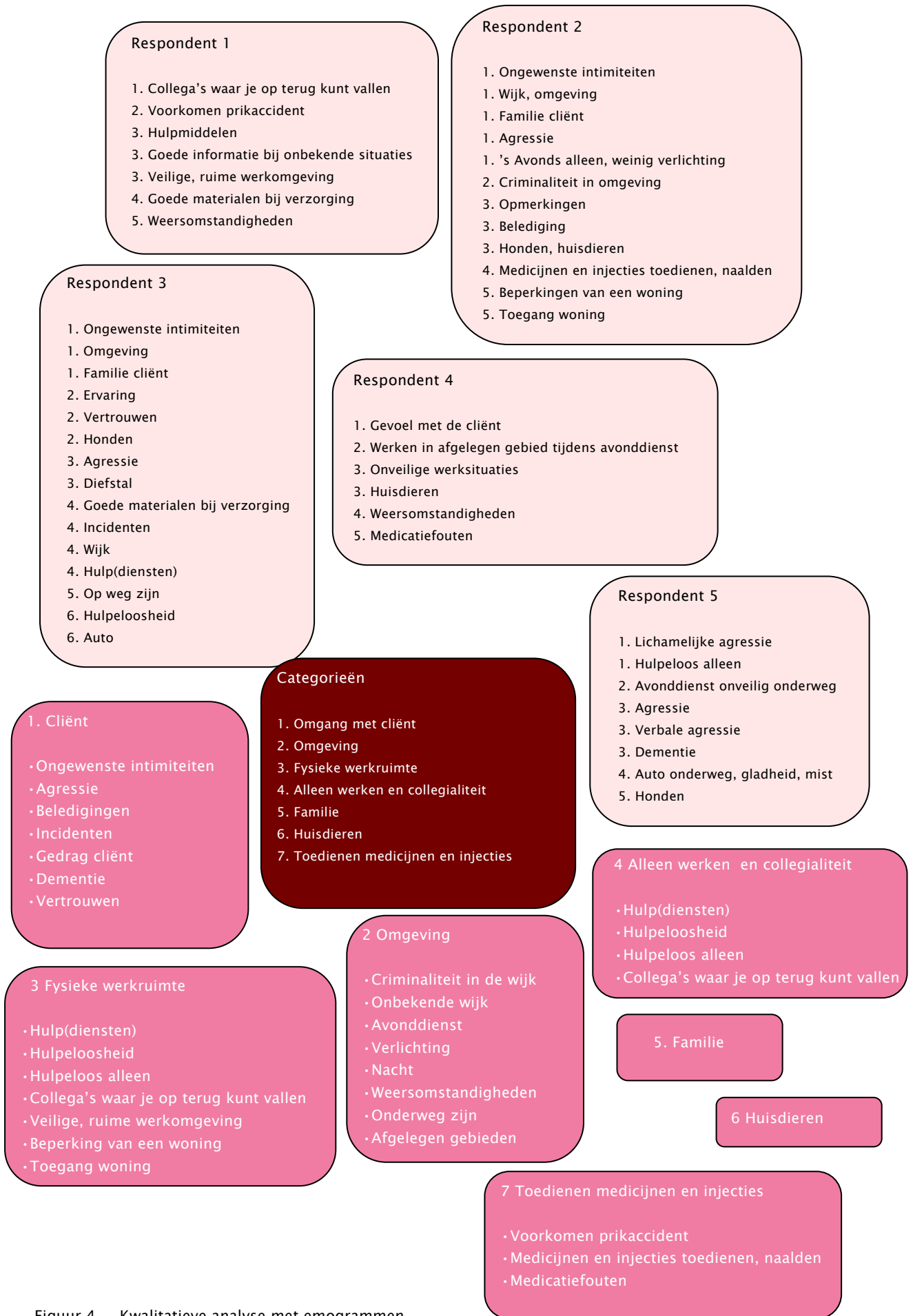
2.2 Veiligheidsgevoelens in de thuiszorg

In een landelijke studie in opdracht van beroepsorganisatie NU'91 zijn veiligheidsgevoelens van medewerkers (377 respondenten) in de thuiszorg gemeten, (www.nursing.nl). Daaruit bleek dat verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zich regelmatig niet veilig voelen als zij op weg zijn naar een cliënt. Tachtig procent van de thuiszorgmedewerkers gebruikt de auto als vervoermiddel op weg naar cliënten. Het gebruik van de auto geeft aan de ene kant een veilig gevoel omdat de deuren op slot gedaan kunnen worden, maar het naar de auto moeten lopen geeft juist een onveilig gevoel, vooral in het donker. Slecht verlichte straten en kapotte buitenverlichting aan huizen van cliënten worden ook als oorzaak genoemd.

Zeventig procent van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden gaf aan dat zij zich de afgelopen twee jaar vooral in de avonduren onveilig voelden. Hangjongeren in de avond- en nachtdienst vormen de belangrijkste oorzaak van onveiligheidsgevoelens van verpleegkundigen en verzorgenden (90%). In de Randstad komt dat veel voor in buurten met veel hoogbouw, in achterstandswijken en in het uitgaansgebied. Buiten de Randstad worden buurten met bankjes buiten en campings genoemd als hangplekken.

Eenvijfde van de respondenten heeft aangegeven zich de afgelopen 2 jaar onveilig te hebben gevoeld door het gedrag van de cliënt. Zo'n 15% (alleen vrouwen) noemde seksuele intimidatie als reden om zich onveilig te voelen bij de cliënt thuis. Genoemd werden: op bed trekken, betasten maar ook 'vieze praatjes'. Zowel mannen als vrouwen (10%) noemen agressie. Zowel verbaal agressief (dreigen, schelden, boos op alles en iedereen) als non-verbaal (slaan, schoppen en bijten).

In het onderzoek is geen relatie gevonden tussen de toegenomen werkdruk en de veiligheidsbeleving. Wel werd genoemd dat door de hoge werkdruk de kans op fouten groter wordt waardoor de medewerker zelf onveiligheid in de hand werkt (www.nu91-leden.nl).



Figuur 4 Kwalitatieve analyse met emogrammen

2.3 Casus Carinova

Onveiligheidsgevoelens worden niet officieel op organisatieniveau geregistreerd. Om toch inzicht te krijgen in de aard en omvang van onveiligheidsgevoelens van thuiszorgmedewerkers bij Carinova zijn op kwalitatieve wijze gegevens verzameld in interviews met uitvoerenden en leidinggevendenden. In deze paragraaf is uiteengezet hoe de kwalitatieve gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd door middel van emogrammen. We gaan nader in op de categorieën die voortkwamen uit deze methode. Deze informatie wordt aangevuld met gegevens die via interviews met leidinggevendenden zijn verkregen.

Toelichting emogram

Per respondent is een diagram gemaakt waarin persoonlijke associaties geplaatst worden rond een kernbegrip, een *emogram*. Stap 1 is dat iedere respondent eigen begrippen plaatst rond het kernbegrip *veiligheid*, waarbij de afstand tot het kernbegrip een maat is voor het belang voor veiligheid. Alle begrippen krijgen een oplopende rang; het begrip dat het dichtst bij het centrale punt is geplaatst, krijgt rangnummer 1 (zie figuur 4).

In stap 2 worden begrippen van alle respondenten samen geordend door met één begrip te starten en daarbij van andere respondenten vergelijkbare begrippen of synoniemen te vinden. In totaal zijn er zeven categorieën ontstaan met clusters van begrippen rond een thema. Aan de hand van het aantal begrippen in een categorie zijn de rangorden uit de individuele diagrammen gesommeerd en gedeeld door het aantal begrippen in de categorie. Hoe hoger het gemiddelde, des te belangrijker de categorie, des te hoger de positie in de lijst begrippen (zie figuur 4).

Uitkomsten emogrammen en interviews

De cliënt Het gaat om het contact tussen cliënt en zorgverlener. Eerdere ervaringen met ongewenst gedrag van de cliënt of negatieve ervaringen van collega's zijn van invloed op het veiligheidsgevoel van de zorgverlener. Het ongewenste gedrag varieert van negatieve uitlatingen tot fysiek geweld of seksuele intimidatie. Positieve effecten op veiligheidsgevoelens vinden plaats als de vertrouwensband goed is en de cliënt prettig gedrag vertoont. Het sociale contact en interesse in elkaar zijn belangrijk.

Omgeving De omgeving waar de woning van de cliënt zich bevindt en de weg daar naar toe vormen een bron van onveiligheidsgevoelens. Het gaat bijvoorbeeld om het soort omgeving zoals het buitengebied of een stadse wijk waar de patiënt woont. Vooral het verschil met wat de zorgverlener zelf gewend is speelt een rol in de mate waarin deze zich thuisvoelt en veilig voelt in de omgeving van de cliënt. Factoren die genoemd worden zijn: donkere achterafweggetjes, achterstandsbuurtten met veel flats, vervuilde portieken, veel buitenlandse kentekens in de buurt.'s Avonds zichtbaar alleen werken in het wijkgebouw, in combinatie met weinig verlichting en een toegangsdeur die langzaam sluit, of werken in een verlaten gebied zijn voorbeelden van situaties die een gevoel geven van "steeds op je hoede moeten zijn".

Onderweg kan er van alles gebeuren. 's Avonds worden zorgverleners nogal eens achtervolgd: "minstens een keer per twee weken", meestal door politieagenten die zich afvragen waarom de "mevrouw" zich zo laat nog op straat bevindt. In en rond de auto spelen zich verschillende vervelende taferelen af. Vooral op uitgaansavonden houden groepjes roepende mensen de auto in de binnenstad wel eens tegen, er wordt op de auto geslagen; ook genoemd wordt een poging om bij de zorgverlener in de auto te stappen. Rond Oud en Nieuw komen daar nog vuurwerk en brandjes op straat bij. Ook de weersomstandigheden zijn een bron van onveiligheidsgevoel onderweg, zoals: mist, gladheid (tussen 1h00 en 4h30 in de ochtend wordt niet gestrooid), onweer en storm (bomen op de weg).

Fysieke werkruimte In de thuiszorg hebben zorgverleners geen vaste werkplek; ze zijn altijd afhankelijk van de situatie zoals die bij iemand thuis is. Ruimtegebrek in een woning maakt het werk moeilijk en onprettig en bepaalde apparatuur kan dan niet worden gebruikt. In een werkruimte met kleedjes, afstapjes en gladde vloeren moet men goed oppassen niet te vallen. Onhygiënische omstandigheden, kapotte verwarming of gesprongen waterleidingen vormen eveneens omstandigheden die het gevoel van veiligheid verminderen. Als fysieke hulpmiddelen op een veilige manier kunnen worden gebruikt, heeft dit een positief effect op het veiligheidsgevoel. Dit geldt ook voor informatie die vanuit Carinova wordt verstrekt aan de thuiszorgmedewerkers, bijvoorbeeld over het gebruik van hulpmiddelen en materialen, of informatie over de cliënt.

Alleen werken en collegialiteit Alleen werken en niet altijd zelf een ongewenste situatie kunnen oplossen zijn bronnen van hulpeloosheid die leiden tot onveiligheidsgevoelens. Als er iets gebeurt, zijn zorgverleners meestal alleen en hulp krijgen kan lang duren. Het werken tijdens avonddiensten vergroot het gevoel van hulpeloosheid doordat er minder collega's aan het werk zijn die zich bovendien op grotere afstand bevinden, vooral bij ongeplande zorg in geval van noodsituaties. Collegialiteit is erg belangrijk om het gevoel van veiligheid te kunnen blijven voeden. Op dit moment is er in de teams een hechte band. De contactmomenten met andere collega's zijn steeds beperkter. Teamoverleggen vinden 1 keer per 2 of 4 weken plaats; teamuitjes een paar keer per jaar; regelmatig vallen zorgverleners terug op informele bijeenkomsten op eigen initiatief in hun eigen tijd door henzelf bekostigd. Het aantal koffiemomenten is afgenomen door het gebruik van het Clavisio-sleutelsysteem en digitalisering van zorgdossiers. Toch wordt door diverse leidinggevendenden geprobeerd te stimuleren dat zorgverleners 's ochtendsvroeg voor vertrek naar de eerste cliënt, een kopje koffie te drinken in de koffiekamer in het wijkgebouw.

Omgang familie Een positief effect van de familie gaat uit van de informatie die zij verschaffen over de cliënt, als deze daar zelf niet goed toe in staat is. Dat vergemakkelijkt het werk en er kan worden samengewerkt. Een negatief effect wordt ervaren als de familie bemoeizuchtig is, veeleisend is over inhoud en timing van zorg, geen begrip heeft voor de werkwijze van de zorgverlener, in de weg loopt of gewoonweg vervelend doet.

Huisdieren Huisdieren vormen een bron van onveiligheidsgevoelens bij thuiszorgmedewerkers. Met name honden kunnen dreigend overkomen, blaffen of bijten. Een aantal thuiszorgmedewerkers is er bang voor of voelt zich er ongemakkelijk bij. Eigen ervaringen of verhalen van collega's hebben ook invloed op de angst voor honden, zo geven vier van de vijf respondenten aan. Bijtincidenten komen elk jaar wel eens voor.

Toedienen medicijnen en injecties Het maken van fouten met medicijnen veroorzaakt soms een onzeker en onveilig gevoel bij het uitoefenen van de zorgtaak uit zorg voor de cliënt. Bij het toedienen van injecties bestaat juist gevaar voor de eigen gezondheid: besmetting met hepatitis en HIV vormen reële risico's. Daarnaast gaan cliënten ook niet altijd hygiënisch om met spullen, zoals met naalden waarmee zij zichzelf moeten injecteren.

Deel 3 Maatregelen tegen onveiligheid en onveiligheidsgevoelens

In dit hoofdstuk gaan we in op maatregelen die in de zorg en in de thuiszorg genomen worden. Vervolgens bespreken we de mogelijkheden die voor Carinova interessant zijn op basis van de bevindingen uit de casestudie. In figuur 5 op pagina 26 zijn de aspecten van veiligheid samengevat die op basis van interviews met uitvoerenden en leidinggevenden zijn verkregen voor de situatie bij Carinova. Ze zijn geplaatst in een typologie voor veiligheid, waarin de dimensie fysieke versus sociale veiligheid en de dimensie objectieve versus subjectieve veiligheid bij elkaar komen.

3.1 Maatregelen in de zorg

Fysieke veiligheid Om de fysieke belasting van zorgverleners te beperken zijn al veel instrumenten beschikbaar om de risico's op te sporen: arbocheck, tilprotocollen, werkpakket Zorg voor Thuiszorg. Voor de aanpak van fysieke belasting is het raadzaam om aandacht te schenken aan de leefstijl van zorgverleners. Obesitas is een toenemend probleem dat voor deze beroepsgroep dubbel nadelig is: enerzijds leidt het tot verminderde belastbaarheid en toenemend verzuim, anderzijds worden de patiënten steeds zwaarder (Douwes Van den Heuvel en Sonneveld 2008).

Agressie en geweld Agressie en geweld zijn niet altijd te voorkomen. Daarom moeten zorgverleners beter worden voorbereid om op professionele wijze hiermee om te gaan. Er wordt momenteel verkend wat de mogelijkheden zijn om dit in het curriculum van het beroepszorgonderwijs op te nemen. Aansluiting wordt gezocht bij het programma professionele weerbaarheid, dat toegepast wordt bij de politie. Voor dit plan wordt in de periode 2012 tot en met 2015 € 6,4 miljoen ter beschikking gesteld aan sociale partners in de zorg om de maatregelen uit het plan te realiseren. Jaarlijks krijgt de Tweede Kamer informatie over de voortgang van en de behaalde resultaten met dit actieplan (www.ccv.nl). De Tweede Kamer komt met een extra impuls in de periode 2012–2015, om samen met sociale partners, de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Minister van Veiligheid & Justitie het werk in de zorg veiliger te maken. De maatregelen in dit plan zijn zowel gericht op preventie als op repressie in de vorm van “het geven van een passende en duidelijke reactie naar de veroorzaker” (www.werknemersindezorg.nl).

Meldgedrag In 2009 is onderzoek gedaan naar het meldgedrag van zorgverleners in 144 instellingen in de geestelijke gezondheidszorg. Afhankelijk van de houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur nemen zorgverleners de beslissing wel of geen melding van ongewenste gebeurtenissen te maken (Troost, 2009). Nog geen 30% van de respondenten deed melding van 6% van de incidenten. Redenen om geen melding te doen zijn:

- De neutrale houding ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen;
- De beperkte druk die ervaren wordt om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen;
- De onwetendheid met betrekking tot welke gebeurtenissen wel en niet gemeld hoeven te worden;
- De onwetendheid als het gaat om welk meldingsformulier voor welke gebeurtenis gebruikt moet worden;
- Ontbreken van een veiligheidscultuur.

3.2 Maatregelen in de thuiszorg

In tabel 5 staat een overzicht van gebruikte instrumenten, onderverdeeld in instrumenten tegen agressie, beleid ter ondersteuning en opvang bij incidenten en instrumenten rond nazorg en registratie. De gegevens zijn afkomstig uit een inventarisatie door Research en Beleid van maatregelen onder 19 thuiszorginstellingen (Van der Kemp en Van Vree 2009).

De meest toegepaste instrumenten tegen agressie zijn: het bespreken van agressie tijdens het teamoverleg, gedragsregels en gedragscodes voor medewerkers en voorlichting of scholing van medewerkers. Ook genoemd zijn: een vertrouwenspersoon, melding incident medewerker (MIM) en gebruik van een mobiele telefoon, het uitreiken van hulpmiddelen (plattegronden, alarmapparaatje, zaklantaarn), het vrij parkeren in onveilige wijken zodat medewerkers dichtbij de woning van cliënten kunnen parkeren en de inzet van agressiecoaches.

Tabel 5 Instrumenten die toegepast worden in de thuiszorg

Instrumenten tegen agressie (n=19)	%
Bespreken agressie tijdens teamoverleg	95
Gedragsregels of -code voor medewerkers	84
Huisregels voor cliënten / leveringsvoorwaarden	79
Voorlichting of scholing omgaan met agressie	74
Bespreken agressie tijdens teamoverleg	95
Training in omgaan met agressie	53
Agressieprotocol	32
Risico-inschatting bij intake cliënt	32
Beveiliging (portier, beveiliging)	16
Afspraken gemeente en politie aanpak onveilige buurten	11
Instrumenten voor ondersteuning en opvang bij incidenten (n=17)	%
Richtlijnen voor eerste opvang	76
Alarmmogelijkheden (mobiele telefoon, persoonlijk alarmsysteem)	76
Afspraken met politie over snelle reactie bij gebruik alarmnummer	18
Aanwezigheid veiligheidsmedewerker (AVR, IVZ)	0%
Richtlijnen voor taxi gebruik bij onveilige situaties of in onveilige wijken	12
Instrumenten voor nazorg en registratie en opvang bij incidenten (n=19)	%
Procedure voor melding van incidenten door medewerkers	100
Registratie van incidenten	95
Aanwezigheid vertrouwenspersoon	84
Aanwezigheid klachtencommissie	79
Procedure voor evaluatie van incidenten	74
Procedure voor actie richting lastige cliënten	74
Richtlijnen voor nazorg door leidinggevende	63
Ondersteuning bij aangifte en juridische afhandeling	37
Aanwezigheid traumaopvangteam	16

Bron: Research en Beleid (Van der Kemp en Van Vree 2009)

De meest toegepaste maatregel voor ondersteuning en opvang bij incidenten zijn de richtlijnen voor eerste opvang en alarmmogelijkheden. Overig genoemde maatregelen zijn o.a.: een vertrouwenspersoon, beschikbaarheid van bedrijfsauto's, een nazorgteam, oproepen van een BHV'er bij agressie, beveiligingsbedrijf, agressiecoach, alarmnummer als verkort nummer op de mobiele telefoon, een mogelijkheid om samen met een collega naar een cliënt te gaan (Van der Kemp en Van Vree 2009).

3.3 Casus Carinova

Uit het onderzoek zijn een aantal punten naar voren gekomen die de veiligheid en onveiligheidsgevoelens van de zorgverleners beïnvloeden. In deze paragraaf zullen deze punten naar voren komen waarbij per punt enkele specificaties en adviezen zijn geformuleerd voor een productontwerp.

Melding Incident Medewerker Er wordt weinig gemeld; de meeste voorvallen worden met de direct leidinggevende besproken en zo mogelijk wordt dan ook een ad hoc-oplossing bedacht. De zorgverleners brachten zelf naar voren dat zij het melden graag op een simpelere en snellere wijze willen zien. Om dit te bereiken en een accurater beeld en een hogere meldingsbereidheid te realiseren kan er een digitaal, eenduidig meldingsproduct worden gebruikt.

Specificaties:

- Digitaal en online, hierdoor is het meldingsregister overal te bereiken
- Snel en simpel in gebruik, de zorgverlener moet in korte tijd de melding kunnen doen
- Cross-browser compatible, ook voor mobiele apparaten (smartphone etc.)
- Eenduidige typologie van de incidenten

Alarm slaan Zorgverleners zijn zich van bewust dat ze er in eerste instantie alleen voor staan bij een incident of in noodsituaties. Uit onderzoek van TNO komt naar voren dat een belangrijk instrument voor dit soort gevallen een alarmprocedure is met een adequate alarmopvolging (Douwes 2008). Voor het gevoel van de zorgverlener is het dus van belang dat men weet dat er in nood snel alarm kan worden geslagen en collega's hem of haar snel te hulp komen schieten. Een maatregel om dit mogelijk te maken is een alarmeringsproduct. Dit product zal echter aan enkele specificaties moeten voldoen om goed te kunnen functioneren en onveiligheidsgevoelens bij de zorgverleners daadwerkelijk te kunnen verminderen.

Specificaties:

- Locatie van de zorgverlener in nood moet bekend zijn
- Snel en simpel in gebruik. Moet de zorgverlener in staat stellen met 1 handeling alarm te slaan
- Moet de dichtstbijzijnde collega's alarmeren en de locatie van de collega in nood doorgeven
- Optioneel: na alarmering spraakverbinding openen met bijvoorbeeld de dienstdoende Arbo-coördinator

Ontmoeten In de thuiszorg is de zorgverlener het grootste gedeelte van de dag alleen op stap, en zien zij hun collega's niet. Hierdoor is er minder tijd voor collegiaal overleg en het delen van ervaringen. Voor ontmoeten is het ook van belang dat de teams niet te groot worden. Een product dat het collegiale overleg en het uitwisselen van ervaring kan bevorderen is een online ontmoetingsplaats. Een online ontmoetingsplaats zoals ITN kan allerlei vormen aannemen, maar vervangt nooit de nabijheid van een collega, "de arm om je heen".

Specificaties:

- Simpel en overzichtelijk. Ook begrijpelijk voor mensen met geringe kennis van digitale techniek
- Cross-browser compatible, ook voor mobiele apparaten (smartphone etc.)

Scholing Medewerkers blijken vaak niet goed op de hoogte te zijn van alle maatregelen die de thuiszorgorganisatie heeft genomen, terwijl blijkt dat kennis over de beschikbaarheid van deze maatregelen kan bijdragen aan een beter veiligheidsgevoel (Van der Kemp en Van Vree 2003). Om beter te leren omgaan met agressie en op te hoogte te worden gebracht van het huidige (Arbo-)beleid en regels blijken trainingen en cursussen goede middelen (Douwes, Van den Heuvel en Sonneveld 2008). De kosten van dergelijke trainingen kunnen beperkt worden door elektronische leerprojecten (Gelderblom 2007). Een ander voordeel is dat werknemers in hun eigen tijd op hun eigen tempo de cursus kunnen doorlopen.

Specificaties:

- Multimediale vormgeving
- Professioneel vormgegeven
- Gebruiksvriendelijk
- Cross-browser compatible

Protocollering Medicatiefouten vloeien voort uit het handelen op basis van dagelijkse routine, onwetendheid en organisatorische slordigheid. Routinefouten kunnen worden voorkomen door het protocolleren van routinematige handelingen, waarbij gemakkelijk fouten gemaakt kunnen worden. Dit kan door bijvoorbeeld een checklist te gebruiken die moeten worden afgevinkt bij het geven van de medicatie (Grol 2010). Onwetendheid kan worden voorkomen door bij iedere patiënt de benodigde gegevens op de smartphones van de werknemers te plaatsen. Zodra de werknemers inloggen bij de cliënt dient dit op het scherm te verschijnen. Zo blijven de werknemers goed geïnformeerd, en kan de smartphone geraadpleegd worden wanneer men even niet meer weet welke medicatie in welke dosering toegediend moet worden. Organisatorische slordigheid kan worden voorkomen door duidelijke protocollen op te stellen en ervoor te zorgen dat medewerkers deze naleven. Ook dienen er 24 uur per dag telefonisten aanwezig te zijn. Deze kunnen bij onduidelijkheden de medewerker te woord staan.

Afspraken vastleggen Een groot deel van de ongewenste gedragingen wordt gepleegd wordt door demente cliënten, wat lastig is tegen te gaan bij zorgafhankelijke taken. In een uiterst geval kan overgegaan worden op zorgweigering. Bij 'normale' cliënten is het mogelijk contractueel vast te leggen dat er bij een eerste vergrijp een waarschuwing volgt, bij een tweede vergrijp een boete, en bij een derde vergrijp zorgweigering. Daarnaast is het van belang dat iedere medewerker weet hoe te handelen bij ongewenste gedragingen. Tijdens de meeloopdag is gebleken dat alle medewerkers enkele jaren geleden een agressietraining hebben gehad. Het zou waardevol zijn als een dergelijke training nogmaals georganiseerd zou worden, om het geheugen op te frissen en nieuwe medewerkers bekend te maken met een agressietraining.

Overig In de interviews zijn diverse concrete suggesties genoemd voor specifieke situaties: agressieve honden in een aparte kamer plaatsen; vrij parkeren voor zorgverleners; een warme jas met herkenbaar logo of een logo dat op eigen kleding kan worden bevestigd; logo dat bevestigd kan worden op raam eigen auto; een veiligheidskaartje voor op zak, waarop de belangrijkste info, codes en tips staan.

4 Samenvatting en conclusie

Er zijn in dit onderzoeksproject drie onderzoeksvragen geformuleerd die in de afzonderlijke hoofdstukken zijn beantwoord. Hieronder worden de antwoorden concluderend weergegeven.

4.1 Wat is de aard en de omvang van onveiligheid in de thuiszorg onder medewerkers van Carinova in de divisie Verpleging & Verzorging?

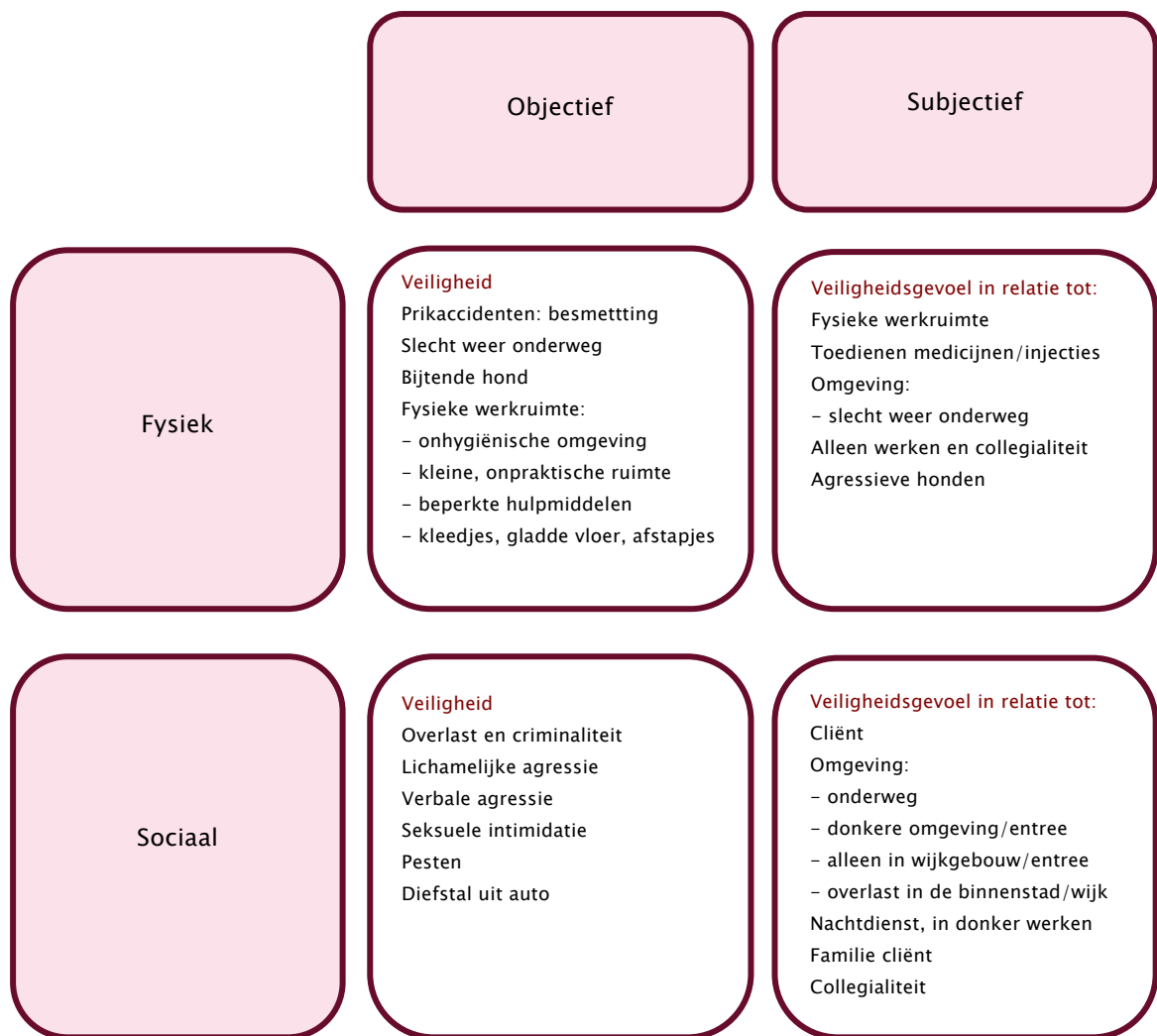
Zowel de fysieke als de sociale veiligheid in de thuiszorg is in vergelijking met de zorgsector niet ongunstig; alleen de fysieke belasting is relatief ongunstig. In vergelijking met beroepsgroepen in andere sectoren is de sociale onveiligheid groter in de thuiszorg, maar doorgaans lager dan in de overige zorgsector. Het geeft voldoende aanleiding om aandacht te schenken aan de manier waarop sociale veiligheid kan worden verbeterd. Voor veiligheid van thuiszorgmedewerkers van Carinova baseren we ons met name op incidentregistraties en persoonlijke ervaringen van zorgverleners. De incidentregistraties kenmerken zich door moeilijk zichtbare indicatoren voor sociale veiligheid. Ook na de week van Veilig Melden is er een matige meldingsbereidheid, wat te maken heeft met het feit dat veel zorgverleners allerlei met onveiligheid gerelateerde gebeurtenissen niet als zodanig ervaren, niet erg vinden, vinden dat het er nu eenmaal bij hoort of een informele oplossing zoeken met hun coördinator. In figuur 5 is een overzicht gemaakt van de veiligheidsissues die er zijn binnen Carinova.

4.2 Wat is de aard en de bron van onveiligheidsgevoelens bij thuiszorgmedewerkers in de divisie Verpleging & Verzorging van Carinova?

De beschrijving van veiligheidsgevoelens van thuiszorgverleners van Carinova is inventariserend van aard, maar er zijn bij de gegevensverzameling geen signalen dat de veiligheidsgevoelens van thuiszorgverleners van Carinova zorgwekkend laag zijn. In tabel 6 staat een overzicht van factoren die zijn gevonden op basis van gesprekken met medewerkers van Carinova.

Tabel 6 Factoren die van invloed zijn op veiligheidsgevoel van Carinova–thuiszorgverleners.

Individueel niveau	Effect op veiligheidsgevoel	Contextueel niveau	Effect op veiligheidsgevoel
Persoonlijkheid en copingstijl:		Overlast:	
– stoere persoonlijkheden die niet snel klagen	+	– door uitgaanspubliek	–
– agressie hoort er nu eenmaal bij	+	– rondhangende mensen	–
– af kunnen doen met een korte opmerking	+	– op oudejaarsavond	
Fysieke kwetsbaarheid		Criminaliteit:	
– met name vrouwen als zorgverlener	–	– diefstal uit auto	–
Directe ervaringen sociale onveiligheid:		Sociale cohesie:	
– seksuele intimidatie	–	– weinig spontane ontmoetingsmomenten	–
– verbale agressie	–	– weinig teamoverleg	–
– lichamelijke agressie	–	– op dit moment een hechte band	+
Indirecte ervaringen sociale onveiligheid:		Verloedering portiek/flat/buurt cliënt	–
– collega's die praten over negatieve ervaringen	–		
Routinematige activiteiten in het werk:		Fysiek ontwerp ruimte:	
– toedienen van medicijnen	–	– donker onderweg	–
– werken met injectienaalden	–	– donkere entree cliëntadres / wijkgebouw	–
– veel onderweg	–	– onhygiënische werkruimte	–
– veel bij onbekende cliënten, familie, honden	–	– onpraktische werkruimte	–
– contact met demente mensen	–	– beperking in gebruik hulpmiddelen	–



Figuur 5 Aspecten van veiligheid en veiligheidsgevoelens op basis van interviews met uitvoerenden en leidinggevendens, geplaatst in de typologie voor veiligheid.

De gevonden factoren in tabel 6 zijn ingedeeld in het model van Nije en Wittebrood (zie paragraaf 2.1). Op deze manier is af te lezen dat zowel op individueel niveau als op contextueel niveau diverse factoren zijn gevonden die van invloed zijn op de veiligheidsgevoelens. Factoren die positief van invloed zijn hebben te maken met de persoonlijkheid van de zorgverleners (stoer, pragmatisch ingesteld en kordaat) en met het feit dat zorgverleners op dit moment een hechte band met elkaar hebben.

Factoren in de individuele professionele context met negatieve invloed zijn: fysieke kwetsbaarheid (vrouw), grote kans op ervaringen met ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, verbale en lichamelijke agressie), in aanraking komen met collega's die praten over negatieve ervaringen, alleen werken, veel onderweg zijn, werken met injectienaalden, fouten kunnen maken met medicijnen, veel bij onbekende mensen komen, contact met demente mensen.

Factoren in de situationele context met negatieve invloed zijn: criminaliteit, overlast en een verloederde woonomgeving van de cliënt, weinig contact met collega's, in het donker werken, in een onbekende omgeving werken, in een kleine en onhygiënische of onpraktische ruimte werken.

In figuur 5 is zijn de veiligheidsissues in de veiligheidstypologie (zie paragraaf 1.1) geordend die een rol spelen op basis van de casestudy bij Carinova.

4.3 Welke maatregelen sluiten aan op de waargenomen onveiligheid en onveiligheidsgevoelens van medewerkers in de divisie Verpleging & Verzorging van Carinova?

Op basis van de inzichten in veiligheid en veiligheidsgevoelens bij Carinova, zijn maatregelen geformuleerd op het gebied van: preventie en repressie. Preventieve maatregelen hebben te maken met ontmoeten van collega's; scholing en training op het gebied van melden, agressie en ongewenste intimiteiten; protocollering rond medicatie en het contractueel vastleggen van afspraken op het gebied van ongewenst gedrag. Repressieve maatregelen zijn geformuleerd op het gebied van melden van incidenten en alarm slaan in een noodgeval. Van deze twee repressieve maatregelen kan overigens een preventieve werking uitgaan op het veiligheidsgevoel van de zorgverleners.

Tot slot zijn enkele overige maatregelen kort beschreven die in de interviews genoemd zijn. Het gaat om suggesties voor enkele praktische aspecten: herkenbaarheid van de zorgverlener naar derden, agressieve honden, verkleinen van de afstand tussen de geparkeerde auto van de zorgverlener en de woning van de cliënt en een middel om in nood te weten wat te doen. Genoemd zijn: agressieve honden in een aparte kamer plaatsen; vrij parkeren voor zorgverleners; een warme jas met herkenbaar logo of een logo dat op eigen kleding kan worden bevestigd; logo dat bevestigd kan worden op raam eigen auto; een veiligheidskaartje voor op zak, waarop de belangrijkste info, codes en tips staan.

Bronnenlijst

Literatuur

Almekinders, M. (2006). *Teams beter thuis in thuiszorg? Resultaatverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing*, Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

Arbeidsinspectie (2011). *Arbeidsrisico's in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT)*, Utrecht.

Bossche, S.N.J. van den, C.L.H. Hupkens, S.J.M. de Ree en P.G.W. Smulders (2006). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2006; Methodologie en globale resultaten*, Hoofddorp: TNO.

Bruinsma, G.J.N. en Bernasco, W. (2004). *De Stad en Sociale Onveiligheid. Een State-of-the-Art van wetenschappelijke kennis in Nederland*. Leiden : NSCR.

Eggink, E, D. Oudijk en I. Woittiez (2010). Zorgen voor Zorg Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030, Den Haag: SCP.

Elchardus, M., S. de Groof en W. Smits (2003). *Onveiligheidsgevoelens; Een literatuurstudie*, in opdracht van Koning Boudewijnstichting, Vrije Universiteit Brussel.

Elffers, H. en De Jong, W. (2004). "Nee, ik voel me nooit onveilig". Determinanten van sociale onveiligheidsgevoelens. Werkdocument 5. Den Haag: RMO en Leiden: NSCR.

European Agency for Safety and Health at Work (2008). *Risk assessment for care workers*, E-fact nr. 35, EAVG.

European Agency for Safety and Health at Work (2008). *Risicobeoordelingen en prikaccidenten*, E-fact nr. 40, EAVG.

Douwes, M. S. van den Heuvel en H. Sonneveld (2008). *Het grote gevaar van de zorg; Overzicht van arbeidsrisico's van en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden*, Hoofddorp: TNO.

Gelderblom, A. (2007). *Scholing van werkenden via ict: deelname, kosten en baten*, proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Grol (2010). Grootste risico's; richtlijnen vergeten bij routehandelingen, In: *Zorgmarkt*, maart 2010 pp. 32-34.

Hart, J. (red.), F. Knol, C. van Maas-de Waal (2002). *Zekere banden, Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid*, SCP, Den Haag.

Kemp, S. van der en F. van Vree (2009). *Sociale veiligheid in de thuiszorg Beleid rond sociale veiligheid in de Thuiszorg en V&V, In opdracht van Stichting FAOT en Stichting SAB-V&V*, Zoetermeer.

Luten, I., Lopez, M., Woldendorp, T., & van Zwam, C. (2008). *Handboek Veilig Ontwerp en Beheer*. Bussum: Uitgeverij THOTH.

Middelhoven, L.K., F.M.H.M. Driessen (2001). *Geweld tegen werknemers in de (semi-) openbare ruimte; Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van het Ministerie van Justitie, Bureau Driessen: Utrecht.*

Noije L. van en K. Wittebrood (2010). Fighting crime by fighting misconceptions and blind spots in program theories: an evidence-based evaluation of interventions and assumed causal mechanisms. In: *American Journal of Evaluation*, jrg.31 nr.4, pp. 499-615.

Oppelaar, J., Wittebrood, K. (2006). *Angstige burgers? De determinanten van gevoelens van onveiligheid onderzocht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Stol, W., C. Tielenburg, W. Rodenhuis, S. Pleysier en J. Timmer (2011). *Basisboek Integrale Veiligheid*, Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Troost, M. (2009). *Melden van incidenten in de GGZ; Onderzoek naar incidentie van onbedoelde gebeurtenissen binnen de geestelijke gezondheidszorg en factoren die van invloed zijn op de meldingsbereidheid*, scriptie Universiteit Twente, Enschede.

Vanderveen, M. (2002). Beleving van veiligheid in de buurt: relaties tussen persoon, buurt en samenleving. In: *Tijdschrift voor Veiligheid en Veiligheidszorg*, jrg. 1 nr.1, p. 32-46.

VWS (2012). *Actieplan Veilig Werken in de Zorg*, Brief aan Tweede Kamer, 22 maart 2012.

Overige bronnen

- CBS (2011). *Werkgelegenheid zorg groeit spectaculair*, www.cbs.nl [geraadpleegd op 14 april 2012]
- Integrale Veiligheidsmonitor 2012
- taalunieversum.org/onderwijstermen [geraadpleegd op 21 maart 2012]
- thuiszorg-gids.nl/functies-in-de-thuiszorg.php [geraadpleegd maart 2012]
- www.carinova.nl [geraadpleegd op 13 april]
- osha.europa.eu [geraadpleegd op 13 april]
- www.werknemersindezorg.nl [geraadpleegd op 13 april]
- www.nu91-leden.nl [geraadpleegd op 13 april]
- www.ccv.nl [geraadpleegd op 13 april]